

Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano

FACOLTÀ DI PSICOLOGIA

CORSO DI LAUREA IN PSICOLOGIA CLINICA

Salute, Relazioni Familiari e Interventi di Comunità A.A.2009/2010

CARLOTTA ZANABONI 3708810

RELATORE: CHIAR.MO PROF. ENRICO MOLINARI

La creatività nella sindrome di Tourette come caratteristica di personalità e tecnica riabilitativa: uno studio su bambini e adolescenti.

Al mio maestro,
Prof. Mauro Porta

INDICE

Premessa	7
1) Caratteristiche principali della sindrome di Tourette	8
1.1 Definizione	8
1.2 I tic	8
1.3 Classificazione della sindrome di Tourette	10
1.4 Comorbilità	11
1.5 Diagnosi differenziale ed eziologia dei tic	11
1.6 Componente genetica	12
1.7 Componente infettiva	12
1.8 Trattamenti psicologici	13
1.9 Trattamenti psicofarmacologici e Deep Brain Stimulation	13
2) Creatività: il costrutto	15
2.1 Introduzione	15
2.2 Definizione	15
2.3 Creatività e neuropsicologia	16
2.4 Modelli psicologici di creatività: Wertheimer, Guilford e Williams	17
3) Creatività e psicopatologia: quale legame? Dove il confine?	20
3.1 Tipi di psicopatologia e creatività	21
3.2 I tre modelli di concettualizzazione del costrutto della creatività	22
3.2.1 Diversi tipi di creatività associati a diversi tipi di psicopatologia	22
3.2.1.1 Schizofrenia versus disturbi affettivi: diversi tipi di creatività?	23
3.2.1.2 Psicopatologia e creatività nelle scienze e nelle arti	26
3.2.2 Il continuum della creatività	28
3.2.2.1 Asse A: l'esempio dell'Outsider Art	29
3.2.2.2 I modelli del continuum della creatività nella letteratura	30
3.2.3 La creatività come costrutto unico	32
3.2.3.1 Nomi diversi, un costrutto	32

3.2.3.2 Un processo unico per diverse malattie mentali ed ambiti creativi	35
3.3 Prospettive psicologiche evolutive	36
3.4 Conclusione	37
4) La fluente espressione della creatività e le sostanze psicotrope	38
4.1 Stato della coscienza e creatività	38
4.2 Stupefacenti e psicofarmaci: verso una biochimica della creatività	42
4.2.1 Stupefacenti, psicofarmaci e creatività artistica: un'analisi sistematica.....	43
4.2.2 Stupefacenti, psicopatologie e creatività	46
4.3 Conclusione: la terapia della creatività	49
5) La creatività come tecnica riabilitativa nei pazienti TS.....	50
5.1 Introduzione	50
5.2 Le attività espressive	50
5.3 La preparazione dell'intervento di arteterapia	51
5.3.1 L'operatore e i quesiti della seduta	53
5.3.2 Valutazione della seduta e programmazione della successiva	54
5.4 Le molteplici forme di arteterapia	55
5.4.1 Terapia dell'arte figurativa	55
5.4.2 Musicoterapia.....	56
5.4.3 Danzaterapia	57
5.4.4. Drammaterapia	57
5.5 Uso riabilitativo delle attività espressive di arteterapia.....	58
6) La scuola: da ostacolo a supporto e luogo terapeutico.....	59
6.1 Introduzione	59
6.2 Comportamenti da tenere a scuola nei confronti del tourettiano.....	60
6.3 La sindrome di Tourette e la creatività nelle scuole.....	62
6.3.1 Introduzione dell'arteterapia a scuola	62
6.3.2 Il laboratorio creativo scolastico	63
6.3.3 L'esperienza per il tourettiano	64

7) La ricerca.....	65
7.1 Abstract	65
7.2 Introduzione	65
7.3 Ipotesi di ricerca	65
7.4 Metodo	66
7.4.1 Campione	67
7.4.1.1 Gruppo sperimentale	68
7.4.1.2 Gruppo di controllo	69
7.4.2 Strumenti.....	69
7.5 Risultati	70
7.5.1 Confronto intragruppo	71
7.5.1.1 Gruppo sperimentale	71
7.5.1.2 Gruppo di controllo	74
7.5.2 Confronto intergruppi	77
7.6 Discussione	82
7.7 Limiti	83
Conclusione.....	85
Bibliografia	86
Ringraziamenti.....	88

ALLEGATI

Consenso informato genitore/insegnante

Consenso informato minore

Test “Pensiero divergente”- Protocollo A

Test “Personalità creativa”

“Scala Williams”

Scheda sintetica dei risultati della valutazione

Profilo della creatività dello studente o della classe

2009 Anno Europeo della Creatività e Innovazione, competenze chiave per lo sviluppo personale, sociale ed economico.

“Il processo creativo è insito nella natura umana ed è quindi, con tutto ciò che ne consegue di felicità di esprimersi e di giocare con la fantasia, alla portata di tutti.

La mente è una sola.

La sua creatività va coltivata in tutte le direzioni.” Gianni Rodari, scrittore e giornalista.

PREMESSA

La mia tesi affronta il tema della creatività nella Sindrome di Tourette per dare una svolta ai vissuti negativi dei pazienti affetti dalla “sindrome del cervello irriverente”; ha come tentativo quello di ridestare speranza e trovare il lato positivo in una malattia purtroppo non più da considerare rara, quanto non diagnosticata. La creatività è parte del tourettiano ed è un’energia immensa che egli stesso può incanalare in un’attività artistica così da dare, contemporaneamente, sfogo ai suoi impulsi e vita alla sua immaginazione sovranaturale nella forma di un prodotto apprezzabile dal mondo intero e per cui essere stimato. Enormi potenzialità si celano dietro un velo di sofferenza, con tanta buona volontà e un percorso di accompagnamento terapeutico è possibile far rinascere una persona dotata.

E’ ponendomi quest’obiettivo che ho deciso di dimostrare scientificamente, tramite una ricerca osservazionale, che le persone affette da questa sindrome possiedono un pensiero divergente e una personalità creativa superiore alla media della popolazione.

Il testo si apre con una breve storia e le caratteristiche principali della sindrome.

Dopodiché passa in rassegna il costrutto della creatività e la forza del legame esistente fra creatività e psicopatologia, anche in riferimento all’effetto che possono avere gli psicofarmaci su tale dote umana.

Prosegue analizzando la creatività in chiave riabilitativa per il paziente tourettiano, descrivendo in particolare la situazione scolastica.

In ultimo viene presentata la ricerca da me svolta presso l’Istituto Galeazzi di Milano durante gli anni 2009 e 2010 nel reparto Centro malattie extrapiramidali e sindrome di Tourette.

1 CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELLA SINDROME DI TOURETTE

1.1 Definizione

La sindrome di Tourette (TS), anche chiamata disturbo di Tourette (DT), prende il nome dal neurologo francese Georges Albert Édouard Brutus Gilles de la Tourette, che la evidenziò nel 1800, anche se era già stata individuata sin dal 1600.

Si tratta di una sindrome neurocomportamentale cronica, nello specifico di un disturbo della neurotrasmissione sinaptica che coinvolge i circuiti cortico-sottocorticali delle regioni cerebrali anteriori, determinata principalmente da un metabolismo eccessivo di dopamina.

E' diagnosticabile in un individuo che mette in atto più tic motori e almeno un tic vocale in un'età antecedente i 18 anni, se questi non sono dovuti ad abuso di sostanze o a particolari condizioni mediche e se non trascorre una pausa delle manifestazioni superiore ai tre mesi (World Health Organisation criteria for TS).

1.2 I tic

I tic sono vocalizzazioni o movimenti motori stereotipati, improvvisi, veloci, non ritmici la loro comparsa è frequente, vengono percepiti come incontrollabili da chi li mette in atto e possono coinvolgere tutto il corpo.

I disturbi da tic si manifestano soprattutto in età evolutiva: il 20% dei bambini in età scolare presenta, almeno per alcuni periodi, un disturbo da tic.

Nella sindrome di Tourette solitamente i tic hanno esordio precedente ai 10 anni, la loro progressione è rostro-caudale/centro-laterale e compaiono inizialmente in viso perlopiù con blefarospasmo (chiusura persistente, forzata e involontaria delle palpebre). Dopo qualche mese o anno, il soggetto presenta tic al collo, al tronco, agli arti e vocalizzazioni o parole compiute, che spesso giungono alla palilalia, ecolalia ed ecoprassia. I tic sonori e vocali hanno un'accentuazione fra i 10-15 anni, almeno nella maggioranza dei casi. Il quadro clinico è variabile fino ai 20 anni: vi sono periodi di quiescenza, alternati a gravi recrudescenze della sintomatologia, ma in genere compaiono più volte al giorno, quasi ogni giorno. In più dell'80% dei casi si rilevano i *premonitory urges* (sensazioni

premonitrici), che potrebbero far inquadrare la sindrome come una patologia sensitivo-motoria. Nell'età adulta, cioè dopo i 20-25 anni, si ha invece una remissione spontanea dei tic nel 50% dei casi. Si stima che la percentuale di adulti affetti dalla sindrome di Tourette sia inferiore rispetto alla fascia di popolazione infantile e si attesti in un range contenuto fra lo 0,1 e lo 0.5 per mille.

I tic causano un disadattamento familiare, lavorativo e sociale interferendo con queste ed altre aree di funzionamento dell'essere umano, creando imbarazzo e riducendo la percezione di autostima e soddisfazione personale.

Infatti non tutte le persone affette da tic sono in grado di controllarne la manifestazione ed è per questo motivo che durante le visite neurologiche bisognerebbe cercare di mettere in difficoltà il paziente o fingere di parlare con i suoi parenti per cercare di scatenarne una comparsa.

I tic possono essere distinti in:

a) *tic motori semplici*:

_ *clonici*: brevi [di durata fino a 100 millesimi di secondo], a scatto (per es. 'sbattere' gli occhi, scuotere bruscamente la testa, etc.)

_ *distonici*: [più lunghi di 300 millisec.], che mimano taluni movimenti o posture abitudinarie del soggetto, ovvero patologici come digrignamento dei denti (bruxismo): tortacollo o rotazioni delle spalle, etc.

_ *tonici*: [prolungati per più di 500 millisec.], consistenti in contrazioni muscolari progressive: per es. stiramento fin doloroso di un arto, dei muscoli addominali sino a provocare il vomito, etc.

b) *Tic motori complessi*:

_ *apparentemente non finalizzati*: movimenti articolati, ma incongrui

_ *finalistici*: comportamenti di fatto compulsivi, cioè gesti che il soggetto "sente" di dover compiere per raggiungere un determinato scopo (in genere 'vietato' : spingere, stringere, toccare al volo qualcuno/qualcosa)

In certi casi il soggetto manifesta ecoprassia, cioè l'imitazione dei movimenti altrui e/o coprassia, vale a dire gesti osceni ripetuti.

- c) *Tic vocali semplici*: colpi di tosse ‘a vuoto’; emissione di versi gutturali; ripetizione di una parola; palilalia, vale a dire la ripetizione reiterata delle ultime sillabe, parole o frasi; o ecolalia, cioè l’imitazione di suoni e parole pronunciate da altri
- d) *tic vocali complessi*: sbraitamenti ed enunciazioni immotivate di frasi più o meno compiute, fino all’incoercibile pulsione a proferire espressioni o parole imbarazzanti e/o volgari: si parla in tal caso di coprolalia.

Joseph Jankovich(2001) per meglio caratterizzare la sintomatologia ticcosa motoria, distingue diversi tipi di movimenti:

- a) *volontari*: intenzionali (pianificati, iniziati senza sollecitazioni esterne) e responsivi (indotti da stimoli esterni)
- b) *semivolontari (unvoluntary)*: indotti da stimoli interni all’organismo nell’ambito della propriocezione o da situazioni psichiche abnormi ovvero da compulsioni
- c) *involontari (involuntary)*: non arrestabili (riflessi orteotendinei, crisi comiziali, miocloni) o sopprimibili (tremori, distonie, corea, stereotipie)
- d) *automatici*: appresi ed eseguiti senza l’intervento della coscienza (come il cammino).

1.3 Classificazione della sindrome di Tourette

Robertson e Baron-Cohen (1998) hanno proposto di distinguere clinicamente differenti forme di sindrome di Tourette:

- a) forme *semplici o pure* quando il soggetto in esame presenta solo tic motori e sonori, più o meno complicati
- b) forme *full blown* quando vi sono associate coprolalia, coproprassia, ecolalia ed eco prassia
- c) forme *TS-plus* quando sono riscontrabili comportamenti correlabili alla sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), al disturbo ossessivo-compulsivo (OCD) e al disturbo di comportamento ossessivo-compulsivo (OCB), ovvero a problematiche chiaramente psichiatriche, rendendo più complesso il trattamento del paziente.

1.4 Comorbidità

I soggetti affetti da questa sindrome mostrano alte correlazioni con altri disturbi psicologici comportamentali come il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD, correlazione al 50/70% dei casi), il disturbo ossessivo-compulsivo (OCD, correlazione al 50% dei casi) e il comportamento ossessivo-compulsivo.

Il quadro di ADHD, assai spesso associato in età pediatrica ai tic veri e propri, dopo i 10-12 anni tende ad affievolirsi. Più tardi si presentano l'OCD e l'OCB, che compaiono in genere verso gli 8-10 anni, ma che perdurano anche in età adulta.

Altri disturbi associati sono: disturbi dell'umore, disturbi d'ansia soprattutto dopo un lungo periodo di controllo della manifestazione ticcosa, disturbi di personalità, disturbi dell'apprendimento, comportamenti autolesionistici (SIB), comportamenti complessi non osceni ma socialmente inappropriati (NOSI), balbuzie, abuso di sostanze, aggressività e depressione. I bambini presentano spesso un'elevata difficoltà nell'instaurare rapporti profondi con i pari in quanto appaiono introversi e aggressivi, possiedono spesso un atteggiamento di sfida e hanno scatti d'ira. Il picco del disturbo si può rilevare nel periodo adolescenziale che, essendo un momento in cui viene attribuita grande enfasi alla corporeità, implica ulteriori problematiche sociali.

1.5 Diagnosi differenziale ed eziologia dei tic

Per quanto riguarda l'eziologia, secondo Jankovic (2000) i tic possono essere suddivisi in:

- a) tic *primari* che comprendono tic sporadici (motori o fonici con durata inferiore o superiore ad un anno; tic dell'adulto- forme ricorrenti -; sindrome di Tourette) e le forme ereditarie (sindrome di Tourette; morbo di Huntington; distonia primaria; neuroacantocitosi; malattia di Hallervorden-Spatz; sclerosi tuberosa; malattia di Wilson)
- b) tic *secondari* che comprendono forme post-infettive (post-encefalitici, corea di Sydenham, ecc.), forme da assunzione di farmaci (psicotropi, L-Dopa, carbamazepina, dintoina, antipsicotici, ecc.), forme post-intossicazione (da monossido di carbonio), forme da alterazioni dello sviluppo del sistema nervoso centrale (alterazioni cromosomiche, ritardi mentali, ecc.), forme da patologia varia a carico del sistema nervoso centrale (a seguito di traumatismi o di insulti cerebrovascolari, alterazioni psichiatriche).

A livello neuropsichiatrico infantile non è raro incorrere in patologie ticcose rilevabili in soggetti con esiti post-encefalitici, ovvero con ritardo mentale, autismo e soprattutto con la sindrome di Asperger. Infatti sono riscontrabili turbe del linguaggio, stereotipie comportamentali associate ad un quadro multiplo e complesso.

TIC				
Motori semplici	clonici	distonici	tonici	
Motori complessi	apparentemente non finalizzati	finalistici		
Vocali	semplici	complessi		
Intenzionalità	volontari	semivolontari	involontari	automatici
Forma	semplice	full blown	TS-plus	
Eziologia	primari	secondari		

Tab.1.5.1 *Tipologie di tic*

1.6 Componente genetica

La sindrome di Tourette è un disturbo ereditabile in circa 80% dei casi come gene somatico dominante (gene SLITRK1), tuttavia membri della stessa famiglia possono manifestare sintomi diversi. Un genitore ha il 50 % delle possibilità di trasmetterla ad uno dei suoi figli. Il sesso del bambino può influenzare lo sviluppo del gene: le femmine portatrici hanno il 70% di possibilità di sviluppare i sintomi, mentre i ragazzi il 99 % . L'incidenza dei ragazzi affetti dalla sindrome rispetto alle ragazze è 3:1.

La componente ereditaria va interpretata come una predisposizione a presentare un quadro clinico ticcoso, o le sindromi correlate, in presenza di “noxae” scatenanti, tra le quali quelle da infezione da streptococco betaemolitico.

1.7 Componente infettiva

Tra i fattori ambientali un ruolo di rilievo spetta alle infezioni causate dallo Streptococco betaemolitico di gruppo A (SBEGA). Questo batterio è estremamente diffuso nella popolazione ed è il responsabile di oltre il 50 per cento delle faringotonsilliti.

I ricercatori americani del NIMH- National Institute Mental Health hanno descritto un nuovo quadro patologico di natura reumatica: PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections), un gruppo di

disturbi diversi, in prevalenza disturbi ossessivo-compulsivi e disturbi da tic (compresi alcuni casi di sindrome di Tourette) nei quali esiste una stretta associazione temporale tra l'esordio della sintomatologia clinica ed una precedente infezione da SBEGA.

A tutt'oggi manca però l'evidenza di un marker biologico che permetta con certezza di individuare i soggetti con PANDAS e soprattutto i soggetti a rischio di sviluppare tale patologia in seguito ad un'infezione da Streptococco betaemolitico SBEGA.

1.8 Trattamenti psicologici

Nel caso la sintomatologia ticcosa sia moderata e ben tollerata da parte del paziente può essere sufficiente il trattamento di tipo psicologico quale:

- Psicoterapia di sostegno individuale o familiare
- Trattamento cognitivo comportamentale (*Pratica massiva, Controcondizionamento, Condizionamento operante, Automonitoraggio, Habit reversal*)
- Teacher training (vedi cap.6)
- Tecniche terapeutiche espressive (vedi cap.5)

1.9 Trattamenti psicofarmacologici e Deep Brain Stimulation

Essendo però una sindrome neurocomportamentale, la farmacoterapia è considerata il trattamento di scelta per la Tourette e la sua efficacia è stata dimostrata in esperimenti placebo (Leckman et al., 1991; Sallee, Nesbitt, Jackson, Sine, & Sethuraman, 1997; Scahill, Leckman, Schultz, Katsovich, & Peterson, 2003; Shapiro et al., 1989). Questi includono prove randomizzate che documentano l'efficacia degli agonisti alfa-2 adrenergici (clonidina, guanfacina), neurolettici convenzionali (es. aloperidolo, pimozide), antipsicotici atipici (es. risperidone), benzodiazepine (es. clonazepam), tossina botulinica A per gravi tic focali, antidepressivi triciclici (clomipramina), e degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina SSRI in quanto la serotonina è un modulatore della dopamina (Leckman et al., 1991; Sallee et al., 1997; Scahill et al., 2003; Shapiro et al., 1989).

Nei casi più gravi vengono inoltre proposti interventi di neurochirurgia come la DBS (Deep Brain Stimulation) cioè un innesto permanente, ma reversibile, di elettrodi nell'encefalo detta neurostimolazione stereotassica. Nello specifico i target della DBS

sono i nuclei intraliminari mediali e la porzione interna del nucleo ventrale orale talamico. In presenza di gravi turbe comportamentali viene usualmente scelto il nucleo accumbens, che è connesso con il sistema limbico comportamentale.

Algoritmo clinico-terapeutico	Terapia
Sintomi moderati e ben tollerati	Osservazione e psicoterapia di sostegno
Sintomi più gravi e rilevante disagio sociale	Farmacoterapia sistemica e locale (tossina botulinica)
No risposta terapeutica adeguata	Farmaci innovativi (tetrabenazina, aripiprazolo, dopamino-agonisti)
Sintomi persistono in forma grave	DBS

Tab.1.9.1 *Sintomatologia e corrispondente piano terapeutico*

2 CREATIVITA': IL COSTRUTTO

2.1 Introduzione

L'etimologia del termine trova la sua radice sia nel latino, che nel sanscrito (*Kar-Tr* colui che fa dal niente, il creatore).

L'idea di creatività come atteggiamento mentale proprio, ma non esclusivo, degli esseri umani nasce nel Novecento. L'atto del creare è stato a lungo percepito come attributo esclusivo della divinità, mentre propri dell'uomo erano invenzione, genio e, a partire dal 1700, progresso e innovazione. I primi studi sul fenomeno risalgono agli anni '20, la parola creatività entra nel lessico italiano solo negli anni '50.

2.2 Definizione

Secondo il matematico Henri Poincaré (1929): "*Creatività è unire elementi esistenti con connessioni nuove, che siano utili*".

Le categorie di "nuovo" e "utile" radicano l'attività creativa nella società e nella storia. Il "nuovo" è relativo al periodo storico in cui viene concepito; l'"utile" è connesso con la comprensione e il riconoscimento sociale. Nuovo e utile illustrano adeguatamente l'essenza dell'atto creativo: un superamento delle regole esistenti (il nuovo) che istituisca un'ulteriore regola condivisa (l'utile). Si individuano anche le due dimensioni del processo creativo che unisce disordine e ordine, paradosso e metodo.

Infine, le categorie di nuovo e utile ampliano la sfera delle attività creative a tutto l'agire umano a cui sia riconosciuta una funzionalità - estetica o etica - e che sviluppi uno dei tre possibili gradi di novità: applicazione nuova di una "regola" esistente, estensione di una regola esistente a un campo nuovo, istituzione di una regola del tutto nuova.

Poiché si fonda sulla profonda conoscenza delle regole da superare, la creatività non può svilupparsi in assenza di competenze preliminari. Caratteristiche della personalità creativa sono curiosità, bisogno d'ordine e di successo (non in termini economici), indipendenza, spirito critico, insoddisfazione, autodisciplina.

La creatività è espressione tipicamente umana perché si fonda anche sul possesso di un linguaggio a volte astratto (fatto di parole, numeri, note musicali..) e atto a compiere discriminazioni sottili.

2.3 Creatività e neuropsicologia

In neuropsicologia l'aspetto propriamente individuale della creatività viene studiata con i metodi tipici dello studio delle funzioni cerebrali (come memoria, linguaggio e attenzione) che si basano sul confronto dell'espressione di diverse capacità neuro-motorie in relazione a tre circostanze:

1. fasi dello sviluppo del soggetti
2. eventuali lesioni selettive
3. livello di eccellenza nello svolgimento di una determinata funzione

Questo metodo ha significato il prevalere dell'ottica riduzionista (le facoltà hanno sede nel cervello) e ha contribuito a notevoli successi quantitativi grazie anche alle recenti tecniche di *imaging* del cervello in attività.

L'ambito individuale dello studio della creatività si concentra quindi sulle capacità dell'atto creativo addebitabili a differenze individuali e che possono essere quindi affinate tramite una pratica e un insegnamento.

Le teorie correnti per una *neuropsicologia della creatività* si basano in parte sul modello dell'*information processing* di Lindsay & Norman (1977). Questo approccio ha come presupposto principale l'analogia tra le operazioni mentali umane e quelle del calcolatore elettronico. I processi psicologici, in altri termini, sono studiati come se fossero simili a processi di elaborazione meccanica dell'informazione.

Sarnoff Mednick (1988) pose l'accento sull'aspetto ricombinatorio: il cervello contiene informazioni memorizzate in forma discreta, mentre appositi stati mentali potrebbero favorire associazioni nuove tra gli elementi esistenti. Per esempio chi *pensa per immagini* potrebbe notare elementi figurativi comuni in due esperienze che sono trascurati da chi *pensa per parole*.

Negli anni '60 e '70 Eugen Bleuler studiando la *dementia praecox* ne sottolineò quattro aspetti particolari:

1. allentamento delle associazioni mentali
2. anaffettività
3. ambivalenza
4. autismo

L'ipotesi sviluppata dopo Bleuler fu che la tendenza a formulare associazioni inusuali fosse alla base di questo disturbo, che egli battezzò schizofrenia.

Da altri studi psicometrici condotti su individui creativi era stata individuata una tendenza alla iperinclusività degli elementi, sino alla produzione di collegamenti improbabili. Si poteva immaginare che uno stile di pensiero schizofrenico di disinibizione nelle associazioni, ma senza l'angoscia e la destrutturazione della patologia corrispondente, potesse essere alla base dell'atto creativo.

Albert Rothenberg (1979) coniò il termine pensiero bifronte o gianusiano per far riferimento all'abilità ad ideare e tenere a mente due o più pensieri contraddittori o opposti simultaneamente, capacità associata alla creatività.

Ad oggi (Porta, 2009) nei soggetti tourettiani una momentanea riduzione dell'attivazione corticale/culturale dei lobi frontali permette un allentamento dei vincoli logici e l'emergere delle componenti emotive. L'emisfero sinistro, normalmente dominante ("la cifra" dell'homo sapiens), viene sopraffatto dalla sua parte controlaterale ("la cifra" dell'homo ludens). L'aspetto ludico prevale rispetto al razionale e, pur nei risvolti di meccanismi fisiopatologici alterati, la loro capacità creativa emerge talvolta in modo esaltante incanalando in modo più produttivo l'energia altrimenti dispersa nelle manifestazioni ticcose e nelle esplosioni verbali.

2.4 Modelli psicologici di creatività: Wertheimer, Guilford e Williams

M. Wertheimer (1940), fondatore della scuola della Gestalt, che si è occupato in modo particolare del procedimento di risoluzione dei problemi, aveva distinto tra pensiero riproduttivo che tende a ripetere le soluzioni note e a vedere le cose sempre allo stesso modo, e pensiero produttivo capace di riorganizzare gli elementi della situazione in modo nuovo a seconda delle esigenze che si presentano.

A partire dagli anni '50 J.P. Guilford sottolinea come l'intelligenza non vada intesa solo come espressione di capacità logico-matematica-linguistica, ma anche di capacità

gestaltica-cinestesica-emozionale. Introducendo il pensiero convergente e divergente Guilford ha eliminato la confusione tra intelligenza e creatività: la prima è una dimensione psichica complessa e multifattoriale che comprende la seconda.

