

Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale

Sommario



Numero speciale

Atti del Convegno

Linguaggi dell'Arte e processi di trasformazione.

Le buone pratiche delle Arti terapie nei DSMD

Lombardi

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Milano, 20 novembre 2019

- [Relazioni in plenaria](#)
- [Poster](#)
- [Indice dei nomi](#)

NORME REDAZIONALI
ARCHIVIO
SCARICA LA RIVISTA

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Rabboni

COMITATO DI REDAZIONE
Consiglio Direttivo Società Italiana di
Riabilitazione Psicosociale (S.I.R.P.)
Sezione della Società Italiana di
Psichiatria

Presidente: D. Semisa
Presidente eletto: A. Bellomo
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariente, M.
Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M.
Rabboni, B. Carpiniello, G. Saccotelli, R.
Roncone. A. Vita, G. Corrivetti, J. Mannu,
C. Viganò
Vice-Presidenti: R. Sabatelli, F. Catapano
Segretario Generale: P. Nigro
Tesoriere: L. Berti
Coordinatore delle Sezioni Regionali: S.
Merlin
Consiglieri: L. Basso, S. Barlati, S.
Borsani, P. Carozza, T. De Donatis, A.
Francomano, M. Grignani, A. Mucci, D.
Nicora, M. Papi, L. Pingani, M. Rigatelli, D.
Sadun, G. Soro, E. Tragni Matacchieri, D.
Ussorio, E. Visani
Delegato S.I.P.: R. Roncone
Revisori dei Conti: I. Boggian, M. Peserico,
M. Rossi
Segretari Regionali
Abruzzo: M. Casacchia
Calabria: P. De Fazio
Campania: A. Mucci, G. Corrivetti
Emilia-Romagna: A. Parma
Lazio: P. Paolotti
Lombardia: L. Tarantola, S. Borghetti
Liguria: L. Valentini
Molise: S. Tartaglione
Puglia: P. Nigro
Toscana: F. Scarpa
Triveneto: D. Lamonaca
Sardegna: G. Soro
Sicilia: A. Francomano
Basilicata: G. Fagnano
Marche: U. Volpe

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Cristina Bellazzecca

Casa Editrice Update International
Congress SRL - via dei Contarini 7 -
Milano - Registrazione Tribunale Milano
n.636 del 18/10/2007

Gli articoli firmati esprimono
esclusivamente le opinioni degli autori.

*L'immagine in copertina, è stata realizzata
all'interno del Centro Diurno, Psichiatria II,
DSMD dell'ASST Papa Giovanni XXIII di
Bergamo.*

Relazioni in plenaria

Il cosa, il come, il dove dell'arte in Psichiatria. Le buone pratiche delle Arti terapie nei DSMD lombardi

*di Teresa Melorio**

Abstract:

Regione Lombardia (RL) has set up a technical study group (GAT) with the aim of highlighting the salient features of the Art Therapy activities in DSMD (Mental Health and addiction Department), assessing effectiveness of the integration of art therapy in psychiatric care pathways, identifying the “good practices” and developing outcome indicators for a future multicenter research using a shared methodology. The GAT’s work led the participants (psychiatrists and art therapists of all DSMD of RL) to the sharing of the definitions of Art Therapy as “a relationship that cures in a process of transformation through the languages of art, including the contribute of all the arts (picture, dance, music , theatre, poetry)”. The shared definition of Art Therapy and good practices have constituted a cultural enclosure and methodology to define the ways to achieve the patient well being, both from an objective and subjective point of view. The very fruitful debate with the various services of the regional DSMD has led to discuss and agree that art therapy interventions can be fully included in the psychiatric care pathways provided that some fundamental aspects are defined such as: the presence in the laboratory of an art therapist trained with a specific methodology, the structuring of a therapeutic relationship with the patient, the presence of a therapeutic project and objectives shared with the team of reference. GAT has proposed to refine a survey on art therapy practice in all the mental health services in RL, collecting data that can provide more accurate and indepth informations about the mandate of the Welfare DG of RL. Finally GAT can become a full-fledged Pilot Group that can bring data about outcome in patients with psychiatric disorders, finding indicators starting from the shared phenomenological observation of the paths of art therapy.

INTRODUZIONE

Da anni il panorama delle arti terapie nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSMD) si presenta come una costellazione di varie metodologie che pur nella loro diversità, contribuiscono a creare un grande patrimonio di esperienze terapeutiche e riabilitative con forti valenze di inclusione sociale per pazienti che trovano in queste attività una concreta possibilità di recupero e valorizzazione delle proprie risorse. D’altro canto la presenza e l’attività degli atelier di arte terapia non viene ancora riconosciuta ufficialmente nella sua valenza terapeutica ed è spesso caratterizzata dalla precarietà all’interno dei servizi psichiatrici per molteplici motivi, primo tra tutti il non riconoscimento della figura professionale dell’arteterapista e la conseguente necessità/difficoltà di contare su finanziamenti duraturi che assicurino la continuità dei laboratori di arti terapie.

Per questi motivi si è pensato di portare all’attenzione di Regione Lombardia (RL) le diverse esperienze di Arteterapia nelle ASST della RL e di creare un coordinamento regionale delle varie realtà operanti sul territorio lombardo.

Gli obiettivi del coordinamento regionale delle Arti terapie sono stati i seguenti:

1) valorizzare la ricca rete di attività diffusa sul territorio che faceva fatica ad emergere. E’ sempre stata nota l’esistenza di molteplici microcosmi funzionanti, ma è sempre mancata una cornice che le mettesse in rete, ne permettesse il confronto e favorisse lo scambio di esperienze cliniche e culturali.

- 2) costruire un percorso comune e condiviso per riconoscere, ampliare e diffondere la valenza terapeutica e riabilitativa delle arti terapie.
- 3) trovare un linguaggio che, pur mantenendo la propria specificità, fosse condivisibile con il mondo psichiatrico e consentisse agli arteterapeuti un dialogo con le istituzioni al fine di integrare in maniera continuativa le artiterapie nei percorsi di cura e di agevolare la strada delle pratiche amministrative di rinnovo delle consulenze finalizzate alla continuità di queste attività nei nostri servizi.
- 4) favorire lo sviluppo di buone pratiche e di un linguaggio comune con i clinici per una buona integrazione degli interventi nei progetti personalizzati

IL COSA: IL RECINTO CULTURALE

Un primo obiettivo raggiunto dal gruppo è stato quello di giungere ad una definizione condivisa dell'Arteterapia: "l'Arteterapia è una relazione che cura in un processo di trasformazione attraverso i linguaggi dell'arte e promuove il benessere complessivo sia oggettivo che soggettivo in una visione olistica. Parliamo di linguaggi poiché è incluso il contributo di tutte le arti (arte, musica, teatro, danza ecc)" [1].

Le Arti terapie possono essere a tutti gli effetti interventi ristrutturanti poiché promuovono attraverso i linguaggi dell'arte la ricostruzione della persona nel suo benessere psichico, relazionale e sociale: innescando un processo trasformativo specifico all'interno del percorso terapeutico, sono un mezzo per far riscoprire nuove abilità e per creare nuove possibilità relazionali e di mentalizzazione attraverso modalità di relazione e di conoscenza implicite [1].

Un obiettivo importante della cura è lo sviluppo di una maggiore integrazione tra pensieri, emozioni e motivazioni. Molto spesso nella psicopatologia tutti questi linguaggi sono attivi, ma risultano intraducibili l'uno nell'altro, generando l'intima esperienza di discontinuità e disintegrità del Sé. L'arte, ancora prima di essere linguaggio è azione e sensorialità e, tramite l'azione e la sensorialità, è attivatrice di quel pensare di base connotato dal suo essere extra riflessivo. Facciamo riferimento alle caratteristiche "multimodali" della comunicazione non verbale e della percezione attraverso le quali normalmente noi elaboriamo e assimiliamo ogni esperienza, traducendo istantaneamente uno stimolo percettivo da una modalità ad un'altra secondo i diversi codici della sensorialità, compreso il pensiero, e attivando corrispondenze percettive, cioè rappresentazioni diversificate della medesima esperienza [2]. Il "come se" dell'arte è quello spazio in cui il corpo si fa simbolo, dove la materia artistica si presta ad assumere quella polivalenza di significati, tanti ed infiniti quante sono le forme soggettive del fare esperienza della materia stessa.

Nel contesto dei DSMD, dove ci occupiamo del valore terapeutico delle arti terapie, il focus è quindi sui processi trasformativi attivati dalla sensorialità (**dimensione estetica**) come valore aggiunto ai processi di cura già integrati con chimica e parola. Il termine "estetico" viene inteso nel suo valore culturale ed umano di "aisthesis" ovvero di conoscenza attraverso l'uso dei sensi. **Fare Arte Insieme** vuol dire percorrere una strada per esprimere e ri-conoscere quel mondo interno i cui molteplici, contraddittori e ambivalenti significati non riescono ad essere esauriti in parole, o per cui non si trovano più parole condivisibili [1]. L'arte consente il passaggio dal "silenzio" del corpo in movimento o scosso dalle emozioni, dalle sequenze percettivo-emotivo-motorie, dalla conoscenza tacita ed implicita (fatta di emozioni, desideri, azioni, motivazioni) alla parola, alla narrazione, ai significati espliciti del pensiero cosciente [3].

Questo processo è descritto molto bene da chi sperimenta in prima persona da anni l'arte come terapia: "La persona che fa arte si delizia di assumere stati progressivi di emozioni che fanno di sé stesso l'autore. Quale parte di me va in comunicazione con il tu che ammira un'opera conclusa? E questa

opera non è forse conclusa quando io gusto il corpo, e l'opera giostra in un'innumerabile specificità di immagini alle quali solo l'autore può rendere un'anima? L'anima è "trasmigrata" attraverso il mio spirito che la accoglie nel mio corpo per farsi corpo con l'opera. Pertanto Corpo invade Corpo, e Corpo invade spirito fino a comunicare all'opera analisi, sintesi, concetti, artifici, vibrazioni e quanto altro con i sentimenti, fino a definire meglio il cosa, il dove, il come che vivono nell'autore: l'unico interlocutore tra arte e corpo. Pertanto l'autore è rivalutato come persona. Come una bolla d'aria sulla superficie del cielo eterno dell'acqua: così, dunque, sono io con arte e corpo" (Umberto, autore delle Botteghe d'Arte)

"IO SONO", cioè sono vivo, sono me stesso, dipende dalla possibilità dell'individuo di esistere come un'unità, almeno per qualche momento, un'unità che egli stesso va creando e un'unità con capacità trasformativa, che gli permette di non subire solo passivamente, in modo schiacciante, l'impatto con la malattia, l'ambiente, le persone e le cose del mondo. Con l'arte terapia il paziente può fare un'esperienza di sé che gli restituisce un'area di funzionamento performante perché prevede che il paziente sia protagonista di un'attività di creazione e trasformazione, e sperimenti un rinnovato senso di autoefficacia.

IL COME: LE BUONE PRATICHE

Per arrivare a definire le buone pratiche nelle arti terapie nei DSMD abbiamo condiviso che ci sono alcuni elementi che le contraddistinguono:

- gli interventi di arte terapia possono essere definiti "leggeri" da un lato nel senso che demedicalizzano e socializzano il percorso di cura, dall'altro nel senso che i costi delle attività sono relativamente contenuti riguardo a personale, materiali e spazi. L'intervento è demedicalizzato perché intercetta la persona anziché la sua patologia, quindi il punto di vista è differente. L'intervento è socializzante in quanto prevede realizzazione di opere che vengono condivise con l'arte terapeuta, con il gruppo, con i curanti, con il pubblico.

- l'intervento deve essere competente, per cui è necessaria una formazione specifica, soprattutto se si opera nei DSMD. Dal primo sondaggio svolto lo scorso anno dal GAT si è osservata la presenza di almeno 3 tipi di figure: diplomati in scuole di arteterapia con tirocini in strutture pubbliche; artisti esperti d'arte con esperienza relazionale sul campo cooptati dalle équipe dei DSMD; operatori dipendenti delle strutture che hanno svolto corsi specifici e che quindi mettono in campo anche le nuove competenze artistiche acquisite [1].

