



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

L'ARTETERAPIA APPLICATA A GRUPPI DI PAZIENTI PSICOTICI

L'esperienza creativa verso una nuova prospettiva curativa

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE
ANNO ACCADEMICO 2023/2024

Docente relatore: Maurizio Gasseau

Studentessa: Alissa Russo

Matricola: 21 D03 303

INDICE

INTRODUZIONE	4
Capitolo 1 LA PSICOSI	6
1.1 DALL' ORIGINE DELLA PSICHIATRIA AL RICONOSCIMENTO DIAGNOSTICO DEI DISTURBI MENTALI	6
1.1.1 Le psichiatrie primitive	6
1.1.2 Il Medioevo, il Rinascimento e la malattia mentale	7
1.1.3 L'Illuminismo e il cambio di ideologia	8
1.1.4 L'Ottocento e la psicoanalisi	9
1.2 SINTOMATOLOGIA DEL DISTURBO PSICOTICO NELL'ERA PSICOANALITICA	11
1.2.1 Il disturbo della forma del pensiero	11
1.2.2 Spiegazione psicoanalitica della psicosi	12
1.3 TRATTAMENTO DEL DISTURBO PSICOTICO NELL'ERA CONTEMPORANEA	15
1.3.1 Psicosi e psicofarmacologia	15
1.3.2 Psicoterapia e disturbo psicotico	17
1.3.3 La psicosi e l'approccio Windhorse	19
1.3.4 Psicosi e psicodramma, il contesto grupppale	19
Capitolo 2 L'ARTETERAPIA	23
2.1 GENESI STORICA E SCIENTIFICA DELL'ARTETERAPIA	23
2.1.1 L'origine dell'arteterapia	23
2.1.2 Il '900 e l'evoluzione storica della terapia dell'arte	24
2.2 DAL SOSTEGNO EMOTIVO ALLA PROSPETTIVA PSICOANALITICA	25
2.2.1 La creatività come fonte di riequilibrio emozionale	25
2.2.2 Arte come Terapia	26
2.2.3 L'arteterapia e la prospettiva psicoanalitica	27

2.3 CHE COS'E' L'ARTETERAPIA	28
2.3.1 L'arteterapeuta e la relazione empatica col paziente	28
2.3.2 L'espressione artistica come oggetto mutevole	29
2.3.3 Il disegno come arteterapia nelle guerre	30
Capitolo 3 ARTETERAPIA APPLICATA AI DISTURBI PSICHIATRICI	33
3.1 ARTETERAPIA APPLICATA IN AMBITO PREVENTIVO ED EDUCATIVO, RIABILITATIVO E TERAPEUTICO	33
3.1.1 L'arteterapia applicata in ambito preventivo ed educativo	33
3.1.2 L'arteterapia applicata in ambito riabilitativo	33
3.1.3 L'arteterapia applicata in ambito terapeutico	34
3.2 APPROCCIO ARTETERAPEUTICO PSICODINAMICO	35
3.2.1 L'arteterapia psicodinamica	35
3.2.2 Il processo creativo e l'interpretazione terapeutica	36
3.3 ARTETERAPIA APPLICATA NEI GRUPPI	38
3.3.1 La dimensione gruppale	38
3.3.2 La conduzione nel processo creativo	39
3.3.3 La tecnica di conduzione nella sessione arteterapeutica	40
3.4 ARTETERAPIA APPLICATA AI PAZIENTI PSICOTICI	41
3.4.1 La teoria del capro espiatorio	41
3.4.2 Il fare del paziente psicotico	43
3.4.3 Arteterapia applicata nei gruppi di pazienti psicotici	45
CONCLUSIONI	48
BIBLIOGRAFIA	51
SITOGRAFIA	56

“Io parlo per i muti... Vi imploro di mettervi nel posto di coloro di cui descrivo le sofferenze prima di discutere come comportarvi con loro. Abbiatene compassione, cercate di difenderli.

Siategli amici, parlatene senza ostilità.”

John Thomas Perceval

INTRODUZIONE

L'arte e la malattia mentale non sono due concetti totalmente estranei l'uno con l'altro. È un'opinione piuttosto diffusa che la "pazzia" faccia parte della dimensione mentale dell'artista, colui che riesce attraverso la pittura, la scrittura e la musica a rappresentare il mondo più interiore dell'essenza umana. Non possiamo non menzionare, infatti, grandi artisti come Vincent Van Gogh, Edvard Munch, Ludvig Van Beethoven, Edgar Allan Poe, Virginia Woolf, figure nel mondo dell'arte che hanno vissuto e lasciato nelle proprie opere testimonianze di una sofferenza che li consumava dentro.

La capacità di esprimere attraverso le pennellate, le poesie, le note musicali il proprio tormento interiore non è ruolo esclusivo dell'artista professionista; chiunque è in grado di dare sfogo al proprio disagio attraverso un processo creativo, il che porta l'individuo a riconoscere la propria sofferenza e a dare un'identità specifica al proprio dolore. La consapevolezza del tormento psicologico porta il soggetto ad elaborarlo e a tramutare le sensazioni interiori in qualcosa di tangibile, e dunque interpretabile.

Ciò che mi ha condotto al tema di questo elaborato non è stata solo l'intensa passione per l'arte che ho da sempre, ma anche la personale esperienza di disturbo psicotico che mi ha accompagnato per una parte della mia vita. Il disagio mentale trascina dietro di sé un'angoscia cosmica che si trasforma in disperazione, paura di un futuro dai risvolti enigmatici, sensazione di perdita di controllo del corpo e della psiche, non riconoscimento della realtà.

La psicosi genera un processo subdolo: è un disturbo che nella percezione psico-fisica dell'individuo nasconde la "vera realtà" sostituendola con una "realtà parallela". Le paure generate dalla patologia conducono il soggetto in una sorta di dimensione alternativa, caratterizzata da allucinazioni, deliri e illusioni mentali. Il disturbo psicotico prosciuga il soggetto della visione che ha sempre avuto del mondo e la sua tangibilità. Il tutto sembra falso, il niente sembra vero.

In questo scenario è fondamentale veicolare le proprie energie in un processo artistico. La creatività, difatti, è stata il mezzo che mi ha condotto a esplorare il mondo interiore consentendomi di riconoscere "le tattiche della paura" e identificare le mie risorse per affrontarle.

Nel momento di fase acuta, per mettere in una sorta di pausa il flusso dirompente delle mie angosce e paranoie, ho cercato di riconciliarmi con me stessa rivolgendomi all'arte, alla ricerca della pace mentale. Nel disegno, nei colori, nella produzione artistica ho trovato una luce che mi ha permesso da un lato di scappare dalla "realtà parallela", dall'altro di rielaborare i processi della "vera realtà".

La terapia dell'arte è stata per me un vero e proprio percorso di cura. L'arteterapia, infatti, è una tipologia di trattamento a sfondo creativo, in cui l'individuo - anche quello psicotico - è in grado di esprimere sé stesso con il suo corpo e la gestualità. Che sia danza, musica o disegno, l'arteterapia offre una nuova metodologia curativa che va oltre i classici trattamenti psicoterapeutici e farmacologici affiancandoli.

Questo elaborato, composto da tre capitoli, ha l'obiettivo di portare il lettore a comprendere come anche gravi disturbi della sfera psichica possono trovare sollievo nella terapia dell'arte. Il primo capitolo si focalizzerà sul disturbo psicotico, la sua storia, il riconoscimento diagnostico e le terapie associate al trattamento. Verranno approfonditi la visione psicoanalitica e i trattamenti legati a tale modello succedutisi nel tempo per poi proseguire verso l'era contemporanea.

Nel secondo capitolo affronteremo il concetto di arteterapia, la sua origine, l'espressione artistica nel corso della storia, le tecniche terapeutiche e come può essere applicata nella relazione con il paziente. Si darà enfasi all'arte intesa come disegno ed espressione di immagine. Osserveremo, inoltre, l'espressione artistica come rappresentazione dei propri lati inconsci attraverso il processo creativo.

Infine, il terzo capitolo esplorerà l'arteterapia applicata alla psicosi all'interno di una dimensione gruppale; osserveremo l'unione del processo artistico e del disturbo psicotico come possibile trattamento della psicopatologia stessa, inizialmente dal punto di vista individuale fino al contesto gruppale.

Grazie alla mia personale esperienza e agli studi condotti in Psicologia, ho concluso che desideravo con questo elaborato portare alla luce un disturbo non sempre protetto e considerato, ma nascosto per paura o per lo stigma, purtroppo ancora attuale, sulla salute mentale. Non volevo soltanto parlarne, ma affiancare due concetti non così distanti tra loro: l'arte prende la forma di terapia; la psicosi come funzionamento mentale da curare con l'arteterapia.

È con questo elaborato, frutto di passione, disperazione, esperienza, studio che introduco il lettore a una nuova prospettiva: c'è sempre la possibilità di guarire se ci ricordiamo chi eravamo e cosa abbiamo amato fare. La malattia non nasconde mai la nostra vera identità, se ci ricordiamo di colorarla prima che arrivi il buio.

Ringrazio chi ha reso possibile la realizzazione di questo sogno.

I miei genitori, Lina e Giovanni, che mi hanno sempre supportata e trasmesso l'amore per il sapere, insegnandomi a non arrendermi mai.

Mia sorella gemella Aurora, che in virtù delle nostre differenze mi ha insegnato a valorizzare la mia unicità.

Il mio fidanzato Cristian, che con amore mi ha sempre fatto sentire forte anche nei momenti più difficili.

Le mie amiche e i miei amici, che mi hanno sempre sostenuto nelle difficoltà e non hanno mai smesso di credere in me.

Ringrazio il mio relatore, Professor Maurizio Gasseau, per avermi trasmesso la passione per la psicologia e accompagnato in questo percorso tutto in salita.

Infine, ringrazio me stessa, per essermi rialzata ogni volta che sono caduta, e per non essermi mai arresa ai sacrifici.

CAPITOLO 1

LA PSICOSI

1.1 DALL'ORIGINE DELLA PSICHIATRIA AL RICONOSCIMENTO DIAGNOSTICO DEI DISTURBI MENTALI

“Prima di guarire qualcuno, chiedigli se è disposto a rinunciare alle cose che lo hanno fatto ammalare”

Ippocrate di Kos

1.1.1 Le psichiatrie primitive

Da questa che è una tra le frasi più celebri sulla salute mentale, si può intuire come Ippocrate di Kos avesse già compreso nella Grecia del V e IV sec. a.C cosa fosse la malattia psichica, ancor prima che venisse coniato il termine scientifico. La malattia mentale, difatti, era un concetto non sconosciuto nell'antica Grecia di Ippocrate, concetto a cui il padre della medicina scientifica diede una connotazione diversa ed innovativa rispetto alle conoscenze primordiali.

In effetti, egli ebbe il merito di confutare le convinzioni animistiche delle psichiatrie primitive e di quelle degli antichi Egizi. Le prime concezioni sui disturbi mentali, risalenti addirittura al neolitico, vedevano nei sintomi l'espressione del potere delle divinità, ovvero forze esterne in grado di influenzare le azioni del soggetto disturbato. Gli antichi Egizi non operavano una scissione del sintomo dalla persona, ritenendo che tutte le malattie, senza distinzione tra fisiche e mentali, e le loro manifestazioni avessero un'origine fisica e che i sintomi - dunque anche quelli psichici - fossero localizzati nel cuore.

Ecco, dunque, che la psichiatria in senso stretto nasce con i Greci, i primi a distaccare le cause della malattia mentale dal concetto mistico di intervento divino-soprannaturale, riconducendole con convinzione a eventi naturali. Gli studiosi dell'avanguardistica società greca non si avvalevano di tecniche di esorcismo contro spiriti maligni ma di teorie innovative. Lo stesso Ippocrate introdusse la tesi “rivoluzionaria” secondo la quale la salute, e quindi anche la malattia, fossero il frutto di determinate circostanze della vita e non di fenomeni mistici. I medici greci, pertanto, trattavano il soggetto sintomatico con approcci diagnostici e terapeutici completamente estranei a interventi divini, riconducendo il disturbo mentale a origini organiche.

Ad Ippocrate di Kos, che applicava la medicina associata tradizionalmente alla filosofia, viene attribuito il merito dell'avanzamento del metodo sistematico della medicina clinica, tra cui quella dedicata alla salute mentale. Egli introdusse nel mondo della medicina la “teoria umorale”, concepita per fornire una spiegazione scientifica all'insorgere delle malattie, tra cui quella mentale. Secondo tale teoria, nel corpo umano circolavano quattro fluidi fondamentali per il mantenimento dell'equilibrio psicofisico, denominati “umori”: sangue, bile gialle, bile nera, flegma.

Alla luce di ciò, si può dedurre che nei tempi antichi non vi fosse dunque una vera e propria distinzione delle varie malattie mentali. Il modello scientifico di identificazione dei disturbi

psichiatrici verrà poi modificato e sviluppato diversamente col passare degli anni e con nuove conoscenze, ma l'evoluzione storica del concetto di malattia mentale prenderà ispirazione dalle teorie di Ippocrate di Kos e Galeno di Pergamo.

1.1.2 Il Medioevo, il Rinascimento e la malattia mentale

Il Medioevo si rivela un'era in cui si manifesta una regressione dal punto di vista scientifico. Con l'avvento del cristianesimo cambia la percezione e la considerazione della malattia mentale e del malato portatore: quest'ultimo viene ritenuto colpevole della sua sofferenza e "follia", in quanto punito dal Signore per essere caduto nelle passioni e nei vizi che la religione cristiana riteneva peccaminosi. Altre motivazioni ricadevano sull'intervento di demoni e influenze astrali.

Il Medioevo fu un periodo caratterizzato dalla paura dell'ignoto e di tutto ciò a cui si adducevano origini e significati soprannaturali. La causa del manifestarsi di una malattia mentale veniva identificata, infatti, nell'azione maligna di magia nera da parte delle streghe, introduzione questa ad un'ottica demonologica. Il disturbo psichico nel Medioevo era dunque definito come "follia"; il trattamento per gli individui che ne soffrivano era per lo più inesistente, e ai malati non veniva fornito aiuto. L'età medievale, quindi, non portò particolari innovazioni nella medicina e nella clinica, ma ad essa si deve riconoscere lo sforzo di aver attuato un'imponente organizzazione ospedaliera con la costruzione di strutture appositamente realizzate per la gestione e la cura dei malati che soffrivano di disturbi mentali, a cui si aggiunsero, come ulteriore luogo di cura, i monasteri. Per la "terapia" si utilizzavano per lo più le conoscenze inerenti i disturbi psichici degli antichi greci, di Ippocrate e Galeno, di cui si ripresero le teorie.

Eppure, sempre nell'età medievale la tradizione ebraica, come testimonia il Talmud (testo sacro dell'ebraismo), considerava i soggetti "folli" come vittime di una malattia e non di una possessione, il che fa pensare a una concezione umanitaria del disturbo mentale, un fiducioso spiraglio di luce nell'epoca della magia e del soprannaturale.

La graduale erosione dell'allora Impero Romano aveva portato grandi cambiamenti, non solo a livello politico-territoriale, ma anche a livello sociale e religioso. La scissione tra i Cristiani provocò un'ulteriore regressione dal punto di vista della medicina: coloro che soffrivano di disturbi psichici venivano considerati eretici, e gli eretici malati mentali. L'eresia era l'origine dei loro mali ma anche il peccato per il quale essi avevano meritato la sofferenza, quindi da eliminare nel metodo più severo possibile. I monasteri che ricoprivano il ruolo di ospedali erano luoghi sicuri dove, secondo San Benedetto *"la cura del malato deve essere posta al di sopra e prima di ogni altro dovere"*.¹

Successivamente, l'epoca del Rinascimento divenne testimone del confutare delle cacce alle streghe e dei metodi di esorcismo. Purtroppo, questo non vietò ai regimi assolutistici di stipulare leggi di isolamento e campagne di ritiro sociale per coloro che soffrivano di malattia mentale. Dai programmi di emarginazione non erano esclusi le classi povere, gli omosessuali, i delinquenti e i prigionieri politici e religiosi, per i quali si arrivò ad istituire apposite strutture deputate all'internamento umano. Nonostante la costruzione di strutture che "apparentemente" curavano i pazienti, il numero dei soggetti malati era così elevato che la maggior parte di essi venivano rinchiusi in prigione e incatenati.

In questo clima di emarginazione e di assoluta mancanza di empatia col soggetto malato, avveniva, sorprendentemente, l'identificazione di uno dei primi disturbi mentali grazie ai grandi pionieri della

¹ Martini M., De Stefano F., Schiavone M., Ciliberti R., (2015), *Orientamenti etici in psichiatria: lineamenti storici dall'antichità al Rinascimento*, *Medicina nei secoli Arte e Scienza*, 27/1 (2015) 289-308 *Journal of History of Medicine*

psicologia nell'era moderna, Thomas Sydenham e Girolamo Mercuriali, i quali furono tra i primi a identificare la nevrosi, finalmente sottoponendo i pazienti che ne soffrivano a cure mediche, mentre la psicosi rimase ancora sfuggente alle menti dell'epoca.

1.1.3 L'Illuminismo e il cambio di ideologia

La mentalità e le ideologie riguardo la malattia mentale dell'epoca medievale e rinascimentale giungeranno fino all'Illuminismo, che infatti ereditò le diverse concezioni sia mediche che religiose sulla follia. Con l'affermarsi delle idee illuministe, si osservò l'abbandono delle antiche dottrine e l'arrivo di nuovi paradigmi, in questo caso laici. Gli illuminati del tempo si rifiutarono di credere ai fanatici religiosi e alle rivelazioni dei sacerdoti e, anzi, con il tempo, riuscirono a comprendere che i malati ritenuti "posseduti" erano semplicemente soggetti affetti da un "disturbo" psichico. La manifestazione psicopatologica non era altro che riconducibile a una malattia di tipo somatico.

Nuove teorie della "follia" furono sviluppate nel corso del XVIII secolo. I medici illuministi sostenevano che la malinconia, la tristezza e la mania non erano causate da forze sovrannaturali, ma bensì originate all'interno del corpo umano, allontanandosi anche dalle teorie descritte da Ippocrate e Galeno. Queste cominciarono a perdere credibilità grazie alla "nuova scienza" introdotta da Renato Cartesio, che interpretava il corpo dando più importanza ai solidi anziché ai fluidi.

Nonostante l'idea assoluta che l'anima fosse inviolata dalla malattia mentale e che quest'ultima avesse cause somatiche, i medici illuministi si ritrovarono comunque a spiegare la realtà della "follia". Molti furono coloro che introdussero nuovi paradigmi scientifici e metodi di trattamento della malattia mentale e che cercarono di scoprire cosa si celasse dietro il disagio psichico; uno di questi medici fu Philippe Pinel.

Pinel viene considerato uno dei maggiori protagonisti della medicina e della psichiatria francese; la sua notorietà viene associata alla rivoluzione psichiatrica che attuò nei manicomi, liberando dall'isolamento e dalle condizioni inumane i pazienti rinchiusi. Fu il primo a dedurre che per trattare effettivamente i pazienti era necessario non solo instaurare un dialogo e una percezione di fiducia, ma anche di riconsiderare la malattia mentale oltre l'approccio semantico e organicistico; il disturbo psichico sorgeva a causa di un evento specifico vissuto dal soggetto.

Nel Regno Unito, William Tuke introdusse un metodo rivoluzionario nel mondo della psichiatria, tanto da influenzare la giovane nazione americana; egli eseguì una modalità di trattamento diverso, consistente nel "reatreat", ovvero la re-introduzione in comunità specializzate dei pazienti precedentemente isolati negli "Asylum", asili di contenimento sociale inglesi.

In Italia, la situazione iniziò a migliorare grazie alle attività di Vincenzo Chiarugi, medico e psichiatra fiorentino, che attuò interventi simili ai suoi colleghi europei, ma andò anche oltre. Con il suo *"Trattato della pazzia in genere e in specie"* del 1794, Chiarugi definì la pazzia come un *"delirio cronico permanente con offesa primitiva dell'organo cerebrale"*². Trattando la pazzia come fenomeno che ha origine interna all'individuo, lo scienziato toscano confermò il concetto somatico di pazzia. Portando la follia in ambito strettamente medico, egli creò dunque i presupposti per la sua curabilità: *"le nostre cure si sono ristrette alla sede della malattia, cioè alla parte contenuta nel cranio"*³, e

^{2 3} Chiarugi V., (1991), *Della pazzia. In genere e in specie*, CIC Edizioni Internazionali (curatori: V. Andreoli, L. Bonuzzi)

divenne, nel contempo, più selettivo e molto attento a porre dei limiti all'identificazione della pazzia, in quanto a suo parere *“al termine era stata data troppa estensione di significato”*.⁴

Il Trattato di Chiarugi è senza dubbio il primo moderno trattato di psichiatria, in quanto illustrò la malattia mentale sul piano psicologico, nosologico, fisiologico, e clinico a partire da una pura base osservativa dei pazienti, le cui affezioni erano quelle che oggi identifichiamo come *disturbi psichici maggiori o psicosi* (sia organiche che endogene).

L'Illuminismo rappresenta dunque una parte molto importante per il trattamento dei pazienti con malattia mentale e segna una svolta per l'identificazione di tali disturbi. Le nevrosi, principalmente, divengono la manifestazione delle teorie organicistiche che si concentravano maggiormente sul sistema nervoso, divenendo così la patologia più studiata e quindi trattata dai medici del tempo. Questo lasciava da parte quei fenomeni psichici del tutto inspiegabili: allucinazioni, deliri e comportamenti paranoidei. Fu così che quelle manifestazioni psichiche del paziente a cui non poteva darsi alcuna spiegazione presero il nome di “psicosi”.

Prima di addentrarci nella genesi e la conseguente coniazione del termine, è giusto approfondire il contesto storico in cui ci si trova: l'Illuminismo era riuscito a fornire una diversa prospettiva riguardo la malattia mentale e il suo trattamento. Molti medici illuministi avevano originato un primo prototipo di psicologia come non più branca della filosofia, bensì come una scienza dotata di metodo e ricerca empirica. Il disturbo psichico si stava lentamente liberando di ogni associazione metafisica e religiosa, abbandonando il concetto di malattia come dimensione danneggiata dell'anima, osservazione prevalentemente filosofica.

1.1.4 L'Ottocento e la psicoanalisi

Inserita nel contesto storico e sociale delle rivoluzioni industriali, l'età dell'Ottocento fu segnata da innovazioni e progressi scientifici considerati il solo metodo di conoscenza possibile. La corrente positivista esaltava la scienza e, con il suo approccio descrittivo, ne celebrava la forma come conoscenza assoluta. Si notano due aspetti interessanti ed opposti che caratterizzano l'Ottocento come base della psicologia: nuovi movimenti a livello di conoscenza della psiche e metodi innovativi per curarla, e la riapertura dei manicomi. Questa suddivisione accade in quanto il trattamento psicologico rimarrà un lusso per molto tempo, ma in cosa consisteva esattamente?

La psicologia, come già enunciato precedentemente, era una branca della filosofia. Come abbiamo potuto constatare, molte scoperte, nel corso del tempo, hanno portato a nuovi paradigmi scientifici che hanno permesso di abbandonare lentamente le vecchie credenze riguardo il corpo umano e la mente. Fino ai primi decenni dell'Ottocento la psicologia rimarrà un ramo della disciplina filosofica, che indurrà numerosi filosofi a interessarsi alle funzioni della psiche. Tutto ciò che si sapeva sulla mente e la sua differenziazione era lavoro del filosofo.

Intorno alla metà dell'Ottocento poi, una nuova prospettiva tentò di staccarsi dal metodo metafisico, introducendo un nuovo orientamento teorico: la filosofia si era sempre prefissata di studiare i comportamenti umani come distaccati dai comportamenti animali, concetto che venne superato dal nuovo metodo scientifico ispirato da Charles Darwin, con la “teoria dell'evoluzione”.

