

# Trauma cranico e disabilità

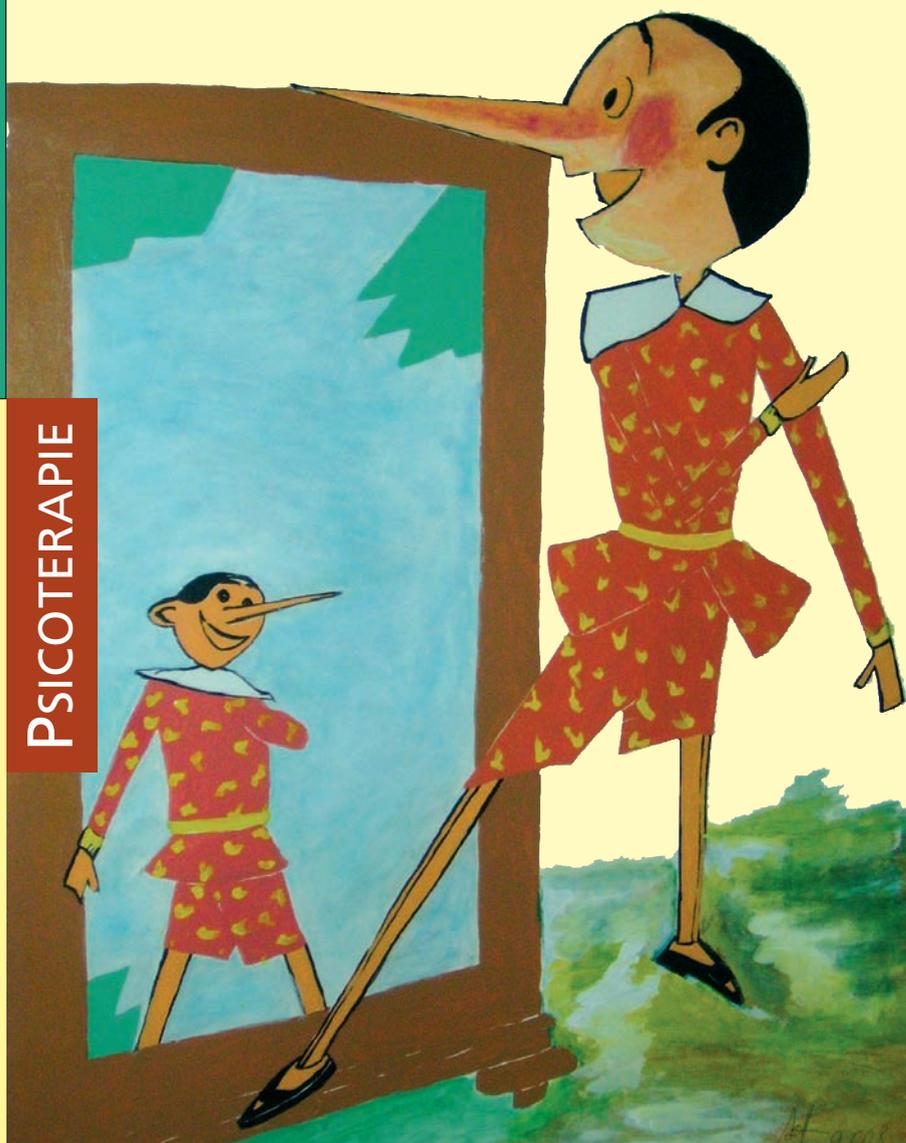
Esperienze di psicoterapia

*a cura di*

Donatella Saviola, Antonio De Tanti

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

# **Trauma cranico e disabilità**

Esperienze di psicoterapia

*a cura di*

Donatella Saviola, Antonio De Tanti

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

## **Avvertenza**

La supervisione dei casi clinici riportati nei capitoli 3, 4, 6 è stata effettuata a cura dei docenti della Scuola Superiore di Formazione di Psicoterapia “Istituto di analisi Immaginativa” di Cremona.