- l'attività di arteterapia è un lavoro di relazione e di équipe: nei contesti dei DSMD l'arteterapia non deve essere pensata come un intervento singolo, ma integrato col percorso di cura con le proprie specifiche competenze. L'obiettivo nel servizio pubblico è la riabilitazione e il benessere generale della persona e questo obiettivo lo si può raggiungere se ognuno fa la sua parte coordinandosi con il servizio con la necessaria attenzione alle problematiche relazionali interne ed esterne sia del paziente che dell'équipe.

- le équipe curanti devono aprirsi alle buone pratiche dell'arte terapia, quindi trarre giovamento da ciò che di nuovo l'arte terapia può portare nel guardare il paziente. Il laboratorio di arte terapia può essere un luogo privilegiato, molto più frequentato dai pazienti rispetto ad altri servizi del DSMD proprio perché demedicalizzato, e per questo può essere un osservatorio prezioso sia per cogliere precocemente i cambiamenti dei pazienti in senso evolutivo sia per coglierne i primi segnali di crisi.

- ci possono essere metodi, modelli, stili e modalità differenti nel condurre attività di arteterapia, purché ci siano e vengano applicati in modo costante. Il metodo è molto importante e può essere spiegato ed

appreso. Questa è una condizione essenziale perché ci possa essere un'efficacia degli interventi di arte terapia, anche se il metodo da solo non potrà essere garanzia di efficacia dell'intervento.

Considerando i diversi assunti teorici di provenienza, le pratiche arte terapeutiche richiedono una metodologia che potremmo esplicitare come segue:

- L'atelier è un luogo dove si favorisce la strutturazione di una relazione.
- E' importante conoscere come materiali, strumenti e tecniche vengono utilizzati e che obiettivi ci si pone.
- E' importante definire il funzionamento dell'attività nel contesto più generale della cura: descrizione del processo terapeutico, riunioni di equipe, terapia farmacologica, psicoterapia, interventi riabilitativi, ecc.
- Il paziente si trova al centro di una rete forte ed integrata composta da tutti gli operatori che intervengono nel suo percorso terapeutico. Ne consegue che le buone pratiche in arte terapia si integrano con le buone pratiche della cura e della riabilitazione psichiatrica.

Un punto di vista interessante ai fini di una buona integrazione delle arti terapie nei percorsi di cura nei DSMD è quello **recovery oriented** in quanto implica uno spostamento del focus del modello del deficit da rimediare ai punti di forza da promuovere. I servizi di salute mentale secondo questo approccio si dovrebbero orientare in una visione olistica: non dovrebbero concentrarsi solo sul miglioramento dei sintomi, ma anche su altri fattori che hanno un effetto importante sulle condizioni della salute mentale, come ad esempio gli obiettivi di vita, la soddisfazione dei bisogni, la realizzazione dei desideri. Viene favorita la trasformazione delle relazioni cliniche tra il personale sul campo e gli utenti dei servizi rendendole più egalitarie, piene di speranza, basate sull'empowerment, collaborative e stimolanti. In questo senso la presenza di personale "laico" (privo di pregiudizi interpretativi e della tendenza ad attribuire ruoli patologizzanti che caratterizzano le professioni psichiatriche) consente di inserire nel processo di cura elementi di vita naturale e culturale, spogliata però, per essere terapeutica, degli aspetti di maggiore spigolosità ed imprevedibilità, in un certo senso "pacificata". Il paziente diventa protagonista di un percorso di cura inteso come possibilità di vita che può essere produttiva e soddisfacente.

Questo approccio rappresenta un'evoluzione civile dei Servizi in quanto metodologicamente tende ad investire sullo sviluppo culturale di tutta la comunità [4], è complementare e integrato con la clinica ed ha molti **punti di contatto con l'Arteterapia: centralità della persona, attenzione alle potenzialità dell'utente, co-costruzione di un progetto, sentirsi parte di una comunità sociale e culturale, riconquista di cittadinanza e di ruolo sociale, possibilità di condurre una vita soddisfacente senza necessariamente eliminare la malattia, ma piuttosto favorendo una gestione efficace della stessa.**

" Per me è importante, durante questo percorso personale verso la guarigione, rafforzare le nostre idee attraverso delle convinzioni che si trovano lungo la strada. Io mi sono rafforzato grazie ad alcune di queste: il ruolo, l'utilità, la stima e quindi il lavoro. Non meno importante è il rapporto con gli altri... Il sentirsi utili agli altri, fare qualcosa che ci permette di dare senso alle cose che facciamo... la nostra vita così acquisisce valore e con lei anche noi... la stima aumenta in maniera proporzionale al nostro sentimento di utilità... il ruolo, l'utilità, la stima si trovano grazie al lavoro, senza un'attività pratica non si possono ottenere... soprattutto se quello che facciamo ci piace... Infine non possiamo fare a meno degli altri ... abbiamo bisogno degli altri come gli altri hanno bisogno di noi...." (Francesco, autore delle Botteghe d'Arte).

In studi recenti Connession, Hope, Identity, Meaning of life, Empowerment sono stati individuati come processi generali che presiedono alla recovery: da queste categorie deriva l'acronimo **CHIME**. [5,6]

Connessione: relazioni positive con altre persone, supporto tra pari, essere parte di una comunità.

Speranza: credere nella possibilità di recupero, motivazione a cambiare, relazioni che ispirano ottimismo, pensieri positivi e valorizzazione degli sforzi, avere sogni ed aspirazioni.

Identità: definizione/ricostruzione di un senso di sé positivo, superamento dello stigma.

Significato: dare senso alla propria vita e alla propria esperienza, avere scopi e sentirsi membri attivi.

Ritrovamento di una gestalt, del senso globale della propria presenza e del mondo vissuto.

Empowerment: responsabilità personale, focalizzazione sugli obiettivi, riuscire a tenere sotto controllo I diversi aspetti della propria vita.

Recenti dati di letteratura [7,8] mostrano che la partecipazione ad attività artistiche produce risultati positivi nelle categorie CHIME del processo di recovery ed è raccomandata nelle persone affette da problemi di salute mentale. Implicitamente nel fare arte insieme [1] si somministrano tantissime tecniche riabilitative a tanti livelli, attraverso un processo che va dall'accoglienza, alla relazione, alla progettazione, alla realizzazione di prodotti artistici, alla condivisione, al riconoscimento del valore dell'opera.

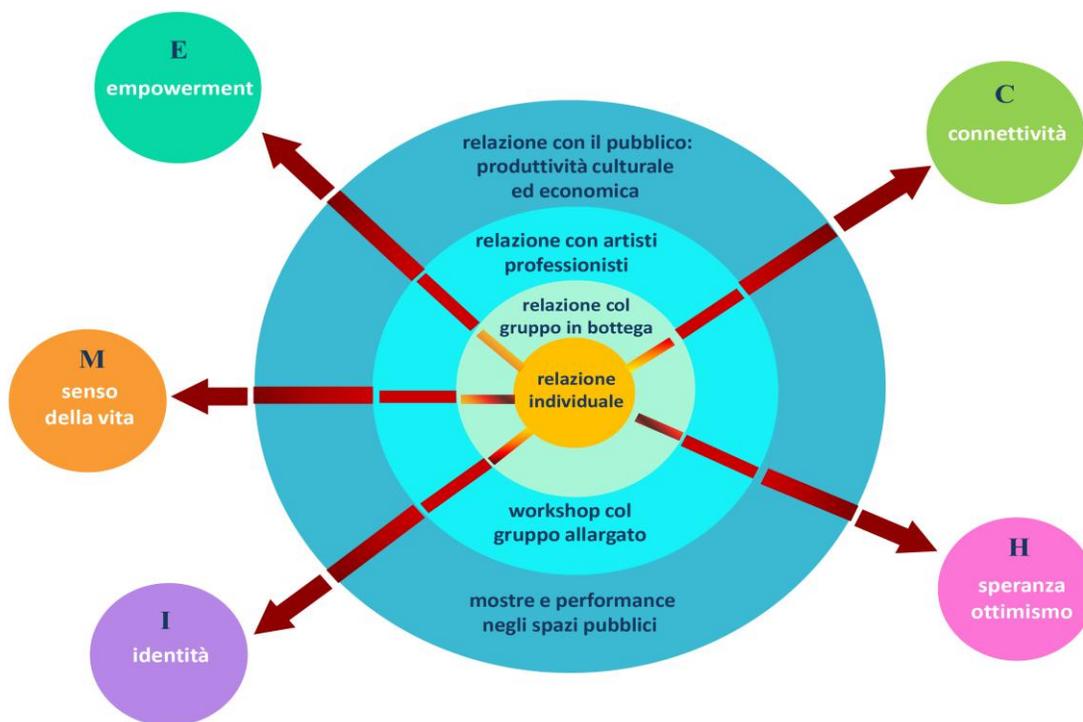


Immagine 1

Nell'immagine 1 viene rappresentato il processo di cura attraverso l'arteterapia nelle Botteghe d'Arte che si sviluppa in varie fasi concentriche che conducono allo sviluppo progressivo dei processi di recovery indicati nelle categorie CHIME.

Sullo sfondo del processo c'è il **progetto personalizzato**, appositamente pensato negli obiettivi e nei tempi in relazione ai bisogni /capacità dei pazienti e condiviso in equipe per ogni paziente.

Il cerchio più interno rappresenta il **campo del lavoro con l'arteterapista** in Bottega nel quale si inizia il percorso creativo ed espressivo in una **relazione individuale**. I pazienti il cui problema principale è "come vivere", cioè come organizzarsi un'esistenza vivibile nel mondo chiuso della psicosi, possono trarre molti vantaggi dalle attività di arteterapia, che rispondono più agevolmente ai bisogni di accoglimento, riconoscimento, protezione, dipendenza e nello stesso tempo al bisogno di mantenere le difese, osando, a volte, in tale clima protetto e "materno", esprimere un po' di sé nei prodotti artistici. Il prodotto artistico rappresenta "la storia" dell'incontro con l'arteterapista, una storia che accoglie bizzarrie, angosce e speranze, rappresentandole, contenendole, creando nuovi significati dell'esperienza.

Nel cerchio successivo si trova il **campo del lavoro in gruppo** che prevede una condivisione a vari livelli di complessità del progetto artistico con altri pazienti. Le immagini prodotte costituiscono la modalità comunicativa tra i partecipanti all'attività, il ponte fra le immagini interiori e la possibilità di condividerle con gli altri. In questi contesti possono avvenire piccoli miracoli personali e un miracolo collettivo: si sviluppa il senso di appartenenza che facilita la possibilità di esprimersi, di comunicare nella relazione tra pari. Il fare arte insieme implica il senso della democraticità del processo creativo: ognuno ha qualcosa da dire, è prezioso qualsiasi contributo per realizzare un'opera, ogni cosa ha un valore che si può condividere.

Nel cerchio successivo si passa al **campo della relazione nel gruppo allargato con artisti professionisti** che vengono invitati periodicamente alle Botteghe d'Arte per condurre workshop che hanno l'obiettivo di creare con gli utenti progetti collettivi per mostre, installazioni, rappresentazioni che **coinvolgono tutti i partecipanti in una espressione corale**. Come bene racconta uno dei partecipanti: "...lo scopo di questi workshop è quelli di realizzare lavori a quattro/più mani, che non costituiscano il linguaggio personale di un singolo autore, ma piuttosto siano l'espressione di una collettività e quindi la manifestazione di un sentimento corale...quindi tutti hanno la paternità dell'opera, ma nessuno deve prevaricare sull'altro... il mio consiglio per lavorare bene in questi workshop è di mettere da parte tutti quei comportamenti come la fretta, la competizione e l'arrivismo, e disporsi in maniera aperta e benevolente con gli altri, condividendo questa esperienza unica, che non esalta il lavoro di un singolo individuo, bensì mette in buona luce quanto è possibile realizzare grazie all'impegno e alla capacità di tutti..."(Francesco, autore delle Botteghe d'Arte).