⁴ Chiarugi V., (1991), *Della pazzia. In genere e in specie*, CIC Edizioni Internazionali (curatori: V. Andreoli, L. Bonuzzi)

Nella seconda metà dell'Ottocento si compirono i primi studi sul cervello su pazienti cerebrolesi, il che portò alla scoperta dell'esistenza di aree cerebrali che portavano a compimento specifiche funzioni mentali. Le continue scoperte portarono a discostarsi sempre di più dalle vecchie ideologie, permettendo di stabilire basi fisiologiche come spiegazione dei processi mentali umani. Durante questi studi, il concetto di "psicologia" come scienza a sé stava prendendo forma, arrivando a due definizioni.

Wilhelm Max Wundt, utilizzando metodi scientifici per lo studio della mente e dell'anima (istituì il primo laboratorio di psicologia sperimentale), definì la psicologia come scienza. Con la prima definizione, psicologia come la "*scienza dell'anima*", il padre della psicologia considerò i processi psichici come manifestazioni di una componente metafisica. Con l'altra definizione, psicologia come la "*scienza dell'esperienza interna*", Wundt definì come i processi psichici fossero tali a seconda del vissuto e dell'esperienza, soffermandosi dunque all'introspezione. Nonostante nessuna delle due definizioni corrisponda alla scienza attuale, esse fornirono un primo passo avanti per giungere al significato odierno di psicologia.

Riprendendo il modello evoluzionistico di Darwin, molti intellettuali dell'epoca ottocentesca diffusero varie scuole di pensiero: da una parte si sviluppò una prospettiva organicistica relativa all'evoluzione del sistema nervoso, in particolare il cervello; dall'altra, si osservavano comportamenti possibilmente legati ad alcune specie di animali, potenzialmente definiti per l'adattamento e per la sopravvivenza. La teoria darwiniana servirà anche come punto di riferimento per lo studio delle emozioni e delle espressioni facciali ad esse relative.

La psicologia divenne "sperimentale": si svilupparono veri laboratori di ricerca specializzati nelle percezioni e nelle sensazioni guidati da Theodor Gustav Fechner, ricercatore di psicofisica. Il primo laboratorio venne fondato da Wilhelm Max Wundt, nel 1879 a Lipsia. Le scoperte individuate portarono la giovane psicologia scientifica ad essere nominata "psicologia fisiologica". Solo successivamente diverrà "psicologia sperimentale". In questo periodo, una nuova corrente di pensiero giunse con lo psicologo statunitense William James. Egli introdurrà una visione alternativa alla scuola di Wundt, sottolineando processi psichici sfuggiti che nominerà come "flusso di coscienza". Ciò non farà parte di dati psichici direttamente osservabili e misurabili, bensì si appoggerà a una visione interna più profonda e soggettiva.

L'influenza darwiniana che considerava la mente come concetto adattatosi all'ambiente era ancora presente; le correnti e scuole di pensiero del tempo, infatti, erano ancora influenzate dal modello darwiniano, che però venne superato dalla teoria della forma, ovvero la *Gestalt* con Max Wertheimer e dal *comportamentismo* con John Broadus Watson.

La psicologia ottocentesca, come si è visto, è segnata da movimenti basati principalmente sul comportamento, anche se ciò che la caratterizza maggiormente è l'avvento della "psicoanalisi". Essa nasce da Sigmund Freud, neurologo e psicoanalista austriaco. Partendo dalla traduzione dal tedesco del neologismo utilizzato da Freud, la psicoanalisi può essere definita *sia come metodo di indagine sui processi mentali e sul funzionamento della mente umana, adulta e infantile, normale o patologica, sia una tecnica di cura delle malattie psichiche basata sull'uso della parola.*⁵ Le sue teorie e scoperte ebbero un impatto significativo su molti settori culturali, come la religione e la psicologia dell'arte,

⁵ Fornari F., (2024), *Il sogno di Irma e il destino della psicoanalisi*, MIMESIS Collana: Biblioteca di Psicoanalisi 2024

sulla medicina psicosomatica e sulle ricerche antropologiche. Egli fu inizialmente interessato agli studi sull'*isteria*, una manifestazione di disturbi nevrotici molto intensi, che colpiva maggiormente le donne. Lo studio di tale malattia non fu solo oggetto di interesse per Freud, ma anche per Jean-Martin Charcot, neurologo e ipnotista francese. Non per caso Freud volle partecipare alle sue lezioni riguardo l'*isteria*, imparando a sua volta la tecnica dell'*ipnosi*.

Freud, dunque, utilizzò l'*ipnosi* per molto tempo come metodo di trattamento e di cura, che gli permise durante la sua carriera di approfondire un concetto allora poco affrontato: l'*inconscio*.

Il termine “psicosi” veniva correlato parallelamente alla *nevrosi*, in quanto la malattia nevrotica veniva attribuita ad ogni disturbo organicistico relativo a una disfunzione del sistema nervoso. Proprio per questo, Ernst Von Feuchtersleben, scrittore austriaco, coniò nel 1845 la parola “psicosi”, descrivendola come *“la malattia della psiche che ha la sua radice nell'anima anche se è mediata dall'organo del senso (...). Ogni psicosi è nello stesso tempo una nevrosi perché senza l'intervento della vita nervosa non si manifesta alcun cambiamento psichico”*.⁶

Il termine psicosi, quindi, venne utilizzato per descrivere tutto ciò che la psicologia a livello scientifico non poteva comprendere.

1.2 SINTOMATOLOGIA DEL DISTURBO PSICOTICO NELL'ERA PSICOANALITICA

1.2.1 Il disturbo della forma del pensiero

Il disturbo psicotico è una condizione psicopatologica caratterizzata dalla destabilizzazione della struttura psichica focalizzata sui rapporti tra esistenza e rappresentazione. Definita anche come *“disturbo della forma del pensiero”*, si tratta di una patologia molto complessa, che non può essere descritta in un'unica definizione; essa può manifestarsi in fasi temporali diverse con sintomatologie particolari, quali allucinazioni, deliri, paranoie e angosce. La psicosi è uno stato di funzionamento mentale differente dalla nevrosi e dagli stati borderline. All'interno dei disturbi psicotici vi sono le schizofrenie, la psicosi maniaco depressiva, le psicosi alcoliche e le psicosi senili.⁷ Come termine, è di scarsa utilità nella classificazione dei disturbi mentali (citazione), in quanto non si ha una conoscenza sufficientemente esplicativa sulle cause e sul disturbo nella sua forma più pura.

Nell'era moderna e secondo l'Oxford English Dictionary, viene indicata come *“ogni malattia mentale o disturbo che è accompagnato da allucinazioni, deliri o confusione mentale e perdita di contatto con la realtà esterna, attribuibile o non a una lesione organica”*.⁸

Nel mondo della psichiatria, l'APA (American Psychiatric Association) definisce la psicosi nel DSM-IV (Diagnostic and Statistical manual of mental disorders), come *“un disturbo mentale maggiore di origine organica o emozionale nel quale la capacità personale di pensare, reagire emotivamente, ricordare, comunicare, interpretare la realtà, e comportarsi appropriatamente è così compromessa da interferire grossolanamente con la capacità di far fronte alle ordinarie richieste di vita”*.⁹

⁶ Von Feuchtersleben E., in Dizionario biografico austriaco 1815-1950, pubblicato a cura dell'Accademia Austriaca delle Scienze, 1957

⁷ Gasseau, M., (2024), Sulla psicosi, Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche, Università della Valle d'Aosta

⁸ Enciclopedia Treccani, traduzione di OED Oxford English Dictionary - 2024 Oxford University Press

⁹ Enciclopedia Treccani, traduzione di American Psychiatric Glossary 8th Edition – Narriman C. Shahrokh & Robert E. Hales editors 2003

Attualmente, nel DSM-5 la psicosi come disturbo a sé non è ben definita (APA. 2013), bensì viene associata allo spettro della schizofrenia, come sintomatologia di quest'ultima. La psicosi, infatti, è spesso collegata a una possibile forma di schizofrenia, sia come esordio che come causa.

Diversamente, L'ICD-10 (Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati), definisce il disturbo psicotico come "semplicemente indicato dalla presenza di allucinazioni, deliri o un limitato numero di diverse anomalie di comportamento".

La sintomatologia della psicosi secondo il DSM-5 (APA. 2013) è altamente soggettiva nel mondo interiore della persona che ne soffre, nonostante i punti in comune dal punto di vista di classificazione dei sintomi. Questi si dividono in diverse categorie.

Deliri: consistono in convinzioni o idee errate, non condivisibili e persistenti nonostante le evidenze contrarie, in correlazione con l'ambiente socioculturale (citazione). Sono a loro volta divisi in più categorie:

- Persecutori: è il credere da parte del soggetto di essere in pericolo a causa di un individuo, un'organizzazione o altri gruppi. In questo caso si ha il terrore di essere feriti e subire del male dalle entità elencate precedentemente.
- Grandiosi: il soggetto crede che di possedere abilità speciali, fama, ricchezza o di avere una relazione speciale con una persona famosa o qualche divinità.
- Di controllo: tratta dell'idea che le proprie azioni, pensieri, sentimenti ed impulsi siano sotto il controllo di qualche forza esterna al soggetto, quindi al di fuori della propria volontà.
- Erotomatici: quando il soggetto crede erroneamente che un'altra persona sia innamorata di lui.
- Somatici: il delirio è per lo più riguardante l'aspetto organico e il funzionamento del proprio corpo.
- Nichilisti: prevedono la convinzione che una grande catastrofe stia per avverarsi.
- I deliri sono spesso riferiti con l'aggettivo "bizzarri" nel momento in cui essi sono principalmente centrati su fenomeni che la realtà culturale del soggetto considera non possibili.
- Allucinazioni: sono percezioni immaginarie sensoriali, nessun oggetto reale stimola l'organo di senso. Sono chiare e vivide, caratterizzate dalla forza di una normale percezione. Esse agiscono involontariamente, non per volere del soggetto. Possono manifestarsi in più sensi, ma le più comuni sono quelle uditive. Le allucinazioni uditive si esprimono con voci che possono essere sia familiari che non. Esse sono percepite come lontane dall'individuo e dai suoi pensieri, verificandosi in due periodi diversi: durante l'addormentamento (allucinazioni ipnagogiche) o il risveglio (allucinazioni ipnopompiche).
- Pensiero disorganizzato: è tipicamente associato alla capacità di dialogo del soggetto. Il pensiero risulta tale nel momento in cui sussiste un eloquio incoerente, non finalizzato che scivola da un tema all'altro (citazione). L'individuo potrebbe sviluppare la tendenza a produrre discorsi confusi, incomprensibili anche a livello lessicale e grammaticale.

1.2.2 Spiegazione psicoanalitica della psicosi

La psicosi, proprio per la sua complessità, non sempre veniva considerata come disturbo dal quale guarire; la maggior parte di coloro che ne soffrivano erano destinati all'isolamento sociale e umano nei manicomi. Con l'avvento della psicoanalisi e di Sigmund Freud, la psicosi venne interpretata come: "una rottura dell'Io con la realtà esterna. L'Io ritorna al suo stato originario indifferenziato,

vale a dire si dissolve interamente o parzialmente nell'Es che non ha conoscenza degli oggetti e della realtà". Freud, ritenendo che il disturbo psicotico fosse in grado di non sviluppare un transfert, affermava come in questo caso non fosse necessaria l'applicazione del trattamento psicoanalitico, in quanto il suo modello terapeutico avrebbe dovuto subire delle modifiche. Egli, quindi, non credeva che fosse possibile instaurare un rapporto terapeutico col paziente psicotico.

Karl Abraham, psichiatra e psicoanalista tedesco, ritenne - diversamente dal collega austriaco - che fosse possibile avviare un rapporto psicoterapeutico con un soggetto psicotico. Paul Federn, psicoanalista austriaco, sostenne nei suoi studi che fosse assolutamente possibile instaurare un legame stretto a livello transferenziale fra il terapeuta e la personalità psicotica. Egli, fino alla morte di Freud, con il quale aveva un forte legame paterno, non attuò particolari cambiamenti se non proseguire la dottrina freudiana. Con la scomparsa del fondatore della psicoanalisi, Federn iniziò a sviluppare idee sempre più chiare riguardo la teoria sulla psicosi.

Diversamente dal suo predecessore, per Federn, nel soggetto che soffre di psicosi, *"Io, Es, Super-Io, nel soggetto psicotico, avevano 'confini immaginari' vacillanti e incerti, per cui accadeva che L'Es spesso prorompeva invadendo l'Io. Si trattava quindi di agire attraverso una rimozione sintomatica delle pulsioni dell'Es ed una graduale ricostruzione dei confini precari dell'Io"*.¹⁰ Tale teoria, venne nominata "Psicologia dell'Io". Per arrivare a ciò, Federn si avvicinò non alla parte malata, ma alle strutture sane che il soggetto possedeva. Egli credeva che i problemi mentali non fossero causati da problemi narcisistici come sostenuto dalla dottrina freudiana, bensì dalla debolezza della struttura dell'Io. Per curare il soggetto psicotico, era necessario restituirgli la parte sana e conscia che non era possibile raggiungere attraverso metodi freudiani, come le libere associazioni.

Successivamente, Heinz Hartmann introdusse la seconda parte di vita della Psicologia dell'Io: egli sosteneva che l'Io era influenzato dagli effetti esterni durante lo sviluppo dell'individuo, e che quindi la psicosi potesse essere un risultato di un disequilibrio anche a livello ambientale, e non solo dell'Io. Proprio grazie a questa affermazione, Hartmann riuscì a confutare l'idea che l'uomo ideale dovesse essere libero dai conflitti e dalle debolezze a livello mentale. I nuovi modelli si scontrarono contro quelli freudiani, che ritenevano non solo che il disturbo psicotico fosse incurabile, ma che questo non fosse in grado di avere una dimensione onirica e temporale solida. Secondo Hartmann, gli esseri umani potevano sviluppare disturbi psichici anche a causa di fattori ambientali esterni. Con questa nuova concezione, che diede più forza al modello della Psicologia dell'Io, Hartmann si distaccò dall'idea degli istinti e delle pulsioni creata da Freud.

Wilfred Bion, psicoanalista britannico, fu una figura molto importante per le teorie sulla psicosi, più specificatamente, sulla personalità psicotica: il 5 ottobre 1955, Bion condivise presso la Società psicoanalitica britannica il suo saggio riguardo la differenziazione tra personalità nevrotica e personalità psicotica, precisando i punti principali della sintomatologia di quest'ultima:

- La preponderanza degli istinti distruttivi
- L'odio per la realtà sia esterna che interna
- La minaccia di annientamento continua
- La tendenza a formare precocemente relazioni oggettuali, tra cui quella del transfert, fragili ma tenaci allo stesso tempo

¹⁰ Fontani, S., *L'approccio a soggetti psicotici al tempo di Freud*, <https://www.susannafontani.it/articoli/141-l-approccio-a-soggetti-psicotici-al-tempo-di-freud>

Secondo Bion, la caratteristica della personalità psicotica più rilevante è “la preponderanza degli istinti distruttivi”, dove si assiste a un continuo conflitto tra pulsioni di morte e pulsioni di vita. In questo caso, la prevalenza maggiore è relativa alle pulsioni di morte. Sono proprio quest’ultime a causare nel soggetto psicotico una scissione sia con il mondo interiore che con quello esteriore: lo psicotico è consumato da un profondo odio verso queste due dimensioni, causato dal grande potere degli istinti distruttivi. Secondo Bion, le aggressioni verso il sistema di coscienza del paziente psicotico, sono molto simili agli attacchi “sadici” che in fantasia il bambino rivolge verso il seno materno, riferendosi così ai concetti kleiniani di distruzione e frantumazione dell’Io. Il tutto non è altro che una spiegazione analitica di come il soggetto psicotico espelle una parte della propria personalità, staccandolo e spezzandolo meticolosamente.

Freud, nel suo pensiero relativo alle psicosi e alle nevrosi, sostiene che *“la nevrosi sarebbe l’effetto di un conflitto tra l’Io e il suo Es, mentre la psicosi rappresenterebbe l’analogo esito di un perturbamento simile nei rapporti tra l’Io e il mondo esterno”*.¹¹ Bion prende questa affermazione e la conclude, sostenendo che l’inquietudine relativa al rapporto con il mondo esterno è correlato all’Io e alle sue alterazioni, quest’ultime attivate nel passaggio dal principio di piacere a quello di realtà.

Il soggetto psicotico tende a credere nel cambiamento della realtà, e trova soddisfazione nel momento in cui le sue credenze sembrano trovare luogo nel mondo esterno. Questa situazione è solo soddisfazione apparente, in quanto essa nasconde in realtà più turbamento che vittoria nei propri credi. Proprio per questa tendenza, Bion si rende conto che lo psicotico effettua un’amplificazione degli organi sensoriali, per una maggiore percezione dell’attenzione, della memoria, del giudizio e del pensiero.

L’attenzione è dedicata all’esplorazione della realtà esterna, la memoria come “catalogo” per conservare ogni elemento che possa confermare le proprie credenze, il giudizio si occupa di proclamare vera o falsa una data rappresentazione; ed infine il pensiero, per sopportare la stanchezza e la demoralizzazione derivata dall’iperstimolazione durante l’utilizzo di energia psichica.

Secondo Bion, sono queste le funzioni dell’Io che sono maggiormente sottoposte alle tendenze distruttive del paziente psicotico. Nonostante quest’ultima affermazione, Bion non crede che il distacco dalla realtà avvenga completamente, poiché *“accanto alla personalità psicotica, esiste, parallelamente, adombrata, una personalità non psicotica”*.¹²

In base agli studi di Bion, è possibile affermare che nel soggetto psicotico il ritiro dalla realtà non è altro che una forma di fantasia. Proprio per questo, il potere della stessa fantasia crea una situazione in cui lo psicotico vive una dimensione non irrealistica, ma fattuale. Il suo apparato percettivo non è altro che apparentemente frammentato in tante piccole parti, per poi essere proiettate negli oggetti della propria percezione. In sostanza, lo psicotico tenta di ricostruire la realtà esterna sostituendola con quella interna, mediante le proprie necessità. Il tutto viene estrapolato dalla fantasia del soggetto stesso.

Secondo Bion, però, il concetto di psicosi non termina ancora: lo psicoanalista si basa molto sui concetti di identificazione proiettiva di Melanie Klein, psicoanalista austriaca che lavorò molto con i bambini. Infatti, come abbiamo menzionato prima, l’avvenire della psicosi è correlato al bambino e al rapporto con il seno materno, dove il piccolo assumendo la “posizione schizoparanoide” evita i

¹¹ Freud, S., (1923), *Nevrosi e Psicosi*, in *Opere IX L’Io e L’Es e altri scritti 1917-1923*, a cura di Musatti C.L., Bollati Boringhieri, 1989

¹² Bion, W.R., (1970), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico: saggi e riconsiderazioni*. Presentazione e note di S. Bordini, (pag. 79) Armando Editore Roma, 2009

pericoli degli “oggetti cattivi” sia esterni che interni. La Klein con l’identificazione proiettiva parla proprio di questo. Bion riprende le teorie della collega, associandola alla metafora del “contenuto” e del “contenitore”:

Il contenuto fa riferimento a tutto il materiale psichico che, come è stato menzionato precedentemente, il soggetto “bambino” cerca di espellere, in quanto costituito da lati di sé cattivi in relazione all’oggetto cattivo. Il contenitore si riferisce alla figura del caregiver del bambino: la madre diviene tale in quanto raccoglie nella sua identità di caregiver i vissuti del suo bambino, acquisendo così un significato.

Per Bion le psicosi sorgono nel momento in cui il rapporto contenitore-contenuto viene alterato ed attaccato proprio dagli attacchi distruttivi; quindi, esse hanno origine anche in era post-natale. Questo può accadere a causa di fattori ambientali tramutati in traumi ripetuti. Queste dinamiche a danno del soggetto sono generate dall’invidia: come afferma la Klein, l’invidia annienta il rapporto contenitore-contenuto e la possibilità di una crescita evolutiva sana. Ulteriormente, le energie disposte a tale orientamento sono focalizzate su un oggetto che diviene “bizzarro”.

Gli oggetti “bizzarri” non sono altro che il prodotto della mescolanza confusionaria di aspetti reali e aspetti psichici. Si giunge dunque alla comprensione di cosa Bion intende per psicosi, ovvero *“un’esperienza di distruzione dell’apparato mentale causata da un’identificazione proiettiva patologica il cui scopo sarebbe quello di proteggere la mente dalla coscienza di contenuti terrificanti che vengono espulsi assieme a parti dell’apparato psichico e percepiti da parte dell’individuo come inseriti in oggetti esterni”*.¹³ Se il rapporto sano tra contenitore e contenuto costituisce le basi per un sano apparato psichico, un rapporto non sano implica la mancanza di tale sistema, in quanto caratterizzato principalmente dalla distruttività. Ciò causa l’impossibilità di elaborare l’angoscia e la frustrazione attraverso il pensiero simbolico, in quanto la mente rimane impoverita e focalizzata sugli oggetti bizzarri, privi di contenuto rappresentativo e simbolico.

1.3 TRATTAMENTO DEL DISTURBO PSICOTICO NELL’ERA CONTEMPORANEA

1.3.1 Psicosi e psicofarmacologia

Il disturbo psicotico, come si è visto, è stato oggetto di lunga discussione nel mondo della psicoanalisi; i clinici di quel tempo erano divisi tra coloro che credevano nella guarigione dalla psicosi e chi non vedeva un possibile futuro per i soggetti psicotici. Questa mentalità inizierà a cambiare con il passare del tempo; nuove tecniche cliniche e terapeutiche inizieranno a farsi strada, tra cui l’avvento degli psicofarmaci, ovvero medicine sintetiche deputate alla cura di molti disturbi psicologici. Ci saranno farmaci specifici per il malessere vissuto a seconda della sua intensità e dell’impatto fisico ed emotivo sul paziente, suddivisi in ansiolitici, stabilizzatori dell’umore, antidepressivi e infine antipsicotici.

La psicofarmacologia nacque proprio grazie alla ricerca per il trattamento della sintomatologia psicotica, nel 1951, con la scoperta della clorpromazina (CPZ), affermandosi come disciplina autonoma grazie alle scoperte avvenute tra il 1949 al 1960. La clorpromazina venne sintetizzata dal chimico Paul Charpentier nei laboratori della compagnia farmaceutica francese “Rhône-Poulenc, e

¹³ Grinberg, L., Sor, D., Tabak de Bianchedi, E., (1993), *Introduzione al pensiero di Bion*, Raffaello Cortina editore, Milano

nel maggio del 1952 fu sottoposta a diverse indagini mediche e cliniche con il fine di migliorare non la psicosi, bensì l'effetto dell'anestesia generale.

Dato l'interessante successo della sostanza sui pazienti che dovevano subire un intervento chirurgico e quindi migliorare l'ansia pre-intervento, Henri Laborit, neurochirurgo francese, si chiese che effetti potesse avere sui pazienti psichiatrici. Il primo soggetto psichiatrico ad assumere la clorpromazina fu Jacques Lh., un reduce di guerra ventiquattrenne affetto da psicosi. I medici gli somministrarono 50 mg del farmaco per via endovenosa alle ore 10 del 19 gennaio 1952. L'effetto sul giovane uomo fu rapido, ottimo, calmante e molto duraturo. Infatti, per sottoporre il paziente a una seconda dose, fu necessario aspettare ore, anche perché, se somministrato ripetutamente, il farmaco causava infiltrazione perivenosa e irritazione venosa.

