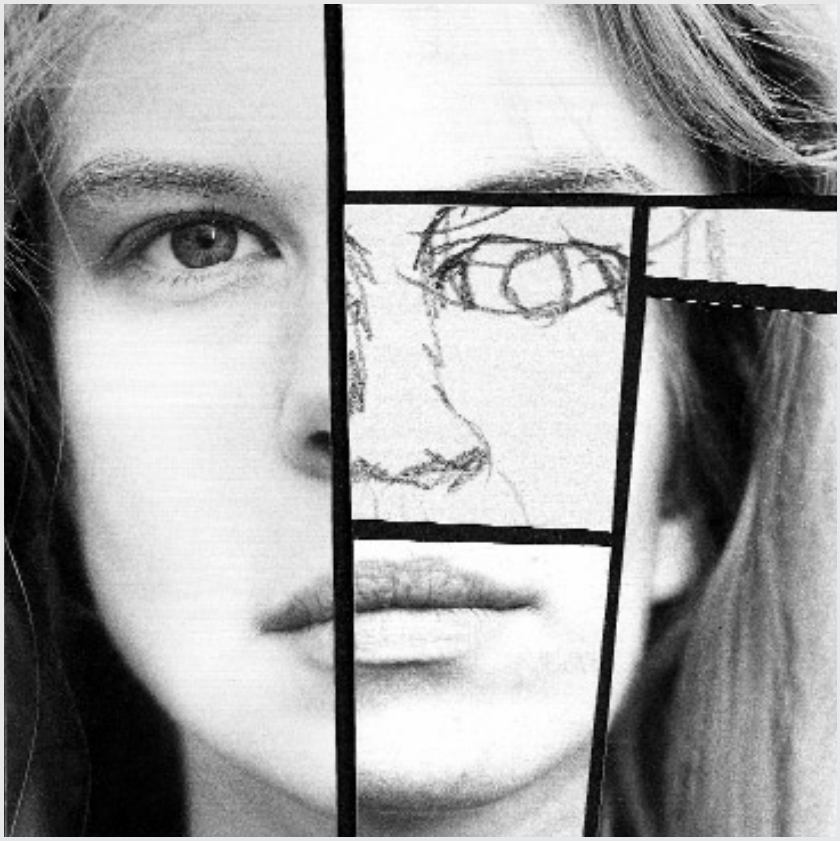
Ar~te

Elena Giordano

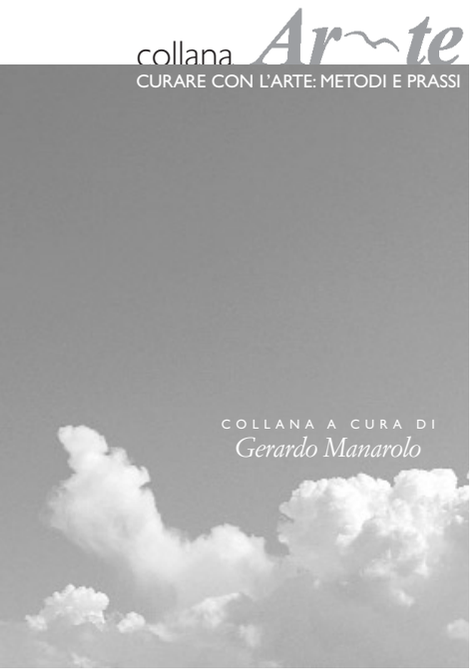


Fare Arteterapia

Edizioni Cosmopolis

Elena Giordano

Fare Arteterapia



Prima edizione: aprile 1999
ISBN: 88-87947-03-1

Prima ristampa: febbraio 2008
ISBN: 978-88-87947-31-1

Cosmopolis snc
Corso Peschiera, 320 - 10139 Torino
telefono e fax +39-011710209
www.edizionicosmopolis.it

Immagine di copertina: *Mappa in sei sezioni* - di Alberto Terrile, 1999.

Direzione artistica: Davide di Colloredo Mels e Monica Bertacin

NESSUNA PARTE DI QUESTA PUBBLICAZIONE PUÒ ESSERE RIPRODOTTA O TRASMESSA CON QUALSIASI MEZZO SENZA L'AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELL'EDITORE E DEGLI AUTORI. TUTTI I DIRITTI SONO RISERVATI.

Indice

Presentazione *di Anne Denner* 07
Introduzione 09

Capitolo 1: Dove 11
Capitolo 2: Primo nodo teorico 15
Capitolo 3: Da quando 21
Capitolo 4: Come 27
Capitolo 5: Ancora sul "Come" 41
Capitolo 6: Chi 59

Conclusione 65
Post-fazione *di Giandomenico Montinari* 67
Bibliografia 77

PRESENTAZIONE

È da più di mezzo secolo che viene praticata l'Arteterapia. Il suo campo di applicazione si è notevolmente allargato, dal lavoro con i bambini dell'asilo nido, fino agli esperimenti, un tempo impensabili, con gli anziani alla fine della loro vita, oltre ai casi psichiatrici ben definiti e senza dimenticare il vasto campo della pedagogia e della prevenzione sociale.

Non si può che rallegrarsene, anche se tale sovrabbondanza di applicazioni comporta, inevitabilmente, una certa indefinitezza ideologica e una scarsa coerenza nel discorso che intercorre tra i diversi operatori. Il solo modo per parlare chiaramente ed efficacemente dell'Arteterapia e dei suoi metodi è quello di individuare bene ogni situazione, ogni istituzione, ogni tipo di paziente, ogni progetto, ogni obiettivo, come ha molto ben capito Elena Giordano, quando intitola i suoi capitoli "dove", "come", "chi", "da quando". Se non si contestualizza con precisione la problematica cui ci si accosta, si rischia di trovarsi di fronte a un discorso del quale è difficile discernere il senso, tanto più che ci muoviamo in due campi particolarmente complessi della prassi umana, da una parte l'arte di curare il prossimo, dall'altra l'utilizzo di quella modalità di espressione privilegiata che chiamiamo "arte".

Nell'ambito dell'Arteterapia abbiamo la fortuna di poter fare riferimento a un corpus di conoscenze ineludibile, che conferisce alla cura una metodologia che le è propria e che permette, in ogni istante, di valutare i risultati ottenuti, di porsi delle domande, di individuare delle soluzioni, di cercare nuove vie, di fare bilanci e anche di trasmettere tale sapere sotto forma di insegnamento, cosa che l'Autrice di questo libro fa da molti anni con padronanza e precisione.

Ma ci troviamo anche in un campo operativo che coinvolge la nostra stessa personalità. Pertanto ogni terapeuta, pur partendo da precisi metodi scientifici, deve trovare le proprie vie di accesso alla comprensione dell'altro, ricordando che, come afferma G. Bachelard, "...quando si tratta di esaminare degli uomini, degli uguali a noi, dei fratelli, la base di ogni metodo è la simpatia". Come ha ben spiegato Elena Giordano, tutto risiede nel "piacere" di questo incontro e nella nostra capacità creativa.

Nel campo dell'arte, ci troviamo nella soggettività assoluta. Ma, lo sappiamo bene, nella pratica quotidiana si tratta più di attività espressive che di attività artistica propriamente detta. Tuttavia l'Arte mantiene un'importanza primordiale, in quanto concetto dinamizzante che permette di "prendere il volo", di trasgredire, di ritrovare i propri desideri. E. Giordano ha chiamato questo libro "Fare Arteterapia". Avendo acquisito una grande pratica in prima persona, sa cosa vuol dire questa parola. Il "fare" implica la messa in moto di processi psichici consci e inconsci, e, attraverso e per mezzo di questi, il passare dal motorio al simbolico e viceversa. Nel gesto e nel movimento grafico vi è tutta la dinamica del corpo, che inscrive sul foglio di carta il messaggio che il paziente cerca di far capire. Così l'arteterapeuta si interessa anche allo stato psicomotorio, agli strumenti e alle tecniche dei suoi pazienti, e, grazie ai metodi di analisi, è in grado di fare un bilancio del loro stato motorio e di impostare un protocollo di trattamento.

Nel corso di tutto questo manuale, l'Autrice, con grande lucidità e senza nascondere le difficoltà da superare, ha cercato di definire e di chiarire la nostra pratica.

In un mondo in cui è in voga la redditività, l'Arteterapia ha il dovere di farsi riconoscere il proprio posto, di trovare le proprie credenziali e noi pensiamo che quest'opera apporti, in tal senso, un contributo necessario quanto bello.

Anne Denner
Già Attachée presso l'Ospedale "S.te Anne" di Parigi
Parigi, gennaio 1999

INTRODUZIONE

Non domandarci la formula che mondi possa aprirti,
sì qualche storta sillaba e secca come un ramo.
Codesto solo oggi possiamo dirti.
Ciò che non siamo, ciò che non vogliamo.

E. Montale

Questo non è un trattato sull'Arteterapia: è piuttosto un "manuale di sopravvivenza" dedicato a quegli arteterapeuti, alle prime armi o già consumati, entusiasti o delusi, che continuano coraggiosamente a combattere in prima linea la difficile battaglia contro la cronicità, prevedibile o già effettiva, di pazienti psicotici e/o portatori di handicap più o meno gravi.

Lasciamo ai "Generali" le grandi disquisizioni "sull'Arte della Guerra", che molto spesso si sono rivelate inutili o dannose, passando sulla testa dei poveri fanti lasciati a marcire in trincea o mandati a morire con armi inadeguate.

La mia attività pluriennale di formazione all'arteterapia con figure professionali di varia provenienza (educatori, infermieri, artisti, psicologi), oltre che clinica con pazienti psicotici, mi ha più spesso fatto incontrare con sentimenti di facili entusiasmi (più raramente) e di successivo burn-out, di confusione e di paralisi, che con assilli teorici.

A temperare questi sentimenti poco servono le grandi tematiche dibattute nei Convegni importanti, in cui filosofi, critici dell'arte, psicoanalisti si dilettano a parlare di libera espressione dell'inconscio, di genio e follia, di capacità di ri-creare un mondo "altro", di neutralità e di assoluta astensione dell'intervento di fronte alle meraviglie del processo creativo.

Chi ha dimestichezza con gli ateliers istituzionali sa molto bene come la produzione libera di uno psicotico o di un portatore di handicap grave ci mostri il più spesso una creatività inceppata, la riproposizione di figure stereotipate sia nella forma che nel contenuto, tracciati scadenti, scarso interesse nell'uso dei colori, disorganizzazione dei temi e dello spazio grafico (a meno di non "scremare" opportunamente i pazienti dotati!...). Anche nel caso di produzioni apparentemente più ricche nelle loro seducenti bizzarrie si finisce per rilevare una ripetitività di fantasmi e di deliri (come avveniva nelle vecchie produzioni manicomiali) con una adesività senza distanza, sostanzialmente povera o priva di comunicazione, o tracciati eccessivamente pulsionali, in cui prevale la scarica motoria senza interesse per il risultato estetico.

Il povero operatore, anche il meno teoricamente agguerrito, sente confusamente che poco servirà, a lui e al paziente, il compiacimento di fronte alle manifestazioni quasi oniriche dell'inconscio (fin troppo debordante nello psicotico) o la teoria di una ricreazione fantastica della realtà (quando le forme e i colori prodotti sono molto più poveri e inestetici del visibile-percepibile). Sente anche, magari sempre confusamen-

te, che non si può etichettare come "superamento" del reale, come "ludica espressione di libertà" quello che invece è purtroppo l'indice di un'espropriazione dalla realtà, di una mancata acquisizione della dialettica io-mondo, sente insomma che l'area del gioco e del piacere non è il punto di partenza, ma ancora una meta da raggiungere.

Se dunque è anzitutto un operatore che collabora ad un progetto terapeutico, quindi più interessato a far stare meglio il paziente che a sdilinquirsi sull'ubiquità dell'arte, potrà leggere con qualche interesse, almeno spero, questo manuale, in cui cercherò di segnalare le varie mine o proiettili vaganti da evitare accuratamente per ritrovare un qualche piacere e senso al proprio lavoro ed avere così qualche *chance* di aiutare anche i pazienti a ritrovare il desiderio e il piacere di vivere.

DOVE

La mia arte non mira a istituire delle feste
per distrarre dalla vita di tutti i giorni,
ma a rivelare che la vita quotidiana è molto più interessante
delle pseudo-feste che si organizzano per farla dimenticare.

J. Dubuffet

Porsi la domanda del "dove" sarà inserito il nostro atelier, prima del "come" si andrà a fare arteterapia, risponde al fatto che questo è il terreno minato per eccellenza, quello capace di causare più stragi, in termini di malessere, frustrazione degli operatori e conseguente paralisi dell'attività dei pazienti.

È anche, stranamente, la domanda che meno ci si pone, quando si ottenga la responsabilità di un atelier, come se il nostro equipaggiamento fosse così polivalente da esimerci dal chiedere se andremo a fare un viaggio per mare o una scalata in montagna.

Eppure il panorama lavorativo in cui si possono situare gli ateliers di espressione plastico-figurativa è sempre più variegato e polimorfo: si va dalle istituzioni psichiatriche (comunità terapeutiche, ospedali di giorno...) o per portatori di handicap (anche questi residenziali o tipo D. Hospital) ad altre organizzazioni sia di tipo medico (ad esempio nel trattamento dei cancerosi o negli ospedali pediatrici) che di tipo scolastico (attività integrative nella scuola dell'obbligo); si assiste anche sempre più spesso alla nascita quasi spontanea di ateliers liberi per adulti e bambini, sulla scia ad esempio dell'interesse destato da Betty Edwards, autrice di "Disegnare con la parte destra del cervello".(1)

La presa in carico terapeutica varia naturalmente nei diversi ambiti, passando in teoria dall'essere nulla negli ateliers in cui prevale la pedagogia artistica, all'essere molto sostenuta negli ateliers in cui il conduttore è un terapeuta formato, o perlomeno è affiancato da un'équipe di tipo clinico.

Sottolineo la parola "in teoria" perché la realtà in cui ci si trova immersi, e con cui si rischia di colludere se non ben avvertiti, è spesso molto più ambigua e non rispondente agli obiettivi dichiarati.

> So ad esempio di ateliers per bambini che si pongono come luoghi di sensibilizzazione all'arte, ma in cui si propone solo la "pittura libera", evitando con cura indicazioni di tipo tecnico o commenti sugli elaborati, pensando che solo così si salvaguarda la creatività individuale: questo mi pare risponda piuttosto a malcelate intenzioni terapeutiche, appoggiate ad un'ideologia discutibile, che ad una vera passione per l'arte, equivalendo un po' a sostenere che solo gli analfabeti possono scrivere dei bei romanzi!

La stessa istituzione pedagogica per eccellenza, la scuola, non è esente da tali ambiguità: ho visto spesso insegnanti chiedere informazioni sull'arteterapia, pensando di

ricavarne sussidi diagnostici per valutare psicologicamente i disegni dei loro alunni ("faccio fare loro il disegno dell'albero o della famiglia e poi lo utilizzo come un test"), senza rendersi conto della scorrettezza dell'operazione, oltre che della scarsa attendibilità del test così subdolamente proposto.

I bambini, con le loro ipersensibili antenne si rendono subito conto di qual è il vero interesse dell'adulto e possono reagire con disinteresse od opposizione ad uno sguardo scrutatore, mentre sarebbero sicuramente molto più entusiasti nel trovare un genuino interesse a questa forma di espressione per loro molto più congeniale inizialmente rispetto alla scrittura. In altri casi, invece, è l'istituzione Scuola nel suo insieme che mette in difficoltà insegnanti d'arte, animati dalle più limpide intenzioni di pedagogia artistica, chiamandoli a condurre attività integrative che dovrebbero essere indirizzate a tutti gli alunni, ma facendo trovare loro gruppi costituiti solo da bambini problematici, sottintendendo così una domanda terapeutica mal formulata.

Al contrario l'istituzione deputata ufficialmente al trattamento di pazienti può non avere aspettative di tipo terapeutico nei riguardi di un'attività artistica, considerata semplicemente un intrattenimento, o una sorta di animazione, o un modo per far applicare i pazienti alla produzione di qualcosa.

> Spendo qui qualche parola per accennare all'odierna, diversa e più variegata gestione sociale del problema della follia, rispondente a modificazioni culturali e scientifiche relativamente a questo problema: si è passati dalla concezione di psicosi come processo irreversibile che porta alla demenza e richiede quindi istituzioni custodialistiche sin dal suo manifestarsi, al mettere in evidenza come la gravità dei sintomi iniziali non sia automaticamente predittiva della gravità finale e quindi non giustifichi ipso facto una segregazione in istituzioni apposite (anche se i "manicomietti" sono sempre in agguato!). Nella migliore delle ipotesi si giunge a valutare la grande variabilità dei pazienti, e non più la psicosi in blocco, dando rilievo al carattere universale della persona e cominciando a produrre progetti diversificati, che devono mediare la contraddizione tra soggettività della persona ed esigenze sociali. Sono nate o stanno nascendo, di conseguenza, tutta una gamma di "strutture intermedie" che privilegiano di volta in volta l'accudimento più umano rispetto a quello di un tempo, o la riabilitazione e il reinserimento (obiettivi oggi più alla moda) o la terapia nel senso più ambizioso del termine...

La filosofia dell'istituzione non può non riverberarsi sulle aspettative riguardanti l'atelier: in altre parole, pur essendo assunti o pagati sotto la comune dicitura di "arteterapeuti", potremmo scoprire che ci si assegna il compito di "dare un'occhiata al pazienti" facendo loro fare qualcosa, o, se l'istituzione è più generosa, di "intrattenerli fornendo loro il piccolo piacere di disegnare o dipingere", o, se l'istituzione è più esigente, di "insegnare loro a usare le mani per produrre qualcosa di utile" magari vendibile a qualche fiera di beneficenza, o infine, se l'istituzione è più ambiziosa, essere considerati partners a tutti gli effetti in un progetto concertato di terapia che preveda più figure professionali.

Quello che è indispensabile sapere è che gli obiettivi privilegiati dell'istituzione non possono essere ignorati o scavalcati, e che nessun operatore, anche il più preparato, potrà mai porsi in maniera dissonante e autarchica rispetto all'istituzione in cui opera. Come fare dell'arteterapia se si deve garantire l'apertura dell'atelier senza limiti di orario, mettendolo a disposizione di chiunque casualmente voglia intervenire, e magari trovandosi a gestire 15-20 pazienti per volta? Questo di fatto disconosce l'esigenza di lavorare all'interno di un setting, con un gruppo definito di pazienti, per ciascuno dei quali sia possibile promuovere e seguire l'evoluzione personale e poterne poi discutere col resto dell'équipe.

Un uguale disconoscimento di fatto può essere rappresentato da continue richieste di produzioni utili, da impiegare per l'arredo della Comunità, o per vendite di autofinanziamento, o per esposizioni che propagandino "l'umanità" del trattamento, finendo così per ipotecare quello spazio di libertà di cui necessita il lavoro terapeutico.

Che fare quando si verificano queste discrepanze, e soprattutto come salvarsi dalle frustrazioni? Credo che il consiglio più utile, e per altro indispensabile alla sopravvivenza, sia quello di una grande chiarezza nella definizione degli obiettivi e del contratto sia con l'utenza che con la committenza.

All'utenza, alunni o pazienti che siano, si deve poter dichiarare esplicitamente: "Sono qui per insegnarvi / per starvi vicino / per aiutarvi a trovare un modo un po' più piacevole di passare il tempo / per stimolarvi ad uscire dalla vostra passività / per curarvi insieme agli altri terapeuti che si occupano di voi" (questo è possibile dirlo anche al più matto dei matti!).

In secondo luogo, ma direi prioritariamente, il contratto va chiarito con la committenza: "Sono un insegnante, un assistente volontario, un riabilitatore, un ergoterapeuta, un animatore, un arteterapeuta"; solo così si potrà lavorare entro i limiti concordati, chiedendo che le condizioni pratiche rispettino gli obiettivi dichiarati.

Non vorrei che questo venisse sentito come un discorso un po' snob che miri a ribadire una "superiorità" esigente dell'arteterapia rispetto ad altre professionalità: è invece sotteso da un grande rispetto per ogni tipo di prestazione, che è tanto più valida quanto meno è inquinata da obiettivi confusi o da contratti poco chiari.

Un insegnante di scuola dell'obbligo o un insegnante d'arte sarà sicuramente tanto più utile alla crescita intellettuale e psicologica dei suoi alunni quanto più sarà un buon insegnante piuttosto che un mediocre psicologo, quanto più cioè sarà una persona che ama la sua materia e riesce a trasmettere agli alunni qualcosa della sua passione e delle sue conoscenze. Ugualmente sono degni di rispetto un lavoro assistenziale o di animazione o di tipo rieducativo, che sono componenti comunque indispensabili nel lavoro con psicotici o portatori di handicap.

E se, nonostante il nostro tentativo di fare chiarezza contrattuale, permangono le ambiguità da parte della committenza? Occorre un certo ottimismo non solo per sperare nel cambiamento di pazienti gravi, ma anche in quello dell'istituzione in cui si opera, sapendo per lunga esperienza che non si può pensare di agire sul singolo se non ci si fa carico contemporaneamente di mobilizzare l'ambiente in cui si trova. Questo ottimismo ci porterà a cercare di aprire uno spazio di discussione e di contrattazione con l'ambiente istituzionale, che potrà rivelarsi ancora più proficuo per i pazienti se servirà ad interrogare l'istituzione stessa sui propri scopi ed obiettivi; altrimenti si rischia di essere inghiottiti con i pazienti stessi in un destino di emarginazione che invalida qualunque eventuale progresso o comunicazione ritrovata.

Riprenderemo nel quarto capitolo l'argomento dei rapporti con l'istituzione, specificandolo in relazione alla cura dei pazienti psichiatrici ed esaminando più analiticamente come l'impianto stesso di un setting di arteterapia offra l'occasione di tradurre e verificare nella pratica il rispetto degli obiettivi enunciati.

(1) Betty Edwards, *Disegnare con la parte destra del cervello*, Ed. Longanesi & C., Milano, 1986.

PRIMO NODO TEORICO

Dovunque l'arte si ponga a servizio del simbolo,
la distinzione tra contenuto, forma e materia
è veramente destinata a cadere.
E.H. Gombrich

Avendo idealmente collocato il nostro atelier di arteterapia, possiamo ora dare un'occhiata agli scogli che ci possono far inciampare dentro di esso: tra questi il nodo teorico principale è quello che riguarda una esasperata contrapposizione tra espressione di sé e strutture formali, cioè codici atti a contenere questa espressione. Tale contrapposizione andrebbe esaminata e collocata in un più ampio contesto culturale, sociale e artistico di sfiducia nelle possibilità comunicative della parola in quanto codice preesistente all'individuo, di rivalutazione del corpo come l'elemento più intimamente vicino alla soggettività della persona, e di conseguente comparsa alla ribalta delle tecniche terapeutiche cosiddette non verbali.

L'espansione e la richiesta di tale tecniche (psicomotricità, musicoterapia, arteterapia, danzaterapia...) è andata crescendo negli ultimi decenni, anche se ora comincia a mostrare un qualche declino, e merita che si spenda qualche parola proprio per capirne la parabola (ascendente e discendente).

> "All'inizio era il non-Verbo": potrebbe iniziare così la storia dell'irresistibile ascesa delle terapie non verbali, che accanto alla scelta di un mediatore di comunicazione diverso dal linguaggio (gesto, suono, elaborato artistico, movimento del corpo) e alla messa a punto di tecniche apparentemente più facili, sembravano sottintendere una certa sfiducia nel mediatore privilegiato: la parola. Indubbiamente c'era stato un arricchimento della comprensione dei vari modi di comunicazione che ha l'uomo, con un approfondimento della complessità formale del messaggio verbale, che può essere rinforzato o, viceversa, contraddetto dalla mimica, dal tono di voce, dalla postura, dalle pause, dalla gestualità di chi lo emette. Contemporaneamente c'era stata la divulgazione della teoria freudiana dell'inconscio, che aveva ampliato la lettura dei contenuti di un discorso, smantellando una concezione razionale e disincarnata della parola, mettendone in luce i legami con la corporeità, con i desideri e i conflitti della persona... e utilizzato questa teoria per imporre un potere terapeutico riservato agli psicoanalisti in grado di "interpretare" appunto il discorso verbale.

Questa consapevolezza della complessità di emissione e quindi di lettura di un discorso, se da un lato ha portato a degli sviluppi teorici sempre più interessanti (come l'elaborazione sul linguaggio paradossale o la contrapposizione tra linguaggio

analogico e linguaggio digitale) ha generato dall'altro quasi uno scoraggiamento sulle possibilità di comprensione della parola, che necessiterebbe di interpretazioni, e creato aspettative nei confronti delle comunicazioni e terapie non verbali, con cui sarebbe più facile, avvicinandosi al corpo, attingere una soggettività che si esprimerebbe senza problemi e soprattutto senza codici (come se nel corpo, nel gesto, nella postura non fosse già iscritta tutta la storia individuale della persona, con le sue difficoltà di relazione, le sue inibizioni, i suoi blocchi e non fossero necessari i codici espressivi di comunicazione e comportamento sociali, frutto di cultura e storia collettiva...).

L'illusione espressiva

Posti di fronte a una patologia che tendenzialmente svuotava il discorso verbale di valore comunicativo-espressivo, si è voluto credere insomma che fosse più facile e "liberante" far esprimere, e di conseguenza comprendere, le persone attraverso le varie forme di comunicazione non verbale (gestualità, musica, danza, produzione grafica e pittorica) determinando una temporanea trasformazione delle istituzioni, specie psichiatriche in centri tipo Actor's Studio, con beneficio sicuramente per gli operatori, meno annoiati e più partecipi, ma con dubbi risultati sul piano di un effettivo utilizzo dell'arte a scopo terapeutico per quanto riguardava i pazienti.

Si è infatti dato per scontato che l'importante fosse stimolare l'espressione (cosa forse vera per gli operatori), ma sottovalutato l'importanza dei codici in cui tale espressione deve necessariamente calarsi per diventare comunicazione agli altri (chi padroneggia già un codice può applicarsi con entusiasmo a impararne un altro, ma chi ha difficoltà a comunicare in una lingua non verrà certo facilitato dal fatto di vedersene proporre un'altra!).

Così ci si è illusi che l'arte, proponendo un medium diverso dalla parola, e cioè il linguaggio plastico-figurativo, potesse ipso facto garantire una libertà di espressione altrimenti impensabile nel discorso parlato e favorisse altrettanto automaticamente la comunicazione con i pazienti.

Su tutto ciò ha pesato indubbiamente una carenza di formazione professionale, per cui si sono messi in piedi ateliers assistiti e condotti da personale spesso improvvisato: o artisti che non erano in grado di assumersi la responsabilità di una relazione terapeutica, sottraendosi ad un compito per cui non erano formati, o altre figure professionali (infermieri, psicologi, educatori) capaci di relazionarsi con la patologia, ma non sufficientemente preparati dal punto di vista artistico (quindi non in grado di guardare e leggere correttamente l'oggetto prodotto, mediatore della relazione).