*In copertina:* immagine realizzata per lo spettacolo teatrale  
“Pinocchio siamo noi” da U.S. (traumatizzato cronico)

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini)

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni qui sotto previste. All'Utente è concessa una licenza d'uso dell'opera secondo quanto così specificato:*

1. l'Utente è autorizzato a memorizzare l'opera sul proprio pc o altro supporto sempre di propria pertinenza attraverso l'operazione di download. Non è consentito conservare alcuna copia dell'opera (o parti di essa) su network dove potrebbe essere utilizzata da più computer contemporaneamente;
2. l'Utente è autorizzato a fare uso esclusivamente a scopo personale (di studio e di ricerca) e non commerciale di detta copia digitale dell'opera. Non è autorizzato ad effettuare stampe dell'opera (o di parti di essa).  
Sono esclusi utilizzi direttamente o indirettamente commerciali dell'opera (o di parti di essa);
3. l'Utente non è autorizzato a trasmettere a terzi (con qualsiasi mezzo incluso fax ed e-mail) la riproduzione digitale o cartacea dell'opera (o parte di essa);
4. è vietata la modificazione, la traduzione, l'adattamento totale o parziale dell'opera e/o il loro utilizzo per l'inclusione in miscellanee, raccolte, o comunque opere derivate.

## *Indice*

<b>Gli autori</b>	pag.	7
<b>Introduzione</b> , di <i>Antonio De Tanti</i> e <i>Donatella Saviola</i>	»	9

### **Presupposti teorici**

<b>1. Il puzzle del trauma cranico: prendersi cura della persona alla ricerca della propria identità</b> , di <i>Antonio De Tanti</i>	»	17
<b>2. Quale psicoterapia nel traumatizzato cranico? Il complicato processo di integrazione tra danno neurologico e ferita narcisistica</b> , di <i>Raffaella Cattelani</i>	»	43

### **Interventi di terapia individuale**

<b>3. Il contenitore nella relazione con il paziente affetto da grave cerebrolesione acquisita</b> , di <i>Elena Chinosi</i>	»	77
<b>4. Perdite nel corpo e lutto del Sé</b> , di <i>Nadia Maradini</i>	»	105
<b>5. Impiego del modello cognitivo interazionista in un caso di disabilità acquisita</b> , di <i>Jessica Conforti</i>	»	133
<b>6. Possibilità di utilizzo delle immagini in psicoterapia con pazienti con trauma cranico lieve</b> , di <i>Alessia Catelani</i>	»	157

## **Interventi di terapia di gruppo**

- 7. Vite sospese: terapia di gruppo per familiari di pazienti in stato vegetativo, verso un gruppo di auto-aiuto**, di *Donatella Saviola* pag. 189
- 8. Il traumatizzato cranico incontra l'arte**, di *Donatella Saviola e Matteo Corati* » 207
- 9. Pinocchio: tra fantasia e realtà. Il teatro come terapia di gruppo**, di *Donatella Saviola* » 225

## *Gli autori*

- Alessia Catellani*, psicologa, psicoterapeuta. Centro Cardinal Ferrari, Fontanellato (Pr) - Santo Stefano Riabilitazione
- Raffaella Cattelani*, neuropsicologa, psicoterapeuta. Dipartimento di Neuroscienze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Parma
- Elena Chinosi*, psicologa, psicoterapeuta. Centro Cardinal Ferrari, Fontanellato (Pr) - Santo Stefano Riabilitazione
- Jessica Conforti*, psicologa, psicoterapeuta. Centro Cardinal Ferrari, Fontanellato (Pr) - Santo Stefano Riabilitazione
- Matteo Corati*, maestro d'arte, scenografo, regista lirico teatrale. Centro Cardinal Ferrari, Fontanellato (Pr) - Santo Stefano Riabilitazione
- Antonio De Tanti*, fisiatra. Direttore Medico Scientifico. Centro Cardinal Ferrari, Fontanellato (Pr) - Santo Stefano Riabilitazione
- Nadia Maradini*, psicologa, psicoterapeuta. Coordinatrice Servizio di Neuropsicologia Centro Cardinal Ferrari, Fontanellato (Pr) - Santo Stefano Riabilitazione
- Donatella Saviola*, neurologa, psicoterapeuta. Centro Cardinal Ferrari, Fontanellato (Pr) - Santo Stefano Riabilitazione