Seppur con questi effetti collaterali, con un totale di 855 mg di clorpromazina e un trattamento di 20 giorni, Jacques Lh. fu in grado di riprendere la vita normale. Grazie ai sorprendenti risultati, venne presa in considerazione la possibilità di introdurre la clorpromazina nella psichiatria. Jean Delay e Pierre Deniker furono i due psichiatri di origine francese ad attuare il meccanismo per l'entrata della sostanza nel mondo psichiatrico. I loro esperimenti conclusero che un alto dosaggio di clorpromazina riuscisse a calmare i pazienti aggressivi e molto agitati che manifestavano sintomi schizofrenici. Con il passare del tempo, il farmaco dimostrò di avere non soltanto una funzione tranquillante, ma anche di poter essere utilizzato come agente antipsicotico, riducendo notevolmente i sintomi della schizofrenia e disturbi simili.

Inizialmente, la clorpromazina fu disponibile solo in Francia, ma nel giro di tre anni divenne ufficialmente in tutto il mondo il primo psicofarmaco per il trattamento di malattie e disturbi mentali, con il nome di "Largactil". La clorpromazina divenne quindi il fulcro della rivoluzione della psichiatria, riuscendo a spostare l'interesse dall'internamento del paziente psicotico alla cura dello stesso. Nonostante l'incredibile successo del farmaco, già nel 1954 vennero rilevati i primi pesanti effetti collaterali, particolari sindromi caratterizzate da tremori simili al parkinsonismo: la discinesia tardiva, sintomi extrapiramidali consistenti in movimenti involontari di faccia, mandibola e lingua. Questi effetti, a cui si aggiunse un non indifferente abbassamento delle attività psichiche, erano purtroppo irreversibili e non curabili con terapie alternative.

Ciò, alla fine degli anni '50, portò la necessità di individuare una sostanza psicofarmacologica dalle proprietà antipsicotiche ma meno invasiva dal punto di vista degli effetti collaterali. La ricerca scientifica riuscì nel suo intento nel 1961, sintetizzando la clozapina, che divenne il primo antipsicotico a possedere le proprietà ricercate. Essa venne sintetizzata dall'industria farmaceutica Sandoz, ed entrò in uso a sfondo clinico solo verso la fine degli anni Ottanta, grazie al contributo degli psichiatri statunitensi Herbert Meltzer e Gilbert Honigfeld.

Nel 1984, poi, Paul Janssen sintetizzò un antipsicotico atipico e primo antagonista serotonino-dopaminergico, che nel 1988 venne affermato come nuova classe di psicofarmaci, e dunque farmaco più utilizzato nel trattamento della psicosi e dei disturbi correlati.

I farmaci antipsicotici dal 1988 sono considerati di seconda generazione, e comprendono la clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina, aripripazolo e paliperidone. Essi si distinguono dagli antipsicotici di prima generazione per il miglioramento degli effetti collaterali causati da questi ultimi, come quelli di tipo extrapiramidale, tremori involontari e rigidità dei muscoli. Nonostante i grandi miglioramenti, essi non escludono effetti particolarmente gravi, quali la sindrome neurolettica maligna, la sindrome metabolica e la diminuzione del volume cerebrale. Vengono ulteriormente definiti come antipsicotici atipici -diversamente dalla denominazione di antipsicotici "tipici" della prima generazione- e

antipsicotici convenzionali: essi agiscono principalmente come blocco per i recettori della dopamina. Questa tipologia di farmaco ha una propria classificazione, suddivisa in bassa potenza, intermedia e alta. A seconda della classificazione, i farmaci possiedono maggiore o minore affinità con i recettori della dopamina.

Sono stati poi introdotti dal 2015 i farmaci antipsicotici di terza generazione, quali brexpiprazolo, lurasidone e cariprazina. Essi oltre alla funzione base di antipsicotico, agiscono anche come effetto antidepressivo; questo è permesso dal loro meccanismo di azione, che agisce parzialmente sui recettori della serotonina sia su quelli della dopamina. Attualmente, gli studi su queste nuove sostanze non sono ancora ben approfonditi.

1.3.2 Psicoterapia e disturbo psicotico

La terapia psicofarmacologica ha un valore decisamente importante per il trattamento del disturbo psicotico ma, nonostante la sua efficacia, da sola non è sufficiente; è importante introdurre e integrare un approccio psicoterapeutico. Michael Garrett,¹⁴ psicoterapeuta e psichiatra americano, afferma che, per quanto la psicofarmacologia sia necessaria, lo è anche la psicoterapia, considerata come un pilastro fondamentale per la *recovery*. Egli considera il trattamento per la psicosi consistente di due principali modelli terapeutici:¹⁵

- Terapia cognitivo comportamentale (CBT): essa è considerata come uno dei più efficaci ed affidabili modelli per il trattamento dei disturbi psicopatologici. Comporta l'idea che non sono gli eventi la causa dei problemi comportamentali, psicologici ed emotivi, bensì le strutture cognitive del soggetto stesso. Nonostante la sua notorietà, è ancora oggetto di discussione relativamente alla sua effettiva efficacia sul disturbo psicotico, in quanto non sembra produrre effetti significativi nella prevenzione di ricadute psicotiche.¹⁶
- Psicoterapia psicodinamica: si riferisce all'intervento e all'esplorazione delle dinamiche psichiche di un individuo, dei processi psichici che sono la base della personalità, del comportamento, del pensiero e della sintomatologia o benessere di un individuo. Un esempio è la psicoterapia analitica, ovvero la psicoanalisi.

Secondo Garrett, i sintomi psicotici non sono altro che la manifestazione della vita del soggetto, ovvero espressioni molto significative del vissuto mentale dello stesso. Egli, inoltre, associa alla sua tecnica ben nove fasi:¹⁷

1. Ingaggiare il paziente.
2. Sollecitare il paziente a raccontare la sua storia: la linea temporale e la valutazione iniziale.
3. Discutere la realtà con un individuo psicotico.
4. Valutare le capacità di coping.
5. Presentare tre modelli alla base della CBTp: il modello di vulnerabilità allo stress della psicosi; il continuum tra psicosi e vita mentale normale; il modello cognitivo mediato dalle credenze A-B-C (l'evento attivante A porta alla credenza B e provoca conseguenze emotivo-comportamentali angoscianti C).

¹⁴ Garrett, M., (2021), *Psicoterapia delle psicosi. Integrare le prospettive cognitive e dinamica*, Raffaello Cortina Editore

¹⁴ ¹⁵ ¹⁶ Dohotaru, A., (2022), *Psicoterapia delle psicosi (2021) di Michael Garrett*, Recensione del libro, <https://www.stateofmind.it/2022/01/psicoterapia-psicosi-recensione/>

6. Lavorare con formulazioni CBTp e psicodinamiche.
7. Lavorare con le voci e altre tecniche CBTp.
8. Sfidare i deliri.
9. Sfidare i deliri attraverso l'interpretazione psicodinamica dei sintomi psicotici.

Garrett introduce nei suoi studi una pratica dai risvolti fortemente umani per il trattamento della psicosi, ma non è l'unico a portare un nuovo punto di vista.

Gaetano Benedetti, psicoanalista italiano, esprime un metodo innovativo per la terapia delle psicosi, introducendo un modello teorico-clinico che presume l'aspetto terapeutico dell'"essere-con". Egli, infatti, si specializzò nell'unione tra psicoanalisi classica e psicoterapia, focalizzando la sua attenzione nell'interpretazione dell'esperienza psicotica, considerandola come una lacerazione profonda del senso di Sé nell'incontro con un individuo esterno. Il modello da lui ideato si basa, quindi, sulla relazione tra paziente e terapeuta come sfida esistenziale, focalizzata ad offrire un senso e una voce ai drammi che il soggetto psicotico presenta, tra cui la non-esistenza.

Ronald David Laing, psichiatra scozzese conosciuto per la sua critica alla psichiatria tradizionale, ha avuto il merito di aver contribuito ad un'importante teoria sulla psicosi come processo reattivo al mondo circostante. Secondo Laing la psicosi non era una malattia in sé ma una reazione alla realtà circostante. Laing ha dunque confutato la tesi della psicosi quale patologia non curabile, ponendo le basi per nuove forme e metodi psicoterapici. Laing credeva che le personalità psicotiche avessero subito nel corso della loro vita esperienze problematiche o di tipo traumatico, e che pertanto la loro situazione rappresentasse un metodo protettivo nei confronti della realtà esterna. Considerando, dunque, la psicosi non una malattia ma una condizione temporanea influenzata dal contesto e il vissuto del paziente, Laing ha intravisto nuove prospettive di cura lavorando sulla realtà circostante del malato.

Aldilà, dunque, delle sue idee atipiche, come quella secondo cui "la schizofrenia è una risposta sana a un mondo malato e che può anche essere una esperienza di crescita", idea molto in voga tra i radicali degli anni '60, Laing è stato un precursore della moderna psicologia e psichiatria. Soffermandosi sull'aspetto fondamentale dell'esperienza personale del malato e dell'interpretazione innovativa della psicosi come reazione alla realtà circostante, Laing ha condizionato in maniera rilevante la psicoterapia contemporanea nella cura della psicosi.

Salomon Resnik, psichiatra e psicoanalista argentino, valorizza nel soggetto psicotico gli aspetti sensoriali rapportati con gli oggetti, ponendo una struttura confinante fra l'immaginario e il reale attraverso la parte più oscura della personalità psicotica. Egli offre una precisa descrizione della crisi psicotica: l'Io sconvolto è caratterizzato da aspetti non tollerabili a sfondo apocalittico e catastrofico; in questo caso è necessario, secondo Resnik, accertarsi che lo spazio mentale del paziente è in grado di riorganizzare e contenere i pezzi di vita spezzati e di riporli nel loro luogo di origine, ovvero l'apparato psichico.

Resnik definisce questa condizione "dis-essere", dove l'Io psicotico tenta di trovare un aiuto e un appoggio. È molto frequente che il paziente psicotico non si renda conto di cosa gli accade, consciamente; quindi, tutto ciò che non viene compreso passa per la dimensione inconscia che viene espressa spesso in tendenze paranoide. Resnik dimostra, nel corso della sua carriera, come lo psicotico abbia effettivamente la capacità di riprendere il flusso dei suoi pensieri se il transfert è stato costruito adeguatamente. Inoltre, è in grado di riprendersi il suo spazio mentale e la percezione del corpo.

1.3.3 La psicosi e l'approccio Windhorse

Edward M. Podvull viene ricordato per la creazione dell'approccio Windhorse, una tecnica terapeutica innovativa nata dall'incrocio della psicologia occidentale e la psicologia buddista. Il metodo venne sperimentato su una paziente a Boulder nel 1981 per la prima volta. Il progetto aveva lo scopo di istituire una equipe terapeutica multiprofessionale che potesse a sua volta creare un ambiente favorevole per la guarigione e il recupero del paziente psicotico. Il tutto prevedeva l'accompagnamento alla persona nel condurre le attività domestiche, lo stabilire relazioni interpersonali sane, il recupero dei ritmi giornalieri, accompagnato dal trattamento psicoterapeutico e psicofarmacologico.

L'approccio Windhorse, secondo Podvull, *“è basato sulla salute, nel senso che considera tutte le persone intrinsecamente sane e inclini a tornare alla salute e all'equilibrio qualora siano presenti le giuste condizioni. Da questo punto di vista, la confusione o gli stati mentali estremi, per i quali alcuni usano il termine “malattia mentale”, sono ostacoli temporanei, più simili a nuvole che possono oscurare lo splendore del sole. Ma proprio come il sole non è realmente attenuato dalle nuvole, allo stesso modo la nostra sanità mentale non è ridotta dalla confusione, è sempre lì come il nostro più profondo alleato. L'approccio Windhorse si caratterizza essenzialmente per la creazione di ambienti realizzati su misura, che sollecitano la salute mentale, fisica e l'equilibrio delle persone che li vivono. È un approccio alla comprensione, al trattamento e alla recovery dell'intera persona.*

*Consideriamo e includiamo tutti gli aspetti della vita di una persona nel processo terapeutico: i nostri ambienti sono radicati (grounded) nel mondo fisico e domestico, coltiviamo relazioni aperte e sane e, naturalmente, lavoriamo per aiutare i nostri pazienti a chiarire e comprendere la loro mente e le loro emozioni”.*¹⁸

Podvull, inoltre, afferma che gli elementi necessari per ritrovare l'equilibrio psicofisico risiedono in essenziali interventi, quali ampliare la comunità, aumentare il senso di responsabilità e creare un ambiente in cui sentirsi a proprio agio. Egli sostiene l'idea dell'esistenza delle “isole di chiarezza”, ovvero momenti di lucidità che possono irrompere anche durante la turbolenza psicotica grazie all'intelligenza intrinseca della persona. Podvull, dunque, con il suo approccio alla salute mentale ispirato alla visione buddista della mente integrata a quella occidentale, pone le basi per una guarigione che ritiene altamente possibile, ovvero una relazione terapeutica solida e l'accompagnamento fornito dall'approccio Windhorse da lui ideato.

Ad oggi la rete dei centri Windhorse, diffusa in vari stati in Europa e USA, è rivolta a persone con una vasta gamma di disturbi psichici: disturbi della forma e del contenuto del pensiero, dell'umore e di personalità, disturbi alimentari, abuso di sostanze. In Italia la psicologa torinese Paola Parini, membro del Windhorse World Council e referente italiana per Windhorse, abbraccia in pieno il metodo podvulliano per trattare i disturbi mentali secondo una prospettiva olistica, in cui le dimensioni biologica, psicologica, sociale e spirituale vengono prese in considerazione con l'intenzione di aiutare i pazienti a correggere lo squilibrio che è al centro dello stato di disagio.

1.3.4 Psicosi e psicodramma, il contesto grupppale

La psicosi è stata per molto tempo curata individualmente, poi, con l'avvento dello psicodramma, i modelli iniziarono a cambiare; oggi in molti casi viene curata con la dimensione umana sotto forma di gruppi terapeutici, di cui un esempio è appunto lo psicodramma.

¹⁸ Dall'introduzione di Chuck Knapp, (2022) al podcast sulla Basic Attendance del “Windhorse Journal” del Windhorse Community Center di Boulder, Colorado

Lo psicodramma, metodo di intervento psicoeducativo ideato da Jacob Levi Moreno, psichiatra e innovatore sociale di origine rumena, si può applicare in ambito terapeutico, sociale, educativo, formativo. Si tratta di un modello terapeutico che consiste nell'esplorazione e successivamente nella rappresentazione di ricordi, sogni, scene immaginative e conflitti, dove la rappresentazione dei precedenti eventi viene realizzata attraverso l'azione drammatica e la rappresentazione scenica delle interazioni di ruolo. La nascita dello psicodramma coincide con l'anno della fondazione da parte di Moreno del "teatro della spontaneità", a Vienna, nel 1921. Con l'utilizzo del teatro e dell'azione drammatica come strumenti terapeutici, Moreno ha introdotto l'innovativa pratica nel panorama della psicologia del '900, portando una ventata di cambiamento nelle canoniche tecniche terapeutiche.

Lo psicodramma è un metodo di intervento di gruppo, di tipo sia psicologico che sociale ed educativo, che si è sviluppato e modificato nel tempo parallelamente alle esperienze del suo ideatore, fino a concretizzarsi in una teoria di base articolata e molto ben strutturata e di una metodologia densa di modalità e di tecniche di gestione dei gruppi. Per la complessità delle integrazioni mentali che genera e per la varietà delle stimolazioni emozionali che aziona, lo psicodramma può essere classificato come psicoterapia espressiva, esperienziale, motivazionale, sistemica, catartica.

Con gli opportuni adattamenti e mantenendo gli assunti di base, la tecnica psicodrammatica viene utilizzata anche in setting di psicoterapia individuale. In questo caso può essere usata più agevolmente per il trattamento delle psicosi, evitando al paziente il disagio di esporre i propri accadimenti davanti a una pluralità di persone. Per portare il paziente a partecipare attivamente e a rivivere situazioni del passato attraverso l'azione teatrale, assume un ruolo significativo il gioco, che viene rappresentato scenicamente con la richiesta al paziente di sospendere il suo status di adulto e di riprendere i giochi dell'infanzia.

*“Il gioco nello psicodramma analitico (a cui si giunge comunque dopo un lungo lavoro di contenimento) può contribuire a incrinare la costruzione immaginaria che soffoca e isola il paziente dalla realtà. Infatti il gioco, reversibile e mai uguale a se stesso, produce sempre uno scarto con la narrazione, introducendo nei pazienti psicotici la possibilità della relatività delle cose e delle idee. Questi soggetti non riescono a compiere il passo della simbolizzazione e dunque non possono far esperienza della riproposizione di una percezione fatta in assenza dell'oggetto (...). Nella psicosi il delirio può essere assimilato ad una rappresentazione granitica, rigida, fissa e immobile (...); la terapia può avere la funzione di intaccare la rigidità di tale rappresentazione, legandola al contesto di vita del soggetto e a partire da questa iniziare a costruire una narrazione soggettiva non delirante”.*¹⁹

Per alcuni dei soggetti psicotici, la messa in scena teatrale permette anche di delimitare la produzione allucinatoria; la possibile rappresentabilità della dimensione allucinatoria nello psicodramma, come forma di rappresentazione dell'esperienza inconscia, può divenire il punto di partenza di una nuova combinatoria di pensiero. L'esperienza psicodrammatica del paziente psicotico accogliendo e rappresentando la produzione allucinatoria, *“permette la trasformazione di frammenti grezzi emotivi in formazioni di pensiero; la messa in scena, come interpretazione insatura, avvia lo svolgersi della catena significante e di una possibile narrazione”.*²⁰

¹⁹ Falavolti S., (1989), *Dalla icona alla storia. Areanalisi. Narrazione e Rappresentazione*, parte I, anno III, n.4, aprile 1989, Atti del Convegno Narrazione e rappresentazione, Roma, 3-4 giugno 1988, Rivista Italiana di Psicodramma Analitico (1987-1997)

²⁰ Pietrasanta, M., (2015), *Dimensione allucinatoria e rappresentazione*, *Quaderni di psicoanalisi e psicodramma analitico, sulla rappresentazione*, anno 7, n.12

La metodologia psicodrammatica moreniana e quella junghiana (che può essere considerata un'interessante integrazione tra le teorie di Jung e la pratica psicodrammatica di Moreno) possono essere acquisite da psicoterapeuti di diverso orientamento, in quanto hanno tutti in comune il fatto che gli episodi disturbanti della vita, come l'accadimento psicotico, non sono più oggetto di riflessione ma protagonisti da portare in scena e rendere reali.

Proprio per questo, nell'esperienza dello psicodramma, la presa di coscienza e il fenomeno della catarsi emotiva possono realizzarsi in maniera immediata, intensa e gioiosa, tanto da porre le basi per una modifica duratura nell'apparato psichico e nel suo funzionamento.

Giulio Gasca, analista e psichiatra italiano di formazione junghiana, è specializzato nella terapia di gruppo di pazienti schizofrenici; lavora, difatti, con le psicosi schizofreniche per le quali utilizza il suo metodo innovativo dello "psicodramma analitico individuativo". Il seguente modello si esprime in una dinamica in cui si rappresentano episodi della propria vita, drammatizzandoli, raccontandoli e presentandoli al gruppo con il proprio stile. Infatti, ciò che lo contraddistingue dagli altri modelli psicoterapeutici ed analitici è proprio l'effettiva rappresentazione degli eventi passati e significativi nell'esperienza drammatica nei minimi dettagli: vengono rappresentati nella scena tutte le componenti corporali, gestuali, mimiche e le dimensioni spazio-temporali. Quest'ultima accezione si riferisce alla possibilità di osservare la scena interpretata da più angoli e punti di vista. Gasca esprime, per i futuri pazienti psicotici, la necessità di andare oltre i ruoli rigidi e semplificati creati per rimanere in una dimensione protetta; tale dimensione può iniziare a sgretolarsi con la crescita, in quanto il futuro psicotico non possiede dei modelli che possano stabilizzare la grande quantità di stimoli provenienti dal mondo esterno. È proprio grazie ai ruoli che è possibile per l'essere umano interpretare i contesti e costruire l'immagine del mondo. Nel momento in cui questo equilibrio non coincide, il soggetto si ritroverà nella confusione del disturbo psicotico.

La dimensione del gruppo di pazienti psicotici è diversa rispetto a quello dei pazienti nevrotici: se nello psicodramma analitico individuativo, i vari eventi e le storie vissute dai membri del gruppo sono sovrapposti e mescolati, nelle altre forme di psicodramma questi tratti sono fortemente divisi, rendendo quasi impossibile notarne le similitudini e i collegamenti. La scena rappresentata ha il compito di integrare -attraverso la scena stessa- il gruppo attuale, ovvero il presente, il mondo interno e i ruoli del passato. Questo schema viene suddiviso in "vertici":

- Il vertice superiore: consiste nelle dinamiche di gruppo, ovvero nei ruoli che ogni singolo membro assume in relazione a quelli attribuiti agli altri.
- Il vertice inferiore destro: si riferisce ai ruoli passati di ciascun membro o è riferito ai ruoli assegnati a persone molto rilevanti per il soggetto.
- Il vertice inferiore sinistro: considera i ruoli intrapsichici come modelli interiori, complessi autonomi e funzioni, i quali sono solitamente rappresentati dalle figure osservate in fantasie, deliri e sogni. Questi elementi caratterizzano il mondo interiore, permettendo di dare un senso ai processi inconsci della mente. Nello psicodramma analitico individuativo e nella cura delle psicosi schizofreniche si osservano tali parti in modo da comprendere gli aspetti proiettivi e assimilativi che influenzano il modo in cui ci si avvicina al mondo e alle persone esterne.

Applicando il modello dello psicodramma analitico individuativo sui pazienti che soffrono di psicosi schizofreniche nasce la necessità di integrare tutti questi elementi. I pazienti psicotici ricorrono ai classici meccanismi di difesa che tendono a difendere il soggetto principalmente da ciò che è confuso, ambiguo e subdolo; dunque, il modello analitico individuativo ha lo scopo di stimolare la coerenza

psicofisica, che è la base di relazioni, comportamenti, rituali quotidiani per andare oltre ai ruoli assegnati. Esso offre la possibilità di integrare nuove prospettive sia per il proprio mondo interiore che per la visione verso il mondo esterno.

CAPITOLO 2

L'ARTETERAPIA

2.1 GENESI STORICA E SCIENTIFICA DELL'ARTETERAPIA

*“L'Arte non riproduce ciò che è visibile,
ma rende visibile ciò che non sempre lo è.”*

Paul Klee

2.1.1 L'origine dell'arteterapia

La storia dell'arteterapia come la intendiamo oggi trova la sua origine nel XX secolo - anche grazie a Freud e Jung - ma, in realtà, ancor prima della sua nascita “ufficiale”, nell'antichità essa veniva già applicata. In effetti, anche se viene considerata una pratica contemporanea, l'arte è stata utilizzata fin dall'inizio della storia dell'umanità come mezzo per comunicare emozioni, pensieri, valori. Per affrontare i disturbi mentali, gli antichi Egizi partecipavano a balli e concerti; in Grecia e nell'Antica Roma (in cui si utilizzava anche la letteratura) si alleviavano le sofferenze e si favoriva la catarsi attraverso la musicoterapia e la teatroterapia; in Egitto, in Turchia, e tra i nativi americani si dava vita a cerimonie religiose che avevano lo scopo di affermare questioni morali.

Durante il Medioevo la finalità dell'arte si snaturò, e magia e superstizione presero il sopravvento acquistando funzioni terapeutiche; in questo scenario la figura dell'artista perse dunque importanza. Nel Rinascimento l'arte riacquistò valore tornando ad avere un'importanza fondamentale per i popoli; l'artista cambiò nuovamente la sua immagine, diventando una figura dotata di grande sensibilità, doti eccezionali e soprattutto capace di sottrarre l'individuo da quella che veniva chiamata “follia”. La sua arte divenne dunque uno strumento terapeutico e le sue opere un mezzo per allontanare malessere e disagio emotivo.