Spesso la buona coscienza dell'istituzione veniva garantita deresponsabilizzando gli arteterapeuti promossi sul campo e chiedendo che gli elaborati venissero portati e discussi in équipe, dove però non si trovava in genere migliore preparazione (raramente c'era qualcuno capace di apprezzare la differenza tra un tracciato statico e uno dinamico!); più spesso, purtroppo, si trovavano aspiranti psicoanalisti presi da furore interpretativo di "simboli" e ugualmente poco interessati a valutare le strutture formali e la loro evoluzione, cioè a porsi correttamente all'interno del codice artistico.

Le delusioni più pesanti non hanno tardato a manifestarsi, contribuendo a un certo declino delle artiterapie: si sono ritrovati gli stessi blocchi, inibizioni, stereotipie ri-

scontrabili nella comunicazione verbale e si è andati incontro ad una delusione che ha provocato un rimbalzo verso il versante rieducativo, senza interrogarsi abbastanza sui motivi del fallimento: il primo è che troppo semplicisticamente si è identificata espressione con volontà comunicativa, che, nel casi patologici, è carente e ipoteca pesantemente la possibilità di installarsi in una relazione terapeutica; il secondo è che ogni forma di espressione, intesa come messaggio destinato ad altri, deve fare il conto con delle strutture formali atte a contenerla, altrimenti rischia di rimanere una expressione, equivalente ad un rutto, un vomito, privo del valore simbolico che può farne il legame tra le persone.

In sostanza si possono enunciare due principi che ogni arteterapeuta dovrebbe tenere ben presenti:

1) per avere comunicazione, e quindi terapia, deve esservi una relazione tra due soggetti e non esiste nessuna tecnica rieducativa o terapeutica che possa esimere dal farsi carico di tale relazione, anche se essa può avvenire tramite mediatori diversi (gesto, suono, elaborato artistico, parola);
2) è essenziale che le due persone condividano il codice in cui viene, o verrà, trasmesso il messaggio; anzi è tale codice a improntare il messaggio stesso, il che equivale a dire che gli elementi necessari ad una comunicazione sono non solo un "trasmettitore" e un "ricevente", ma anche una struttura formale, un codice condiviso.

L'errore interpretativo

Che il codice in cui esprimersi sia dato culturalmente è cosa evidente a proposito del linguaggio, che preesiste ad ogni individuo e va appreso affinché egli si inserisca nella rete comunicativa, ma altrettanto vale per l'espressione artistica.

Che cosa resterebbe di secoli di storia dell'arte se davvero dirigessimo la nostra attenzione solo sui contenuti di un quadro? Avremmo un ridotto elenco di temi (Madonne, nature morte, paesaggi...) mentre se guardiamo lo stile, la struttura in cui questi contenuti acquistano una forma, troviamo una ricchezza di espressività e di messaggi che ci permettono ad esempio di vedere in modo diverso una Madonna del Beato Angelico, una di Raffaello o una di Michelangelo.

Così il possedere già un codice, quello del discorso verbale, non può esimerci dall'imparare il codice dell'arte, che è differente essendo costituito da linee, colori, organizzazione dello spazio grafico, rapporti tra figura e sfondo, poiché, come dice E.H. Gombrich nel suo pregevole libretto *Freud e la psicologia dell'arte. Stile, forma e struttura alla luce della psicoanalisi*:[2] "c'è nell'arte un capovolgimento tra contenuto e forma" e "la distinzione tra contenuto, forma e materia è veramente destinata a cadere".

In altre parole non possiamo prendere un quadro e "leggerlo" come faremmo per una lettera scritta a mano, magari in pessima scrittura, ma che comunque è considerata valida se i concetti risultano comprensibili e così, guardando un quadro, "tradurre" il disegno del sole nella parola sole, il disegno dell'albero nella parola albero, senza curarci minimamente di quale forma figurativa particolare abbiano preso questo sole e quest'albero. Sarebbe come trasformare i singoli contenuti in ideogrammi cinesi, dimenticando oltretutto che in Oriente, a differenza che da noi, non vi è stata nel lin-

guaggio scritto scissione tra forma e contenuto, tra esteticità ed esposizione concettuale, per cui la forma in cui questi ideogrammi vengono scritti è altrettanto importante del contenuto e la calligrafia stessa viene considerata una forma d'arte e meditazione (lo Sho-Do).

> Per esemplificare come queste non siano inutili precisazioni, ma riflessioni atte a determinare la progressione o il blocco di una terapia, racconterò di aver assistito recentemente, in un Convegno, alla presentazione di un caso riguardante un bambino psicotico, seguito in arteterapia da uno psicoanalista lacaniano. Furono presentate una serie di diapositive per illustrare la produzione del bambino: la prima mostrava un disegno-schizzo raffigurante un calciatore, forse un portiere, impegnato in una parata. Con rammarico l'ho vista passare fuggevolmente, forse perché non aveva interessato il terapeuta essendo troppo poco "simbolica", ma a mio parere sembrava molto promettente proprio per le sue caratteristiche formali ricche di dinamismo. La serie successiva, giudicata invece più simbolicamente interessante (anche se si potrebbe discutere sulle effettive capacità simboliche di un bambino psicotico), mostrava una ripetitiva e demoralizzante sequenza dello stesso soggetto: "albero con sole", che sicuramente ha permesso al terapeuta una lunga dissertazione sul rapporto tra bambino (albero) e padre (sole), ma a mio parere ha dimostrato, una volta di più, che limitarsi a interpretare i contenuti può forse interessare l'analista, ma non fa progredire la terapia, sprecando oltretutto quelle possibilità dinamiche che erano state intraviste nel primo disegno e che potevano far pensare a un progetto di "movimento".

Nell'arte è la forma che è sovrana

Ma siccome bisogna essere ben agguerriti e combattere ad armi pari i fautori della logica interpretativa, consiglio caldamente di leggere il già citato libro di Gombrich, che smantella il corrente approccio psicoanalitico all'arte, proprio usando i testi del padre della psicoanalisi.

Gombrich mette in evidenza come Freud sia stato sostanzialmente travisato dai suoi seguaci, che hanno sopravvalutato certi suoi scritti, che lui stesso giudicava poco più che divertimenti (ad esempio un'analisi della personalità di Leonardo e di una sua probabile omosessualità, ipotizzata attraverso l'interpretazione del suo quadro "S. Anna, la Vergine e il Bambino") e che invece hanno alimentato una visione "analitica" dell'arte, volta a svelare l'inconscio dell'artista attraverso i contenuti simbolici che gli "sfuggirebbero" nella sua produzione.

Molto più interessanti e appropriati per una comprensione sulla teoria dell'arte freudiana sono invece altri suoi lavori, tra cui in primo luogo quello sul "Motto di spirito".(3)

Qui troviamo il vero modello di qualsiasi spiegazione della creazione artistica secondo linee freudiane, anche se il punto di partenza sono i giochi di parole: in essi, citando Freud, "un'idea preconscia è esposta per un momento all'influenza dell'inconscio". Ciò dunque che si deve all'inconscio, secondo questa formula, non è tanto

il contenuto, quanto la forma, la condensazione quasi onirica di significato, caratteristica di quello che Freud chiama il processo primario. È questo un processo in cui le impressioni e le esperienze della nostra vita da svegli sono mescolate e come frullate in permutazioni e combinazioni imprevedibili. Nel sogno, non meno che nella follia, il dinamismo di questo vortice sopraffà il nostro pensiero cosciente, il principio di realtà dell'Io.

Nel motto di spirito l'Io non fa che usare questo meccanismo per investire un'idea di un fascino particolare. Un pensiero che sarebbe forse brutale o indecoroso esprimere in chiaro è immerso, per così dire, nella magica fonte del processo primario, come si può immergere un fiore o un ramoscello nelle acque calcaree di Karlsbad, da dove essi emergono trasformati in qualcosa di ricco e strano. In questa nuova forma l'idea non solo è accettabile, ma anche gradita, sì da generare piacere (e riso).

La piacevolezza e l'efficacia del gioco di parole è dunque dovuta proprio al delicato equilibrio tra l'elaborazione preconscia e quella inconscia: se tale equilibrio pendesse troppo verso l'idea inconscia, se fosse troppo criptico esso divertirebbe o interesserebbe solo il suo autore; se fosse troppo esplicito, più vicino a un discorso razionale, sarebbe più chiaramente comprensibile, ma certamente meno piacevole e divertente (niente di più noioso di un gioco di parole spiegato!).

Questo modello può dunque essere anche applicato alla creazione artistica ed ha indubbiamente il grande merito di spiegare sia l'importanza del mezzo, che della capacità di padroneggiarlo: due elementi che spesso vengono trascurati da chi cerca nell'arte solo il contenuto inconscio di impulsi biologici e memorie infantili. Di costoro, che potremmo ormai definire cattivi freudiani, Gombrich dice testualmente:

> "Essi ritengono che un pensiero inconscio turbi l'artista nel suo intimo e sia quindi espulso verso l'esterno per mezzo dell'arte, onde turbare anche la mente del pubblico. La forma, in questa concezione, è poco più che un involucro per i contenuti inconsci che il consumatore a sua volta libera dall'involucro e scarta. La concezione di Freud evidentemente ci permette di considerare la questione dall'angolo opposto. È spesso l'involucro a determinare il contenuto: solo le idee inconsce che possono essere adeguate alla realtà delle strutture formali divengono comunicabili e il loro valore per gli altri sta per lo meno altrettanto nella struttura formale quanto nell'idea stessa. Il codice genera il messaggio. I giochi di parole non vengono fabbricati: sono scoperti nel linguaggio e quello che il processo primario fa, secondo la teoria di Freud, è in effetti di facilitare queste scoperte attraverso il suo rapido andirivieni di associazioni: ma solo chi coltiva il piacere infantile di sperimentare e giocare con parole e sillabe senza senso può utilizzare elementi accidentali del suono e del significato per scoprire perfetti giochi di parole ed ottenere forme concise ed affascinanti. È in questo gioco che l'Io acquista il controllo e la padronanza del processo primario e impara a selezionare e a respingere le formazioni che emergono dal turbine dell'inconscio (come noi dopo aver scosso un caleidoscopio, possiamo ammirare e ricordare solo alcuni dei risultati e scartarne altri).
> L'artista, o lo scrittore, o il musicista, avrebbero in misura spiccata la capacità e il piacere di giocare con il linguaggio (o i linguaggi) tipico del bambino e che per lui è funzionale ad acquisire una maggiore padronanza; qualunque sia l'ele-

mento da cui può scaturire una tale disposizione (e Freud non ha mai preteso di conoscere la risposta precisa) il pittore sarà incline a giocare con le forme come il musicista con i suoni.
Se dunque l'arte è la capacità di giocare con le forme, ciò sottrae l'artista alla taccia di soggettivismo e di esibizionismo e ci fa meglio capire come un artista quale Paul Klee sostenesse a proposito della pittura il primato degli elementi formali (linea, colore, forma): "saranno questi a determinare se un certo contenuto sia o meno esprimibile, nonostante la più favorevole disposizione psicologica dell'artista". In questo l'artista è evidentemente tributario della situazione storico culturale che egli trova intorno a sé: si potrebbe definire l'arte come il gioco della "culla di spago" in cui ogni mossa deve altrettanto alle mosse compiute in passato che alle ingegnose variazioni introdotte dall'attuale giocatore".

Fin qui Gombrich, che ho voluto citare così per esteso, contravvenendo un po' ai propositi minimalisti di questo libro, perché mi sembra veramente di capitale importanza per fondare una pratica dell'arteterapia in cui gli elementi formali acquistino la dovuta importanza e giustifichino la necessità di tutto ciò che può far progredire nella padronanza del mezzo (apprendimento di tecniche, studi dal vero, esercizi pittografici, riferimenti alla storia dell'arte passata e presente, visite a mostre) e soprattutto lettura del messaggio grafico-pittorico in base a criteri estetici, alle strutture formali piuttosto che in riferimento ai contenuti inconsci più o meno esibiti o mascherati.

(2) E.H. Gombrich, *Freud e la psicologia dell'arte. Stile, forma e struttura alla luce della psicoanalisi*, Nuovo Politecnico 14, Einaudi, Torino, 1967, 9ª edizione 1982.

(3) S. Freud, *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* (1905). In "Opere di S. Freud", Boringhieri, Torino.

DA QUANDO

La specificità dell'arte-terapeuta è di avere un doppio linguaggio:
quello della psico-patologia che è il discorso degli altri curanti (psichiatri, psicologi, infermieri)
e quello delle arti plastiche che gli è proprio.
A. Denner

Se è vero che l'artista va visto, pur con tutte le sue innovazioni, in una rete culturale che è tributaria di secoli di storia passata, anche l'arteterapeuta può e deve legittimamente interrogarsi sulla storia dell'arteterapia.

Di questa potremmo dire, parafrasando una famosa frase pronunciata da Hermann Ebbinghaus ai primi del '900 a proposito della psicologia, che essa "ha un lunghissimo passato, ma una storia molto breve". Senza voler qui esaminare dunque l'uso terapeutico dell'arte, conosciuto e praticato da secoli, in tutte le culture e a tutte le latitudini, vorrei ricordare solo la storia recente dell'arteterapia intesa in senso più stretto (esercitata cioè non più nell'area del sacro, in maniera rituale, ma in un rapporto "laico", professionale, di cura dei pazienti, specie psichiatrici).

Sempre a scopo di sintesi si potrebbe rivisitare tutta questa storia recente, confrontandola con quanto detto finora a proposito di espressione, strutture formali e lettura del messaggio grafico, e che è così riassumibile:

1) per avere comunicazione, e quindi terapia, deve esservi una relazione tra due persone;
2) è inoltre essenziale che le due persone condividano il codice in cui viene trasmesso il messaggio.

Alla luce di tali principi la storia dell'arteterapia e della relativa elaborazione teorica può essere distinta in tre fasi storiche successive, che definiremo, ponendoci dal punto di vista del paziente, in una prima fase: "parlare senza interlocutore", in una seconda fase: "parlare con un interlocutore, ma senza condividere il codice" e finalmente in una terza fase, quella attuale, almeno nella sua forma più elaborata: "parlare ad un interlocutore condividendo il codice".

1ª fase storica: parlare senza interlocutore

Far dipingere i pazienti non è una novità: lo si faceva già negli Ospedali Psichiatrici alla fine dell'800, ma l'interesse degli studiosi di allora si volgeva soprattutto al tentativo di mettere in evidenza gli elementi patologici nelle pitture prodotte, ricavandone elementi di diagnosi delle differenti psicosi (Max Simon ad esempio nel 1876 descriveva cinque tipi particolari di produzione, ciascuna in relazione con una sindrome determinata).

Questo lavoro si affiancava ad un analogo intento diagnostico-differenziale dei primi

lavori psichiatrici dell'epoca, che però venivano svolti su internati dei manicomi, quindi su malati degenti da lungo tempo, in periodi di stasi, se non terminali, della malattia.

Così anche le pitture studiate e raccolte in grandi collezioni di arte "psicopatologica" (come quella di Heidelberg curata da Prinzhorn) erano prodotte in gran parte da malati cronici, in cui la psicosi stabilizzata o in via di stabilizzazione si proiettava senza evoluzione.

Che valore assegnare dunque a certi elementi psicopatologici che venivano evidenziati in questa produzione, elementi quali la stereotipia, l'iterazione (cioè la ripetitività di temi e contenuti), l'eccessivo riempimento dello spazio grafico (quando magari il paziente non aveva supporti su cui disegnare)? Come stupirsi di fronte a questi "discorsi a vuoto" se il paziente era messo, sì, in condizione di esprimersi, ma senza nessun interlocutore, senza nessun investimento terapeutico su di lui? Anche noi, quando scarabocchiamo con la testa occupata in altri pensieri, presentiamo sicuramente stereotipie e iterazioni...

Del resto, fin da allora non mancarono voci contrarie, limitanti ad esempio il valore diagnostico a disegni fatti solo nelle fasi acute o che cercavano di distinguere quelli frutto esclusivamente dei disturbi patologici, rispetto ad altri fatti dallo stesso malato, ma in cui era conservata la capacità di creazione artistica.

A poco a poco di fronte alla scarsa sicurezza dei criteri di valutazione rilevati, abbandonando queste discussioni, si arrivò all'apporto importante di Hans Prinzhorn che, sulla base di una sua importante raccolta, pubblicò nel 1922 *L'arte dei folli*. Qui egli arrivò finalmente a considerare il disegno come espressione dell'intera personalità (e non solo della salute o della malattia), anche se nella produzione grafico-pittorica si possono rilevare, proprio perché espressione dell'intera personalità, gli aspetti più clamorosi della malattia; è in questa prospettiva che si situano ancora oggi i test proiettivi basati sul disegno, usati come strumento diagnostico.

Inutile sottolineare come questo aspetto diagnostico sia la parte meno rilevante di un trattamento di arteterapia, costituendone eventualmente il primo momento di osservazione; ma l'arteterapeuta avveduto considererà piuttosto come un segnale di allarme il fatto che anche a terapia avviata si ripresenti una ripetitività di temi, contenuti e forme per esprimerli, ritenendola piuttosto un avvertimento che qualcosa non procede nella relazione terapeutica e che, dunque, il paziente sta rimuginando tra sé e sé, sospeso in una isolata immobilità.

2ª fase storica: parlare ad un interlocutore, ma senza condividere il codice

Per arrivare ad un nuovo modo di interessarsi alle opere dei pazienti psichiatrici, non più a scopo diagnostico, ma terapeutico, sicuramente decisivo fu l'apporto di Freud e Jung, che valorizzarono nelle opere dell'artista la proiezione dell'inconscio personale (Freud) e collettivo (Jung).

Tale interesse, che oggi non viene certo considerato il più importante dell'estetica freudiana, come abbiamo già visto nel precedente capitolo, trovò invece allora molta fortuna, perché venne ripreso e sottolineato dai movimenti artistici del primo novecento, in particolare dal surrealismo (che però non venne ricambiato di uguale amore da Freud stesso!).

Artisti come André Breton, Antonin Artaud, Jean Dubuffet videro nelle teorie freudiane un puntello alla propria anticonformistica voglia di sondare le zone più oscure e inconoscibili dell'essere, per esprimerle in arte e contrapporle ad una "normalità" artistica razionale e banale.(4)

Pensiamo come debba essere stata apprezzata in quel clima la celebre definizione di Freud: "l'arte è una via attraverso cui il sogno ritrova la strada della realtà; essa si impadronisce degli istinti e si trova sul cammino della sublimazione, realizzando un atteggiamento instabile, un regno intermedio, uno stato di equilibrio e sospensione tra la realtà e il sogno, tra la materia e lo spirito".

Anche Jung e la sua scuola si interessarono alla produzione artistica, ricercandovi la proiezione di un simbolismo sia personale che di valore universale: così l'arte permetterebbe il passaggio dal soggettivo all'oggettivo, la trasposizione di conflitti personali in universali, e in questo valore comunicativo risiederebbe la spiegazione della virtù liberatrice dell'espressione.

Ma queste osservazioni, che sicuramente hanno fatto intravedere la possibilità di usare il linguaggio figurativo come mezzo di comunicazione con i pazienti, non furono usate, almeno inizialmente, per una vera arteterapia, almeno come la intendiamo noi oggi. Si ebbe, sì, un fiorire di lavori analitici (dal 1904 al 1940) sull'utilizzazione della produzione artistica nella terapia di nevrotici e psicotici, ma in tali lavori, soprattutto all'inizio, i disegni erano usati come i sogni, cioè come punti di partenza per libere associazioni verbali, volte a far emergere i contenuti inconsci.

Si può dunque parlare di terapia, in quanto viene messa in primo piano la relazione tra terapeuta e paziente, ma si tratta in fondo ancora di una terapia verbale, in cui l'oggetto prodotto è solo occasione di un discorrere e non viene valorizzato in quanto mediatore, diverso sia dalla parola perché strutturato in immagini, sia dal sogno in quanto immagine che si è materializzata nella realtà e vi ha acquistato una sua permanenza visibile.

Questa storia, relativamente lontana, tende a ripetersi ancora oggi in quegli ateliers in cui si fa sistematicamente seguire al lavoro una discussione sugli elaborati, come se il prodotto di per sé non fosse sufficientemente parlante e ne fosse necessaria subito una traduzione nel linguaggio verbale.

Se il linguaggio può e deve accompagnare il lavoro per veicolare gli scambi tra terapeuta e paziente, è invece, a mio modo di vedere, superfluo se condotto alla fine della seduta sul lavoro in sé (equivalente a chiedere ad un artista commenti critici sulla sua opera) e del tutto inopportuno quando, a partire dai contenuti rappresentati, invita il paziente a fare associazioni o a parlare esplicitamente di sé e dei propri problemi.

3ª fase storica: parlare ad un interlocutore condividendo il codice

Tutto quel fermento artistico e culturale degli anni '20-'40 portò anche negli Ospedali Psichiatrici ad una più diffusa pratica dell'arte: si cominciò ad offrire a tutti i malati, e non solo a quelli che dipingerebbero spontaneamente (circa il 2%) la possibilità di disegnare, dipingere e modellare: si ottenne così una produzione nuova e abbondante, meno rigida e schematica, che permise una migliore comprensione dei pazienti e di ciò che in loro può esservi ancora di dinamico ed evolvente.

In particolare si capì l'importanza delle serie di disegni di uno stesso malato, fatti ed esaminati in successione: esse offrono una produzione continua e divengono un indice di evoluzione tanto più utile quanto conservabile, eloquente e visibile; si capovolse insomma il concetto dei primi del secolo, che assegnava alla produzione manicomiale il compito di definire delle diagnosi o, peggio, di segnare come su un grafico, le oscillazioni e i progressi della psicosi, per cercare invece nel prodotti figurativi, una obiettivazione dei progressi dei pazienti.

La terapeutica di gruppo attraverso l'arte non fu però studiata in maniera intensiva che dopo il 1939, in seguito all'introduzione dell'arte quale metodo di trattamento negli Ospedali Psichiatrici americani, a scopo di "conforto psichico" e come aiuto importante in vista di un recupero sociale.

Nella stessa epoca il problema fu abbordato in Inghilterra sotto l'impulso di un pittore: Adrian Hill, appoggiato dalla British Red Cross Society e i successivi studi di scuola anglo-sassone furono tutti orientati ad utilizzare il linguaggio artistico in senso terapeutico, piuttosto che finalizzarlo ad una introspezione del paziente. Si cercò di obiettivare indici di evoluzione desumibili dal punto di vista estetico (colore, movimento...) piuttosto che di contenuto; si valorizzò dell'arte la possibilità di stabilire migliori contatti con l'ambiente, di tenere a bada le tendenze distruttrici; in genere si cercò piuttosto di favorire il rinforzo dell'Io attraverso una espressione libera, che però fosse socialmente accettabile, piuttosto che applicarsi ad una sterile ricerca di simboli.

Si arrivò così a mettere a fuoco una vera e propria terapia a mediazione artistica, che venne ripresa e perfezionata dalla scuola francese, facente capo ad Anne Denner, di cui sono stata allieva.

Anne Denner ha sviluppato un'importante teorizzazione sull'arteterapia, partendo dai primi lavori fatti con J. de Ajuriaguerra, per affrontare le difficoltà scolastiche dei bambini relative alla scrittura, per poi proseguire con una successiva pluridecennale esperienza con i pazienti psichiatrici.(5)

Esisteva quindi in partenza un aspetto rieducativo, con un occhio alle richieste di adattamento al mondo, all'acquisizione di abilità e competenze, e soprattutto di un codice di comunicazione (in quel caso il linguaggio scritto), ma sin dall'inizio tale rieducazione non era intesa in senso stretto, poiché individuava nelle difficoltà di apprendimento della scrittura il segnale di un disagio più vasto, da trattare quindi con un piglio psicoterapeutico.

Infatti il linguaggio, orale o scritto che sia, e che resta la più elaborata forma di comunicazione simbolica, cui bisogna tendere anche con i pazienti più gravi, non è altro che la sintesi di due elementi: da un lato un codice, fatto di parole, grammatica, sintassi, che preesiste all'individuo, è già dato e rappresenta per lui il mondo, l'esterno, la società, la cultura..., codice che va appreso se ci si vuole mettere in comunicazione piena con gli altri.

Ma d'altro canto esiste la necessità che in questo codice l'individuo possa esprimere la propria soggettività, le emozioni, i desideri, gli affetti... insomma il suo mondo interno, altrimenti si corre il rischio che il parlare diventi qualcosa di meccanico, non integrato alla persona, simile a quello di un pappagallo, che certamente "parla", ma non comunica.

Il processo di acquisizione del linguaggio avviene naturalmente e normalmente nella crescita di un bambino inserito in una relazione affettiva con i genitori, che pre-

figurano l'inserimento nel sociale: imparare a parlare diventa così imparare a vivere, cioè a gestire la dialettica tra adattamento ed espressione di sé. Ma quando questo processo è alterato si può intervenire con la psicoterapia, che non è altro che la riproposizione di una relazione intensa per poter rimaneggiare questi due poli della vita umana: adattamento e soggettività, principio di realtà e principio del piacere, paterno e materno, cultura e natura.

Anche l'arteterapia si pone in questa linea della psicoterapia, ma cosa ne fa la specificità? Cosa fa sì che disegnare o dipingere o fare una statua di creta diventi una metafora della possibilità di comunicare, di parlare, di entrare in una relazione a livello pienamente umano con l'altro?

Come evitare di cadere nella rieducazione pura e semplice (ad esempio insegnare a disegnare o a dipingere) o viceversa in un'espressione di sé che però resta fine a se stessa e non fa progredire nella strada della comunicazione, perché sottovaluta l'acquisizione e il giusto valore della padronanza del codice (come succede nella cosiddetta "pittura libera" in cui il paziente viene lasciato libero di dipingere, ma finisce per diventare ripetitivo alla stregua dei pazienti psichiatrici dei vecchi manicomi, non ricevendo nessun rimando, se non un generico, e spesso non convinto, apprezzamento)?