Il cerchio più esterno indica il **campo della relazione con il pubblico** nelle occasioni di mostre, spettacoli, performance realizzate in spazi culturali fuori dal circuito psichiatrico. Gradualmente la possibilità di comunicare può allargarsi dal gruppo alla società. Nel gruppo le opere vengono riguardate insieme, si creano racconti, si inventano titoli, si crea una nuova storia: il vissuto rappresentato nell'opera viene ri-raccontato e trova cittadinanza, può essere esportato, presentato al pubblico in mostre, può vincere la sfida del rapporto con gli altri. E' il **campo della produttività culturale** per cui gli autori stessi sono coinvolti nella promozione e diffusione dei prodotti artistici sia delle Botteghe d'Arte che del Museo d'Arte Paolo Pini e delle possibile produttività economica legata alla vendita delle opere, al lavoro delle guide museali presso il Museo d'Arte Paolo Pini e dei curatori delle mostre [1].

Gli indicatori

Il processo di trasformazione in arte terapia come abbiamo visto implica un cambiamento che comprende molti aspetti: cognitivi, affettivi, relazionali, comportamentali, espressivi, parallelamente al miglioramento o nonostante la stazionarietà della patologia in atto.

Le domande che ci siamo posti nel GAT sono state:

Quale è il contributo specifico delle arti terapie nel portare un miglioramento in questi ambiti?

Se l'arteterapia può portare uno sguardo diverso nella clinica, come è possibile comunicare questo sguardo ai clinici?

Come inserirla nei percorsi di cura e come documentare e dimostrare i cambiamenti nel percorso arte terapeutico?

I partecipanti del GAT hanno dimostrato di non essere un gruppo chiuso, ma di essere consapevoli di operare in un contesto sanitario che non sempre parla il linguaggio specifico dell'arteterapia.

E' stato per tutti considerato molto importante riuscire a leggere ciò che accade nel laboratorio e che strumenti si possono utilizzare per farlo.

Si impara sul campo che le artiterapie più che riabilitare, abilitano qualcuno, nel tempo e nel clima migliore, alla possibilità di poter acquisire un linguaggio, un'esperienza, un percorso e delle relazioni. Con il linguaggio verbale tanti psichiatri non sono riusciti a trovare dei percorsi di trasformazione che invece il linguaggio artistico può trovare. Per esempio il miglioramento può essere avvenuto quando si riesce a cogliere che è avvenuto un atto creativo, quando si è visto nel paziente il bisogno di allargare il linguaggio espressivo, anche nei piccoli dettagli: questo ci fa capire che nel paziente è iniziato in maniera implicita il desiderio e la possibilità di trasformazione, di cambiamento.

Abbiamo tutti concordato che, anche se si tratta di un'indagine difficile, potremo trovare indicatori per alcune aree che appaiono più significative rispetto al parametro del cambiamento e della trasformazione in arteterapia e che possano essere usati parallelamente agli indicatori già presenti in psichiatria.

Il GAT sull'Arteterapia può a pieno titolo diventare un Gruppo Pilota che lavora con l'obiettivo di trovare indicatori, a partire dall'osservazione fenomenologica dei percorsi di arte terapia, che potranno essere spiegati al pubblico anche di non addetti ai lavori. Questo convegno è stato pensato per creare un'occasione di confrontarsi su come tradurre con linguaggio verbale ciò che accade nel campo estetico.

I contributi che verranno esposti nel pomeriggio hanno evidenziato come possibilità di valutazione degli esiti:

- monitoraggio del cambiamento in Atelier (Schede trasversali, Schede specifiche per ogni disciplina)
- monitoraggio psichiatrico (Scale di valutazione Honos, Brief, WHODAS ecc)
- monitoraggio processo di recovery (es. Recovery Star).

Nella nostra pratica clinica alle Botteghe d'Arte usiamo , oltre ad alcune delle scale citate, una modulistica creata nella nostra equipe integrata (che comprende arte terapisti e clinici): una Scheda di Invio , compilata e discussa con gli invianti che presentano il caso prima dell'inserimento nelle Botteghe d'Arte, e una Scheda di Sintesi dell'incontro di arte terapia che viene compilata periodicamente e che comprende la valutazione dell' Area cognitiva, dell'Area relazionale, dell' Area espressiva e dell' Area psico-educativa. Inoltre la scheda comprende una Valutazione Globale: Partecipazione, Clima, Benessere in Bottega, Grado di disagio e sofferenza soggettiva, Comportamento adeguato al contesto. Questa scheda verrà presentata più dettagliatamente nel pomeriggio e può rappresentare un contributo per arrivare a condividere una metodologia di monitoraggio trasversale per tutte le discipline di arteterapia .

Ritengo infine che potrebbe essere interessante aggiungere alle valutazioni sopracitate, anche valutazioni con scale validate del processo di recovery [9] e il monitoraggio del benessere soggettivo ad esempio con la scala WEMWBS [10].

IL DOVE : LA SURVEY PROMOSSA DAL GAT

Durante il 2018 il GAT, cui avevano aderito solo il 56% dei DSMD lombardi, si era occupato di un primo censimento dei laboratori di terapie espressive presenti nei vari servizi di cura. Da questo primo censimento, che aveva mostrato una grande ricchezza di attività presenti sul territorio, emergeva un'immagine un po' sfuocata delle realtà esistenti per il numero sottostimato di attività rispetto a quello reale e per alcune criticità legate alla non omogeneità dell'interpretazione dell'Arteterapia da parte dei compilatori [1].

Il primo censimento è stata la base per condurre un'indagine più diffusa ed accurata nel territorio lombardo. Abbiamo creato due interviste più strutturate: una rivolta ai conduttori dei laboratori, riguardanti le caratteristiche del laboratorio e dell'attività svolta e una rivolta ai referenti clinici con una richiesta di definizione delle tipologie e le caratteristiche degli utenti che frequentano le attività di arte terapia.

Partendo dalla definizione di Arteterapia che è stata condivisa nel Convegno del 30 maggio 2019 [1], nell'indagine di quest'anno abbiamo deciso di circoscrivere il campo di osservazione ai laboratori che presentavano determinate caratteristiche individuate come essenziali per una best practice:

- presenza di un artista o artista-arteterapista o arteterapista che proviene da un percorso formativo specifico;
- utilizzo di una metodologia specifica- pianificazione di obiettivi da raggiungere;
- presenza di un progetto condiviso con l'equipe di riferimento.

Sono stati individuati per ogni ASST referenti clinici e arteterapisti che avevano il compito di diffondere e raccogliere i questionari presso tutte le strutture comprese nei rispettivi DSMD che rispondessero a tali caratteristiche.

I temi e gli obiettivi della Survey sono stati: raccolta dati sul numero e tipologie dei laboratori esistenti nei DSMD della Regione Lombardia, numero e tipologia dei pazienti che frequentano i laboratori (Diagnosi, età, durata della malattia), modalità di frequenza dei laboratori; modalità di invio e di verifica (presentazione, condivisione ed integrazione degli obiettivi dell'intervento, monitoraggio condiviso), integrazione dell'attività nel percorso di cura, registrazione delle attività su Psiche Web, informazioni sul conduttore di laboratorio, informazioni sul laboratorio, in quali tipologie di servizi sono ubicati.

I risultati della Survey verranno esposti nel dettaglio da Caterina Viganò nel prossimo intervento.

Voglio intanto sottolineare che vi è stato un grande impegno da parte di tutti i componenti del GAT nella diffusione e nella raccolta dei questionari, nonostante siano emerse alcune criticità.

Tra queste l'utilizzo del tempo per la compilazione che poteva creare difficoltà nell'ambito lavorativo e, in alcuni DSMD molto grandi che includono strutture variegata tra loro, la grande quantità di rilevazioni e un ulteriore impegno da parte dei referenti per ottenere un'omogeneità nella compilazione. Queste problematiche non hanno tuttavia compromesso l'interesse a partecipare all'indagine.

Sono pervenute infatti **208 schede da 11/12 Province lombarde** , **25/27 ASST + HSR** e Policlinico San Matteo (IRCCS) di cui **197 pertinenti alla domanda della SURVEY** .

Il numero dei laboratori **censiti è 185 con un totale stimato di 1452 pazienti afferenti ai laboratori.**

Questi dati, provenienti da laboratori selezionati secondo criteri condivisi di buone pratiche, rappresentano un'ottima base di partenza per capire la rilevanza di questa attività nei DSMD e per **proseguire il lavoro del GAT il prossimo anno con questi obiettivi: promuovere e diffondere sempre di più le buone pratiche delle artiterapie nei DSMD, formulare di un progetto di ricerca sull'efficacia delle arti terapie, formare gli operatori nell'applicazione corretta del protocollo di**

ricerca, avviare di una ricerca multicentrica su tutto il territorio lombardo, organizzare di un Convegno per esporre i risultati della ricerca.

**Psichiatra, arte terapeuta, responsabile MAPP e Botteghe d'Arte DSM GOM Niguarda, Coordinatrice GAT Artiterapie DG Welfare Regione Lombardia*

BIBLIOGRAFIA

- [1] Melorio T., *L'arte fa bene alla clinica: esperienze, percorsi di integrazione e valorizzazione delle arti terapie nei DSM lombardi*. Atti del convegno "L'arteterapia nei percorsi di cura. Modelli. Strategie di integrazione, indicatori di risultato". Milano 30 maggio 2018. Centro Stampa ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, novembre 2018 pagine 13-23
- [2] Stern D., *Le forme vitali* Cortina, Milnao 2011
- [3] Melorio T. *Testimoni del linguaggio dell'anima*. Atti del Convegno "I colori della mente. Art Brut e arteterapia contro lo stigma della psicosi". SIRP Sez Reg Lombardia, Milano 2000, pag.
- [4] Bruschetta S., Barone R., Frasca A., *Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented*, Rassegna di studi psichiatrici Vol. 13 -4, Agosto 2016.
- [5] Leamy M., Bird M., Le Boutillier C., William J., Slade M., *Conceptual framework for personal recovery*, The British Journal of Psychiatry Vol 199 No 6 445-452, 2011.
- [6] Bird V., Leamy M., Tew J., Le Boutillier C., Williams J., Slade M., *Fit or purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers*, Australian & New Zeland Journal of Psychiatry vol 48(7) 644-653, 2014.
- [7] Stickley T. et al., *The art of recovery: outcomes from participatory art activities for people using mental health services*, J. Mental Health, Early Online: 1-7, 2018.
- [8] Sayers T., Stickley T., *Participatory arts, recovery and social inclusion. Mental Health and Social Inclusion*, Downloaded by University Of Sussex Library At 05:14 12, August 2018.
- [9] Shanks V., Williams J., Leamy M., J. Bird V., Le Boutillier C., Slade M., *Measures of Personal Recovery: A Systematic Review*, PSYCHIATRIC SERVICES ' ps.psychiatryonline.org ' October 2013 Vol. 64 No. 10.
- [10] Gremigni P. e Stewart-Brown, Sarah L., *Measuring mental well-being: Italian validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)*, Giornale Italiano di Psicologia (No.2). pp. 485-508, 2011.

Scheda Conduttore laboratorio di Arti Terapie

Dati sul Conduttore

Nome..... Cognome..... Età.....
.....

1. Tipo di laboratorio

- arti visive
- musica
- danza / espressione corporea
- teatro
- altro (specificare).....
.....

2. Qualifica professionale

- infermiere
- educatore professionale
- tecnico della riabilitazione psichiatrica
- medico
- psicologo
- arteterapista
- professionista non sanitario con competenza specifica (artista, maestro d'arte, ecc.)
- altro (specificare).....
.....