## ***Introduzione***

di *Antonio De Tanti e Donatella Saviola*

L'idea di scrivere questo libro è nata nel corso degli ultimi anni all'interno del team riabilitativo del Centro Cardinal Ferrari, per cercare di sistematizzare alcuni dei nostri interventi di carattere psicologico e psicoterapico, realizzati a favore delle persone portatrici di esiti di grave cerebrolesione acquisita. Nella maggior parte dei casi si tratta di giovani, vittime di traumi cranici da incidente della strada, ma anche malattie cerebrovascolari possono portare a quadri sindromici molto complessi, potenziale causa di severa disabilità, che richiedono lunghi e complessi programmi di riabilitazione intensiva. Poiché un evento così drammatico, e spesso improvviso, provoca grave disagio a tutto il nucleo familiare della persona che lo subisce, abbiamo anche sviluppato diversi programmi strutturati di supporto psicologico ai loro familiari.

La nostra esperienza ci ha portato a dover affrontare innumerevoli e proteiformi situazioni che sempre più richiedevano interventi articolati e personalizzati di sostegno psicologico, ben integrati nei tempi e nei modi dettati dal progetto riabilitativo complessivo, ed è questa esperienza che vogliamo proporre nel libro.

Il testo è stato organizzato in tre sezioni. La prima contiene due contributi teorici; riteniamo che l'argomento del libro si collochi in una zona di confine, e quindi potenzialmente "d'ombra": da un lato ci sono i componenti del team riabilitativo, titolari della presa in carico dei pazienti per il concreto sviluppo del progetto riabilitativo. Questi professionisti (fisiatri, neurologi, tecnici della riabilitazione, gli stessi psicologici esperti in neuropsicologia) hanno usualmente scarsa competenza per quanto riguarda l'utilizzo di strumenti di psicoterapia e psicoanalisi. Dall'altro lato gli psicoterapeuti, siano essi psicologi o medici, non frequentemente si sono confrontati in modo sistematico con persone il cui

disagio psichico è sostenuto da grave danno organico cerebrale che, oltretutto, può anche condizionare e limitare, almeno temporaneamente, la competenza cognitiva del paziente, il suo livello di consapevole capacità di introspezione, la sua capacità di metanalisi. Il primo capitolo, di Antonio De Tanti, si pone quindi l'obiettivo di introdurre il lettore che non opera direttamente in un reparto di riabilitazione intensiva alla complessità dei percorsi di diagnosi e cura a cui vanno incontro questi pazienti, ai possibili scenari in cui si sviluppa la loro esperienza post-lesionale, alle fatiche e alle sofferenze che caratterizzano il lungo percorso di cura, ai possibili limiti finali con cui la persona dovrà fare i conti e affrontare il ritorno al proprio ambiente di vita. Il secondo capitolo accoglie il contributo esterno di Raffaella Cattelani, neuropsicologa e psicoterapeuta afferente al Dipartimento di Neuroscienze della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma. Nel capitolo sono state sottolineate le necessità della corretta valutazione clinica, strumentale e neuropsicologica – che deve precedere e accompagnare il percorso di un eventuale trattamento psicoterapico – nonché l'importanza dell'approccio olistico alla persona, e ai suoi problemi, in cui si integrano le competenze delle neuroscienze e gli spunti clinico-teorici scaturiti dal metodo psicoanalitico, soprattutto nelle sue forme applicative più attuali. E' stata infine ricordata la condizione di importante disagio a cui va incontro il care-giver e l'intero nucleo familiare, con la conseguente necessità di approntare programmi specifici di accoglienza e presa in carico psicologica anche per queste persone.