Con la Rivoluzione Industriale nacque la “terapia morale”, ovvero la possibilità di recarsi in rifugi in campagna per svolgere liberamente attività artistiche a scopo terapeutico (metodo utilizzato da Van Gogh). In Inghilterra, dunque, l'utilizzo dell'arte in contesti specifici cominciò ad acquisire un approccio terapeutico definito. L'arteterapia viene tutt'oggi utilizzata nella cultura tribale in cui gli sciamani realizzano delle immagini ritenute in grado di curare i malati.

Fu poi nell' '800 che con la neo-disciplina psicologica l'attività artistica strinse un forte legame con il vissuto emotivo dell'individuo, assurgendo a interprete del significato delle emozioni nascoste. L'arte cominciò ad essere utilizzata negli ospedali psichiatrici come mezzo di indagine e di studio di situazioni psicopatologiche. L'effetto terapeutico dell'arte venne riconosciuto innanzitutto da Sigmund Freud, che andò oltre il concetto di arte come mero strumento per riconoscere la patologia psichiatrica. Dall'elaborazione del rapporto diretto tra l'espressione artistica e il paziente, nacque un nuovo modo di considerare il soggetto disturbato che, attraverso l'arte, poteva palesare i suoi desideri più inconsci. Era il 1872 quando in Francia il medico Auguste Ambroise Tardieu cercò di realizzare una sorta di classificazione dei disegni dei malati psichiatrici correlandoli alle varie patologie mentali, ponendo alla base del lavoro un'interpretazione ad obiettivo diagnostico. In Italia, invece, nel 1880 circa, Cesare Lombroso medico e antropologo veronese fece uno studio sulla produzione grafica dei

malati di mente, sostenendo la tesi che ci fosse un legame tra follia e genialità. Le attività artistiche dei pazienti affetti da psicosi assunsero una grande rilevanza e furono utilizzate dagli psicoterapeuti per finalità terapeutiche e per il loro potenziale valore comunicativo.

Sarà poi nel '900 che l'arteterapia prenderà la forma con cui la connotiamo oggi e inizierà ad assumere la valenza di metodo specifico che riesce là dove l'espressione verbale trova i suoi limiti, approccio fondamentale nella cura dei disturbi psicotici.

2.1.2 Il '900 e l'evoluzione storica della terapia dell'arte

La metodologia di Freud sarà portata avanti dallo psichiatra e psicoterapeuta Hans Prinzhorn che, intuito il legame tra creatività e schizofrenia, pose le basi per tesi ed approcci rivoluzionari per l'epoca. Nel suo libro *"L'immagine dei malati di mente"* dimostrò come i pazienti psichiatrici, malgrado fossero a digiuno di capacità tecniche e artistiche, riuscissero ugualmente a dimostrare attraverso l'arte il loro vissuto emozionale, cosa che non riuscivano a fare con una comunicazione meramente verbale. Prinzhorn, quindi, vide nell'espressione artistica e nel gioco lo strumento per entrare in empatia con i pazienti affetti da disagio psichico.

Nei primi anni del '900, si aprì un ampio dibattito sull'arte psicopatologica e molti psichiatri fecero studi che portarono ad approfondimenti e nuove riflessioni sull'argomento. Per lo psicoanalista e storico dell'arte Ernst Kris, l'attività artistica potenziava il percorso emozionale del paziente, veicolando contenuti psicologici consci e inconsci. In quest'ottica divenne per lui fondamentale la presenza di una figura che interpretasse le manifestazioni artistiche dei vissuti emotivi e instaurasse col soggetto disturbato una relazione empatica. Ecco perché Kris può essere considerato il precursore di quello che sarà identificato come "arteterapeuta", colui che lavora a fianco del paziente supportandolo perché possa esprimersi con una comunicazione non verbale offrendogli gli strumenti per farlo. Di fondamentale importanza, dunque, saranno i suoi studi sulle varie forme di espressione umana (il ridere, la mimica, la comicità) e le sue indagini nell'ambito dei fenomeni artistici analizzati da un punto di vista psicoanalitico. I suoi studi sulla psicanalisi dell'arte sono in parte raccolti nel volume *"Psychoanalytic explorations in art"* dove elaborerà *"il concetto di "regressione al servizio dell'io" per distinguere i processi "regressivi" individuabili nella creazione artistica da quelli patologici"*²¹.

Grande impulso a questo metodo fu dato in Gran Bretagna da Susan Bach, psicoterapeuta nata a Berlino che, attraverso l'osservazione dei malati mentali, scoprì che essi utilizzavano nelle loro creazioni artistiche immagini, colori e simboli ricorrenti. Intuì da ciò che l'opera d'arte dei pazienti affetti da disturbi psichici fosse il focus da cui partire per arrivare precocemente alla diagnosi di patologia mentale e al relativo trattamento.

All'interno degli istituti psichiatrici vennero aperti numerosi atelier artistici, come in Germania a partire dal 1919, ad opera degli psichiatri Karl Wilmanns e Hans Prinzhorn. Nella prima metà del '900 poi, si moltiplicarono le mostre di opere d'arte di malati di mente e internati; il pittore e scultore francese Jean Dubuffet, fondò nel 1945 il movimento artistico Art Brut, creando qualche decennio dopo il "Museo dell'Art Brut" di Losanna. Alla "Exposition internationale d'Art psychopathologique" di Parigi del 1950 si ispirò il medico francese Robert Volmat, autore del volume del 1955 *"Art psychopathologique"*, il primo manuale completo di psicopatologia dell'arte. Nella sua

²¹ Kris, E., (1952), *Psychoanalytic explorations in art - Ricerche psicoanalitiche sull'arte*, trad. it. Einaudi, 1967

opera, densa di riferimenti alla psicanalisi, il più volte presidente della “Società di psicopatologia dell’espressione” teorizzò la patologia mentale come regressione alla condizione dell’uomo primitivo, individuando un importante punto di partenza per definire le origini del disturbo psichiatrico e trovandone il legame con l’espressione artistica.

Nel 1959, in occasione del cinquantenario della morte di Cesare Lombroso, in Italia, presso la Galleria d’Arte Moderna di Verona, fu organizzato il primo “Symposium Internazionale sull’Arte Psicopatologica” con una mostra di opere artistiche prodotte da malati psichiatrici. Anche l’artista inglese Edward Adamson, che raccolse nella sua carriera oltre 100.000 opere d’arte realizzate da malati mentali, collaborando con gli ospedali psichiatrici britannici presentò questo nuovo metodo terapeutico, organizzando inoltre le prime esposizioni finalizzate a trasmettere una maggiore consapevolezza della creatività dei pazienti psichiatrici. Creatore della “Adamson Collection”, è considerato il padre dell’arteterapia in Gran Bretagna.

Negli Stati Uniti, i primi casi documentati di terapia artistica negli ospedali psichiatrici risalgono agli anni '40, durante la Seconda guerra mondiale, per curare i soldati dal punto di vista psicologico ed emotivo attraverso l’arte. Si scoprì, infatti, che i reduci di guerra riuscivano ad affrontare meglio i loro traumi quando creavano immagini che esprimessero le loro emozioni inconsce. La terapia artistica divenne quindi uno strumento fondamentale per elaborare e trattare sentimenti interiori disturbati da eventi traumatici.

In questo scenario, divenne quindi palese l’importanza di fare analisi e ricerca riguardo all’arteterapia, che si sviluppò e ampliò e da cui presero origine altre forme di terapia collegate alle diverse forme di arte. Negli anni '40 ebbe origine la Danza Movimento Terapia, mentre negli anni '60 nacque la fototerapia. Negli ultimi decenni l’arteterapia ha subito ed assorbito diverse influenze metodologiche; il susseguirsi di svariati aggiornamenti ha determinato la nascita di campi di applicazione diversi, che si sono ampliati nel tempo, e in virtù dei quali possiamo considerare l’arteterapia come un insieme ampio di molteplici assunti teorici.

Non si può però considerare l’origine e lo sviluppo dell’arte terapia del ‘900 e della sua prospettiva psicoanalitica senza passare attraverso l’analisi del pensiero di quelle che possono essere considerate le pioniere della terapia artistica nell’accezione odierna: Friedl Ducker Brandeis, Edith Kramer e Margaret Naumburg.

2.2 DAL SOSTEGNO EMOTIVO ALLA PROSPETTIVA PSICOANALITICA

2.2.1 La creatività come fonte di riequilibrio emozionale

La prima forma di arteterapia del ‘900 in Europa è nata con Friedl Ducker Brandeis per supportare i bambini traumatizzati dalle barbarie che vivevano nei campi di concentramento. L’artista austriaca di origini ebraiche, specializzatasi nel campo della pittura, della fotografia e dell’arte grafica, diede sfogo alla sua passione aprendo un negozio di belle arti e insegnando le materie artistiche ai bambini del ghetto di Praga. Con questa esperienza, che portò avanti dal 1934 al 1938, la Brandeis intuì che l’arte poteva essere collegata al suono, alla parola, ai gesti, alla forma, al colore, comprendendo come aiutasse i bambini ad elaborare i traumi subiti e come essi riuscissero attraverso l’arte ad affrontare i soprusi, le discriminazioni e le violenze.

Dedicatasi all’attività politica clandestina, la collaborazione con il Partito Comunista e le sue origini ebraiche la portarono ad essere arrestata, per poi essere deportata nel 1942 nel campo di concentramento di Terezin. Sfruttando il maggior grado di tolleranza del campo dove agli internati era permesso di

intrattenersi in attività ricreative e culturali, si propose come insegnante d'arte per centinaia di bambini, strappati alle loro famiglie e situati presso i dormitori infantili. Convinta che l'arte, a prescindere dalla forma, fosse lo strumento comunicativo più efficace per rappresentare lo stato d'animo dell'essere umano, l'artista riuscì nell'intento di proporre ai piccoli allievi un'arte in grado di riequilibrare il loro mondo emozionale e di donare sensazioni di libertà, attraverso le lezioni d'arte e i disegni dei bambini.

Con i suoi laboratori artistici, la Brandeis ebbe la capacità di coinvolgere i bambini in un'arte in grado di veicolare emozioni e sensazioni e rappresentare i loro desideri, al fine di percepire un'idea di libertà anche all'interno del campo, una libertà che purtroppo non esisteva più. Ecco che gli elaborati dei bambini e dei ragazzi di Terezin finirono per raffigurare sia soggetti "positivi" come fiori, farfalle, fiori, cieli assolati e casette di campagna, che "negativi", come fucili, soldati, sangue, scheletri, morti. Da un lato, dunque, il ricordo di tutto ciò che di bello aveva caratterizzato l'infanzia dei più piccoli unito al desiderio di tornare in quel mondo di normalità, dall'altro le brutture di scenari drammatici e reali visti con maturità e consapevolezza, soprattutto da parte dei più grandicelli.

Arte, dunque, come rifugio. Arte come sostegno psicologico a bambini sottoposti a terribili situazioni traumatiche. Per questo il tempo dedicato all'insegnamento dell'arte e ai laboratori divennero sempre più importanti per i piccoli del campo. I disegni rappresentavano uno strumento indispensabile per entrare nuovamente in contatto con emozioni rimosse dalla paura o sensazioni represses dall'angoscia, andando a ripristinare per pochi attimi, giusto quelli trascorsi nei laboratori, equilibri emozionali persi. Nonostante la mancanza di adeguati strumenti, si riusciva per pochi istanti a riequilibrare l'universo emotivo dei bambini sconvolto dalla drammaticità degli orrori vissuti, fornendo all'arte nell'infanzia e nell'adolescenza un valore terapeutico.

La Brandeis iniziò a prendere nota dei risultanti sorprendenti che l'arte aveva avuto sui piccoli prigionieri, e con le sue considerazioni e osservazioni sul valore dell'arteterapia, si ripromise di approfondire il metodo, una volta conclusa la guerra. Purtroppo, trasferita dapprima a Auschwitz, morirà in una camera a gas nel campo di sterminio di Birkenau, nel 1944, insieme a molti dei suoi alunni. Prima di morire, catalogò per nome e data 5000 disegni dei suoi piccoli allievi nascondendoli in alcune valigie, recuperate dopo la fine della guerra dall'esercito russo. Custoditi a Praga dal prof. Groag, oggi sono esposti al Museo Ebraico di Praga e in quello di Israele.

Da allora l'arteterapia si è maggiormente strutturata come metodologia, fornendo uno strumento utile al riequilibrio psico-emozionale di persone di tutte le età, con e senza disturbi psichici. Negli Stati Uniti, a partire negli anni '50, prese vita un percorso artistico esperienziale che porterà alla definizione metodologica dell'arteterapia, con la nascita di due importanti orientamenti di arteterapia, legati ai nomi di Edith Kramer e di Margeret Naumburg.

2.2.2 Arte come Terapia

Prima ancora che l'arteterapia venisse associata al mondo della psicologia, colei che pose le basi del metodo arteterapeutico fu Edith Kramer. Pitttrice austriaca di origine ebraica, grazie agli insegnamenti e all'esperienze vissute a fianco di Friedl Dicker Braindes, e grazie all'influenza della psicoanalisi, assocerà per la prima volta l'arte a una possibile forma di terapia. Come primo passo pubblicò gli studi della Brandeis sul valore terapeutico dell'arte, portando avanti il progetto che la sua insegnante d'arte sterminata a Birkenau non aveva potuto fare.

Proprio per sfuggire alle leggi razziali, nel 1938 la Kramer emigrò a New York dove, dapprima insegnò arte a bambini e adolescenti provenienti da famiglie disagiate, e poi sperimentò i suoi laboratori artistici con finalità di cura a minori con disturbi psichiatrici. Provenendo dal mondo dell'arte, la Kramer riservò un valore particolare all'espressione artistica. E così, traendo

insegnamenti dalle esperienze sul campo e dai suoi approfonditi studi sulla psicologia, elaborò il suo innovativo metodo arteterapeutico chiamato “Arte come Terapia”.

Considerando la terapia d’arte distinta dalla psicoterapia, il suo metodo non prevedeva l’interpretazione del risultato del prodotto artistico, bensì il processo creativo e artistico era parte stessa della terapia. La Kramer, infatti, sostenne che *“le virtù curative della terapia d’arte dipendono da quei procedimenti psicologici che si attivano nel lavoro creativo”*²², creando in tal modo confini precisi tra la psicoterapia e quella che la pittrice definisce “Arte come Terapia”.

Attraverso la sua esperienza di arteterapeuta con bambini e adolescenti, la Kramer comprese come l’arte potesse rappresentare un aiuto sia nella sofferenza esistenziale che nel disagio psichico, e dunque elaborò un processo metodologico in cui il percorso terapeutico trovava la sua essenza nel processo artistico. “Arte come terapia” in quanto l’arte, intesa come processo creativo, diventa terapia.

Si tratta dunque di un metodo in cui non si ha l’obiettivo di considerare il prodotto artistico “finale” come finalizzato a interpretare l’inconscio, ma un metodo in cui al centro c’è il processo che porterà a quel prodotto artistico; un processo creativo che è il vero focus del percorso e che ha la capacità di attivare risorse che sono mezzo di supporto per l’Io, lasciando che il prodotto finale resti subordinato al processo stesso. Ecco perché la pittrice austriaca sostenne come *“l’arteterapeuta debba avere una profonda conoscenza sia dei processi artistici che delle caratteristiche e possibilità dei materiali proposti, condizione indispensabile all’intuizione artistica che deve sostenere la relazione terapeutica”*.²³

La Kramer pose dunque le basi dell’arteterapia diffondendo le tesi della Brandeis sul valore terapeutico dell’arte, fino a co-fondare nel 1976 un progetto universitario per insegnare terapia dell’arte all’Università di New York, che oggi ha il suo Dipartimento di Arteterapia. La sua metodologia è ormai conosciuta agli arteterapeuti di tutto il mondo, e scuole di specializzazione sono sorte in Europa e in Italia.

2.2.3 L’arteterapia e la prospettiva psicoanalitica

“Il processo dell’arte terapia si basa sul riconoscere che i sentimenti e i pensieri più profondi dell’uomo, derivati dall’inconscio, raggiungono l’espressione di immagini, piuttosto che di parole”.

(Margaret Naumburg, 1966)

Con Edith Kramer l’arte stessa diventa terapia, differentemente dall’impostazione che Margaret Naumburg, seguace e discepolo di Sigmund Freud darà al suo orientamento artistico-psicologico. Margaret Naumburg è stata una psicologa, psichiatra psicoanalista, e maestra d’arte americana. Elaborando uno specifico approccio arteterapeutico, di stretta derivazione psicodinamica, è considerata la fondatrice dell’arteterapia in America. Le tesi della Naumburg hanno origine dall’idea che le immagini possono dove le parole non riescono, conferendo dunque alle espressioni delle immagini il carattere di centralità del suo pensiero. In effetti, la psicologa americana partì dall’idea che le figure illustrate riuscivano a creare un legame maggiore con i sentimenti e il vissuto emozionale rispetto alle parole; e dunque le emozioni inconsce risultavano più facilmente riconoscibili nelle immagini piuttosto che nelle parole e in altre manifestazioni dell’uomo.

^{15 16} Kramer, E., (1971), *L’arte come terapia nell’infanzia*, La Nuova Italia, Firenze

La comunicazione simbolica indetta dalla psicoanalista e lo scambio relazionale con il paziente venivano rappresentati e si concretizzavano in immagini prodotte dal paziente, nelle quali veniva proiettato il proprio vissuto emotivo e personale. Ciò che emerge dall'inconscio viene dunque riprodotto da illustrazioni concretizzandosi e prendendo forma in immagini.

Queste vennero studiate ed elaborate attraverso analisi e conclusioni diagnostiche riconducibili alla dottrina freudiana, dalla quale Margaret Naumburg proveniva. Infatti, l'arteterapia da lei applicata non era altro che uno strumento di rivelazione di significati inconsci, spesso sfuggenti alle sedute di psicoterapia. Attraverso l'analisi effettuata con le teorie del pensiero freudiano, il significato inconscio del mondo emozionale del paziente svelato dall'arte veniva poi descritto e "trasformato in parole", ovvero reso comprensibile dalla comunicazione verbale. La Naumburg elaborò così il metodo arteterapeutico di orientamento dinamico dove l'arte, attraverso la proiezione del vissuto personale, è lo strumento per arrivare a una diagnosi, non alla terapia.

La Naumburg, dunque, ha una visione molto vicina a quella di Freud e considera *"il prodotto artistico del paziente come uno strumento d'accesso ai suoi contenuti inconsci, da utilizzare nel corso della terapia come materiale da interpretare e favorire così l'insight e la risoluzione dei conflitti interni. L'espressione artistica del paziente è dunque vista ed utilizzata esclusivamente come strumento diagnostico. L'arte, dunque, come strumento "ai fini" della terapia, e non arte "come" terapia"*.²⁴

Lo stesso Freud affermava che l'arteterapia permetteva all'uomo di salvarsi dal disturbo nevrotico poiché essa consentirebbe di *"tradurre le sue fantasie in creazioni artistiche anziché in sintomi, sfuggendo in tal modo al destino della nevrosi e riconquistando per questa via indiretta il rapporto con la realtà"*.²⁵ Questo punto di vista considera l'arte terapia come la capacità di andare oltre rispetto alla semplice estetica e alle sue regole, soffermandosi sul suo significato, su ciò che rappresenta, sull'inconscio del paziente e sul suo modo di esprimersi, rendendo unico e importante il legame tra paziente e terapeuta. L'obiettivo dell'arteterapia non è solo quello di curare disagi e disturbi, ma anche quello di esaltare le qualità del paziente e la sua autoconsapevolezza, migliorandone le capacità comunicative e facendolo entrare in sintonia con il proprio mondo interiore, così da comprendersi al meglio.

2.3 CHE COS'E' L'ARTETERAPIA

2.3.1 L'arteterapeuta e la relazione empatica col paziente

La parola Arteterapia è una parola composta che etimologicamente affonda le sue due radici nel campo della creatività da una parte e della medicina dall'altra. Dare una definizione all'Arteterapia non è semplice, in quanto si tratta di una disciplina molto vasta che utilizza varie forme d'arte nel trattamento del disturbo mentale. Può essere considerata *"una forma di psicoterapia che utilizza l'arte come suo principale modo di espressione e comunicazione"*²⁶ così come indicato dalla *British Association of Art Therapists*; o come *"una professione integrativa di salute mentale e servizi umanistici, che arricchisce la vita di individui, famiglie e comunità attraverso la creazione attiva, il*

²⁴ Naumburg, M., (1966), *Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice*, Grune and Stratton, New York and London

²⁵ Freud, S., (1993), *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino

²⁶ AA.VV., *Arteterapia e produzione di cultura*, La Quercia, <https://www.cooperativaquercia.it/dettaglio-blog/arteterapia-ceo#:~:text=Per%20una%20definizione%20pi%C3%B9%20esaustiva,modo%20di%20espressione%20e%20comunicazione.>

processo creativo, la teoria psicologica applicata e l'esperienza umana all'interno di una relazione psicoterapica"²⁷ come dichiarato dall'American Art Therapy Association.

Dall'exkursus storico fatto sulla sua origine, si è compreso come l'arte sia stata da sempre capace di rappresentare emozioni e sentimenti concretizzandoli poi nella loro elaborazione e comprensione, il che già da sé fornisce un significato evidente al termine composto "arte-terapia". In questa prospettiva, il prodotto artistico è il risultato della vita interiore inconscia del soggetto, la quale non può essere espressa attraverso il linguaggio. Sostituendo quindi la comunicazione verbale, la creazione artistica assume una rilevanza fondamentale in quanto è espressione dell'esperienza interiore del paziente-artista e di un processo che consente di far emergere e condurre il vissuto emotivo non fattibile attraverso il parlato. I processi creativi consentono al paziente di raggiungere una situazione di naturale libertà, di sperimentare un nuovo linguaggio attraverso cui l'inconscio può liberarsi ed emergere con naturalezza.

In questo contesto è palese la centralità della figura dell'arteterapeuta e la necessità che questi ha di creare col paziente un rapporto basato sull'empatia. La relazione tra il professionista e l'assistito deve essere una relazione in cui va tutelata la produzione artistica quale frutto dell'esperienza emotiva del paziente e il soggetto stesso. L'arteterapeuta deve saper "ascoltare" il messaggio artistico, deve essere capace di accogliere le emozioni originate durante la creazione, assorbire, elaborare e dissolvere le tensioni impulsive o conflittuali dell'assistito. In questo momento di scambio, il paziente apprende come comunicare ed esprimersi attraverso l'oggetto artistico, mediante cui può acquisire consapevolezza del proprio inconscio, ovvero coscienza delle paure interiori, del proprio corpo, del proprio vissuto intimo ed emozionale. Nel momento in cui le sensazioni si traducono nel prodotto artistico avviene un processo di auto comprensione più profonda, nel quale il paziente attua un riconoscimento di sé.

Il prodotto artistico viene dunque portato ad elaborazione con la successiva fase della comprensione e dell'interpretazione del suo contenuto comunicativo. La discussione che verte sull'interpretazione di quanto creato è un confronto tra paziente e arteterapeuta, in cui l'assistito può comunicare le proprie emozioni e i sentimenti scaturiti dalla sua espressione artistica. Il riuscire a raffigurare emozioni e sentimenti esprimendoli simbolicamente in un'immagine visiva concreta permette di poterli osservare come qualcosa di staccato da sé. Nel confronto tra paziente e arteterapeuta si genera uno spazio di elaborazione che può sostenere il soggetto nella ricerca di nuove modalità di interazione tra l'universo interiore e il mondo esterno, agevolando altresì le potenzialità di integrazione sociale. L'espressione artistica, attivando risorse creative, funge da oggetto mediatore nella relazione tra terapeuta e artista, rispettando i meccanismi di difesa del paziente e favorendo la sua libera espressione.