3. Formazione specifica acquisita per la conduzione dell'attività

- Scuola triennale in artiterapie
 sì no
- specifica in una disciplina artistica
 sì no
- altro (specificare tipo e durata)
 nessuna delle precedenti

4. Rapporto con l'Ente Pubblico in cui si svolge il laboratorio

- dipendente
- consulente / libero professionista per l'Ente Pubblico
- dipendente / consulente / libero professionista in convenzione con cooperativa, associazione, ecc.
- volontario

5. Esperienza di conduzione di laboratori di artiterapie

- 0-5 anni
- 5-10 anni
- > 10 anni

6. Modello di formazione di riferimento

- psicodinamico
- cognitivo comportamentale

- psicoeducativo
- altro (specificare)
- nessun modello specifico

Scheda sul Laboratorio

1. A quale struttura del DSM afferisce il laboratorio che conduce ?

- CPS
 - Centro Diurno
 - Day Hospital
 - Struttura residenziale SPR1 / SPR2 (CRA, CRM, CP)
 - SPDC altro, specificare
-

2. Il laboratorio è ubicato all'interno di tale struttura?

- sì no se no specificare il luogo
-

3. Qual è la qualifica del responsabile del servizio a cui afferisce il laboratorio?

- medico
 - psicologo
 - altra figura professionale (specificare)
-

4. Da quanto tempo conduce questo laboratorio?

- 0-5 anni
- 5-10 anni
- > 10 anni

5. Conosce da quanto tempo esiste questo laboratorio?

- sì no
- se sì:
- 0-5 anni
- 5-10 anni
- > 10 anni

6. Il laboratorio ha un locale esclusivamente dedicato?

- sì no (il locale è utilizzato anche per altre attività)

7. Secondo la sua opinione e necessità il laboratorio è adeguatamente fornito dei materiali/spazi per l'attività che svolge?

- sì no

8. L'attività che svolge è

- individuale
- di gruppo
- entrambi secondo casi

9. Con quale frequenza si svolge il laboratorio?

- 1 volta a settimana
 - 1 volta ogni 15 giorni
 - 1 volta al mese
 - altro (specificare)
-

10. Come è strutturato l'incontro?

- apertura dell'incontro con accoglienza
 sì no
- applicazione del metodo
 sì no
- discussione dei lavori fatti
 sì no
- chiusura dell'incontro
 sì no

11. È affiancato da un altro operatore?

- sì, profilo professionale
- no

Dati sull'iter di invio degli utenti

1. Da chi vengono inviati gli utenti alle attività del suo laboratorio?

- équipe del CPS / DSMD
- specialista esterno
- MMG (medico di base) altro (specificare)

2. Le viene comunicata la diagnosi degli utenti inviati

- sì no

3. Ritieni che la presentazione degli utenti sia sufficientemente esauriente?

- sì no

4. Viene previsto un colloquio preliminare conoscitivo con l'utente?

- sì no

5. E' prevista una discussione del caso con l'inviante?

- sì no

6. Vengono concordati gli obiettivi?

- sì no

7. Vengono utilizzate schede per la definizione del progetto?

- sì no

- Se sì quali?

- schede Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR)
- schede Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) del CPS
- altro (specificare)

8. Vengono utilizzati test /scale validate di valutazione preliminari?

sì no non so

- se sì quali vengono utilizzate?

Recovery Star

VADO

altro (specificare)

9. Esiste una modulistica specifica per rilevare l'attività svolta in laboratorio?

sì no

Se sì, quale (es. diario, schede, ecc.)?

Specificare

10. I dati vengono registrati in PsicheWeb?

sì no

Se sì, chi inserisce i dati in PsicheWeb?

conduttore dell'attività di arteterapia

altro operatore

11. È prevista una verifica periodica del percorso di ogni utente?

sì no

Con l'équipe inviante/referente clinico/medico curante

sì no

Con strumenti validati (schede/scale)

sì no

Se sì, quali (es. VADO e Recovery Star)?

Specificare

12. Ritieni di avere uno scambio utile di informazioni con l'équipe inviante/referente clinico durante tutto il percorso?

sì no

Dati sull'utenza

1. Quanti utenti in media partecipano ad ogni incontro?

n....

2. Quanti utenti in media usufruiscono del laboratorio al mese?

n.....

Scheda Referente clinico Attività di Artiterapie DSMD/ASST

Dati sul Referente

Nome Cognome.....

- medico
- psicologo
- altro (specificare)

Dati sui laboratori

1. Quanti gruppi/laboratori di artiterapie sono presenti nella ASST per la quale sei referente?

N

2. Quanti conduttori sono stati disponibili a compilare il Questionario sui Conduttori dei Laboratori di Artiterapie?

N

Dati sull'utenza

1. Quanti utenti frequentano i laboratori di artiterapie di cui è referente?

N

2. Mediamente di quale patologia soffrono gli utenti che frequentano i laboratori?

Diagnosi

- spettro schizofrenico n /%
- spettro affettivo/depressivo n...../ %
- disturbi di personalità n...../ %
- altro n...../ % specificare

3. Età dell'utenza

- 18-30 anni n
- 31-40 anni n
- 41-50 anni n
- Oltre 50 anni n.....

4. Durata della patologia dell'utenza

- < 1 anno n.....
- Da 1 a 5 anni n.....
- Da 5 a 10 anni n.....
- > 10 anni n.....

5. Da quanto tempo gli utenti frequentano i laboratori di artiterapie?

- < 1 anno n.....
- Da 1 a 5 anni n.....
- Da 5 a 10 anni n....
- > 10 anni n.....

6. Con quale continuità frequentano i laboratori di artiterapie?

- > 50% (frequenza alta)
- 50% - 30 % (frequenza media)
- < 30% (frequenza bassa)

7. Sarebbe disponibile a partecipare ad un trial di ricerca?

- sì no

Compili l'elenco dei laboratori di artiterapie per i quali è referente sul suo territorio che hanno compilato il questionario

n.	nome laboratorio
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Indagine sulle attività Espressive condotte nei Dipartimenti di salute Mentale e delle Dipendenze in Regione Lombardia: i risultati

di Caterina Viganó, Michela Wenk**, Teresa Melorio*** & GAT Artiterapie*

Abstract

Background. Complex and reciprocal dialectic between art and psychiatry has always been the subject of investigation of many researchers. In recent decades the concept of “art-therapy” has been developed and reshaped in many different ways and has often been associated with various Anglo-Saxon expressions such as “creative art therapies” or “expressive therapies”. In the Lombardy Region, as in several other Italian regions, there is a historical tradition of using arts-therapies in mental health services but there is a lack of information on the qualifications of the personnel conducting them and on the operational and methodological modalities, as well as their application in rehabilitation programmes.

In fact, among the aims assigned by Regione Lombardia to the GAT on the Arts there was precisely the realization of a questionnaire/interview that allowed to highlight the salient features of the art therapy activities in the different reality.

Materials and methods. A survey was conducted in 2019 in the Lombardy Mental Health Dept. using a questionnaire, developed by the GAT Coordination Group, which investigated the typology of the expressive laboratory (headquarters, structure, frequency, users) the qualification, occupation and training of the holder, the methodology of team work and not least the use of evaluation tools. The data were analysed and compared by type of art-therapy (visual arts, music therapy, dance therapy, teatrotherapy) with application of Test χ^2 .

Results. 208 files were collected, of which 185 are usable. The most widespread expressive technique is Art-therapy (50%) followed by Music therapy (21.6%), Dramatherapy (17.8%) and DanceMovementTherapy (10%). The techniques are mostly carried out in day centres (46%) but there are also experiences in SPDC. One third of the therapists declare a specific training with a certificate in School of Arts therapies at least three years, one third are exclusively artists, and about one third have double training.

Only half of the therapists of expressive groups know in detail the aims of the patient rehabilitation project in the group and less than half have a preliminary interview before a new patient is placed in a group, and regularly compare with teams. There are no important differences between the four art setting. Critical datum is the “not accustomed” to the evaluation of structured outcome (less than 30% of participants in the Survey).

Conclusions. The study shows the need to increase the “culture of outcome evaluation” with suitable tools by exporting it from the restricted research settings to bring it into the psychiatric services.

INTRODUZIONE

In Regione Lombardia, come in diverse altre regioni italiane, esiste una tradizione storica di utilizzo delle arti-terapie nei servizi di salute mentale (Ba G. et al 2006; Viganò C. et al 2019). La realtà delle attività espressive in Regione Lombardia era già stata oggetto di una prima indagine condotta dalla Società di Riabilitazione Psicosociale Lombarda nel 2011, nella quale era emerso che queste tecniche rappresentavano il 10% delle attività presenti nei servizi afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale regionali che avevano risposto (63%) e anche se il campione era solo parziale rispetto alla realtà totale

(78 strutture riabilitative delle 390 presenti allora, pari al 20%) era la prima esperienza documentabile in Regione (Viganò C. et al 2012).

Si deve al lavoro del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) sull'Arteterapia, attivo dall'ottobre 2017, la progettazione ed attuazione di una nuova indagine regionale nel 2019, allo scopo di mettere le basi di un maggior coordinamento delle varie esperienze di terapie espressive negli enti socio sanitari, dar loro uniformità, riconoscerne e valorizzarne la valenza terapeutica con l'obiettivo ambizioso di creare delle raccomandazioni / linee guide condivise (Melorio T. 2018).

Di fatto fra gli obiettivi assegnati da Regione Lombardia al GAT sulle artiterapie vi era proprio la realizzazione di un questionario/intervista che consentisse di mettere in evidenza i caratteri salienti dell'attività di arteterapia nelle diverse realtà.

Durante il 2018 il GAT si era occupato di un primo censimento dei laboratori di terapie espressive presenti nei vari servizi di cura, ricevendo risposta dal 56% delle ASST Lombarde e ottenendo conseguentemente un numero sottostimato di attività rispetto a quello reale. Da quella indagine era emersa una certa confusione su cosa si potesse registrare come tecnica espressiva /arteterapia.

Dopo il convegno del 30 maggio 2018 si è registrata una più alta partecipazione regionale al GAT che ha stimolato il coordinatore e il gruppo di lavoro a riproporre un questionario per una indagine più strutturata 2019.

MATERIALI E METODI

La nuova indagine si è valse di un questionario più strutturato negli items, con l'obiettivo di indagare sia aspetti relativi al personale che conduce le attività espressive (età media, formazione, qualifica) che alcuni aspetti attinenti alle modalità operative e metodologiche e alla progettualità nella quale le tecniche sono inserite. Un requisito fondamentale esplicitato come *criterio di inclusione* per partecipare alla survey era la “formazione del conduttore del laboratorio” perché l'attività fosse censita come “espressiva” secondo quanto ad oggi discusso dai principali autori (Dunphy et al 2019) I dati sono stati raccolti e organizzati in un database ¹ ed analizzati per una prima presentazione descrittiva per il convegno del 30 novembre 2019.

Analisi statistica. I dati raccolti sono stati descritti e analizzati confrontandoli per tipo di “arte”terapia (arte visiva, musica, danza, teatro) con applicazione del Test χ^2 .

RISULTATI

A questa nuova edizione hanno partecipato 197 laboratori, afferenti a 25 delle 27 ASST Lombarde, con una rappresentatività provinciale alta (11 province su 12). Ha risposto anche un IRCCS ed un ente a direzione universitaria privata (HSR).

Sono arrivate 208 schede, di cui 11 non attinenti (5.3%). Delle 197 considerate pertinenti, 185 erano inquadrabili nelle 4 arti principali (arte, musica, danza, teatro) e sono state oggetto dell'analisi in questo lavoro. Resta una parte di tecniche espressive “altre” molto eterogenee, inclusi laboratori espressivi di scrittura o di tecniche a valenza più propriamente artigianale ma condotti da artisti, pari al 5.8% del campione (12/197); schede che per il momento sono state escluse dall'analisi dei dati.

¹ Wenk Michela “Ognuno all'arte sua” *Esiti di una indagine sulle attività espressive nei dipartimenti di Salute Mentale in Lombardia*. Elaborato di Tesi di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli studi di Milano Anno Accademico 2018-19

La maggioranza delle schede ricevute risultano provenienti da strutture appartenenti alle province di Milano (37%), Brescia (20.2%), Monza e Brianza (19.7%) e Bergamo (8.2%) mentre le altre province hanno risposto con tassi inferiori mediamente al 5% delle schede pervenute totali, Lodi non pervenuta. I risultati saranno di seguito riportati ripercorrendo gli items del questionario.