Il pensiero convergente si manifesta nei problemi che ammettono un'unica soluzione corretta, i ragionamenti convergono verso un'unica possibilità ed ogni deviazione è sbagliata. Invece il pensiero divergente si esprime quando la soluzione di un problema è aperta e sono possibili più risposte rilevanti, si cambia spesso modo di procedere e si possono seguire piste diverse che portano a mete differenti. Il pensiero divergente ha dunque un ruolo importante nell'atto creativo perché l'artista ha spesso bisogno di esplorare una serie di possibili modi di dare vita al suo ingegno prima di decidere quale sia il migliore. Più ampia è la gamma di possibilità che si è in grado di produrre, più alta è la probabilità che una di esse dia prova di originalità. Secondo Guilford il pensiero divergente comprende i seguenti fattori: la fluidità delle idee, la flessibilità, l'elaborazione, la valutazione e ridefinizione (o sensibilità ai problemi) e l'originalità. Questa teoria viene confermata in seguito dagli studi di Torrance (1959), Williams (1966), Cropley, (1969) e Meeker(1977).

Il modello di Williams, utilizzato nelle ricerche presso l'Istituto Galeazzi di Milano, riprende quello di Guilford sui fattori dell'intelligenza umana e fa riferimento a quattro fattori cognitivo-divergenti del pensiero creativo e a quattro fattori emotivo-divergenti della personalità creativa. Nell'ambito cognitivo- intellettuale sono presenti:

- 1) il pensiero *fluido* (pensare di *più*) che indica la generazione di una grande quantità di idee, un flusso veloce del pensiero e un numero di risposte rilevanti
- 2) il pensiero *flessibile* (assumere *diversi* approcci) ed è rappresentato da una varietà di tipi di idee, capacità di passare da una categoria all'altra e di cambiare direzione di pensiero aggirando gli ostacoli
- 3) il pensiero *originale* (pensare in modi *nuovi* o *unici*) ed è fornito da risposte insolite, idee astute e da una produzione mentale che si discosta dall'ovvio
- 4) il pensiero *elaborativo* (aggiungere a) e significa abbellire un'idea o una risposta semplice per renderla più elegante, estendere o espandere ragionamenti o idee

Nell'ambito emozionale della personalità si trovano invece:

- 1) *curiosità* (avere *voglia* di) e quindi essere indagatori e fantasticare, giocare con un'idea, essere aperti a situazioni sconcertanti e meditare sul mistero delle cose
- 2) *immaginazione* (avere il *potere* di) che è data dal visualizzare e costruire immagini mentali, sognare cose che non sono mai accadute, sentire intuitivamente, andare al di là dei limiti sensoriali o delle caratteristiche reali
- 3) *complessità* (sentirsi *sfidati* a), vale a dire cercare numerose alternative, vedere il divario che c'è tra come le cose sono e come dovrebbero essere, ripristinare l'ordine partendo dal caos e sapersi muovere fra idee o problemi intricati
- 4) *disponibilità ad assumersi rischi* (avere il *coraggio* di) e cioè esporsi al fallimento o alle critiche, tentare d'indovinare, operare bene anche in condizioni destrutturate e difendere le proprie idee

3 CREATIVITA' E PSICOPATOLOGIA: QUALE LEGAME? DOVE IL CONFINE?

“Se un uomo arriva alla porta della poesia inviolato dalla follia delle Muse , credendo che la sola tecnica farà di lui un buon poeta, egli e le sue sane composizioni non raggiungeranno mai la perfezione, ma saranno interamente eclissate dai capolavori degli uomini folli ispirati”. (Platone, 428/427 BC-348/347 BC)

"Noi del mestiere siamo tutti pazzi, alcuni sono affetti da gaiezza, altri da malinconia, ma tutti siamo toccati dall'insània". (Lord Byron, 1788-1824)

“Quando un intelletto superiore ed un temperamento psicopatico si fondono...nella stessa persona, abbiamo la condizione perfetta per il tipo di genio che si trova nei dizionari biografici”. (William James, 1842-1910)

“Un uomo deve avere il caos dentro di sè, per dare vita ad una stella danzante”. (Friedrich Nietzsche, 1844-1900)

La conoscenza di un legame fra genio e sregolatezza deriva dai tempi di Socrate e Platone, ma è solo con la disciplina scientifica psicologica che la connessione fra questi due elementi si è potuta trasformare da senso comune e/o storico filosofico a teoria fondata empiricamente.

Molte ricerche assumono che la creatività sia un costrutto singolo. Parallelamente alle concettualizzazioni multidimensionali della psicosi, il costrutto della creatività si può estendere lungo un continuum; o può esistere in forme distinte ed indipendenti. Ogni concettualizzazione della creatività condurrà ad implicazioni specifiche per la sua associazione con la psicopatologia. Sono qui proposte tre concettualizzazioni del costrutto della creatività.

Nel paragrafo 3.1 verrà presentato il background di questi modelli in relazione alle diverse psicopatologie e la loro associazione all'abilità creativa. Nel paragrafo 3.2 sono descritti i tre modelli di concettualizzazione del costrutto della creatività. Nel paragrafo 3.3 verrà stabilita la loro compatibilità con la psicologia evolutiva.

3.1 Tipi di psicopatologia e creatività

Nella seconda metà del XX sec diversi studi psicobiografici iniziano a verificare la relazione empirica fra creatività e predisposizione alla malattia mentale.

La prima associazione scientifica fra follia e creatività viene fatta risalire all'”Uomo di genio” (1985) di Lombroso.

A seguire, Jamison (1993) scoprì che i disturbi dell'umore, i suicidi e l'istituzionalizzazione erano venti volte superiori in un campione di grandi poeti britannici e irlandesi fra il 1705 e il 1805 rispetto alla popolazione normale. Questi studi dimostrano la grande prevalenza della psicosi fra i creatori eminenti del passato in confronto alla popolazione generale, suggerendo un legame empirico fra follia e creatività.

Con il passare del tempo ci si iniziò ad interrogare sulle forme di psicopatologia più fortemente associate alla creatività: nel 20esimo secolo gli studiosi si soffermarono soprattutto sulla schizofrenia. Mentre più recentemente la creatività sembra essere legata ai disturbi affettivi, in particolare al disturbo bipolare. Jamison (1993) affermò che la creatività è associata solo ai disturbi affettivi, mentre Sass (2001) ha un approccio più sistematico introducendo il fattore delle norme culturali e sociali.

Nonostante questo dibattito, molti teorici- fra cui Claridge, Pryor e Watkins (1998) - propongono che siano le forme più lievi di psicosi alla fonte dell'associazione follia-creatività; viceversa, nelle forme più gravi gli stili cognitivi e i tratti di personalità dei pazienti sono unicamente debilitanti.

Relativamente alle prospettive dimensionali, Eysenck ha proposto che la dimensione P della personalità (P) sia direttamente legata alla creatività, mediata da un pensiero di tipo divergente e da una bassa inibizione, determinata da livelli elevati di dopamina nel sistema nervoso.

La natura ereditabile dell'associazione fra creatività e psicopatologia evidenzia una componente genetica del legame. Karlsson (1970) scoprì che i parenti di primo grado dei pazienti psichiatrici degli ospedale islandesi fra il 1851 e il 1940 erano due volte più predisposti a lavorare in campi artistici di quanto non lo fosse la popolazione normale.

Infine per quanto riguarda il rapporto causale fra i due elementi, ci sono altre spiegazioni possibili legate al soggetto specifico, alla natura della sua eventuale patologia e ai fattori

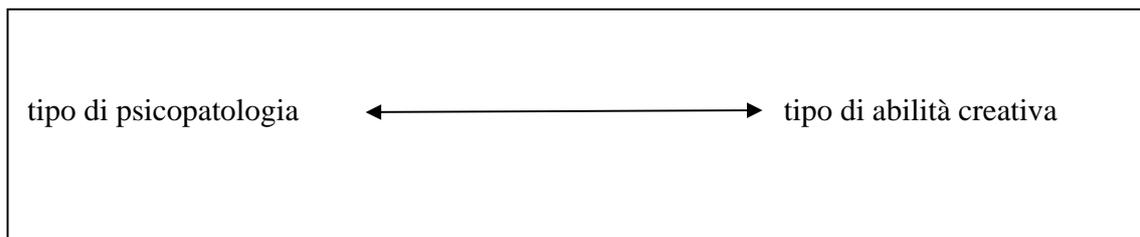
contestuali. Richards e Kinney (2000) proposero 5 tipologie: la psicopatologia direttamente o indirettamente conduce all'essere creativo, la creatività direttamente o indirettamente porta alla psicopatologia, oppure vi è la presenza di un terzo fattore esterno riguardante il legame, come per esempio una predisposizione familiare al disturbo mentale. Ludwig (1995) invece suggerì 4 posizioni: la psicopatologia causa un decremento o un incremento della creatività e la creatività potenzialmente porta ad un miglioramento o ad un attenuarsi dei sintomi psicopatologici.

3.2 I tre modelli di concettualizzazione del costrutto della creatività

3.2.1 Diversi tipi di creatività associati a diversi tipi di psicopatologia

L'assunto di questo primo modello è che, qualunque sia il legame causale esistente fra creatività e psicopatologia, il tipo di abilità creativa presente in un individuo afflitto da psicopatologia è intrinsecamente legato alla tipologia di quest'ultima. È possibile che gli individui che presentano determinate psicosi esibiscano un tipo di creatività differente da quella di soggetti con un altro tipo di disordine psicologico.

Vengono qui esplorate queste ipotesi, sia in termini di esistenza di diversi tipi di creatività in campi distinti, sia fra differenti tipi di malattia mentale.



Tab.3.2.1.1 *Modello interattivo fra tipologie di psicopatologie e di abilità creative, Sass (2001)*

3.2.1.1 Schizofrenia versus disturbi affettivi: diversi tipi di creatività?

La discussione a proposito di quale tipo di psicosi sia legato all'abilità creativa può essere utilizzata per supportare l'esistenza di diversi tipi di creatività.

Assumendo l'esistenza di un solo tipo di creatività, Jamison (1993) suppone che la creatività sia legata solo ai disturbi affettivi. Il suo campione di creatori eminenti presentava infatti una maggiore prevalenza di disturbi affettivi rispetto alla popolazione generale ed una presenza non significativa di psicosi schizofreniche. Secondo la Jamison ogni tipologia di umore appartenente al disturbo affettivo fornisce specifici contributi all'abilità creativa. I periodi di lieve maniacalità attivano un'elevata energia, rapidità, flessibilità e fluidità di pensiero, e parallelamente gli aspetti cognitivi dell'ipomania attivano il pensiero immaginativo. La depressione permette una raffinatezza meticolosa, il focus e l'organizzazione delle idee generali costituite durante il periodo maniacale. Fluttuando attraverso questi due umori il soggetto sperimenta un range di emozioni che facilita un'empatia relazionale con il prossimo.

Nella ricerca di Andreasen e Powers (1974) lo stile di pensiero degli scrittori creativi era più simile a quello dei pazienti con disturbi affettivi piuttosto che schizofrenici; Richards e Kinney (1988) scoprirono inoltre un'alta prevalenza di ipomania e ciclotimia legata alla creatività e al successo professionale nei parenti di primo grado dei pazienti affetti da disturbo bipolare.

Nonostante le scoperte di Jamison (1993), la creatività dei soggetti con disturbi affettivi può non corrispondere ad una manifestazione espressiva totale di questa capacità, quanto può realizzarsi in una specifica forma di creatività, definita dai tratti di quella particolare psicopatologia. Sass (2001) suggerisce una distinzione fra i diversi tipi di creatività prodotti dalle differenti psicopatologie. Innanzitutto nota che il campione di soggetti creativi utilizzato dalla Jamison (1993), fra cui William Blake (1757-1827) e Lord Byron (1788-1824), appartenga al periodo romantico (dal tardo XVIII sec al primo XIX sec). Durante questo periodo gli artisti rifiutavano i primi albori dell'illuminismo, in cui la follia era fonte di emarginazione; essi invece la accettavano e la connettevano con la creatività (Becker, 2001). Lo stereotipo del temperamento del genio illuminista si specchia nel disturbo affettivo e fa pensare che i creativi di quel periodo fossero affetti da questo disturbo, moderato nella maggior parte dei casi. Invece erano i tratti accentuati del

disturbo dell'umore a contribuire allo stile florido, espansivo ed emotivo del romanticismo. I capolavori di Ruskin (1819-1900) e Byron sono esempi di questa interconnessione. Perciò le scoperte di Jamison (1993) riflettono solo le aspettative culturali e i limiti imposti dal neoilluminismo durante il romanticismo, periodo dal quale fu tratto il suo campione.

Viceversa la schizofrenia conduce ad un tipo di pensiero opposto e distinto. I soggetti sperimentano un senso di alienazione, distacco e affinità per il pensiero non conformista. Questi elementi sono agli antipodi rispetto alla filosofia del neoilluminismo e ciò giustifica la scarsità delle scoperte di tendenze schizofreniche nei geni del periodo romantico. In ogni modo, i tratti schizofrenici condividono molti elementi con il movimento post-moderno del XX sec, le cui norme sociali richiedevano una simile rimozione del soggettivo al fine di costituire una visione del mondo completamente oggettivata.

Una pleora di geni del XX sec, come Dalì (1904-1989) e Kafka (1883- 1924), era affetta da schizofrenia. Il fatto che le culture romantiche e post-moderne, appartenenti a due climi storici differenti, abbiano alimentato, accettato e ritenuto creativi stili di pensiero differenti -ognuno correlato con un tipo specifico di malattia mentale- suggerisce una distinzione fra i tipi di creatività associati con particolari psicopatologie.

Sass (2001) riconosce che il termine creativo è intrinsecamente legato ai limiti culturali e alle interpretazioni sociali. Basandosi sulle teorie di Kuhn (1970), Sass (2001) distingue ulteriormente fra i due tipi di creatività che derivano dal disturbo affettivo e dalla schizofrenia. Kuhn (1970) separa la scienza *normale* da quella *rivoluzionaria*, una dicotomia che secondo Sass (2001) può essere estesa ad ogni settore.

La *creatività normale* include una capacità di problem solving attinente alle norme socio-culturali; invece la *creatività rivoluzionaria* trascende i confini socio-culturali, costituendo nuovi paradigmi che modificano l'apparenza di un campo preesistente.

Sass (2001) pensa che la creatività *normale* e *rivoluzionaria* siano legate ad una tipo di psicopatologia differente. I soggetti con disturbi affettivi sono ossessionati dalle norme culturali: gli stati maniacali reclamano la grandiosità in una gerarchia sociale e i soggetti depressi hanno un sensibilità superiore per i fenomeni sociali. Quindi, i disturbi affettivi perpetuano la creatività limitandola al *normale*. Invece, la persona schizoide è

predisposta ad un senso di distaccamento dal mondo, libera dai limiti sociali e capace di considerare punti di vista alternativi, producendo la creatività in una sfera *rivoluzionaria* (Storr,1972). La patologia schizotipica di Newton (1643-1727) e Einstein (1879-1955), per esempio, ha dato luogo al loro stampo *rivoluzionario* nelle scienze esatte.

Contrariamente alla posizione di Jamison (1993), per la quale la schizofrenia è priva di immaginazione, Sass (2001) propone che la schizofrenia scateni una forma di creatività superiore e più innovativa rispetto a quella dei disturbi affettivi. Questo assunto è sostenuto dalla scoperta, di Goodwin e della stessa Jamison (1990), che in tre quarti della ricerca esista una correlazione positiva fra individui con disturbi dell'affetto e il ceto elevato. Questi soggetti sono fortemente attaccati alle norme e alle gerarchie sociali e di conseguenza possiedono un tipo di mentalità *normale*, legata alle sovrastrutture culturali.

Csikzentmihaly (1998) supporta il punto di vista di Sass (2001) affermando che un prodotto è ufficialmente creativo solo nel momento in cui è stato giudicato tale da altre persone all'interno di una cultura. A seconda dei periodi storici e delle culture, i diversi tipi di creatività, e di conseguenza la loro associazione con specifiche malattie mentali, presentano caratteristiche differenti.

Le teorie di Sass (2001) potrebbero dunque fondersi con la seguente prospettiva più globale. L'opera creativa *normale*, appartenente a soggetti affetti da disturbi affettivi, verrà probabilmente giudicata in modo più positivo dalle varie popolazioni rispetto all'opera creativa *rivoluzionaria* degli individui schizofrenici. Sarà quindi maggiormente presente una quantità di prodotti creativi *normali* piuttosto che *rivoluzionari* vista anche la più alta prevalenza di creatività nei soggetti con disturbi affettivi rispetto a quelli schizofrenici. Questa conclusione ha messo in evidenza l'esistenza di un'associazione fra tipi di psicopatologie diverse e tipi di abilità creativa diverse.

3.2.1.2 Psicopatologia e creatività nelle scienze e nelle arti

Guilford (1968) scoprì che il pensiero divergente simbolico e semantico, legato alla creatività negli scrittori e negli scienziati, fosse correlato ad un QI più elevato di quanto non lo fosse il pensiero divergente figurativo di artisti e musicisti. Dunque vi sono forme di creatività distinte e ad ognuna corrispondono livelli diversi di QI.

La relazione fra il QI e gli specifici tratti creativi può spiegare le differenze nelle associazioni fra le varie forme di psicopatologia e di creatività. Inoltre Claridge e coll. (1998) hanno dimostrato che un alto livello di QI può proteggere da uno sviluppo conclamato di psicopatologie. Dunque gli scienziati sono più protetti dalle forme gravi di disturbo mentale rispetto agli artisti che possiedono un QI in media più basso. Posts (1994) ha confermato questo assunto verificando la presenza di una maggior prevalenza di psicopatologie fra gli artisti piuttosto che fra gli scienziati.

Per quanto riguarda la creatività artistica, Claridge e coll. (1998) scoprirono che le varie tipologie sono presenti in aspetti diversi della psicosi. La schizofrenia, con il suo forte legame ai disturbi del linguaggio e del pensiero, è associata alla scrittura creativa.

Il dipinto e la composizione musicale, che si basano sui processi sensoriali e percettivi, dipendono da diverse forme di pensiero, linguaggio e tratti basati sulle emozioni: le diverse psicopatologie hanno effetti differenti sulla predisposizione ad una determinata abilità creativa e modellano forme stilistiche differenti.

A proposito, invece, della creatività scientifica esiste un diverso tipo di processo. Chadwick (1992) ha legato il processo di costruzione di una teoria del pensiero originale scientifico al processo d'illusione del pensiero schizofrenico, definendo simili i due meccanismi di base. Nello specifico, paragona la convinzione degli scienziati sulla validità delle proprie scoperte scientifiche con la ferma credenza da parte dei pazienti schizofrenici nelle proprie illusioni e deliri; di conseguenza entrambi condividono una grandiosità di pensiero. La differenza principale fra le illusioni e il processo di costruzione di una teoria è che quest'ultimo è verificabile nella realtà e dalla razionalità umana.

Presentiamo ora il modello dimensionale di psicosi e creatività nella struttura del processo dell'informazione neurocognitiva proposto da Prentky (1980). Il modello si

estende su un continuum, ai quali estremi sono presenti due diversi tipi di creatività; al centro invece risiede la “normalità” dei processi di pensiero cognitivo.

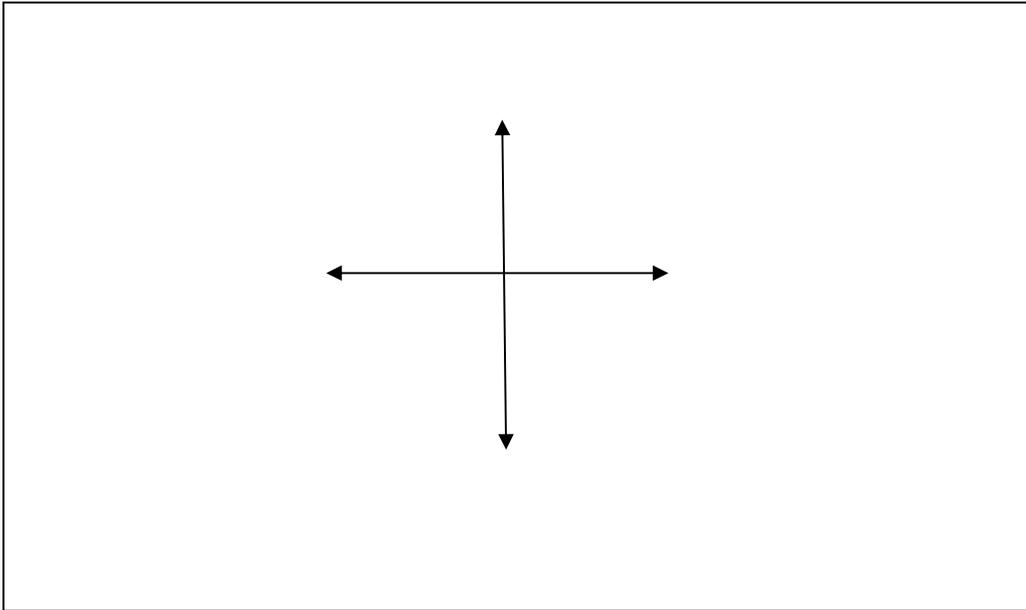
Al primo estremo c'è il tipo *chiuso* o C (concrete), che corrisponde ai disturbi del pensiero di tipo psicotico associati a basso arousal, bassa deconcentrazione, alto focus attentivo e un irrigidimento dei confini ideativi, cioè un pensiero sottoinclusivo. Questo tipo di personalità è analitica, focalizzata sul problem solving, mette in atto anomalie significative ed imprevedibili con sintomi schizoidi come appiattimento dell'affettività, ritiro e apatia. All'estremo opposto c'è il tipo *attivo* o A (abstract), caratterizzato da disturbi psicotici con i sintomi dei disturbi affettivi, arousal elevato, alta distraibilità, debole focus attentivo e una progressiva perdita di confini ideativi, cioè un pensiero iperinclusivo.

Brod (1997) approfondì ulteriormente il modello di Prentky proponendo dei profili schizotipici da far corrispondere al tipo C e A. L'*anedonia introversa* appartiene alla personalità di tipo C, la creatività di questi soggetti non clinici è caratterizzata da una alta connettività nei contenuti del processo d'informazione e ha come esito prodotti funzionali, scientifici e filosofici. All'estremo opposto Brod scopre come la *disorganizzazione cognitiva* corrisponda pienamente alla personalità di tipo A. Questi soggetti presentano una creatività non finalistica, una irrequietezza intersoggettiva per contenere e controllare il flusso di idee e le associazioni di emozioni, conducendo ad un tipo di creatività emotiva e simbolica, tipica della poesia, letteratura, danza e composizione musicale.

Partendo da questi due modelli, Nettle (2006) testò individui di discipline creative di vario genere, con la scala O-LIFE per valutare i profili schizotipici. Gli artisti mostrano tratti schizotipici elevati, esperienze inusuali; mentre gli scienziati e i matematici mostrarono punteggi più alti nei tratti schizotipici negativi come appunto l'*anedonia introversa*, in corrispondenza al modello di Brod.

3.2.2 Il continuum della creatività

Un modello alternativo a quello illustrato, secondo il quale esiste una rigida corrispondenza fra tipologie di psicopatologia e tipologie di creatività, inserisce la creatività all'interno di due assi intersecati.



Tab.3.2.2.1 *Concettualizzazione della creatività sugli assi A (quotidiana - eminente) e B (scientifica - artistica), Kuhn (1970)*

L'asse A riprende la dicotomia di Kuhn (1970) e si estende dalla *creatività quotidiana* alla *creatività eminente*; l'asse B dalla *creatività scientifica* alla *creatività artistica*. Spostandosi sull'asse A verso il livello massimo di *creatività eminente* si evidenzia una maggiore probabilità di tratti psicopatologici; ma questo non implica che tutti i creatori eminenti abbiano tratti psicopatologici. L'asse A, e quindi anche il bagaglio psicopatologico, influenza il coinvolgimento del soggetto in particolari discipline creative. In aggiunta, i tratti di personalità di un individuo e i fattori ambientali e culturali interagiscono in maniera non lineare per determinare la posizione del soggetto lungo gli assi.

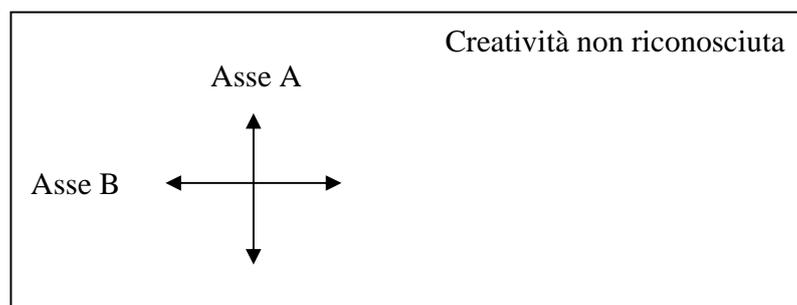
3.2.2.1 Asse A: l'esempio dell'Outsider Art

L'Outsider Art, definita per la prima volta "Art Brut" da Jean Dubuffet (1901-1985) e in italiano Arte Grezza, è il movimento creativo prodotto dai soggetti naif del mondo dell'arte. Resistenti alle norme estetiche convenzionali (Cardinal, 2006), questi artisti sono in genere indipendenti, appassionati, focalizzati sui loro vissuti interni, preferiscono spesso la solitudine alla comunicazione con il mondo esterno. Lavorano con una forte tendenza all'espressività, all'ordine e alla ricerca del dettaglio. L'Arte Grezza non viene riconosciuta fra i movimenti artistici tradizionali e si può notare come gli artisti appartenenti a questa corrente abbiano spesso malattie mentali.

La marginalizzazione dell'Outsider Art suggerisce una distinzione fra l'arte della malattia mentale e quella degli artisti eminenti. In ogni modo, l'Outsider Art ha giocato un ruolo significativo nel modernismo del XX sec. Si può infatti evincere un parallelismo fra le qualità dell'artista outsider e l'artista del movimento modernista. Il modernismo aveva l'intento di rompere le convenzioni, ignorare le norme sociali, possedendo una forte autoconsapevolezza di queste caratteristiche (Cardinal, 2006); allo stesso modo l'Outsider Art è naive e distaccata dal mondo. A parere di Thompson (2006), gli artisti di questa corrente -fra cui Kandinsky (1866-1944), Klee (1879-1940) e Picasso (1881-1973)- erano ispirati da una creatività simile a quella modernista: un tipo di pensiero non conformista che dà luce a racconti e interpretazioni originali del mondo.

Tentando di posizionare gli artisti Outsider e modernisti sul continuum della creatività si nota come risulti indispensabile aggiungere una terza tendenza all'asse A. Infatti, per quanto riguarda l'asse B, entrambi appartengono alla *creatività artistica*. Analizzando l'asse A invece l'Arte Bruta si posiziona oltre l'*eminente* con elevate possibilità di possedere tendenze psicopatologiche, fra le opere *non riconosciute come tali*; mentre gli artisti del Modernismo sono universalmente riconosciuti e si situano al livello della creatività *eminente*.