È questo il problema chiave dell'arteterapia, specie con i pazienti psicotici, su cui occorrerà tornare nei prossimi capitoli, ma vediamo intanto cosa scrive A. Denner nel suo fondamentale libro *Les ateliers thérapeutiques d'expression plastique*:(6)

> "La specificità dell'arteterapia è di avere un doppio linguaggio: quello della psicopatologia, che è il discorso degli altri curanti (psichiatri, psicologi, infermieri) e quello delle arti plastiche, che le è proprio: conoscenza del messaggio grafico, conoscenza delle arti plastiche, dell'estetica e della storia dell'arte, pratica personale di tale forma di espressione. L'arteterapeuta entra in comunicazione da un lato col malato e la sua malattia, dall'altro con la sua opera chiamata oggetto mediatore. Questi unisce terapeuta e paziente in un incontro fatto di comprensione a livello della creazione, dell'osservazione, dell'analisi, della contemplazione, si potrebbe quasi dire della passione.
>
> La lettura del messaggio grafico, effettuata dall'arteterapeuta, permette una trasmissione del significato di tale linguaggio in termini psicologici all'attenzione dell'équipe medica, che generalmente non ha né il tempo, né il gusto di chinarsi sulle opere dei pazienti. Tale traduzione del messaggio grafico fornirà informazioni sia riguardo al significato delle opere, sia sul vissuto del paziente nell'atelier, sul suo comportamento, sui suoi desideri espressi in un diverso ambiente e contesto terapeutico.
>
> Riguardo al paziente l'arteterapeuta si pone come la persona che ne favorisce la relazione con la propria opera: sviluppo dell'immaginazione, permissività e assenza di comportamenti socio-culturali di critica o di svalutazione, ma piuttosto commenti artistici e studio del senso dell'opera, relazione dell'opera col proprio autore, suo carattere "unico", sviluppo dei processi di appropriazione."

Come avviene questo spostamento dell'interesse del paziente dalla persona del terapeuta al prodotto creato, che diventa così oggetto mediatore della relazione? Come

indurre anche in lui una "passione per il bello" senza che si senta schiacciato dalle proprie incapacità di partenza?

Guardare il disegno rispettando i codici di lettura propri dell'arte permette di valorizzare anche delle produzioni embrionali, dei tracciati grafici che non si sono ancora strutturati in forme figurative, ma su cui è possibile leggere ad esempio un'armonia di curve, o una dinamicità crescente... Anche in macchie di colore sparse sulla carta si possono cogliere accostamenti che rivelano una sensibilità cromatica, come pure i riempimenti dello spazio grafico, pur se non ancora organizzati in una forma integrata, possono denotare una ricerca di composizione equilibrata...

L'arteterapeuta deve quindi avere una presenza discretamente attiva accanto al paziente e continuamente dialogare con lui sulla sua produzione, seguendolo passo passo, ma anche sollecitandolo in modo da farlo progredire nell'espressione artistica: guarderà assieme al paziente la sua produzione, piuttosto che utilizzarla per guardargli dentro. È proprio su questa appropriazione del codice che spesso può essere appoggiato l'intervento rieducativo del terapeuta, bilanciando la tendenza del paziente ad esprimere contenuti o stati d'animo senza curarsi della forma estetica, cioè del rispetto per il codice prescelto, mentre lo sforzo dell'arteterapia è di far raggiungere, attraverso la passione per il bello, una buona sintesi tra forma e contenuto, tra utilizzo del codice ed espressione di sé.

Così l'evoluzione delle produzioni in senso estetico, avvenendo in un setting terapeutico che la rende significativa, può divenire metafora di una crescita che non è solo artistica: metafora di una possibilità di espressione attraverso l'appropriazione di un codice, anticipazione del linguaggio e della trama di relazioni col mondo, attraverso la relazione privilegiata col terapeuta, quindi conferma della propria esistenza in comunicazione con gli altri.

Siamo così arrivati a individuare nella maniera più sintetica le basi teoriche dell'arteterapia, applicata in particolare alla cura dei pazienti psicotici, che già ci ha messo in una irrinunciabile dialettica tra espressione e strutture formali, tra terapia e rieducazione; ci si apre ora tutto un ventaglio di considerazioni e di difficili equilibri da ricercare nella pratica di tutti i giorni, che cercherò di esaminare nel capitoli successivi.

(4) Chi fosse interessato ad approfondire questi rapporti storici tra psicoanalisi, arte e psichiatria può leggere l'interessante Catalogo della mostra e del Convegno *Figure dell'anima. L'Arte irregolare in Europa*, tenuto a Genova, a Palazzo Ducale nell'aprile del 1998.

(5) J. de Ajuriaguerra, M. Auzias, A. Denner, *L'écriture del l'enfant II. La rééducation de l'écriture*, Delachaux et Niestlé, 1964, 1971.
A. Denner, *L'expression plastique*, E.S.F., Paris, 1967.

(6) A Denner, *Les atelier thérapeutiques d'expression plastique*, E.S.F., Paris, 1967.

COME

L'arte è la creazione di un ordine denso di significato
che offre un rifugio all'insopportabile confusione della realtà esterna.
Rudolf Arnheim

Dalla teoria alla pratica (e viceversa)

Possedere una teoria è sicuramente una grande ricchezza, specie per un terapeuta che si trovi impegnato in relazioni con pazienti psicotici, che tendono a risucchiarlo, proprio per la natura della loro patologia, in rapporti fusionali, tendenzialmente escludenti qualunque triangolazione.

Ma ogni terapeuta con un po' di anni di esperienza sa anche che ogni teoria viene sollecitata, messa alla prova, e ricostruita personalmente a partire da una pratica che, quotidianamente, lo mette in dilemmi apparentemente insolubili (e direi fortunatamente tali), proprio perché la vita sfugge per sua natura alle schematizzazioni dogmatiche.

Anzi oserei dire che la difficoltà e la bontà stessa della terapia sta proprio nel mantenere aperti tali dilemmi per contrastare le facili semplificazioni e mantenere così un movimento continuo, ascendente e discendente, tra pratica e teoria.

Se dunque nell'introduzione ho esposto la mia sospettosità nei riguardi di una teoria avulsa dalla pratica, di un "pensare per non fare", qui cercherò di guardarmi dal pericolo opposto, dal fornire cioè troppo banalmente consigli da prontuario, che si configurerebbero come un "fare per non pensare".

Non avrebbe senso infatti parlare di come allestire un atelier, di come costituire un setting terapeutico, di numero di ore di attività, di numero ottimale di pazienti per gruppo, di destino degli oggetti prodotti... se non alla luce di antinomie irrinunciabili quali: terapia/rieducazione, espressione di sé/apprendimento di tecniche, valorizzazione dell'oggetto prodotto in quanto oggetto artistico/o in quanto mediatore di relazione, fantasia/realtà, espressione figurativa/verbalizzazione, intimità/presa di distanza, etc...

Le mie osservazioni pratiche faranno riferimento ad una pluriennale esperienza di Comunità terapeutica e successivamente di lavoro ambulatoriale per i giovani psicotici, in collaborazione col dott. Montinari, cui devo, riguardo alla terapia della psicosi altrettanto di quanto devo alla Prof.ssa Denner per la formazione specifica sull'Arteterapia.

Riprenderò anzi alcune delle riflessioni che avevo già pubblicato con lui nel libro *Il buco nella rete*(7), a proposito della conduzione dell'atelier in Comunità terapeutica, riflessioni che credo possano aiutare ancora oggi quanti si trovano a lavorare in ambiente istituzionale, ma penso possano essere utili anche in altre applicazioni dell'arteterapia.

Prima di entrare nei dettagli dirò di essere ben conscia di come sia azzardato parlare di terapia degli psicotici: prendere in carico tali pazienti vuol dire confrontarsi

con la polarità cronicità/cambiamento. Esiste infatti la possibilità fondata di una cura "a vita", ma questo non significa necessariamente ricalcare la soluzione del passato in cui il manicomio (unico luogo e per un tempo indefinito) era la risposta semplificata al tema della cronicità: oggi si prospettano diverse possibilità e risposte articolate (Centri diurni, Comunità terapeutiche, alloggi protetti, trattamenti ambulatoriali) che spezzano questa unitarietà di luogo e di tempo, e per alcuni pazienti propongono addirittura dei momenti di trattamento intensivo.

Perché un trattamento intensivo? Perché, a temperare il pessimismo, che non è mai troppo, nei riguardi delle possibilità di terapia in tali pazienti, esiste un'eventualità teorica di cambiamento, eventualità che non può essere predetta a priori, né semplicemente collegata con la gravità o meno dei sintomi, ma va esplorata in un setting apposito.

Il Centro diurno, la Comunità terapeutica, il trattamento ambulatoriale possono rappresentare un'occasione per esplorare questa possibilità, occasione che richiede il mantenimento di una difficile posizione di equilibrio tra la fiducia nelle possibilità di cambiamento e la rassegnazione al fatto che nulla si verifichi: la fiducia estremizzata porta all'illusione espressivo-interpretativa (modello psicoanalitico, ormai superato per la verificata inapplicabilità ai pazienti psicotici), la rassegnazione estremizzata porta alla posizione rieducativa (modello psicopedagogico, oggi più in voga perché apparentemente di più facile impiego).

Nel primo caso ci si aspetta probabilmente troppo dal paziente, supponendo contenuti interni affascinanti o capacità insospettate che aspettano solo di poter essere espresse, comprese e interpretate, purché si dimostri l'interesse sufficiente a farle emergere: si privilegerà allora un atteggiamento neutrale da parte dei terapeuti, che si limitano alla costruzione di un setting tale da poter favorire questa "espressione", evitando atteggiamenti attivi o pedagogici.

Nel secondo caso ci si aspetta probabilmente troppo poco, appiattendo il paziente a quello che sembra, cioè ad un insufficiente mentale, una "tabula rasa" su cui sia possibile edificare qualcosa, cominciando dalle fondamenta e proseguendo secondo una progressione programmabile e prevedibile: saranno allora privilegiati interventi attivi, pedagogici, tali da favorire e forse "forzare" il contatto con la realtà e il reinserimento in essa.

Accentuare troppo l'uno o l'altro estremo significa dimenticare la specificità tragica della malattia: lo psicotico non è una tabula rasa su cui edificare con pazienza i nostri insegnamenti, né un bambino che ha appena aperto gli occhi sul mondo; spesso si tratta di adulti con delle personalità costruite, anche con prestazioni intellettuali, cognitive e percettivo-motorie funzionanti, ma in maniera fluttuante e per certi versi inspiegabile.

Questa costruzione sui generis appare infatti così fragile, da essere attivamente disorganizzata quando le richieste della realtà risultano superiori alle possibilità di metabolizzazione e di relazione del soggetto: quello che ci appare allora non è tanto un deserto, ma una voragine, un buco nero, che tende ad inghiottire qualunque cosa ci si butti dentro (anche se il paziente, per compiacenza, può cercare di conformarsi ai nostri insegnamenti): la sua vera tragedia non è il non saper fare, ma il non poter desiderare, perché non tollera l'esistenza dell'altro-da-sè in quanto limite, distanza, ma anche possibilità di investimento e di relazione...

Non resta dunque che esplorare i bordi della voragine, per verificare se esiste qual-

che appiglio, qualcosa che "tiene" su cui agganciarsi perché il paziente possa distogliere lo sguardo dalla contemplazione del baratro e "sopportare" di concentrarlo su qualcuno o qualcosa che metta in moto un qualche investimento: ecco perché è importante un lavoro di équipe con svariate figure di riferimento (che si offrano magari come oggetti di identificazione parziale), attività di gruppo (che diluiscano il rapporto col terapeuta che potrebbe essere vissuto come troppo coinvolgente), con molteplici mediatori (gestualità, espressione figurativa, parola), l'utilizzazione come stimolo della stessa vita quotidiana con le sue regole di convivenza...

Occorre essere consci soprattutto che non si tratta, almeno inizialmente, di "far esprimere" i pazienti, che di fronte a una richiesta così impegnativa attiverebbero quella disorganizzazione difensiva che li porterebbe ad esprimere solo il vuoto o i deliri tesi a mascherarlo, quanto di fornire loro delle forme di espressione, dei codici il più possibile diversificati (gesti, immagini, parole, regole del vivere comune): è quindi richiesta una qualche pedagogia, un "insegnamento", che però potremmo definire esposizione prudente alla realtà.

Ma occorre anche che tale insegnamento venga impartito tenendo molto ben presente il rischio che tali forme restino sempre vuote, inabitate e che abbiamo dentro di noi solo la speranza (all'inizio del tutto infondata) che ad un certo punto possano essere riempite da un'espressione autentica.

Creare un setting terapeutico significa sostanzialmente mantenere dentro di sé questa tensione tra sfiducia e speranza, tra insegnamento e attesa che si ripristini un investimento effettivo sulla realtà e la capacità di effettuare un lavoro a valenza simbolica: tutto ciò diventa possibile solo se il contatto con la realtà che si propone non è "reale", se l'insegnamento che si fa non ha la pretesa di insegnare davvero, se insomma si riesce a creare situazioni analoghe alla realtà in un quadro artificiale che permette di dosare il grado di sicurezza e insicurezza, di confrontare il paziente con la sorgente della sua angoscia (il contatto col reale), ma in un quadro rassicurante fatto di relazioni umane e di condizioni materiali privilegiate (i terapeuti, il gruppo dei pazienti, l'impiego di varie tecniche implicanti l'uso di mediatori diversi...), come magistralmente aveva già indicato il Prof. P. Sivadon negli anni '60.[8]

Lo sforzo dell'équipe curante è proprio nel mantenere questa dialettica tra l'importanza effettiva del reale, ciò che si fa e si insegna (Racamier dice: "farsi ambasciatori della realtà presso il paziente")[9] e la possibilità di trascendimento del concreto, delle singole cose, per far acquisire loro un valore metaforico di possibilità di investimento effettivo e dunque di cambiamento del paziente.

L'impianto del setting

Vediamo ora in maniera più analitica come queste tensioni si possano riproporre nello specifico dell'arteterapia, cominciando dalle condizioni materiali che lo costituiscono e continuando poi con i problemi che si possono incontrare nella conduzione dell'attività.

Le condizioni materiali

L'installazione di un atelier all'interno di un'istituzione impegna subito l'artetera-

peuta in una serie di problemi solo apparentemente concreti e banali (locali, attrezzature, numero dei partecipanti, durata delle sedute), che però rimandano a quella contrattazione necessaria di cui si parlava nel primo capitolo e che ha a che fare con la propria teoria, la possibilità di farla (e farci) riconoscere dall'istituzione e il conseguente modo di presentarci ai pazienti.

Senza il chiarimento di questi elementi relativi al setting, inteso nel senso più materiale, può essere vano qualunque altro discorso relativo ai contenuti dell'attività, e del resto anche l'arte ci ha abituato a non scindere forma e contenuto!

Questa visibilità del nostro modo di intendere l'arteterapia è tanto più indispensabile con dei pazienti psicotici, che necessitano di messaggi concreti, viventi, ma anche per un'analoga inevitabile rigidità di una Struttura, che capisce di più e meglio il linguaggio dei muri, delle cose, degli orari, che delle enunciazioni di intenti.

Il locale

È auspicabile riuscire ad ottenere un locale adibito solo ad atelier, prima di tutto per rendere evidente che si tratta di una forma di psicoterapia e che quindi si garantisce al gruppo dei partecipanti un momento di maggiore intimità rispetto alla vita comunitaria.

Anche se per i pazienti la pittura più personale, proiettiva, può essere una meta da raggiungere, è necessario creare un clima che la presupponga, magari solo come possibilità futura.

Infatti uno dei fondamentali messaggi che si dà sin dall'inizio è che l'atelier è un luogo in cui tutto si può dire e rappresentare, con la libertà (e le regole) proprie dell'arte: occorre per questo assicurare una certa privacy, che include gli altri partecipanti al gruppo, ma non necessariamente tutti i componenti della comunità, a meno che il paziente stesso non desideri mostrare a tutti quanto ha prodotto.

Tutto ciò viene materializzato dal recarsi in uno spazio apposito e attrezzato, mentre al contrario viene smentito dal lavorare in uno spazio comune in cui tutti possono venire a curiosare e a criticare, o dove si fa irruzione a sollecitare la conclusione perché magari si devono liberare i tavoli per fare la merenda.

Ma anche non tenendo conto dell'aspetto più squisitamente psicoterapeutico, quanti di noi, non essendo artisti consumati, accetterebbero di mostrarsi a chiunque mentre si è intenti a disegnare o a sperimentare qualche nuova tecnica? E dunque perché pensare ai pazienti come malati che si debbono sempre e comunque "spogliare" senza disagio davanti a tutti?

Difendere uno spazio privato può inoltre adombrare, magari anticipandola, la prima legittimazione di un'interiorità personale, il cui diritto spesso non viene riconosciuto dal paziente stesso.

> Mi ricordo di un ragazzo psicotico venticinquenne, con un buon grado di intelligenza e di studi (maturità classica), che vedevo in terapia ambulatoriale. Una volta, appena uscito fuori dalla porta dell'atelier, l'ho sentito elencare dettagliatamente alla madre quali e quanti colori aveva usato per fare degli arabeschi!

In secondo luogo i tempi di una raffigurazione artistica non sono quelli istantanei di un discorso e non è detto che una singola seduta sia sufficiente per concludere un

lavoro: anzi il prolungare l'impegno di attività su uno stesso elaborato per più sedute è da considerarsi in generale un segno positivo, poiché marca l'investimento del paziente su un oggetto che è entrato a far parte della realtà esterna (di quella realtà che egli di solito tende a escludere, ma che in questo caso non può tagliare via da sé perché si tratta di un oggetto comunque prodotto da lui stesso ed è quindi avvertito ancora come parte di sé).

È proprio per questo motivo che la buona conservazione, la controllabilità di tale oggetto diventano estremamente importanti per l'autore: quanti pazienti alla seduta successiva arrivano trepidanti e quasi stupiti a verificare se quanto avevano fatto la seduta precedente è sempre lì ad esistere, cioè ha acquistato caratteri di permanenza in quello spazio e quel tempo così problematici per loro stessi!

Mensole e pannelli su cui tenere in vista i materiali da usare e i lavori più recenti da completare saranno dunque una parte importante dell'arredamento del locale: essi contribuiscono alla socializzazione delle opere prodotte, suscitando l'interesse e i commenti anche da parte degli altri partecipanti al gruppo, invogliando lo stesso autore ad un maggiore investimento sul proprio lavoro.

Inoltre creano un'atmosfera quanto più possibile simile a quella di un normale atelier d'arte, dove si percepisce che gli oggetti prodotti sono valorizzati in sé in quanto oggetti tendenti al bello e non, ad esempio, considerati come mezzo di indagine sulla psiche del paziente. Nello stesso tempo però sono anche protetti perché riconosciuti quale forma di mediazione tangibile della relazione terapeutica, e perciò conservati dove sono stati prodotti, non sparpagliati per abbellire altri locali o peggio per essere venduti.

> Per lo stesso motivo è importante che i pazienti abbiano cartelle personali in cui riporre i propri lavori terminati: è infatti la serie di lavori eseguiti che dà il senso di una progressione, di un cammino fatto e di un discorso che si va abbozzando e poi perfezionando.

Il paziente stesso potrà avere dall'esame di questa serie, fatto magari in un momento individuale con l'arteterapeuta, un'immagine tangibile dalla permanenza della propria identità, pur nella variazione di tante immagini, via via più ricche e modulate. Potranno anche essere meglio sopportate temporanee regressioni o scadimenti del lavoro, indice che qualcosa non funziona nella relazione terapeutica o nell'insieme del lavoro d'équipe, e così anche le oscillazioni negative verranno relativizzate come un'eventualità sempre possibile nella vita di ciascuno e non vissute come un'inappellabile conferma di una immodificabile patologia.

Tutto ciò va nel senso di promuovere l'appropriazione da parte dell'autore della sua produzione, cosa che per noi può sembrare automatica, ma che non lo è affatto, specie per dei pazienti che vivono da estranei in un mondo in cui sono espropriati di tutto. Parlare di estraneamento e di espropriazione non rimanda solo ad una frequente situazione di fatto (spesso si scopre che neppure a casa loro dispongono di una camera propria), ma anche e soprattutto ad un dato tragico della loro patologia che rende problematico distinguere ciò che è dentro e ciò che è fuori, ciò che appartiene al soggetto e ciò che è della realtà esterna.

Poter arrivare a dire: "questo l'ho fatto io, questo è mio" può così rappresentare un passo importante sull'acquisizione di un'identità, che può esprimersi attraverso un prodotto che diventa traccia permanente lasciata nella realtà e che continua ad essere riconosciuta e amata come cosa propria e distinta dalle altre cose ugualmente esistenti, ma fatte da altri.

Torneremo in seguito su questo aspetto importante dell'oggetto creato e sul suo essere una specie di cavallo di Troia, che permette di stabilire un ponte tra il soggetto e la realtà, altrimenti vissuta come ostile e completamente estranea.

Continuando il discorso sull'allestimento dell'atelier, che la pittura abbia bisogno di **luce** è cosa facile a capirsi, ma che abbia bisogno di **spazio** è già meno evidente ai profani e richiede spesso che questa esigenza venga spiegata ai responsabili dell'Istituzione. Disegnare o dipingere o modellare non è identificabile con lo scrivere, che richiede solo un posto a sedere e spazio per un foglio di quaderno su cui far scorrere una mano: è un'attività che mette in gioco la gestualità e la postura, può avvenire su formati anche molto grandi e perciò è consigliabile venga fatta preferibilmente in piedi, davanti a **tavoli** piuttosto alti (circa un metro dal suolo) o su **cavalletti**.

Il lavoro in piedi non è una bizzarria di artista, magari dettata dalla necessità di dipingere paesaggi all'aria aperta, ma una conseguenza e una visibile esemplificazione del fatto che si dipinge con tutto il corpo, perché la pennellata mette in gioco tutta la postura e la tonicità dei muscoli, mentre la posizione seduta favorisce facilmente una pittura senza dinamismo, o troppo rigida o al contrario molle, ipotonica (questa influenza della posizione sulla qualità del tratto è del resto un facile esperimento che ciascuno può fare di persona).

Inoltre il fatto di essere in piedi incoraggia movimenti di allontanamento e avvicinamento al quadro, che assicurano una considerazione congiunta dell'insieme e dei particolari, mentre spesso i nostri pazienti tendono a perdersi nei singoli elementi, assolutizzandoli e non cogliendo gli invisibili legami che li legano tra loro e ne fanno un insieme significativo.

Nella copia dal vero, che, come vedremo in seguito ha una parte importante in arteterapia, come in una qualunque normale pedagogia artistica, ma che acquista un più grande valore terapeutico per avvicinare i pazienti psicotici all'osservazione e al contatto col reale, è richiesto un via-vai continuo dello sguardo tra modello e foglio su cui riprodurlo.

Tale via-vai, che va favorito e incoraggiato ove non avvenga spontaneamente, viene facilitato dalla posizione in piedi, specie al cavalletto, che permette di abbracciare insieme modello e foglio, mentre la posizione seduta, richiedendo maggiore movimento della testa tende a far dimenticare il modello e a far disegnare così "l'idea" dell'oggetto, anziché l'oggetto stesso, generalmente con un grosso impoverimento rispetto alla ricchezza del reale.

Lo stesso discorso sulla preferibilità di un lavoro in piedi vale per i lavori in creta, lavori in cui si tenderà a far rispettare la specificità del mezzo, e cioè a favorire la creazione di oggetti a tre dimensioni (mentre spesso la non familiarità col modellaggio porta ad assimilare quest'attività al disegno, rendendo la creta piatta e facendovi sopra incisioni o disegni bidimensionali): la verticalità di un oggetto al contrario rimanderà in maniera diretta allo stare in piedi del suo autore e non sarà possibile senza una buona postura dello stesso.

Non è infrequente verificare come il far stare in piedi una figurina umana, o un vaso, rappresenti uno scoglio e come il riuscire in questa impresa sia fonte di grande soddisfazione, rimandando ad un'esperienza corporea diretta e acquistando valore metaforico di una conquistata verticalità, per sfuggire al richiamo passivizzante dell'orizzontalità.

Occorre poi che tra i tavoli i pazienti possano muoversi, sia per andare a prendere i materiali e l'acqua necessari per dipingere, sia per interessarsi al lavoro dei compagni dell'atelier: l'arteterapeuta può favorire la discussione comune sulla riuscita di un lavoro, su quanto vi è di più o meno apprezzabile, e bilanciare così quella che potrebbe essere un'espressione eccessivamente "privata" con l'aspetto sociale dell'arte, che richiede che l'espressione soggettiva venga calata in forme condivisibili (esattamente come il linguaggio).

> La mobilità dei pazienti all'interno dell'atelier è motivo di grande interesse e di osservazione da parte del conduttore, quasi quanto l'esame delle opere prodotte: all'inizio succede frequentemente che i partecipanti restino incollati al loro posto di lavoro, aspettando i materiali dal terapeuta, senza curiosità per ciò che avviene intorno: il fatto che progressivamente si spostino per procurarsi i materiali o per guardare quanto fanno i compagni rappresenta un importante indice di attivazione e di investimento, nonché di socializzazione col gruppo (ma occorre che l'ambiente lo permetta!).

Avere così definito uno spazio in cui poter sistemare stabilmente l'atelier porta inevitabilmente a dover definire la questione del tempo e della composizione (numero) del gruppo di pazienti con cui esso sarà "abitato".

L'arteterapia è bene si svolga con **orario** e **durata definiti** (1-2 volte alla settimana per un'ora-un'ora e mezza) e con un gruppo di pazienti fisso.

Se questo appare ovvio a chi ha una pratica ambulatoriale privata ed è comunque abituato a concepire la terapia come un'attività concentrata e ben definita entro limiti anche temporali, lo è un po' meno se l'atelier è posto in un ambito istituzionale e può facilmente venire aperto a tutti e a tutte le ore, essendo volta a volta confuso con un luogo di piacevole intrattenimento (apertura indefinita) o con un laboratorio protetto (molti pazienti a produrre).

Può accadere che l'arteterapeuta alle prime armi ritenga sufficiente protestare la propria qualificazione terapeutica pretendendo *tout court* di fronte all'Istituzione di poter delimitare nel tempo e nel numero di partecipanti i propri interventi, appellandosi al semplice fatto che ogni psicoterapia funziona così e che non si può ricadere nella vecchia pratica manicomiale, in cui si mettevano a disposizione dei pazienti colori e pennelli, senza preoccupazioni di setting e senza limiti di tempo.

Ma anche nella migliore delle ipotesi, quella cioè di trovarsi a lavorare in un'Istituzione che vada oltre i compiti adattativi o custodialistici e che si ponga ambiziosamente come Comunità terapeutica, la questione si ripropone in maniera ancora più sottile.

Che senso ha offrire, e da parte nostra pretendere, momenti ben delimitati di "terapia", quando è tutta la struttura nel suo complesso (dalla gestione della vita quotidiana alla proposta di varie attività) che si pone come setting terapeutico?

È questa una delle contraddizioni ineliminabili cui cercava di rispondere il Dott. G. Montinari nel già citato libro *Il buco nella rete*, cui rimando per una trattazione più completa. Dal medesimo libro traggo comunque questo brano, che ci illumina sul problema della delimitazione del setting:

> "Quello che noi con piatta logica organizzativa, esprimiamo in termini di "tempo" è in realtà qualcosa collegato con un'operazione molto complessa che ha a che vedere con la maggiore o minore capacità della persona di racchiudere e concentrare la sua vita, con i relativi problemi, all'interno di messaggi e comportamenti significativi e quindi di dar vita all'interno del nostro contenitore a giochi e situazioni che siano metaforicamente espressivi, nel bene e nel male, di tutto ciò che la persona è al di fuori. Alcuni ci riescono in un'ora alla settimana di colloquio verbale, altri hanno bisogno di stare molte ore al giorno (o tutte le 24 ore) in ambiente terapeutico, perché si possa dire che i loro problemi esistenziali sono stati adeguatamente circoscritti e, forse, rappresentati".