TIPO DI LABORATORIO ESPRESSIVO

Un primo dato interessante è distribuzione delle diverse **artiterapie**: dei 185 laboratori censiti quelli di ArteTerapia e arti visive sono 93, pari al 50% dei partecipanti. Quelli di Musicoterapia sono stati 40 (21.6%), Teatroterapia 33 (17.8%); DanzaMovimentoTerapia 19 (10.2%).

DESCRIZIONE DEL LABORATORIO

Per quanto riguarda la struttura in cui vengono svolte le attività espressive, i risultati riportano una prevalenza di strutture riabilitative tra cui Centri Diurni (45.7%) e Strutture Residenziali (SPR1/2) (16.3%) ovvero Comunità Riabilitative ad Alta o Media Assistenza e Comunità Protette, ma ci sono anche un 11.5% in Centri psicosociali (24) e circa 17.8% atelier condivisi tra più strutture (tabella 1).

Da notare che hanno risposto anche 8 servizi di Diagnosi e Cura (SPDC) in cui si svolgono laboratori espressivi. In media solo il 35.5% dei laboratori dichiara di avere un locale esclusivo dedicato e sempre in media il 78% dichiara di avere una fornitura adeguata di materiale.

Nella maggior parte dei laboratori di arteterapia e musicoterapia (70%) vi è un co-conduttore, che nella maggior parte dei casi è un professionista della riabilitazione (tecnici della riabilitazione e educatori professionali), raramente infermieri; a volte sono presenti dei tirocinanti.

Le attività sono per lo più (>95%) condotte in setting gruppali, che vedono presenti mediamente 7/10 pazienti per incontro, la frequenza è mono-settimanale nel 80% dei casi.

La quasi totalità dei conduttori (>90%) inoltre dichiara di rispettare avere una struttura dell'incontro fatta da accoglienza, fase di applicazione del metodo, discussione dei lavori (o dell'esperienza) e di chiusura.

CHI FREQUENTA I LABORATORI? DATI SULL'UTENZA

I dati sull'utenza sono stati forniti dai responsabili clinici cui era dedicato un questionario specifico. Da questi questionari emerge una stima di circa 1334 utenti annui. La maggior parte dei pazienti che afferisce a questi laboratori ha una età compresa tra i 41 e i 50 anni (37%) seguiti da pazienti over 50 (27%). Più basse sono invece le percentuali di utenti giovani, con età compresa tra i 18-30 anni, che rappresentano il 15% del totale.

L'utenza più frequente ha una diagnosi di disturbo dello spettro schizofrenico (>50%), seguita dai disturbi dello spettro affettivo (18%) e dai disturbi di personalità (16%).

DESCRIZIONE DEL CONDUTTORE

Entrando nel dettaglio del questionario la prima parte era dedicata al conduttore dell'attività espressiva.

a) Quale qualifica professionale ha il conduttore?

185 conduttori hanno definito la loro qualifica: 70 (38%) dichiarano la qualifica di terapeuta specifico (arte-terapeuta, musicoterapeuta etc), 53 (28,6%) sono artisti, a seguire i restanti hanno risposto indicando la loro figura professionale: 26 tecnici della riabilitazione psichiatrica, 13 educatori professionali, 8 psicologi, 4 medici, 4 infermieri.

Se analizziamo in modo più specifico la distribuzione per singola tecnica artistica (tabella 2) vediamo che nei laboratori di arteterapia troviamo più rappresentati gli arte-terapeuti (49%) rispetto ad esempio agli artisti (18%) e a figure sanitarie con formazione specifica: i TeRP sono 17 (18%), gli educatori professionali sono 6, 2 sono medici, 1 assistente sociale) mentre nei laboratori di musicoterapia la distribuzione percentuale tra musicoterapeuti e artisti tende ad avvicinarsi anche se ancora prevalgono i primi (42% vs 30%), sono uguali nei laboratori di danzaterapia e nei laboratori di teatro prevale la qualifica di artista (54%), ci sono solo 2 che si dichiarano teatroterapeuti 4 psicologi, 3 educatori professionali, 2 TeRP e 2 infermieri.

b) Quale formazione specifica possiede?

Su 203 risposte ottenute, poiché alcuni atelier hanno una co-conduzione, emerge che 55 conduttori (27.6% del totale) dichiarano una esclusiva formazione in una scuola di artiterapie (almeno triennale); di questi la maggior parte conduce atelier di arti visive (37/55). Il 30.5% dichiara una formazione esclusivamente artistica (62) ed in questo caso la maggior parte conducono laboratori di teatro e atelier di arte (22 e 19 rispettivamente). Infine un 27% dichiara una formazione sia artistica che in artiterapie (55/203). Fra i partecipanti 18 conduttori di atelier di arte dichiarano una esclusiva formazione biennale a Brera in terapeutica artistica, 6 dichiarano “altro” specificando formazioni diverse. Anche in questo caso se analizziamo i dati per singola tecnica i dati sono simili per arte, musica e danza, vediamo prevalere nel gruppo Teatro la formazione “artistica” (tabella 3).

c) A quale modello teorico di formazione fa riferimento?

Un terzo dei partecipanti ha dichiarato di basarsi sul modello psicodinamico, come atteso essendo questo uno degli orientamenti teorici e formativi storicamente più diffusi, solo 8/185 hanno dichiarato un modello cognitivo comportamentale, 6 un modello psicoeducativo e 47% un modello catalogato come “altro”, spesso specifico della scuola di formazione frequentata. 14.6% dei conduttori dichiara “nessun modello”.

d) Età media e anzianità di esperienza

L'età media dei conduttori è intorno ai 45 anni ma con estrema variabilità (dai 35 ai 56 anni), hanno una anzianità decennale di esperienza nel 27.5% dei casi, il 22% tra 6 e 10 anni, mentre il gruppo più rappresentato (49%) si colloca tra 0 e 5 anni di esperienza come conduttore di un laboratorio di attività espressiva. Si sovrappone il dato dell'anzianità nella struttura di afferenza attuale: si può evidenziare che la circa la metà del campione è presente da un tempo compreso tra 0 e 5 anni: 52% arte, 50% musica, 47% danza 42% teatro, percentuali che non superano il 30% sono presenti da più di 5 anni e pochissimi hanno una continuità superiore ai 10 anni.

e) Rapporto contrattuale con Ente

Per quanto riguarda il rapporto con l'Ente pubblico in cui svolge l'attività solo il 12% è strutturato come dipendente pubblico (23/185), il 36% ha un contratto come consulente dell'Ente stesso, mentre il 45% è consulente/dipendente di enti privati (cooperative, associazioni) e 11 sono volontari. Arte-terapisti delle 4 principali tecniche espressive (arte, musica, danza, teatro) sono quasi esclusivamente inquadrati come consulenti, tranne alcuni casi di operatori sanitari con un diploma di formazione in artiterapie.

METODOLOGIA DI LAVORO IN EQUIPE

Una sessione importante del questionario era rivolta ad indagare le modalità di collaborazione con equipe della struttura in cui il laboratorio/atelier è inserito.

La quasi totalità dei pazienti vengono inviati ai gruppi espressivi dall'equipe della struttura sede del laboratorio/atelier o di altri servizi del Dipartimento di salute mentale (DSM) dato che comunque era

atteso visto che i servizi sono quasi esclusivamente pubblici e la psichiatria ha una afferenza territoriale nel DSM. Tutti gli operatori che hanno risposto al questionario dichiarano che la presentazione ricevuta sull'utente è esauriente e che hanno un soddisfacente scambio e discussione con equipe.

Il dato contraddittorio emerge dalle domande specifiche fatte sulla modalità di inserimento e valutazione dei pazienti. Mediamente solo il 53% effettua una discussione del caso preliminarmente all'invio: 51.5% per teatroterapia, 57.9% danzamentoterapia, 57.5% musicoterapia, 58% arteterapia; così come in media solo il 42% dei conduttori effettua un colloquio preliminare con il paziente prima dell'ingresso nel gruppo: il 52.6% dei danzaterapeuti, per 48.4% arteterapeuti, 37.5% in musica, 36.4% in teatroterapia (grafico1).

Il dato si avvicina allo 0% se il conduttore ha una esclusiva formazione artistica o se è un artista terapeuta. Si potrebbe ipotizzare che nei casi in cui esiste una co-conduzione con un operatore sanitario sia quest'ultimo a conoscere il caso e attuare dei colloqui preliminari, ma è comunque una percentuale minima.

METODOLOGIA E STRUMENTI DI PROGETTAZIONE E VALUTAZIONE

La survey ha permesso poi di verificare se nei gruppi vengono usati strumenti per la definizione degli obiettivi e per la verifica del percorso del singolo utente (grafico 2).

Mediamente il 50% di tutti i conduttori di gruppi espressivi condividono e/o conoscono gli obiettivi generali del Piano Terapeutico Riabilitativo (PTR) del singolo paziente, presente se il laboratorio si effettua in strutture riabilitative quali CD e CRA/CP. In altri casi conoscono il PTI.

Schede quali PTR/ PTI/ Recovery Star, Vado, Honos, vengono anche usate per definire gli obiettivi del progetto dei singoli pazienti nella maggior parte dei casi.

Tuttavia si segnala che circa un terzo dei conduttori non usa schede di nessun tipo per la definizione degli obiettivi per il singolo paziente (35.5% arte; 32.5% musica; 36.8% danza; 39.4% teatro) e ancora una volta artisti e anche gli artisti terapeuti non usano alcuno strumento specifico. Come modulistica specifica viene indicato nel 73% dei casi l'uso del diario seduta e una scheda specifica non specificata; pochi (4 soggetti) usano la cartella "modello polisegnico" 3 arteterapeuti usano l'ATI ².

Test validati specifici sono usati in meno del 30% del campione all'inizio e nel follow up. Gli strumenti indicati sono i più vari, da quelli per la valutazione del percorso riabilitativo come Recovery Star e VADO, ad altri per la valutazione del funzionamento e della disabilità (GAF&VGF del DSM IV, Whodas 2.0, Social and Occupational Functioning Assessment Scale, Life Skill Profile) a scale d'esito come la HONOS e più attinenti ad indicatori psicopatologici quali Brief Psychiatric Rating Scale, la Symptoms CheckList 90, Zung Depression e Anxiety, ad altre che valutano altri aspetti: Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS) Prodromal Questionnaire PQ16, The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)—Adult, la Resilience Scale, il Neuropsychiatric Inventory—Questionnaire, il General Health Questionnaire (GHQ) 12 items; il Questionario OMS Benessere.

Infine è stato chiesto di indicare se la prestazione è inputata in PsicheWeb e chi lo fa. Emerge che mediamente il 20% dei conduttori non inserisce o non fa inserire le prestazioni. In alcuni casi dipende dal fatto che gli operatori sono volontari, in altri perché l'attività è condotta in setting individuale e non esiste nel programma regionale la voce attività espressiva individuale. Questo aspetto è piuttosto critico perché anche se si parla di numeri contenuti, queste prestazioni vengono inserite come altro, spesso come attività socializzanti, perdendone il senso. Nel grafico 3 e 4 sono riportati i dati relativi alle 4 tecniche e alle figure che inseriscono il dato.