Tab.3.2.2.1.1
L'Outsider Art non viene riconosciuta come creativa



La definizione dell'Outsider Art come una particolare manifestazione del modernismo supporta il modello del continuum della creatività, specialmente nei termini della prospettiva di Csikzentmihaly (1998): la creatività guida l'evoluzione culturale in modo che la percezione della creatività vari e si sviluppi col tempo. L'attuale rivalutazione dell'Outsider Art da parte dei critici è uno dei risultati di questa evoluzione.

3.2.2.2 I modelli del continuum della creatività nella letteratura

L'approccio dei sistemi dinamici di Schulberg (2001) è una forma estrema del modello del continuum che rappresenta una visuale più flessibile alla relazione creatività-disturbo mentale rispetto alle prospettive precedenti.

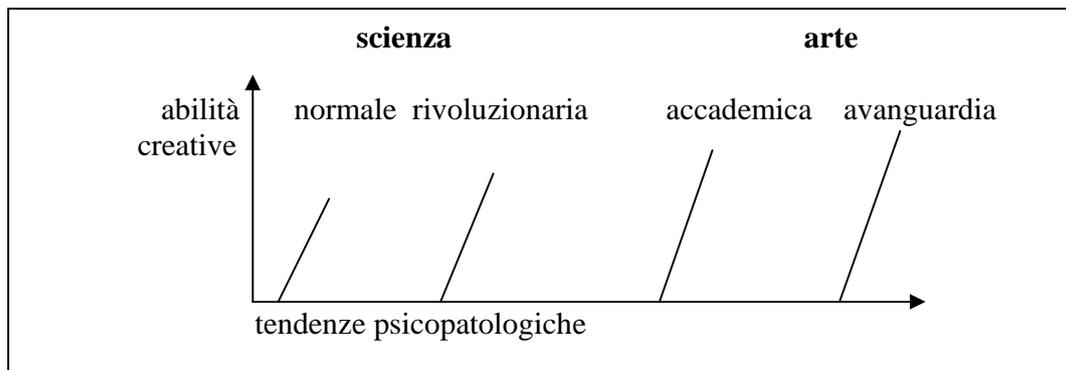
Egli realizza un modello curvilineare in cui alla base della produzione creativa c'è il continuum delle dimensioni cognitive e affettive.

Le fluttuazioni individuali delle differenze di personalità, nello stile cognitivo e comportamentale sono legate, anche se in modo non lineare, con le varie dimensioni di creatività; l'effetto finale sarà un sistema caotico dai risultati imprevedibili. Questo sistema presenta un punto di partenza differente con effetti significativi e divergenti sullo sviluppo e sui risultati, conducendo alla serendipità. I percorsi non sono riproducibili, mentre fornisce la possibilità di definire uno stile riconoscibile dei prodotti creativi di un soggetto (Ludwig, 2000). La creatività è perciò, secondo questo modello, un processo complesso e imprevedibile, influenzato da molte variabili, che produce sempre novità e originalità.

Sempre compatibilmente ai modelli del continuum, Simonton (2000) propone la prospettiva darwinista sulla creatività e psicopatologia, in cui il processo creativo è pensato analogamente alla selezione naturale.

Determinati campi della creatività, come ad esempio le scienze, hanno delle restrizioni intrinseche nel range di variazioni di idee permesse; altri, come le arti visuali, sono meno limitate. Inoltre, la tendenza di un individuo alla psicopatologia influenza l'estensione delle loro variazioni di idee. Simonton (2000) ipotizza che, lungo un continuum di tendenze psicopatologiche, le discipline scientifiche abbiano un livello basso, e si estendano dal *normale* di Kuhn al *rivoluzionario*. L'arte possiede una maggiore tendenza ai tratti psicopatologici: la creatività artistica delle *avanguardie* ha livelli più alti di

gravità psicotica rispetto alla creatività artistica *accademica*. La proposta di Simonton (2000) implica che i soggetti posizionati all'estremo della *creatività scientifica* abbiano meno probabilità di possedere tendenze psicopatologiche rispetto all'estremo della *creatività artistica*.



Tab.3.2.2.2.1 Il modello di Simonton (2000). Nel passaggio da scienza (normale - rivoluzionaria) ad arte (accademica - avanguardia) si riscontra un aumento di tendenze psicopatologiche e di abilità creative.

Dunque, con un incremento delle tendenze psicopatologiche, si registra un'amplificazione della natura già non convenzionale e della genialità del lavoro creativo. Ciò conduce le scienze dal *normale* al *rivoluzionario* e le arti dall'*accademico* all'*avanguardia*.

Ludwig (1995) indaga l'incidenza e la natura delle condizioni psicopatologiche in un campione di persone *eminenti* dei nostri giorni in numerosi campi professionali e scopre che sono più spesso affette da malattie mentali rispetto alla popolazione normale. Per esempio la mania è pari al 7%, mentre nella popolazione normale è dello 0.8%. Nel suo campione gli artisti hanno una più alta incidenza di malattia mentale rispetto agli scienziati. Questo suggerisce (Simonton, 2000) l'esistenza delle diverse interazioni fra creatività e psicopatologia all'interno dei diversi settori. Rimane da stabilire se sia il risultato delle differenti prerogative di ciascun settore o di una differenza intrinseca nel processo creativo.

3.2.3 La creatività come costrutto unico

Mentre nei modelli discussi finora la creatività viene illustrata come una variabile, molti teorici la figurano come un costrutto unico, nonostante misure e caratteristiche differenti siano state attribuite al processo creativo e ciascuna di esse abbia generato varie discussioni. Le differenze analizzate finora a proposito del costrutto della creatività possono apparire come il riflesso di distinzioni superficiali, mentre secondo questo modello esiste un unico processo cognitivo alla radice del lavoro creativo.

3.2.3.1 Nomi diversi, un costrutto

Le varie qualità utilizzate per caratterizzare la tipologia di creatività possono convergere in un unico processo cognitivo. Il pensiero divergente è uno dei principali processi cognitivi della creatività. L'abilità nel generare soluzioni multiple ad un problema (Guilford, 1968) può essere valutata grazie alla capacità del soggetto di: produrre un range di soluzioni ad un problema apparentemente senza soluzione e senza una sola risposta corretta, per esempio identificando le varie modalità di utilizzo di un oggetto.

La creatività è anche descritta come pensiero associativo o nuova combinazione di elementi preesistenti; più remoti sono gli elementi, più creativo può essere il processo e il risultato [(Mednick, 1962) e (Spearman, 1931)].

Eysenck (1993) concepisce tutto questo in termini di personalità. Una persona con un carattere associativo considererà un maggior numero di associazioni rilevanti in un particolare compito.

Il “pensiero iperinclusivo” è un altro componente della teoria di Eysenck sul processo creativo (1993). Gli alti punteggi nella dimensione *nevroticismo* (uno dei fattori del modello tripartito della personalità di Eysenck, i mancanti sono *estroversione* e *introversione*) correlano con le performance nei compiti del pensiero iperinclusivo, sottolineando un'ampia abilità creativa (Cameron, 1938). Originariamente formulato per descrivere lo stile cognitivo dei soggetti schizofrenici -e più tardi riscontrato anche nei disturbi dell'affetto- il pensiero iperinclusivo è caratterizzato da una disfunzione in cui pensieri irrilevanti invadono la consapevolezza ostacolando la risoluzione dei problemi.

La natura creativa del pensiero iperinclusivo è perciò molto discutibile e teorici come Csikzentmihaly (1993) hanno affermato che sia principalmente un disturbo concettuale debilitante piuttosto che un processo cognitivo costruttivo.

Nonostante la controversia, Andreasen e Powers (1974) trassero dei punteggi alti di pensiero iperinclusivo dal loro campione di scrittori creativi e Griffith, Mednick, Schulsinger e Diderichsen (1980) dimostrarono una presenza significativa di questo tipo di pensiero nei figli dei pazienti schizofrenici, sottintendendo il fatto che sia uno stile cognitivo legato ad una predisposizione genetica ai tratti psicotici. Il pensiero iperinclusivo perciò implica un eccessivo e anormale accesso ai pensieri; il pensiero divergente e i modelli associativi incorporano quest'idea basilare affermando che l'individuo creativo formi nuove combinazioni di concetti, altrimenti separati.

Un'altra concettualizzazione della creatività è il processo cognitivo gianusiano di Rothenberg (1983), l'abilità a considerare simultaneamente più opposti. È il primo di tre processi che contribuiscono alla dote creativa, a cui seguono lo stadio omospaziale e dell'articolazione che manipolano le immagini mentali gianusiane e strutturano i pensieri in rappresentazioni organizzate. Rothenberg scoprì che i premi Nobel della scienza e un gruppo di studenti particolarmente creativi produssero un numero superiore di associazioni di parole opposte, tramite un test sul processo gianusiano, rispetto ad un gruppo di studenti potenzialmente meno creativi.

La psicanalisi ci fornisce un'ulteriore descrizione della creatività. Illustrato per la prima volta da Freud (1958), il pensiero del processo primario è un sistema primitivo di pensiero, inconsapevole, guidato dall'istinto umano e libero da restrizioni del pensiero formale. È caratterizzato da fluidità di pensiero, flessibilità nella ricerca di idee e associazioni e pensiero divergente. Kris (1952) affermò che la creatività nasce dall'abilità a regredire e attingere al pensiero del processo primario mettendolo in relazione al pensiero del processo secondario, più maturo e razionale. I deficit attentivi conducono a questo tipo di processo (Russ, 2001). Russ (1987) concettualizza il pensiero del processo primario come un sottocluster affettivo nel quadro cognitivo. In questo modo, diversi disturbi interagiscono con il pensiero del processo primario in modi differenti. La schizofrenia coinvolge gli aspetti cognitivi del pensiero del processo primario, mentre i

disturbi dell'umore sfruttano quelli affettivi. La malattia mentale, quindi, interagisce in modo differenziato con un singolo nucleo creativo che produce risultati creativi diversi.

La teoria sulla creatività di Martindale (1989, 1995, 1999) è complementare al pensiero del processo primario. Secondo l'autore la creatività deriva dalle oscillazioni fra i due poli di un continuum. Il primo polo riguarda le associazioni libere e analogiche e il pensiero irrazionale; è caratterizzato da deficit attentivi, arousal corticale ridotto e da insight creativi. L'altro polo presenta un pensiero logico e orientato alla realtà, attenzione elevata, livelli elevati di arousal corticale e idee creative. La creatività perciò è formata dalle fluttuazioni del focus attentivo, tipo di pensiero e livello di attivazione corticale. Il profilo del disturbo bipolare è parallelo a questo dal momento che l'individuo creativo ha degli insight maniacali, mentre le fasi depressive più moderate consentono di sviluppare insight che si manifestano in prodotti/sintomi con un certo significato (Jamison, 1993). Inoltre, il cambiamento di stato dell'arousal corticale va di pari passo con il pensiero del processo primario e il processo creativo gianusiano. Lo spostamento fra stati corticali differenti permette il raggiungimento del processo gianusiano, fornendo diversi atteggiamenti mentali e rappresentazioni simultaneamente. Invece, il polo delle libere associazioni e del pensiero irrazionale si può comparare al pensiero del processo primario.

Questi processi possono anche essere visti come fondati dai modelli associativi e dal pensiero divergente. Il cambiamento degli stati fisiologici descritto da Martindale (1989) conduce al pensiero del processo primario, il quale a sua volta facilita il pensiero divergente. Invece il processo gianusiano può essere concepito come un componente del pensiero divergente e dei modelli associativi della creatività.

Per questo motivo è possibile definire un singolo costrutto creativo.

Questa recente scoperta dimostra l'eziologia genetica e fisiologica del processo creativo, in particolare a livello dei recettori della dopamina e della serotonina del sistema nervoso centrale (Martindale, 2000) che insieme formano un singolo processo neurale, sottostante alla creatività.

3.2.3.2 Un processo unico per diverse malattie mentali ed ambiti creativi

Sicuramente i diversi termini per parlare del costrutto della creatività si riferiscono tutti ad una singola entità, ma il processo creativo è lo stesso nelle scienze e negli ambiti artistici? Claridge (1993) risponde positivamente, dichiarando che però le particolari richieste di ogni settore creativo conducono a manifestazioni creative differenti. Le arti danno vita alla libertà di esplorazione delle associazioni cognitive; mentre le scienze, guidate dall'osservazione empirica e oggettiva, impongono limitazioni maggiori. Dunque, sebbene pattern specifici dei tratti psicotici medino il processo creativo in ciascun ambito, l'abilità sottostante è la stessa.

Il processo gianusiano di Rothenberg (2000) è altrettanto compatibile con un unico costrutto di creatività che accomuna tutti i settori creativi.

Il processo gianusiano e quello omspaziale, parte dello stesso nucleo creativo, danno luogo a diversi tipi di ragionamento, ognuno dei quali porterà poi risultati particolari. Il processo gianusiano conduce ad un tipo di ragionamento analogico particolarmente rilevante per le arti. Similmente la creatività scientifica è tipica del ragionamento che deriva dal processo omspaziale e permette rappresentazioni figurate e astratte provenienti dalla concezione attiva delle entità discrete che occupano quello stesso spazio.

La distinzione fra la creatività quotidiana e quella eminente implica anch'essa un unico costrutto creativo. Sebbene Richards (1993) distinguesse le due forme di creatività, notò delle caratteristiche condivise e quindi una radice creativa unitaria, differenziandosi solo per il livello cognitivo.

Un singolo nucleo creativo può esistere anche fra diversi tipi di psicopatologia. Come precedentemente sottolineato, sia la schizofrenia che i disturbi affettivi facilitano la creazione di prodotti creativi differenti. Le variazioni nella manifestazione della creatività dipendono dalla predisposizione dell'individuo a determinate psicopatologie; ma il processo creativo in sé, che include il pensiero divergente e associativo, è il medesimo qualunque sia la malattia mentale.

3.3 Prospettive psicologiche evolutive

Al fine di assicurare la validità dei tre modelli proposti sul costrutto della creatività, questi ultimi devono essere compatibili con le teorie evoluzionistiche, le quali definiscono lo scopo dell'associazione creatività/psicopatologia.

I teorici della psicologia evoluzionistica affermano che dal momento in cui la psicopatologia possiede una componente genetica, la sua costante e debilitante presenza all'interno della nostra società debba essere controbilanciata da un vantaggio compensatorio associato (Huxley, Mayr, Osomond e Hoffer, 1964). Ispirati alle teorie di Huxley e coll. (1964) e Miller (2001) sul talento artistico e sulla selezione sessuale, O'Reilly, Dunbar, e Bentall (2001) suggeriscono che il vantaggio compensatorio della schizofrenia sia il tratto dell'abilità creativa. La creatività è un'incarnazione dell'abilità intellettuale dell'homo sapiens, capacità di sfruttare i processi cognitivi, estetici e l'empatia al fine di condurlo verso un'evoluzione culturale (Csikzentmihaly, 1998). La creatività perciò delinea il livello di sviluppo di un soggetto, potenziando le capacità competitive di riprodursi all'interno della specie e di sfruttare al meglio le opportunità che offre la società. Nonostante le teorie evoluzionistiche sulla riproduzione, le analisi genetiche di Crespi, Summers e Dorus (2007) evidenziano l'associazione degli stessi geni legati alla schizofrenia con la creatività e le capacità immaginative nella popolazione normodotata (Reuter, Roth, Holve e Hennig, 2006).

La psicologia evoluzionistica indica la creatività come costrutto singolo. Per esempio, nonostante Nettle (2001) distingue due assi psicopatologici (quello schizotipico che sfrutta il pensiero divergente e quello timotipico dei disturbi affettivi che sfrutta l'umore al fine della creatività), questi ultimi sono legati ad un unico tipo di processo creativo. La posizione evoluzionistica è dunque compatibile con gli altri modelli dell'associazione creatività/psicopatologia.

È possibile che i diversi tipi di creatività siano sessualmente determinati, fornendo vantaggi compensatori distinti dal punto di vista del tipo di abilità cognitiva. Probabilmente la creatività nelle arti, legata ai disturbi affettivi, è l'espressione di una società fortemente sviluppata, e porta con sé un'ampia sensibilità alla natura umana, un'elevata abilità nel riconoscere e manifestare gli stati emotivi. Di contro una capacità rilevante nella risoluzione dei problemi e nel risultare originale, come quella degli

scienziati, è il riflesso della creatività schizotipica che include un sofisticato sviluppo a livello cerebrale, soprattutto a livello prefrontale.

Baron-Cohen, Tager-Flusberg e Cohen (2000) sottolineano come senza queste sofisticate capacità l' homo sapiens sarebbe ancora preistorico. I suoi vantaggi compensatori, infatti, controbilanciano le patologie esistenti, anche a costo della vita dell'uomo, ma a beneficio dell'intera società umana.

3.4 Conclusione

I teorici della creatività hanno fallito nel compito di creare un'unica definizione di creatività che aiuterebbe con maggior chiarezza ad associare il costrutto in esame ai diversi tipi di psicopatologia. Allo stesso tempo si può affermare che i tre modelli sopra esposti siano ugualmente plausibili e supportati dalla ricerca scientifica.

Nonostante ciò, dal momento in cui abbiamo dimostrato l'esistenza di diversi tipi di creatività e che siano legati alle diverse forme di psicopatologia, è possibile ora implementare trattamenti terapeutici per i pazienti, che tengano conto di quanto scoperto.

Inoltre, i tre modelli offrono trampolini di lancio e strategie ben definite da cui partire per la ricerca futura. In particolare, per quanto riguarda il primo modello esposto un tipo di studio che si potrebbe svolgere prevede la creazione e somministrazione di test per cogliere gli stili cognitivi di ciascuna psicopatologia, determinandone la specificità.

Viceversa, il modello dimensionale potrebbe essere nuovamente confermato dai punteggi attribuiti ai test sulla creatività da soggetti creativi di tipo eminente o quotidiano.

L'ultimo modello, per esempio, risulterebbe ancora più veritiero verificando la controparte neurale del processo creativo in tutti i soggetti creativi eminenti. Comunque la concettualizzazione della creatività come singolo costrutto potrebbe essere troppo semplicistica. Come notarono Blackeslee e Ramachandran (1998), gli insight più creativi -come per esempio quelli presenti nelle poesie di Shakespeare- provengono da qualcosa di realistico e semplice piuttosto che da mere associazioni di idee. La creatività è in parte ancora un mistero per noi e forse non sarà mai dimostrata scientificamente fino in fondo.

4 LA FLUENTE ESPRESSIONE DELLA CREATIVITA' E LE SOSTANZE PSICOTROPE

In questo capitolo verranno analizzate le condizioni per cui è possibile far derivare l'abilità creativa dall'uso di sostanze psicofarmacologiche, assunte dai pazienti tourettiani a fine terapeutico, piuttosto che da una predisposizione personale. In parallelo sono descritti anche gli effetti degli stupefacenti sul talento artistico.

4.1 Stato della coscienza e creatività

Anni di studi condotti da Sir John C. Eccles - premio Nobel per la neurofisiologia - portarono lo scienziato a concludere che il cervello funziona come strumento della mente. Allo stesso esito sono pervenuti C.G. Jung, R. Assagioli, R. Gerber, nonché gli psichiatri R. Moody e B. Weiss, per citare soltanto alcuni dei ricercatori che sostengono tesi contrarie a quelle espresse dalla neurofisiologia dominante.

Spesso nell'analisi della seguente diatriba, si è sfociati in opposti estremismi, da una parte coloro che vedono la base della mente solo nella intricata interconnessione neuronale (R. L. Montalcini), dall'altra coloro che vedono la mente oltre il cervello, ma ad esso strettamente collegata (J. C. Eccles).

In realtà un'attività psichica superiore non può pensarsi senza l'esistenza della autoconsapevolezza, quindi coscienza di sé riflessiva (Socrate); della coscienza, intendendosi per questa la minima struttura di un "io" che riconosce se stesso diverso dall'altro da sé (Jung), e che è in grado di esercitare un minimo di controllo su di sé (Brentano).

Questo nucleo di coscienza è riconosciuta anche nella psiche degli animali superiori; l'essere umano è però l'unico ad avere una rappresentazione in più: la capacità creativa e critica che ha reso possibile l'evoluzione della specie.

Distinguiamo quindi un *io soggettivo* di marca puramente neuropsicologica, da un *io cosciente* creativo e critico.

La stragrande maggioranza dell'attività mentale umana è di tipo *conservativo biologico*, tesa cioè alla difesa dell'io soggettivo dalle aggressioni esterne. Tale attività è quasi completamente coordinata dalla *mente biologica-neuronale*. Le *attività superiori* invece,

in particolare il pensiero critico e creativo, sono appannaggio dell'*io cosciente*, struttura che oltrepassa la mente biologica, ma come più avanti esposto, ad essa strettamente interconnessa.

Benjamin Libet della California University, ha scoperto che il cervello impiega 500 millisecondi per elaborare la realtà in modo conscio, mentre gli bastano 150 millisecondi per l'individuazione sensoriale senza consapevolezza, cioè per vedere cose che saranno ritenute non interessanti e pertanto non verranno registrate dalla coscienza.

Il processo di assunzione della coscienza crea quindi un lievissimo ed impercettibile ritardo tra quello che vediamo e sentiamo, e quello che sappiamo di aver visto e sentito.

Cosa avviene in questo lasso di tempo?

Secondo Rodolfo Llinas, direttore del Dipartimento di Fisiologia e Biofisica della New York University, entrano nella consapevolezza solo le informazioni che le cellule nervose corticali ritrasmettono al talamo in modo sincrono, sintonizzandosi tutte sulla stessa frequenza d'onda: una modulazione intorno ai 40 Hertz. Il brusio continuo delle altre cellule, trasmesso su altre lunghezze d'onda, resta invece escluso dalla coscienza.

Secondo Llinas la raccolta di queste informazioni è fatta da un anello di cellule, il nucleo intralaminare del talamo. Qui ha origine una serie d'impulsi nervosi che compie il giro completo del cervello ogni 12,5 millisecondi. Ogni giro esplica il reclutamento di tutte le informazioni che, presenti nelle diverse aree specializzate del cervello (corteccia visiva, sensitiva, uditiva, ecc.), sono sincronizzate dalla *mente* sulla stessa lunghezza d'onda (40 Hertz).

La *coscienza* quindi non è un luogo fisico, ma una *frequenza*, che accorda le diverse *oscillazioni-sensazioni* tra loro.

Ma se la mente come fonte di riflessione critica e creativa non è identificabile con il cervello biologico, che rapporto c'è tra la *mente* e il *cervello*, visto che sia l'*io* soggettivo-biologico, che l'*io* cosciente-creativo, usano nella vita di tutti i giorni il cervello per interagire con il mondo esterno?

La modalità più semplice per rispondere a questa domanda è il paragone con il computer. Il *cervello* con la sua struttura organico-biologica è assimilabile all'*hardware* di un calcolatore, in cui si immettono i dati provenienti dagli organi di senso e dal mesenchima, ed in cui, il frutto dell'elaborazione della *mente*, viene tradotto in fisicità, per l'output

finale. La *mente*, in realtà, è invece il programma di elaborazione dati interposto al terminale-cervello, è cioè l'unità centrale-elettromagnetica dell'intero calcolatore (*software*).

Lo stato di salute dell'individuo è può essere mantenuto solo con un'enorme dispendio energetico, con la formazione di “*strutture dissipative (clusters)*” lontane dall'equilibrio termodinamico, in un sistema aperto.

E' necessario un flusso d'informazioni costante per rendere possibile l'altissimo grado di ordine dinamico dei tessuti (negentropia) di circa 10¹⁸ reazioni metaboliche nell'organismo al secondo, che richiedono un trasferimento veloce e preciso d'informazioni nell'intero organismo.

Secondo il biofisico Popp, nessuna molecola, enzima, ormone o neurotrasmettitore è in grado di fare ciò, solo i fotoni sono in grado di garantire questo coordinamento in maniera ordinata, ultraveloce ed olografica.

La materia è quindi - in accordo anche al pensiero di Rubbia (Premio Nobel 1984) - subordinata a processi energetici di natura elettromagnetica, che gestiscono in tempo reale lo stato di organizzazione dei tessuti. Tale coordinamento è impensabile da raggiungere nell'intero organismo, tramite la sola rete neuronale.

Possiamo quindi ragionevolmente supporre che accanto ad un *cervello neuronale*, esista un *cervello elettromagnetico (psiche)*, in grado di elaborare informazioni con una velocità e sensibilità estremamente superiore al cervello biologico. In tale struttura elettromagnetica convive sia l'io biologico, che l'io superiore, cioè l'io creativo-riflessivo.

Tale struttura (*psiche*) per esprimersi nel modo materiale, utilizza il *cervello biologico neuronale* e da esso ne ricava percezioni e sensazioni, che poi elabora e traduce in coscienza, senso della vita e dell'essere, nonché in strategie di superamento e trascendenza di tutto ciò.

Ogni mutamento di carattere somatico influenza tale struttura elettromagnetica che definiamo “psiche”, così come uno stress nella struttura psico-elettromagnetica si tradurrà, attraverso la mediazione del cervello biologico-neuroendocrino, sull'intero organismo.

Il rapporto tra mente e corpo è così stretto, diretto ed immediato, che uno shock psichico produce contemporaneamente una perturbazione nella *mente elettromagnetica (software)*, una perturbazione nel *cervello (hardware)*, ed una perturbazione nell'*organo periferico*, da quella zona encefalica controllata.

Allo stesso modo un disturbo iniziato a livello *periferico (organo)*, genera una perturbazione funzionale sia sull'*hardware centrale (cervello)*, che sul *software elettromagnetico (psiche)*.

Movimenti impercettibili di masse microscopiche -che costituiscono i microtubuli delle cellule- sarebbero responsabili -secondo R. Penrose dell'Oxford-University- di quest'attività quantistica, integrata e risuonante.

Altre strutture oscillatorie presenti nel mesenchima interstiziale, nella glia cerebrale, e nell'acqua semicristallina dell'intero organismo, mediano - secondo H. Heine, E. Del Giudice, J. Benveniste, ed altri - questa comunicazione.

Se mente e corpo sono quindi così strettamente interconnessi, fattori psichici possono scatenare malattie somatiche, ma anche intossicazioni croniche a carico di organi periferici o della matrice interstiziale del cervello possono acuire o generare disturbi psicologici.

In conclusione, non può esserci infatti vera guarigione se non si comprende prima il senso profondo della propria sofferenza; non può esserci vera guarigione se non si trascende se stessi e l'equilibrio esistenziale prima strutturato.

Spesso gli psicofarmaci, mal utilizzati, impediscono la presa di coscienza delle vere problematiche a monte della malattia, problematiche ben più ampie di quanto il riduzionismo farmacologico imperante ci voglia imporre.

Un cambiamento di paradigma in psichiatria è da anni rincorso, con vicende alterne.