Chi dunque svolge all'interno di una Comunità terapeutica attività più squisitamente psicoterapiche (tra cui l'arteterapia) deve guardarsi dal rischio di considerarsi come il detentore della "vera" psicoterapia, considerando le altre attività, più quotidiane, una specie di eccipiente tra un momento forte e l'altro, ma d'altro canto deve anche guardarsi da una svalorizzazione del proprio intervento, rinunciando ad una formalizzazione e aprendo l'atelier a tutte le ore e a chiunque capiti.

Credo che un possibile significato di certe rigidità di cornice (orari e durata delle sedute) consista nel cominciare ad introdurre all'interno di un contesto continuativamente terapeutico, quale quello di una comunità, una certa scansione, cioè l'alternanza di momenti in cui "si fa" quella terapia, a momenti di sospensione che ne sottolineano la pregnanza, così come la pausa dà significato alle parole. In questo modo si configura un'anticipazione programmatica, più che attuale, di una possibilità di cominciare a ridurre lo spazio terapeutico in limiti più ristretti delle 24 ore.

La scommessa terapeutica è che l'intermittenza si trasformi in continuità sospesa, che il paziente, anche nell'assenza temporanea del terapeuta, del gruppo, del fare concreto, possa conservare dentro di sé l'investimento, la rappresentazione del progetto cui sta lavorando.

> In particolare per quanto riguarda l'arteterapia, un importante segnale dell'avvio di tale processo è costituito dal prolungarsi di un lavoro al di là di una seduta, come pure dal voler rivedere le cose già fatte o tutta la serie dei lavori eseguiti: ciò significa che tra una seduta e l'altra il paziente comincia a conservare dentro di sé la rappresentazione e l'investimento relativo agli oggetti creati. È questa conservazione dentro di sé, confermata da una visibile permanenza fuori di sé, che permette di tollerare la frustrazione della separazione temporanea e di cominciare a vivere in maniera tollerabile l'alternanza di presenza-assenza.

Ancora a proposito della specificità del setting di arteterapia, c'è da dire che è bene bilanciare con la rigidità di orari e durata quella che inizialmente può essere vissuta come una proposta troppo permissiva e che sembra autorizzare esperienze molto regressive come gli scarabocchi di una gestualità avulsa dalla figurazione (arabeschi), o il gioco con la terra e con l'acqua (creta) fino alla rappresentazione di qualunque cosa passi per la testa (e persino dei propri deliri!) e che pertanto può essere vissuta come una libertà angosciante.

Gli elementi di contenimento saranno dunque inizialmente molto concreti (esperienza ben delimitata nel tempo), ma col progredire della relazione terapeutica starà all'arteterapeuta introdurre anche all'interno del setting degli elementi di una rassicurazione più strutturante, costituiti essenzialmente dallo scopo estetico con cui si può guardare anche lo scarabocchio o l'accostamento di colori, o la forma che si finisce per scegliere tra le molteplici che nascono dalla manipolazione della creta...

Veniamo ora ad un altro frequente motivo di scontro, e cioè quello del **numero di pazienti** da inserire in un gruppo, in relazione al numero dei conduttori dell'attività: è auspicabile che non vi siano più di 4-5 pazienti se il conduttore è unico, 6-7 se gli operatori sono due; è su questo rapporto numerico che si gioca il riconoscimento effettivo da parte dell'Istituzione della valenza terapeutica dell'arte, che per essere efficace deve poter godere della possibilità di instaurare un dialogo, un'interazione continua tra conduttore e ogni singolo partecipante.

Questo non è reso possibile da un gruppo troppo numeroso di pazienti, che rendono l'atelier simile ad un laboratorio protetto, in cui l'importante è il far fare, il tener occupati i pazienti o magari l'insegnare loro, come ad un'intera classe di scuola, come si disegna o si modella la creta.

Ora, se è vero che può essere molto importante valorizzare il "fare", il poter intervenire sulla realtà, occorre però che questo fare sia sottratto ad una logica di produttivismo (a beneficio più dell'immagine dell'istituzione che del singolo), occorre non appiattirsi col paziente ad un fare troppo concreto che si arena sulla singola cosa prodotta e non apre, almeno in prospettiva, ad uno spazio di gioco, spazio metaforico che dà accesso alla simbolizzazione, altrimenti si corre il rischio di creare delle scimmie ammaestrate che possono docilmente eseguire, ma non traggono alcun vantaggio da quanto fanno.

Un vasetto in creta può essere solo un vasetto in creta, se io ho dato istruzioni per produrre un oggetto (magari ripetibile in decine di copie, all'interno di un laboratorio protetto) oppure, all'interno di un trattamento di arteterapia, potrà essere un momento di passaggio il cui significato mi sarà dato dalla storia e dall'evoluzione del processo in corso.

Con questo voglio dire che la differenza non sta in ciò che si fa, ma in come lo si fa... cioè in certe caratteristiche strutturali che sono rappresentate in primo luogo dalla relazione terapeutica e dalla cornice in cui avvengono, in sostanza da un setting apposito, che si costituisce come situazione analoga al reale, non come realtà vera e propria.

Inizialmente questo timido operare nella realtà, rappresentato dal fronteggiare una serie di problemi quali i materiali da usare, la tonicità giusta da impiegare, il rispetto del codice artistico-figurativo, non può che avere un aspetto ludico, favorito dall'obiettivo estetico che si tende a raggiungere.

Deve poter permettere avanzamenti, indietreggiamenti, tentativi che la logica del produrre a tutti i costi non potrebbe contemplare, poiché induce spesso forzature e

intromissioni pesanti anche da parte del conduttore, a sua volta imprigionato nell'esigenza di "fare bella figura".

Soprattutto richiede una gestione molto personalizzata ed attenta da parte dell'arteterapeuta, gestione che è possibile solo con un gruppo ristretto, di modo che le realizzazioni possano diventare la materializzazione di un dialogo molto stretto tra lui e ogni singolo paziente, evitando una direttività troppo spinta.

Certamente verrà fornito all'occorrenza anche un bagaglio tecnico, un insegnamento, ma come un'offerta prudente, che permette di esprimersi meglio e non viene imposta, quindi rispettando i tempi e le disponibilità di ognuno.

> Un consiglio molto semplice, ma a cui spesso non si pensa, è che può essere equivalente per la "produttività" dell'istituzione fare due sedute di un'ora con cinque pazienti ciascuna, anziché una seduta di due ore con dieci: se la somma degli addendi non cambia, la qualità del lavoro ne risulta molto migliorata!

I materiali da utilizzare

Se è vero che la conduzione di una terapia attraverso l'espressione figurativa presuppone un'interazione costante tra il conduttore e il paziente (o il gruppo dei pazienti) questo significa che non è pensabile una programmazione rieducativo-pedagogica della serie di materiali da usare (come potrebbe essere proporre in successione la creta, la tempera, poi il disegno più fine a matita ecc...).

Questo però non vuol dire assumere un atteggiamento da osservatore neutrale, ma anzi saper proporre, caso per caso e al momento opportuno, dei materiali che possano far evolvere una situazione, stimolare l'interesse e migliorare la produzione estetica.

È per questo importante che l'arteterapeuta abbia in prima persona questo interesse e padronanza di vari materiali, altrimenti difficilmente potrà comunicare un piacere che lui stesso non possiede; ma oltre alla disposizione personale occorre avere la sensibilità di intuire quale è il materiale immediatamente più congeniale al paziente in quel dato momento, anche se in seguito l'evoluzione della terapia gli permetterà di sperimentare tecniche o formati che all'inizio sarebbero stati improponibili.

> Una personalità rigida e ipercontrollata può rifiutare in un primo momento di lavorare con tempere di cui paventa i colori legati all'espressione dell'affettivitá e l'induzione di un pennello a gesti "troppo" sciolti, mentre può accettare la china nera e il pennino che garantiscono un tratto (e quindi un gesto) controllato; altri pazienti possono trovarsi in difficoltà col disegno e la pittura che comportano l'esigenza di riduzione prospettica dalle tre dimensioni reali alle due del foglio, mentre si troveranno più a loro agio con il modellaggio in creta che non richiede tale operazione complessa...

Non esistono dunque materiali privilegiati in assoluto, ma l'unico criterio è quello di avere la più varia scelta possibile, come del resto è proprio di ogni atelier d'arte: l'offerta di materiali adeguati manifesta da un lato l'amore per l'arte da parte dell'operatore, dall'altro un suo atto di fiducia nelle possibilità evolutive dei pazienti, contro ogni evidenza iniziale di investimento scarso, per non dire nullo, sugli

strumenti e sulle tecniche proposte. È come se si dicesse loro che, anche se per il momento sembrano non accorgersi neppure che la matita è spuntata o che occorre sciacquare il pennello prima di prendere un nuovo colore, noi "scommettiamo" che arriveranno ad essere più adeguati, ad investire su quanto fanno, e a modificarsi al punto di accettare di sperimentare quello che all'inizio sembrava incompatibile col loro modo di essere.

Tra i materiali auspicabili sono dunque **matite nere** di varia durezza, di modo che i pazienti possano sceglierle a proprio piacere, e verificare come una mina più morbida possa modificare la qualità della pressione e del tratto corrispondente. Sempre per una ricerca di precisione e nitidezza possono essere consigliabili **pennini** da usare con l'**inchiostro di china**, che permette realizzazioni di notevole eleganza se è abbinato ad una certa scioltezza di esecuzione.

> Talvolta la china nera è scelta proprio dai pazienti che rifiutano il colore o i gesti troppo sciolti richiesti dal pennello: il passaggio può essere facilitato allora dall'introduzione di varie diluizioni della china nera, da stendere col pennello sul disegno già fissato o dall'introduzione di chine colorate, anche queste da usare dapprima col pennino poi col pennello. Il passaggio dalla matita o dalla china nera usata col pennino, alle sue varie diluizioni date col pennello, all'uso di più colori a tempera, segnerá l'accettazione di esprimere la propria affettività senza doversi trincerare dietro la rigidità del gesto e l'assenza di colore. Così pure l'uso di tempere più spesse sarà il preludio alla possibilità di "immergere le mani" nella creta, senza più guardarsi da un contatto con la materialità, che fino ad allora era considerato troppo ravvicinato.

Ancora in quest'ottica di passaggio dal "duro" al "morbido" possono essere impiegati i **pastelli colorati**, di cui si cercherà di ottenere un uso più adulto di quello che i nostri pazienti si ricordano dai tempi della scuola, e cioè il passaggio da un riempimento fatto di linee ravvicinate ad una stesura di superfici sfumate quali si possono ritrovare anche nella produzione di grandi artisti. Al contrario sono poco consigliabili i pennarelli, che non permettono questo passaggio dalla linea alla superficie e offrono risultati comunque infantili e scadenti (a meno di non possedere una buona perizia grafica).

Per velocizzare l'esecuzione, eseguendo schizzi che evitino la tendenza alla minuzie si può sempre proporre il classico **carboncino**, che pure offre la possibilità di passare dalla linea alla sfumatura e offre immediata soddisfazione, permettendo di conferire volume ai disegni.

> Conformemente a quanto detto all'inizio di questo paragrafo, non è detto che la progressione da proporre sia necessariamente dal materiale duro a quello morbido, dalla linea alla superficie, dal nero al colore. Se questo è spesso il passaggio che si rende più necessario per dei pazienti che tendenzialmente sono rigidi nei movimenti, contratti nel tenere in mano lo strumento, in genere poco "espansivi" nell'uso del colore, può anche accadere per alcuni che si debba contenere una gestualità troppo impulsiva, che non riesce a trovare una sua misura estetica, perché non viene più controllata visivamente dal suo autore: in

questi casi la proposta di uno strumento più fine e resistente alla mano può essere di aiuto a prestare più attenzione e a riorganizzare i propri tracciati, venendo proposta dopo iniziali "esplosioni" di colore.

Di grande uso saranno i colori ad acqua (acquarello e tempere), che richiedono l'impiego di **pennelli** di varie dimensioni. L'uso del pennello, specie se rotondo, a manico lungo e piuttosto grande di diametro, permette infatti la decontrazione muscolare del braccio e della mano e l'esecuzione di esercizi pittografici di distensione, in cui si cercano di ottenere variazioni deliberate di pressione e ampliamento dei gesti grafici. Per questi esercizi si utilizzano prevalentemente pennelli del n. 12 o 14, ma devono essere disponibili anche pennelli più sottili, che permettono la pittura di dettagli o pennelli di grandi dimensioni per l'esecuzione di grandi superfici o di sfondi.

La tecnica dell'**acquarello** è utile per le finissime variazioni di sfumature e di pressione richieste, e per avvicinare al colore chi inizialmente è restio, potendo essere ad esempio sovrapposta ad un precedente disegno a china anche con leggere pennellate.

Sono pure necessari i **colori a tempera**, che possono essere essi stessi diluiti fino alla trasparenza, ma il più frequentemente sono usati spessi, coprenti, permettendo la sovrapposizione delle pennellate: in questo caso non sono indicati per gli esercizi di distensione, ma piuttosto nella pittura di espressione o nella copia dal vero.

Spesso è necessaria tutta un'opera di sensibilizzazione alle varie sfumature possibili di uno stesso colore, mentre i pazienti tenderebbero ad utilizzare i colori fondamentali così come sono presenti nei barattoli. Li si può invece interessare a creare le proprie sfumature, mescolando varie percentuali di colori, sottolineando che in questo modo si accentua l'unicità e l'irripetibilità del loro lavoro. Da un punto di vista metaforico è un modo ulteriore di porsi in maniera meno passiva di fronte ai "dati" bruti della realtà sperimentando la possibilità di un intervento attivo su di essa. Anche un'attenta opera di osservazione sull'infinità di sfumature presenti in natura può riservare loro uguali sorprese: quali e quanti colori può assumere un cielo alle nostre latitudini, ben lontano dal blu implacabile che spesso gli si attribuisce!

Possono inoltre essere utilizzati altri materiali e tecniche (colori ad olio, collage, pasta di pane, cartapesta, ecc...): gioca molto in questo il piacere stesso dell'arteterapeuta che solo così potrà "contagiare" con la sua passione i pazienti.

Ma quello che non dovrebbe in ogni caso mai mancare è la possibilità di un lavoro di modellaggio con la **creta**: per ragioni socio-culturali si affronta l'espressione plastica proponendo il disegno o la pittura, ma se si rispettasse la progressione genetica bisognerebbe iniziare dal modellaggio. Infatti la manipolazione di materiali e oggetti nello spazio tridimensionale è anteriore a qualunque pratica di grafismo a due dimensioni (può dunque essere un valido approccio per pazienti che abbiano difficoltà ad affrontare la riduzione prospettica dalle tre dimensioni alle due del foglio).

Al contrario proprio l'arcaicità del materiale (terra più acqua) può essere vissuto da alcuni come una pericolosa induzione alla regressione, sollecitando vissuti primitivi, quali accarezzare, lisciare, bagnare, infilare le dita negli orifizi, ma anche aggredire fino a distruggere... Viene allora rifiutato con la scusa di non avere voglia di "sporcarsi" le mani oppure si assiste alla richiesta di strumenti mediatori tra la mano e la creta, anche quando questi non sarebbero necessari.

Come sempre l'arteterapeuta non insisterà più di tanto, aspettando momenti più favorevoli nella progressione terapeutica, per riproporre questo materiale.

Un altro elemento importante nel modellaggio è il rapporto tra l'oggetto e lo spazio, che è proiezione del rapporto tra il corpo e lo spazio; può essere addirittura sufficiente osservare un paziente in azione (equilibrio, base di sostegno, stato tonico, respirazione, coordinazione bi-manuale...) per sapere se anche la sua opera troverà armonia, equilibrio, sviluppo adeguato in funzione della massa.

Un paziente che durante una crisi era "saltato giù" dalla finestra di casa sua, fortunatamente al primo piano, fratturandosi ambedue le caviglie, è tornato, dopo la guarigione, in atelier e ha chiesto con ansiosa preoccupazione di fare un uomo di creta in piedi, per verificare "se poteva farlo reggere sulle gambe". Quasi con stupore, è riuscito nell'impresa, che in passato gli aveva dato problemi, e ne ha ricavato un'evidente rassicurazione.

È importante che durante la lavorazione l'oggetto possa essere visto da tutte le parti, essendo posato su un disco rotante: ciò facilita la presa di coscienza della terza dimensione, cioè "l'incarnazione" di un'idea astratta e incorporea in un oggetto a tutto volume, esistente ed occupante uno spazio: occorre talvolta insistere per quest'uso tridimensionale del materiale, in quanto può accadere di vedere bambini o pazienti adulti, che avendo già avuto dimestichezza col disegno o per difficoltà patologica a tradurre l'idea astratta in oggetto reale, tendono ad appiattire la creta in sfoglie su cui poi incidere "disegni", o ritagliare oggetti piatti.

Al contrario il lavoro a tutto tondo esige una più grande intimità tra la mano e la creta, un contatto che non sia superficiale, ma conferisca forma e volume.

Esiste poi un aspetto rieducativo che è quello di richiedere la coordinazione bimanuale (a differenza delle attività scrittografiche e pittografiche) e un controllo oculo-sensorio-cinetico (coordinazione della mano e dell'occhio) che va incoraggiata nel caso che risulti deficitaria, come avviene nei pazienti che tendono a lavorare senza guardare quello che fanno.

In questo senso la creta ha il vantaggio di sollecitare più direttamente la sensibilità dell'autore, con un'azione di contatto sulla sua pelle, che invece manca se il paziente sta tracciando delle linee su un foglio e può più facilmente "distrarsi".

Per lo stesso motivo permette di lavorare sulla sensibilità propriocettiva, esigendo un controllo fine delle variazioni toniche necessarie per non deformare l'oggetto se la pressione è eccessiva (come succede agli iper-tonici che non dosano la propria forza) o al contrario richiedere un aumento di pressione per conferire una forma (mentre gli ipo-tonici mal sopportano di aumentare il tono muscolare in vista di una lavorazione più corposa, non solo in superficie).

Naturalmente questi aspetti rieducativi potranno essere introdotti via via solo se si riesce ad attivare la motivazione del paziente, il rapporto tra l'autore e l'oggetto prodotto, quella che si definisce l'appropriazione dell'oggetto da parte del suo autore, il che spesso non è dato inizialmente. Il lavoro di modellag-

gio favorisce maggiormente tale appropriazione, contemplando una maggiore necessità di manipolazione e di stimolazione di rimando, rispetto alla pittura, in cui prevale invece l'appropriazione visiva.

Come per la varietà di materiali, è necessario vi sia una varietà di **formati** di carta a disposizione dei pazienti (21x27, 25x30 e 50x60, che in pratica è una dimensione sufficiente, anche se non esclude l'interesse per formati ancora più grandi). La libera scelta del formato è molto interessante per fornirci indicazioni sullo spazio grafico che il paziente può cogliere, o sulla sua capacità di organizzare mentalmente il lavoro prima di iniziarlo.

In linea di massima si cercherà di incoraggiare l'ingrandimento progressivo di tale spazio, che è correlato alla liberazione del gesto e all'espansione della personalità, ma in taluni casi può essere necessario suggerire formati più piccoli, o per adeguarli al disegno effettivo che altrimenti risulterebbe "sperduto" in uno spazio troppo grande o per ottenere una migliore concentrazione che altrimenti potrebbe disperdersi su mille frammenti disarticolati, o per contenere e organizzare meglio una gestualità debordante che corre il rischio di diventare fine a se stessa, facendo perdere di vista il tracciato che ne risulta. Come al solito solo l'occhio attento e il dialogo continuo possono suggerire cosa è meglio per quel dato paziente in quel dato momento!

È anche importante che vi sia una grande quantità di **carta** comune per gli esercizi pittografici o per studi rapidi e abbozzati o comunque per "tranquillizzare" quei pazienti che, specie all'inizio, hanno paura di sprecare il materiale, dato che svalorizzano se stessi e il proprio lavoro.

Ma sono auspicabili anche **carte** e **cartoncini di qualità** per i pastelli o per l'acquarello e l'inchiostro, che sono tali da stimolare in altri l'interesse e la qualità della prestazione, avvicinando di più il lavoro all'ambizione di opera d'arte ben rifinita.

Termino qui l'elenco, certamente non esaustivo, di tutti gli elementi materiali che costituiscono il setting di arteterapia, dai muri ai fogli di carta! Certamente il catalogo non avrà detto nulla di nuovo a chi già conduce un atelier, ma forse avrà messo in evidenza come tutto possa acquisire valore, oltre che concreto, anche simbolico, purché naturalmente noi per primi siamo mentalmente attrezzati ad attribuire un senso ulteriore a ciò che è e si fa nel setting.

(7) G. Montinari, *Il buco nella rete*, E.C.I.G., Genova, 1990.
(8) P. Sivadon, F. Gantheret, *La rééducation corporelle des fonctions mentales*, E.S.F., Paris, 1969.
(9) P.C. Racamier, *Psicoterapia psicoanalitica delle psicosi*, in S. Nacht "La psicoanalisi contemporanea", Newton Compton Italiana, 1ª ed., 1973.

ANCORA SUL "COME"

Noi vogliamo soltanto dire questo,
che il pittore che dipinge fa una cosa inutile e importante, e questo è tutto.
Lalla Romano

La conduzione dell'attività

Siamo arrivati a delineare un concetto di setting come struttura che deve essere in primo luogo nella testa dell'arteterapeuta, anche se la sua esistenza si traduce in una serie di elementi materiali che lo rendono palpabile nella realtà e che presi a sé potrebbero indurci nell'errore di credere che sia sufficiente una generica buona volontà e sensibilità artistica per animare un atelier di arteterapia.

In effetti abbiamo già intravisto nel capitolo precedente come ogni elemento costitutivo si presti ad attribuzioni di senso che trascendono il valore concreto, reale e possano conferire un valore terapeutico al fare arte, ma per mirare a questo risultato occorre continuamente destreggiarsi, anche nella conduzione dell'attività, tra polarità opposte che vanno attivamente tenute in piedi per non appiattirsi su una realtà che rimanda a se stessa, né trascenderla troppo precocemente presupponendo una capacità simbolica che è di là da venire.

Riprenderò qui alcune di queste polarità, ben sapendo che non potranno mai essere esaurite tutte le difficoltà che ci si trova quotidianamente a dover fronteggiare.

Valorizzazione dell'oggetto artistico in sé/sua relativizzazione in quanto mediatore

Tra le tecniche terapeutiche non verbali, l'arteterapia ha la peculiarità di inserire nel sistema di relazione terapeuta-paziente un mediatore (l'oggetto prodotto) che ha caratteristiche di esistenza e di conservazione nel tempo, e che contemporaneamente non è indipendente dal suo creatore e soprattutto dalla relazione che ne ha favorito la creazione.

Vi è certamente un filo di rasoio che separa l'atteggiamento del sopravvalutare la relazione col paziente, accontentandosi delle sue modeste produzioni, pur di entrare in contatto con lui, e quello di sopravvalutare il raggiungimento dell'esteticità dell'oggetto prodotto, che corre il rischio di diventare oggetto fine a se stesso, sottraendosi alla possibilità di mediare una comunicazione tra operatore e paziente, di metaforizzare l'acquisizione di un linguaggio sempre più ricco e strutturato.

È questo un punto molto delicato, che spesso divide i conduttori di atelier dalla formazione prevalentemente artistica rispetto a quelli di formazione psicologica e o psichiatrica.

Gli "artisti" tendono spesso a sottovalutare l'aspetto di comunicazione, di dialogo col paziente e col suo mondo di immagini (in sostanza di relazione terapeutica) anche perché, contrariamente a quanto spesso viene fantasticato dai non addetti ai lavori, la produzione dei pazienti si presenta, nella maggior parte dei casi, come molto povera, sciatta, e mette a dura prova le capacità di attesa, di scommessa e di investimento sul paziente.

È molto più facile per l'artista fornire subito direttive, indicazioni, suggerimenti, talvolta interventi diretti sul lavoro, che permettano di realizzare al più presto qualcosa di gradevole, di accettabile, piuttosto che condividere col paziente l'angoscia di vedersi rappresentato in quelle produzioni troppo vuote o troppo piene, disorganizzate e inestetiche.

D'altra parte, se la conduzione è affidata a psicologi od operatori di formazione psichiatrica, vi è di solito una maggiore tolleranza e disponibilità ad ascoltare i timidi "balbettii" iniziali dei pazienti o a condividere l'angoscia della loro produzione delirante, ma si corre il pericolo opposto di un lasciar fare senza rimandi e al limite di immobilizzarsi con loro nella contemplazione di un'espressione patologica.

Questo può essere indizio di un atteggiamento più diagnostico che terapeutico, o di una malintesa autoimposta neutralità, che risulterebbe assai poco terapeutica, essendo facilmente decodificata dai pazienti come un voler guardare "dentro" piuttosto che "assieme" a loro, o peggio, per una sorveglianza, magari benevola, ma non genuinamente interessata al prodotto artistico e alla sua evoluzione.

La scarsità di investimento sull'oggetto creato da parte del terapeuta, spesso camuffata da generica approvazione, viene pesantemente avvertita come un segnale di poca fiducia nelle possibilità evolutive del paziente e finisce per essere altrettanto castrante degli interventi troppo direttivi o intrusivi segnalati prima. Anche una condivisione empatica di espressioni sofferte o angoscianti non può essere sufficiente da sola a giustificare la funzione del terapeuta: questi infatti sa che il suo obiettivo non è solo quello di far esprimere il paziente non importa come, ma di portarlo ad una "formalizzazione" maggiore, con l'acquisizione di un codice espressivo, che lo introduca in una rete comunicativa.

Ciò ci introduce alla seconda polarità, che è già stata affrontata più teoricamente nel secondo capitolo, ma che in maniera più pratica potremmo sintetizzare così:

Espressione di sé/apprendimento di tecniche

Il problema dell'apprendimento di un linguaggio artistico non riguarda solo i nostri pazienti, ma rimanda ad una problematica più generale dell'Arte, su cui si sono cimentati e si impegnano tuttora teorizzatori e critici: qual è la parte dell'individuo, quale della cultura? In quale misura l'artista è condizionato positivamente e/o negativamente dal mezzo tecnico? O addirittura non è forse il mezzo tecnico che crea il messaggio?