2.3.2 L'espressione artistica come oggetto mutevole

In questo contesto, l'opera d'arte diventa oggetto "mutevole", che non ha una precisa identità, ma oscilla tra il reale e l'immaginario. Ogni colore, ogni forma, ogni simbolo che si va a rappresentare ha un'accezione e un significato propri, ma sono tutti strumenti per veicolare messaggi. La creazione artistica può rappresentare un evento reale riprodotto su una tela, ma anche corrispondere a una fantasia o un desiderio inconscio. Nella sfera dell'immaginario che si fa reale e nell'ambito

²⁷ AA.VV., *Arteterapia e produzione di cultura*, La Quercia, <https://www.cooperativaquercia.it/dettaglio-blog/arteterapia-ceo#:~:text=Per%20una%20definizione%20pi%C3%B9%20esaustiva,modo%20di%20espressione%20e%20comunicazione.>

emozionale, l'arteterapia è un mezzo capace di trasmettere e veicolare messaggi emotivi e irreali. In questo scenario viene a maturarsi la crescita del paziente e la possibilità di controllare attivamente e bilanciare il carico emotivo ampliando i confini del sé. Il fare arte presenta dunque una serie di caratteristiche che rendono l'impegnarsi nel processo creativo di per sé terapeutico. Il paziente immerso in un'elaborazione creativa riceve una serie di sollecitazioni a livello fisico, intellettuale ed emotivo che, è stato dimostrato, portano a cambiamenti organici e psicologici i quali possono agevolare i processi di guarigione. L'arteterapia, dunque, genera nel soggetto un processo che pone in comunicazione corpo e psiche, attivando l'emisfero destro del cervello che presiede appunto alle attività creative, alla comunicazione, alla fantasia. Esternando le emozioni negative nel processo creativo, si libera l'inconscio dalle trappole del dolore del proprio io, imparando a guardarsi dall'esterno e a creare le distanze dall'evento che provoca sofferenza.

L'arteterapia da un lato permette al messaggio non verbale di prendere forma, concretizzandosi in un'espressione artistica; dall'altro diventa essa stessa trasposizione di una comunicazione visiva. In questo processo, il linguaggio adottato da paziente e arteterapeuta è un linguaggio comune che agevola la discussione tra il terapeuta e l'artista. Attraverso questo linguaggio, l'arteterapeuta deve condurre con sensibilità il paziente nel processo creativo favorendo la sua libera espressione. Nelle sedute di arteterapia di gruppo, tutti i partecipanti si sentono coinvolti allo stesso modo e ognuno apporta il proprio contributo utilizzando quel linguaggio comune. Il processo di creazione diventa esperienza positiva di evoluzione del soggetto, in quanto la spontanea e libera espressione del sé genera un potenziale influsso curativo e favorisce un generale miglioramento della qualità della vita.

Attraverso le loro valutazioni psicoterapiche, gli arteterapeuti progettano interventi adeguati alle esigenze dei pazienti e scelgono il mezzo (disegno, pittura, fotografia, scultura...), programmando sessioni terapeutiche per raggiungere gli obiettivi terapeutici prefissati. L'arteterapia *“fa ricorso al linguaggio dei simboli. Dipingere, disegnare, plasmare, danzare, implicano un'attività nella quale tutti i nostri sensi vengono stimolati e noi veniamo assorbiti nella nostra totalità. Ciò che proviamo e sperimentiamo si riflette nella nostra produzione artistica in termini di qualità ed intensità di linee, tratti, colori, movimenti, nel modo in cui usiamo il tempo e lo spazio, eccetera. Per cui l'espressione artistica si propone come un riflesso, una rappresentazione simbolica del nostro mondo interno e delle modalità che solitamente usiamo nel rapportarci alla realtà, sia esterna che interna. È proprio la caratteristica di utilizzare il linguaggio dei simboli, e dunque non solo quello verbale, che rende l'arteterapia un canale privilegiato rispetto alle altre forme di terapia”*.²⁸

L'arteterapia attinge da una varietà di approcci teorici: quello psicodinamico, quello cognitivista, quello psicoanalitico, quello gestaltico e, in generale, *“da tutti quegli approcci terapeutici che mirano a connettere e riconciliare i conflitti emotivi, a promuovere l'autoconsapevolezza e l'accettazione di sé, sviluppando abilità relazionali e comunicative”*.²⁹ Principalmente, l'approccio in ambito terapeutico nell'arteterapia è quello psicodinamico.

2.3.3 Il disegno come arteterapia nelle guerre

L'arteterapia non è solamente utilizzata in un setting che possa promuovere il processo creativo del paziente, ma anche impiegata in occasioni differenti dal punto di vista traumatico, come la

²⁸ AA.VV., (2012), *L'Arteterapia: efficacia, efficienza, e sostenibilità in Italia e all'estero*, P.S.A. XII Ed.

²⁹ AA.VV., (2020), *DEEP ACTS Developing Emotional Education Pathways and Art Centered Therapy Services against gender violence - Ricerca su arteterapia e arte come terapia*

guerra. Tale tragico contesto, in effetti, resta per sempre impresso nel vissuto emotivo dei soldati sopravvissuti, delle madri, dei bambini, ovvero di coloro che, in modi differenti, lo hanno conosciuto.

La psicologa Yulia Streltsova, terapeuta del Veteran Hub in Ucraina, lavora con i bambini, le famiglie dei soldati deceduti, i feriti ricoverati negli ospedali, e lo fa attraverso l'arte come sostegno per superare gli shock subiti. Secondo la Streltsova, la creazione artistica possiede insita in sé la capacità di aiutare i soggetti angosciati dal conflitto bellico; l'arteterapia, dunque, assume un ruolo fondamentale nel processo terapeutico e di elaborazione dei traumi.

Nel momento post-traumatico, nelle madri dei bambini si manifesta lo stress di non poter esternare le proprie emozioni negative davanti ai figli per non aumentarne lo sconforto; nelle madri dei soldati morti, il dolore per la perdita del proprio figlio si trasforma esso stesso in morte, spesso in mutismo e annientamento delle relazioni interpersonali; nei reduci, si avverte il “senso di colpa del sopravvissuto”, di chi nonostante le cruente battaglie ce l'ha fatta a tornare, il che comporta un malessere psico-fisico perenne nel pensiero di chi non è tornato.

È in questo scenario particolarmente stressante emotivamente che la Streltsova usa l'arteterapia come sostegno psicologico per i soldati, civili e bambini traumatizzati. La tecnica utilizzata dalla psicologa ucraina permette, anche se non completamente, di rivivere la normalità della vita precedente alla guerra. Essa consiste proprio nella ricerca del contatto con l'ordinarietà della propria vita prima del conflitto e di rappresentarla artisticamente ed emotivamente. I disegni dei bambini, difatti, hanno piano piano assunto forme e colori “normali”, rispetto ai loro primi disegni fatti appena arrivati nel centro dell'Odessa Veteran Hub, che contenevano elementi cruenti e colori scuri, quale rappresentazione lucida della realtà.

Kateryna Rudyk, psicoterapeuta che lavora nella scuola Monte Baldo di Milano con i bambini ucraini fuggiti dalla guerra, utilizza l'arteterapia come strumento per affrontare e superare i traumi. La psicologa che è fuggita con i suoi due bambini da Chernivtsi, regione occidentale dell'Ucraina, ha dovuto affrontare i traumi dei suoi figli e degli altri bambini ucraini uniti da un destino comune. All'inizio, racconta la Rudyk, “*i bambini, arrivati a Milano traumatizzati, scoppiavano a piangere appena sentivano qualsiasi tipo di rumore, anche solo di un'auto o una lavatrice, e avevano paura degli spazi chiusi*”.³⁰ Per provare a liberare i bambini da emozioni negative, la psicologa aveva chiesto ai bambini di esprimersi liberamente attraverso il disegno; le creazioni dei piccoli rappresentavano scenari di morte, sangue, cimiteri, missili. La Rudyk ha ideato delle attività arteterapeutiche di gruppo in cui i bambini, in un clima di serenità e partecipazione, hanno iniziato a trasformare i loro disegni di morte in colori e soggetti “normali”. Ma non solo. I bambini dapprima chiusi nel silenzio e nella solitudine hanno cominciato a parlare, si sono aperti, hanno espresso il desiderio di stare più tempo con gli altri bambini; in loro è diminuita la paura e ciò si percepisce dai loro disegni, che sono parte degli strumenti di superamento dei traumi.

Attualmente, l'arteterapia viene utilizzata anche nel conflitto bellico tra Palestina e Israele: a Gaza, i bambini palestinesi vengono continuamente stimolati da scene inumane che hanno un forte effetto psicologico sullo sviluppo emotivo e cognitivo delle piccole vittime, il che può prolungarsi fino all'età adulta. Il direttore del Centro delle Arti per i bambini palestinesi si focalizza direttamente sull'arteterapia: lavorando sui disegni dei bambini è possibile osservare fumo sulle case, missili, aerei

³⁰ Di Noto, A., Mengolini, G., (2022), Il disegno come terapia: così i bambini ucraini rifugiati a Milano provano a superare i traumi della guerra, <https://www.open.online/2022/05/18/milano-scuola-monte-baldo-bambini-ucraini-rifugiati-disegno/>

da guerra, carri armati, ambulanze, sangue. Anche in questo caso, l'obiettivo è proprio quello di restituire ai bambini la routine a loro tolta, cercando di non cancellare la memoria dei momenti quotidiani e di pace.

“Liberare l'immaginazione: Palestina 2023-2048” è una mostra che esprime il dramma della guerra e di chi la subisce ogni giorno. Questa esposizione artistica prende vita nel circolo Nassau a Bologna, ed è frutto del lavoro di Jeremy Lester, professore inglese di Filosofia e Scienze Politiche, che ha vissuto direttamente nel campo tra dicembre 2023 e gennaio 2024. Lester, durante il trascorso in Palestina, ha lavorato su un progetto con scopo arteterapeutico con bambini e adolescenti. Il fine è stato quello di riscattare l'immaginazione dall'orrore della guerra e dagli incubi che stavano sovrastando la vita dei piccoli autori. La mostra consiste in 50 opere e da due quadri realizzati da ogni autrice e autore: il primo quadro rappresenta la loro vita e condizione attuale, ovvero la percezione di loro stessi nella tragedia che stanno vivendo. Il secondo quadro, invece, ha il compito di rappresentare, incoraggiandoli, le proprie speranze e sogni verso un futuro migliore.

Ognuno dei disegni mostra un'esperienza drammatica e negativa relativa alle dure condizioni che i bambini palestinesi devono affrontare ogni giorno. Lester, durante la permanenza, ha incoraggiato i bambini non solo a immaginare un futuro migliore, ma anche ad aprirsi sugli orrori vissuti e di quelli per i quali hanno assistito a scene orribili. L'arteterapia ha offerto a questo gruppo di bambini e adolescenti di non solo liberarsi del peso della guerra, ma anche di avere la possibilità di sognare nuovamente, costruire una speranza e liberare l'immaginazione come metodo di elaborazione dei traumi.

CAPITOLO 3

ARTETERAPIA APPLICATA AI DISTURBI PSICHIATRICI

3.1 ARTETERAPIA APPLICATA IN AMBITO PREVENTIVO-EDUCATIVO, RIABILITATIVO E TERAPEUTICO

“È come avere un gran fuoco nella propria anima e nessuno viene mai a scaldarvisi, e i passanti non scorgono che un po' di fumo, in alto, fuori del camino e poi se ne vanno per la loro strada.”

Vincent Van Gogh

3.1.1 L'arteterapia applicata in ambito preventivo ed educativo

Nell'ambito preventivo ed educativo, l'arteterapia viene impiegata in contesti di prevenzione e di educazione in cui l'espressione artistica, quale strumento che concretizza il vissuto emotivo, è considerata - anziché uno strumento di cura vera e propria - un mezzo che permette di raggiungere il benessere psico-fisico. Viene dunque utilizzata per fronteggiare eventi della vita che portano l'individuo a vivere un momento di malessere generale, come un lutto, una crisi sentimentale o una separazione, un insuccesso a scuola o nel lavoro, un cambio professionale, un trasferimento, l'andare in pensione dopo una vita di “normale quotidianità”. Momenti, quindi, di cambiamento, che portano uno scompenso interiore o una leggera depressione per cui si può trovare sollievo in uno strumento che favorisce una maggiore conoscenza di sé stessi. Le tecniche espressive sono dunque strumento di promozione e di realizzazione di benessere.

Ciò vuol dire che nell'area preventiva, l'arteterapia è legata al nuovo trend che prevede l'utilizzo della terapia artistica non per specifici disturbi psicologici o handicap fisici ma come forma di “educazione” alla sensibilità, all'accettazione di sé, degli altri o di eventi esterni. L'espressione artistica è dunque un modo per poter ristabilire il proprio equilibrio psico-fisico, per poter promuovere l'autoconsapevolezza che in un momento di difficoltà si è smarrita. In una quotidianità in cui l'individuo - adulto e bambino - viene ipersollecitato da stimoli eccessivi e continui, l'arteterapia permette di ritrovare la propria strada, consentendo al soggetto di incontrare sé stesso e di confrontarsi con gli aspetti più profondi del proprio io. Attraverso lo sperimentare nuove abilità, l'arteterapia va a costituire uno spazio e un tempo in cui incontrare sé stessi, giungendo ad una reale conoscenza del proprio universo emotivo.

3.1.2 L'arteterapia applicata in ambito riabilitativo

In ambito riabilitativo, l'arteterapia è destinata a pazienti con disabilità fisiche e/o motorie per ridurre tali handicap, aumentare l'autostima e migliorare la percezione di sé, potenziare le capacità relazionali e facilitare l'inserimento in gruppo. Il paziente - bambino, adulto, anziano, con disabilità presente dalla nascita o manifestatasi poi - può praticare l'arte e viverla come un gioco nel quale si ha libertà di espressione. L'obiettivo, infatti, non sta nella perfezione della creazione artistica - alla quale infatti non si dà un giudizio - ma nell'esternare spontaneamente le proprie emozioni e i propri pensieri, senza convenzioni sociali o costrizioni. In questa esperienza ludica, il paziente-artista impara ad esprimersi vivendo ed accettando il proprio corpo anziché subirlo, senza ricevere condizionamenti né giudizi. In un'ottica terapeutico-riabilitativa di accoglienza e comprensione, il paziente viene guidato con l'obiettivo di renderlo autonomo “solo” nei movimenti necessari alla produzione dell'opera artistica (solitamente grafica/pittorica), migliorando la qualità dei tratti e il controllo in relazione ai materiali

di utilizzo. Ciò ha conseguenze positive anche riguardo alla vita in generale del paziente e alla sua quotidianità, poiché la riabilitazione motoria non è solo limitata alla produzione artistica, ma influenza positivamente la motricità totale.

In area riabilitativa, dunque, l'arteterapia rappresenta una modalità particolarmente apprezzata di espressione e condivisione emotiva. Nelle comunità di alcolisti e tossicodipendenti, ad es., l'espressione artistica è finalizzata al recupero e allo sviluppo di abilità sociali perse a causa delle dipendenze e, in un'ottica di reintegro, al mantenimento nel tempo di tali abilità. Nelle residenze per anziani, lo strumento artistico ha lo scopo di recuperare e promuovere quella sensazione di autonomia che col sopraggiungere dell'età senile l'anziano perde. Nei soggetti diversamente abili o con gravi handicap fisici, esprimersi in attività creative aiuta a ridurre la negazione della propria disabilità imparando ad accettare il proprio corpo e i propri limiti, sviluppare maggiore autonomia personale e sviluppare relazioni interpersonali. Negli alunni con disturbi cognitivi specifici (disturbi dell'apprendimento o del linguaggio), l'espressione artistica rappresenta una tipologia di intervento riabilitativo finalizzato allo sviluppo delle relazioni sociali, dunque all'integrazione dei disabili col resto del gruppo, con particolare attenzione ai loro vissuti interni. L'arteterapia viene impiegata in tutti questi contesti in quanto tecnica riabilitativa di cui è stata accertata l'efficacia nel miglioramento delle abilità espressive e comunicative degli individui.

3.1.3 L'arteterapia applicata in ambito terapeutico

In ambito terapeutico, l'arteterapia è uno degli strumenti utilizzati dal terapeuta in un contesto più ampio di cura, soprattutto nei casi in cui i pazienti abbiano difficoltà a esprimersi verbalmente, il che rende necessario esprimersi attraverso gesti, movimenti, disegni, suoni. È dunque impiegata per i pazienti portatori di gravi handicap e di disturbi psichiatrici, per i quali l'espressione artistica è solo uno degli strumenti con cui ci si può avvicinare all'universo interiore del paziente. Essa è quindi destinata a pazienti con disturbi cerebrali come l'autismo, e disturbi psichiatrici, soprattutto per coloro che sono affetti da disturbi psicotici e schizofrenia. Il laboratorio artistico può configurarsi come intervento autonomo, ma talvolta può integrarsi a trattamenti medici e farmacologici. Infatti, in caso di schizofrenia o grave autismo, quindi casi di particolare gravità dal punto di vista diagnostico, l'arteterapeuta è affiancato nel suo lavoro da un'equipe di professionisti, psichiatri, medici, logopedisti, la cui interazione conduce spesso a ottimi risultati. Il programma di lavoro condiviso è fondamentale per definire a priori gli obiettivi da raggiungere e valutare i risultati ottenuti.

Nel contesto psichiatrico si fa riferimento soprattutto a progetti definiti e metodi ordinati che si svolgono in incontri, soprattutto di gruppo. Ma possono esserci anche programmi arteterapeutici che si sviluppano in sedute individuali, nei casi ad es. di bambini autistici o con disturbi psicotici, per i quali la dimensione grupppale non risulta idonea al caso specifico.

Attraverso vari strumenti (la pittura, il disegno, il modellare la creta...) il paziente *“riesce a superare lo stato di coscienza facendo emergere dall'inconscio senza alcun filtro tutto quanto vi è di più nascosto ma anche di più vero nell'individuo. La ricerca di una forma porta il soggetto alla presa di coscienza di sé, utilizzando un linguaggio arcaico che supera quello verbale, perché smuove gli stati più profondi dell'inconscio ponendo l'individuo di nuovo in armonia con la sua struttura primordiale”*.³¹ L'arteterapeuta deve instaurare col paziente una relazione empatica e di comprensione reciproca che è essenziale per raggiungere progressi e miglioramenti. Nell'ambito psicoterapeutico, infatti, è fondamentale la relazione terapeutica all'interno del setting di arteterapia: l'arteterapeuta e

³¹ AA.VV., (2012), *L'Arteterapia: efficacia, efficienza, e sostenibilità in Italia e all'estero*, P.S.A. XII Ed.

il paziente sono in una posizione definita dis-pari, ovvero la situazione in cui il terapeuta ha avviato una comunicazione interiore con sé stesso, trasformando le sue parti come parti individuate. Il paziente, diversamente dal terapeuta, inizia a conoscersi con l'inizio del percorso terapeutico. Il suo mondo interiore non è ancora costellato e non è in grado di dare una prospettiva semantica alle sue espressioni emotive, verbali e artistiche.

La comunicazione fra terapeuta e paziente diventa relazione terapeutica nel momento in cui il paziente inizia a comunicare con le parti di sé, partendo con l'esprimere i suoi contenuti interiori senza necessariamente comprenderne i messaggi. Questo atto di comunicazione non è un presupposto ma un obiettivo, dove vige la reciproca conoscenza in un setting che lo permette. L'arteterapia, come elemento specifico, fa riferimento al prodotto del paziente come parte del paziente stesso: la creazione artistica che il paziente produce è parte interna del soggetto proiettata su una superficie esterna.

L'oggetto artistico, come esprime Mimma della Cagnoletta, arteterapeuta e psicoanalista italiana, *“connette paziente e terapeuta attraverso la sua presenza reale e anche attraverso ciò che rappresenta. Le due valenze, reale e simbolica dell'oggetto artistico, sono strettamente connesse e concorrono a formare quelle relazioni complesse contenute in ogni seduta di arteterapia”*.³²

3.2 APPROCCIO ARTETERAPEUTICO PSICODINAMICO

3.2.1 L'arteterapia psicodinamica

L'arteterapia viene applicata principalmente in due modalità: la prima viene definita *terapia analitica*, che si concentra sulle teorie derivanti dalla psicologia analitica e, molto spesso, dalla psicoanalisi. La terapia incentrata sull'arte analitica si focalizza sulle idee che vengono trasferite tra cliente e terapeuta attraverso l'arte. La seconda modalità tratta della *psicoterapia artistica*, che si basa maggiormente sullo psicoterapeuta e sull'analisi delle opere d'arte prodotte dai pazienti, mediate solitamente dalla parola.

Dalla nostra analisi è emerso che, fin dalla sua origine, l'arteterapia si è velocemente sviluppata come strumento di sostegno nel trattamento di pazienti affetti da turbe psichiche, come gli autistici e gli psicotici. Infatti, agli addetti ai lavori fu palese fin da subito come i malati mentali, anziché con il linguaggio verbale, riuscissero ad esprimersi meglio con i gesti e con il movimento del corpo, ovvero attraverso attività artistiche, come modellare la creta, la danza o il disegno.

Tutte queste attività permettevano di rappresentare senza l'utilizzo della parola le proprie angosce. Da ciò è intuibile come l'arte abbia anche una funzione di superamento delle gravi difficoltà comunicative di cui sono oggetto i pazienti autistici e psicotici. Ma non solo. L'oggetto artistico ha insita in sé la funzione strumentale di comunicazione simbolica inerente emozioni, stati d'animo e conflitti interiori. Il tutto può essere interpretato, da un punto di vista psicologico e psicodinamico, all'interno di un setting. Questa branca dell'arteterapia viene definita *“arteterapia psicodinamica”*: in tale approccio il soggetto viene guidato dall'arteterapeuta verso l'autoconsapevolezza dei contenuti da lui stesso creati, che siano espressi nel disegno, nella composizione musicale, nella danza o la scultura. Nella pratica, quasi tutti gli esperti del settore integrano in modo personale queste dimensioni, aderendo in varia misura all'idea di terapia e di psicoterapia mediante l'arte. Principalmente, all'arteterapia in ambito terapeutico viene applicato l'approccio psicodinamico: esso

³² Della Cagnoletta, M., *L'oggetto artistico nella relazione terapeutica*, Quaderni di Art Therapy Italiana 2

si fonda sulla base che ci sia una correlazione tra processo di crescita dell'individuo e processo creativo.

3.2.2 Il processo creativo e l'interpretazione terapeutica

Per fare in modo che il processo creativo prenda forma, l'arteterapia si avvale di tre elementi fondamentali:

- Espressione
- Attivazione creativa
- Comunicazione

L'espressione, l'attivazione creativa e la comunicazione devono essere in correlazione tra loro; questi, infatti, sono i tre processi che permettono l'esistenza dell'arteterapia e del percorso creativo e terapeutico.

L'espressione è una necessità umana; la comunicazione - verbale e non verbale - è il contenuto manifesto che assieme al contenuto latente pone tra le due comunicazioni l'oggetto artistico; l'attivazione creativa è la manifestazione, la nascita di qualcosa che sta prendendo forma nel giovane processo creativo. Questi tre punti fondamentali caratterizzano anche il processo evolutivo: il paziente assume il ruolo simile a quello di un bambino, dove il produrre qualcosa lo stacca dalla madre, simbolo del mondo al quale è attaccato e da cui dipende. La produzione artistica dirige il soggetto "bambino" verso la scoperta di un mondo nuovo, ovvero quello esterno, permettendogli di "autoaffermarsi".

Il processo creativo possiede tre modalità che corrispondono alle fasi di crescita del bambino:

- Modalità a concentrazione corporea: tratta dell'esperienza che coinvolge i sensi e porta a un'esplorazione sensoriale.
- Modalità a risoluzione formale: considera il principio di astrazione e prevalenza dell'aspetto cognitivo dell'organizzazione spaziale.
- Modalità a narrazione simbolica: è l'associazione di un significato all'opera artistica.

È importante ricordare che anche quando si arriva alla terza modalità, le altre due non smettono mai di essere utilizzate.