La seconda sezione del libro contiene quattro contributi che riportano esperienze di psicoterapia individuale. Non si è ritenuto opportuno soffermarsi su tecniche molto note di condizionamento operante, di token economy o derivanti dal modello cognitivo-comportamentale, comunque utilizzate nel nostro Centro Riabilitativo, in particolare nelle fasi più precoci, in cui il paziente non possiede ancora i pre-requisiti necessari per affrontare con vantaggio una relazione di psicoterapia più complessa. Abbiamo invece preferito illustrare alcune esperienze, a nostro avviso emblematiche e in parte innovative. Nel terzo capitolo Elena Chinosi analizza, in ottica psicoanalitica, i bisogni psicologici fondamentali del paziente affetto da grave cerebrolesione organica e descrive un'esperienza di psicoterapia psicodinamica, attentamente integrata con il complesso percorso di cura a cui viene sottoposto il suo paziente. Nel quarto capitolo Nadia Maradini affronta un tema centrale nel pensiero psicodinamico, quello del lutto e della perdita di sé, e lo declina in rap-

porto alla esperienza post-lesionale del traumatizzato cranico che, nel recupero progressivo di coscienza e consapevolezza, deve fare i conti con un sé gravemente menomato. Jessica Conforti propone, nel quinto capitolo, una esperienza clinica fondata su un approccio di scuola cognitivo interazionista, secondo la quale il lavoro psicoterapico è una esperienza mirata a facilitare una rielaborazione sulle credenze, sui sistemi di pensiero, sull'organizzazione senso-percettiva che portano disagio al cliente. Infine, nel sesto capitolo, Alessia Catellani utilizza lo strumento dell'Analisi Immaginativa per un approccio psicoterapeutico di stampo psicoanalitico al disagio del traumatizzato cranico lieve. Come si evince dalla descrizione del caso clinico lo psicoterapeuta riesce a favorire la produzione di comunicazioni esplicite, verbali, circa il vissuto emozionale del paziente, con la facilitazione dell'emergere dell'immagine, per una migliore comprensione del proprio mondo affettivo interno.

La terza sezione del libro è dedicata a interventi di psicoterapia di gruppo. Nella nostra esperienza abbiamo avuto la verifica di come il setting di gruppo consenta un approccio psicoterapeutico più precoce, che si rivela spesso propedeutico rispetto a un trattamento individuale, in quanto riduce l'isolamento sociale, fornisce uno spazio di contenimento, ove poter favorire la condivisione del dolore e la circolazione delle emozioni.

In questa sezione non vengono illustrati in dettaglio trattamenti di gruppo a carattere informativo/educativo, di sviluppo dell'assertività, di problem solving, di sviluppo del senso critico, ma sono descritte esperienze meno codificate nella riabilitazione dei traumatizzati cranici: riteniamo possano fornire utili strumenti terapeutici, fungere da modelli proponibili in fasi diverse del percorso riabilitativo e utilizzabili in pazienti con vari gradi di compromissione psico-fisica, una volta accerta l'indicazione e la motivazione delle persone coinvolte.

Nel settimo capitolo, Donatella Saviola, autrice dei contributi di questa ultima sezione, descrive l'esperienza di psicoterapia breve di gruppo, realizzata a sostegno dei familiari dei pazienti in Stato Vegetativo o in Stato di Minima Coscienza, premessa per poi favorire la nascita di gruppi di auto-aiuto. È questa solo una delle possibili soluzioni per sostenere ed affrontare il grave disagio dei familiari ma, al pari di quanto accade in altri ambiti, ad esempio con i pazienti oncologici, il supporto tra pari si è rivelato ancora una volta strumento terapeutico molto potente, perché in grado di favorire la condivisione, la socializ-