Una visione olistica del problema, dove i fattori psicologici, sociali, antropologici, spirituali e culturali, si fondono, nella genesi e cura dei disturbi psichici - in maniera circolare - con il ruolo dell'alimentazione, della tossicità ambientale e della iatrogenesi farmacologica laddove documentata, è ad oggi un modo di procedere ottimale.

Da tale nuovo paradigma scaturirebbe un appropriato utilizzo degli psicofarmaci, riservato alle condizioni di contenimento del disagio mentale, non diversamente trattabile.

Lo psicofarmaco è una terapia sostitutiva, e per definizione le terapie sostitutive sono indicate per sostituirsi al biochimismo interno quando insufficiente, non certo per stimolarlo.

Altre possono essere le modalità di disintossicare il cervello, l'intestino (*secondo cervello*) e gli altri organi connessi al metabolismo cerebrale; altre possono essere le misure per intervenire sui buchi metabolici (*niacina, triptofano, ecc.*) o per stimolare il ripristino di un'omeostasi perturbata.

Non nego l'importanza degli psicofarmaci che hanno liberato dalla sofferenza malati incurabili, ma sono da riservare ai casi indispensabili; esistono infatti alternative terapeutiche complementari che vanno valorizzate nel rispetto delle indicazioni dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Tutta la vita psichica passa sempre attraverso la mente biologica (hardware), ma dietro di questa c'è la mente superiore (software), che si alimenta attraverso il contatto con il sè e porta l' *io* a trascendere gli schemi fissi e rigidi del determinismo biologico, per approdare al pensiero critico e creativo.

4.2 Stupefacenti e psicofarmaci: verso una biochimica della creatività

“È il mondo all'interno del tuo animo che tu cerchi. Solo all'interno di te esiste la realtà che cerchi. Io non posso darti nulla che non sia già all'interno di te stesso. Io non posso aprirti nessuna galleria di immagini, solo il tuo animo.

Tutto quel che posso darti è l'opportunità, l'impulso, la chiave. Posso aiutarti a renderti il tuo mondo visibile. Tutto lì”.

Herman Hesse, Steppenwolf, 1957.

La creatività artistica è una delle più alte manifestazioni delle capacità cognitive dell'uomo. La relazione fra sostanze in grado di modificare lo stato di coscienza, la loro assunzione e l'espressione della creatività è stata quindi un argomento di grande interesse nel corso dei secoli. L'interesse nel dibattito sulla relazione fra stupefacenti e creatività artistica si è recentemente rivitalizzato sulla base delle nuove conoscenze degli effetti delle droghe su specifiche strutture del sistema nervoso centrale e delle relative interazioni a livello molecolare.

In effetti l'uso di varie sostanze psicoattive come mezzo per aumentare la creatività artistica ha una lunga storia. Alcune sculture ritrovate in America Centrale fanno ritenere che già nel 1500 A.C. l'uso di funghi allucinogeni da parte dell'artista era considerato un mezzo per ricevere un'ispirazione divina e molti dei dipinti rupestri delle prime popolazioni indiane del Sud-Ovest degli Stati Uniti sono state attribuite all'uso di sostanze cosiddette psichedeliche. In tempi a noi più vicini sono stati i poeti romantici dell'inizio dell'Ottocento a narrare per primi le loro esperienze introspettive sotto l'influenza di varie droghe e gli orientamenti di varie correnti artistiche negli anni '60 e '70 hanno portato alla ribalta l'uso delle droghe e la loro influenza sulle capacità artistiche e creative. Il grande scrittore Aldous Huxley ha persino sostenuto che l'arte del ventesimo secolo sarà ricordata per l'impatto e le conseguenze che su di essa hanno avuto i farmaci allucinogeni.

L'interesse per le droghe come mezzo di facilitazione delle capacità creative dell'individuo deriva principalmente dalla pletora di osservazioni da parte di artisti che hanno percepito un miglioramento nelle loro capacità creative a seguito dell'uso di varie droghe, fra cui la dietilammide dell'acido lisergico (LSD), i cannabinoidi e varie sostanze allucinogene di origine naturale fra cui psilocibina e mescalina. L'analisi oggettiva di queste osservazioni soggettive non è però facile ed è necessaria un'attenta osservazione sistematica e controllata per valutare se e come l'assunzione di alcune sostanze rappresenti realmente un mezzo per aumentare la creatività e l'introspezione estetica e in che modo questi elementi si riflettano sulla qualità della produzione artistica.

4.2.1 Stupefacenti, psicofarmaci e creatività artistica: un'analisi sistematica

Cercare di catturare gli sfuggenti elementi che nel loro insieme costituiscono un atto creativo è sicuramente opera ardua. Una serie di studi ha tuttavia cercato di affrontare il problema da diverse prospettive usando i mezzi della neuropsicologia. Test psicometrici oggettivi di valutazione fra i quali il test di Rorschach, il test di creatività di Purdue, il test di visualizzazione oggettiva di Miller, il test delle figure celate di Witkin, il test di associazione verbale e il test di personalità multifasico del Minnesota (MMPI) sono stati adoperati in condizioni sperimentali controllate su artisti professionisti, soggetti con capacità artistiche, e soggetti di controllo.

L'insieme di questi studi, svolto da diversi gruppi di ricercatori nel corso degli ultimi decenni, rappresenta un primo ed importante tentativo di caratterizzazione degli effetti delle droghe, soprattutto farmaci con effetti allucinogeni, su diverse componenti dimensionali della creatività artistica.

Nonostante gli approcci molto diversi fra loro, un'essenziale concordanza di conclusioni è emersa dai risultati delle diverse ricerche. Sorprendentemente, l'ipotesi che l'uso di droghe sia per sé un mezzo semplice ed aspecifico di facilitazione della creatività artistica non ha retto all'attento scrutinio scientifico.

Il primo elemento di consenso è costituito dall'osservazione che l'uso di queste droghe, in genere LSD, psilocibina, mescalina o cannabinoidi dopo somministrazione acuta o subcronica, produce un'intensificazione dei tratti preesistenti di personalità e della capacità di esperienza soggettiva estetica, entrambi misurati dai test psicometrici, ma ciò non si accompagna direttamente ed automaticamente ad un aumento o ad un miglioramento della produttività artistica. Infatti nelle ricerche in cui le opere degli artisti sono state valutate in maniera oggettiva, i critici d'arte di riferimento hanno in genere considerato la qualità della produzione degli artisti simile all'opera svolta in assenza di droga. Analogamente, gli studi psicometrici che hanno analizzato scale specifiche di valutazione della performance creativa (test di associazione remota, di immaginazione, di originalità e di pensiero divergente) non hanno riscontrato differenze prima e dopo l'assunzione degli stupefacenti.

In questo senso l'esperienza farmacologica sembra rimanere un fenomeno passivo, mentre l'atto creativo è una esperienza attiva che non sembra essere direttamente ed automaticamente influenzata dalla droga.

È molto interessante, invece l'osservazione degli effetti di farmaci, come l'LSD, di indurre un'aumentata capacità di risoluzione creativa di problemi complessi. Ciò si verifica tuttavia soltanto in condizioni fortemente strutturate, cioè a seguito di una procedura preparatoria psicodinamica e in un ambiente psicosociale fortemente orientato al test in questione. Questo è anche in accordo con prove aneddotiche di aumento, indotto da LSD, della capacità di superare in maniera creativa alcune specifiche difficoltà tecniche professionali da parte di professionisti come architetti, generali o scienziati.

Queste ricerche sembrano quindi avere identificato gli elementi essenziali che influenzano gli effetti dell'esposizione a LSD, psilocibina o mescalina. In particolare sono il contesto ambientale (funzione di contenimento) e psicodinamico (stato umorale stabile precedente l'assunzione), la preparazione e le aspettative del soggetto e la preesistente personalità (stabilità nel tono dell'umore) a rappresentare le variabili principali che determinano l'effetto dei questi farmaci.

Quindi nonostante una forte sensazione oggettiva di creatività accompagni invariabilmente le esperienze farmacologiche, questa non si riflette in un generale effettivo miglioramento delle capacità artistico-creative del soggetto.

Tuttavia se questi farmaci vengono assunti da un soggetto dotato di preesistenti particolari doti artistiche e ferme restando le altre caratteristiche sopra citate, allora lo stato di alterata percezione della realtà può generare una inusuale esperienza estetico-introspettiva.

Le esperienze sensoriali dell'artista sotto l'effetto di LSD o sostanze simili, infatti, combinate con il preesistente substrato cognitivo-emotivo sono in grado di generare insolite immagini che un artista può occasionalmente, quindi non invariabilmente, trasformare in un prodotto di notevole valore estetico-artistico.

L'importanza delle ricerche condotte nel corso degli ultimi decenni ha quindi fornito prove sperimentali controllate che mettono in dubbio la potenziale capacità di questi composti di aumentare direttamente ed automaticamente la creatività artistica in maniera aspecifica, vale a dire in tutti i soggetti e in tutte le condizioni ambientali e psicodinamiche.

L'alterazione dei meccanismi cognitivi di elaborazione dell'informazione prodotta dall'esposizione alla droga, invece, sembra facilitare specificamente alcune componenti della creatività che occasionalmente, sia in alcune categorie di soggetti cui è richiesta una creativa risoluzione di problemi sia nell'artista, può condurre a migliori performance.

4.2.2 Stupefacenti, psicopatologie e creatività



Fig 4.2.2.1 E. Munch, *Il grido*, 1893

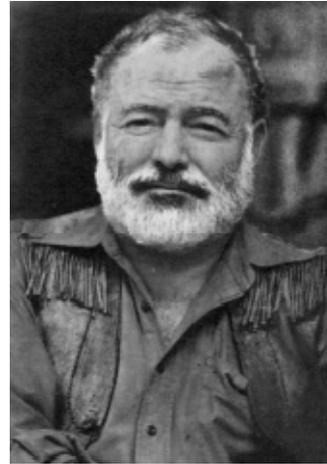


Fig.4.2.2.2 E. Hemingway(1899-1961)

Il cammino verso l'analisi scientifica della creatività pone immediatamente il quesito dei substrati neuronali della creatività stessa. In che modo la conoscenza dei meccanismi molecolari dell'azione delle droghe può spiegarci le modalità attraverso cui queste esercitano i loro effetti sulle capacità artistiche e creative seppur nei limiti che le ricerche ci hanno indicato?

La maggior parte delle conoscenze sul meccanismo d'azione dei farmaci d'abuso proviene da ricerche sugli animali. Infatti sia i piccoli roditori che specie a noi più vicine come i primati hanno un comportamento di ricerca della droga e un pattern di consumo analoghi a quello della nostra specie. Ciò indica che esiste sicuramente un substrato neuronale che alcune classi farmacologiche di sostanze, i farmaci da abuso, sono in grado di modificare e il cui risultato è la focalizzazione dell'attività dell'individuo verso la ricerca della droga, con conseguente perdita di controllo sull'uso, manifestazione cardine della tossicodipendenza.

Tuttavia, le aree cerebrali e le componenti neurochimiche che portano all'abuso sono probabilmente distinte dal substrato anatomico-funzionale coinvolto nella creatività e sul quale le droghe sembrano avere un effetto. E purtroppo in questo senso la ricerca sugli animali non ci è d'aiuto in quanto le capacità creative sono proprie della specie umana e

non sono mai state riscontrate nell'animale chiare manifestazioni di comportamenti, anche specie-specifici, assimilabili alla creatività artistica.

Un aiuto importante ci viene fornito invece dall'indagine psichiatrica. Esiste infatti sostiene l'ipotesi che vi sia un legame fra creatività artistica e malattia mentale.

Poiché sono state avanzate alcune ipotesi sulle basi neurochimiche delle malattie psichiatriche associate alla creatività artistica e poiché conosciamo gli effetti delle droghe sul decorso clinico di queste patologie, allora è realistico ritenere che la malattia mentale possa costituire un mezzo per fornire indicazioni ed ipotesi di lavoro sulle modalità attraverso cui le droghe influenzano la creatività.

Da Aristotele ai nostri tempi, passando attraverso Shakespeare, l'idea che l'arte fosse invariabilmente associata al genio e alla malattia mentale ha pervaso e affascinato la credenza popolare.

Sicuramente molti personaggi illustri della storia dell'arte compresi Van Gogh, Ciaikovski, Hemingway, V. Wolf e C. Bronte, ritenuti affetti da gravi malattie psichiatriche, hanno corroborato questa ipotesi. Sebbene anche in questo caso una recente indagine scientifica sistematica ha portato alla luce che esiste forse solo una debole associazione fra malattia psichiatrica e creatività artistica, ciò nonostante, la conoscenza della natura di alcune sindromi psichiatriche associate ad un aumento della creatività artistica ha fornito importanti informazioni per successive indagini.

A questo proposito è eloquente l'esempio delle sindromi maniacodepressive o delle sindromi ipomaniacali, durante il corso delle quali un aumento della produttività in alcuni individui è stato chiaramente dimostrato. Alcune forme di schizofrenia sono anch'esse state associate ad una prolifica attività artistica. Diventa allora rilevante l'osservazione che specifiche sostanze d'abuso fra cui LSD, i cannabinoidi, l'amfetamina ed alcuni derivati (ad esempio, l'ecstasy), oltre ad aumentare la creatività artistica in alcuni individui in particolari condizioni, come abbiamo discusso, siano anche dei potenti fattori precipitanti le sindromi psichiatriche associate alla creatività. È quindi possibile che un substrato comune possa legare queste droghe, i loro effetti su alcune malattie psichiatriche, la malattia stessa e la creatività artistica.

Quali siano le molecole coinvolte non è purtroppo possibile affermarlo. Tuttavia l'osservazione che l'amfetamina sia un potente stimolatore dei sistemi noradrenergici e

dopaminergici sia a livello della corteccia cerebrale che a livello del sistema limbico dell'affettività, che l'ecstasy possieda oltre agli effetti stimolanti anche un effetto neurotossico sui neuroni serotoninergici e che l'LSD modifichi significativamente la neurotrasmissione serotoninergica indica che l'azione di queste droghe sui sistemi monoaminergici possa svolgere un ruolo di rilievo. Questa osservazione è corroborata dall'ipotesi che disfunzioni dei sistemi dopaminergici, serotoninergici e noradrenergici siano alla base delle complesse manifestazioni patologiche, comprese le manifestazioni cognitive, di schizofrenia, mania e depressione.

In definitiva l'attento scrutinio cui la comunità scientifica ha sottoposto recentemente le credenze popolari dell'influsso delle droghe sulla creatività artistica e dei rapporti fra creatività artistica e malattia mentale ha contribuito a confutare che la creatività artistica sia invariabilmente influenzata da droga o da malattia mentale. Invece è proprio il restringimento dell'analisi a specifiche, selettive e limitate interazioni fra droga e creatività oppure fra malattia mentale e creatività che potrà forse in futuro gettare le basi per una analisi scientifica rigorosa delle basi neuronali e della biochimica della creatività artistica.

4.3 Conclusione: la terapia della creatività

*“Anticamente visse in Argo un tale,
di sangue non ignobile, che, stando
in un teatro vuoto, persuaso
di ascoltare gli attori, applaudiva;
quanto al resto, attendeva normalmente
ai suoi doveri: buon vicino, amabile
ospite, dolce con la moglie e tale
da perdonare il servo e non sgridarlo
se aveva manomesso una bottiglia,
e scansava i dirupi e i pozzi aperti.
Bene, ristabilito per le cure
dei familiari, vinta la pazzia
con genuino ellèboro, tornato
in sé, gridò: “M’avete, per Pollùce,
ucciso, non guarito, quando tolta
m’è, col piacere, ogni grata illusione”.*

Orazio ha anticipato di 2000 anni i problemi della psichiatria moderna e ci ha insegnato che:

L’obiettivo degli psicoterapeuti, psicologi clinici, neurologi e psichiatri non deve essere quello di eliminare un sintomo, correggere un comportamento, costringere le persone ad uniformarsi alla massa, a vedere o sentire solo quello che vedono e sentono gli altri.

Tuttavia lo scopo di questi professionisti deve essere il benessere, la libera espressione di sé, una relazione creativa col mondo, lo sviluppo della capacità di sentire e vedere il positivo anche là dove gli altri non ci riescono. Spesso è più efficace la creatività della persona e un contesto creativo come il teatro, persino vuoto, piuttosto che un intervento psichiatrico.

In ogni modo una terapia deve comportare necessariamente la liberazione e la valorizzazione del potenziale creativo, sia del terapeuta che del paziente.

5 LA CREATIVITA' COME TECNICA RIABILITATIVA NEI PAZIENTI TS

5.1 Introduzione

Nel caso in cui fossero presenti dei tratti creativi nel soggetto in questione la riabilitazione di tipo artistico avrebbe lo scopo di consolidare le doti del paziente e, nel caso della sindrome di Tourette, di incanalare l'eccesso di energia e attivazione corporea in un prodotto creativo. Se invece non esistesse nella personalità del paziente questo genere di predisposizione, le attività espressive sono in grado di sviluppare potenzialità creative.

5.2 Le attività espressive

Per Arti Terapie si intende un insieme di metodiche finalizzate al benessere individuale e collettivo da utilizzarsi in ambiti diversi come quello formativo, riabilitativo, socializzante, preventivo, terapeutico e della facilitazione delle interazioni culturali e che, pur potendo avere come riferimento teorico aree concettuali diverse come la psicofisiologia, la psicoanalisi, l'antropologia culturale, le teorie sistemico-relazionali, ecc., prevedano nella loro prassi l'uso sistematico di tecniche espressive che per consolidata tradizione culturale definiamo come "artistiche".

Le attività espressive sono tecniche di intervento in cui il medium della relazione non è la parola, ma la forma artistica fra cui: l'arte visiva, la musica, la danza e il teatro.

La terapia espressiva è frequentemente applicata in ospedali o day hospital psichiatrici, centri diurni, comunità, scuole. Queste tecniche possono essere di gruppo o individuali e possono essere utilizzate con finalità psicoterapeutiche, ma anche in programmi riabilitativi.

È rilevabile, infatti, l'utilità dell'arte terapia anche in campo educativo perché può fornire una dimensione introspettiva che a volte manca nell'educazione, la quale tende a valorizzare quasi esclusivamente le abilità cognitive.

Le attività espressive possono essere utili agli insegnanti per valutare in modo globale gli studenti, oltre che per migliorare la comunicazione e la socializzazione in classe.

Il gruppo rappresenta una situazione privilegiata in quanto, anche se la produzione artistica resta un'esperienza individuale, permette in ogni modo una sorta di condivisione e conduce alla sensazione di conoscersi ed essere conosciuti profondamente dagli altri.

L'estrema flessibilità delle tecniche e la loro adattabilità a contesti diversi è uno dei motivi della diffusione dell'arteterapia.

Tuttavia esistono una serie di limiti che andrebbero affrontati dagli specialisti, quali la mancanza di criteri comuni per la valutazione dei prodotti finali e la costruzione dei gruppi di pazienti che avvengono per lo più in modo aspecifico in mancanza di criteri oggettivi.

5.3 La preparazione dell'intervento di arteterapia

A fronte di queste limitazioni verranno descritte in modalità schematica le principali tappe di preparazione al laboratorio creativo, indispensabili per la buona riuscita terapeutica (Warren,1995).

Prima di cominciare a lavorare con il gruppo, è molto importante chiarire le condizioni dell'intervento. Innanzitutto risulta fondamentale chiedersi:

- *Chi sono le persone con cui lavorerò?*

Bisogna perciò definire il tipo di professionalità richiesta (assistenti sociali, educatori, psicologo, psicoterapeuta, arteterapeuta, medici) a partire dalle specifiche caratteristiche del gruppo di soggetto coinvolti (numero membri, età, eventuali disabilità fisico-mentali presenti, attitudini).

- *Cosa ci si aspetta che io raggiunga?*

La prima seduta deve essere sempre semplice e non impegnativa, caratterizzata da attività di facile apprendimento da parte del gruppo, utilizzate a misurarne le potenzialità; senza dimenticare che le abilità e le doti di un soggetto possono rimanere latenti per molto tempo ed emergere solo quando viene coinvolto in una particolare attività. È per questo motivo che è molto importante che le attività della seduta siano in primo luogo divertenti, fattore di motivazione essenziale per permettere alle persone di superare le proprie limitazioni. Molto spesso, lavorando con il processo creativo, i partecipanti faranno qualcosa che non soltanto era da loro inaspettato, ma che va anche al di là delle capacità manifestate in precedenza. Quando ci si domanda "con chi sto lavorando?" si riuscirà

gradualmente a rispondere ad alcune domande relative al “come” dell’intervento. Tuttavia è indispensabile sapere perché state lavorando con quel gruppo e cosa il supervisore si aspetti da voi e dal gruppo. A queste domande è difficile dare una risposta poiché l’essere parte del gruppo porta ad una percezione differente rispetto a quella di un osservatore esterno.

E secondariamente è opportuno domandarsi:

- *Quando dovremmo incontrarci?*

Bisogna garantire la continuità delle sedute e fondamentale è la scelta dell’orario, che non dev’essere modificato. La frequenza delle sedute viene spesso determinata da chi richiede l’intervento, ma è bene in ogni modo stabilire un numero di incontri settimanali ottimali per quel determinato gruppo. La durata delle sedute dipende dal tipo di attività in programma, dall’età e dalle abilità del gruppo. In linea di massima, le arti figurative richiedono più tempo del teatro e della musica, mentre per la danza saranno opportuni incontri più brevi, ma più frequenti.

- *Dove avranno luogo questi incontri?*

Se si lavora con le arti figurative è necessario che nel locale prescelto vi sia un lavabo facilmente raggiungibile. Se, invece, si intende condurre un incontro di danza, vi dev’essere quantomeno un pavimento adatto a potersi muovere agilmente.

Può essere utile verificare gli altri usi della stanza che si adibisce alla terapia perché i membri del gruppo potrebbero associare quello spazio ad attività meno piacevoli.

In definitiva, anche quando i tempi sono predeterminati, è importante cercare di ottenere soluzioni migliori se non corrispondono alle proprie esigenze e a quelle del gruppo.

In ultimo luogo si sarà pronti a rispondere al:

- *Come deve aver luogo l’intervento?*

Il come dell’intervento è dato dalla somma della conoscenza di sé, della propria forma d’arte e del gruppo, e consiste nel come usare il proprio materiale al fine di soddisfare le esigenze del gruppo. Le modalità dell’intervento avranno un significato diverso per ogni persona, ma anche per la stessa persona in momenti o gruppi diversi.

L’operatore deve essere flessibile ed alternare momenti di maggior e minor direttività quando necessario, in funzione degli scopi per cui il gruppo si è formato.

È da ricordare però che più istruzioni s'impartiscono al gruppo, meno spazio verrà lasciato alla creatività personale.

5.3.1 L'operatore e i quesiti della seduta

Quesiti antecedenti la seduta:

- a) *C'è tutta l'attrezzatura di cui ho bisogno?*
- b) *Sono presenti tutti i membri del gruppo?*
- c) *Qual è l'umore generale del gruppo? È in sintonia con i miei programmi per questa seduta?*

Quesiti riguardanti la seduta:

- a) *Mi sono presentato? Il gruppo sa perché sono qui e cosa faremo insieme? Come reagisco a questo?*
- b) *Conosco i membri del gruppo?*

Ogni gruppo è diverso e ogni persona all'interno del gruppo è unica. Ciascuno produce la sua impronta in modo diverso e diverso è il mezzo in cui essi sono più creativi. È consigliabile condividere informazioni e permettere ai membri di sentirsi parte attiva nel processo decisionale del gruppo, anche semplicemente per il tipo di attività che prediligerebbero svolgere.

- c) *Sto preparando il gruppo alle prossime attività?*

La preparazione determina il tono della seduta. Se la seduta si prospetta fisicamente impegnativa, è importante riscaldare articolazioni e muscoli. Se la seduta ha per oggetto la fantasia, saranno necessari degli esercizi per attivarla. Se all'inizio di una seduta il tono generale è indolente, è improbabile che il gruppo sia pronto a consumare energie senza prima essere coinvolto dal punto di vista motivazionale.

- d) *Come rispondono i membri del gruppo?*
- e) *Il mio modo di presentare le attività è comprensibile a tutti? Sto lavorando al loro ritmo?*
- f) *Il grado di strutturazione che sto fornendo permette al gruppo di essere creativo?*
- g) *Sto rispondendo alle esigenze particolari del gruppo? Sono consapevole dell'evoluzione delle esigenze del gruppo?*

Per valutare le necessità del gruppo è richiesta concentrazione e attenzione a tutti i comportamenti osservabili. Il linguaggio deve essere adattato all'età e al livello culturale del gruppo, meglio se accompagnato con una gestualità accentuata.

È bene terminare ogni attività alla fine della seduta, senza lasciare in sospeso nulla.

h) *È opportuna la modalità in cui sto occupando il tempo a mia disposizione?*

i) *Mi sto divertendo?*

Se così non fosse è difficile che lo sia per gli altri membri del gruppo. È necessario tenere a mente chi rappresenta il target dell'attività.

f) *Come posso concludere la seduta in modo positivo e rilassante?*

Alcuni esempi sono stendersi a terra, ascoltare una melodia tranquilla, dondolarsi leggermente in coppie e raccontare una storia al gruppo disteso sul pavimento con gli occhi chiusi.

Quesiti da porsi a seduta ultimata:

a) *Tutti i membri del gruppo sono a conoscenza della data della prossima seduta o è necessario che invii un promemoria a qualcuno?*

b) *Si sono ricordati di portare via il loro materiale?*

c) *E io, ho tutte le cose che avevo quando sono arrivato?*

5.3.2 Valutazione della seduta e programmazione della successiva

Valutazione della seduta:

a) *Come ha risposto il gruppo: a me, al materiale utilizzato e agli altri membri del gruppo? Corrisponde alle mie aspettative?*

b) *Quali sensazioni ho provato durante la seduta? Ne individuo le motivazioni.*

c) *Ho raggiunto qualcuno dei miei obiettivi prefissati durante la seduta? Ne ho identificati di nuovi?*

d) *Ho annotato le mie osservazioni e impressioni sulla seduta?*

È utile stendere un resoconto clinico che includa osservazioni sullo svolgimento dell'attività e sulla partecipazione dei membri del gruppo.

Programmazione della seduta successiva:

a) *E' adeguato l'approccio che sto seguendo? Cosa posso modificare per garantire un risultato ottimale?*

b) *Quali membri del gruppo hanno bisogno di una particolare attenzione? E come posso rispondere al meglio a queste necessità senza disturbare gli altri?*

c) *Come impostare la seduta successiva per offrire una continuità al lavoro di gruppo?*

d) *Ho previsto un intervallo sufficiente tra le sedute?*

Nel lungo termine è essenziale riservare a sé stessi e all'intero gruppo uno spazio temporale in cui poter reintegrare le energie consumate.