² <https://www.arttherapyit.org>

DISCUSSIONE

La complessa e reciproca dialettica tra arte e psichiatria ha sempre rappresentato l'oggetto di indagine di molti studiosi. Negli ultimi decenni il concetto di "arte-terapia" è stato sviluppato e rimodellato in molti e differenti modi ed è stato spesso associato a varie espressioni anglosassoni quali "creative art therapies" o "expressive therapies". L'uso di queste tecniche sta trovando indicazioni in alcune linee guida per quadri psichiatrici maggiori (NICE 2013a; NICE 2013b; NICE 2009) anche se le evidenze scientifiche sono ancora controverse e per lo più indicano efficaci le artiterapie quando integrate agli interventi standard (Aalbers S. et al 2017, Bazargan Y. et al 2016, Ciasca E. et al 2018, Crawford M. et al 2012, Dunphy K. et al 2019, Geretsegger M. et al 2014, Haeyen S. et al 2017, Karkou V. et al 2019, Keisari S. e Palgi Y. 2017, Koch S. et al 2019, Montag C. et al 2014, Scope A. et al 2017, Uttley L., Stevenson M. et al 2015). In Italia esiste una tradizione ormai databile al XX secolo di uso delle tecniche artistiche nella cura della patologia mentale (Volpe U et al 2016) e con la diffusione delle tecniche riabilitative e la loro integrazione nei progetti di cura nella legislazione regionale, le stesse tecniche si sono consolidate in molte realtà, come mostrato anche dai dati della Survey SIRP 2014 (in press) che mostrano una frequenza del 8.5% delle tecniche espressive fra tutte le attività svolte presso i DSM Italiani che avevano aderito all'indagine, pari al 20% del totale dei servizi). Va premesso che le survey su base volontaristica ottengono basse risposte di partecipazione ma questa seconda edizione della survey del GAT ha avuto una buona adesione con la partecipazione di 25 delle 27 ASST presenti in Regione, 208 schede pervenute e una stima, derivata dai questionari, di 1452 pazienti nominali coinvolti.

Non essendo disponibili agli autori dati recenti sulla numerosità delle strutture totali in Regione il dato non è rapportabile alla realtà dei servizi presenti. Al momento è possibile fare riferimento ai soli risultati del Rapporto di Salute Mentale che aveva rilevato in Regione Lombardia 585 strutture appartenenti a 44 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM): 153 servizi territoriali (1.8/100'000 ab.), 281 servizi residenziali (3.3/100'000 ab.) e 151 servizi semiresidenziali (1.8/100'000 ab.) (Starace et al., 2017). Sarebbe interessante poter confrontare i dati registrati nello stesso anno (2019) di questa survey in Regione attraverso i dati di PsicheWeb che codifica per attività espressive gruppali (individuali) secondo il Sistema informativo della salute mentale (SISM, 11/10/2001).

Analizzando i dati generali possiamo osservare che nel capoluogo (Milano) sono concentrate la maggior parte delle risposte pervenute da parte dei centri in cui si svolgono attività espressive (37%), seguito da Brescia (20.2%), Monza (19.7%) e Bergamo (8.2%).

L'arteterapia è la tecnica più diffusa in Regione (44.7% delle schede) seguita dalla musicoterapia (19.2%) dalla teatroterapia (15.9%) e dalla danzavivimentoterapia (9.1%). Emerge subito che la musicoterapia, sebbene abbia più studi che ne evidenziano l'efficacia (Dunphy et al., 2019; Attard e Larkin, 2016) è al secondo posto come diffusione nei Dipartimenti di Salute Mentale.

I dati raccolti permettono una riflessione sulla formazione e qualifica di conduttori e co-conduttori delle attività espressive. Le attività espressive sono condotte in circa un terzo dei casi da operatori che si dichiarano arteterapeuti / musicoterapeuti / danzaterapeuti / teatroterapeuti, che dichiarano in circa metà dei casi una formazione in arteterapia. Il 18.3% del campione è costituito da tecnici della riabilitazione psichiatrica con formazione specifica in arteterapia; 18.3% da artisti affiancati da personale sanitario.

Circa la metà dei conduttori dichiara almeno una formazione specifica triennale (scuola di arteterapia), e la metà di questi ha anche una formazione artistica, circa un terzo ha solo una formazione artistica. Solo la teatroterapia è svolta nella maggior parte dei casi da personale non sanitario con competenze

artistiche e meno di un quinto ha una formazione triennale riconosciuta. Questi dati confermano quanto evidenziato anche dal gruppo di Kim Dunphy (2019) che ha mostrato come nei molti articoli scientifici revisionati la presenza di personale con formazione specifica sia ben rappresentato tra chi conduce arteterapia (50%), musicoterapia (45%) e danzamentoterapia (44%) mentre siano pochi per la dramatherapy (16%).

Tutte le attività espressive censite sono condotte per lo più in centri diurni (55% delle attività di musicoterapia, 43% per l'arteterapia, 42.4% per la teatroterapia e 42.1% per la danzamentoterapia) seguiti da gruppi svolti in strutture residenziali molto spesso attigue ai Centri Diurni o ai centri di salute mentale (C.P.S), con cui condividono gli spazi dedicati alle attività riabilitative. Il problema degli spazi è infatti molto sentito, infatti solo nel 41% dei casi vi è un atelier esclusivamente dedicato alle attività artistiche, così come per la danzamentoterapia che ha uno spazio proprio nel 42% dei casi, ancora meno per le attività di musicoterapia (32,5%) e per la teatroterapia (27.3%) che nel 45.4% dei casi è svolta in strutture esterne.

Alcune riflessioni si possono ricavare dai dati emersi sulla metodologia operativa. Per quanto attiene al metodo specifico che permette di dare struttura al setting bisogna dire che nella maggior parte dei casi vi è una fase di accoglienza (per tutte le 4 arti superiore al 90%) una di applicazione del metodo specifico del singolo conduttore (> 90%) e tutti prevedono una fase di chiusura dell'incontro. La fase di discussione del prodotto o del lavoro svolto è attuata in percentuali diverse a seconda delle arti, che variano dal 67.5% per la musicoterapia, al 78.9% per la danzamentoterapia, all'80.6% per l'arteterapia e infine al 90.9% per la teatroterapia: da tenere in considerazione è che quella della discussione è una fase specifica per alcune discipline ma non è sempre prevista, come per esempio in molti metodi di musicoterapia.

Per quanto riguarda l'interazione con equipe inviante in generale durante tutto il percorso di cura i conduttori si dichiarano soddisfatti dei rapporti con equipe inviante (> 80% dei casi) mentre esistono differenze nella relazione preliminare nel caso di presentazione di pazienti nuovi. Come atteso la diagnosi psichiatrica di invio non è ritenuta necessaria, anche se il 68% dei conduttori di atelier di arte dichiara di conoscerla all'invio, il 57.5% nei laboratori di musicoterapia, il 68.4% per danzaterapia e 33.3% per teatroterapia. Più importante nell'ottica di una stretta collaborazione tra equipe curante e conduttore della tecnica espressiva, pur nel rispetto delle specifiche professionalità (Ba G et al 2006, Ba G. 2003) è la disponibilità alla discussione del caso preliminarmente all'invio, che però risulta essere effettuata mediamente in circa la metà dei casi, così come circa solo la metà dei conduttori effettua un colloquio individuale con un nuovo utente prima dell'ingresso nel gruppo, colloquio che è prassi per il 52.6% nei laboratori di danzaterapia, per 48.4% arteterapia, 37.5% musicoterapia, 36.4% in teatroterapia.

Sono dati che possono essere spiegati con i diversi approcci teorici applicati nei singoli setting anche se va detto che quando si opera in riabilitazione psichiatrica un contatto preliminare potrebbe migliorare significativamente l'adesione dei pazienti all'interno di questi gruppi. Difatti, come segnalano diversi autori uno dei punti critici negli studi condotti su queste tecniche è proprio la scarsa compliance e aderenza dei pazienti ai gruppi, se non ben motivati (Crawford, 2012).

Sarebbe pertanto interessante approfondire le modalità con cui i pazienti entrano in contatto con le tecniche espressive e come viene gestito il loro ingresso nei gruppi.

Per quanto riguarda la compartecipazione del conduttore di tecniche espressive al progetto terapeutico riabilitativo del singolo paziente la survey ha evidenziato che circa metà di tutti i conduttori di gruppi espressivi condividono e/o conoscono gli obiettivi generali del PTR del paziente (50.5% arteterapia / 57.5% musicoterapia / 42.1% danzaterapia / 48.5% teatroterapia). Queste sono percentuali significative

ma che lasciano trasparire quanto una discreta parte degli stessi non abbia una visione complessiva del percorso di cura del paziente ma sia concentrata solo su quanto avviene nel setting. Come evidenziato anche dal gruppo di Boston (W.A. Anthony e M. Farkas, 2002) in riabilitazione bisogna sempre considerare la “non generalizzabilità” del processo e del setting, quello che avviene in un setting può non accadere in altri, e gli autori consigliano sempre una visione globale del paziente durante il suo progetto riabilitativo.

Dall’analisi dei dati si conferma la criticità in parte nota della “*non cultura della valutazione*”. Circa un terzo dei conduttori non usa schede per la definizione degli obiettivi specifici del loro operato per il singolo paziente (35.5% arte; 32.5% musica; 36.8% danza; 39.4% teatro) e una parte percentuale ridotta utilizza schede specifiche non meglio specificate. Dato simile si ritrova per la valutazione del percorso e degli esiti. Sebbene il 80.6% dei conduttori di gruppi di arteterapia dichiara di effettuare rivalutazioni periodiche del percorso dei pazienti, solo il 16.1% usa strumenti validati che sono per lo più strumenti di valutazione d’esito aspecifici, adatti alla valutazione del percorso terapeutico riabilitativo (HONOS, VADO, Recovery Star etc).

Per i conduttori di musicoterapia abbiamo un 82.5% che dichiara di effettuare revisioni periodiche ma anche qui l’uso di strumenti validati è solo nel 20% dei casi e sono sempre aspecifici.

La percentuale aumenta in modo significativo per i conduttori dei gruppi di danzavimentoterapia con verifiche fatte dal 73.7% con mezzi validati nel 68.4% e in alcuni casi con strumenti specifici; c’è da dire però che il numero assoluto sono pochi (19/185). Invece per quanto riguarda i conduttori di gruppi di teatroterapia la verifica periodica viene effettuata nell’87.9% dei casi ma l’uso di strumenti validati per la valutazione degli esiti è dichiarato solo dal 6% e non sono specifici; anche qui vale la numerosità assoluta del campione (33/185) per rendere valido il dato.

La crescente attenzione per l’utilizzo delle terapie espressive a livello internazionale, in diversi ambiti di cura, ha portato alla costruzione e validazione di diversi strumenti di valutazione specifici per le terapie espressive (Baxter H.T. et al 2007, Choen B.M. et al 1998, Cruz R.F. 2009, Gantt L.M. 2011, Good A. 2018, Haeyen S. et al 2017, Hiscox A.R. 2013, Lahad A. et al 2012, Landy R.J. 2003, Levick M.F. et al 2015, Loman S. et al 1996, Pendzik S. 2008, Pitruzzella S. 2016, Powell M.A. 2016, Raglio A. et al 2017, Wof-schein C.C. 2013) con l’intento di rendere il più oggettivabile possibile i percorsi dei pazienti che le seguono, facendone una valutazione iniziale e monitorandone l’andamento: sarebbe auspicabile che questi test iniziassero a essere maggiormente utilizzati dai conduttori di gruppi di artiterapie di Regione Lombardia per promuovere la raccolta di dati validi di esito in psichiatria.

Un ultimo dato su cui si potrebbe riflettere è la tipologia di contratto che hanno i vari conduttori dei gruppi. La maggior parte dei conduttori è esterna al personale del DSM ed è assunta da cooperative (come dipendenti o come consulenti) con percentuali variabili dal 41% al 55%. Un terzo circa è invece un consulente diretto dell’Ente Pubblico e solo in percentuali molto basse (da 6 a 16%) è un dipendente dell’Ente pubblico oppure è un volontario (da 0 a 12%). Questo dato rende molto “mobile” e precaria la figura del conduttore arteterapeuta, di fatto la maggior parte dei conduttori che hanno partecipato alla survey dichiara una anzianità nella Struttura in cui stanno lavorando che non supera i 5 anni, e con essi diventa precaria, come i contratti di consulenze, la disponibilità della specifica attività terapeutica, peraltro molto gradita ai pazienti.

Questo dato è poco confrontabile in letteratura perché pochi studi sono stati fatti sul costo economico di queste attività e sulla loro sostenibilità a fronte di evidenze ancora ridotte di efficacia (Uttley et al., 2015; Uttley et al., 2015; Scope et al., 2017). Questo dato è importante anche per una ricaduta pratica sulla rendicontazione delle attività attraverso il sistema regionale informatizzato cui può accedere solo personale strutturato in ASST e accreditato. Qualunque sia la motivazione della non registrazione già

discussa, si segnala che in circa un quinto dei casi si perde la possibilità per il Sistema Regionale di avere una adeguata registrazione delle attività espressive erogate.