Se questo è vero, che senso ha mettere dei pazienti a dipingere o a modellare, senza fornire loro un bagaglio di conoscenze tecniche per farlo? Sarebbe un po' come dar loro un pianoforte o un violino, dicendo che sono "liberi" di suonare... L'apprendimento delle tecniche non va dunque sottovalutato perché, come per parlare giova disporre di un ricco vocabolario, così per esprimersi figurativamente occorre disporre

di un bagaglio artistico che, tanto più sarà ricco, tanto meglio permetterà di formalizzare, di rappresentare quanto si sente e si vuol comunicare.

Abbiamo visto che alcuni spingono questa posizione agli estremi, privilegiando l'insegnamento artistico e rinunciando alla dubbia e difficile possibilità che i pazienti arrivino ad esprimere se stessi e/o che il terapeuta possa mettersi in contatto con il loro confuso e caotico mondo interiore. Ma come non ci si accontenta della poesia recitata a memoria per rassicurarsi che l'allievo "possiede" il linguaggio, così non ci si può accontentare del manufatto correttamente eseguito per affermare che il paziente è entrato nel mondo della comunicazione, imparando ad esprimersi attraverso il linguaggio delle forme e dei colori.

Direi che il quesito fondamentale dell'arteterapia è piuttosto un problema di inpressione che di espressione: valutare quanto i miglioramenti estetici apportati all'oggetto prodotto, frutto di un'interazione tra terapeuta e paziente, possano da quest'ultimo essere alla lunga ripresi "dentro", assimilati come propri e diventare metafora delle possibilità di espressione attraverso l'appropriazione di un codice.

In altri termini ci troviamo al cuore del dilemma fondamentale nel trattamento degli psicotici: **terapia/rieducazione**, che non può essere risolto con una giustapposizione dei due poli ugualmente irrinunciabili, in momenti diversi del ventaglio terapeutico messo in piedi, ma deve trovare una sua dialettica all'interno di ogni attività, pur se con sottolineature diverse. Voglio dire che aspetti pedagogico-rieducativi e terapeutici saranno comunque presenti, anche se in percentuale variabile, che si tratti di occuparsi della cura della persona, dell'imparare le regole del vivere comune, della psicomotricità, della psicoterapia verbale o delle varie terapie a mediazione artistica.

Nello specifico dell'arteterapia abbiamo la fortuna di avere dalla nostra parte la forza trainante del bello, che ci permette di motivare i pazienti stessi ad un maggior interesse per gli aspetti formali (come sono tracciate le linee, usati i colori, precisato un certo contenuto con una maggiore o minore ricchezza di particolari, utilizzato lo spazio grafico...); ed è proprio su questi aspetti formali, su questa appropriazione del codice che può essere appoggiato l'intervento rieducativo, sottraendo i pazienti ad un'espressione di contenuti o stati d'animo senza cura per la forma estetica e promuovendo, attraverso la passione estetica, una migliore sintesi tra forma e contenuto, tra utilizzo del codice ed espressione di sé.

> Come scrivevo già nell'introduzione, la situazione che ci si trova davanti è di solito ben lontana da questa magica sintesi che caratterizza la creatività: la sensazione più frequente in un arteterapeuta che lavori con pazienti gravi, è inizialmente quella di una penosa difficoltà di fronte a una creatività inceppata, sia nei contenuti che nelle forme; la stessa esecuzione comunica sentimenti di fatica poiché mostra blocchi motori, lentezza esecutiva, ipertonicità o ipotonicità che rendono i tratti vacillanti, continue cancellature e ripensamenti per poi ripetere gli stessi tratti, frequenti rifiuti iniziali dell'uso dei colori e tanto più del pennello o del contatto diretto con la creta.
> Così anche a livello di contenuti si è spesso obbligati a verificare ripetitività, disorganizzazione dei temi e della loro composizione nello spazio grafico, quando non addirittura la disorganizzazione del pensiero rappresentata dal delirio, che tende a riprodursi sempre uguale a se stesso.

Un arteterapeuta che si ponga in posizione di osservatore neutrale, di fronte a una produzione di questo tipo, avrebbe ben poco da valutare nel proseguimento della terapia, dopo aver fatto un bilancio iniziale. In effetti, se non si introducono *input* diversi, si sarebbe costretti a verificare l'immutabilità di questa creatività inceppata, un motore che gira a vuoto e che non può vivificarsi, assimilando ed elaborando apporti esterni, proprio perché si sono rotti i ponti con la realtà che può fornire nutrimento, forme, colori, emozioni, codici.

Ma in quale direzione andranno i nostri input? Certamente sarebbe quasi derisorio un generico invito ad essere più liberi, rivolto ai pazienti più inibiti, quanto inutile esortare i più "produttivi" a modificare i contenuti di un delirio: quello che si può invece fare è di prendere in carico gli elementi formali dell'espressione artistica, assumendoci la parte di ambasciatori della realtà (secondo la già citata definizione di Racamier).

Accade così, specie in inizio di terapia, di dover essere più francamente propositivi, accentuando gli aspetti rieducativi e proponendo lavori che richiedono un contatto con la realtà di materiali diversi (tempera, creta, carboncino...), che mettono in gioco il corpo con l'attenzione portata su tonicità, respirazione e ritmo (esercizi pittografici come arabeschi, tracciati dinamici o lavoro sulla scrittura...), che propongono l'osservazione del reale mediata dall'interesse estetico (introducendo così forme e colori diversi) e il ritratto dal vero (in cui il corpo umano può entrare come oggetto reale, osservabile nella sua multiformità).

È difficile definire la qualità della presenza dell'arteterapeuta accanto al paziente: propositiva, ma discreta (noi possiamo sempre proporre, ma il paziente può sempre rifiutare!), attenta a non cadere nel rischio di identificare troppo concretamente la propria funzione in un insegnamento artistico o in una riabilitazione. Ciò che distingue la terapia è la consapevolezza (dapprima solo nella nostra testa, poi da valutare via via nella produzione del paziente) del valore metaforico di ciò che noi facciamo.

Quello che cercheremo di valutare infatti nella successione dei lavori di uno stesso paziente è quanto di ciò che andiamo proponendo in maniera un po' forzata all'inizio, trova un modo per essere preso dentro dal paziente, contagiandolo con l'interesse estetico, riflettendosi alla lunga sugli aspetti più intimamente espressivi, attenuandone le caratteristiche di rigidità, assolutezza e povertà ripetitiva, in sostanza quanto la terapia è stata in grado di produrre in-pressioni, prese di contatto col reale.

Se ciò avviene significa che il setting terapeutico ha funzionato, attribuendo un senso ai nostri interventi che inizialmente potevano configurarsi come puramente rieducativi: i miglioramenti apportati all'elaborato sono diventati la materializzazione di una relazione positiva col terapeuta e sono stati re-introiettati dal paziente in quanto sono avvenuti in uno spazio (quello del foglio) che è sì nella realtà esterna, ma è anche intimamente suo, perché prolungamento di sé nella realtà (una specie di spazio di gioco o spazio transizionale di Winnicot).[10]

Grazie alla relazione terapeutica e alla mediazione artistica si è, in altri termini, prodotta quella dialettica tra mondo soggettivo e mondo oggettivo che crea lo spazio della simbolizzazione e che permette di conferire agli oggetti creati e alla loro evoluzione il valore metaforico di cambiamento della vita stessa del loro autore.

Per tornare un po' con i piedi per terra, e indicare alcuni dei mezzi che abbiamo per migliorare gli aspetti formali, vorrei spendere qualche parola sugli esercizi pittografici che ho menzionato poco più sopra e che sono ampiamente descritti nei libri di A. Denner già citati precedentemente (*La rééducation de l'écriture e L'expression plastique*). Si tratta di esercizi volti a migliorare il comportamento grafo-motorio, ponendo particolare attenzione alla postura, alla scioltezza del gesto grafico, alla qualità estetica del tracciato che ne risulta e alla respirazione che accompagna l'attività. Inizialmente erano stati particolarmente studiati per la rieducazione dei problemi di scrittura (disgrafie, crampi dello scrivano, deteriorazione della scrittura nelle persone anziane...), ma possono essere altrettanto utilmente impiegati nella sintomatologia psichiatrica, dove si possono rilevare perturbazioni psicomotorie e respiratorie.

Si chiede al paziente di mettersi in piedi, di fronte al tavolo, in buon equilibrio sulle gambe, in decontrazione della nuca, delle spalle e delle braccia, poi gli si chiede di eseguire col pennello, con colori diluiti e su un formato abbastanza grande (50x60) dei tratti orizzontali (da sinistra a destra) in un tratto continuo, (o verticali, dall'alto in basso). In questo modo si ottiene di aumentare l'ampiezza del movimento del braccio, mentre nello stesso tempo si attira l'attenzione sull'esteticità del risultato, che può essere rilevata anche in un semplice tratto. Per aumentare quest'ultima si possono chiedere variazioni deliberate di pressione, variazioni nella velocità di esecuzione, nella scelta dei colori, in modo da sottrarre l'esercizio alla sempre possibile stereotipizzazione.

Per lavorare sulla scioltezza del polso si possono invece proporre cerchi di piccole dimensioni, o per abbinare scioltezza di spalla, gomito e polso, cerchi di grandi dimensioni, eventualmente combinati con la respirazione (questo abbinamento permette di ottenere assieme una maggiore ampiezza respiratoria e una migliore decontrazione muscolare). A questo punto si possono proporre gli arabeschi, termine con cui si designavano i tracciati eseguiti dai bambini tra i 3 e i 4 anni, non figurativi, ma precedenti di poco i primi tentativi di figurazione (qualcosa di un po' più ricercato dello "scarabocchio"). Essi sono stati ripresi nella rieducazione della scrittura e quindi in arteterapia, permettendo una liberazione del movimento in tutte le direzioni dello spazio, facilitata dallo svincolamento rispetto a costrizioni rappresentative. Il paziente viene invitato a eseguire l'esercizio col pennello, utilizzando acquarelli o tempere diluite, su formati 50x60, e a sperimentare la libertà di movimento in stato di distensione psichica e motoria il più completo possibile; nello stesso tempo però è invitato a ricercare l'effetto estetico nei suoi tracciati, applicando quelle variazioni di velocità, pressione, colore... che aveva già visto negli esercizi precedenti, in modo da non isolare l'esperienza motoria rispetto a quella percettiva e di controllo estetico.

Questi esercizi devono essere proposti sempre in maniera mirata e per breve tempo (5-10 minuti), o per superare blocchi e rifiuti nei riguardi dell'attività pittorica in genere o per dare una risposta, all'interno dell'attività stessa, a momenti di difficoltà (agitazione, atteggiamenti rigidi, blocchi respiratori che si ripercuotono sulla qualità del lavoro). Permettono inoltre di stimolare l'attenzione e la sensibilizzazione estetica, dato che è altrettanto importante, oltre che

l'esecuzione, la valutazione che si fa successivamente col paziente dei tracciati così ottenuti. Non ultimo scopo può essere quello di una rieducazione della scrittura vera e propria, che è un'attività spesso trascurata nei nostri pazienti, magari negletta dopo essere stata a suo tempo perfettamente acquisita, e che invece andrebbe ripresa in quanto forma di comunicazione altrettanto importante di quella figurativa o verbale parlata.

L'attenzione e lo studio sistematico dei tracciati pittografici (del modo cioè di eseguire i tracciati, di riempire le superfici, di organizzare lo spazio grafico), e della motricità relativa, accompagnata dall'annotazione dei comportamenti durante l'attività in atelier, deve essere un elemento costante nel nostro modo di guardare tutta la produzione dei pazienti e non solo i loro eventuali esercizi pittografici. Essa ci permette di sottrarci a vaghe valutazioni di gusto personale, rendendo più comprensibile anche al resto dell'équipe quelli che noi consideriamo progressi obiettivi ed obiettivabili nel modo di comunicazione di un paziente, anche prima di arrivare ad avere una produzione di immagini compiute e riconoscibili.

Si può avere tutta un'evoluzione che va dallo scarico psico-motorio che lascia una traccia grafica incontrollata, ad una ricerca di estetizzazione con tracciati più variati in forma, direzione, pressione... dall'uso di colori senza partecipazione, alla ricerca deliberata di più colori, o di sfumature che possono diventare espressione di toni emotivi (più violenti, più sfumati...) per arrivare infine ad una comunicazione in forme (immagini o modellati) prese dalla realtà o di fantasia, espressione di una soggettività, che prima era veicolata solo da segni, colori e successivamente riesce a utilizzare questi segni e questi colori per creare forme più strutturate, leggibili e condivisibili con altri (in questo senso costituendo preludio alla comunicazione verbale, in cui la parola è la forma condivisa in cui è possibile esprimersi per comunicare con gli altri).

Ma anche giunti a questo punto l'evoluzione dei temi e dei contenuti non potrà mai prescindere dalla considerazione degli aspetti grafometrici del lavoro: in caso di conflitti o di ricadute, la qualità dei quadri o dei disegni può degradarsi o tornare a modi di espressione più semplificati, più scadenti, manifestanti lo smarrimento o il ripiegamento su di sé, e questo deve comunque costituire un segnale di allarme; viceversa si può dare il caso di una ripetizione dello stesso tema, ma in forme più curate ed elaborate, che migliora il nostro giudizio sull'andamento della terapia.

Altrettanto importante è il vedere come il paziente realizza la sua opera, il suo stato psico-motorio, la tonicità, la respirazione, l'ampiezza e le variazioni gestuali e il comportamento (velocità di esecuzione, iniziativa, interesse a ciò che succede in atelier...), tutte informazioni che ci danno una misura del suo grado di investimento sull'attività e dell'evoluzione del trattamento.

In sostanza questa attenzione al "fare" e al "prodotto" permette all'arteterapeuta di destreggiarsi tra le due polarità **prossimità/distanza**, così difficili da gestire specie con pazienti gravi, permette cioè di sottrarsi ad un rapporto di pura empatia, senza per questo diventare *tout court* il rappresentante di una realtà normativa ed esigente, introducendo nella relazione un potenziale oggetto simbolico, che si interpone tra i due individui quale mediatore.

Bisogno di fusione e spinta alla separazione sono infatti due aspirazioni fondamentali e inconciliabili di ogni individuo: lo scopo di ogni terapia (ma anche di ogni educazione e di ogni civiltà) è di favorire la costruzione di legami simbolici tra gli individui, legami che debbono contemporaneamente soddisfare queste due aspirazioni, anche se in gradi e proporzioni diverse.

Non si tratterà dunque solo di esaudire il bisogno di affettività e di protezione tralasciando la spinta all'individualizzazione, all'autonomia, ma di interporre tra soggetto e terapeuta un mediatore simbolico agente contemporaneamente come fattore di unione (poiché materializza una relazione) e di schermo (poiché permette al paziente di dosare la quantità di comunicazione che intende dare). Una spinta eccessiva verso la fusione, cioè un'accentuazione degli aspetti più regressivi della relazione, a detrimento dei legami simbolici interposti, potrebbe essere infatti altrettanto angosciante di una spinta troppo progressivante verso l'autonomia e l'adeguatezza.

P. Sivadon e F. Gantheret, nel loro libro *La rééducation corporelle des fonctions mentales*, si sono approfonditamente occupati di questo problema, e come ho già accennato nel quarto capitolo, hanno precisato nelle "situazioni analogiche" i requisiti, grazie ai quali si ha qualche speranza di far funzionare questa esperienza contemporaneamente di regressione e progressione.
Si tratta di creare situazioni in cui la mediazione proposta (movimento, produzione sonora, produzione plastica, parola) abbia valore di per sé, indipendentemente dalla situazione regressiva che intende o può evocare, così come un gioco può essere "pedagogico" solo a patto che riesca veramente a interessare e a divertire il bambino, altrimenti viene abbandonato con disinteresse. Ad esempio in una seduta di psicomotricità si possono proporre degli esercizi di imitazione di gesti e in ciò troviamo contemporaneamente due fattori: un elemento regressivante, analogo alla relazione madre-bambino in cui la costruzione dello schema corporeo passa attraverso l'identificazione prima e la differenziazione poi dal corpo della madre, e contemporaneamente una proposta progressivante di esecuzione di movimenti per migliorare le proprie prestazioni fisiche, proposta valida anche per un adulto. Questo secondo aspetto funge da rassicurazione di fronte ad una sollecitazione, che potrebbe essere percepita come angosciante perché troppo regressiva e, paradossalmente, tale rassicurazione permette poi di abbandonarsi anche all'aspetto regressivo, che altrimenti sarebbe evitato.

Nella seduta di arteterapia è dunque importante che venga condiviso tra terapeuta e paziente un genuino interesse per l'arte e la produzione artistica: ciò rassicura il paziente che quanto gli viene proposto è effettivamente valorizzato in sé (l'attività artistica è parte onnipresente di tutte le civiltà) e non solo come occasione di compiere un'esperienza regressiva (regressione funzionale a quel livello in cui lo spirito funziona per immagini, come nel sogno).

Tali immagini, che rimanendo allo stato "disincarnato" potrebbero in qualche modo sopraffare l'individuo (pensiamo all'angoscia determinata da certi sogni), trovando invece la strada della realtà, concretizzandosi nella materia, restituiscono al loro autore la sensazione di poterle in qualche modo controllare.

Egli inoltre vive un'esperienza progressivante di autonomia e libertà nel potersi

porre a livelli differenti di espressione, che, come abbiamo già visto parlando delle possibilità di valutazione, può complessificarsi via via: si va dalla comunicazione di uno stato psicomotorio attraverso il semplice gesto che lascia una traccia grafica (anche se ciò può configurarsi come l'esperienza infantile dello scarabocchio), all'espressione di toni emotivi attraverso l'impiego dei colori e delle sfumature (comunicazione di stati d'animo vissuti sia nel passato che nel presente, nella relazione transferale), all'espressione di propri contenuti soggettivi attraverso la ricerca di forme plastiche atte ad esprimerli.

Questa possibilità, regressiva rispetto alla parola, di esprimersi attraverso le immagini prodotte, sarà tanto più facilmente sperimentata quanto più, come dicevo prima, la situazione sarà effettivamente analogica, cioè capace non solo di evocare esperienze infantili, ma avere contemporaneamente un significato per se stessa, capace di motivare il soggetto adulto.

Molto interessante, a questo proposito, è anche l'uso della creta, in quanto ha possibilità più corposa di mettere in evidenza gli effetti di un gesto, di uno stringersi del pugno, di un colpo di pollice sulla materia docile, e spesso anche di un gesto distruttivo che tende a frantumare, polverizzare, ma che può subito dopo ripartire dai frammenti per rimettere insieme qualcosa di coerente (in questo senso la distruttività esercitata sulla creta è meno angosciante dello stracciare un foglio di carta).

Regressione e distruttività possono dunque convivere proficuamente con progressione e riparazione poiché vissute in una situazione giocata, analogica, che comunque conduce alla creazione di qualcosa di nuovo, mentre in una situazione reale sarebbero vissute come ripetizione di situazioni arcaiche senza via d'uscita.

> Scrive Anne Denner nel già citato libro *L'expression plastique:* "l'atto stesso di dipingere e soprattutto di modellare è in sé un'attività riparatoria di frustrazioni arcaiche. Esso permette ai pazienti di esprimere delle carenze profondamente avvertite nella prima infanzia e, grazie al diritto alla trasgressione, di compensarle per mezzo del gesto creatore e del suo risultato: l'oggetto creato. Picchiare sulla creta, carezzare l'oggetto, sfiorare il foglio di carta o aggredirlo con un colpo di pennello sono degli atti riparatori. L'oggetto creato, col suo significato simbolico, è una manifestazione tangibile della problematica di ciascuno, ma il "fare" sensorio-cinetico vissuto a livello del corpo, il più spesso inconsciamente, è una tappa della ristrutturazione... L'oggetto estetizzato, avendo una pregnanza più grande, conduce il paziente a guardare, a toccare, a sentire. Così entra in contatto col mondo, con gli altri, con se stesso: è la sintonia ritrovata".

È quanto viene definito in poche parole il valore catartico dell'arte, che però non sempre si è rivelato sufficiente a salvare neppure i più grandi artisti dall'incombere della patologia, cioè dal prevalere degli aspetti disorganizzatori e distruttivi nella loro vita. A maggior ragione dobbiamo pensare che per i nostri pazienti, di solito artisti modesti, sia necessario tenere a bada il prevalere di tali aspetti partecipando attivamente ai processi espressivi del paziente, pur col dovuto tatto e discrezione e spingendo verso l'estetizzazione anche il più modesto elaborato.

L'intervento terapeutico sarà infatti tanto più accetto e quindi più efficace, quanto

Fig. 1: Autoritratto

Fig. 2: Idem, realizzato in creta

Paz. A: Le difficoltà grafo-motorie che ipotecano pesantemente il disegno sono state aggirate grazie al cambiamento di tecnica che ha permesso una migliore resa estetica.

PER MOTIVI DI RISERVATEZZA IN TUTTE LE IMMAGINI È STATA COPERTA LA FIRMA DEGLI AUTORI

Fig. 3: Ambiente marino (dopo visita all'Acquario)

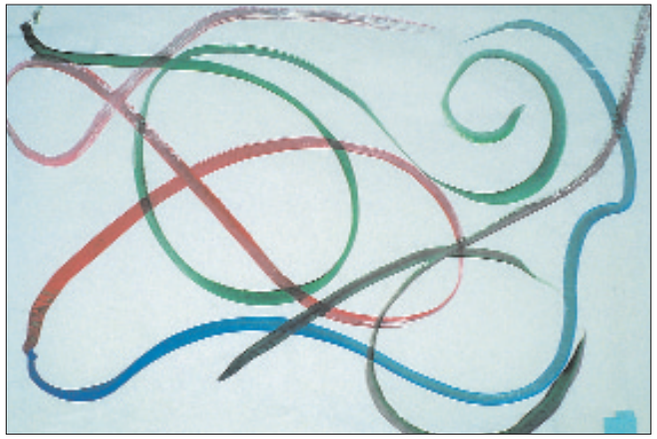


Fig. 4: Arabeschi

Fig. 5: Ritratto di un compagno di Atelier

Paz. B: Per questa paziente con obiettivo disagio a cogliere e fissare le forme, sono stati l'uso del colore, i tracciati svincolati dalla necessità di rappresentazione, il clima affettivo favorevole dell'atelier, a costituire un grande incentivo per superare le difficoltà e trovare una gradevole possibilità di espressione.

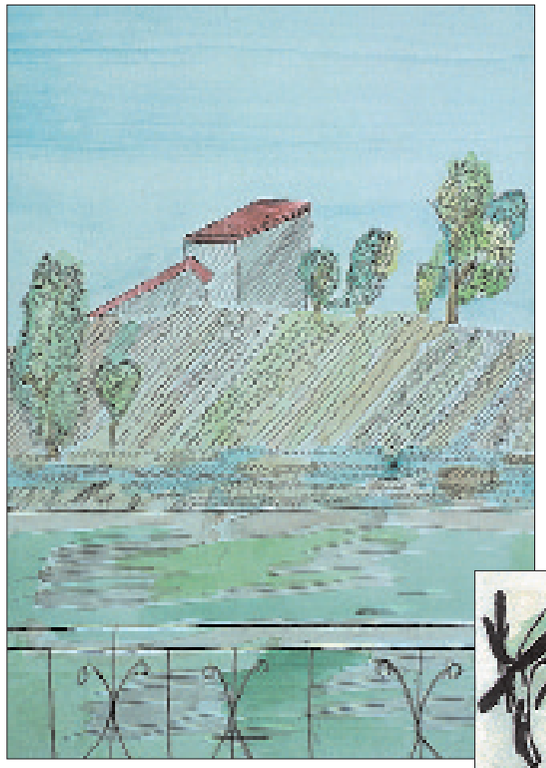


Fig. 6: Paesaggio dal vero (da uno schizzo fatto durante le vacanze)

Fig. 7: Paesaggio di fantasia

Paz. C: Nella fig. 6 l'acquarello e la ricerca di sfumature permettono di ammorbidire un disegno un po' rigido fatto col pennino a inchiostro di china, comunque denotante un interesse per la realtà vissuta personalmente e la possibilità di rappresentarla figurativaniente. Nella figura 7 sono l'uso del pennello al posto del pennino e la carta di riso che contribuiscono a dinamizzare i tracciati (evocando anche un riferimento colto all'arte orientale).

Fig.8: Liberamente ispirato a Van Gogh (76 x 100)

Paz. D: L'avere a disposizione in atelier riproduzioni d'arte, mostra come l'osservazione sia stata utilizzata per suggerire modificazioni del modo di dipingere più che per imitare passivamente un modello, sollecitando inoltre un ingrandimento del formato e il lavoro al cavalletto.

Fig. 9: La scrivania della mia camera (copia dal vero 50 x 60)

Paz. D: La composizione di una natura morta comporta una più faticosa e laboriosa osservazione della realtà, ma essendo costituita in questo caso da oggetti personali che ricreano un proprio ambiente famigliare, finisce per essere maggiormente espressiva di una situazione interiore vissuta.

Fig. 10: Figura maschile

Fig. 11: Colatura

Paz. E: La creta proposta all'inizio si è rivelata (al contrario del paziente della fig. 2) un materiale troppo arcaico, inducente la produzione di fantasmi e tale da causare un rifiuto a produrre ulteriormente, se non in maniera studiatamente casuale, con versamenti di colore senza uso di pennello. Ciò nonostante la valenza estetica insita anche in queste colature (fig. 11) ha indotto il paziente, quasi suo malgrado, a uscire dall'atteggiamento oppositivo per interessarsi al lavoro prodotto.

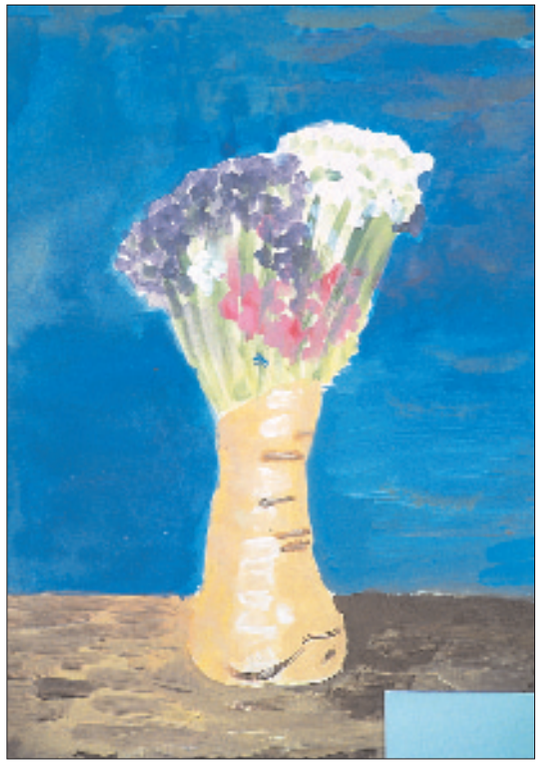


Fig. 12: Vaso di fiori (copia dal vero)

Fig. 13: Crepuscolo sulla spiaggia (di fantasia)

Ancora il paz. E: Fig. 12 (dopo 2 anni e mezzo). Il compiaciuto uso dei colori denota l'accresciuto investimento sull'attività artistica e il migliorato clima affettivo nella relazione attuale. Fig. 13 (dopo 3 anni): anche le rappresentazioni di fantasia si riallacciano a scene viste nella vita reale, mostrando una riorganizzazione del pensiero non disgiunta da valenze emotive.