Il processo creativo, però, non è l'unico concetto indispensabile per l'attuazione dell'arteterapia; ciò che è ugualmente essenziale è l'esperienza estetica che si attiva nell'incontro con un'opera, sia in chi la crea e sia in chi la osserva. Essa consiste in un passaggio emotivo e comunicativo, necessario per l'arteterapeuta affinché possa instaurare un dialogo con il paziente. Nell'esperienza estetica il piano sensoriale e il piano affettivo si uniscono, in un meccanismo universale della mente umana ma che è caratterizzato dalla soggettività.

L'opera, o oggetto artistico, è quindi la forma di espressione e comunicazione all'interno della relazione terapeutica, che può avere tante forme, colori, dimensioni, può essere fatto di materiali diversi. Può essere vissuto in modo diverso in base alle necessità del paziente, assumendo qualità di:

- Oggetto-me: ci si identifica nell'oggetto.
- Oggetto-non-me: ci si separa dall'oggetto.
- Oggetto-condiviso: è il rapporto attraverso l'oggetto con un'altra persona.

L'oggetto artistico, una volta creato, subisce la fase del dialogo: l'oggetto ha infinite possibilità di significato, e il terapeuta non deve affrettarsi a trovare un'interpretazione, né tantomeno limitarsi a una sola. Durante la seduta, il terapeuta deve occuparsi del materiale utilizzato, del processo che ha condotto alla creazione dell'oggetto, della forma, del modo in cui il paziente si mette in relazione con l'oggetto. Il dialogo è composto da diversi processi:

- Accogliere: accettare il prodotto senza giudicarlo
- Osservare: osservare il prodotto assieme al paziente
- Nominare: riconoscere gli elementi
- Collegare: cercare connessioni tra i vari elementi
- Aprire al nuovo: la percezione e la visione si modificano

Esistono, relative al dialogo, tre dimensioni comunicative, chiamate:

- Espressivo-creativa: è la comunicazione tra paziente e oggetto artistico
- Simbolico-cognitiva: è la comunicazione tra paziente e terapeuta attraverso l'oggetto artistico
- Interattivo-analitica: è la comunicazione diretta tra paziente e terapeuta

Può capitare talvolta che il paziente percepisca il prodotto come qualcosa da espellere e rifiutare, come qualcosa di cui non può parlare; in questo caso, il terapeuta deve essere pronto ad accettare tale condizione.

Introducendo l'analisi del prodotto artistico, gli elementi che il terapeuta deve osservare sono le forme, le linee e il colore, che si manifestano sulla dinamica tra tensione e rilassamento, ma anche i punti, lo spazio, e la texture. Le forme orizzontali e verticali rappresentano la staticità, mentre quelle oblique rappresentano tensione; le forme possono essere di base o combinate, organiche (curve) o geometriche (spigolose). Il punto esprime un'affermazione minima, e spesso anche il centro. Le linee possono essere di svariati tipi, e creano bordi e confini. Le tonalità del colore possono comunicare diversi effetti, e le texture possono evocare percezioni legate ad altri sensi. Infine, lo spazio è connesso alle vicissitudini umane, alla separazione tra sé e gli altri, tra l'interno e l'esterno.

I diversi stili che ogni paziente possiede derivano dall'allontanamento o dall'avvicinamento dal rapporto tra l'opera e il proprio corpo e sono unici, per cui rappresentano l'identità dell'individuo. L'arteterapia, dunque, si avvale di diverse tecniche artistiche, le quali sono:

- Gli opposti: è l'utilizzo di materiali opposti e rappresentazioni
- La sagoma corporea: è il riempimento di una sagoma
- Il contenitore e il contenuto: viene utilizzato un diario per la raccolta di immagini
- I mandala: è la costruzione di immagini mandaliche
- L'autoritratto e il ritratto: consiste nel creare un autoritratto da parte del paziente e un ritratto di quest'ultimo disegnato dal terapeuta
- Il viaggio: è la visione degli incontri di arteterapia come un viaggio formato da tappe
- La riflessione creativa: è il movimento verso l'esterno mediante la creatività
- I paesaggi interiori: è la rappresentazione di un paesaggio
- Le emozioni e le forme: è l'attività che consiste nel dare forma alle emozioni

Come è stato menzionato, l'arteterapia principalmente si occupa di pazienti autistici e psicotici; quest'ultimi, se riemergono dalla psicosi, tendono a dividersi in due gruppi: coloro che mantengono una grande espressività integrando il vissuto psicotico, e coloro le cui manifestazioni artistiche risultano impoverite, come per "sigillare" il vissuto psicotico.

3.3 ARTETERAPIA APPLICATA NEI GRUPPI

3.3.1 La dimensione gruppale

I pazienti con disturbi psichiatrici solitamente svolgono le attività di arteterapia in gruppi. Questo per far in modo che non si sentano confinati nel proprio malessere. Il gruppo, infatti, consente al soggetto di rendersi conto di non essere solo nell'affrontare il proprio disagio, ma di trovarsi, seppure nella specificità dei propri eventi personali, in una situazione comune ad altri individui che condividono delle sofferenze analoghe alle sue. Nel gruppo si ha la possibilità di discutere e confrontarsi sui vissuti dei singoli membri; ciò da un lato permette al gruppo di vivere un'occasione di crescita e di confronto, dall'altro consente al singolo di percepire una rassicurante sensazione di contenimento.

Il contesto gruppale, difatti, ha anche il compito di far percepire un senso di protezione, in quanto rappresenta dei confini per i partecipanti, che si sentono liberi di esprimersi con meno timore. Il lavoro di gruppo consente, dunque, al paziente di condividere il suo prodotto artistico mentre lo svolge e quindi di conoscersi e riconoscersi nella relazione con gli altri membri, e all'arteterapeuta di interpretare e valutare il lavoro del paziente in un momento ricco di azioni e reazioni. In tale contesto, la dimensione gruppale assolve anche a una funzione socializzante in cui il lavoro creativo supporta il paziente a sviluppare un processo di coinvolgimento e a tessere con gli altri membri del gruppo relazioni sempre più importanti.

Ma c'è di più. La dimensione gruppale è importante perché spesso è anche in grado di dimostrare più chiaramente dinamiche del comportamento individuale. Proprio grazie a questa tendenza, l'arteterapia in gruppo è un continuo scambio tra i diversi membri in cui la collaborazione è essenziale. La coesione del gruppo, infatti, è un indicatore importante che agisce in differenti modalità sulla pratica arteterapeutica. Nonostante l'importanza dell'unità gruppale, il mantenimento di uno spazio individuale è fondamentale, seppur entrando in relazione con gli altri: non bisogna travolgere l'identità individuale di ciascuno, bensì preservarla e stimolarla. L'esperienza individuale si plasma in un'esperienza gruppale artistica la cui unicità diventa sintesi creativa dello stare con il gruppo.

La metodologia specifica del gruppo aperto (open studio) può essere considerata come la forma più classica di arteterapia, ed è soprattutto il metodo con cui si è lavorato all'inizio degli anni '70, prima che venissero avviati corsi di formazione specialistici. Prima di allora, il terapeuta era influenzato fondamentalmente dalla propria esperienza individuale di terapia oltre che dalla propria formazione artistica. La pratica nasce dagli atelier e dai workshop di tradizione artistica. All'interno degli ospedali, dove il terapeuta si relaziona ad ogni partecipante che lavora individualmente, è l'arte e non il gruppo di pazienti ad essere considerata lo strumento del trattamento. L'orientamento teorico dello psicoterapeuta determina la modalità in cui l'oggetto artistico viene esplorato.

Secondo le psicologhe e arteterapeute Caroline Case e Tessa Dalley, *“il fattore curativo risiede nell'effetto che il paziente prova in contatto con il proprio inconscio attraverso la creazione dell'oggetto artistico. L'enfasi non viene tanto posta sulla comprensione e sulla riflessione tra paziente e terapeuta, quanto sull'aiutare il paziente a comprendersi attraverso la raffigurazione. In questo modo, un'arteterapeuta non lavora direttamente con il transfert, sebbene una teoria della personalità individuale illuminerebbe la relazione della terapeuta con il gruppo. In questo tipo di studio aperto, nel quale gli individui possono anche entrare ed uscire durante la sessione, e restare da tre minuti a tre ore, la qualità dell'ambiente è estremamente importante affinché il gruppo senta che quello è il suo spazio. Molte relazioni si sviluppano e si trasformano tra i partecipanti, ad esempio, alcuni si trovano sempre a disegnare vicini. La decisione di una persona di usare, poniamo,*

*la creta può catalizzare nuovi sviluppi per gli altri membri. Il terapeuta crea un'atmosfera di fiducia ed accettazione, accogliendo e valorizzando i prodotti e sperimentandoli soprattutto in modo non verbale".*³³ Gruppi di questo tipo hanno ancora luogo presso gli ospedali di lungo degenza, sebbene siano inevitabili le trasformazioni dovute alla chiusura degli ospedali e dei centri istituzionalizzati, col conseguente riversarsi dei pazienti nella comunità.

3.3.2 La conduzione nel processo creativo

Il compito di chi dirige il gruppo e la sua energia è quello di unire tutti nell'immaginazione e fondare un senso di comunità nei partecipanti. Il gruppo potenzia la forza espressiva di ogni singolo membro, facilitando l'espressione e la comunicazione. Ecco perché all'interno del gruppo è necessario stabilire delle norme non giudicanti di inclusione ed accettazione di tutti i membri.

Anche per questo motivo, nella fase di formazione di un gruppo, l'arteterapeuta deve necessariamente tener conto delle informazioni cliniche di ogni paziente, in modo da formare dei gruppi dove le patologie siano più possibilmente compatibili. Il gruppo deve sempre avere alla base le esigenze psicologiche e gli obiettivi di crescita e di cura dei pazienti che lo compongono, così come è fondamentale considerare il numero di persone che lo andranno a comporre. È ovvio che un gruppo di pochi pazienti permette all'arteterapeuta di seguirli più da vicino, mentre un grande gruppo rischia di essere superficiale e di compromettere la validità terapeutica e del coinvolgimento sociale dello stesso. Non è determinante invece l'età diversa dei pazienti, che anzi viene vista come spunto da cui partire per confrontarsi su temi e differenti punti di vista.

Nel setting creativo, il terapeuta accompagna il paziente nel percorso creativo con proposte idonee a una riorganizzazione simbolica del cambiamento finalizzata a una ricerca del benessere interiore. In tale scenario risulta fondamentale per l'arteterapeuta comprendere quale situazione mette maggiormente i pazienti a proprio agio consentendo loro di esprimersi al meglio. Egli conduce la seduta trovando la modalità più idonea al riconoscimento della propria identità da mettere a disposizione dell'estro creativo, nel rispetto dei tempi e in ascolto dei ritmi di ciascuno. In questo scenario, l'azione creativa di trasformazione consente un'evoluzione personale dell'individuo in un'ottica grupppale.

In un contesto in cui il creare è scevro da qualsiasi giudizio, si incoraggia l'esplorazione, osservando, sviluppando e stimolando un ascolto attivo a livello empatico ed emotivo. Il vissuto emotivo viene messo a nudo e condiviso ma va anche al di là dell'esperienza contestuale; in questo scenario, infatti, mettendo al centro il prodotto artistico e il suo immenso valore, prende forma la relazione grupppale che contribuisce a guardarsi dentro oltre il proprio sguardo.

Tuttavia, la forte coesione del gruppo non sempre rimane tale; è possibile, infatti, che in esso si formino delle coppie, che potrebbero isolarsi impedendo il processo di unità. È quindi compito del conduttore del gruppo utilizzare il lavoro artistico come mediatore tra la coppia e il resto del gruppo. In ogni gruppo, inoltre, è importante la presenza di rituali: gesti, parole, movimenti, i quali separano le sedute di arteterapia dal resto delle attività, dividendola in fasi ed equilibrando le tensioni, diventando in tal modo un punto di riferimento per i partecipanti. I rituali hanno anche la funzione di dare un senso di appartenenza al gruppo.

La trasformazione emotiva dell'individuo si palesa nell'atto creativo; ogni momento di creazione artistica è un istante unico, in cui prende vita e forma qualcosa fino a quel momento nascosto, che si

³³ Case, C., Dalley, T., (2003), *Manuale di Arteterapia*, Edizioni Cosmopolis, Torino 2003

concretizza per essere espresso, comunicato e condiviso nel gruppo. L'atto creativo produce mutamenti dell'universo psico-fisico del soggetto, che però riesce a mettere queste trasformazioni a disposizione del contesto gruppale.

Alla fine di ogni seduta, infatti, è importante unire tutti i lavori per dare una visione di insieme e rafforzare l'identità di gruppo. Come sostenuto dalla dott.ssa E. Baccanti, psicologa e psicoterapeuta, *“la condivisione al termine di un processo creativo, oltre che possibilità di rispecchiamento, funzionale al rinforzo, diventa luogo ideale per imparare ad ospitare le differenze ed apprendere da queste, nuove possibilità ed opportunità espressive ed esistenziali. Mostrarsi di fronte agli altri è già una legittimazione del cambiamento ma il gruppo oltre che testimone, diventa possibilità di partecipazione, di creare insieme, comunicare, condividere il processo creativo. E' fare esperienza delle proprie modalità relazionali e delle proprie potenzialità comunicative nel gruppo, in un contatto autentico con la materia, con i propri sensi: piacere e dispiacere, bisogni e desideri, emozioni e risorse, volontà e limiti di sé e degli altri”*.³⁴

Se gli obiettivi posti sono stati raggiunti, i partecipanti cercheranno dei punti di contatto e dei collegamenti adeguati tra i loro lavori, aprendosi ai punti di vista altrui e arricchendo la composizione d'insieme. Questo risultato sarà meglio visibile quanto più sarà forte la fiducia tra i diversi membri e la condivisione reciproca, riflettendosi in elementi individuali e diversi nel prodotto artistico, alternati a elementi simili e di uguale natura. Uno dei fini dell'arteterapia di gruppo è, infatti, quello di trasformarsi insieme, accettare sé stessi e gli altri, riflettendo questo cambiamento sulla realtà: ciò comporta l'esistenza parallela di un mondo interno con la propria identità, e di un mondo esterno a cui poter accedere senza timore.

La fine di un gruppo è la sua chiusura. È un momento difficile, ma necessario per i partecipanti, che si distingue in tre fasi:

- Il pianto: è la prima fase che coincide con la presa di consapevolezza del collasso del gruppo, vissuta con sopraffazione.
- La memoria: la seconda fase prevede il ricordo e il riconoscimento del soggetto su ciò che ha ottenuto e ciò che è stato.
- Il progetto: la terza e ultima fase prevede l'interiorizzazione dell'esperienza da parte del soggetto, portando avanti ciò che è stato assimilato.

La conclusione della dimensione gruppale non deve essere troppo brusca, in quanto potrebbe risultare traumatica per i membri partecipanti. È importante valorizzare la gradualità del processo, riflettendo sul percorso fatto attraverso il ricordo e la narrazione, evidenziando l'inizio e la fine del viaggio, per comprenderne i mutamenti. I partecipanti possono in questo modo, trarre dal percorso un senso di vita che continua anche dopo l'arteterapia.

3.3.3 La tecnica di conduzione nella sessione arteterapeutica

Il processo creativo prende forma nella gestualità e nell'essenza del corpo attraverso le mani, simbolo non solo di creazione ma anche di umanità. L'utilizzo delle mani nella materia non tratta solo l'esperienza artistica intesa come prodotto finale, ma anche come identità di un gruppo che sta nascendo. Nel libro *“Arte terapia nei gruppi”* di Mimma della Cagnoletta, Donatella Mondino e Isabella Bolech, si affrontano tematiche ed esperienze riguardanti proprio questo concetto: era stato chiesto ad un gruppo di donne che non si conoscevano bene di unirsi intorno a una tela bianca, e fu

³⁴ Baccanti, E., *Cenni di Arteterapia in gruppo*, Corso di integrazione posturale e bodywork transpersonale, Ebook a cura di Aiptbooks n.2

richiesto da parte della conduttrice di sentire il proprio corpo e di esprimere con delle linee come si sentissero. Dopo un attimo di esitazione, la tela bianca si riempì di colori, linee e forme. In quell'istante di silenzio, il gruppo era stato già creato grazie al prodotto d'insieme. La forza del gruppo è intesa non solo come unione e sostegno tra individui, ma anche come mezzo di comunicazione: la socializzazione, anche eseguita nel silenzio, costruisce legami duraturi durante il periodo di costruzione del gruppo. Il disegno, le linee e le forme danno vita a quel silenzio, pieno di significato.

Non è raro che i pazienti assegnati a un lavoro di gruppo in arteterapia si comportino diversamente di fronte allo staff medico: molti infermieri riferiscono come i pazienti sembrino più attivi e “vivi” nel momento in cui si avviano verso la stanza dedicata alla sessione di arteterapia. La verità è che l'arteterapia, a differenza dell'approccio infermieristico, possiede la capacità di dare libero arbitrio ai pazienti, permettendo loro di appropriarsi delle proprie capacità “assopite” dalla malattia. Nell'art-room i pazienti possono prendere in mano le proprie risorse ed esprimerle attraverso le linee, le forme e il colore, senza che ci sia qualcuno che li accudisca continuamente.

L'arteterapia, tuttavia, non è invulnerabile all'ansia e al panico che può colpire un nuovo arrivato. L'arteterapeuta deve essere in grado di condurre il nuovo membro in un gruppo già formato, ma non per questo chiuso: egli deve attuare delle tecniche specifiche per introdurre il nuovo arrivato senza sminuire la quantità di stress che prova. Tali tecniche permettono al non conosciuto di esprimere il proprio vissuto e qualcosa di sé attraverso l'utilizzo di cartoncini colorati, immagini di riviste o/e libri. È anche possibile usufruire di un tema che rassicuri, sempre espresso da un oggetto artistico.

Nonostante l'unione che si verrà a creare del gruppo, i pazienti necessitano comunque di uno spazio a loro dedicato: anche durante le sessioni di produzione artistica, è possibile notare come i pazienti non vanno quasi mai subito oltre lo spazio dedicato ad ognuno. Sono necessari il tempo e la comprensione, la conoscenza e la fiducia. Questi concetti aiutano soprattutto i pazienti con gravi disturbi psichiatrici: essi, difatti, hanno bisogno di uno spazio che sia ordinato e non confusionario, che rispecchi la parte funzionale e sana che è nascosta dalla psicopatologia.

Come è stato menzionato precedentemente, le mani hanno un ruolo essenziale nell'essenza umana e nel processo creativo. Nel laboratorio artistico, la gestualità delle mani relazionata alla materia artistica viene suddivisa in due tecniche:

- Afferrare: è il corrispettivo psicologico di “mantenere”
- Lasciare: è il corrispettivo psicologico di “cedere”

Entrambi si riferiscono altresì alla “possessione” e all' “abbandono”, relativi agli scambi anche reciproci dei vari materiali artistici, introducendo dunque una relazione tra i vari membri del gruppo. Il materiale diventa il mezzo di comunicazione non solo per coloro che la voce non riescono ad utilizzarla per via della malattia, ma anche per chi non ha mai avuto la possibilità di esprimere la propria sofferenza, elemento che li ha effettivamente condotti alla psicopatologia.

3.4 ARTETERAPIA APPLICATA AI PAZIENTI PSICOTICI

3.4.1 La teoria del capro espiatorio

Katherine Killick, psicoterapeuta e psicologa inglese, nel corso della sua carriera professionale ha trattato molti pazienti psicotici. Grazie alla sua esperienza formativa e ai suoi studi, la Killick si rende conto che l'arte compie un ruolo importante nel trattamento delle psicosi vissute dai suoi pazienti.

L'arte, più precisamente l'espressione artistica raffigurata in un'immagine, svolge un ruolo transazionale e di mediazione, sia per il paziente che per il terapeuta. Considerando che la psicosi è altamente soggettiva nel mondo interiore dell'individuo e che non permette un'adeguata comunicazione, il prodotto artistico "contiene" insita in sé la capacità comunicativa e relazionale del paziente. Ciò permette, nel momento in cui il transfert appare minaccioso per il terapeuta, di utilizzare un'immagine che funge da area neutrale con la funzione di "contenitore" per la mediazione emotiva. L'oggetto artistico cattura tratti e rivela immagini potenzialmente intense. Esso ha le due funzioni di comunicare con il Sé e con l'Altro.

Nella sua opera "*Art Therapy for Psychosis. Theory and Practice*"³⁵ a questo concetto la Killick affianca la teoria del "trasferimento del capro espiatorio" per comprendere al meglio il ruolo dell'oggetto artistico nella relazione terapeutica. Questo metodo è una forma di trasferimento inconscio di attributi e stati che vengono rappresentati attraverso un'immagine o un oggetto artistico tridimensionale. Possono presentarsi elementi scissi e frammentati nella psiche, inconsciamente internalizzati in un'immagine. Quindi, il capro espiatorio potrebbe assumere il ruolo di smaltimento dei frammenti, smaltendo l'immagine stessa. Questo processo è costituito inizialmente di un atto inconscio, privo di dimensione simbolica. Con il passare del tempo e gli interventi terapeutici, l'energia smaltita viene reintegrata nell'essere del soggetto psicotico. In questo caso, l'oggetto d'arte ha una funzionalità positiva nel ruolo del capro espiatorio.

Come è stato menzionato precedentemente, proprio per la particolare natura della psicosi, molti psicoanalisti e psicoterapeuti consideravano impossibile lavorare in maniera analitica con pazienti psicotici, ritenendo non fattibile instaurare un transfert adeguato. Tuttavia, il trasferimento del capro espiatorio porta un nuovo punto di vista. L'immagine, come terzo elemento nell'area tra paziente e terapeuta, offre un'incredibile forma di sentimenti, emozioni e pensieri inesprimibili e nascosti. La Killick ha dimostrato come, dopo tempo, i pazienti psicotici iniziassero ad acquisire un significato psicologico considerato inizialmente impenetrabile. L'oggetto d'arte, dunque, riesce ad offrire una visione nuova per la comprensione della personalità psicotica, riuscendo a investire le proprie energie nell'espressione degli impulsi intollerabili, caratterizzanti della psicosi.

Il setting come è stato visto in precedenza, è la parte fondamentale per ogni tipologia di trattamento psicoterapeutico, così come per l'arteterapia. Joy Schaverien, psicoterapeuta e psicoanalista junghiana inglese e collega della Killick, descrive la sua esperienza di arteterapia con pazienti psicotici acuti cronici in un ospedale psichiatrico con seicento letti. Nell'opera realizzata con la collega, la psicoterapeuta menziona una stanza definita "art room"³⁶, costruita specificatamente per lo scopo arte-terapeutico: la stanza è di dimensioni generose e luminosa, provvista di un lavandino e di uno scaffale per riporre la carta. Come materiali sono presenti vernice ed argilla, e su un muro è applicato un tabellone dove vengono spesso esposte le immagini prodotte. I tavoli sono disposti in modo tale da poter essere spostati a seconda dei bisogni del gruppo e dell'individuo. La Schaverien, infatti, esprime come a seconda delle esigenze dei pazienti, le sessioni di arteterapia potevano essere di gruppo o individuali. Nel lavoro di gruppo i pazienti lavoravano da soli, parlando qualche volta con gli altri, ma principalmente rimanevano in silenzio. L'arte-psicoterapeuta aveva il compito di muoversi e parlare ai pazienti all'interno del gruppo. Questo piccolo gesto è fondamentale per i pazienti psicotici, in quanto in questo modo, essi ricevono l'attenzione che sembrano richiedere in ogni particolare occasione.

³⁵ Killick, K., (2017), *Art Therapy for Psychosis. Theory and Practice*, ISPS The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis

³⁶ Killick, K., Schaverien, J., (1997) *Art, Psychotherapy and Psychosis*, Routledge, London & New York

Il focus della relazione terapeutica è incentrato nell'opera d'arte prodotta, elemento piuttosto diverso dal gruppo di arteterapia chiuso, dove nel gruppo vengono stabiliti i confini analitici, dove la cornice grupppale si allarga solo per includere l'attenzione ai confini del setting oltre l'opera d'arte. È molto raro che con i pazienti psicotici si parli di gruppo chiuso, innanzitutto nelle fasi iniziali della loro ammissione in ospedale o durante le fasi acute. Contrariamente al paradigma tradizionale, ovvero che la psicosi produce immagini potenti e ispiranti, l'arte riprodotta dai pazienti psicotici sono spesso ripetitive, rudimentali e apparentemente prive di immagini "significative".