5.4 Le molteplici forme di arteterapia

5.4.1 Terapia dell'arte figurativa

La terapia dell'arte figurativa orientata dinamicamente (Naumburg, 1890-1983) si basa sul riconoscimento che i pensieri e sentimenti fondamentali dell'uomo siano derivati dall'inconscio e possano venire alla luce nelle immagini piuttosto che con la parola.

La proiezione pittorica incoraggia quindi un metodo di comunicazione simbolica tra paziente e terapeuta di tipo non proposizionale che assicura un rapporto armonioso tra l'uomo e il suo ambiente.

Il processo terapeutico ha così inizio quando la forma espressa è osservata in una dimensione di rapporto tra il terapeuta e paziente ed è il luogo di transfert e controtransfert.

Gli interventi di questo tipo implicano l'uso di differenti canali percettivi sensoriali ed espressivi e l'organizzazione ambientale del setting ha un valore determinante per il successo clinico dell'intervento.

La terapia dell'arte figurativa agisce sulle carenze dovute ad uno sviluppo insufficiente della creatività, stabilendo un setting che ricalchi simbolicamente quello offerto al bambino dalla madre sufficientemente buona winnicottiana (Winnicott, 1965).

Oltre alla produzione "attiva" può anche essere messo in atto un intervento di tipo "passivo", vale a dire la fruizione dell'arte.

Secondo Kramer (1985) l'arteterapia permette di raggiungere quelle forme della vita interiore incommensurabili con le strutture del linguaggio; infatti il concetto chiave è la forma.

Per quanto concerne gli effetti terapeutici il coinvolgimento, la gratificazione personale e l'approvazione esterna del prodotto finito aumentano l'autostima e contribuiscono a ristrutturare il fragile senso di identità del paziente. Inoltre attraverso il lavoro creativo si passa dalla soddisfazione immediata del piacere istintuale al piacere sublimato e implica l'assunzione del controllo.

L'arte pittorica è per il tourettiano una possibilità di dare corpo ai sentimenti inespressi tramite la rappresentazione grafica, elemento lontano dai processi linguistici e corporei che provocano disagio al paziente nella sua vita quotidiana.

5.4.2 Musicoterapia

La musica dal mentale procede verso il campo sensoriale e corporeo e attiva risposte motorie neurovegetative in parte autonome da una rielaborazione centrale.

La musicoterapia permette una presa di coscienza di questi processi tramite il ritmo che è profondamente radicato nell'essere. Ciò spiega la scelta di brani musicali che parlino al paziente direttamente con linguaggio assoluto e primario.

L'esperienza musicale ha quindi accesso diretto all'inconscio consentendo la riattualizzazione fantasmatica delle esperienze relazionali primordiali del bambino con la madre: il suono è come un prolungamento della voce della madre nelle prime fasi della vita psichica.

Come la madre parla al suo bambino così il terapeuta diventa il supporto materiale della proiezione dei bisogni di dipendenza evocati dallo stimolo sonoro.

La sindrome di Tourette ad esempio è vista come un complesso vitale che ha perso o, come accade nel caso di eziopatogenesi genetiche, non ha mai avuto un proprio ritmo nella coordinazione dei movimenti e del linguaggio.

Infine è opportuno sottolineare che la musica può essere utilizzata *in* terapia o *come* terapia e quindi come mezzo o parte integrante della relazione terapeutica; inoltre si può sfruttare dal punto di vista individuale o gruppale con la costituzione di band musicali di pazienti.

5.4.3 Danzaterapia

Questo tipo di attività espressiva esplora il paradigma danza-suono-ritmo cercando di riattivare un linguaggio vitale che contraddistingue i modelli di comunicazione primordiali, il corpo diventa protagonista in una sorta di pensiero corporeo.

Utilizzare la danza in terapia vuol dire permettere alla persona di riconoscere nelle forme della sua espressione corporea il ritmo e lo spazio che occupa, oltre ai messaggi simbolici che invia e riceve.

La danza si può dunque definire un'impresa consapevole ed estetica in cui il movimento diviene il mezzo espressivo e comunicativo.

Nel tourettiano per esempio la danza, come l'attività fisica in generale, può aiutare a ridestare un controllo consapevole sulla propria corporeità "irriverente" e a restituire quell'armonia perduta dietro i, talvolta goffi tic.

5.4.4 Drammaterapia

La funzione terapeutica è data dal concetto di ruolo sociale o psicologico: i fattori esterni che maggiormente influenzano le nostre rappresentazioni di ruolo sono le persone con cui interagiamo.

Quindi lo scopo principale riguarda la risoluzione dei problemi di comunicazione tra le persone dovuti alla mancanza di flessibilità di ruolo e di interazione appropriata al contesto e alla società in cui viviamo.

Per portare a compimento quanto sopra affermato la AIST (Associazione Italiana Sindrome di Tourette), per esempio, organizza ogni anno una rappresentazione teatrale rendendo protagonisti per una sera un gruppo di giovani pazienti tourettiani. Questo consente non solo di mettere in gioco le proprie capacità relazionali e artistiche, ma anche di allargare la propria rete sociale in cui vengono così inserite nuove persone con cui scambiare preziosi insegnamenti, alla pari di un gruppo AMA (Auto Mutuo Aiuto).

5.5 Uso riabilitativo delle attività espressive di arteterapia

Le tecniche espressive riabilitative si definiscono attraverso un progetto condiviso, un tempo predeterminato, una serie di step sequenziali e l'obiettivo principale della socializzazione; al fine ultimo di esporre il soggetto all'esame di realtà.

La condivisione e la collaborazione con altre persone implica mettersi in rapporto con le parti sane proprie e altrui.

Con i pazienti gravi dobbiamo tenere presente che l'arte non può essere l'unica terapia, anzi deve essere considerata in un trattamento complesso e articolato.

Se si considera che i pazienti con quadri diagnostici difficili manchino della competenza pragmatica e quindi presentino disabilitanti disturbi della comunicazione e inconsapevolezza delle regole fondanti il processo comunicativo, le tecniche espressive contestualizzate in un quadro riabilitativo cognitivo-comportamentale possono diventare un tramite per riattivare le strutture cognitive deficitarie.

Infatti l'uso di meccanismi espressivi e comunicativi formalmente meno complessi permette di sviluppare strategie alternative più adeguate per un recupero delle funzioni relazionali.

Possiamo comunque distinguere nella pratica delle tecniche espressive una valenza riabilitativa prettamente cognitiva per mezzo della quale il paziente si confronta con la materia, la maneggia e si adatta ai vincoli della realtà; e una valenza di tipo psicosociale che si determina attraverso l'incontro con la comunità sociale.

La valenza riabilitativa delle arti terapie è vincente se, dietro all'acquisizione di abilità specifiche, lo schema appreso può essere applicato positivamente anche fuori dal contesto terapeutico.

6 LA SCUOLA: DA OSTACOLO A SUPPORTO E LUOGO TERAPEUTICO

6.1 Introduzione

Un bambino che presenta tic, e con la sindrome di Tourette necessita di attenzioni e trattamenti particolari da parte della classe e delle insegnanti. Spesso nelle scuole la sindrome è del tutto ignorata e il personale improvvisa strategie per far fronte agli inevitabili disagi sentiti dal soggetto in questione che si riversano successivamente sui suoi compagni di studio, senza mettere lo studente nella possibilità di avere un insegnante di sostegno. Infatti capita che i tratti di ADHD che accompagnano la sindrome vengano scambiati per svogliatezza e irrequietezza, talvolta maleducazione; quando invece sono fonte di sofferenza emotiva esternalizzata. Anche i tic stessi, soprattutto quelli vocali, possono essere mal interpretati inizialmente come atti provocatori da parte del bambino/adolescente per distrarre la classe dalla lezione o comunque destare l'attenzione di chi passa il tempo con lo stesso.

Viceversa, è attitudine scorretta anche il tentativo di eliminare qualsiasi tipo di evento o situazione possibilmente stressante, mettendo l'alunno in condizione passivizzante e non stimolante.

Da parte dei compagni invece il comportamento bizzarro del tourettiano fomenta commenti o addirittura derisione e dispetti, soprattutto in età adolescenziale quando i comportamenti discriminatori aumentano e si diffondono all'interno dei gruppi dei pari, come in questo caso il gruppo-classe.

Nelle scuole si sta diffondendo la distribuzione di informazione su vari temi psicologici come anoressia e bulimia o la dipendenza da sostanze per mezzo di iniziative del Ministero della Salute e il gruppo AIST (Associazione Italiana Sindrome Tourette) sta potenziando le sue risorse per arricchire studenti e docenti di conoscenze relative alla sindrome in questione, con l'obiettivo primario di insegnare a rispettare queste persone malate.

6.2 Comportamenti da tenere a scuola nei confronti del tourettiano

Seguono delle indicazioni pratiche (Porta, 2010) destinate a chi vive l'ambiente scolastico con un paziente affetto dalla sindrome di Tourette.

Ignorate i tic. Non bisogna commentare i tic a voce alta in quanto sottolineare la manifestazione di un tic o semplicemente accennare ad esso provoca un aumento della frequenza dei tic stessi.

Date al bambino/adolescente la costante possibilità di lasciare autonomamente la classe per qualche istante, per mettere in atto i tic in un luogo appartato, o quando i tic diventano incontrollabili. Al contrario ordinare esplicitamente di uscire dalla classe a causa dei tic è spesso interpretato come una punizione e verosimilmente causa un peggioramento del quadro sintomatico, e spesso alcune reazioni comportamentali.

Concedete del tempo aggiuntivo per i compiti di lettura e scrittura, soprattutto se il soggetto presenta tic agli occhi, alla testa, alle spalle, alle braccia o alle mani.

Date la possibilità allo studente di usufruire di un luogo appartato per eseguire le verifiche. Questa strategia va applicata se permette al soggetto di migliorare i risultati delle prove a partire dal fatto di non essere disturbato né di poter distrarre i compagni. Inoltre spesso i tourettiani si inibiscono nello svolgimento dei compiti alla presenza altrui, anche perché devono investire parte della loro energia cognitiva nel tenere a bada la manifestazione ticcosa che preme per venire allo scoperto.

Sperimentate metodi alternativi per le spiegazioni o per presentare il materiale scolastico. Se la lettura è compromessa da tic alla testa o agli occhi è opportuno ricorrere a libri registrati o a qualcuno che legga e registri le lezioni per lo studente. Dove possibile, inoltre, si possono utilizzare strumenti multisensoriali, tenendo in considerazione però le eventuali difficoltà di manipolazione del ragazzo.

Concordate preventivamente insieme allo studente, soprattutto se presenta tic vocali, se verrà interrogato davanti al resto della classe e se verrà interpellato per la lettura a voce alta durante le spiegazioni.

Consentite il ricorso a metodi di scrittura alternativi, se quest'ultima è pregiudicata dai tic. A questo fine si possono sfruttare registrazioni, lavagne magnetiche, tastiere, software per la scrittura vocale o la dettatura ad un compagno.

Concordate se suddividere le verifiche in più parti, concedendo l'opportunità di muoversi, alzarsi e abbandonare la classe. Infatti l'ADHD non consente di mantenere l'attenzione su un compito per un periodo di tempo prolungato né di arrivare a compimento di un esercizio, se troppo lungo da svolgere.

Tenete presente che biblioteche, musei, teatri ed auditorium possano risultare particolarmente stressanti per chi presenta tic vocali. Si consiglia pertanto di concordare con il soggetto l'esonero dalle attività svolte in questi ambienti, suggerendo però una soluzione alternativa per non fargli sperimentare sentimenti di esclusione e diversità.

Cercate con lo studente una collocazione nella classe che risulti il più confortevole possibile. È spesso una buona soluzione la scelta di un banco vicino alla porta, che gli consenta di uscire senza disturbare nessuno. Bisogna tuttavia valutare che i rumori provenienti dal corridoio possano costituire una fonte di distrazione.

Responsabilizzate e coinvolgete l'alunno nelle pratiche di routine della classe che eventualmente gli consentano anche di muoversi. Alcuni esempi possono essere: la distribuzione di fogli banco per banco, il tenere la classe ordinata o l'invio del soggetto dal preside per una comunicazione importante da parte della sua insegnante.

Ricordate che i farmaci prescritti hanno spesso importanti effetti collaterali. Per ottenere informazioni approfondite a proposito, si può consultare un medico.

Incoraggiate lo studente a lavorare con più impegno nei periodi di remissione della malattia. Questo permetterà di ridurre lo stress derivante dalle maggiori difficoltà nei periodi di recrudescenza.

Prevedete uno spazio vuoto attorno al banco dello studente, se presenta tic o compulsioni che lo inducono a toccare i compagni o gli oggetti. In questo modo il soggetto darà sfogo alla sua sintomatologia senza provocare stress e distrazione all'interno della classe. Inoltre spesso è utile concedere un secondo banco, preferibilmente schermato dal resto della classe, dove potersi concentrare e lavorare più serenamente; è particolarmente adatto a chi ha imparato a conoscere la sua patologia e i propri tic e può pertanto gestire la situazione consapevolmente.

Consentite al bambino/adolescente di lavorare nella posizione che ritiene più comoda.

Incoraggiate il bambino a fidarsi di voi e a confidarvi le sue necessità, concedendogli spazi di colloquio riservato e promuovendo un clima di collaborazione con i compagni.

Sorvegliate gli spazi di ricreazione (mensa, spogliatoio, cortile...) prima di intervenire, se vi accorgete o vi viene riferito che lo studente è oggetto di derisione e scherzi.

Per motivi etici, richiedete il consenso dei genitori e dello studente prima di rivelare la natura della malattia ai compagni e agli altri genitori.

6.3 La sindrome di Tourette e la creatività nelle scuole

6.3.1 Introduzione dell'arteterapia a scuola

L'arteterapia è un mezzo di espressione altamente proiettivo, libero dai filtri e dai pregiudizi che affettano il linguaggio verbale, con un valore simbolico interpretabile da parte dell'insegnante.

I piccoli pazienti sperimentano che la propria produzione creativa si trasforma in un'impronta duratura del proprio mondo interiore che, in questo modo, viene trasferito al mondo sensibile e metaforicamente rivelato.

Il bambino procede così in una spirale di auto-conoscenza, venendo a contatto diretto con le proprie emozioni che acquistano una forma fisica tangibile o visibile, con il vantaggio di una facilitazione all'autodominio, poiché la creazione è già, di per sé, differenziazione e gestione del mondo interiore mediante una materializzazione simbolica che permette di espellere l'indesiderabile e di gestirlo.

Sebbene inizialmente le pratiche arteterapeutiche si sviluppassero in un contesto ospedaliero per trattare fundamentalmente pazienti schizofrenici e con altre psicosi, oggi incontriamo un uso di questa più flessibile e adattato alle richieste di una società che chiede, sempre più insistentemente, di apprendere a canalizzare costruttivamente la vita emozionale degli individui.

L'arteterapia è ritenuta decisamente appropriata nelle terapie dei bambini ed è stata utilizzata anche a scopo preventivo nei contesti scolari.

Concludendo nei bambini affetti da malattie neurologiche, come la sindrome di Tourette, è naturale che il vissuto emotivo sia fortemente gravato da forte ansia ed angoscia che possono essere esternati e riconsegnati al mondo attraverso un prodotto creativo, che trova tra l'altro nei bambini un terreno molto più fertile e di facile percorrenza rispetto agli adulti.

6.3.2 Il laboratorio creativo scolastico

L'avvio dell'esperienza laboratoriale implica una preparazione e sensibilizzazione degli allievi, oltre, ad una formazione iniziale e una supervisione ricorrente da parte dei docenti impegnati nell'esperienza (Cerioli e Antonietti, 2001).

In modo semplice, è utile informare i bambini e i ragazzi sul senso delle attività proposte, la durata dell'esperienza (in genere alcuni mesi con sedute bisettimanali di un'ora circa), la sua importanza anche sul piano dell'apprendimento scolastico. Costituito il gruppo, che -compatibilmente con le possibilità organizzative- non dovrebbe superare le 15 unità, il docente lo introduce nel luogo designato, che non dovrebbe mutare nel corso di tutta l'esperienza né corrispondere con la classe per differenziare i due tipi di attività. Si lascia agli allievi la possibilità di scegliere il proprio posto nella disposizione che appare loro più funzionale al lavoro. Quando vi è sufficiente silenzio e attenzione, l'insegnante può formalmente e ritualmente aprire lo spazio di lavoro.

È importante che poco per volta ogni partecipante abbia la possibilità di significare simbolicamente e in modo consapevole il passaggio dalla normale vita scolastica a questa peculiare e nuova esperienza.

Da questo momento il trainer e gli allievi sono impegnati a vivere l'attività seguendo i principi indicati, non quale formale ubbidienza al gioco gruppale, ma quale forma di rispetto delle potenzialità che il setting andrà accogliendo e restituendo.

Il trainer potrà quindi illustrare (e richiamare sinteticamente nelle sedute successive) i principi da seguire. Procederà quindi a proporre lo stimolo evocativo secondo le modalità indicate. Lo spazio centrale della seduta sarà dedicato all'analisi e alla elaborazione dello stimolo. L'insegnante, quindi, riformulerà sinteticamente gli elementi emersi nel corso dell'esperienza e, sempre ritualmente e simbolicamente, segnalerà il passaggio alla dimensione usuale di lavoro scolastico.

Le fasi di apertura e di chiusura, in quanto fasi di confine con la dimensione specificatamente scolastica, dovranno essere adeguatamente presidiate e delimitate dalla funzione contenitivo-organizzativa del docente. Le parti centrali, maggiormente deputate al pensare insieme, potranno avvantaggiarsi -quando il setting sarà stabilmente strutturato- di un codice maggiormente materno, in grado di accettare, restituire e metabolizzare ciò che è stato possibile pensare ed esprimere.

6.3.3 L'esperienza per il tourettiano

Nel caso del soggetto affetto da sindrome di Tourette è opportuno far riferimento ad alcuni accorgimenti specifici.

Per cominciare bisogna tener presente dei disturbi del movimento del paziente che potrebbero compromettere il mantenimento di una posizione fissa per portare a termine un prodotto creativo di tipo figurativo. Nel caso il compito da svolgere sia di tipo imitativo è preferibile selezionare immagini (eventualmente per la classe intera) che non presentino dettagli piccoli né siano di difficile riproduzione, ma se possibile figure astratte. Il fatto di sperimentare situazioni di fallimento, infatti, potrebbe produrre un incremento improvviso della sintomatologia ticcosa o reazioni aggressive.

Nell'ambito musicale è più indicato introdurre lo studente all'apprendimento di strumenti musicali, piuttosto che al canto, in quanto la sintomatologia vocale potrebbe generare imbarazzo per il soggetto all'interno di un coro, e nel caso non si manifestasse, provocherebbe, alla fine del laboratorio, una forte stanchezza per aver dovuto esercitare il controllo sui tic vocali.

Nelle attività relative alla danza è preferibile lasciare il paziente tourettiano libero di improvvisare i movimenti piuttosto che aderire ad uno schema rigido, come quello della danza classica: è risaputo infatti che un eccesso di regole in cui cercare di canalizzare le energie di un soggetto Tourette non danno i risultati sperati, ma spesso esacerbano i suoi sintomi ADHD.

La recitazione pare, fra le attività espressive, essere quella più consona a pazienti affetti da tale sindrome così come da psicosi. Infatti il soggetto può costruirsi un ruolo alternativo a quello giocato ogni giorno e apprendere nuovi stili cognitivi-comportamentali e allontanarsi così dai propri disturbi OCB. Oltretutto il ragazzo può esercitare anche nuovi pattern relazionali con i compagni e modificare il suo stile interattivo grazie alla caratteristica empatica di questa esperienza, che permette di "mettersi nei panni degli altri".

A fronte degli accentuati deficit motori, cognitivi e sociali del paziente Tourette è possibile introdurre nell'orario scolastico una o più di queste discipline in modalità di laboratorio per restituire allo studente l'autoefficacia che spesso è andata perduta.

7 LA RICERCA

7.1 Abstract

La ricerca è stata realizzata al fine di verificare l'ipotesi per la quale i soggetti tourettiani sono più creativi dei soggetti non tourettiani. Sono stati raccolti i dati dal gruppo sperimentale presso l'Istituto Galeazzi di Milano e dal gruppo di controllo presso una scuola elementare di Milano; l'età dei soggetti è compresa fra i 6 e i 18 anni. Sono stati utilizzati tre test sulla creatività e pensiero divergente di Williams, auto ed eterovalutativi. I risultati validano l'ipotesi di partenza per il subtest Flessibilità appartenente al test "Pensiero divergente" (Williams, 1994).

7.2 Introduzione

Ho scelto di svolgere la ricerca su questo aspetto della sindrome di Tourette perchè la creatività rappresenta il risvolto positivo della patologia e inoltre offre spunti riabilitativi fondati sulle attività espressive dell'arteterapia. Generalmente le ricerche scientifiche si soffermano su aspetti come la comorbilità con altre patologie al fine di individuare terapie mediche innovative; mentre la psicologia ha in questo caso cercato di studiare la malattia per ciò che la caratterizza positivamente con lo scopo di costruire un piano terapeutico fondato sulla creatività.

I tre test TCD di Williams non erano mai stati applicati ad un campione di soggetti affetti dalla sindrome di Tourette. La letteratura (Oliver Sacks, 1992; Kammer, 2007) illustra come la correlazione fra la sindrome neurologica e il tipo di personalità venga dimostrato solo a partire dalla storia di personaggi illustri, il grande Mozart per esempio, che presentavano questo disturbo ed erano dotati dal punto di vista creativo, e da ricerche sul rapporto fra OCB e creatività; dunque nella comunità scientifica vi era la necessità di confermare sul piano empirico la correlazione per poter dar luce ad una nuova teoria.

7.3 Ipotesi di ricerca

L'ipotesi da cui parte la ricerca è quella per la quale il pensiero divergente e la personalità creativa siano più sviluppati in coloro affetti dalla sindrome di Tourette piuttosto che nei soggetti non affetti dalla sindrome di Tourette.

7.4 Metodo

Viene ora presentato il metodo da me seguito per verificare le ipotesi sopra descritte.

Nel mese di giugno 2009 mi sono messa in contatto con il più conosciuto neurologo italiano che si occupa della sindrome di Tourette, vale a dire il Prof. Mauro Porta che, oltre a svolgere attività ambulatoriale presso l'Istituto Galeazzi, La Madonnina, La Città di Milano e il Centro San Donato di Zingonia, è professore presso l'Università degli studi di Pavia ed è attivo nella ricerca e pubblicazione di articoli e testi scientifici.

A partire da ottobre 2009 ho iniziato ad assistere alle visite ambulatoriali del Prof. Porta per approfondire la mia conoscenza sul paziente tourettiano, in prima istanza mantenendo il ruolo di osservatore e col tempo imparando ad interagire con loro durante la visita neurologica e la somministrazione dei test.

La tipologia di disegno di ricerca prescelta è lo studio osservazionale sulle differenze fra soggetti TS e non TS che emergono da 3 test sul pensiero divergente e sulla creatività.

Per quanto riguarda il testaggio sul gruppo sperimentale, a seguito della visita neurologica conduco il paziente e i propri genitori in uno studio medico dell'ospedale. Innanzitutto espongo gli scopi dei test, rassicurandoli sulla privacy dei loro dati personali e consegno loro un consenso informato (cfr. Allegati - Consenso informato genitore/insegnante e Consenso informato minore) a testa se tutti maggiorenni, oppure un consenso ad ogni genitore ed un consenso ad uno dei genitori in quanto responsabile del figlio minore. Dopodiché illustro la modalità di compilazione dei tre test e terminato il tempo a loro disposizione ritiro le scale. Ai genitori viene spiegato che hanno la possibilità di consegnare una "Scala Williams" - con relativo consenso informato - ad un insegnante del bambino, da compilare e da riconsegnarmi.

Invece per la somministrazione al gruppo di controllo ho consegnato ad ogni bambino una busta chiusa contenente i tre test che mi ha permesso, a partire dalla richiesta della scuola, di mantenere l'anonimato. Le famiglie hanno svolto a casa i test e poi mi hanno riconsegnato in busta quanto compilato. Ho chiesto all'insegnante della classe di compilare la "Scala Williams" per ogni studente, ma non mi ha dato la sua disponibilità.

Una volta analizzati i vari test, secondo le modalità esposte nel manuale "TCD Test della creatività e pensiero divergente" di F. Williams, e ottenuti i punteggi grezzi e ponderati ho

inserito i dati in Microsoft Office Excel 2007, poi trasferiti in PASW Statistics 18 per le analisi di tipo quantitativo.

7.4.1 Campione

Il campione è composto da 23 bambini/adolescenti fra i 6 e i 18 anni affetti dalla sindrome di Tourette e da 23 bambini/adolescenti fra i 6 e i 18 anni non affetti dalla sindrome di Tourette, secondo i parametri della World Health Organisation for TS. Parte costituente del campione sono anche l'insegnante e i genitori dei soggetti che hanno compilato la "Scala Williams".

Nello specifico ho raccolto i dati di 27 pazienti affetti dalla sindrome di Tourette, ma ho dovuto escludere dal campionamento 4 soggetti in quanto due soggetti hanno lasciato incompleto parte del testaggio, un terzo aveva 18 anni e il genitore ha mostrato di non riuscire a rispondere alle domande sul figlio perchè troppo legate al periodo infantile; mentre l'ultimo bambino aveva 6 anni e si è dimostrato troppo piccolo per disegnare delle immagini analizzabili e rispondere, anche con il mio aiuto, ai quesiti del test "Personalità creativa". Un solo insegnante del campione TS ha compilato la "Scala Williams" e così ho escluso dalla ricerca le valutazioni degli insegnanti.

Per quanto riguarda invece il gruppo di controllo ho consegnato 25 buste ai 25 componenti della classe elementare in cui lavoro come educatrice scolastica a Milano, ma le famiglie di 4 bambini hanno deciso di non prendere parte alla ricerca, così come l'insegnante della classe. Dunque mi sono rivolta a 5 adolescenti esterni alla scuola, al fine di aumentare l'omogeneità della variabile età nel campione, e 2 di loro hanno aderito al testaggio.