zazione della sofferenza comune e riesce a far scattare la molla dell'aiuto reciproco. L'ottavo capitolo, scritto con il supporto di Matteo Corati, maestro d'arte, scenografo e regista, che da anni collabora con il Centro Cardinal Ferrari, riporta l'esperienza di gruppi di arte-terapia. In questo caso il milieu riabilitativo si caratterizza per la proposta di attività espressiva, prevalentemente manuale pittorica. L'occasione di lavoro, prima in singolo e poi in piccolo gruppo, permette anche a pazienti con disabilità severa e con importanti difficoltà di linguaggio (ad esempio in caso di grave disartria e/o afasia) o ridotta capacità di consapevole introspezione, di far emergere il proprio vissuto di sofferenza psicologica. Anche attraverso l'analisi di lavori prodotti in fasi successive lo psicoterapeuta può monitorare l'evoluzione delle condizioni psichiche dei suoi pazienti e l'efficacia dei provvedimenti intrapresi. La stessa esperienza di arte-terapia di gruppo è di per sé terapeutica, in quanto favorisce un momento di crescita personale, stimola la capacità di aiuto reciproco e l'accettazione dei propri limiti attraverso l'osservazione delle difficoltà dei compagni di lavoro, facilita il controllo emotivo in situazioni di stress. L'ultimo capitolo descrive una esperienza di dramma-terapia, realizzata attraverso la messa in scena, sotto forma di rappresentazione teatrale, di un episodio della favola di Pinocchio, quello del teatro di Mangiafuoco. Tutte le fasi di preparazione del lavoro, descritte nel testo, hanno una forte valenza terapeutica, a dimostrazione di come un setting ben strutturato, in cui è anche presente una valenza ludica, possa favorire l'emergere di valori positivi e promuovere percorsi di emancipazione personale e sociale dei vari partecipanti, consentendo allo psicoterapeuta, che sta dietro alle quinte, di cogliere le fragilità ma anche di sfruttare le potenzialità dei pazienti che ha preso in carico.

Pur nella diversità dei setting utilizzati nelle varie esperienze descritte nel libro, in parte legate ai diversi percorsi professionali maturati dai vari autori, riteniamo che l'elemento unificante sia rappresentato dall'approccio sistematico nella definizione dell'indicazione al trattamento, che viene sempre decisa dal team nel suo complesso, dopo attenta analisi del percorso di cura del paziente, in considerazione della sua storia personale, del suo profilo comportamentale e neuropsicologico, con stretto controllo della eventuale terapia neurofarmacologica concomitante, con costante verifica del funzionamento globale del paziente nel percorso riabilitativo e nei suoi rapporti socio-familiari, di studio/lavoro.

Uno spazio particolare è stato ritagliato anche per i familiari, per non dimenticare mai come questi eventi traumatici coinvolgano irrimediabilmente tutto il nucleo familiare con un pericoloso e destrutturante scambio di ruoli.

Auspichiamo che “il sasso gettato nello stagno” sia uno dei primi passi verso un confronto aperto tra i vari professionisti del settore e possa portare a un dibattito costruttivo di confronto tra innumerevoli altre esperienze, per arrivare alla piena inclusione anche di questa categoria di persone tra coloro che possono accedere e trarre beneficio da un percorso psicoterapico, arricchendo ulteriormente gli strumenti a disposizione del team riabilitativo.



## *Presupposti teorici*



# ***1. Il puzzle del trauma cranico: prendersi cura della persona alla ricerca della propria identità***

di *Antonio De Tanti*

*Non sappiamo cosa sia la psiche più di quanto non si sappia cosa sia la vita, fino a che punto io sono il mondo, fino a che punto il mondo è me.*

(Carl Gustav Jung,  
*La psicologia dell'inconscio*)

## **Introduzione**

“Il trauma cranio-encefalico è un danno cerebrale di natura non degenerativa né congenita, ma causato da una forza esterna. Tale danno può determinare una diminuzione od una alterazione del livello di coscienza, e menomazioni a livello cognitivo, emotivo, fisico. Tali menomazioni possono essere temporanee o permanenti e determinare disabilità parziale o completa e/o difficoltà di adattamento psicosociale” (BIAA, 1986).

Tra le moltissime definizioni di trauma cranio-encefalico (TCE) presenti in letteratura quella che abbiamo proposto ha il merito di sottolineare la complessità e la molteplicità dei quadri clinici che ne possono conseguire, la grande variabilità degli esiti invalidanti a distanza, spesso caratterizzati da frammentazione dell'immagine mentale di se stessi, con deterioramento del senso di identità personale e da perdita di competenze in ambito relazionale psico-sociale.