3.4.2 Il fare del paziente psicotico

Secondo il dottor Marco Alessandrini, psichiatra e psicoterapeuta, Responsabile del Centro di Salute Mentale di Chieti, *“non solo le parole, ma ogni linguaggio, ogni significante, sia esso parola, immagine, gesto, musica, danza, si compone di due logiche compresenti: di “idee oggettive” e di emozioni soggiacenti. Due logiche, vale dire quella “diurna o della coscienza”, e quella “notturna o dell'inconscio”, che possono collaborare oppure entrare in conflitto. Il dialogo tra queste due logiche, e quindi la produzione di significanti o di simboli che siano il frutto di entrambe - vale a dire del riflettere e del sentire, del riflettere e del sognare, dell'afferrare e del lasciarsi invadere e fecondare - è secondo la psicoanalisi, ma anche secondo l'arte, il significato del vivere: ciò che dà un senso alla vita. Ed è ciò di cui la vita di chiunque, anche senza averne coscienza, consiste. Lo conferma il fatto che chi non riesca a creare, anche istintivamente e inconsapevolmente, un dialogo e un qualche equilibrio tra queste due componenti soffre di sintomi. Soffre di un'impossibilità a dare significato al proprio vivere. E questa è un'infelicità del vivere, l'unica ad essere davvero infelice”*.³⁷

Anche per chi non soffre di psicosi è difficile capire e trasformare in forma riflessiva-diurna le sensazioni che inconsciamente-notturnamente prova il proprio Io. Anzi, alle emozioni “notturne” troppo spesso non si presta attenzione; esse restano pezzi di significati inespressi, inevitabilmente “un di più” che non si accoglie e che non si simbolizza. Tuttavia, continua il prof. Alessandrini *“nelle persone psicotiche il riflettere e il sentire entrano in reciproco dialogo meno che in chiunque. In loro l'afasia è estrema. Riscontriamo un sentire vivissimo e violento, insieme a un riflettere logico incalzante, freddo e consequenziale, ma le due componenti - ciascuna dunque molto intensa e viva - sono affiancate e sovrapposte senza riuscire a incontrarsi, a dialogare. Sembrano ignorarsi a vicenda, tentando un impossibile incontro che in questo modo è semmai mescolanza, pulsazione di opposti in vertiginosa alternanza”*.³⁸

Negli psicotici, dunque, le due logiche mancano di reciproca distanza: mancano di dialogo e di rapporto. Mancando tale relazione - l'incontro tra il diurno e il notturno, tra il riflettere e il sognare – nei pazienti psicotici non riescono mai a crearsi vere riflessioni e neppure vere emozioni. In tale dimensione è molto difficile attivare relazioni sociali, perché da esse sorgono nuovi stimoli, anch'essi emozionali e riflessivi, quindi ulteriormente enigmatici. Negli psicotici, dunque, sia le riflessioni che le emozioni non riescono né a nascere e né a stabilizzarsi, restando dunque qualcosa di incompiuto.

Per questo motivo, il trattamento psicoanalitico classico nelle persone psicotiche (e non solo in quelle) tenta di rigenerare il dialogo interno tra il giorno e la notte, tra il razionale e l'inconscio. E tenta di ricrearlo attraverso il rapporto col terapeuta, colui che è capace di sentire, di incarnare - ma anche di

³⁰ ³⁸ Alessandrini, M., *Gesti-immagine di frontiera: l'arteterapia con pazienti psicotici*, *Psychomedia Telematic Review*, <https://www.psychomedia.it/pm/arther/art-ther/alessandrini6.htm>

tollerare e di aiutare a trasformare - ciò che di più doloroso e traumatico, di più inespresso e incomprensibile il mondo emozionale e notturno contiene. Si può pertanto affermare che inserire in un setting psicoanalitico classico un procedimento di arteterapia non è semplicemente offrire un linguaggio diverso da quello verbale. Le immagini sono un linguaggio uguale a quello parlato e a qualsiasi altro linguaggio, in quanto contengono anch'esse le due logiche, il riflettere e il sentire. E se nel soggetto psicotico le due logiche mancano di reciproca distanza, mancano di dialogo e di rapporto, non dialogheranno mai, né nel linguaggio verbale, né in quello in immagini.

Dunque, cosa fa l'arteterapia che un'altra tipologia di linguaggio non fa? In che modo la terapia artistica riesce a far dialogare il razionale e l'inconscio? *“Il procedimento arteterapeutico inserisce il fare. E attraverso il fare inserisce il corpo, soprattutto il corpo preriflessivo, o quanto di più preriflessivo e di notturno procede incessantemente a “farsi” a partire dalla sensorialità”*.³⁹

Infatti, per disegnare, oltre che usare tutto il corpo, il che avviene comunque anche parlando e restando seduti come nel setting classico, occorre in più accorgersi del corpo, e accorgersene molto più del solito, attivandolo ben più del solito, e abbandonandovisi, in buona parte inconsapevolmente. Il paziente psicotico deve dunque attuare gesti semplici che a sua insaputa, ma grazie al corpo preriflessivo che invece lo sa, sono *gesti-immagine*. Occorre dunque che egli lasci emergere dal dentro le emozioni e la sensorialità, che sono le radici corporee di tutto ciò che di emozionale-inconscio-notturno è insito nell'essere umano, e che lì e da lì sempre ritorna a vivere.

Donald Winnicott, psicoanalista britannico, parlando dello psiche-soma, o meglio di quel suo equivalente o prodotto che secondo lui è il Vero Sé, scrive: *“...il Vero Sé è la posizione teorica da cui provengono il gesto spontaneo e l'idea personale. Solo il Vero Sé può essere creativo e solo il Vero Sé può sentirsi reale (...). Il Vero Sé deriva dalla vitalità dei tessuti del corpo e dal lavoro delle funzioni corporee”*.⁴⁰ Il vero Sé, è già dentro quel vuoto “notturno”; attraverso il processo creativo, l'arteterapeuta conduce il paziente psicotico a fare emergere il vero sentire, facendosi portatore del dialogo tra coscienza e inconscio, Con il procedere della psicoterapia a mediazione espressiva, l'immaginale incontra la riflessione, portando a far nascere e a costruire il dialogo reciproco tra la notte e il giorno.

Ecco, quindi, che nella forma di un'immagine “razionale” emergono e si concentrano un insieme di sentimenti e di percezioni, ovvero un’“intensità psichica” fino ad allora latente, un molteplice sentire sensorio-emotivo, un universo inconscio fino a quel momento esclusivamente notturno. La forma immaginifica è quella che Freud chiama *Vorstellung* o “rappresentazione”, ovvero ciò che nella originaria terminologia greco-antica è semplicemente l'*eidōs*. L'arteterapia consente al paziente psicotico di far emergere, all'interno e attraverso il fare immaginale, l'*eidōs* o proto-simbolo, servendosi altresì di un incontro relazionale che invita il fare, “rassicurandolo” e potenziandolo. Il “fare”, nel *gesto-immagine* trasposto sopra un foglio, è luogo di vero dialogo, di incontro. Nello psicotico, l'opera crea vicinanza e al tempo stesso distanza tra la notte e il giorno, genera tra la coscienza e l'inconscio un contatto diretto e tuttavia mediato, concreto ma metaforico tra il Sé e il mondo. L'arteterapia, dunque, è per chi soffre di psicosi un luogo di transizione da uno stato della mente a un altro che, se non interrotto, può contribuire attraverso il “fare” a supportare il paziente nel riconoscimento della propria identità, e nell'affermazione di un “Io” capace di trasformare il vissuto traumatico e doloroso in percezioni rigeneranti il dialogo tra il razionale e l'inconscio.

³⁹ Alessandrini, M., *Gesti-immagine di frontiera: l'arteterapia con pazienti psicotici*, *Psychomedia Telematic Review*, <https://www.psychomedia.it/pm/arther/art-ther/alessandrini6.htm>

⁴⁰ Winnicott, D., (1979), *Ego distortion in terms of true and false self*. In *The Maturation Process and the Facilitating Environment*, London, Hogarth Press

3.4.3 Arteterapia applicata nei gruppi di pazienti psicotici

L'arteterapia focalizzata su gruppi di pazienti psicotici fa riferimento alla psicoanalisi, più precisamente alla psicoterapia gruppoanalitica. Il paziente psicotico è un soggetto delicato ma pieno di risorse e, proprio per questo, è necessario comprendere quando è il momento di poterlo inserire in una dimensione gruppale. Nel momento in cui è possibile l'inclusione dell'individuo psicotico, è possibile considerare l'arteterapia come l'opportunità di equilibrare nuovamente l'unità corpo-mente-emozione.

In un gruppo di pazienti prevalentemente psicotici, bisogna considerare le varie "sfumature" di angoscia che essi possono provare: problematiche fobico-ossessive, tratti alexitimici e ipocondriaci, difficoltà a stabilire e mantenere relazioni stabili, bassa autostima e tratti depressivi. Ciò non deve indurre il terapeuta a pensare che questi elementi vadano a inficiare le parti sane dei pazienti affetti da psicosi, che in effetti risultano solo celate. I pazienti psicotici presentano forti potenzialità espressive ed emotive, mostrando anche un'adeguata capacità percettiva. Le psicosi, inoltre, possono esprimersi in diversi modi, come quella paranoide o dissociativa.

La dottoressa Stefania Pasqualini, psicologa e psicoterapeuta italiana, esprime nel suo resoconto dello stage di specializzazione in psicoterapia gruppoanalitica una forte esperienza nel campo dell'arteterapia applicata a gruppi di pazienti psicotici. Durante questo percorso, la Pasqualini ha lavorato, in una struttura residenziale riabilitativa per pazienti psichiatrici, come co-conduttrice di un gruppo formato da 7 pazienti, di cui 4 (1 ragazzo e 3 donne) residenti nella struttura e 3 (2 ragazze e 1 ragazzo) che frequentavano la struttura con un progetto diurno. Il range di età era compreso tra i 33 e i 50 anni. Gli incontri, che le hanno permesso di studiare l'arteterapia e metterla in collegamento con la gruppoanalisi, erano a cadenza settimanale e la durata era di un'ora e mezza circa. Quasi la totalità dei membri del gruppo era affetta da psicosi, più specificatamente le diagnosi erano di psicosi paranoide e psicosi dissociativa. La Pasqualini individua alcune fasi:

- Fase di preparazione: la prima fase, momento in cui partecipavano tutti, ha previsto la stesura di un grande telone di plastica al centro della stanza, sopra al quale veniva adagiato un foglio di cartoncino della misura di m 1,5 per m 3. Dopo la sistemazione venivano posti i flaconi di colore a tempora, disposti dall'arteterapeuta su un lato del foglio. La scelta dei colori da parte dei partecipanti non seguiva necessariamente un criterio particolare, dando la possibilità di usare qualsiasi colore i pazienti desiderassero. Il laboratorio iniziava nel momento in cui tutti i membri del gruppo si sedevano in cerchio. Questa disposizione permetteva la partecipazione alle sedute e la vicinanza del gruppo. L'arteterapeuta, nel primo incontro, ha avuto il compito di ribadire come lo spazio utilizzato fosse uno spazio "democratico"; il che ha affermato la libertà di espressione grazie alla sospensione del giudizio. Negli incontri successivi, per allenare la continuità dell'esperienza, veniva chiesto cosa i pazienti ricordassero dei laboratori precedenti e se gli fosse rimasto impresso qualcosa.
- Fase di presentazione: la seconda parte del laboratorio prevedeva che tutti i membri del gruppo dicessero ad alta voce il proprio nome affiancato da un gesto che gli altri membri del gruppo avrebbero poi dovuto ripetere. Questa esperienza importante ha consentito di sperimentare e vivere nelle sedute di arteterapia una nuova modalità relazionale e di contatto fisico-emotivo con gli altri, permettendo ad ogni singolo membro di sentirsi una persona particolare ed unica in un mondo altrettanto particolare ed unico. Il tutto si è avvalso dello sviluppo di un vissuto positivo, dove il paziente psicotico potesse sentirsi riconosciuto dalla dimensione gruppale come individuo con pari capacità e opportunità.

- Fase fusionale: da questa fase in poi, i membri partecipanti hanno operato come un vero e proprio gruppo, uscendo dalla dimensione di serietà e stabilendo rapporti reciproci. Il grande foglio bianco posto nella prima fase - rimasto fino ad allora al suo posto - ha avuto il compito di mantenere l'attenzione concentrata allo spazio percettivo, emotivo e motivazionale di ciascun membro del gruppo. Lo spazio in questione risultava dedito alla proiezione delle proprie esperienze e contenuti attraverso il gioco dell'arte, ovvero la libera espressione corporea e quindi del proprio Io interiore. In questa fase è stato chiesto ai partecipanti di scegliere un flacone di colore, usato successivamente per colorare il grande foglio attraverso un segno al quale veniva associato un gesto e un suono. Questa attività ha dato la possibilità di sfogare con il corpo, ovvero nel modo più naturale possibile, ciò che il paziente aveva dentro. Il risultato finale di questa fase è stata la trasformazione del grande foglio posto all'inizio delle sedute, pieno di colori e di parti disegnate dai singoli membri del gruppo. È in questo momento che è avvenuto il riconoscimento della dimensione gruppale, rappresentato da qualcosa di concreto, dove ognuno è stato in grado di trovare una parte di Sé e una parte del gruppo.
- Fase identificativa: in questa fase si è chiesto ai pazienti di osservare nuovamente il grande foglio e di trovare nelle forme e nei colori la figura di un animale. Questo è stato il momento in cui l'esperienza si è fatta tangibile tramite il lavoro individuale ma che fa sempre parte del gruppo; ciò è andato a rimarcare il sentimento di individuazione. Dopo aver individuato l'animale, ad ognuno è stato distribuito un foglio sul quale doveva essere riprodotto il proprio animale. In seguito, ognuno aveva il compito di descrivere il suo animale mostrandolo agli altri partecipanti. Concluso il giro di focalizzazione su alcuni aspetti proiettivi, è stato chiesto ad ogni membro del gruppo di drammatizzare il proprio animale riprodotto dal disegno, con l'aiuto di un altro. Questa fase è stata suddivisa ulteriormente in più incontri con richieste diverse:
 - Dare un'ambientazione all'oggetto all'animale individuato dal grande foglio
 - Drammatizzare un colloquio tra i due animali individuati separati da un telo
 - Rappresentare la fragilità e la durezza con colori attraverso sottolineature sul disegno
- Fase conclusiva: in quest'ultima fase, caratterizzata dalla ricomposizione verbale e dall'unione circolare stabilita nel primo incontro, l'arteterapeuta ha richiesto ai pazienti di esprimere i loro stati d'animo, dando la possibilità di comunicare liberamente i sentimenti e le emozioni.

In tale dimensione gruppale, i pazienti affetti da psicosi restano uniti e si appartengono in una comune e reciproca interazione; in tal senso la malattia mentale non è vista più in funzione dell'individuo ma porta a riconsiderare tale assunto identificando il disturbo psicotico come status che coinvolge l'interazione sociale. Ecco perché nei casi in cui il disturbo mentale porta il paziente in una condizione di isolamento e di non comunicazione diventa utile una forma di terapia gruppale.

Nella sua analisi su "Arteterapia e gruppoanalisi", la Pasqualini afferma che *"il circolo gruppale si presenta come una struttura omogenea, sintonica, che contiene e sostiene i membri malati proprio in funzione della malattia che fuori dal gruppo li segrega ma, al tempo stesso, il gruppo è una struttura potenzialmente asimmetrica, distonica ed eterogenea in quanto ognuno è intrappolato in una rete che lo penetra e lo condiziona sia filogeneticamente che autogeneticamente. Questa rete di gruppaltà,*

*soprattutto nello psicotico, è intrapsichica come gruppalità interna ma, si ripropone nel gruppo in cui il paziente vive nella realtà”.*⁴¹

Il soggetto, con i suoi conflitti più o meno inconsci (nello psicotico quasi del tutto inconsci) e un gruppo - un multiplo che genera un processo in ogni membro – animano il circolo grupale in un rapporto dialettico e di potenziale confronto. È in questo processo che nasce uno spazio relazionale che nel soggetto psicotico è assente, generando una nuova espressione comunicativa, nella scoperta di sé stesso e dell'altro.

⁴¹ Pasqualini, S., (2012), Arteterapia e Gruppoanalisi, <https://www.medicitalia.it/blog/psicologia/2421-arteterapia-e-gruppoanalisi.html>

CONCLUSIONI

La psicosi è sicuramente un concetto ancora da approfondire nell'ambito sia sociale che psicologico. L'individuo che ne soffre spesso nasconde la sua condizione per la paura dello stigma e dell'etichettamento relativo alla "pazzia". Come però si è potuto osservare, il disturbo psicotico annulla solo apparentemente l'identità psicofisica dell'individuo, in quanto il soggetto che ne è affetto riesce comunque ad esprimere una propria parte di sé attraverso l'arte.

Viene dunque da chiedersi: è possibile affermare che l'arteterapia può aiutare una persona e/o un gruppo di individui che soffrono del disturbo della forma del pensiero? La risposta non è un semplice sì, ma qualcosa di più profondo: l'arte, di per sé, non ha un unico significato. Non ha neanche un fine preciso, se non quello di rappresentare in molte forme l'essenza più interiore dell'essere umano.

Lo stesso vale per la psicosi che non si concede a una definizione semplicistica e sintetica, in quanto il disturbo psicotico non porta l'individuo a una "mera" follia. Si può ritenere piuttosto che - nella mancata relazione "giorno-notte" - la psicosi corrisponda a un processo di rigetto, da parte della psiche, a un insieme di paure, pensieri negativi e angosce; processo che trova le sue fondamenta nella scelta inconsapevole ma voluta dell'individuo di sentirsi sereno e scevro da paure. In tale contesto, il processo creativo assume dunque una duplice valenza, è riconoscimento e cura, è sollievo e terapia.

Nella sfera dell'immaginario che si fa reale e nell'ambito emotivo, l'arteterapia è un mezzo capace di trasmettere e veicolare messaggi emotivi e irreali. Abbiamo evidenziato, difatti, come il metodo arteterapeutico di orientamento dinamico porti all'analisi del significato inconscio del mondo emozionale del paziente che, svelato, viene descritto e tramutato in linguaggio comprensivo sia per il soggetto che per il terapeuta. Parliamo quindi di un linguaggio tramutato da un processo creativo e dalla sofferenza, ma anche dalle capacità del paziente psicotico.

Non solo. L'elaborazione creativa del paziente, in quanto strumento d'accesso ai suoi contenuti inconsci, da utilizzare nel corso della terapia come materiale da osservare con umanità, favorisce esso stesso la risoluzione dei conflitti interni e quindi la recovery. Ed è qui che l'arte diventa terapia. Attraverso la creatività, viene a maturarsi la crescita del paziente e la possibilità di controllare attivamente e bilanciare il carico emotivo ampliando i confini del sé. Durante le sedute di arteterapia, il paziente psicotico, riceve una serie di sollecitazioni a livello fisico, intellettuale ed emotivo che portano a cambiamenti organici e psicologici, i quali possono agevolare i processi di guarigione. Il fare arte presenta dunque una serie di caratteristiche che rendono l'impegnarsi nel processo creativo di per sé terapeutico.

L'arteterapia può essere non la soluzione definitiva, ma un accompagnamento nel percorso terapeutico dello psicotico al fine di un recupero psico-fisico. All'esperienza dell'attività artistica deve accompagnarsi l'ascolto attivo, il che consente da un lato di interpretare il dolore, dall'altro di attivare le relazioni interpersonali. In questo elaborato, difatti, abbiamo visto come sia di fondamentale importanza il lavoro di gruppo, il quale non solo permette la socializzazione, ma consente altresì che il malato mentale possa capire di non essere il solo a vivere quel dolore. Nonostante la soggettività psicotica, il gruppo può andare oltre la barriera costruita da ognuno per difendersi, ed è per questo che il "fare arte" del soggetto disturbato acquisisce una valenza terapeutica maggiore nelle sedute di arteterapia applicata nei gruppi.

Il gruppo può offrire protezione, serenità e il piacere di creare in una "solitudine accompagnata". Il prodotto artistico creato nel gruppo assume diversi colori e diverse sfumature, proprio come l'anima dei diversi membri del gruppo, che si uniscono e diventano un tutt'uno pur nel rispetto della

soggettività. L'elaborazione artistica creata nel gruppo può essere colorata o bianca e nera, armoniosa o stonata, rimane pur sempre uno strumento che riesce a mediare il dolore. Unendo tutti questi concetti, è possibile rispondere alla domanda posta in precedenza. L'arteterapia non tratta solo colori, note musicali e lettere, ma anche la preziosa arte di vivere, del come vivere e non del perché, concetti che sono alla base del pensiero di tanti pazienti psicotici. L'arte è la possibilità di fermarsi per un attimo, fermare il tempo e lo spazio, e riappropriarsi di un mondo che d'improvviso è apparso sconosciuto.

Lavorare l'argilla, utilizzare il pennello e le matite, scolpire, e soprattutto farlo in gruppo - affiancando il tutto alla psicoterapia e alla psicofarmacologia - rappresentano un primo passo verso la guarigione. Il legame tra tutti questi elementi, oltre al dialogo, alla comprensione, all'empatia, ovvero l'aspetto umano, consente al soggetto psicotico di passare dalla dimensione dell'incomprensione e della solitudine alla possibilità reale di rialzarsi ed affrontare con fiducia il malessere.

I pazzi esistono, e se quindi esistono persone malate con un elevatissimo livello di sofferenza, e la psiche è un universo infinito di risorse per lo più nascoste, è importante sapere che i disturbi psichici possono essere curati. Considerando il confine sottilissimo che separa la sanità mentale dalla "follia", risulta calzante una citazione di Johann Wolfgang von Goethe - scrittore, pittore, filosofo, scienziato vissuto tra il 18° e il 19° sec. - il quale disse *"La pazzia, a volte, non è altro che la ragione presentata sotto diversa forma"*. Forse, proprio perché siamo abituati ad osservare la persona "pazza" come un soggetto irrecuperabile, consideriamo ogni minima negatività ed emozione che non sia "positiva" un ostacolo alla nostra quotidianità. In realtà, sono proprio le emozioni negative a completare l'essere umano, e se non vengono elaborate come meritano, accogliendole con rispetto e ascolto, possono tramutarsi in quell'ostacolo di cui si ha paura. La paura, che può essere una risorsa fondamentale per potenziare i limiti dell'individuo, può diventare subdola e minare la nostra salute mentale.

La psicosi non è altro che questo: paure, pensieri, emozioni che non essendo stati elaborati, prendono forma nella "pazzia", in una irrecuperabilità apparente. Il disturbo psicotico, in realtà, può essere visto come l'opportunità di portare a galla le parti nascoste e oscure della nostra mente; che sia attraverso la manifestazione di allucinazioni, deliri e paranoie, la psicosi può trovare rifugio e ascolto in una delle espressioni più umane esistenti... l'arte.

L'arte ha la magnifica capacità di giudicare senza giudizio, di dare un riscontro costruttivo senza necessariamente "demolire" la personalità dell'autore. L'arteterapia rispetta questa semplice e profonda regola ma in maniera differente: valorizza le "stranezze" e il turbamento dell'artista psicotico incoraggiando silenziosamente il movimento delle sue mani, il pennello che tocca il foglio, il modellare l'argilla. Ogni singolo movimento riesce ad elaborare la sensazione di possedere un corpo, elemento precario nella personalità psicotica. Elemento precario ma non per questo impossibile da riacquistare: in questo elaborato abbiamo potuto osservare come una prospettiva diversa dalla classica terapia possa effettivamente far recuperare al paziente psicotico la possibilità di vivere la realtà, con non solo una diversa mentalità, ma anche nuove sensazioni corporee.