7.4.1.1 Gruppo sperimentale

Età						
	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata		
Validi	6,00	1	4,3	4,3		
	7,00	1	4,3	8,7		
	9,00	3	13,0	21,7		
	10,00	1	4,3	26,1		
	11,00	2	8,7	34,8		
	12,00	3	13,0	47,8		
	13,00	1	4,3	52,2		
	14,00	3	13,0	65,2		
	15,00	2	8,7	73,9		
	16,00	3	13,0	87,0		
	17,00	2	8,7	95,7		
	18,00	1	4,3	100,0		
Totale		23	100,0	100,0		

		età
N	Validi	23
	Mancanti	0
Media		12,7391
Mediana		13,0000
Deviazione std.		3,34688
Asimmetria		-,333
Errore std dell'asimmetria		,481
Curtosi		-,775
Errore std della curtosi		,935

Tab.7.4.1.1.1 e Tab. 7.4.1.1.2 *Distribuzione della variabile età nel gruppo sperimentale*

L'età media del campione di soggetti affetti dalla sindrome di Tourette è 12,7 anni. È questa, infatti, l'età apice in cui si manifesta la sintomatologia ticcosa che, in seguito, tende a regredire fino a scomparire con la maturità cerebrale, intorno ai 22 anni.

Sesso				
	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	,00	18	78,3	78,3
	1,00	5	21,7	100,0
Totale		23	100,0	100,0

Tab. 7.4.1.1.3 *Frequenze e percentuali della variabile sesso nel gruppo sperimentale*

Il 78% del campione di tourettiani è di sesso maschile. Questo dato sottolinea già la validità del campione utilizzato in quanto, come conferma la letteratura, la frequenza della sindrome in maschi e femmine è pari ad un rapporto 3:1.

7.4.1.2 Gruppo di controllo

Età				
	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	8,00	1	4,3	4,3
	9,00	15	65,2	69,6
	10,00	5	21,7	91,3
	14,00	1	4,3	95,7
	15,00	1	4,3	100,0
Totale	23	100,0	100,0	

		età
N	Validi	23
	Mancanti	0
	Media	9,6522
	Mediana	9,3000 ^a
	Deviazione std.	1,61270
	Asimmetria	2,690
	Errore std dell'asimmetria	,481
	Curtosi	7,013
	Errore std della curtosi	,935

Tab. 7.4.1.2.1 e Tab. 7.4.1.2.2 *Distribuzione della variabile età nel gruppo di controllo*

L'età media del campione di controllo è 9 anni, questo è dovuto al fatto che la maggior parte dei soggetti appartiene alla stessa classe scolastica.

Sesso				
	Freq	%	% valida	% cum
Validi	,00	13	56,5	56,5
	1,00	10	43,5	100,0
Totale	23	100,0	100,0	

Tab.7.4.1.2.3 *Frequenze e percentuali della variabile sesso nel gruppo di controllo*

La variabile sesso nel gruppo di controllo è ben distribuita, risulta omogenea.

7.4.2 Strumenti

Al fine dello svolgimento della ricerca, sono stati utilizzati tre test psicologici.

Il primo è il "Pensiero divergente" di Williams (1994), basato sul modello di Williams, che misura la combinazione di capacità verbali, che dipendono dall'emisfero sinistro, e di capacità visuo-percettive non verbali, che dipendono invece dall'emisfero destro. I processi di base valutati sono le trasformazioni divergenti di figure (creatività visiva) e l'attribuzione dei titoli alle figure prodotte, che richiede capacità verbali ed è stata definita trasformazione semantica divergente. In tal modo il test sollecita produzioni contemporanee dell'emisfero destro e sinistro, quindi in pari tempo cognitive ed emozionali.

Il test fornisce punteggi per i quattro fattori cognitivo-divergenti del pensiero creativo derivati dalla ricerca analitica di Guilford sui fattori dell'intelligenza umana, che corrispondono a quattro subtest: Fluidità, Flessibilità, Originalità, Elaborazione. Inoltre vi sono un altro subtest (Titoli) e il Punteggio Totale. Il test è composto da 12 riquadri contenenti una linea o una forma da utilizzare come punto di partenza per completare un disegno a piacere. Una volta concluso il primo disegno bisogna apporre un titolo sulla linea sottostante il disegno e procedere, passando al secondo disegno e così via. I bambini fra i 6 e gli 8 anni hanno 25 minuti di tempo a disposizione per terminare la prova, mentre i bambini e gli adolescenti fra i 9 e i 18 anni dispongono di soli 20 minuti per completare i disegni.

Il secondo test utilizzato è "Personalità creativa" di Williams (1994) e misura sia l'analisi verbale dipendente dall'emisfero sinistro, sia processi emozionali che dipendono dall'emisfero destro. In particolare, il test fornisce risultati per i quattro fattori emotivo-divergenti della personalità creativa, dati dal modello di Williams, e un punteggio totale della prova. La scala è costituita da 50 item autovalutativi a scelta multipla e richiede 20-30 minuti per l'esecuzione; per motivi di comprensione è preferibile che i bambini piccoli completino il test con un adulto.

Le caratteristiche dei fattori dei test "Pensiero divergente" e "Personalità creativa" sono state esposte precedentemente (vedi 2.4); entrambi i test sono rivolti a bambini/adolescenti fra i 6 e i 18 anni.

Il terzo test è la "Scala Williams" di Williams (1994) e valuta il pensiero divergente e la personalità creativa di bambini e adolescenti di età compresa fra i 6 e i 18 anni.

Essa presenta 6 item su scala Likert per ciascuno degli otto fattori misurati dal "Pensiero divergente" e "Personalità creativa" e 4 domande aperte su cui, in relazione al bambino o all'adolescente, un genitore o un insegnante deve esprimere una valutazione; generalmente viene compilata in 30 minuti circa. I tre test sono allegati (cfr. Allegati).

7.5 Risultati

Per una miglior comprensione dei seguenti dati, cfr. Allegati - Scheda Sintetica dei Risultati della Valutazione che indica medie e deviazioni standard di ogni subtest e dei punteggi totali dei tre test utilizzati nella ricerca.

7.5.1 Confronto intragruppo

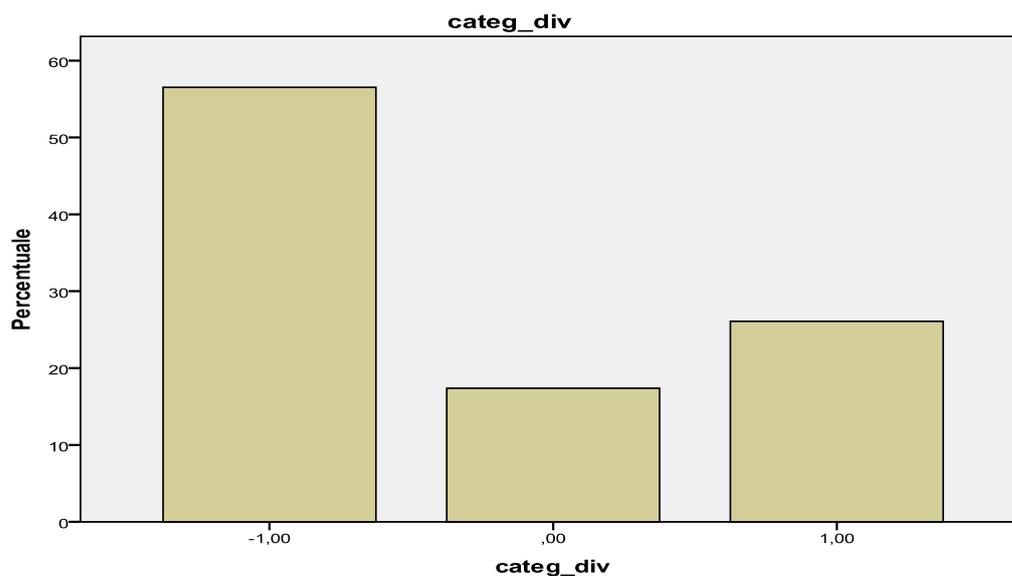
7.5.1.1 Gruppo sperimentale

		Totpensdiv	totperscr	gen
N	Validi	23	23	23
	Mancanti	0	0	0
Media		79,1304	70,1304	53,9565
Mediana		78,3333 ^a	72,3333 ^a	57,0000 ^a
Deviazione std.		15,13666	14,69788	16,92357
Asimmetria		,679	-2,414	-1,034
Errore std dell'asimm		,481	,481	,481
Curtosi		,540	8,782	1,269
Errore std della curtosi		,935	,935	,935

categ_div					
		Frequ	%	% valida	% cum
Validi	-1,00	13	56,5	56,5	56,5
	,00	4	17,4	17,4	73,9
	1,00	6	26,1	26,1	100,0
Tot		23	100,0	100,0	

Tab.7.5.1.1.1 Statistiche dei punteggi totali TS

Tab.7.5.1.1.2 Distribuzione "Pensiero divergente" TS



Tab.7.5.1.1.3 Distribuzione "Pensiero divergente" TS

-1=il punteggio è inferiore alla media di 1 o più deviazioni standard

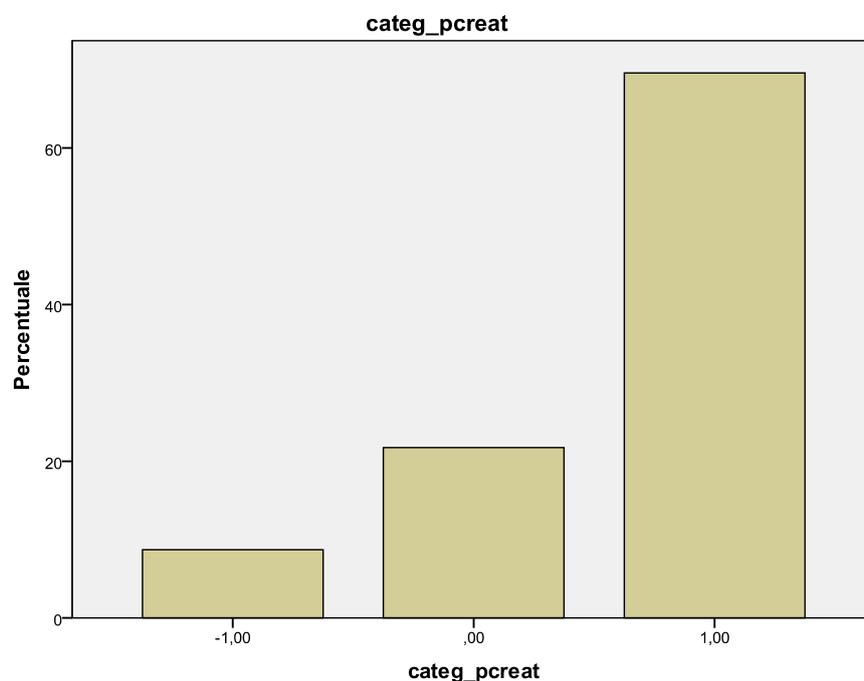
0=il punteggio è nella media

1=il punteggio è superiore alla media di 1 o più deviazioni standard

Osservando le tabelle si nota come per quanto riguarda il campione Tourette, il pensiero divergente sia nel 56,5% dei casi inferiore alla media di almeno una deviazione standard.

		categ_pcreat			
		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	-1,00	2	8,7	8,7	8,7
	,00	5	21,7	21,7	30,4
	1,00	16	69,6	69,6	100,0
Totale		23	100,0	100,0	

Tab.7.5.1.1.4 Distribuzione "Personalità creativa" TS



Tab.7.5.1.1.5 Distribuzione "Personalità creativa" TS

-1=il punteggio è inferiore alla media di 1 o più deviazioni standard

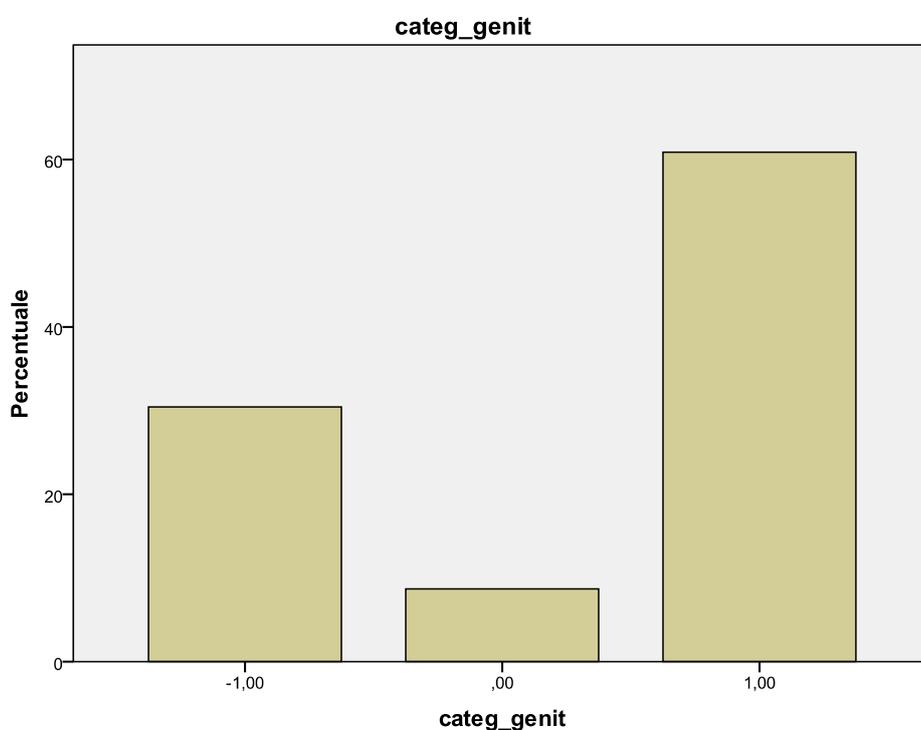
0=il punteggio è nella media

1=il punteggio è superiore alla media di 1 o più deviazioni standard

I grafici stanno ad indicare come prevalga invece, nella valutazione della personalità creativa, una maggioranza di punteggi superiori alla media di almeno una deviazione standard (1=69,6%).

categ_genit				
	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi -1,00	7	30,4	30,4	30,4
,00	2	8,7	8,7	39,1
1,00	14	60,9	60,9	100,0
Totale	23	100,0	100,0	

Tab.7.5.1.1.5 Distribuzione "Scala Williams" TS



Tab.7.5.1.1.6 Distribuzione "Scala Williams" TS

-1=il punteggio è inferiore alla media di 1 o più deviazioni standard

0=il punteggio è nella media

1=il punteggio è superiore alla media di 1 o più deviazioni standard

Anche per quanto concerne il test self-report "Scala Williams", compilata da parte dei genitori dei pazienti, possiamo notare la tendenza ad attribuire una forte creatività e una tipologia di pensiero divergente ai loro figli (1=60,9%), anche se inferiore a quella autoriferita (Tab.7.5.1.1.4,1=69,6%).

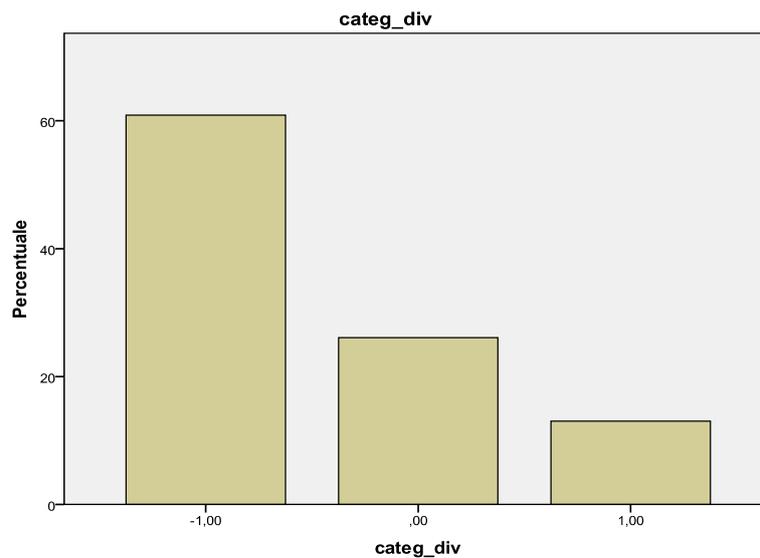
7.5.1.2 Gruppo di controllo

	Totpensdiv	totperscr	Gen
Validi	23	23	23
Mancanti	0	0	0
Media	76,0870	67,3913	60,0870
Mediana	77,0000 ^a	68,7500 ^a	61,0000 ^a
Deviazione std.	12,76327	9,88451	14,56619
Asimmetria	,135	-,550	-,253
Errore std	,481	,481	,481
dell'asimmetria			
Curtosi	-,211	,332	,415
Errore std della	,935	,935	,935
curtosi			

categ_div				
		Frequ	%	% cum
Validi	-1,00	14	60,9	60,9
	,00	6	26,1	87,0
	1,00	3	13,0	100,0
	Tot	23	100,0	

Tab.7.5.1.2.2 Distribuzione "Pensiero divergente" nonTS

Tab.7.5.1.2.1 Statistiche dei punteggi totali nonTS;



Tab.7.5.1.2.3 Distribuzione "Pensiero divergente" nonTS

-1=il punteggio è inferiore alla media di 1 o più deviazioni standard

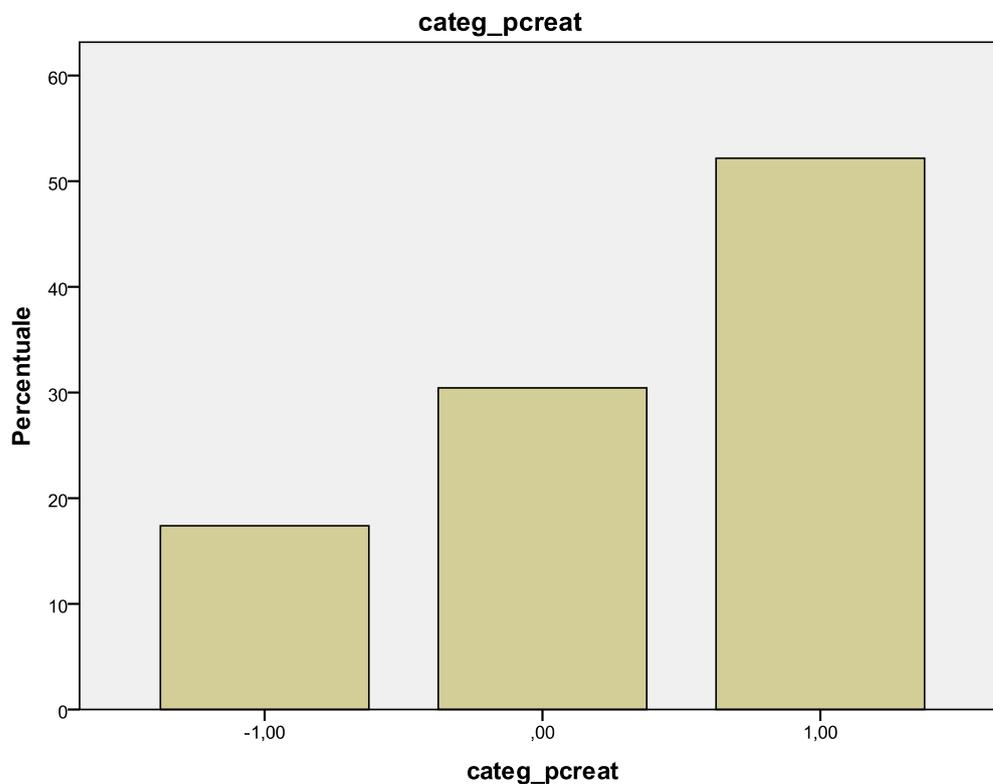
0=il punteggio è nella media

1=il punteggio è superiore alla media di 1 o più deviazioni standard

Come si nota da questo grafico, la maggior parte dei bambini/adolescenti non Tourette ha un pensiero divergente inferiore alla media di una o più deviazioni standard (-1=60,9%).

		categ_pcreat			
		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	-1,00	4	17,4	17,4	17,4
	,00	7	30,4	30,4	47,8
	1,00	12	52,2	52,2	100,0
Totale		23	100,0	100,0	

Tab.7.5.1.2.4 Distribuzione "Personalità creativa" nonTS



Tab.7.5.1.2.5 Distribuzione "Personalità creativa" nonTS

-1=il punteggio è inferiore alla media di 1 o più deviazioni standard

0=il punteggio è nella media

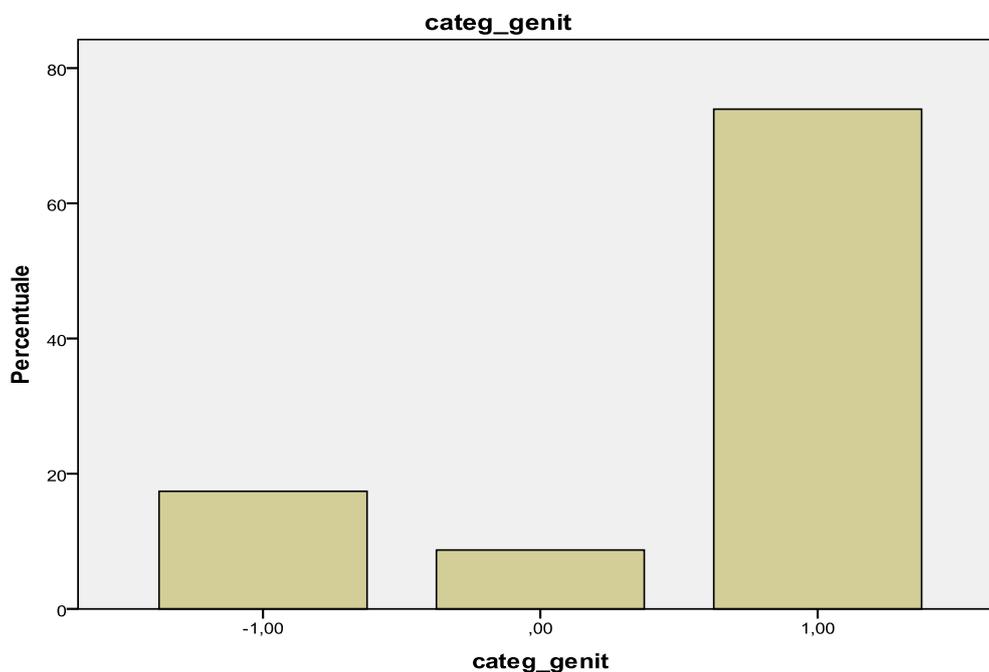
1=il punteggio è superiore alla media di 1 o più deviazioni standard

Per quanto concerne, invece la personalità creativa il 52,2% di soggetti è risultato più creativo della media di 1 o più deviazioni standard.

categ_genit

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	-1,00	4	17,4	17,4	17,4
	,00	2	8,7	8,7	26,1
	1,00	17	73,9	73,9	100,0
Totale		23	100,0	100,0	

Tab.7.5.1.2.6 Distribuzione "Scala Williams" nonTS



Tab.7.5.1.2.7 Distribuzione "Scala Williams" nonTS

-1=il punteggio è inferiore alla media di 1 o più deviazioni standard

0=il punteggio è nella media

1=il punteggio è superiore alla media di 1 o più deviazioni standard

Il 73,9% dei genitori del campione di controllo ha dato una valutazione sul pensiero divergente e la creatività dei loro figli superiore alla media di 1 o più deviazioni standard.

7.5.2 Confronto intergruppi

Statistiche di gruppo

Subject		N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Totpensdiv	Tourette	23	79,1304	15,13666	3,15621
	Controllo	23	76,0870	12,76327	2,66133
Totperscr	Tourette	23	70,1304	14,69788	3,06472
	Controllo	23	67,3913	9,88451	2,06106

Tab.7.5.2.1 *Medie e deviazioni standard TS e nonTS di "Pensiero divergente" e "Personalità creativa"*
 Confrontando i risultati totali dei test "Pensiero divergente" e "Personalità creativa" notiamo come in entrambi i casi il campione di soggetti tourettiani ottenga un punteggio superiore a quello del gruppo di controllo.

Statistiche di gruppo

subject		N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
FI	tourette	23	11,9130	,28810	,06007
	controllo	23	12,0000	,00000	,00000
Fs	tourette	23	8,4783	1,16266	,24243
	controllo	23	7,0000	1,80907	,37722
O	tourette	23	26,4348	6,22915	1,29887
	controllo	23	28,0000	4,01135	,83642
E	tourette	23	13,3043	6,18234	1,28911
	controllo	23	11,3478	4,64767	,96911
T	tourette	23	19,5217	6,00658	1,25246
	controllo	23	18,9130	6,95383	1,44997

Tab.7.5.2.2 *Medie e deviazioni standard TS e nonTS ai subtest di "Pensiero divergente"*

In particolare, a partire dal grafico di cui sopra, possiamo evidenziare come, nei subtest Flessibilità, Elaborazione e Titoli del test "Pensiero divergente" il gruppo Tourette ottenga dei punteggi medi superiori al gruppo di controllo.

Statistiche di gruppo					
subject		N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Cu	tourette	23	18,9130	4,33708	,90434
	controllo	23	18,5217	3,83607	,79988
Im	tourette	23	16,3043	4,24730	,88562
	controllo	23	14,8696	4,15937	,86729
Co	tourette	23	15,9130	3,16103	,65912
	controllo	23	16,2609	3,07804	,64181
Dr	tourette	23	18,5652	5,01657	1,04603
	controllo	23	17,7391	3,16540	,66003

Tab.7.5.2.3 *Medie e deviazioni standard TS e nonTS ai subtest di "Personalità creativa"*

Anche per quanto riguarda i subtest della "Personalità creativa" si evidenzia come nelle prove Curiosità, Immaginazione e Disponibilità ad assumersi rischi il gruppo di tourettiani ottenga punteggi più elevati rispetto al gruppo di soggetti non tourettiani.

Statistiche di gruppo					
subject		N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Gen	tourette	23	53,9565	16,92357	3,52881
	controllo	23	60,0870	14,56619	3,03726

Tab.7.5.2.6 *Statistiche dei punteggi ottenuti alla "Scala Williams" nei due campioni*

Invece, per quanto concerne la "Scala Williams" si può notare che la media dei punteggi raggiunta sia superiore nel gruppo di controllo (m=60,08).