Fig. 14: Copia dal vero

Paz. E: (dopo 4 anni). Una pianta dell'atelier, con la bottiglia usata per innaffiarla, mostrano alla fine del trattamento la capacità di curiosa attenzione per gli aspetti formali e coloristici della realtà (che si accompagnano alla possibilità di continuare con una psicoterapia verbale, riprendere gli studi, e rientrare in una vita passabilmente normale).

più tornerà al paziente attraverso lo stesso canale in cui è avvenuta la comunicazione, rispettando cioè la mediazione prescelta, che è quella figurativa.

> Se, ad esempio, attraverso una pennellata tesa e ansiosa mi arriva un messaggio relativo al disagio psicologico del paziente, la mia proposta di sospendere il lavoro e di fare alcuni esercizi pittografici, per distendere il gesto e ottenere pennellate più calme, e quindi più estetiche, sarà certamente meglio accettata che non un intervento verbale che voglia entrare direttamente in merito all'ansia. Così pure un paziente esagitato che libera energia in tracciati eccessivamente pulsionali, potrà essere invitato a utilizzare questa energia con un occhio all'estetica in modo da ottenere tracciati dinamici, ma nello stesso tempo belli da vedere. Allo stesso modo contenuti di per sé violenti o angoscianti possono essere attenuati dall'uso di colori più sfumati e armonizzati con cura o dall'invito a studiare meglio l'organizzazione del tema nello spazio grafico; viceversa un'eccessiva inibizione e paura di esprimersi, rilevabile in colori pallidi o disegni a malapena visibili può trovare un'uscita nell'invito a usare colori più decisi.

In questo modo si può contemporaneamente essere vicini al paziente, facendogli sentire che si capisce il suo stato del momento, e offrirgli un qualche aiuto a bilanciare gli aspetti più patologici della regressione con una risposta, che però è estremamente rispettosa della sua libertà di parlare o meno di quanto lo turba, tenendo presente che una comunicazione è già avvenuta di fatto (attraverso l'elaborato) e che l'arteterapia è stata scelta proprio in quanto terapia non verbale.

Gli esempi precedenti possono ora aiutarci a capire meglio quanto era già stato accennato nei capitoli secondo e terzo a proposito dell'uso della parola (più o meno interpretativa) in arteterapia e del rispetto del codice artistico: dunque si parla o non si parla in atelier, sui quadri?

Come ci si destreggia nel dilemma **espressione figurativa/verbalizzazione**? Cosa significa veramente dire che l'arteterapia è una terapia non verbale?

Credo di non dover più spendere parole per stigmatizzare un atteggiamento di sorveglianza muta e neutrale, volta più a scopi diagnostici che terapeutici, ma vorrei esprimere il mio dissenso rispetto ad un'altra esasperazione della non "verbalità" dell'arteterapia.

Alcuni conduttori di atelier infatti giungono al punto di inibirsi l'uso della parola in seduta, limitandosi a eventuali interventi attivi sul quadro o sull'oggetto prodotto, per non "contaminare" il medium comunicativo prescelto: questo tipo di intervento eccessivamente ritualizzato va piuttosto nel senso di settorializzare la persona anziché cercare di integrarne il più possibile le funzioni (un po' come se si dicesse a dei pazienti che fanno una psicoterapia verbale che non devono gesticolare o esprimersi anche con la mimica, mentre parlano...) e per di più finisce per essere molto più intrusivo della parola con cui non si vuole invadere il mondo fantastico del paziente, andando a intervenire sul suo foglio, che è pur sempre proiezione del suo mondo interno.

Dunque la parola, che resta comunque il mezzo di comunicazione a cui dobbiamo tendere, avrà, a mio modo di vedere, un largo spazio in seduta e anzi sarà tale da porsi sempre al livello maggiore presumibile del paziente (facendo riferimento, ad esem-

pio, al grado di studi raggiunto in passato o alle sue esperienze lavorative, anche se al momento attuale quello che ci appare è un individuo molto al di sotto di tale esperienza passata): è questo un altro modo di rivolgersi all'adulto che abbiamo davanti, pur permettendogli esperienze regressive nella sua produzione.

Useremo inoltre la parola per chiedere chiarimenti al paziente su quanto rappresentato, se non è immediatamente "leggibile", per invitarlo a precisare, arricchire il suo lavoro, per sottolinearne gli elementi estetici, anche se embrionali, per proporre perfezionamenti tecnici quando lui lo richieda, insomma per stabilire un contatto che miri alla progressione del prodotto (e del paziente), ma faccia anche sì che essa avvenga solo se è il paziente stesso ad operarla, senza interventi violenti su quella che comunque è una proiezione del suo essere sul foglio di carta o nella creta.

È questo un tipo di parola che sicuramente il paziente gradisce, in quanto comunque rispettosa del mezzo di comunicazione prescelto, vertendo essenzialmente sugli aspetti formali, artistici, del prodotto; certamente non è la parola "interpretativa" degli analisti che si tuffano sulle immagini del disegno come sui simboli del sogno per decriptare l'inconscio del paziente e che oltretutto non saprebbero cosa dire su una produzione grafico-pittorica non ancora formalizzata in immagini compiute...

La comunicazione verbale poi sarà incoraggiata per favorire l'interazione tra i componenti del gruppo e fare dell'atelier un posto gradevole, di "libera espressione", con l'obiettivo di integrare i processi comunicativi della persona a tutti i livelli.

A proposito di una lettura simbolica dei prodotti artistici, credo ora sia chiaro che il principale aspetto simbolico è proprio dato dal fatto che essi diventano legami mediatori di una relazione; è certamente possibile che un occhio esperto non possa esimersi dal notare in certi casi anche tutta una densità simbolica a livello di contenuti, ma questa eventuale comprensione può essere utile solo al terapeuta o costituire l'oggetto di discussione con l'équipe, mentre col paziente può essere utile dargli la consapevolezza che lo si capisce, senza forzarlo ad esprimere in maniera verbale ciò che ha già espresso figurativamente.

Certamente se il paziente mostrerà di voler raccontare qualcosa sulla casa, sulla figura o sulla scena che ha rappresentato, lo ascolteremo con molta attenzione e lo incoraggeremo, tanto più che ciò può diventare indice di una ricostruzione di legami col passato, con persone significative, con la propria storia e che può aprire ad eventuali progetti futuri, ma ciò andrà nel senso di un ampliamento e complessificazione della comunicazione e non dovrà mai far passare in secondo piano il fondamentale rispetto e interesse per l'opera prodotta; nel caso contrario, in cui il paziente mostrasse una gran voglia di "tradurre", di decodificare in discorso organizzato (si badi bene, non di sostituire con parole un lavoro che non c'è) un lavoro simbolicamente espressivo di contenuti soggettivi, lo si potrebbe utilmente indirizzare anche ad una terapia verbale.

Ma, all'interno della nostra seduta sarà bene rispettare la specificità del mezzo di comunicazione prescelto, e non dedicarsi ad un'interpretazione di contenuti dei quadri come se fossero equivalenti di sogni. Come già avevamo visto riconosciuto da Freud, infatti, non vi è perfetta equivalenza tra sogno e arte, che rappresenta una via per il sogno di trovare la strada della realtà.

Questo significa che l'elaborato artistico è molto di più che un sogno: esso rappresenta infatti la sintesi di espressione di sé e strutture formali atte a contenerla, di intuizione e di capacità organizzative, di emotività e di razionalità, di pensiero analogico funzionante per immagini e di pensiero logico che sceglie i modi concreti (materiali, gesti...) per "incarnare" tali immagini nella realtà, rendendole visibili e condivisibili con gli altri (il tutto condito da quella particolare attitudine a giocare con le forme che è all'origine del piacere estetico).

È questo incontro fecondo tra la fantasia e la realtà, favorito dall'aspetto estetico, che costituisce la base del nostro lavoro.

Ma se questa funzione di sintesi, questo cammino dalla **fantasia** alla **realtà** avviene spontaneamente negli artisti, nei nostri pazienti va seguita e indirizzata con attenzione, poiché essi non hanno, in partenza, un Io così forte da poter tenere insieme poli così distanti e inconciliabili.

Toccherà a noi aiutarli a far "impregnare" di materia (colori, creta) immagini provenienti dall'interno, a far rilevare l'intima connessione tra il tracciato e il gesto che lo produce, tra la postura e l'organizzazione dello spazio grafico (dunque a far entrare in gioco la corporeità oltre che l'immaginario), a chiedere che anche una figura di fantasia abbia una sua anatomia, un volume, un'ambientazione, sottraendola all'assolutezza angosciante tipica del fantasma... e viceversa far scoprire come si possa esistere soggettivamente anche nella scelta, composizione, riproduzione, di una natura morta o di un ritratto dal vero.

Natura morta e ritratto dal vero sono sempre stati alla base di ogni apprendimento artistico, ma se noi li proponiamo tanto spesso in arteterapia non è solo per questo motivo, ma per l'enorme interesse psicologico che riveste un simile contatto con gli oggetti reali facilitato dalla mediazione artistica.

La psicologia genetica ha sottolineato l'importanza dello stabilirsi della relazione oggettuale (passaggio da fusione a separazione) nell'edificazione della struttura psichica del bambino: cogliere e rappresentarsi la realtà, gli oggetti, sé separato dagli oggetti (e in primo luogo dal corpo della madre) non è infatti un'operazione passiva, di "registrazione" dei dati "obiettivi", ma il frutto di un'integrazione attiva dei vari dati percettivi (vista, udito, tatto...), di motricità (non si può conoscere veramente senza azione) e di relazione tonico-emotiva con la figura materna (che rende possibile una forma di comunicazione prima ancora che si instauri il linguaggio).
Affinché possa avvenire questa costruzione, che potrebbe apparire più di tipo cognitivo, è infatti altrettanto importante il clima affettivo che fa sì che la percezione della separazione non venga avvertita come una lacerazione catastrofica e che lo spazio che separa possa essere colmato dal desiderio e dalla comunicazione che apre alla simbolizzazione. Gioca qui molto il potere di "seduzione organizzatrice e strutturante della madre" in quanto oggetto capace di attirare su di sé e quindi costringere ad integrare le varie percezioni sparse che altrimenti potrebbero vagare restando frammentarie; ma cogliere l'oggetto significa anche cogliere sé separato dall'oggetto e l'Io nasce proprio in quello spazio che separa il soggetto dall'oggetto del suo desiderio: in questo

senso la seduzione materna acquista un potere strutturante, ben diverso dalla simbiosi che annulla le distinzioni e le distanze.
Se qualcosa si inceppa in tale complessa interazione, per motivi su cui si continua a discutere (vuoi di natura genetica, vuoi per deficit sensoriali, o per carenze ambientali nella relazione materna e familiare) si ha in età precoce la psicosi autistica, in cui oggi si tende a vedere piuttosto che una mancata edificazione, una disorganizzazione attiva dei vari dati percettivi, motori, e affettivi per evitare l'angosciosa percezione della distanza e della separazione di sé dalla madre, l'oggetto privilegiato.
Questa disorganizzazione attiva può del resto colpire in maniera transitoria ciascuno di noi, posto di fronte a situazioni reali che superino le normali capacità di metabolizzazione (il classico shock post-traumatico) e ci spiega anche meglio il funzionamento "discontinuo" e fluttuante di certi pazienti schizofrenici adulti che possono mostrare comportamenti adeguati specie se la situazione è emotivamente poco coinvolgente (ad esempio avere buone performances intellettive di tipo astratto, o di prestanza motoria, o esecutive senza iniziativa personale), ma avere delle cadute di prestazione o addirittura degli scompensi e delle regressioni quando la vita relazionale e sociale, la richiesta di capacità esplorative e creative richiedono di avventurarsi in spazi simbolici, mettendo in gioco qualcosa di più personale che attiva angosce primitive di separazione: si verifica allora un rifiuto della realtà attraverso una specie di disorganizzazione attiva e semplificazione percettiva: è come se la persona a quel punto o non vedesse, o non sentisse, o si immobilizzasse o, pur integrando le varie percezioni, non provasse alcun sentimento...
In arteterapia è importante tener presente tutto ciò, poiché il lavoro sulla creatività ha sempre a che fare con fusione e separazione, con oggetti che acquistano esistenza nello spazio e nel tempo diventando indipendenti dal loro autore. È quindi necessario lavorare non solo sulla produzione, ma anche sull'investimento degli oggetti prodotti, per far sì che possano continuare ad esercitare il loro potere attrattivo, combattendo la disorganizzazione attivata dal soggetto anche una volta che abbiano acquistato un'esistenza indipendente. È proprio l'estetizzazione dell'oggetto, col suo potere di seduzione, che offre una chance in più potendo agire come catalizzatore di integrazione percettiva, motoria, emotiva e comunicativa.

È allo scopo di favorire l'integrazione (o se si preferisce di combattere la disorganizzazione di fronte alla realtà esterna) che si può utilizzare, come dicevo prima, l'osservazione e la composizione di una natura morta. Questa infatti non va intesa solo come un allenamento al vedere e al disegnare, ma permette di sperimentare il contatto fisico con le cose, toccarle per conoscere tutte le loro qualità, raggrupparle secondo criteri estetici e di significatività e in questo modo incoraggiare il contatto con gli oggetti e la loro ricchezza di forme, di volumi, di sfumature di colori, di luci e di ombre, di rapporti variabili e contestualizzati, così lontani dall'assolutezza ripetitiva e non modulata delle rappresentazioni psicotiche di "fantasia".

Per raggiungere questo scopo bisogna che gli oggetti siano scelti, vissuti e rappresentati con la massima partecipazione possibile da parte del disegnatore. Può valere la pena di perdere un po' di tempo per risvegliare il desiderio del paziente, anziché proporgli subito un soggetto scelto da noi: gli si può chiedere di portare oggetti propri o cercarne qualcuno che gli piace nell'atelier, in modo da integrare agli aspetti percettivi anche una componente affettiva, l'interesse e il piacere.

Sull'oggetto scelto e così manipolato e studiato per valorizzarne tutte le componenti (non solo quelle formali ma anche quelle relative alla sua storia, provenienza, significato sociale...) può proseguire tutto un lavoro di costruzione di un soggetto per la natura morta, accostandolo ad altri (pochi, specie all'inizio). Si può chiedere di avvicinare e allontanare gli oggetti tra loro, per studiarne i rapporti o in base a criteri puramente estetici (di forma, di colore, di tessitura...) o di significativa rappresentazione di un tema, di un ambiente, di un'atmosfera. Si deve lavorare spesso su questo aspetto di "congruenza" del soggetto da rappresentare, per evitare l'accostamento a casaccio di oggetti scelti senza interesse e senza legame tra loro: in questo modo lo studio, la scelta, e poi la riproduzione di una natura morta può, come dice A. Denner, diventare per i pazienti "un mezzo per ristrutturare la propria personalità" abituandosi a cogliere nessi tra le cose, tra un soggetto e il suo contesto, in poche parole ad attribuire un senso alla realtà.

L'insistenza sui dati reali dell'oggetto non nega i significati arcaici, simbolici, proiettivi soggiacenti ad ogni creazione artistica, di cui costituiscono l'elemento dinamico, vitale: ma poiché nel paziente soprattutto psicotico, esiste una tendenza eccessiva ad allagare la realtà di elementi soggettivi, occorre insistere sull'aspetto oggettivo per raggiungere quella sintesi magica tra oggettività e soggettività che caratterizza il lavoro artistico.

Questo lavoro di composizione di una natura morta può anche essere utilizzato con un gruppo di pazienti, favorendone l'interazione, la discussione e suscitando notevoli dinamiche tra i partecipanti: all'inizio infatti essi tenderanno ad assemblare gli oggetti come capita, ciascuno in fondo a testimoniare l'individualità del suo possessore. Starà all'arteterapeuta aiutare il gruppo a creare un "ambiente omogeneo", in cui ogni oggetto contribuisca a precisare il significato degli altri e tutti nel loro insieme acquistino un significato preciso, che trascende quello degli oggetti presi singolarmente.
È evidente che tale lavoro del gruppo per formare una composizione omogenea può acquistare anche un valore mediato di armonizzazione e formazione del gruppo stesso, in cui la "natura morta" è tutt'altro che tale, diventando un micro-cosmo specchio del gruppo. Nello stesso tempo viene garantita la salvaguardia di un momento personale nella fase successiva in cui ciascuno riproduce e disegna per conto proprio il soggetto così costruito e in questo modo "fissa" dentro di sé anche la ricchezza di dinamiche vissute precedentemente in fase di composizione.
È senz'altro una procedura preferibile rispetto alla pratica abbastanza diffusa di far dipingere tutto il gruppo su uno stesso foglio allo scopo di attivarlo e favorirne l'interazione, il che comporterebbe la necessità di una progettazione comune, di rispetto reciproco e di salvaguardia dei più inibiti che generalmente è difficile trovare in un gruppo di pazienti (e non solo di pazienti!), per cui la cosa spesso si risolve in una pseudo-collaborazione con prevalenza dei più attivi o prepotenti a discapito dello spazio personale dei più timidi o passivi.

La copia dal vero di oggetti via via più complessi prepara poi l'osservazione e la riproduzione della figura umana. Certamente, anche per quanto riguarda tale soggetto, ci si trova a dover giostrare tra rappresentazione di fantasia e copia dal vero. La figura umana di fantasia rappresenta un dato interessante per stabilire un bilancio di partenza e per valutare la progressione della terapia: può infatti evidenziare tutta la problematicità relativa all'immagine corporea propria e altrui. Il personaggio può essere o troppo impreciso o eccessivamente ripassato nei contorni, rivelare parti più ansiogene rispetto all'intero (sbiadite, appena accennate, o camuffate o geometrizzate o addirittura omesse), con rifiuti dell'anatomia o indifferenziazione sessuale, neppure affidata al vestito, assenza di movimento e di qualsivoglia azione, con rappresentazioni statiche e simmetriche... Manca di solito anche una collocazione del personaggio in uno sfondo che possa creargli attorno un ambiente e contribuire a precisarlo, come del resto può fare l'abbigliamento.

La proposta di raffigurare l'essere umano dal vero permette di sottrarsi a questa astratta assolutezza, superando gli aspetti più angoscianti dei problemi relativi all'immagine del proprio corpo e all'individuazione dell'essere umano attraverso il suo aspetto fisico e alle sue caratteristiche psico-sociali, grazie agli aspetti tecnici ed estetici di tale lavoro.

Proprio grazie alle difficoltà che il paziente incontra nella rappresentazione dei personaggi di fantasia, lo si potrà invitare ad osservare il suo *entourage* e a sceglierviun modello, sdrammatizzando la situazione grazie ai lavori già fatti sulla natura morta, che permettono di considerare il corpo umano come un oggetto privilegiato, ma comunque un oggetto su cui è lecito "alzare lo sguardo" (spesso è necessaria questa autorizzazione per vincere un'inibizione, connessa il più delle volte ad un divieto alla sessualità e alla possibilità di desiderare o ancora più a monte ad un timore della relazione).

Si potrà così introdurre lo studio dell'anatomia, non solo attraverso l'osservazione, ma anche facendo riferimento costante al vissuto corporeo del paziente stesso, richiamando ad esempio gli esercizi di distensione che permettono di differenziare le varie articolazioni del braccio o esperienze di psicomotricità che il paziente fa in altra sede e che sono molto importanti per far progredire il vissuto psico-motorio, invitando inoltre l'autore a reperire su di sé o sui compagni le diverse parti del corpo da disegnare.

Se questo studio si configura come un vero e proprio ritratto dal vero di un compagno del gruppo, costituirà un altro modo, molto intenso, di favorirne la relazione. Ci offre anche la possibilità di suggerire l'osservazione della figura intera, in varie posizioni possibili, mentre spesso il ritratto viene identificato col solo volto, analogamente a una carta di identità! È invece fonte di piacevole sorpresa lo scoprire come si possa identificare una persona anche semplicemente attraverso le linee generali del suo corpo e magari anche di schiena, mentre buttarsi subito sui lineamenti del volto può rappresentare un compito troppo difficile e frustrante, oltre che probabilmente troppo coinvolgente.

In ogni caso dovremo probabilmente insistere perché vengano precisati tutti quei dettagli che possono contribuire ad una determinazione del personaggio (vestiti, postura, azione, sfondo...) aiutandoci con gli esempi tratti dalla storia dell'arte che ci rimandano al fatto che da sempre il ritratto ha cercato di non risolversi nei meri tratti fisici, ma ci ha dato molte precisazioni sulle determinanti sociali e psicologiche del personaggio.

Con la progressione della terapia si può arrivare anche al ritratto del volto, in cui si

può introdurre lo studio dell'espressione, come studio della mimica che traduce i sentimenti, ma che in ogni caso non dovrà dimenticare tutti quei particolari che si possono osservare intorno ai contorni del viso (pettinatura, abbozzo del collo e delle spalle, o di vestiti, indicazioni di sfondo) che contribuiscono a collocare nella realtà il personaggio, sottraendolo a una riproduzione astratta (da test psicologico) o peggio alla angosciante evocazione di una maschera.

In tutti i modi questa pratica di ritratto dal vero costituisce un'esperienza capitale sia per l'autore che per il modello; per quest'ultimo essere guardato, essere messo in posa, rappresenta una doppia esperienza: essere il corpo oggetto (proprio in quanto osservato, studiato, sistemato nello spazio), ma anche essere il corpo soggetto, con cui si stabilisce una relazione privilegiata per il solo fatto di sceglierlo in mezzo ad altri, di averlo trovato interessante e di rinforzare tale legame con un ritratto che unirà indissolubilmente autore e modello.

Tutto ciò vale simmetricamente anche per l'autore, che dovrà trovare il coraggio di scegliere il modello, stabilendo quindi in partenza una relazione particolare con lui e di disegnarlo, cercando di non ferirlo con una cattiva rassomiglianza, di darne un'immagine in cui l'altro si possa compiacere, ma nello stesso tempo dovrà studiarlo, osservarlo, toccarlo per metterlo in posa come un oggetto qualunque, riconoscendogli un essere al mondo diverso da sé.

> Questa esperienza simultanea del corpo soggetto e oggetto è capitale nello sviluppo normale della persona; Lacan dice che cogliere simultaneamente sé e l'immagine nello specchio permette al bambino di cogliere sé e l'altro e dunque costituisce la base del funzionamento dell'Io. A. Andreoli nel suo lavoro *Corps et psychose à travers les traitements de relaxation*(11) sottolinea come il corpo ha questo carattere specifico di essere contemporaneamente soggetto e oggetto, azione e oggetto dell'azione, fuori e dentro, percettore e percepito, dunque può essere colto e riconosciuto come appartenente al soggetto, ma anche come entità fisica e "sensibile", dunque facente parte della realtà esterna, oggetto tra gli altri.
>
> Sarebbe proprio dello psicotico invece cogliere il corpo alternativamente come un tutto nella soggettività (negandone gli aspetti di fisicità, materialità, carne, ossa, muscoli, fisiologia...) o un tutto nell'universo degli oggetti (corpo non abitato, non investito, una "cosa" tra le altre): egli coglierebbe insomma come dissociati un soggetto e un oggetto che non si mescolano mai. Al contrario in uno sviluppo normale il corpo è territorio di frontiera per eccellenza e, come ha detto A. Picot, sempre citato da Andreoli nel medesimo articolo, "il corpo è ciò a cui l'Io si àncora come soggetto e come oggetto e dunque il corpo è veicolo e forma della relazione, il corpo è relazione".

Così attraverso il ritratto e la conseguente inter-relazione tra due persone che esso favorisce, noi andiamo a toccare un problema che va molto al di là della "copia da modello", muovendoci sulla strada del far cogliere all'autore l'altro come soggetto e oggetto contemporaneamente, ponendosi in una doppia relazione con lui, e del far vivere al modello direttamente su di sé la doppia esperienza di essere soggetto con cui si stabilisce una relazione e oggetto rappresentato.

Dal ritratto altrui si può arrivare all'auto-ritratto, anche questo di fantasia e dal vero, davanti a uno specchio, ma solo quando il paziente accetterà di guardarsi, osservarsi, analizzarsi e questo potrà essere occasione, anche restando a livelli più superficiali, di rimaneggiamenti comportamentali, permettendo di parlare con lui della percezione che ha di se stesso, di tutto ciò che può incoraggiare la cura di sé e tenere a bada i frequenti atteggiamenti auto-svalutativi.

Ho accennato al fatto che nel proporre l'osservazione dal vero possiamo aiutarci con esempi tratti dalla storia dell'arte, e con riproduzioni che devono essere a disposizione per essere consultate in atelier (non solo per quanto riguarda il ritratto o la natura morta, ma in genere per fare riferimento alla storia artistica passata e presente): ugualmente stimolanti possono essere visite a mostre, musei, monumenti della città... e così sottrarre i pazienti (e anche noi operatori) al pericolo di "abituarsi" a una produzione povera o peggio patologica.

Non si tratta di cercare modelli da copiare, il che risulterebbe un'attività frustrante e comunque poco interessante per chiunque, ma di stimolare l'interesse per l'attività artistica, per le varie soluzioni che nel tempo sono state trovate ai problemi che ciascuno si trova a dover affrontare, di fornire insomma nutrimento al gusto estetico, e nello stesso tempo dare un senso di appartenenza alla storia della civiltà.

Cos'altro fa un setting?

In questi due ultimi capitoli abbiamo camminato raso terra parlando degli elementi materiali che costituiscono il setting e navigato tra gli scogli perigliosi costituiti dalle opposte polarità tra cui ci si deve destreggiare nella conduzione dell'attività, sempre cercando di non perdere di vista la stella polare rappresentata dalla possibilità di trasformare un'attività in una terapia, a patto di inscriverla idealmente in un setting.

Permettetemi un finale movimento ascensionale, proprio per specificare meglio come questa magia può diventare possibile, purché non si intenda la parola setting in un senso solo concreto, ma anche e soprattutto simbolico: cioè come uno spazio privilegiato, un palcoscenico, un'area del gioco, in cui la realtà con le sue necessità e le sue richieste imperiose venga momentaneamente sospesa.

In quest'area, su questo palcoscenico, terapeuta e paziente, divenuti in qualche modo attori e spettatori contemporaneamente, "giocano" a fare delle cose (disegnare, dipingere) che, essendo comunque fatte su un palcoscenico, in uno spazio particolare, possono acquistare un senso metaforico, un valore simbolico e trascendere la cosa fatta in sé, diventando significative per la vita stessa del paziente.