Si può affermare, in conclusione, che il disturbo della forma del pensiero, definito psicosi, non implichi necessariamente la follia intesa come la fine della "normalità" dell'individuo; piuttosto come un nuovo approccio alla debolezza, che nasconde in sé la forza dell'essere umano nel combattere ogni giorno i propri demoni. L'approccio psicoanalitico, lo psicodramma, la psicoterapia dinamica sono un ottimo strumento per ricostruire, attraverso l'arte, l'apparato psichico danneggiato del paziente psicotico. Superando lo stigma della salute mentale e dei pregiudizi che ancora oggi caratterizzano i disturbi psichici, è fondamentale comprendere che una struttura psichica danneggiata non è

impossibile da recuperare; chiedere aiuto per poter ricostruire qualcosa considerato oramai perso deve essere l'obiettivo su cui gli esperti del settore e la società civile devono lavorare, attraverso un'efficace comunicazione di sensibilizzazione e di conoscenza del problema.

L'arteterapia e la psicosi sono, da certi punti di vista, la faccia della stessa medaglia, rappresentandosi a vicenda. Permettono entrambe di narrare il proprio dolore con lo scopo di ottenere nuovamente il proprio equilibrio psicofisico. Il paziente psicotico ha il diritto e l'opportunità di avere una voce che prende forma nella sua arte. Essa diviene una parte viscerale del proprio animo e del proprio corpo, come uno specchio che, nel momento di sollievo, è in grado di far riappropriare il paziente del proprio presente, riflettere il futuro e conquistare la speranza di guarire.

BIBLIOGRAFIA

- Abbenante, S., Calore, T., Gomes Pereira, V.A., Lorio, R.C., Rodríguez Garcia, I., (2020), DEEP ACTS, *Ricerca su arteterapia e arte come terapia. Pratiche e metodologie di Arteterapia utilizzate nel trattamento di vittime di abuso e violenza*, Rights, Equality and Citizenship Programme, Project n.881583, Oglianico
- Adamson, E., (1984), *Art as Healing*, Coventure, London
- Andreoli, V., (1979), *Il linguaggio malato*, Masson ed., Milano
- AA. VV., (1992), *Carlo. Tempere, collages, sculture, 1957-1974*, Marsilio, Venezia
- AA VV, (1997), *Figure dell'anima - Arte Irregolare in Europa*, Mazzotta, Milano
- AA VV, (1998), *Regolazione delle emozioni e Arti-terapie*, Carrocci Editore, Roma
- Aveline, M., Dreden, W., (1988), *Group Therapy in Britain*, Open University Press
- Baccanti, E., *Cenni di Arteterapia in gruppo*, Corso di integrazione posturale e bodywork transpersonale, Ebook a cura di Aiptbooks n.2
- Balsamo M., (2014) *Momenti psicotici nella cura*, Franco Angeli ed., Milano
- Barnes, M., Berke, J., (1973), *Two Accounts of a Journey through Madness*, Penguin, Harmondsworth
- Betensky, M., (1973), *Self-Discovery Through Self - Expression*, Charles C. Thomas ed., Springfield
- Bion, W. R., (1970), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Tr. it. Armando, Roma
- Bion, W.R., (1961), *Esperienze nei gruppi e altri saggi*, Armando, Roma (1989)
- Biondi, M., a cura di, (2014), APA, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Quinta edizione, DSM-5, Raffaello Cortina ed., Milano
- Bloch, S., (1982), *Introduzione alle psicoterapie*, Giunti, Firenze (1990)
- Bortino R., Gamna G., *Attività espressive e terapie psichiatriche*, Edizioni Minerva Medica, Torino, 1982
- Bürgy, M., (2008), *The Concept of Psychosis: Historical and Phenomenological Aspects*, Schizophrenia Bulletin, Oxford
- Case, C., Dalley, T., (2003), *Manuale di arteterapia*, a cura di G. Manarolo, Edizioni Cosmopolis, Torino
- Case, C., Dalley, T., (1990), *Working with Children in Art Therapy*, Tavistock, Routledge, London
- Casement, P., (1985), *Apprendere dal paziente*, R. Cortina ed., Torino (1989)
- Chiarugi V., (1991), a cura di curatori Andreoli, V., L. Bonuzzi, L., *Della pazzia. In genere e in specie*, CIC Edizioni Internazionali, Roma
- Coppo P., (1993), *Guaritori di follia*, Bollati Boringhieri, Torino
- Dalley, T., (1984), *Art as Therapy*, Tavistock, London

- Dalley, T., (1993), *Art Psychotherapy Groups for Children*, in Dwivedi K., *Groupwork for Children and Adolescents*, Jessica Kingsley, London
- Dalley, T., Rifkind, G., Terry, K., (1993) *Three Voices of Art Therapy: Image, Client, Therapist*, Routledge, London
- Della Cagnoletta, M., Mondino, D., Bolech, I., (2018), *Arte terapia nei gruppi. Strutture, strumenti e conduzione*, Carocci Faber editore, Roma
- Della Cagnoletta, M., (2010), *Arte Terapia. La prospettiva psicodinamica*, Carocci Faber editore, Roma
- Della Cagnoletta, M., (1998) *L'oggetto artistico nella relazione terapeutica*, in Quaderni di Art Therapy Italiana 2
- Di Maria, G., (2024) *Introduzione alla psicofarmacoterapia ragionata per lo psicologo*, Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche, Università della Valle d'Aosta
- Falavolti S., (1989), *Dalla icona alla storia. Areanalisi. Narrazione e Rappresentazione*, parte I, anno III, n.4, aprile 1989, Atti del Convegno Narrazione e rappresentazione, Roma, 3-4 giugno 1988, Rivista Italiana di Psicodramma Analitico (1987-1997)
- Fordham, F., (1966), *An Introduction to Jung's Psychology*, Penguin, Harmondsworth
- Fordham, M., (1978), *Jungian Psychotherapy*, Wiley, New York
- Fornari F., (2024), *Il sogno di Irma e il destino della psicoanalisi*, MIMESIS Collana Biblioteca di Psicoanalisi, Milano
- Foucault, M., (1971), *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano (1998)
- Foulkes, S.H., Anthony, E.S., (1973), *L'approccio psicoanalitico alla psicoterapia di gruppo*, Edizioni Universitarie Romane, Roma (1998)
- Freud S., (1962) *Introduzione alla psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino (1989)
- Freud, S., (1979) *L'Io, l'Es ed altri scritti*, Bollati Boringhieri, Torino (1986)
- Freud S., (1968), *Opere 1892 – 1899. Progetto di una psicologia e altri scritti*, Bollati Boringhieri, Torino (1989)
- Freud S., (1993), *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino
- Freud S., (2010), *Osservazioni psicoanalitiche sul resoconto autobiografico di un caso di paranoia (dementia paranoides)* in *Compendio di psicoanalisi e altri scritti*, Newton Compton Editori, Roma
- Freud, S., (1969), *Saggi sull'arte, la letteratura, il linguaggio*, Bollati Boringhieri, Torino (1991)
- Frosch, S., (1987), *The Politics of Psychoanalysis. An Introduction to Freudian and Post-Freudian Theory*, Macmillan Education Books, London
- Fuller, P., (1980), *Art and Psychoanalysis*, Writers and Readers, London
- Gamna G., Bortino R. (1982), *Attività espressive e terapie psichiatriche*, Edizioni Minerva Medica, Torino

- Gandini, M., (2015), *Edith Kramer, una pioniera dell'arteterapia*, su Nuove Arti Terapie, n. 26/2015, anno VIII, Nuova Associazione Europea per le Arti Terapie ed., Roma
- Garrett, M., (2021), *Psicoterapia delle psicosi. Integrare le prospettive cognitiva e dinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Giusti, E., Piombo, I., (2003), *Arteterapie e Counseling espressivo*. Ed. Aspic, Roma
- Gordon, R., (1978), *Dying and Creating*, Society of Analytical Psychology, London
- Green A., (2014) *La folie privée: Psychanalyse des cas-limites*. Gallimard, Paris (1990)
- Grinberg, L., Sor, D., Tabak de Bianchedi, E., (1993), *Introduzione al pensiero di Bion*, Raffaello Cortina editore, Milano
- Hill, A., (1941), *Art versus Illness*, Allen and Unwin, London
- Killick, K., (2017), *Art Therapy for Psychosis. Theory and Practice*, ISPS The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis, UK
- Killick, K., Schaverien, J., (1997), *Art, Psychotherapy and Psychosis*, Taylor & Francis Group, Routledge, London
- Klein, M., Heimann, P., Money Lytle, R., (a cura di), (1955), *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano (1971)
- Klein, M., (2007), *La psicoanalisi dei bambini*, a cura di H. A. Thorner e Alix Strachey, Fabbri, Milano
- Kramer, E., (1979), *Childhood and Art Therapy*, Schocken, New York
- Kramer, E., (1971), *L'arte come terapia nell'infanzia*, La Nuova Italia, Firenze
- Kramer, E., (1985), *Che cos'è l'Arte Terapia?*, II° Giornata di Studio ADEG – AISCNV 1985, Brescia, ADEG Torino
- Kris, E., (1952), *Psychoanalytic explorations in art - Ricerche psicoanalitiche sull'arte*, trad. it. Einaudi, Torino (1967)
- Kris, E., (1953), *Esplorazioni psicoanalitiche sull'arte*, Einaudi, Milano (1988)
- Lacan. J., (2006), Libro XXIII, *Il sinthomo, 1975-76*, traduzione e cura di Antonio Di Ciaccia, Astrolabio ed., Roma
- Laing, J., (1979), *The Special Unit, Barlinnie Prison, its Evaluation through its Art*, Third Eye Publications, Glasgow
- Laing, R.D., (1959), *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi, Torino (1991)
- Landgarten, H., (1981), *Clinical Art Therapy*, Brunel Mazel, Philadelphia
- Liebmann, M., (1990), *Art Therapy in Practice*, Jessica Kingsley, London
- Luzzatto, P. L., (2009), *Arte Terapia. Una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*, Cittadella editrice, Assisi

- Martini, M., De Stefano, F., Schiavone, M., Ciliberti, R., (2015), *Orientamenti etici in psichiatria: lineamenti storici dall'Antichità al Rinascimento*, *Medicina nei Secoli Arte e Scienza*, 27/1 289-308 *Journal of History of Medicine*, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
- McNiff, S., (1988), *Fundamentals of Art Therapy*, C.C. Thomas, Springfield
- Mezzina, R., Luchetta, C., Minisini, C., (2014), *I disturbi psicotici all'esordio. Riconoscere e affrontare la psicosi migliora la ripresa*, Ass n. 1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale, Trieste
- Milner, M., (1952), *Disegno e creatività*, La Nuova Italia, Firenze (1977)
- Milner, M., (1989), *La follia rimossa delle persone sane, Quarantaquattro anni di esplorazioni nella psicoanalisi*, Borla, Roma (1992)
- Naumburg, M., (1966), *Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice*, Grune and Stratton, New York and London
- Naumburg, M., (1973), *Introduction to Art Therapy*, Teachers College Press, Columbia University, New York
- Neumann, E., (1959), *L'uomo creativo e la trasformazione*, Marsilio ed., Roma
- Pedron, M., (2020), *Lo psicodramma a due. Riflessioni sul setting terapeutico e una terapia*, Studio di Psicodramma di Milano
- Pietrasanta, M., (2015), *Dimensione allucinatoria e rappresentazione, Quaderni di psicoanalisi e psicodramma analitico, sulla rappresentazione*, anno 7, n.12, rivista SIPsA, Società Italiana di Psicodramma Analitico, Roma
- Pines, M., (1985), *Bion e la psicoterapia di gruppo*, Borla, Roma (1988)
- Podvoll E. M., (1993), *La seduzione della pazzia, Intuizioni rivoluzionarie nel mondo della psicosi*, Astrolabio ed., Roma
- Prinzhorn, H., (1922), *L'arte dei folli*, Mimesis, Milano (1991)
- Robbins, A., (1986), *The Artist as Therapist*, Human Science Press, Digital Library
- Rubin, J., (1984), *The Art of Art Therapy*, Brunel Mazel, Philadelphia
- Schaverien, J., (1992), *The Revealing Image: Analytical Art Psychotherapy in Theory and Practice*, Routledge, London
- Schreber, D. P., (2007) *Memorie di un malato di nervi*, tradotto da F. Scardanelli e S. De Waal, Adelphi, Milano
- Segal, H., (1979), *Sogno, fantasia, arte*, Cortina, Torino (1991)
- Shorter, E., (2005) *A historical dictionary of Psychiatry*, Oxford University Press, UK
- Simon, R., (1991), *The Symbolism of Style: Art as Therapy*, Routledge, London
- Simon, R., (1996), *Symbolic Images in Art as Therapy*, Routledge, London
- Siracusano, A., (2014), *Manuale di Psichiatria*, Il Pensiero Scientifico ed., Roma

- Storr, A., (1972), *La dinamica della creatività*, Astrolabio, Roma (1973)
- Storr, A., (1979), *L'arte della psicoterapia*, Astrolabio, Roma (1980)
- Szasz, T., (1962), *Schizofrenia. Simbolo sacro della psichiatria*, Armando, Roma (1984)
- Thomson, M., (1990), *On Art and Therapy, an Exploration*, Virago, London
- Ulman, E., (1975), *Art Therapy in Theory and Practice*, Schocken, New York
- Von Feuchtersleben E., *Dizionario biografico austriaco 1815-1950*, pubblicato a cura dell'Accademia Austriaca delle Scienze, Vienna (1957)
- Wadeson, H., (1980), *Art Psychotherapy*, Wiley, New York
- Waller, D., (1991), *Becoming a Profession: History of Art Therapy*, Routledge, London
- Warren, B., (1995), *Arteterapia in educazione e riabilitazione. Arti visive, danza, musica, attività teatrale, racconti, maschere e burattini*. Ed. Centro Studi Erickson, Trento
- Winnicott, D., (1979), *Ego distortion in terms of true and false self. In The Maturation Process and the Facilitating Environment*, Hogarth Press, London
- Wollheim, R., (1980), *Art and its Objects*, Cambridge University Press, Cambridge
- Yalom, I.D., (1975), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino (1997)
- Zilboorg, G., Henry, G., (1963), *Storia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano

SITOGRAFIA

- <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/psicosi-la/>
- <https://lamenteemeravigliosa.it/arteterapia-per-la-cura-della-psicosi/>
- <https://www.psychomedia.it/pm/arther/art-ther/alessandrini6.htm>
- https://www.psicopedagogie.it/arte_terapia.educazione_speciale.html
- <https://www.sapere.it/sapere/pillole-di-sapere/cultura-e-spettacolo/grandi-artisti-affetti-da-malattia-mentale.html>
- <https://www.treccani.it/enciclopedia/sigmund-freud/>
- <https://www.medicinanarrativa.eu/la-malattia-mentale-nellarte-una-piccola-pinacoteca>
- http://www.pernoiautistici.com/wp-content/uploads/2022/10/352-Donnari_QT_2_2020.pdf
- <https://spiweb.it/la-ricerca/ricerca/psicosi-la/>
- <https://www.marcofocchi.com/di-cosa-si-parla/la-diagnosi-di-malattia-mentale-nella-grecia-antica-e-a-roma>
- <https://www.psiconline.it/articoli/per-saperne-di-piu/le-psicosi-nella-storia.html>
- [https://www.treccani.it/enciclopedia/l-eta-dei-lumi-le-scienze-della-vita-la-psichiatria-e-i-suoi-nuovi-modelli_\(Storia-della-Scienza\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/l-eta-dei-lumi-le-scienze-della-vita-la-psichiatria-e-i-suoi-nuovi-modelli_(Storia-della-Scienza)/)
- <https://www.proquest.com/openview/5c2cc494cf2d5cf8ae5a17e8667ba085/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47717>
- <https://www.cugmhp.org/five-on-friday-posts/mental-health-in-ancient-egypt/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632489/>
- <https://www.marcofocchi.com/di-cosa-si-parla/la-diagnosi-di-malattia-mentale-nella-grecia-antica-e-a-roma>
- <https://www.treccani.it/enciclopedia/philippe-pinel/>
- [https://www.treccani.it/enciclopedia/la-nascita-della-psicologia-scientifica_\(Storia-della-civilt%C3%A0-europea-a-cura-di-Umberto-Eco\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/la-nascita-della-psicologia-scientifica_(Storia-della-civilt%C3%A0-europea-a-cura-di-Umberto-Eco)/)
- [https://www.treccani.it/enciclopedia/psicoanalisi_\(Enciclopedia-dei-ragazzi\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/psicoanalisi_(Enciclopedia-dei-ragazzi)/)
- <https://istitutodineuroscienze.it/neuroscienze-salute/disturbi/psicosi-e-schizofrenia>
- <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/delirio/>
- <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/schizofrenia-e-disturbi-correlati/schizofrenia>
- <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/psicosi-la/>
- <https://www.susannafontani.it/articoli/141-l-approccio-a-soggetti-psicotici-al-tempo-di-freud>

<https://www.treccani.it/enciclopedia/karl-abraham/>

<https://www.sppg.it/pubblicazioni-sito/post/5816/federn-paul>

<https://www.sppg.it/pubblicazioni-sito/post/5810/hartmann-heinz>

<https://www.accordo.to.it/cosa-facciamo/progetti-windhorse/> <https://www.e-noos.com/archivio/2520/articoli/26338/>

<https://www.istitutobeck.com/psicofarmaci#:~:text=Gli%20%E2%80%9Cpsicofarmaci%E2%80%9D%20sono%20medicine%20sintetiche,stabilizzatori%20dell'umore%20e%20antipsicotici.>

[https://www.treccani.it/enciclopedia/psicofarmaci-e-tossicodipendenze-psicofarmacologia_\(Storia-della-civilt%C3%A0-europea-a-cura-di-Umberto-Eco\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/psicofarmaci-e-tossicodipendenze-psicofarmacologia_(Storia-della-civilt%C3%A0-europea-a-cura-di-Umberto-Eco)/)

<https://www.stateofmind.it/2022/01/psicoterapia-psicosi-recensione/>

<https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3249/articoli/32182/#:~:text=La%20CBT%20si%20%C3%A8%20dimostrata,nonostante%20una%20adeguata%20terapia%20farmacologica.>

<https://apc.it/chi-siamo/la-psicoterapia-cognitiva/terapia-cognitivo-comportamentale/>

<https://www.susannafontani.it/articoli/142-h-s-sullivan-la-psicodinamica-delle-psicosi>

<https://www.psicoterapiaatorino.it/articoli/psicoterapia-psicodinamica>

<https://www.centropsicologiamonza.it/psicoterapia/psicoterapia-di-gruppo/>

<https://www.plays.it/ipod/atti-dello-psicodramma-6/dalla-psicosi-allo-psicodramma-di-giorgio-tonelli-giovanni-bagnaresi-giovanni-roseo>

<https://www.centrostudipsicodramma.it/it/cose-lo-psicodramma/>

<https://www.treccani.it/enciclopedia/vincenzo-chiarugi/>

<https://www.psychomedia.it/motore/pm/grpther/psdrm/gasca1.htm>

<https://www.psicologia-analitica-junghiana.it/dallo-psicodramma-moreniano-allo-psicodramma-junghiano/>

<https://www.psicoterapiafunzionale.it/2021/09/la-storia-dellarteterapia-e-la-sua-evoluzione/>

<https://www.arttherapyit.org/la-danza-movimento-terapia/>

<https://artecometerapia.wordpress.com/arte-come-terapia/>

<https://www.psicologiatorino.it/psicoterapia/la-relazione-terapeutica-allinterno-del-setting-di-arteterapia/>

<https://www.medicitalia.it/blog/psicologia/2421-arteterapia-e-gruppoanalisi.html>

<https://www.katherinekillick.co.uk/publications-katherine-killick-psychotherapist>

<https://www.psicoterapiafunzionale.it/2021/09/la-storia-dellarteterapia-e-la-sua-evoluzione/>

<https://www.arttherapyit.org/la-danza-movimento-terapia/>

<https://lyceum.it/corso-di-arteterapia-clinica/origini-dellarteterapia/>

[https://www.treccani.it/enciclopedia/l-eta-dei-lumi-le-scienze-della-vita-la-psichiatria-e-i-suoi-nuovi-modelli_\(Storia-della-Scienza\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/l-eta-dei-lumi-le-scienze-della-vita-la-psichiatria-e-i-suoi-nuovi-modelli_(Storia-della-Scienza)/)

<https://artecometerapia.wordpress.com/arte-come-terapia/>

<https://areapsicopedagogicatradatae.it/arteterapia/>

<https://www.ausilium.it/blog/arteterapia-conubio-tra-arte-e-disabilita/>

<https://stefaniaaldi.jimdofree.com/articoli-riguardanti-l-arteterapia/arteterapia-e-disabilit%C3%A0/>

<https://www.psychomedia.it/pm/arther/art-ther/alessandrini6.htm>

<https://musicaterapia.it/wp-content/uploads/2020/04/Manuale-di-arteterapia.pdf>

<https://www.medicitalia.it/blog/psicologia/2421-arteterapia-e-gruppoanalisi.html>

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/schizofrenia-e-disturbi-correlati/farmaci-antipsicotici>

<https://www.psychomedia.it/motore/pm/grpther/psdrm/gasca1.htm>

<https://www.identitaingabbia.it/2015/08/lo-psicodramma-analitico-individuativo/>

<https://alleyoop.ilsole24ore.com/2024/04/05/liberare-limmaginazione-i-disegni-dei-bambini-palestinesi-in-mostra-a-bologna/>

<https://www.nuoveartiterapie.net/old/internazionale/le-artiterapie-nel-mondo/palestina-progetto-per-i-bambini/>

<https://www.labottegadelbarbieri.org/il-terrore-e-la-tenerezza/>

<https://www.labiba.org/2024/02/13/gaza-resiste-attraverso-l-arte/>

https://www.repubblica.it/esteri/2024/01/03/news/gaza_pittore_profugo_rahaf_basel_al_maquasi-421807868/

<https://www.open.online/2022/05/18/milano-scuola-monte-baldo-bambini-ucraini-rifugiati-disegno/>

<https://www.rainews.it/articoli/2022/11/la-psicologa-dei-bambini-traumatizzati-la-pace-negli-occhi-della-mamma-la-cosa-pi-importante-1318bb4d-f59d-498d-97cb-1b510c93c1a1.html>

<https://www.rainews.it/video/2024/06/guerra-in-ucraina-arte-come-terapia-d3c17dad-560d-4dc4-9920-7e68c3af355e.html>

[https://www.treccani.it/enciclopedia/psicosi_\(Universo-del-Corpo\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/psicosi_(Universo-del-Corpo)/)

<https://www.associazionestudipsicoanalitici.it/team/gaetano-benedetti/>

<https://www.psychomedia.it/pm/indther/psan/benedetti2.htm>

<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/391/>

<https://www.acanto-genova.it/2017/02/23/in-memoria-di-salomon-resnik/>

<http://web.tiscali.it/bibliopsi/corpsetexistence.htm>

<https://vasodipandora.online/salomon-resnik/>

<https://www.inpsiche.it/criteri-differenziali-tra-personalita-psicotica-e-non-psicotica-il-pensiero-di-w-bion/>

<https://www.psicoterapia-eta-evolutiva.it/2024/05/07/la-psicosi-per-bion/>

<https://www.interattivamente.org/il-pensiero-di-ronald-david-laing-e-la-sua-critica-alla-psichiatria-tradizionale/>

<https://www.sospsiche.it/salute-mentale-e-disturbi/i-disturbi-mentali/schizofrenia/cause-e-teorie/le-bizzarre-teorie-di-rd-laing.html>