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

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

Per meglio comprendere i dati riportati in letteratura occorre tener presente che, pur nella ampia variabilità della metodologia di ricerca adottata, la maggior parte dei ricercatori condividono una classificazione di gravità dei TCE, basata sul punteggio peggiore nella Glasgow Coma Scale (GCS) (Teasdale e Jennet, 1974) raggiunto dai pazienti nelle prime 24/48 ore dopo il trauma. La GCS è una scala universalmente utilizzata dai sanitari della fase acuta per la sua semplicità di somministrazione, per l'attendibilità e riproducibilità dei punteggi ottenuti (range di punteggio: 3-15) e per la documentata predittività prognostica. Si ottengono così le seguenti categorie di TCE:

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

**lieve:** con punteggio iniziale alla GCS tra 13 e 15;

**moderato:** con GCS tra 8 e 12;

**severo:** con GCS < 8.

Negli ultimi anni sono emersi i problemi di assistenza e riabilitazione anche di altre forme di grave cerebro lesione acquisita (GCA), legate a patologia vascolare, spesso emorragica, o a postumi di danno anossico da arresto cardiaco. In questo capitolo introduttivo faremo cenno anche a questi pazienti che necessitano di protocolli di cura molto simili ai traumatici, in virtù delle forti analogie con i TCE, con cui condividono la frequente compromissione dello stato di coscienza e delle competenze cognitivo-comportamentali.

## 2. Il modello ICF

Nel corso della presente trattazione gli autori adotteranno la più recente classificazione proposta dall'OMS, la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) (2002) che sostituisce le precedenti categorie del sistema ICDH (patologia, menomazione, disabilità e handicap) che connotavano in negativo la condizione di perdita di salute. La filosofia introdotta dal sistema ICF sottolinea la centralità della persona, non si riferisce più ad un disturbo, strutturale o funzionale, senza prima rapportarlo ad uno stato considerato di "salute". L'ICF parla così in positivo, introducendo i termini di

funzioni, strutture, attività e partecipazione Le *funzioni corporee* sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche. Le *strutture corporee* sono parti anatomiche del corpo come organi, arti e loro componenti. *Attività* è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. *Partecipazione* è il coinvolgimento di un individuo in una situazione di vita. I *fattori ambientali* sono caratteristiche, del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti, che possono avere impatto (positivo o negativo) sulle prestazioni di un individuo in un determinato contesto. Secondo la logica ICF è indispensabile descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti essenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità. Riteniamo che la complessità delle problematiche presentate dalle persone che hanno subito una GCA sia ben inquadrabile con le categorie ICF, che danno ragione della necessità di ricorrere ad un approccio fortemente integrato tra riabilitazione medica e riabilitazione sociale, là dove il risultato finale del percorso di cura sarà misurabile soprattutto in termini di qualità di vita percepita da parte degli attori principali (paziente e suo care-giver) oltre che dal grado di buona restituzione del paziente al suo ambiente naturale di vita.

### **3. Le dimensioni del fenomeno**

Per quanto concerne l'incidenza dei traumi, cioè numero di nuovi casi che si verificano nella popolazione di una determinata area geografica in un certo periodo di tempo, studi su popolazioni nord-americane, canadesi e australiane riportano un range di circa 180-250 nuovi casi anno su 100.000 abitanti, con una frequenza di gravi traumi stimata tra 6 e 17 su 100.000 individui (Bruns e Hauser, 2003). I dati europei non sono significativamente differenti (150-300 nuovi casi annui di ricoveri ogni 100.000 abitanti, con gravi traumi in 8,5 su 100.000 individui) (Masson *et al.*, 2003). Nel complesso nei "paesi sviluppati" il numero dei TCE, in particolare quelli da incidente stradale, è andato aumentando negli anni, ma si è assistito ad un parallelo calo della mortalità (Nakamura *et al.*, 2002) stimata sui 20-30 casi per 100.000 abitanti/anno, probabilmente in conseguenza del miglioramento della gestione sanitaria in fase acuta, ma anche per l'introduzione di misure preventive