Per inciso ricordo che in francese *"jouer"* e in inglese *"to play"* hanno il doppio valore di "giocare" e di "rappresentare" in senso teatrale: dunque in una terapia, all'interno di un setting, si gioca, cioè si rappresenta, quello che nella realtà è il problema del paziente.

Se è vero che il problema principale della psicosi, visto alla sua radice, non è tanto quello di non saper stare al mondo, quanto quello di non riuscire a tenere insieme sé e il mondo, la propria soggettività con l'oggettività del reale (altri direbbero l'inconscio con il conscio), dato che manca un Io sufficientemente forte per tenere assieme

questi opposti inconciliabili, può essere vincente una strategia terapeutica che si rivolga all'arte proprio come ad un luogo privilegiato in cui questa dialettica viene giocata.

> Da sempre l'arte ha dovuto fare i conti col mondo reale e con la sua rappresentazione, con quelli che sembrano i dati obiettivi forniti dai cinque sensi, contrapposti alla soggettività dell'artista che rivendica la possibilità di ri-creare il mondo in forme personali (e così ri-crearci attraverso il piacere estetico).
> Si può anzi dire che in un certo senso l'arte ha preceduto la scienza, la quale solo recentemente è arrivata a mettere in dubbio l'obiettività e l'immediatezza della conoscenza e a riconoscere che esiste una fondamentale partecipazione dell'osservatore nell'attribuzione di senso al mondo reale (per cui anche il conoscere diventa un fare, una costruzione, piuttosto che uno scoprire qualcosa che è già dato).
> Ammettere che si guarda il mondo da dentro anziché da fuori, che la conoscenza e la stessa percezione, come pure la rappresentazione artistica sono comunque operazioni frutto di una costruzione, non significa però per l'uomo consegnarsi vinto alla pura soggettività.
> L'uomo non può fare a meno di cimentarsi con l'oggettività, dando una forma al caos, stabilendo nessi tra le cose, integrando le varie percezioni per costruire degli insiemi significativi, rappresentando quindi il mondo in maniera simbolica e traendo piacere da tutte queste operazioni (cosa vera non solo per l'arte, ma anche per la scienza, la filosofia, la religione).

Proporre un'attività artistica in una situazione terapeutica si configura allora come un'applicazione del motto latino "similia similibus curantur": se è vero che l'arte è fondamentalmente un agitare il problema del rapporto tra l'uomo e il mondo, tra soggettività e oggettività, tra caos e messa in forma, tra adesione concretistica e rappresentazione simbolica... quale strumento migliore per affrontare queste tematiche così patologicamente esasperate nella psicosi?

È certamente importante che gli arteterapeuti che hanno a che fare con gli psicotici diano un taglio particolare alle loro proposte artistiche, avendo molto ben presente che il problema fondamentale della patologia trattata non è tanto la "liberazione" di una soggettività inibita (come potrebbe essere nel caso di pazienti nevrotici), quanto piuttosto la messa in contatto di tale soggettività, fin troppo trabordante, col mondo reale.

Ecco perché, nella conduzione dell'attività che noi proponiamo, ha tanta importanza l'attenzione ai materiali e alle tecniche, alla messa in gioco della corporeità del paziente (tonicità, respirazione, scioltezza del gesto), alla qualità del tracciato o alla stesura del colore, all'osservazione e copia dal vero, con possibilità di riferimenti alle qualità intrinseche degli oggetti rappresentati, alla prospettiva, agli artifici per rendere sul piano le tre dimensioni senza annullarle... come pure è importante il ritratto, proprio o altrui, che permette di affrontare problemi di anatomia, di identità sessuale...

Tutti questi elementi possono dare l'idea di come sospendere la realtà per creare un setting terapeutico non significhi sospenderla del tutto (il che sarebbe un uniformarsi alla scissione psicotica tra sé e il mondo), ma anzi creare la possibilità di reintrodurla in forma ludica e rappresentare questo gioco in maniera simbolica.

Una rosa al di fuori dal setting è solo una rosa (posso ignorarla o guardarla, annusarla, forse distruggerla...) ma dentro il setting di arteterapia è ciò che colgo e che non colgo contemporaneamente: nel momento in cui, oltre a guardarla ed annusarla, la riproduco, essa diventa infatti ciò che è mio e non mio nello stesso tempo, metafora di una possibilità di rapportarsi con la realtà senza negarla, ma anche senza negarsi.
Il quadro, la raffigurazione della rosa, diventa così il terzo vertice di un triangolo i cui altri due estremi sono l'oggetto in sé e il mio modo di reagire ad esso (emozioni estetiche provocate dai colori, dal profumo... possibili significati o ricordi evocati...).
Il prodotto artistico può diventare un modo di organizzare questo flusso di sensazioni, percezioni ed emozioni in una forma riconoscibile e condivisibile con gli altri: per fare questo occorrerà compiere il miracolo di trasformare la materia bruta (foglio bianco, colori) in un prodotto significativamente organizzato, che includa quella rosa reale davanti a me (e non il concetto schematico e astratto di fiore), quello che ho provato ed anche il clima affettivo di una relazione terapeutica all'interno della quale questa sintesi è diventata possibile.

Sottrarsi al fluire caotico delle proprie emozioni, fantasticherie, immagini interne senza abdicarvi, ma metterle in contatto col mondo esterno, utilizzandole per costruire una forma organizzata, plausibile e significativa anche per gli altri, è il modo creativo di dare ordine al caos, di contemperare soggettività e oggettività, di trasformare la materia attribuendole un senso: se ciò avviene spontaneamente negli artisti è per i nostri pazienti una meta, che però deve restare l'obiettivo del nostro setting terapeutico.

(10) D.W. Winnicot, *Gioco e realtà*, Armando Editore, 1ª ed., 1974.
(11) A. Andreoli, *Corps et psychose à travers les traitements de relaxation*, in "L'évolution psychiatrique", n. 4, 1976.

CHI

Ho cercato di demistificare l'intera idea che l'arte sia qualcosa di sacro che debba essere riservata per una piccola cerchia di gente educata.
Keith Haring

La domanda "chi fa arteterapia?" può essere intesa nel doppio significato di specificare la figura e la formazione degli arteterapeuti, come pure di definire con quali utenti possa essere utilmente impiegata.

A chi fare arteterapia?

Tutto questo libro è il frutto di una lunga esperienza di pratica clinica e di supervisione ad operatori che lavorano con **pazienti psicotici** per cui l'arteterapia sembra avere un'applicazione di elezione, favorendo l'incontro con la realtà in un clima di rassicurazione affettiva e di possibilità ludiche di regressione e progressione combinate.

Non mi dilungherò dunque oltre su questo ambito di applicazione, se non per rispondere alla domanda relativa ai criteri con cui scegliere i pazienti cui proporre questa attività, dato che si è più volte detto, lungo la stesura del libro, che l'arteterapia non è riservata ai più "dotati", ma può essere in teoria utilmente impiegata per tutti.

D'altra parte oggi nei Centri diurni, Comunità residenziali, Istituzioni di vario genere è spesso presente un ventaglio di attività artistico-espressive che utilizzano la musica, la danza, etc... e dunque si pone il problema di scegliere per gli utenti, che generalmente non sono in grado di pronunciare preventivamente il loro gradimento.

E mia opinione che non esistano criteri a priori e che sia più semplice proporre qualche seduta di osservazione, per valutare segnali di interesse o di attivazione che possano incoraggiare a confermare l'ingresso nel gruppo di arte.

Del resto è difficile anche riguardo a noi stessi dire per quale motivo abbiamo scelto la mediazione dell'arte plastico-figurativa per farne uno strumento di cura, piuttosto che la musica o la danza o il teatro... Probabilmente c'è stato nella nostra storia qualche contatto casuale che, più di altri, ha trovato risonanza interiore ed ha messo in moto tutto un processo che si è sviluppato nel tempo, per cui, in sostanza, si può azzardare che, anche nel proporre una certa attività ai pazienti "è tutta questione di feeling", appena appena supportato da qualche osservazione iniziale.

Con criteri analoghi alla terapia degli psicotici, si può proporre e praticare l'arteterapia nei Centri che ospitano **portatori di handicap**, dove, nel casi più gravi, è spesso difficile porre una diagnosi corretta, discriminando le insufficienze mentali e/o gli innesti psicotici (in quest'ultimo caso, paradossalmente, si possono avere i risultati migliori, perché l'aspetto terapeutico risulta più premiante, provocando evoluzioni più appariscenti rispetto a quelle presentate ad esempio, dagli oligofrenici).

Si potrebbe discutere, a questo punto, sull'utilità dell'arteterapia per i portatori di handicap in cui sia prevalente il deficit intellettivo, per cui risulterebbero più utili attività di tipo pedagogico-riabilitativo. Ma, a parte il fatto che una componente rieducativa ha molta parte anche nell'arteterapia degli psicotici, è da sottolineare l'aspetto ludico dell'atelier, di apertura al piacere del fare, atto a bilanciare gli aspetti troppo rigidi e di addestramento che spesso sono prevalenti negli Istituti che li ospitano.

All'estremo opposto rispetto a questa patologia "pesante", esiste un altro campo di applicazione elettiva dell'arteterapia, riservato ai **bambini** e agli **adolescenti**, per cui è importante evitare una presa in carico eccessivamente psichiatrizzata.

La proposta di curare facendo dipingere e modellare è in genere molto meglio accetta sia dai bambini che dalle loro famiglie, permettendo nello stesso tempo di affrontare quelle difficoltà (di apprendimento, di attenzione, di adattamento scolastico) o di comportamento in famiglia che, prese in tempo, sono lievi, ma trascurate possono determinare disadattamenti più difficilmente recuperabili (avevamo già visto del resto come l'arteterapia fosse nata in origine per curare i problemi scolastici di apprendimento della scrittura).

Anche la fase di osservazione, preventiva all'eventuale trattamento, risulta meno traumatizzante, non essendo assimilabile a prove o giudizi di tipo scolastico, che invece potrebbero essere evocati da test psicologici o da colloqui esclusivamente verbali.

Si crea così un clima favorevole in cui il bambino o il ragazzino riduce l'ansia da prestazione e può esprimersi figurativamente con vantaggi sia sul piano psicologico (rinforzo dell'autostima e della valutazione di sé, per la gratificazione degli oggetti prodotti), che, indirettamente, anche sul piano del rendimento scolastico (miglioramento delle capacità di attenzione, per l'alta motivazione indotta da un lavoro attraente o anche miglioramento della motricità grafica che è messa in gioco nella pittura e nel disegno e che è comunque preludio alla scrittura...).

Anche la creta gioca un ruolo molto importante, dato che spesso rappresenta un materiale "nuovo" e quindi non connotato negativamente da spiacevoli esperienze scolastiche; può quindi facilitare un primo approccio, essendo meno astratta rispetto al disegno e tale, con la sua "corposità", da indurre più facilmente al fare: favorisce sia temporanee regressioni, talvolta necessarie a bambini troppo sollecitati, sia possibilità creative più immediate, svincolandoli dall'esecuzione di forme stereotipate, già assimilate a scuola.

Non è infine da sottovalutare l'utilità di poter interagire con i genitori utilizzando la mediazione degli oggetti e disegni prodotti dai loro figli, in modo da attenuare quel clima sempre un po' sulle difensive o di richiesta diagnostica che essi hanno quando vengono a consultare e che copre la paura/sentimento di essere colpevolizzati/colpevoli di "ciò che non va".

Poter parlare loro a partire dai lavori eseguiti contribuisce a stemperare il confronto diretto col terapeuta e a conferire più tangibilità alle sue osservazioni, rendendo evidenti, ad esempio, certe abilità o competenze che i genitori misconoscevano (come ad esempio la capacità di attenzione, o il genuino interesse, o i segnali positivi di evoluzione ottenuti con piccoli input), come anche certe ansietà e insicurezze del bambino che magari erano scambiate per superficialità od oppositivismo... L'elaborato, la traccia grafica, la statuina di creta, hanno una loro immediatezza molto più pregnante

e convincente di tante parole e spesso rendono più facile il compito di indurre i genitori a parlare a cuore aperto e a rivedere le proprie convinzioni o timori rispetto ai figli, anziché trincerarsi dietro l'oggettività del problema posto.

Se attuate in tempo, con un parallelo appoggio ai genitori, possono essere anche terapie piuttosto brevi, ri-fluidificando la situazione e rimettendo in moto la spinta evolutiva già presente, in modo da evitare la cronicizzazione in "casi speciali".

Anche se non ne ho esperienza diretta, vorrei però menzionare ancora gli ateliers per **anziani**, che si stanno diffondendo in ragione del sempre maggiore incremento dei Centri geriatrici, spesso per problemi di salute, ma più spesso ancora per semplice accoglienza o sistemazione degli anziani stessi: l'ottica prevalente di tali ateliers è quella di aumentare la "speranza di vita" non solo in termini di tempo, ma anche di qualità.

È importante infatti tenere a bada l'isolamento, il disinvestimento della realtà esterna, la rottura del contatto con gli altri, la resa di fronte ai guai fisici che non mancano mai a una certa età e che possono aumentare la depressione e la svalorizzazione di sé.

L'atelier può svolgere una funzione di incontro con altri sulla base di un interesse condiviso, è il luogo in cui il corpo, così presente e importante nella produzione artistica, può di nuovo essere preso in carico in maniera positiva e non solo come portatore di malanni; infine è un ambiente in cui si possono riattivare i processi di investimento veicolati dalle possibilità creative, che rinnovano la possibilità simbolica di proiettarsi ancora nella realtà e di lasciarvi una traccia e quindi di favorire una vitalità che tiene a bada il degrado e la morte.

Poco posso dire sull'impiego dell'arteterapia nei Centri che si occupano di recupero dei **tossicodipendenti**, dove so che in linea di massima prevalgono piuttosto ateliers di fabbricazione di oggetti artigianali. Credo che vi sia la fondata sensazione che possa essere controproducente incoraggiare un fin troppo facile rifugio in un mondo incorporeo, di immagini rutilanti e seducenti, mentre vada piuttosto favorito il contatto con la materialità, il misurarsi con le cose, le loro caratteristiche specifiche di peso, di resistenza... (forse in questo senso potrebbero venire piuttosto impiegate tecniche quali la creta, o il collage, o il lavoro con materiali diversi, rispetto a pittura o disegno).

Chi sono gli arteterapeuti?

Per quanto riguarda il profilo professionale dell'arteterapeuta occorre dire che in Italia esso non è ancora riconosciuto legalmente e che esiste attualmente tutto un movimento in tal senso, sollecitato dalle varie associazioni di arteterapia già esistenti ed attive.

Tale movimento dovrà misurarsi con la multiformità della realtà già esistente, che mostra un panorama eterogeneo sia per la formazione degli operatori (artisti, educatori, infermieri, psicologi), che per la conseguente prevalente impostazione data all'attività in atelier (artistico-pedagogica, riabilitativa, terapeutica...), che per la diversa situazione in cui gli ateliers sono gestiti (pratica privata, istituzioni per pazienti psichiatrici, per portatori di handicap, per anziani...).

Non sarà facile decidere i criteri in base ai quali "legalizzare" questo esercito di valorosi soldati alla "Brancaleone", che si sono faticosamente formati ciascuno a suo

modo in mancanza di percorsi già tracciati; ma ancora più difficile è definire idealmente una scuola di formazione per gli arteterapeuti futuri, tenendo presente che in linea di massima ci si trova d'accordo sul considerare l'arteterapia un lavoro per l'appunto riabilitativo-terapeutico, che prevede la padronanza di un doppio linguaggio: quello dell'arte e quello della psicologia e psico-patologia.

Quindi organizzare una scuola che si ponga come esaustiva di tutto questo bagaglio può diventare estremamente impegnativo, gravoso e talvolta ridondante, non tenendo conto della provenienza degli allievi, che già possono possedere competenze artistiche o cliniche e quindi hanno un "debito formativo" solo nell'area complementare.

Inoltre occorrerà prevedere una differenziazione dei percorsi, a seconda che l'arteterapeuta preveda di assumersi in toto la responsabilità clinica di un paziente in uno studio privato (cosa per cui è già richiesta l'appartenenza ad un Ordine, dei medici o degli psicoterapeuti) o invece abbia come obiettivo il lavoro in un'Istituzione in cui sarà chiamato a collaborare con altre figure professionali che si assumono i compiti diagnostici e di progettazione terapeutica globale.

Questa seconda ipotesi non significa pensare a degli arteterapeuti deresponsabilizzati, consegnandoli alla marginalità, al passatempo, al superfluo (e credo che questo libro sia stato tutto dedicato a dimostrare il contrario!). Significa piuttosto sottolineare come obiettivo principale per chi lavora in ambito istituzionale la capacità di collaborare in maniera integrata a un progetto di cura (o di riabilitazione o di prevenzione) in cui tutte le componenti sappiano portare avanti con pari dignità il proprio compito.

Due sono i fattori principali che, a mio parere, alimentano questa dignità ed autonomia (che alla guida dell'atelier deve essere massima):

1) potersi appoggiare ad un inquadramento teorico, ad una metodologia specifica, che non lascia spazio all'improvvisazione o alla generica buona volontà, né all'intromissione di altre teorie prese a prestito, valorizzando appieno la produzione artistica come mediatore di una relazione terapeutica;
2) saper trasmettere (in certo senso "tradurre") il lavoro fatto in atelier al resto dell'équipe, in modo da essere riconosciuti come coadiutori a pieno titolo di un progetto di cura (o di prevenzione, o di riabilitazione) globale.

Vano è pensare di poter fare qualcosa di positivo con pazienti gravi, quali quelli che necessitano di un lavoro istituzionale, se non ci si integra con i vari interventi (farmacologici, socioterapici, psicoterapici) magari in posizione dialettica o anche con punti di vista divergenti, ma comunque comunicando con gli altri responsabili. Ogni tentativo dissonante, che presupponga di poter fare a meno di tale collaborazione, rischia di creare ulteriore frammentazione e di risultare disorganizzante sul piano del pensiero e del comportamento, proprio per quegli utenti che vorremmo aiutare a riorganizzarsi nel pensiero e nella vita.

Esiste attualmente la possibilità di un insegnamento che sia orientato a dare questa attitudine al lavoro istituzionale? Mi sembra che il panorama imperante sia tuttora piuttosto improntato ad una visione di terapia individuale, sul modello della psicoterapia psicoanalitica, in cui ciascuno se la vede col "suo" paziente, modello che risulta improprio e inadeguato alle nuove realtà dei Centri diurni, delle Comunità terapeutiche, delle Istituzioni in genere, in cui si lavora sul gruppo e in gruppo e quindi si è in molti a condividere la responsabilità di ogni singolo paziente e del gruppo nel suo insieme.

Personalmente ho ancora una concezione un po' artigianale della "formazione alla

cura" e ritengo comunque che nessun programma ministeriale, nessun "monte ore" canonico possa garantire di sfornare dei bravi curanti (cosa del resto vera per ogni professione, in cui il diploma o la laurea o la specializzazione costituiscono in genere solo un punto di partenza, non di arrivo).

Consiglio piuttosto ai giovanissimi colleghi, magari già in possesso di qualche diploma rilasciato da corsi privati di formazione in arteterapia, di valorizzare molto l'apprendimento sul campo, affiancandosi ad arteterapeuti già formati che conducono ateliers in ambito istituzionale, attraverso gli stages, oggi permessi e previsti più diffusamente di un tempo. Questo permetterà loro, molto meglio di tante parole, di rendersi conto di un metodo di lavoro, delle problematiche diverse a seconda delle varie tipologie degli utenti/pazienti, dei rapporti tra l'atelier e l'istituzione, tra l'arteterapeuta e l'équipe...

Ugualmente considero un grande aiuto la supervisione, che è strumento principe di formazione per ogni professione di aiuto, a patto che sia fatta con un arteterapeuta e non un generico terapeuta e quindi possa avere "occhio" sia per gli approfondimenti teorico-pratici specifici dell'arteterapia, sia per l'inserzione dell'attività dell'atelier nel contesto istituzionale in cui opera.

Purtroppo i neo-arteterapeuti si vedono appioppare spesso supervisioni con persone degnissime, ma non del campo, quasi più a mo' di controllo che di vera e propria formazione, correndo il rischio di compromettere quel delicatissimo equilibrio tra i molti elementi che costituiscono una buona pratica dell'arteterapia (aspetti artistico-creativi, riabilitativo-pedagogici, comunicativo-relazionali), che ho cercato di mettere in evidenza nel corso di questo libro.

Ai colleghi un po' meno giovani, che già sono "al fronte" e che magari si rammaricano perché non potranno più iscriversi agli istituendi corsi ufficiali di arteterapia, dico, sulla base della mia esperienza personale, che nessuno può mai pensare di aver completato la propria formazione, anche avendo seguito il migliore dei corsi: mi piace piuttosto pensare ad una formazione permanente che continua a progredire nel tempo e può essere concepita come qualcosa in perenne evoluzione, parallelamente ad una crescita di esperienza, di maturità, di quesiti che via via si pongono e a cui sarebbe vano e inutile pensare di poter rispondere prima che siano sorti.

Ognuno sente e sa cosa gli manca per andare avanti e, se ha passione per il proprio lavoro, potrà colmare le proprie lacune sfruttando le occasioni che certo non mancano: libri, convegni, corsi e mostre d'arte, seminari, work-shops, incontri con colleghi, supervisione con arteterapeuti più esperti...

L'importante è mantenere aperta una triangolazione analoga a quella che proponiamo ai nostri pazienti all'interno dell'atelier: qui infatti è nostra cura inserire sempre un terzo elemento che crei una dinamica favorevole ad un'evoluzione: tra loro e noi poniamo quella mediazione che è costituita dall'oggetto creato, o viceversa siamo noi stessi che cerchiamo di essere tramite tra loro e gli oggetti prodotti, tra loro e la realtà da riprodurre..., così all'esterno dell'atelier dobbiamo avere un terzo referente, che prima di tutto deve essere costituito dal resto dell'équipe (quando sia presente), ma in secondo luogo può essere rappresentata da tutti quegli appigli che ci permettono di ancorarci all'esterno, trovandovi continui stimoli che ci sottraggano ad un'intimità troppo fusionale e ci permettano di prevedere anche per noi un divenire sempre possibile.

CONCLUSIONI

Giunta alla fine di queste pagine, mi rendo conto di come esse trasudino fatica, difficoltà da affrontare, presenza fortemente propositiva, a volte quasi ingombrante, del conduttore e, al contrario di come sembri avere poco spazio la libera espressione di sé che diventa comunicazione inter-personale, il piacere estetico di giocare con le forme, il clima affettivo caloroso e rassicurante fornito dalla relazione col terapeuta e col gruppo.

Eppure anche questi sono sentimenti per fortuna presenti e che ci permettono di sopravvivere, gratificandoci, una volta che si sia messa in piedi e avviata una relazione terapeutica soddisfacente: possiamo allora ridurre con discrezione la nostra propositività e affiancare, più che sospingere, il gruppo o il paziente che ha trovato un investimento in ciò che fa, riscoprendo a propria volta il desiderio, il piacere e la gratificazione.

Ma i sentimenti positivi non possono essere prescritti, né richiedono troppi commenti: ciascuno è felicemente disposto ad accoglierli e custodirli quando si presentino; il vero problema è quando, pur essendo auspicati, sembrano tardare a presentarsi (e con i pazienti gravi si può attendere non mesi, ma anni!) determinando sconforto nell'arteterapeuta non avvertito.

È a questa fase di laborioso decollo che si rivolge questo libretto, dove sembra prevalere più la lucida determinazione che l'abbandono al piacere di volare. Ma gli arteterapeuti, come i piloti esperti, sanno che solo così si può vincere la gravità e dare ali al desiderio.

POST-FAZIONE

di Giandomenico Montinari

Questo libro si pone obiettivi quanto mai ambiziosi: non solo giustificare sul piano teorico l'indiscusso contributo delle artiterapie in molti ambiti della terapia psichiatrica, ma addirittura cogliere, attraverso varie forme di lavoro creativo centrato sulle immagini, i processi più reconditi della psicoterapia in generale.

Si direbbe cioè che una lunga e intelligente frequentazione delle terapie espressive, in particolare per quel che riguarda i pazienti psicotici, fornisca all'Autrice gli strumenti per entrare direttamente, sia sul piano clinico sia sul piano conoscitivo, nei meccanismi più intimi di quello che noi consideriamo il processo terapeutico.

E sappiamo che si tratta di una sfida non indifferente.

L'avere per molti decenni identificato la psicoterapia con alcune tecniche di derivazione psicoanalitica, ha condotto molti ad assumere come assoluta tale cornice di riferimento, a discutere sui contenuti della cornice stessa, sul come leggerli e come costruirvi intorno i referenti metapsicologici più confacenti; ma raramente a mettere davvero in discussione il significato complessivo (direi "antropologico") della psicoterapia e a focalizzare la riflessione, più che sulle forme e le manifestazioni contingenti, sugli aspetti strutturali e di fondo che la determinano. E ancor più raramente a cercare di lavorare sull'impianto stesso del processo terapeutico, cioè sul setting, sforzandosi di esplorarne il senso e i limiti.

Questa "disinvoltura" o, se vogliamo, questa insufficiente consapevolezza, è tollerata nel rapporto con i pazienti nevrotici, di solito meno motivati o meno bisognosi di rilevare le contraddizioni della cornice in cui si svolge la loro terapia; ma non è consentita nel lavoro con i pazienti psicotici, capaci di giudizio molto più severo (seppure non direttamente espresso) e non sempre disposti a dare al terapeuta quei riscontri e quel rassicurante sentimento di consenso cui è abituato in altri contesti clinici.

È esperienza comune, per contro, che tali pazienti si avvantaggino, molto più che del trattamento psicoterapeutico (spesso addirittura dannoso, se è l'unico messo in atto) di una serie di interventi di altro genere centrati sul rapporto controllato e protetto con cose reali e concrete.

Si dimostrano utili, per esempio, forme di lavoro pratico e materiale (meglio se in gruppo), rapporti assistiti e circoscritti con realtà non psichiatriche, situazioni di verifica dei propri limiti di fronte a ostacoli fisici, organizzativi, legali; qualunque forma di pedagogia, da quella di ampio raggio, culturale e comportamentale (tipo sapere "come funziona il mondo", "cosa pensano le persone", "come ci si comporta nelle varie situazioni", ecc.), fino a quelle riguardanti l'esplorazione delle proprie abilità e la possibilità di recuperarle e di espanderle, la rieducazione di funzioni motorie e cognitive, ecc.

La combinazione di queste osservazioni (inefficacia del solo lavoro sul simbolico e indiscutibile utilità del lavoro pratico), in mancanza di una teorizzazione sufficientemente ampia e profonda, porta immancabilmente a conclusioni fuorvianti che finiscono col banalizzare il lavoro con gli psicotici e con i pazienti ad essi affini.(1) Diventa insomma facile, troppo facile dire che l'unica cosa da fare con tali pazienti è tenerli

occupati e "socializzarli" o, al massimo, "riabilitarli" in qualche modo, pensando però che non potranno mai accedere ad una terapia "vera". Inevitabilmente questo atteggiamento comporta, anche nel più sofisticato dei progetti terapeutici, la sfiducia nella loro possibilità di rientrare nel ruolo di esseri umani a pieno titolo. Prospettiva molto poco terapeutica, ovviamente, che nessuno di noi intende incoraggiare.