CONCLUSIONI

L'agire riabilitativo in psichiatria, l'intervento di acquisizione, recupero e consolidamento delle abilità di base e sociali nel paziente psichiatrico, richiede risorse e interventi articolati: *“un progetto riabilitativo si snoda attraverso varie aree e livelli tutti imprescindibili”* e necessariamente contraddistinti da una serie di caratteristiche, quali l'essere multilivellari, integrati, consequenziali, temporanei, flessibili, individualizzati, misurabili e riproducibili (Cavalli e Fierro, 2019).

Il primo risultato della survey condotta nel 2019 “GAT sulle artiterapie” è stato la collaborazione ottenuta da molti servizi con una adesione raggiunta che è stata maggiore rispetto alle precedenti indagini condotte in Regione e ha mostrato una buona rappresentatività a livello regionale.

Le aree critiche su cui il GAT dovrà proseguire il suo impegno sono principalmente relative alla relazione dei conduttori delle attività espressive con le equipe dei servizi dove operano, alle modalità di presa in carico dei nuovi pazienti e alle modalità di valutazione degli esiti.

Per il primo aspetto appare migliorabile proponendo agevoli protocolli che implementino le modalità di integrazione reale fra le diverse figure terapeutiche che collaborano al progetto di cura del singolo paziente e che prevedano sempre nel caso di invio alle attività espressive una adeguata informazione sia del conduttore ma anche del paziente e la facilitazione di un colloquio preliminare all'ingresso nel gruppo tra conduttore e nuovo utente, come buona pratica clinica che risponde alla necessità costante in riabilitazione del “fare rete”.

Altro aspetto saliente è la necessità di aumentare la “cultura della valutazione d'esito” con strumenti adatti esportandola dai setting ristretti della ricerca per portarla nei servizi. E' un concetto noto e condiviso da molti che la valutazione del processo è una ottima azione per prevenire la “cronicizzazione” (Fava E. et al 2003, Vita A. et al 2016) ma nei servizi manca ancora una cultura in tal senso ed andrebbe incrementata (Roe D. et al 2015; Bond G.R. and Drake R.E. 2016).

Nel campo delle artiterapie il compito è ancora più arduo perché manca un accordo su quali indicatori considerare e quali strumenti usare fra quelli validati disponibili in letteratura. Gli “artisti” esprimono perplessità e spesso resistenza verso il metodo scientifico classico della medicina, usando nel loro lavoro altri indicatori e altri linguaggi, i conduttori con formazione sanitaria sono più inclini ma usano spesso strumenti aspecifici, alcuni arte-terapisti senza formazione sanitaria si collocano in posizione intermedia.

Da qui nasce la necessità di incrementare l'incontro tra le discipline artistiche e il campo scientifico, dal momento che le terapie espressive, quando proposte come terapie integrative al programma di cura complessivo, sembrano incrementare significativamente e positivamente gli esiti del percorso terapeutico dei pazienti.

Questo bisogno di identificare degli indicatori e degli strumenti specifici per la valutazione d'esito delle tecniche espressive nei setting psichiatrici è diventato un obiettivo che il GAT si è posto, essendo questa fase preliminare a successivi studi di efficacia da condursi grazie alla collaborazione fornita da diversi centri (Melorio, 2018).

Ultimo aspetto da sottolineare la necessità che i gruppi di attività espressive vengano condotti da operatori “certificati” con adeguata formazione anche nel lavoro di equipe. Sono finiti i tempi dell'improvvisazione e dell'intrattenimento (B. Saraceno) e la attuale medicina si indirizza sempre più verso una cura personalizzata, “di precisione” e verso servizi recovery oriented maggiormente centrati sul paziente (Frost G.B et al 2017).

* Università degli studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco, Milano, Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli studi di Milano.

** Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli studi di Milano.

*** MAPP Museo d'Arte Paolo Pini e Botteghe d'Arte DSMD GOM Niguarda, Milano, Responsabile Coordinamento Regionale GAT Artiterapie DG Welfare Regione Lombardia.

BIBLIOGRAFIA

Aalbers S., Fusar-Poli L., Freeman R., Spreen M., Ket J., Vink A., Maratos A., Crawford M., Chen X., Gold C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11*.

Anthony WA, Mikal Cohen, Marianne Farkas, and Cheryl Gagne (2002). *Psychiatric rehabilitation, 2nd edition*. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Attard A. e Larkin M. (2016) Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *The Lancet Psychiatry 3(11)*.

Ba G., Magnotti R., Olivani F., Vigano C. 2006 “Le tecniche espressive in Riabilitazione psichiatrica” in (a cura di) Bellazzecca, Peserico, Rabboni “*Curare con le arti. Neuroscienze e tecniche espressive*” Eds Update international congress Milano, ISBN 88.87770-07-7 2006. pp 43-50.

Ba G (2003) *Strumenti e tecniche della riabilitazione psicosociale* Eds Franco Angeli Milano.

Bond G.R and R.E Drake (2016) New directions for psychiatric rehabilitation in USA *Epidemiology and psychiatric science pag 1of 5 Cambridge University Press, doi 10.1017/S2045796016000834*.

Dunphy K, Baker FA, Dumaresq E, Carroll-Haskins K, Eickholt J, Ercole M, Kaimal G, Meyer K, Sajnani N, Shamir OY, Wosch T (2019) Creative arts interventions to address depression in older adults: a systematic review of outcomes, processes, and mechanisms. *Front. Psychol.* 8;9:2655.

Baxter H. T., Berghofer J. A., MacEwan L., Nelson J., Peters K. e Roberts P. (2007) *The Individualized TMTM Music Therapy Assessment Profile*. Londra: Jessica Kingsley Publishers.

Bazargan Y., Pakdaman S. (2016). The Effectiveness of Art Therapy in Reducing Internalizing and Externalizing Problems of Female Adolescents. *Archives of Iranian Medicine, Volume19, Number1*.

Borsani S. e Onofrio S. La Musicoterapia (cap 62) in Vita, A., Dell'Osso, L. and Mucci, A. (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica*. Roma: Giovanni Fioriti, pp 731-738.

Cavalli E. e Fierro L. le fasi del progetto riabilitativo in psichiatria (cap 51) in Vita, A., Dell'Osso, L. and Mucci, A. (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica*. Roma: Giovanni Fioriti, pp 633-652.

Choen B. M., Hammer J. S. e Singer S. (1998). The diagnostic drawing series: A systematic approach to art therapy evaluation and research. *The Arts in Psychotherapy Volume 15, Issue 1, Spring 1988, Pages 11-21*.

- Ciasca, E. Ferreira R., Santana C., Dos Santos O. F. G., Brum P. e Nunes P. (2018). Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry* vol.40 no.3.
- Crawford M., Killaspy H., Barnes T., Barrett B., Byford S., Clayton K., Dinsmore J., Floyd S., Hoadley A., Johnson T., Kalaitzaki E., King M., Leurent E., Maratos A., O'Neill F., Osborn D., Soteriou T., Tyrer P., Waller D. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicentre pragmatic randomised trial. *BMJ* 2012;344:e846.
- Cruz R. F. (2009). Validity of the Movement Psychodiagnostic Inventory: A Pilot Study. *American Journal of Dance Therapy* 31(2):122-135.
- Dunphy K., Baker F. A., Dumaresq E., Carroll-Haskins K., Eickholt J., Ercole M., Kaimal G., Meyer K., Sajani N., Shamir O.Y. e Wosch T. (2019). Creative arts interventions to address depression in older adults: a systematic review of outcomes, processes, and mechanisms. *Frontiers in Psychology* 9: 2655.
- Fava E., Viganò C., G.Ba (2003) "L'assessment" in G. Ba "Strumenti e tecniche della riabilitazione Psichiatrica e psicosociale" Francoangeli Eds Milano, Pp 104- 122, 2003.
- Frost B.G., Srinivasan Tirupati, Johnson S., Turrell M., Lewin J. T, Sly K.A., Conrad A.M (2017) "An integrated recovery oriented model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry* (2017) 17:22 doi 10.1186/s12888-016-1164-3.
- Gantt L. M. (2011). The Formal Elements Art Therapy Scale: A Measurement System for Global Variables in Art. *Art Therapy*, 26:3, 124-129.
- Geretsegger M., Elefant C., Mössler K. A., Gold C. (2014) Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6. Art.
- Good A. (2018). *Outcomes Star Psychometric Factsheet: Music Therapy Star*. Triangle Consulting Social Enterprise.
- Haeyen S., Van Hooren S., Van Der Veld W. M., Hutschemaekers G. (2017). Measuring the contribution of art therapy in multidisciplinary treatment of personality disorders: The construction of the Self-expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS). *Personality and Mental Health / Volume 12, Issue 1*.
- Hiscox A. R. (2013) Silver Drawing Test of Cognitive Skills and Adjustment: Drawing What You Predict, What You See, and What You Imagine. *Journal of the American Art Therapy Association. Volume 10; Issue 1; Pages 46 – 48*.
- Karkou V., Aithal S., Zubala A., Meekums B. (2019). Effectiveness of Dance Movement Therapy in the Treatment of Adults With Depression: A Systematic Review With Meta-Analyses. *Frontiers in Psychology; 10: 936*.
- Keisari S. e Palgi Y. (2017). Life-crossroads on stage: integrating life review and drama therapy for older adults. *Aging & Mental Health: 1079-1089*.
- Koch S., Riege R., Tisborn K., Biondo J., Martin L., Beelmann A. (2019) Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *The Arts in Psychotherapy; Volume 41, Issue 1, Pages 46-64*.

- Lahad M. e Dent-Brown K. (2012). *Six-Piece Story-Making Revisited. Assessment in Drama Therapy, Edition: 1st, pp.121-147.*
- Landy R. J. (2003). Role Profiles: a drama therapy assessment instrument. *The Arts in Psychotherapy* 30(3):151-161.
- Levick M. F. e Rosal M. L., (2015) The Levick Emotional and Cognitive Art Therapy Assessment (LECATA). *The Wiley Handbook of Art Therapy, pp.534-549.*
- Loman S. e Merman H. (1996). The KMP: A tool for dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy, Volume 18, Issue 1, pp 29–52.*
- Melorio T. (2018) *L'arte fa bene alla clinica: esperienze, percorsi di integrazione e valorizzazione delle arti terapie nei DSM lombardi.* Atti del convegno "L'arteterapia nei percorsi di cura. Modelli. Strategie di integrazione, indicatori di risultato. Milano 30 maggio 2018. Centro Stampa ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, novembre 2018 pagine 13-23.
- Montag C., Haase L., Seidel D., Bayerl M., Gallinat J., Herrmann U., Dannecker K. (2014). A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity. *PLOS ONE Volume 9; Issue 11; e112348.*
- Pendzik S. (2008). Using the 6-Key Model as an intervention tool in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy. Volume 35, Issue 5, 2008, Pages 349-354.*
- Pitruzzella S. (2016). *Dramatic Abilities Assessment Grid. Dramatherapy Volume 32, 2010 - Issue 2.*
- Powell, Margaret A. (2014) *Using the Embodiment-Projection-Role Paradigm within Drama Therapy to Develop Affective Social Competence in Children.* [Graduate Projects (Non-thesis)] (Unpublished).
- Raglio A., Gnesi M., Monti M. C., Oasi O., Gianotti M., Attardo L., Gontero G., Morotti L., Boffelli S., Imbriani C., Montomoli C. e Imbriani M. (2017). The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS): Validation of a new tool for music therapy process evaluation. *Clinical Psychology & Psychotherapy; Volume 24, Issue 6.*
- Roe D, Drake R., Mike Slade (2015) Routine outcome monitoring: An international endeavour. *Int. Rev. Psychiatry* 2015;27(4):257-60.
- Saraceno B (1995) *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica* Etas Eds.
- Scope A., Uttley L., Sutton A. (2017). A qualitative systematic review of service user and service provider perspectives on the acceptability, relative benefits and potential harms of art therapy for people with non-psychotic mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90, 25-43.*
- Starace F., Baccari F., Mungai F. (2017). La salute mentale in Italia - Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale. *Quaderni di Epidemiologia psichiatrica N. 3.*
- Tseng P., Chen Y., Tu K., Wang H., Cheng Y., Chang Y., Chang C., Chung W., Wu C. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis. *BMC Psychiatry. 2016; Jan 26;16:16.* doi: 10.1186/s12888-016-0718-8.
- Uttley L., Scope A., Stevenson M., Rawdin A., Taylor Buck E., Sutton A., Stevens J., Kaltenthaler E., Dent-Brown K. e Wood C. (2015). Systematic review and economic modelling of the clinical

effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. *Health Technology Assessment*, Mar;19(18):1-120, v-vi. doi: 10.3310/hta19180.