Misure simmetriche

		Valore	Sig. appross.
Nominale per	Phi	,316	,032
nominale	V di Cramer	,316	,032
N. di casi validi		46	

Tab.7.5.2.4 *Correlazione statisticamente significativa fra tipo di campione e sesso del genitore che compila la "Scala Williams"*

Tavola di contingenza sexgen * subject

Conteggio

		subject		Totale
		tourette	controllo	
sexgen	,00	8	2	10
	1,00	15	21	36
Totale		23	23	46

.7.5.2.5 *Tavola di contingenza per le variabili tipo di campione e sesso del genitore che compila la "Scala Williams"*

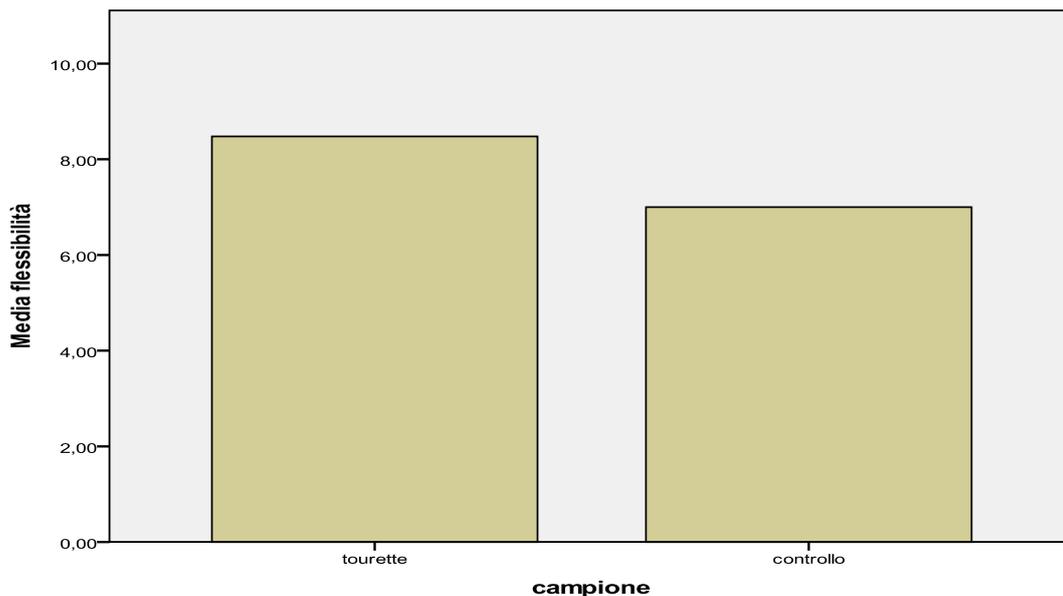
Confrontando il tipo di campione e il sesso del genitore che compila la "Scala Williams", possiamo assumere che esista una correlazione significativa fra le due variabili. In particolare notiamo come a compilare il test siano 15 padri e 8 madri nel gruppo sperimentale, mentre quasi sempre le madri (21) per il campione di controllo.

Riepilogo test dell'ipotesi				
	Ipotesi nulla	Test	Sign.	Decisione
1	La distribuzione di fl è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,153	Mantieni l'ipotesi nulla.
2	La distribuzione di flessibilità è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,003	Rifuta l'ipotesi nulla.
3	La distribuzione di o è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,441	Mantieni l'ipotesi nulla.
4	La distribuzione di e è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,321	Mantieni l'ipotesi nulla.
5	La distribuzione di t è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,692	Mantieni l'ipotesi nulla.
6	La distribuzione di totpensdiv è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,621	Mantieni l'ipotesi nulla.
7	La distribuzione di cu è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,799	Mantieni l'ipotesi nulla.
8	La distribuzione di im è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,197	Mantieni l'ipotesi nulla.
9	La distribuzione di co è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,765	Mantieni l'ipotesi nulla.
10	La distribuzione di dr è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,130	Mantieni l'ipotesi nulla.
11	La distribuzione di totperscr è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,132	Mantieni l'ipotesi nulla.
12	La distribuzione di gen è la stessa sulle categorie di campione.	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	,286	Mantieni l'ipotesi nulla.

Le significatività asintotiche sono visualizzate. Il livello di significatività è ,05.

Nonostante quanto esposto sopra, a partire da questo riepilogo sulle differenze significative dei risultati fra i due campioni ai tre test e ai relativi subtest, possiamo concludere che l'unico subtest che presenta una differenza significativa per i risultati ottenuti dai due campioni sia il subtest Flessibilità del test "Pensiero divergente". I punteggi a questo subtest sono risultati più elevati nel campione Tourette, a conferma dell'ipotesi di partenza per cui i tourettiani hanno una modalità di pensiero divergente ed è superiore ai soggetti non Tourette. Altre differenze quasi significative sono riscontrabili nel subtest Fluidità, Immaginazione, Disponibilità ad assumersi rischi e Punteggio totale di "Personalità creativa".

Tab.7.5.2.7 Test di significatività ai tre test e relativi subtest



Tab.7.5.2.8 *Differenza intergruppo statisticamente significativa per Flessibilità di "Pensiero divergente"*

Il grafico evidenzia appunto la differenza statisticamente significativa fra le medie al subtest Flessibilità del test "Pensiero divergente". Il gruppo sperimentale ha una media pari a 8,4 e superiore a quella del gruppo di controllo (m=7), cfr. Tab. 7.5.2.2.

Si può dunque affermare che l'ipotesi di ricerca è confermata per questo subtest.

Tavola di contingenza flessibilità * campione

Conteggio		campione		Totale
		tourette	controllo	
Flessibilità	cr inf alla media	0	3	3
	cr nella media	2	2	4
	cr sopra la media	5	6	11
	dotato creatività	16	12	28
Totale		23	23	46

Tab. 7.5.2.9 *Livello di creatività dei campioni al subtest Flessibilità di "Pensiero divergente"*

In particolare questa tabella mostra come, ricodificando i dati in base al livello di scolarità e di conseguenza anche alla variabile età (cfr. Allegati - Profilo della creatività dello studente o della classe), 16 bambini adolescenti Tourette su 23 si siano mostrati dotati dal punto di vista creativo.

7.6 Discussione

A partire dai risultati sopra esposti, propongo ora delle ipotesi interpretative di quanto emerso dalla ricerca.

In primo luogo è possibile che in entrambi i gruppi la tipologia di scala abbia determinato la differenza di risultato riscontrata fra i due test “Pensiero divergente” (il 56,5% dei soggetti tourettiani e il 60,9% del gruppo di controllo ha ottenuto un risultato inferiore alla media di una o più deviazioni standard) e “Personalità creativa” (il 69,6% del gruppo Tourette e il 52,2% del campione non Tourette ha ottenuto un punteggio superiore alla media di una o più deviazioni standard). Essendo infatti il test “Personalità creativa” un self-report, a differenza della scala etero valutativa “Pensiero divergente” si può supporre che i soggetti si siano attribuiti una valutazione particolarmente positiva al fine di aderire agli scopi della ricerca. Un'altra ipotesi che possiamo trarre da questa differenza significativa è riscontrabile nella natura stessa delle variabili. Infatti, il test “Pensiero divergente” dà la possibilità di valutare fattori a livello cognitivo-intellettuale, mentre il test “Personalità creativa” nasce per quantificare il grado di creatività insita nella personalità del soggetto in questione. Pertanto i due test si rivolgono a due sfere psicologiche differenti, anche se interagenti l'un l'altra; di fatti anche se utilizzati nella stessa batteria di test, i risultati rimangono distinti. A livello clinico, è possibile fare in modo di sviluppare il pensiero divergente a differenza della personalità creativa che risulta essere un fattore più stabile. Il fatto dunque di aver ottenuto punteggi inferiori nel secondo test e non viceversa può essere valutato in modo positivo se si pensano alle possibilità riabilitative dei pazienti.

Un altro punto su cui mi vorrei soffermare è relativo al tema familiare. Dai risultati emerge infatti come il 73,9% del gruppo di controllo ottenga un punteggio alla “Scala Williams” superiore alla media di almeno una deviazione standard; possiamo ipotizzare che questo sia dovuto al fatto che, il campione non Tourette abbia aderito alla desiderabilità sociale per fornire un'impressione positiva sui propri figli. Oltretutto la desiderabilità sociale è superiore in famiglie di un ceto sociale elevato rispetto a quelle di ceto sociale medio (cfr. letteratura: Corbetta, 2005). A partire dal fatto che, in questa ricerca, i pazienti tourettiani appartengano ad un ceto sociale medio e il gruppo di controllo ad un ceto sociale elevato si può ipotizzare l'influenza della variabile livello

sociale sul punteggio ottenuto dai due gruppi alla “Scala Williams”; dai risultati si rileva infatti che il campione sperimentale ottenga in media un punteggio di 53,9 a differenza del campione di controllo che raggiunge una media di 60. In seguito, considerando che la scelta della persona che compila la scala Williams sia libera per i genitori, l’elevato numero di padri dei pazienti (8/23) che compila la scala - ed oltretutto ha accompagnato in visita il figlio - contrapposta alla quasi assenza di padri (2/23) che compilano a casa la scala dei propri figli non Tourette, può denotare un’inferiore centralità della figura paterna nelle famiglie di ceto sociale elevato quali quelle del gruppo di controllo. La letteratura (Scabini, 2006) sostiene, infatti, che la famiglia contemporanea sia centrata sulla figura materna, che diventa unico riferimento per il figlio soprattutto da un punto di vista emotivo-affettivo.

Analizzando ora i punteggi da un punto di vista clinico, il pensiero flessibile (media gr.sperimentale= 8,4; media gr.controllo= 7) è risultato essere l’unico punteggio in cui il gruppo Tourette supera in modo statisticamente significativo il gruppo non Tourette e può essere, per i pazienti tourettiani, un punto di forza per fronteggiare la tipica rigidità intellettuale, caratteristica del disturbo OCB associato al 50% alla sindrome di Gilles de la Tourette. Per quanto riguarda invece i subtest Fluidità e Immaginazione avevo previsto livelli elevati in queste prove nei pazienti tourettiani -come in effetti si è verificato, sebbene non statisticamente differenziabili dal gruppo nonTS- in quanto proprio il disturbo OCB permette loro di accedere ad una moltitudine di idee, spesso di tipo bizzarro, in un flusso di pensiero incessante che però può dare frutto a prodotti creativi.

7.7 Limiti

Il principale limite della ricerca risiede nel fatto che il campione di controllo non sia differenziato per età, classe sociale e città di provenienza come il gruppo sperimentale. Infatti l’età è distribuita fra i 6 e i 18 anni in modo omogeneo nel campione sperimentale, mentre 21 bambini su 23 del campione di controllo hanno fra gli 8 e i 10 anni.

In secondo luogo i soggetti sperimentali appartengono in media ad una classe sociale medio-bassa, mentre il gruppo di controllo costituisce una classe intera di una scuola milanese molto prestigiosa ed economicamente impegnativa.

Inoltre i bambini/adolescenti del gruppo sperimentale provengono da diverse città italiane, mentre i ragazzi del gruppo di controllo sono nati e vivono in maggioranza a Milano.

Nonostante ciò vi sono state delle valide motivazioni per la scelta dei soggetti non Tourette. Infatti, data la mia familiarità ed accessibilità alla classe scolastica in questione ho ottenuto velocemente il permesso da parte della direzione ad effettuare il testaggio, che altrove probabilmente avrei potuto somministrare con una dilatazione dei tempi di accettazione da parte della scuola; in un'altra scuola vi sarebbe stato anche un clima di diffidenza nei miei confronti e probabilmente tutto ciò avrebbe inciso sui punteggi.

Per quanto riguarda le variabili sopracitate (età, classe sociale, città di appartenenza) vero è che non erano distribuite, ma allo stesso tempo erano, all'esatto opposto, del tutto omogenee all'interno della classe. Questo mi ha permesso di porre delle ipotesi di ricerca a partire proprio dalla conformità del campione. Essendo, infatti, i bambini/adolescenti quasi tutti appartenenti alla stessa classe (campionamento teorico) e avendo dunque frequentato le medesime lezioni scolastiche hanno avuto tutti la stessa formazione artistica-creativa. Come si nota dalle tabelle 7.5.1.1 e 7.5.1.2.1 nei tre test il gruppo Tourette ottiene una d.s. pari a 15,1- 14,6- 16,9 superiori a quelle del gruppo di controllo pari a 12,7- 9,8- 14,5 ad indicare l'omogeneità del gruppo non Tourette, probabilmente a partire dalle variabili citate.

Per far fronte poi alla disomogeneità intergruppo ho inserito nel gruppo di controllo due soggetti adolescenti; avevo esteso la domanda di partecipazione al test a più ragazzi, ma purtroppo ho raccolto unicamente due adesioni. In ogni modo il 73,9% dei soggetti tourettiani e il 100% dei soggetti del gruppo di controllo hanno entrambi un'età inferiore ai 15.

Un'ulteriore osservazione riguarda la differenza di setting a cui sono stati sottoposti i due campioni; essa può giocare a favore del gruppo di controllo che ha avuto la possibilità di svolgere i test in modo autonomo a casa e non, come è valso per il gruppo sperimentale, in ospedale e somministrati dalla sottoscritta con limiti di tempo ben definiti.

L'ultima limitazione da me riscontrata nella ricerca riguarda l'estensione dei tre test al raggio d'età 6-18; per le difficoltà mi sono state riportate da genitori di ragazzi intorno ai 18 e da bambini inferiori ai 7 anni, ridurrei il range di validità a 7-16 anni.

CONCLUSIONE

Ripercorrendo quanto fin qui esposto, posso affermare con convinzione di aver dimostrato il legame esistente fra creatività e sindrome di Tourette.

La creatività è appannaggio esclusivamente della natura umana e ha una funzionalità evuzionistica perché stimola nell'uomo processi di problem solving che gli consentono di adattarsi all'ambiente in modo ottimale. Quest'indiscussa dote del pensiero o della personalità qualsivoglia va di pari passo con la psicopatologia: all'aumentare dell'abilità artistica ritroviamo spesso disturbi psichici, soprattutto nelle arti figurative, piuttosto che nelle scienze. Nonostante la sindrome di Tourette sia più propriamente un disturbo neurologico, il paziente tourettiano necessita di un supporto psicologico a tutti i livelli di gravità delle sue manifestazioni sintomatiche perché quest'ultime sono estremamente debilitanti dal punto di vista pratico e ancor più socio-relazionale. E dal momento in cui come dimostrato dalla mia ricerca, il paziente Tourette possiede un bagaglio espressivo-creativo superiore a quello delle persone normodotate è proprio su questa vantaggiosa predisposizione che il terapeuta dovrebbe far leva.

Gli scettici crederanno che queste loro potenzialità siano incrementate dall'uso di psicofarmaci, o perché no dall'abuso di stupefacenti; invece, è stato dimostrato come, in assenza di una certa affinità al mondo delle arti, sia impossibile che questi tipi di sostanze scatenino insight creativi.

L'arteterapia è senza dubbio una tecnica riabilitativa innovativa e può destare sgomenti da parte di chi non ne conosce gli effetti terapeutici, ma è altrettanto, per i pazienti TS in particolare, una modalità di incanalare le loro energie in un programma che li renda consapevoli, da una parte delle caratteristiche del proprio disturbo, dall'altra del prestigio delle loro menti.

Per concludere citerei alcuni nomi di personaggi illustri appartenenti ai campi artistici sopra descritti, affetti dalla sindrome di Tourette: W.A. Mozart (1756-1791), Molière (1622-1673), S. Johnson (1709-1784).

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
- Becker G., *The association of creativity and psychopathology: its cultural-historical origins*, *Creativity Research Journal*, n.13, 2001, pagg.45-53
- Cerioli L. e Antonietti A., *Diventare ciò che si è. Un laboratorio per sperimentare la creatività a scuola*, ed. Franco Angeli, Milano 2001
- Claridge G., *Personality and individual differences*, *Personality, Psychopathology and Original Minds*, n.46, issue 8, 2009, pagg.753-764.
- Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, *Prevalence of diagnosed Tourette syndrome in persons aged 6-17 years*, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol.58, n.21, 2007
- Fisher J.E., Mohanty A., Herrington J.D., Koven N.S., Miller G.A. e Heller W., *Neuropsychological evidence for dimensional schizotypy: implication for creativity and psychopathology*, *Journal of Research in Personality*, n.38, issue 1, 2004, pagg.24-31
- Glazer E., *Rephrasing the madness and creativity debate: what is the nature of the creativity construct?*, *Personality and Individual Differences*, vol.46, issue 8, 2009, pagg.755-764
- Kammer T., *Mozart in the neurological department - who has the tic?* *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, n.22, 2007, pagg.184-192
- Keynes M., *Creativity and psychopathology*, *The Lancet*, n.345, issue 8943, 1995, pagg.138-139
- Martindale C., *Spiraling upward: a century of research on creativity and psychopathology*, *Bulletin Psychology and the Arts*, n.1, 2000, pagg.28-30

- Molinari E. e Taverna A., *La riabilitazione psicologica nel disturbo mentale*, ed. CSE, Torino 2000
- Porta M. e Sironi V.A., *Il cervello irriverente. Storia della malattia dei mille tic*, ed. Laterza, Bari 2009
- Porta M., *Il manuale dei tic*, ed. B.A. Graphis, Gorgonzola 2010
- Pulvirenti L., *Droga e creatività artistica: verso una biochimica della creatività*, MTD - It J Addict, n.24, 1999
- Rothenberg A., *Creativity and psychopathology*, Bulletin Psychology and the Arts, n.1, 2000, pagg.54-58
- Runco M.A., *Health and clinical perspectives*, Creativity, 2007, pagg.115-152
- Sacks O., *Tourette's syndrome and creativity. Exploiting the ticcy witticisms and witty ticcicisms*, British Medical Journal, n.305, 1992, pagg.1515-1516
- Savron G., *La sindrome dai mille tic: il disturbo di Gilles de la Tourette*, ed. La Stampa SPA, Genova 2005
- Schuldberg D., *Creativity and psychopathology: categories, dimensions and dynamics*, Creativity Research Journal, n.13, 2001, pagg.105-110
- Simonton D.K., *Creativity and psychopathology from a darwinist perspective*, Bulletin Psychology and the Arts, n.1, 2000, pagg.38-40
- Warren B., *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, ed. Erickson, Trento 1995
- Williams F., *TCD Test della creatività e pensiero divergente*, ed. Erickson, Trento 1994

RINGRAZIAMENTI

con i migliori ringraziamenti al chiarissimo relatore prof. Enrico Molinari,
alla Gent.ma correlatrice Dott.ssa Ornella Granatiero,
a tutti i professori del corso di Laurea in Psicologia Clinica,
al Rettore Magnifico Lorenzo Ornaghi
e all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

ALLEGATI

Consenso informato genitore/insegnante

Consenso informato minore

Test “Pensiero divergente”- Protocollo A

Test “Personalità creativa”

“Scala Williams”

Scheda sintetica dei risultati della valutazione

Profilo della creatività dello studente o della classe

Progetto “Creatività e Pensiero Divergente”

(Versione Genitore/Insegnante)

Informazioni generali

Siamo lieti che Lei partecipi a questo studio il cui scopo è quello di approfondire alcune caratteristiche della creatività in soggetti, dai 6 ai 18 anni, con sindrome di Tourette e in un campione di controllo e La ringraziamo per la disponibilità che ha mostrato nei nostri confronti.

Principale finalità del presente studio, condotto da Carlotta Zanaboni¹ sotto la supervisione del prof. Enrico Molinari², della dottoressa Ornella Granatiero³, del prof. Mauro Porta⁴ e della dottoressa Arianna Brambilla⁵, è la produzione di un elaborato di tesi specialistica.

Le chiederemo, pertanto, di compilare un questionario volto a rilevare la Sua opinione in merito alla creatività dei soggetti che compongono il campione del presente studio.

Possibili rischi

Nessun rischio è previsto per la partecipazione a questo studio.

Partecipazione volontaria

La Sua partecipazione è volontaria. Lei riceverà spiegazioni sulle principali caratteristiche dello studio, avrà modo di chiedere ogni ulteriore delucidazione e Le verrà dato un adeguato periodo di tempo per decidere.

In seguito, Le verrà chiesto di firmare il Consenso Informato che attesta la Sua volontà a partecipare.

Lei sarà libero di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento senza dover dare spiegazioni.

Riservatezza dei dati

Tutti i Suoi dati personali e sensibili verranno trattati nel rispetto del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (d.lgs n. 196 del 30 Giugno 2003). Le informazioni raccolte saranno ritenute strettamente confidenziali ed utilizzate solamente ai fini dell’elaborazione statistica. I dati saranno archiviati in un database computerizzato. I risultati del presente studio potranno essere portati a conoscenza della comunità scientifica, ma in nessun caso sarà possibile risalire alla Sua identità personale.

Ciò premesso, prima di iniziare, Le verrà chiesto di firmare il Consenso Informato che ha validità anche ai sensi e per gli effetti della legge 196/03 consentendo, perciò, il trattamento dei dati personali e sensibili.

Nella speranza che Lei scelga di partecipare a questo studio, cogliamo l’occasione per porgerLe i nostri più cordiali saluti.

¹ Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, laureanda in Psicologia presso l’UCSC.

² Professore di Psicologia della Riabilitazione presso l’UCSC.

³ Cultore della materia Psicologia della Riabilitazione presso l’UCSC.

⁴ Neurologo, équipe sulle malattie extrapiramidali e sulla Sindrome di Tourette dell’Istituto Galeazzi.

⁵ Psicologa, équipe sulle malattie extrapiramidali e sulla Sindrome di Tourette dell’Istituto Galeazzi.

Consenso Informato e Autorizzazione al Trattamento dei Dati Personali e Sensibili

Io sottoscritto (nome e cognome)

Data e luogo di nascita

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni relative allo studio “Creatività e Pensiero Divergente” e di essere stato informato dal dott.....
sugli scopi dello studio, sulle modalità attraverso le quali verrà effettuato e di avere avuto modo di chiedere ogni delucidazione.

Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto copia del foglio di informazione, di averlo letto, pienamente compreso ed accettato.

In data.....ho dato il mio consenso alla partecipazione allo studio “Creatività e Pensiero Divergente”.

Tale consenso ha validità anche ai sensi e per gli effetti della legge n. 196 del 30 Giugno 2003 e consente quindi il trattamento dei miei dati personali e sensibili ed il relativo inserimento nelle banche-dati concernenti lo studio predetto.

Firma (leggibile).....

Luogo e data.....

Progetto “Creatività e Pensiero Divergente”

(Versione Minori)

Informazioni generali

Siamo lieti che Lei e Suo figlio partecipiate a questo studio il cui scopo è quello di approfondire alcune caratteristiche della creatività in soggetti, dai 6 ai 18 anni, con sindrome di Tourette e in un campione di controllo e Vi ringraziamo per la disponibilità che avete mostrato nei nostri confronti.

Principale finalità del presente studio, condotto da Carlotta Zanaboni¹ sotto la supervisione del prof. Enrico Molinari², della dottoressa Ornella Granatiero³, del prof. Mauro Porta⁴ e della dottoressa Arianna Brambilla⁵, è la produzione di un elaborato di tesi specialistica.

Verrà chiesto, pertanto, ai soggetti dello studio di completare dei disegni e di rispondere a un questionario al fine di rilevare alcune caratteristiche della loro creatività.

POSSIBILI RISCHI

Nessun rischio è previsto per la partecipazione a questo studio.

PARTECIPAZIONE VOLONTARIA

La Vostra partecipazione è volontaria. Voi riceverete spiegazioni sulle principali caratteristiche dello studio, avrete modo di chiedere ogni ulteriore delucidazione e Vi verrà dato un adeguato periodo di tempo per decidere.

In seguito, Le verrà chiesto, in quanto genitore di, nato a, il.....di firmare il Consenso Informato che attesta la Vostra volontà a partecipare.

Voi sarete liberi di ritirarVi dallo studio in qualsiasi momento senza dover dare spiegazioni.

RISERVATEZZA DEI DATI

Tutti i dati personali e sensibili di Suo figlio verranno trattati nel rispetto del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (d.lgs n. 196 del 30 Giugno 2003). Le informazioni raccolte saranno ritenute strettamente confidenziali ed utilizzate solamente ai fini dell’elaborazione statistica. I dati saranno archiviati in un database computerizzato. I risultati del presente studio potranno essere portati a conoscenza della comunità scientifica, ma in nessun caso sarà possibile risalire all’identità personale di Suo figlio.

Ciò premesso, prima di iniziare, Le verrà chiesto di firmare il Consenso Informato che ha validità anche ai sensi e per gli effetti della legge 196/03 consentendo, perciò, il trattamento dei dati personali e sensibili.

Nella speranza che Voi scegliate di partecipare a questo studio, cogliamo l’occasione per porgerVi i nostri più cordiali saluti.

¹ Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, laureanda in Psicologia presso l’UCSC.

² Professore di Psicologia della Riabilitazione presso l’UCSC.

³ Cultore della materia Psicologia della Riabilitazione presso l’UCSC.

⁴ Neurologo, équipe sulle malattie extrapiramidali e sulla Sindrome di Tourette dell’Istituto Galeazzi.

⁵ Psicologa, équipe sulle malattie extrapiramidali e sulla Sindrome di Tourette dell’Istituto Galeazzi.

Consenso Informato e Autorizzazione al Trattamento dei Dati Personali e Sensibili

Io sottoscritto (nome e cognome del genitore)

Data e luogo di nascita

In qualità di genitore del minore (nome e cognome).....

Nato ail.....

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni relative allo studio “Creatività e Pensiero Divergente” e di essere stato informato dal dott.....
sugli scopi dello studio, sulle modalità attraverso le quali verrà effettuato e di avere avuto modo di chiedere ogni delucidazione.

Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto copia del foglio di informazione, di averlo letto, pienamente compreso ed accettato.

In data.....ho dato il mio consenso alla partecipazione del minore
suddetto allo studio “Creatività e Pensiero Divergente”.

Tale consenso ha validità anche ai sensi e per gli effetti della legge n. 196 del 30 Giugno 2003 e consente quindi il trattamento dei dati personali e sensibili ed il relativo inserimento nelle banche-dati concernenti lo studio predetto.

Firma del genitore (leggibile).....

Luogo e data.....

SCHEDA SINTETICA DEI RISULTATI DELLA VALUTAZIONE

Nome _____ Data ____/____/____

Età _____ Classe _____ Sesso _____

	GAMME DEI PUNTEGGI GREZZI						
	Deviazioni standard sotto		Media	Deviazioni standard sopra			
	1,0	0,5	0	0,5	1,0	1,5	2,0
Pensiero divergente							
Punteggio totale	60-69	70-79	80-89	90-99	100-110	111-120	121 +
Fluidità	7		8-10		11		12
Flessibilità	4	5	6-7	8	9	10	11
Originalità	16-18	19-21	22-25	26-27	28-30	31-32	33 +
Elaborazione	7-9	10-13	14-17	18-21	22-25	26-30	31 +
Titoli	17-19	20-22	23-25	26-28	29-31	32-33	34 +
Personalità creativa							
Punteggio totale	44-50	51-58	59-65	66-72	73-80	81-88	89 +
Curiosità	10-12	13-14	15-17	18-19	20-21	22-23	24
Immaginazione	12	13-14	15-17	18-19	20-21	22	23
Complessità	8-10	11-12	13-15	16-18	19-20	22	22
Disponibilità ad assumersi rischi	9-11	12-13	14-15	16-18	19-20	21-22	23
Punteggi dell'insegnante/genitore (Scala Williams)	24-33	34-43	44-51	52-59	60-69	70-79	80 +

Istruzioni:

Segnate una X nella casella della gamma di punteggi per il punteggio grezzo ottenuto da un alunno sia nei singoli fattori sia nel totale. Congiungete le X con la penna in modo da tracciare una riga che formi un profilo della performance dell'alunno affinché la si possa confrontare con il punteggio ottenuto nella media, sotto la media o sopra la media dai gruppi degli altri alunni a cui è stato somministrato il test. Come regola generale, una deviazione standard sopra la media rappresenta un punteggio di circa l'83° percentile, mentre una deviazione standard sotto la media si situa pressappoco al 17° percentile. Due deviazioni standard sopra la media coincidono all'incirca con il 96° percentile.