Elena Giordano non cade in questa trappola, e, nel dilemma tra l'impossibilità di istituire con pazienti psicotici un setting classico e i gravi rischi clinici del rinunciarvi, individua nell'arteterapia una delle possibilità più concrete a nostra disposizione, per operare quella sorta di "quadratura del cerchio" di cui tanto abbiamo bisogno. Uno strumento cioè che ci consenta di "riabilitare" i pazienti senza rinunciare al forte valore trainante di un intervento che si rivolga esplicitamente alle forme più elevate del funzionamento dell'Io; che, sviluppando grazie all'arte la capacità di lavorare consapevolmente, creativamente e con piacere sulle forme dell'inconscio, restituisca al paziente, sia pure in prospettiva non immediata, il ruolo di persona, di interlocutore a pieno titolo.

A questo punto (ed Elena Giordano ne è del tutto consapevole) il problema mostra sempre più chiaramente la sua natura squisitamente teorica: è possibile integrare due tipi di intervento inconciliabili, come quelli riabilitativi e quelli psicoterapeutici, centrati, i primi, sugli strumenti di controllo della realtà esterna e, i secondi, sull'esplorazione dell'interiorità del paziente? Come si può teorizzare una terapia psichica non mediata da fattori psicologici, cioè una ristrutturazione del mondo fantasmatico del paziente senza i consueti strumenti di intervento costituiti dalla riflessione, dall'analisi dei vissuti, ecc.?

Non voglio discutere in questa sede tutte le implicazioni che tali interrogativi comportano, per quanto si tratti di un discorso per me appassionante. Le conclusioni applicative delle risposte che mi sono dato possono essere compendiate nell'affermazione che una terapia del genere (cioè priva del setting e dei referenti teorici tradizionali) è possibile (oltre che obbligatoria), purché trovi il modo di integrare alcune acquisizioni di quella classica, sì da formare un particolare impianto bitonale, capace di lavorare contemporaneamente o alternativamente su diverse lunghezze d'onda. Modo di procedere, questo, speculare rispetto a quello dei pazienti, i quali, da un momento all'altro, funzionano a livelli diversi, di maggiore simbolicità o, rispettivamente, di maggiore concretezza di quello che dicono e fanno; per esempio quando, nel chiedere aiuto, una volta intendono l'intervento del terapeuta come finalizzato a impostare meglio la propria vita (=alto livello simbolico), un'altra volta lo intendono come un ausilio immediato a risolvere un determinato problema pratico e contingente (=basso livello simbolico).

Ho cercato di includere tutte queste riflessioni nella tabella che segue: in essa sono abbozzate due serie parallele di risposte terapeutiche, una ad alta intensità simbolica (di derivazione psicoterapeutica, centrata sui significati) e una a bassa intensità simbolica (centrata sul fare concreto), tenendo presente che, anche quando ci sforziamo di escluderlo (per esempio nel più ortodosso e asettico dei setting), le due serie sono comunque collegate e che i nostri interventi agiscono sempre su ambedue le lunghezze d'onda. Detto tra parentesi, ciò provoca nel sistema complesse risonanze interne, che andrebbero capite e controllate un po' più di quanto non si faccia di solito, per non dare luogo a interventi falsamente concreti o falsamente simbolici.

Le varie forme di terapia sono state raggruppate nell'una o nell'altra serie, in base ai criteri che vengono seguiti di solito nelle varie strutture e servizi ambulatoriali, pubblici e privati. Non si tratta ovviamente di una distinzione rigida, sia perché una simile dicotomizzazione nel nostro ambito è teoricamente e praticamente impossibile, sia perché, come sappiamo, ogni intervento terapeutico dipende innanzi tutto dal modo in cui viene inteso dal singolo operatore che lo mette in atto.

	TERAPIE A BASSA INTENSITÀ SIMBOLICA (e alta complessità organizzativa)	**TERAPIE AD ALTA INTENSITÀ SIMBOLICA (e bassa complessità organizzativa)**
	Lavoro territoriale di tutti i tipi, lavoro istituzionale di vario tipo, SPDC, ecc. Terapie comunitarie, Ergoterapia, Terapie occupazionali, Terapie ambulatoriali, farmacologiche, d'appoggio, alcune artiterapie, alcune terapie comportamentistiche, cognitive e sistemiche. Psicomotricità, Rilassamento. Training autogeno.	Trattamenti analitici e terapie analiticamente orientate di tutti i tipi, Terapia gestaltica, Bioenergetica, alcune terapie comportamentistiche e sistemiche, alcune terapie Espressive e Artiterapie ecc.: Rilassamento e lavoro corporeo psicodinamicamente orientati.
CARATTERISTICHE OPERATIVE		
	Contenitiva, limitante, anche in senso fisico, quando è il caso.	Liberatoria, espansiva.
	Non postula possibilità di lettura e di azioni alternative.	Moltiplica le possibilità di lettura alternativa.
	Concreta, agita, orienta al fare.	Orienta alla ricerca dei significati. Aperta al mondo simbolico.
	Propositiva da parte del terapeuta.	Astensiva da parte del terapeuta.
	Lavora intensamente sull'ambiente famigliare e lo coinvolge nella terapia. È attenta alle relazioni sociali del paziente e la include nel progetto terapeutico, anzi si avvantaggia di supporti esterni al progetto.	Ignora o è in tensione con l'ambiente famigliare e sociale.
	Stimola o crea occasioni di socializzazione, interne o esterne al progetto.	Si disinteressa della socializzazione.

Riconosce e ribadisce gli aspetti negativi della situazione del paziente. Tende a non sottolineare i progressi ottenuti nella terapia e le potenzialità.	Sottolinea aspetti positivi e potenzialità esistenti nella situazione.
Apparentemente “svalutativa”, fa riferimento a paziente “debole” o comunque mediamente adattato.	Valutativa, supportiva, fa riferimento a un paziente “forte”.
Tollera un consenso debole, non esplicito, o “mediato” dalla famiglia o dal gruppo in cui il paziente è inserito.	Esige un consenso forte, esplicito e diretto.
Relativamente anonima e poco personalizzata.	Personalizzata.
Trasparente, esplicita, esplicativa.	Con riserva da parte del terapeuta e con qualche aspetto “oscuro” o “misterico” nella tecnica e nella conduzione.
Obiettiva, “pubblica”.	Soggettiva, “privata”.
Gruppale più che individuale.	Individuale più che gruppale.
Con più terapeuti anche in disaccordo teorico. Con più tecniche, anche diverse e divergenti. Con più figure professionali e/o senza le figure professionali tradizionali.	Con un terapeuta. Con una tecnica fondamentale. Con una figura professionale.
Diacronica (modificabile col passare del tempo).	Sincronica (prescinde in larga misura dal fattore tempo).
Tollera o richiede vuoti e soluzioni di continuità.	È continua (nei limiti stabiliti).
Pedagogica.	Non pedagogica.
Rieducativa di funzioni e di abilità.	Si disinteressa di funzioni e di abilità.
Direttiva.	Non direttiva.
Responsabilizza sul piano tattico e non su quello strategico.	Responsabilizza sul piano strategico e non su quello tattico.
Si avvantaggia dell’obiettivazione degli strumenti e dei percorsi.	Non richiede obiettivazione.
Introduce mediatori o interlocutori relativamente “desoggettivati” (altri pazienti più gravi, animali, oggetti, gruppi, computer) o incombenze inferiori al reale livello del paziente.	Non introduce mediatori. Rimanda a interlocutori (terzi) molto consapevoli ed esigenti.

Richiede un certo grado di aggressività nella relazione e un affidamento del paziente condizionato e circoscritto.	Richiede il massimo affidamento e tollera aggressività nella relazione solo per contenere i fantasmi più distruttivi.
Sa di doversi integrare con co-terapeuti diversi, talvolta sconosciuti, incontrollabili, non professionali, al momento attuale o in futuro.	Esclude tutte le variabili del progetto terapeutico che non può tenere sotto controllo.

CARATTERISTICHE DEL SETTING

Impianto organizzativo complesso finalizzato a istituire e gestire nel tempo una linea di demarcazione, che separi di fatto le aree “psicotiche” dalle aree “sane” di una certa situazione patologica, comprendente il paziente e l’ambiente che lo circonda.	Impianto terapeutico relativamente semplice, finalizzato a gestire nel tempo la linea simbolica tra un’area “regressiva” (indotta, autoprovocata e consensuale) e la realtà esterna.
Nei casi di acuzie o di estrema destrutturazione si identifica con il contenitore fisico (muri della istituzione).	Nei casi di patologia del rapporto o di caduta del livello simbolico (per es. in pazienti borderline) si identifica con i suoi aspetti concreti e strutturati.
Nei casi di minore acuzie o di destrutturazione non grave, individua, collega e rinforza tutte le parti non psicotiche (del paziente e dell’ambiente) per racchiudere quelle psicotiche in un *contenitore* coeso e consapevole.	Nella conduzione ordinaria mantiene il suo carattere di delimitazione voluta, condivisa e semi-consapevole tra spazio terapeutico e mondo esterno.
È finalizzato all’*esposizione controllata* delle parti psicotiche del paziente alla realtà, interna ed esterna (rispetto al paziente e al progetto terapeutico).	È finalizzato ad esporre le parti più regredite e/o patologiche (gli organizzatori inconsci di patologia) ad un *confronto con la realtà*, interna ed esterna alla *situazione di terapia*.
Ottiene in tal modo un maggiore realismo e una minore distruttività da parte del paziente.	Consegue in tal modo una crescita di maturità e consapevolezza critica.
Richiede che l’attenzione e l’attività dei curanti siano rivolte a modulare il grado di protezione del paziente a seconda dei momenti e dell’andamento, della terapia.	L’attenzione del curante consiste nel mantenere e ribadire il carattere interno simbolico della situazione di terapia evitando forme di acting (notoriamente infinite e quanto mai subdole nel modo di presentarsi).
Necessita di una notevole abilità da parte dei terapeuti nel cercare di volta in volta gli strumenti più idonei all’esposizione alla realtà. Indispensabile saper capire e valutare l’impatto e il peso di ogni singolo intervento.	Richiede che il terapeuta sia perfettamente in grado di capire quando e come reintrodurre la “realtà” nella situazione di terapia, per esempio sotto forma di interpretazione.

Volendo cercare il denominatore comune e quindi il meccanismo di azione delle due serie di interventi, potremmo dire che quelle ad alta simbolizzazione si basano su un processo (autoprovocato dal paziente con l'aiuto di alcuni espedienti tecnici messi in atto dal terapeuta) di sospensione della realtà esterna e del controllo dell'Io sul dipanarsi dei contenuti. Tale procedura libera il mondo fantasmatico del paziente, come durante il sogno, e lo riconfronta poi con la realtà esterna e lo risimbolizza: per motivi tutt'altro che scontati e, a mio avviso ancora da indagare, questo lavoro produce un miglioramento clinico, un rafforzamento dell'Io e una crescita della persona.

Nelle terapie a bassa simbolizzazione, funzione di realtà e controllo dell'Io sono già carenti per motivi patologici e il mondo fantasmatico è già libero, anzi ipersviluppato e trabordante: realtà esterna e soggettività (sede della produzione di simboli) devono essere gestiti dallo staff curante, mettendosi al posto del paziente e ribaditi con energia tutte le volte che se ne presenta l'occasione. Anche in questo caso è il contatto controllato tra i fantasmi interni e la realtà esterna a produrre nel paziente un'attenuazione dei sintomi, una maggiore adeguatezza e, nel complesso, una crescita personale.

La differenza principale tra i due tipi di terapia è dunque che, nel primo, la desoggettivazione (cioè il lasciar fluire liberamente l'inconscio, fuori del controllo della coscienza) è ottenuta "artificialmente" ed è il prodotto di un'autoinibizione del paziente (possibile solo se il suo Io e quindi le sue funzioni simboliche sono sufficientemente forti); nel secondo la de-soggettivazione è un prodotto della malattia ed è espressione, al contrario, di debolezza dell'Io del paziente, mentre la sua soggettività più elevata è assente o, quanto meno, virtuale.

In ambedue i casi (pur con le dovute differenze di tempi e di modi) è il confronto concreto con la realtà a risultare benefico, purché avvenga all'interno di un quadro di riferimento forte ed espressamente finalizzato allo scopo e quindi all'interno di una qualche forma di setting.

Ma ha senso parlare di setting, quando le condizioni di terapia sono quelle accennate nella precedente tabella? E, domanda nella domanda, che cos'è, in definitiva, il setting psicoterapeutico?

È un insieme complesso di procedure che svolgono la funzione della cornice per un quadro o del palcoscenico per un'opera teatrale: delimitazione e supporto, ma anche, in certo senso, creazione dell'opera d'arte; esso prevede anzitutto una serie di reciproche verifiche (tra paziente e analista) sulla disponibilità a svolgere questo lavoro e di accordi pratici provvisti di importante valenza simbolica, come orari, pagamenti, ecc.; poi contempla che il paziente sia messo in una situazione tranquilla, appartata, silenziosa, con la presenza forte ma discreta del terapeuta, invitato ad associare il più liberamente possibile, ad interessarsi ai suoi vissuti più antichi e più profondi, a sogni e fantasie, mettendosi quanto più possibile fuori da una logica di aderenza al reale e di controllo da parte dell'Io: realtà e coscienza vengono transitoriamente lasciate fuori dalla porta dello studio, sotto il controllo vigile del terapeuta. Se tale apparato svolge bene la sua funzione e se le resistenze del paziente non sono eccessive, si verifica il transfert, sulla cui base prende corpo il lavoro analitico con le modalità suddette.

Ma quale può essere invece la cornice di un tipo di lavoro che, per definizione, non ha setting e non può utilizzare il transfert?

A questo punto, devo omettere gran parte delle considerazione teoriche connesse

a tale problema, per arrivare direttamente alle conclusioni: l'unico modo per soddisfare le esigenze di coerenza metodologica e per ovviare alle contraddizioni insite nel lavoro che io chiamo "a bassa simbolizzazione" è operare all'interno di quello che si può definire un "setting virtuale". Si tratta di una condizione di terapia che fa, sì, riferimento teorico e pratico ad un momento forte, di ripristino della propria soggettività sospesa, cioè alla riappropriazione dello psichismo inconscio, ma lo considera il punto di arrivo del trattamento, anziché il punto di partenza.

La terapia per psicotici, quindi, si identifica con una scommessa: che il setting nella sua pienezza, che adesso non c'è e che viene sostituito da un suo surrogato concretamente visibile, alla fine del nostro lavoro ci sarà.

Il far riferimento, infatti, ad un setting virtuale, non ci esime dal compito di delimitare lo spazio della terapia: è necessario cioè che una cornice venga costruita subito, con modalità tutte particolari: deve essere tangibile (e talvolta anche fisicamente contenitiva, come ben sappiamo) per rispondere a certe necessità immediate e al bisogno di concretezza e di trasparenza dei pazienti, ma immateriale come si conviene ad una cosa che non c'è ancora; deve essere forte nella strategia e nelle prospettive, ma "debole" nel quotidiano; centrata sul paziente, ma tale da non richiedergli prestazioni egoiche piene (quali espressioni di volontà, consenso esplicito e formalizzato, consapevolezza, decisionalità, ecc.); coordinata e coerente nel suo impianto, ma tale da sopportare, anzi da prevedere interruzioni, strappi, intromissioni di persone e di mediatori di vario tipo, talvolta anche apparentemente indesiderabili. Va aggiunto che la "debolezza" (cioè la permeabilità programmata a fattori esterni incontrollabili e anche disturbanti) non può essere simulata, ma deve essere reale, nella convinzione che solo così possa diventare un preciso fattore di terapia.

Non è facile, onestamente, attuare tutto ciò.

In pratica è evidente che una linea di demarcazione tra terapia e nonterapia, provvista di tutte le caratteristiche suddette, non può semplicemente identificarsi con la porta dello studio di un terapeuta, ma deve passare attraverso varie persone, istituzioni, famigliari, amici, operatori estranei al progetto, ecc. e contenere al suo interno un buon numero di attività terapeutiche cosiddette "a bassa intensità simbolica", ma anche alcune forme di trattamento individuale "ad alta intensità", simili alla psicoanalisi. Per queste ultime è particolarmente alto il rischio di un uso improprio, insito appunto nel loro essere impiegate come dimostrazione della fiducia dei curanti nella possibilità di raggiungere livelli più elevati di funzionamento dell'Io, o, più semplicemente insito nell'essere utilizzate prima di tutto come strumento di rieducazione alla puntualità, alla scansione dei tempi e all'adeguatezza espressivo verbale.

Le artiterapie hanno le stesse prerogative e si collocano nello stesso campo di tensione di tutte le altre terapie; con una particolarità, però, che, più di altre forme di intervento, lavorano dichiaratamente sulla propria componente non verbale e la modulano come strumento di interazione. In realtà tutte le psicoterapie sono in buona misura, senza saperlo, "espressive" e "non-verbali", non solo nel senso che impiegano largamente (per quanto inconsapevolmente) i sentimenti, la mimica, la gestualità, il... silenzio, ma perché i loro contenuti sono articolati, si muovono e si susseguono in base a organizzatori di carattere scenico-teatrale, narrativo, coreografico e comunque figurativo: essendo drammatizzazioni di situazioni fantasmatiche inconscie ("scene", situazioni, oggetti, comunque "immagini"), dovrebbero trovare il loro canale espres-

sivo di elezione in mediatori di tipo artistico, più vicini all'inconscio, al sogno.(2)

Nelle terapie verbali (psicoanalisi, terapie sistemiche, ecc.) questo aspetto, per quanto importante, è di solito trascurato o addirittura (con un po' di ingenuità da parte di qualcuno) negato. Si può giustificare un tale atteggiamento per il fatto che impiegare lo strumento verbale costringe ad attribuirgli un carattere decisivo e in qualche modo assoluto, anche se noi sappiamo che esso funziona, molto prima che come autentico veicolo di simbolizzazione, come forma-contenimento di emozioni primordiali e come processo di attribuzione di una struttura, pubblica e condivisibile, alle figure indefinite e polimorfe di un universo privato. Solo successivamente, se le cose vanno bene, l'interpretazione e dunque la parola comincia a funzionare anche in senso simbolico, come la metafora di un controllo e di un padroneggiamento dell'inconscio e, ancora dopo, come uno strumento razionale di trasmissione di informazioni.

All'inizio del processo l'interazione terapeutica è affidata ad altri strumenti che, purtroppo (o per fortuna!) non sono sotto controllo. Questo è vero per tutti i pazienti e per tutte le terapie. Ma con i pazienti psicotici, dediti con zelo a dimostrare l'inesistenza della realtà esterna e delle sue strutture, nonché l'irrilevanza e l'inanità del mondo simbolico, proporre un intervento terapeutico puramente verbale, da solo, è, da un punto di vista teorico, ingenuo e, da un punto di vista pratico, debole.

La forza delle artiterapie risiede nel fatto che, muovendosi come il paziente nel mondo del non-verbale, non corrono il rischio, come le terapie verbali, di venire aggirate, usate impropriamente e rese impotenti, e addirittura quasi messe in ridicolo...

Le artiterapie però, meglio di altre terapie, possono essere interpretate sia ad alta che a bassa intensità simbolica.

Come Elena Giordano ci spiega e soprattutto ci fa sentire, esse possono essere lo stimolo e il supporto di una relazione interpersonale ricca e di alto livello, presentandosi come mediatore di un'espressione di sé gradevole ed efficace e di comunicazione con gli altri. In sostanza come metafora di una presenza nel mondo capace di mediare creativamente gli impulsi privati più profondi e inconfessabili, e, se vogliamo, patologici, con le esigenze di una convivenza che richiede alle persone controllo ma anche contatto costruttivo e identificazione reciproca. Ma noi sappiamo che ciò è possibile, o almeno immaginabile, solo per pazienti che si avviano alla fine del percorso terapeutico.

Per pazienti (soprattutto psicotici) che sono all'inizio del percorso o che ancora stanno riflettendo sull'opportunità di intraprendere il cammino, le artiterapie possono essere impiegate nel senso previsto dalla tabella per le terapie a bassa intensità simbolica, col vantaggio di non snaturarsi e di non perdere le proprie potenzialità di funzionamento ad alta intensità.

In pratica risulta più facile all'arteterapeuta, rispetto ad altri operatori:

- effettuare interventi centrati su un confronto con la realtà concreta e far fare al paziente qualcosa che interessa il suo mondo interno, condividendolo con altri;
- dargli riscontri profondi, ma non mediati dalla coscienza e dalla capacità di simbolizzazione;
- inserire ciò che fa col paziente in una rete sociale e famigliare;
- contenere in maniera non traumatica, ma concreta e tangibile, l'espressività più disorganizzata;
- dare espressione "pubblica", ma accettabile a contenuti angoscianti, sgradevoli, talvolta vergognosi;

- muoversi in un setting che prevede ampie interazioni informali;
- poter non attribuire ufficialmente a quel che si fa in terapia un valore "strategico", impegnativo per la vita del paziente;
- lavorare in gruppi ed istituzioni;
- integrarsi senza conflitti con altri terapeuti e con altre figure professionali;
- procedere per cicli o in maniera discontinua;
- effettuare una pedagogia o una "narrazione" del mondo;
- rieducare funzioni (percezione, motilità, grafismo, ritmo, ecc.), controllare la mimica e la gestualità, parlare in pubblico, ecc.;
- esercitare una funzione pedagogica globale;
- dare compiti precisi e obiettivabili, ma non rigidamente impegnativi;
- tradurre l'operatività in risultati concreti, visibili;
- esprimere differenziazione e anche aggressività reciproche, senza conseguenze interpersonali reali;
- lavorare con mediatori "desoggettivati" (persone in veste di modelli, oggetti, ecc.).

Io penso che nessuno, come l'arteterapeuta, possa fare contemporaneamente interventi tanto disparati e disomogenei, senza pensare di funzionare anch'egli in maniera schizofrenica, senza snaturare la propria tecnica e senza sentirsi un operatore ininfluente all'interno del progetto terapeutico. In qualunque momento, poi, l'arteterapeuta può recuperare le proprie modalità di funzionamento "ad alta intensità simbolica" e avviare una fase del trattamento alla sua conclusione come unico terapeuta di riferimento, integrando all'interno del suo lavoro la fase della verbalizzazione dei contenuti, o anche aggirandola, se crede, senza perdere nulla dei risultati conseguiti.

Tale possibilità, se sempre presente nella mente e nella strategia dell'arteterapeuta, soddisfa le condizioni richieste per un setting virtuale e svolge più e meglio di altre figure professionali, una funzione di snodo tra gli interventi a "bassa" e ad "alta" intensità simbolica. Forse è per questo motivo che spesso l'arteterapeuta si trova ad essere, all'interno dello staff curante, quello che più di tutti "vede" il progetto terapeutico, anche e soprattutto nei frequenti momenti di "buio" e di generale senso di impotenza e di sconforto circa le prospettive terapeutiche di un paziente difficile.

E la stessa funzione è svolta da questo libro nell'odierno panorama della ricerca psichiatrica, sempre più variegato, indecifrabile e, per chi non dispone di forti punti di riferimento, pieno di insidie.

---

(1) Parlando di psicosi, in questo contesto, mi riferisco anche a tutte le forme ad essa assimilate, sul piano della conduzione dei trattamenti, e cioè alle sindromi psicosomatiche e borderline, nel senso più ampio, a quasi tutte le patologie legate all'handicap o a dipendenze di vario tipo, alla patologia dell'oralità, senza escludere gran parte delle nevrosi, fobie, ossessioni, attacchi di panico, ecc., nelle loro forme più varie.

(2) Questo in analogia con quanto avviene nella formazione di certi sintomi schizofrenici (per esempio certi deliri strutturati, come nel caso del matto da barzelletta che si crede Napoleone) e anche di molti sintomi neurotici (e non solo le tipiche scene isteriche di una volta) in tutti questi casi, l'aspetto figurativo teatrale è sempre predominante e sta sotto comportamenti che se visti fuori di questa chiave sono praticamente illeggibili.

BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA J., AUZIAS M., DENNER A., *Lécriture de l'enfant, II, La rééducation de l'écriture*, Delachaux et Niestlé, 1964, 1971.

ANDREOLI A., *Corps et psychose à travers les traitements de relaxation*, in "L'evolution psychiatrique", n. 4, 1976.

DENNER A., *L'expression plastique*, E.S.F., 1967.

DENNER A., *Les ateliers tkérapeutiques d'expression plastique*, E.S.F., Paris, 1980.

DENNER A., MALAVASI L., *Arteterapia. Metodologia e Ricerca*, Ed. del Cerro, Firenze, 2002.

EDWARDS B., *Disegnare con la parte destra del cervello*, Ed. Longanesi & C., Milano, 1986.

EDWARDS B., *Disegnare ascoltando l'artista che è in noi*, Ed. Longanesi & C., Milano, 1987.

CATALOGO DELLA MOSTRA E DEL CONVEGNO, *Figure dell'anima. L'arte irregolare in Europa*, Genova, Palazzo Ducale, aprile 1998.

FREUD S., *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* (1905), in "Opere di S. Freud", Ed. Boringhieri.

GOMBRICH E.H., *Freud e la psicologia dell'arte. Stile, forma e struttura alla luce della psicoanalisi*, Nuovo Politecnico 14, Einaudi, Torino, 1967, 9ª ediz., 1982.

MONTINARI G., *Il buco nella rete*, E.C.I.G., Genova, 1990.

MONTINARI G., *La malattia istituzionale dei gruppi di lavoro psichiatrici*, Ed. Franco Angeli, Milano, 1999.

MONTINARI G., *Psichiatria ad assetto variabile*, Ed. Franco Angeli, Milano, 2005.

PRAYER R., *Le toucher en psychothérapie*, EPI, Marsiglia, 1994.

PRINZHORN H., *L'arte dei folli*, Mimesis, Milano, 1991.

RACAMIER P.C., *Psicoterapia psicoanalitica delle psicosi*, in S. Nacht: "La psicoanalisi contemporanea", Newton Compton Italiana, 1ª ed., 1973.

SIVADON P., GANTHERET F., *La rééducation corporelle des fonctions mentales*, E.S.F., Paris, 1969.

VOLMAT R., *L'art psychopathologique*, P.U.E., 1956.

WINNICOT D.W., *Gioco e realtà*, Armando Editore, 1ª ed., 1974.

Finito di stampare nel mese di febbraio 2008
per conto di **Cosmopolis snc**
dalla **MG di Mazzoni & C. snc** di Torino
Printed in Italy