Protocollo A

TEST DEL PENSIERO DIVERGENTE

Nome _____

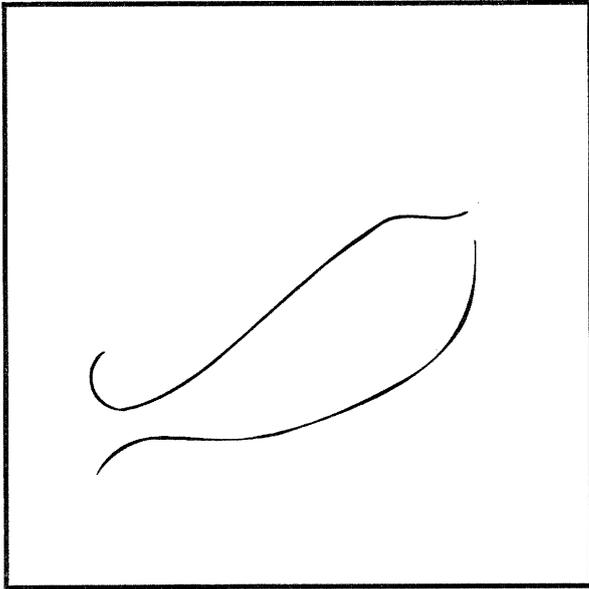
Classe _____

Data ___/___/___

Scuola _____

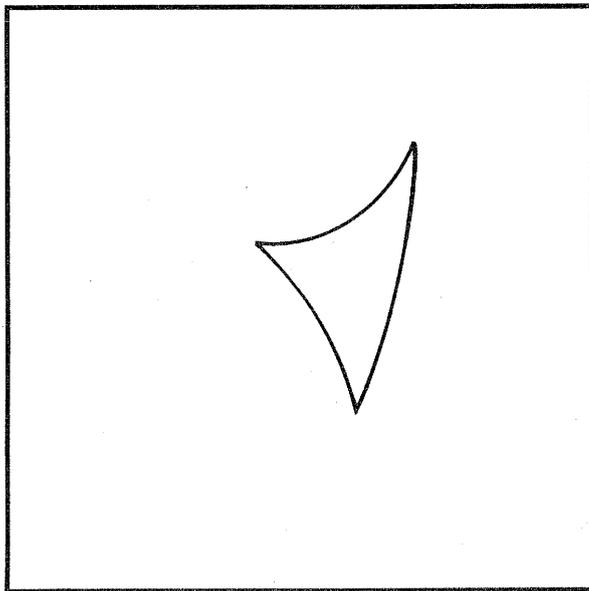
Istruzioni:

Nelle prossime pagine ci sono 12 cornici che contengono alcune linee o abbozzi di forme. Partendo dalle linee o dalle forme che trovate potrete disegnare oggetti e figure interessanti. Cercate di fare dei disegni in tutte e 12 le cornici, disegnando cose originali a cui nessun altro penserebbe. Disegnate rapidamente con matite a colori. Le cornici sono numerate, quindi seguite l'ordine stabilito dalla prima cornice all'ultima. È importante! Sulla riga che si trova sotto ciascuna cornice scrivete un nome o un titolo per ciascun disegno dicendo quel che rappresenta. Cercate di scegliere un nome intelligente e interessante per ciascuno dei vostri disegni. Questo è un esercizio per vedere quanto siete creativi.



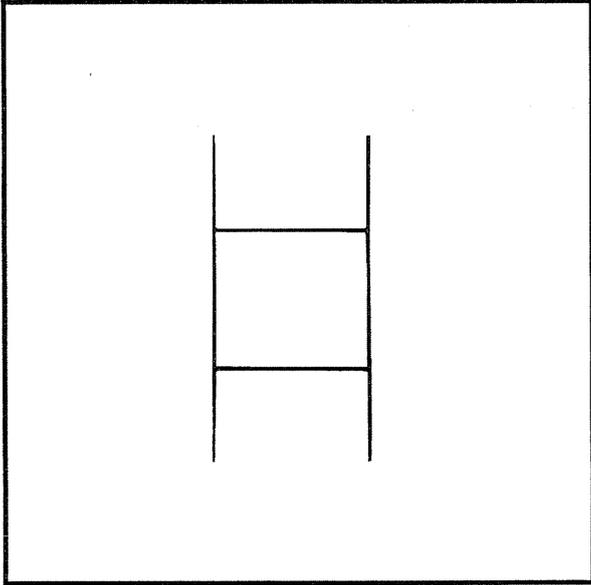
FL _____
FS _____
O _____
E _____
T _____

1 _____



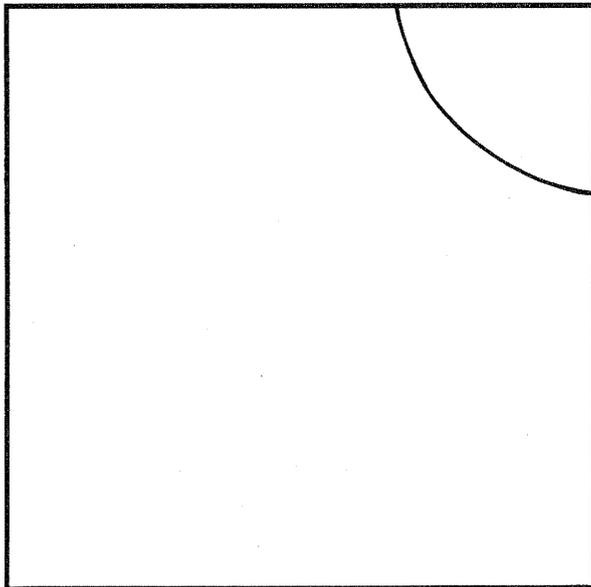
FL _____
FS _____
O _____
E _____
T _____

2 _____



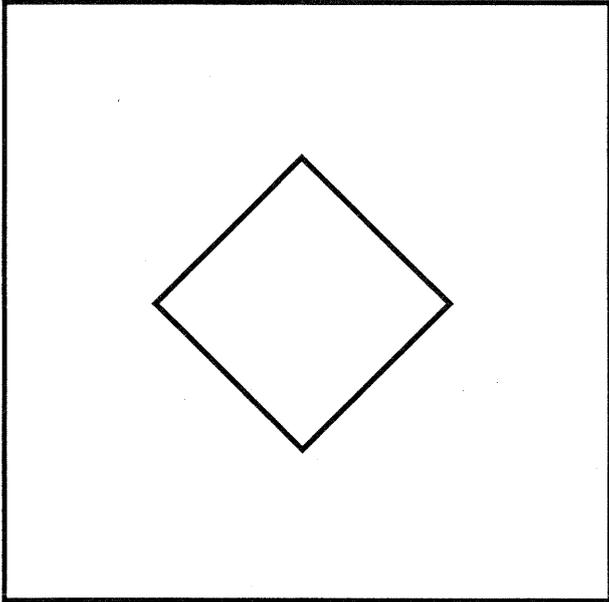
FL	_____
FS	_____
O	_____
E	_____
T	_____

3 _____



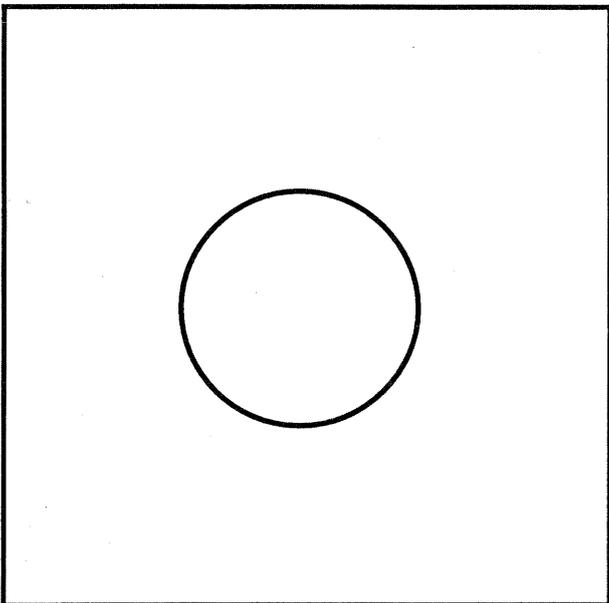
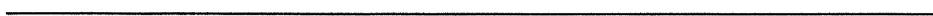
FL	_____
FS	_____
O	_____
E	_____
T	_____

4 _____



FL	_____
FS	_____
O	_____
E	_____
T	_____

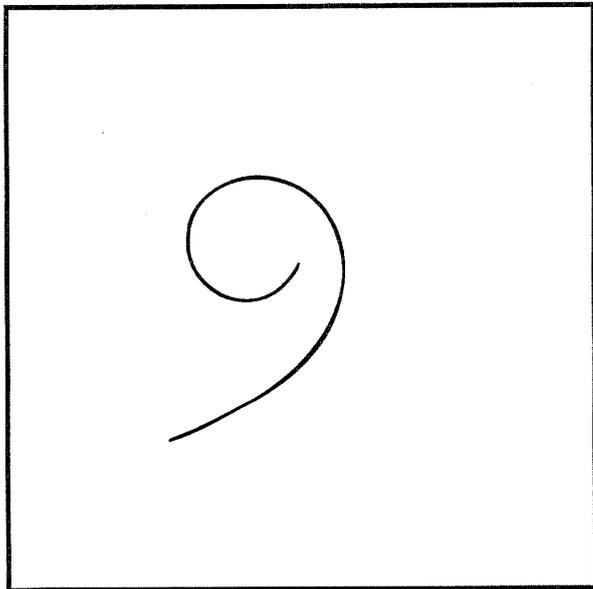
5



FL	_____
FS	_____
O	_____
E	_____
T	_____

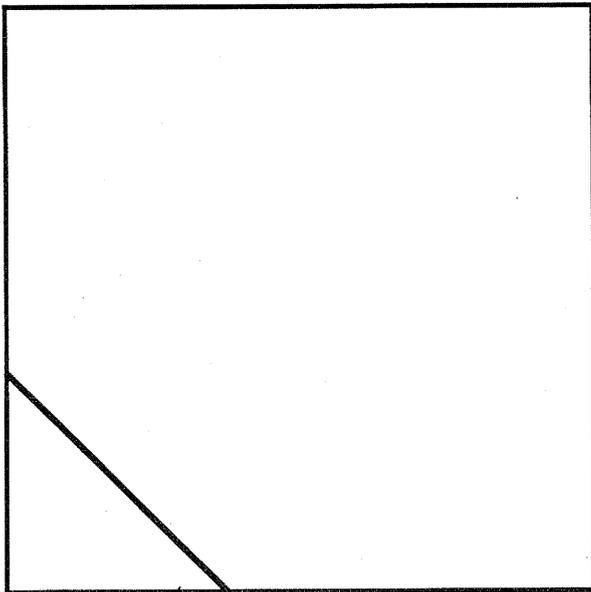
6





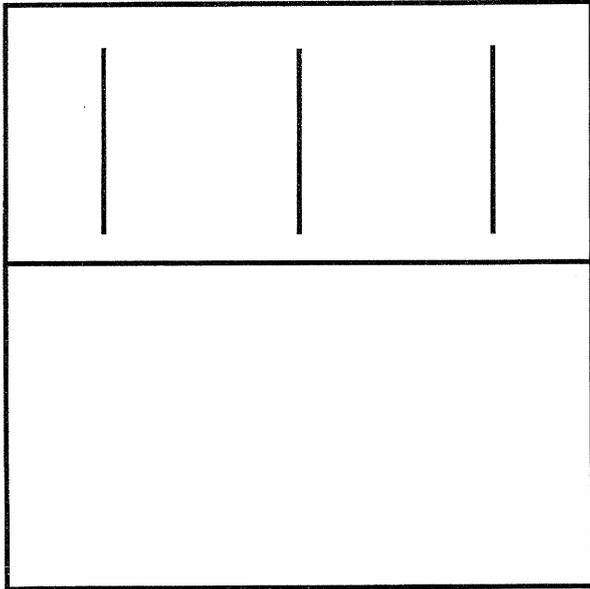
FL	_____
FS	_____
O	_____
E	_____
T	_____

7 _____



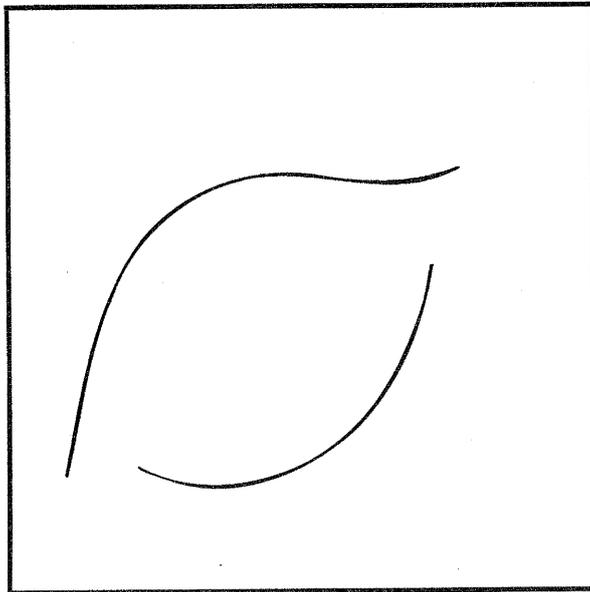
FL	_____
FS	_____
O	_____
E	_____
T	_____

8 _____



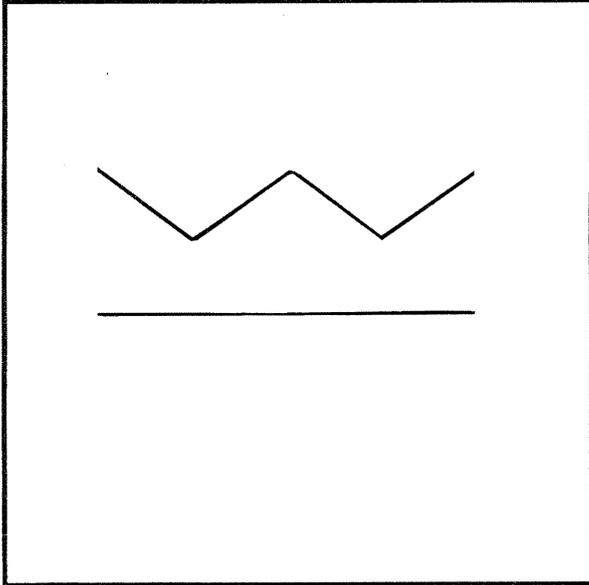
FL _____
FS _____
O _____
E _____
T _____

9 _____



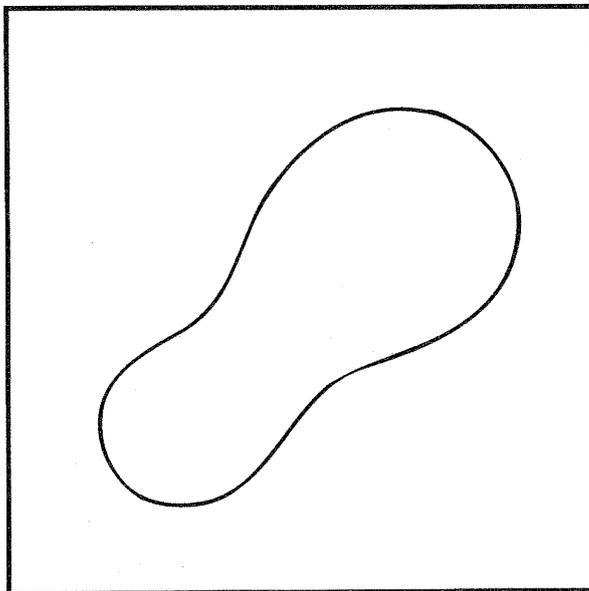
FL _____
FS _____
O _____
E _____
T _____

10 _____



FL _____
FS _____
O _____
E _____
T _____

11 _____



FL _____
FS _____
O _____
E _____
T _____

12 _____

Test della personalità creativa

Nome _____

Classe _____

Data ____/____/____

Scuola _____

Istruzioni:

Questo è un esercizio che vi aiuterà a scoprire quanto vi sentite creativi. Tra le seguenti brevi frasi, ne troverete alcune che si adattano a voi decisamente meglio delle altre. Dovreste contrassegnarle con una X nel quadratino che corrisponde alla colonna «Quasi sempre vero». Alcune delle frasi rispecchieranno il vostro atteggiamento solo alcune volte, e in questo caso dovrete indicarle segnando una X nel quadratino della colonna «In parte vero e in parte falso». Altre frasi diranno il contrario di quel che avviene per voi, e allora dovrete mettere la X nel quadratino della colonna «Quasi sempre falso». Infine, per le frasi che vi lasciano perplessi e alle quali non sapete dare una risposta, mettete una X nel quadratino della colonna «Non saprei proprio decidere».

Rispondete a tutte le domande senza stare a pensarci molto. *Non ci sono risposte giuste o sbagliate.* Seguite il vostro primo impulso nel dare le risposte. Non è un esercizio il cui risultato dipenda dal tempo impiegato, ma lavorate più in fretta che potete. Ricordate che dovete cercare di rispondere a ogni domanda nel modo in cui veramente vi sentite. Segnate la X nella colonna che rispecchia più fedelmente il vostro stato d'animo.

	Quasi sempre vero SÌ	In parte vero e in parte falso FORSE	Quasi sempre falso NO	Non saprei proprio decidere NON SO
1. A scuola cerco di indovinare le risposte quando non sono sicuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi piace guardare le cose più da vicino per scoprire i dettagli che non avevo ancora notato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Generalmente faccio domande quando non so qualcosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Non mi piace mai programmare le cose da fare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Voglio essere sicuro di vincere prima di provare a fare un nuovo gioco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi piace fantasticare sulle cose che voglio fare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se non riesco a fare una cosa la prima volta, continuo a provare fino a che non ci riesco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Non scelgo mai di fare un gioco che nessun altro conosce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mi piace fare le cose nello stesso modo invece di trovare modi nuovi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mi piace scoprire se le cose sono realmente vere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi piace tentare molte cose nuove.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mi piace farmi nuovi amici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mi piace pensare a cose che non mi sono mai accadute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Non mi piace sognare che un giorno sarò un grande artista, un musicista o un poeta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alcune delle mie idee sono così emozionanti che mi fanno dimenticare il resto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Preferirei abitare su un altro pianeta invece di vivere qui sulla Terra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mi innervosisco quando non so che cosa accadrà poi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mi piacciono le cose che sono «differenti».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Quasi sempre vero SÌ	In parte vero e in parte falso FORSE	Quasi sempre falso NO	Non saprei proprio decidere NON SO
19. Mi chiedo spesso quello che pensano gli altri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Non penso mai a come sia la vita delle persone che incontro per caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mi sento bene quando incontro degli amici e ho con loro uno scambio di idee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. In genere resto tranquillo quando le cose non vanno per il verso giusto o quando commetto un errore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Quando sarò grande vorrei fare o creare qualcosa a cui nessuno ha mai pensato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Mi piacciono gli amici che fanno le cose sempre nello stesso modo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. In genere non mi piacciono molto le regole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Mi piace cercare di risolvere un problema anche quando non c'è una sola risposta esatta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ci sono molte cose che vorrei sperimentare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Quando ho trovato una risposta a un problema, preferisco accettare quella invece di cercarne altre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Non mi piace parlare di fronte al resto della classe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Quando leggo o guardo la tivù, mi piace far finta di essere uno dei personaggi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Mi piace fantasticare sul modo in cui si viveva duecento anni fa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Mi dà fastidio quando i miei amici non riescono a prendere una decisione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Mi piace esplorare soffitte e armadi solo per vedere che cosa contengono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Mi piacerebbe che i miei genitori e gli insegnanti continuassero a fare le cose nello stesso modo senza cambiare niente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. So che il modo in cui sento le cose è quello giusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Quasi sempre vero SI	In parte vero e in parte falso FORSE	Quasi sempre falso NO	Non saprei proprio decidere NON SO
36. Mi diverte tirare a indovinare e poi vedere se avevo ragione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Mi diverte fare puzzle e giochi che mi fanno chiedere che cosa succederà di volta in volta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Mi interessano le macchine e mi domando che cosa abbiano all'interno e come funzionino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ai miei amici dà fastidio avere idee insolite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Mi piace pensare a nuove idee anche se non posso metterle a frutto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Mi piace tenere le cose in posti particolari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sarebbe emozionante cercare e trovare risposte ad alcuni problemi del futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Mi piace provare cose nuove, giusto per vedere che cosa succederà.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Di solito sono più interessato a fare i giochi che mi divertono piuttosto che a vincere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Mi piace pensare a cose emozionanti a cui nessuno ha mai pensato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Quando vedo la fotografia di qualcuno che non conosco, mi piace fantasticare su come possa essere quella persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Mi piace sfogliare libri e riviste solo per vedere cosa c'è dentro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Penso che ci sia una sola risposta giusta alla maggior parte delle domande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Mi piace fare domande su aspetti delle cose ai quali nessuno pensa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Mi piace davvero avere un mucchio di cose interessanti da fare a scuola e a casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PENSIERO DIVERGENTE E PERSONALITÀ CREATIVA

SCALA WILLIAMS DI VALUTAZIONE PER INSEGNANTI E GENITORI

Nome _____

Classe _____

Data ___/___/___

Età ___/___

Scuola _____

Persona che compila la scala _____

Il suo rapporto con il bambino _____

Da quanto tempo conosce il bambino? _____

Istruzioni:

Per ciascun item segnate una X nella casella posta sotto all'espressione che meglio descrive il comportamento del bambino (spesso – talvolta – raramente).

Spesso
Talvolta
Raramente

Fluidità

- Il bambino pensa a diverse possibili risposte quando gli viene rivolta una domanda.
- Il bambino disegna varie figure quando gli viene chiesto di disegnare
- Il bambino ha varie idee riguardo a qualcosa invece di averne una sola.
- Il bambino fa molte domande.
- Il bambino utilizza un gran numero di parole quando esprime un'idea.
- Il bambino lavora con rapidità e produce molto.

Flessibilità

- Il bambino pensa a molti modi di usare un oggetto invece di limitarsi all'uso che se ne fa comunemente.
- Il bambino, posto di fronte a una figura, una storia, una poesia o un problema, ne coglie più di un significato.
- Il bambino è in grado di estendere il significato di una realtà a un'altra.
- Il bambino è capace di passare da un punto di vista a un altro.
- Il bambino manifesta una buona varietà di idee e ne esplora parecchie.
- Il bambino pensa a numerose possibilità di risolvere un problema.

Originalità

- Al bambino piace che gli oggetti siano sistemati in una stanza in modo non convenzionale e preferisce le costruzioni e i disegni asimmetrici.
- Il bambino si sente inappagato da una sola risposta esatta e cerca altre opzioni.
- Il bambino pensa in modi non convenzionali.
- Al bambino piace ciò che è insolito e non gradisce i modi consueti di fare le cose.
- Il bambino, dopo aver letto o ascoltato la formulazione di un problema, comincia a inventare soluzioni.
- Il bambino mette in discussione i metodi stabiliti ed escogita nuovi metodi per risolvere i problemi.

Elaborazione

- Il bambino aggiunge linee, colori e dettagli ai suoi disegni.
- Il bambino intuisce un significato più profondo in una risposta o in una soluzione e elabora una maggiore profondità di significato.
- Il bambino prende idee altrui e le modifica in qualche modo.
- Il bambino vuole rinvivare o abbellire il lavoro o le idee di altri.
- Il bambino nutre scarso interesse per gli oggetti ordinari e aggiunge dettagli per migliorarli.
- Il bambino cambia le regole dei giochi.

Spesso
Talvolta
Raramente

Curiosità

- Il bambino fa domande a chiunque su tutto.
- Il bambino ama esplorare congegni, giocattoli complessi, libri, ecc.
- Il bambino ricerca costantemente nuove possibilità di pensiero.
- Il bambino normalmente esplora cose e idee per lui nuove.
- Il bambino è attento alle varie possibilità di soluzione.
- Il bambino esplora libri, giochi, carte geografiche, figure, ecc. per trovarvi maggior significato.

Immaginazione

- Il bambino compone storie ambientandole in luoghi che non ha mai visto.
- Il bambino immagina come gli altri affronterebbero un problema.
- Il bambino fantastica su cose e luoghi.
- Al bambino piace immaginare cose di cui non ha mai fatto esperienza.
- Il bambino vede nelle fotografie e nei disegni cose diverse da quelle che notano tutti.
- Il bambino sa fantasticare liberamente di cose e idee.

Complessità

- Il bambino è interessato alle cose e alle idee intricate.
- Al bambino piace farsi coinvolgere in attività complicate.
- Il bambino vuole scoprire le cose senza essere aiutato.
- Al bambino piacciono i compiti difficili.
- Il bambino trae profitto dal provare e riprovare incessantemente per riuscire.
- Il bambino produce soluzioni ai problemi che sembrano più complesse di quanto non sarebbe necessario.

Disponibilità ad assumersi rischi

- Il bambino difende le sue idee indipendentemente dalle reazioni altrui.
- Il bambino si pone degli obiettivi impegnativi da realizzare e non teme di non farcela.
- Il bambino ammette errori e fallimenti.
- Al bambino piace sperimentare cose e idee nuove e non viene influenzato facilmente dagli amici.
- Il bambino non manifesta eccessive reazioni emotive quando viene disapprovato dai compagni, dagli insegnanti o dai genitori.
- Il bambino preferisce accettare una sfida incerta soltanto per vedere come va a finire.

Qui di seguito troverete quattro domande aperte che vi daranno l'opportunità di esprimere le vostre opinioni riguardo al bambino e a un programma rivolto allo sviluppo della creatività. Siete pregati di dare risposte brevi ma specifiche.

1. Pensate che questo bambino possa riuscire bene a scuola?

Se sì, perché? _____

Se no, perché? _____

2. Pensate che questo bambino sia o possa essere creativo?

Se sì, riferite brevemente che cosa fa in un modo creativo: _____

Se no, perché? _____

3. Che cosa vi aspettate da un programma scolastico sulla creatività? _____

4. Che cosa vi piacerebbe veder fare al bambino come risultato della sua partecipazione a un programma sulla creatività?