Uttley L., Stevenson, M., Scope, A., Rawdin, A., e Sutton, A. (2015). The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *BMJ Psychiatry* 2015 Jul 7;15:151. doi: 10.1186/s12888-015-0528-4.

Viganò C., Borghetti S., Casamenti R., Borsani S., Goffredi A., Parabiaghi A., Risso P., Tomasoni L., Truzoli R., Amatulli A. “Indagine sulle attività riabilitative in Lombardia. Un progetto della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale sezione regionale SIRP-Lo. *Errepiesse* 2012, anno Vi., n 2 agosto pag 3-17. www.errepiesse.it.

Viganò C. “Lo stato dell’Arteterpia in Psichiatria”. Atti del convegno “L’arteterapia nei percorsi di cura. Modelli. Strategie di integrazione, indicatori di risultato. Milano 30 maggio 2018. Centro Stampa ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, novembre 2018, pp 10- 12.

Viganò C., Wenk M., Ferrara L., Magnotti R., Borsani S (2019) The “state of the Art” of Art Therapy in psychiatry: reflections on international evidences and Italian experiences. *J. Complement Med Alter Healthcare* 20198; 10(5): 555796 DOI 10.19080/JCMAH 2019.10.555796

Vita A., Corrivetti G., Semisa D., Viganò C. (2016). Psychosocial Rehabilitation in Italy today. *International Journal of Mental Health* 45(1):15-23

Volpe U., Fiacchini D., Magnotti R., Diamare S., Denti E., Viganò C.A “Le arti terapia nel contesto della riabilitazione psicosociale in Italia: una rassegna critica. *Psichiatria e psicoterapia*, (2016) 35,4, 154-80.

Wolf-Schein C. C. (2013). Stephen Snow and Miranda D’Amico (eds.): Assessment in the Creative Arts Therapies: Designing and Adapting Assessment Tools for Adults with Developmental Disabilities. *American Journal of Dance Therapy*, Volume 35, Issue 1, pp 84–86.

Junyu Zhao, Hong Li, Rong Lin, Yuan Wei, Aiping Yang (2018) Effects of creative expression therapy for older adults with mild cognitive impairment at risk of Alzheimer’s disease: a randomized controlled clinical trial. *Clinical Interventions in Aging* 2018:13 1313–1320.

Grafici e Tabelle

Tabella 1 Struttura in cui si trova atelier /laboratorio (% su totale delle schede pervenute)

CPS	24	11.5%	
Centro Diurno	95	45.7%	
Day Hospital/Mac	4	2%	
Strutture residenziali SPR1/SPR2	34	16.3%	
SPDC	8	3.8%	
Da più strutture	37	17.8%	24 (SPR1/SPR2+CD) 4 (SPR1/SPR2+CPS) 9 MISTE
Altro	5	2.4%	Ambulatori, atelier privati sul territorio, università...
Missing	1	0.5%	

Tabella 2

Qualifica del conduttore del laboratorio suddivisa per specifica tecnica					
	arte	musica	danza	Teatro	Totale
"arte"terapeuta specifico	46	17	5	2	70
Artista	17	12	6	18	53
Psicologo	0	1	3	4	8
medico	2	2	0	0	4
educatore prof	6	4	0	3	13
tecnico della riab (TERP)	17	2	5	2	26
infermiere	2	0	0	2	4
AS	1	0	0	0	1
terp+psicologo	2	0	0	0	2
logopedisti	0	2	0	0	2
altro	0	0	0	2	2
	93	40	19	33	185

Tabella 3

Formazione	arte	musica	Danza	teatro	totale
scuola triennale/quadriennale	37	11	6	1	55
formazione artistica	19	15	6	22	62
formazione artistica + scuola	32	11	7	5	55
terapeutica artistica	18	0	0	0	18
altro	3	2	0	1	6
nessuno	2	1	0	4	7
totale	111	40	19	33	203

Grafico 1 metodologia di relazione con utente e equipe – dato espresso in %

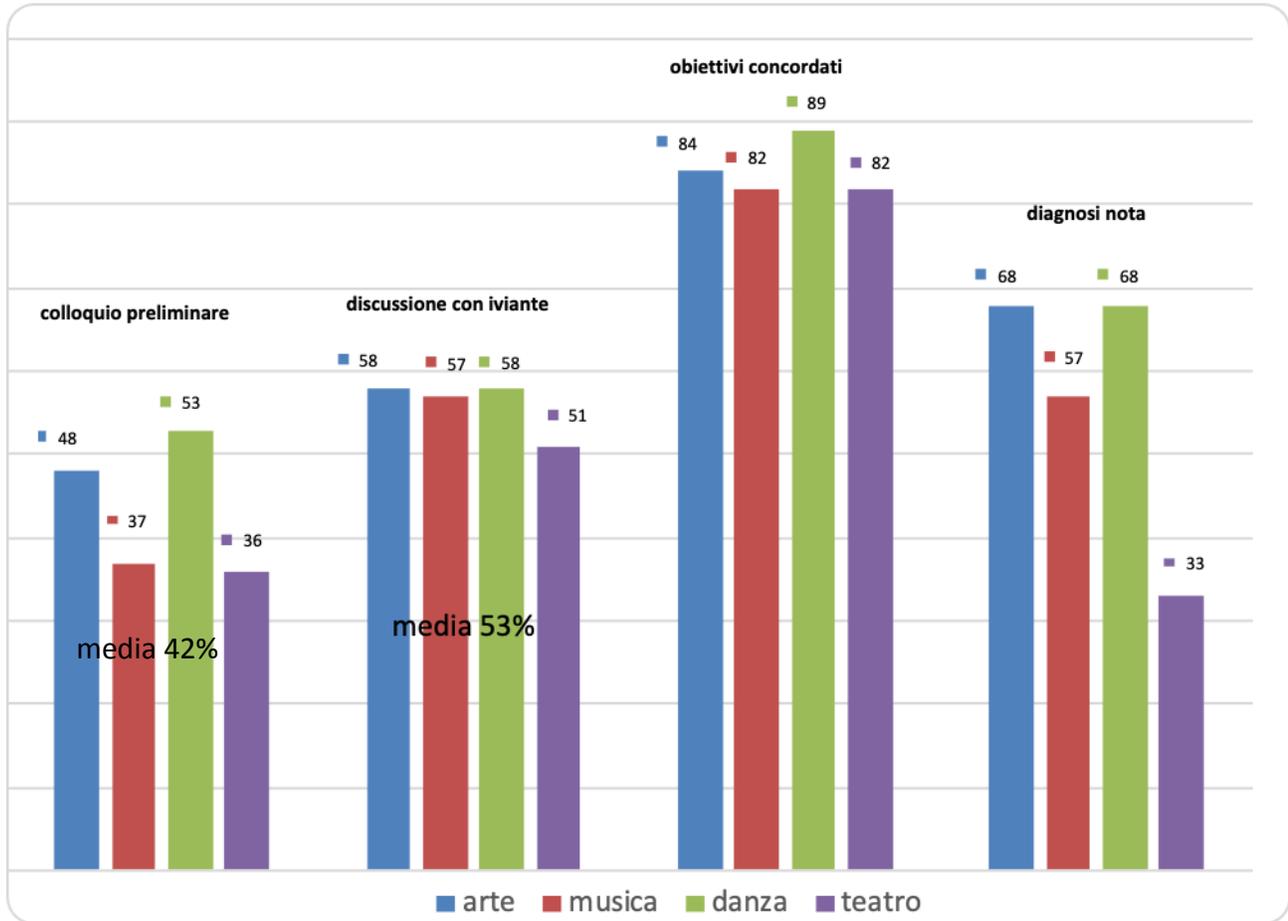


Grafico 2 : Metodo di valutazione del progetto terapeutico

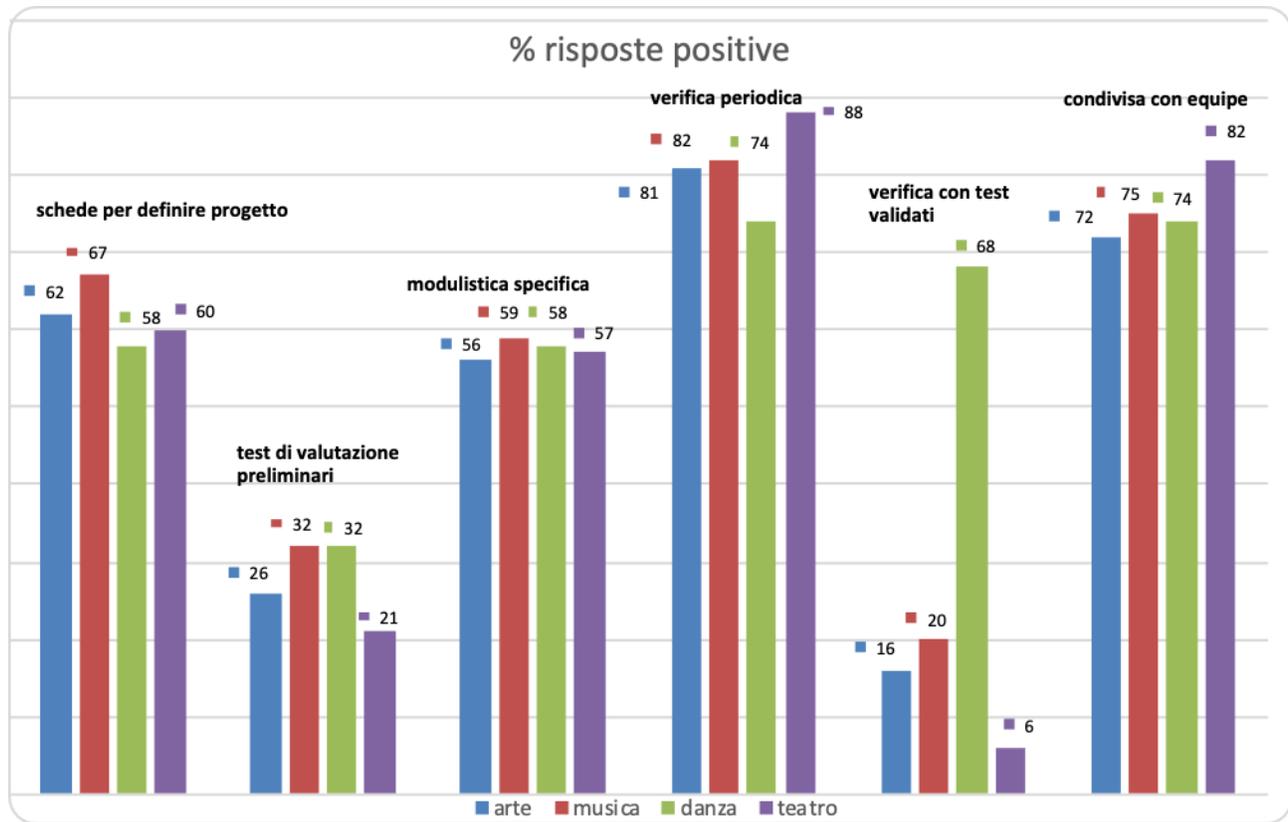


Grafico 3 registrazione attività con sistema informatizzato (Psicheweb)

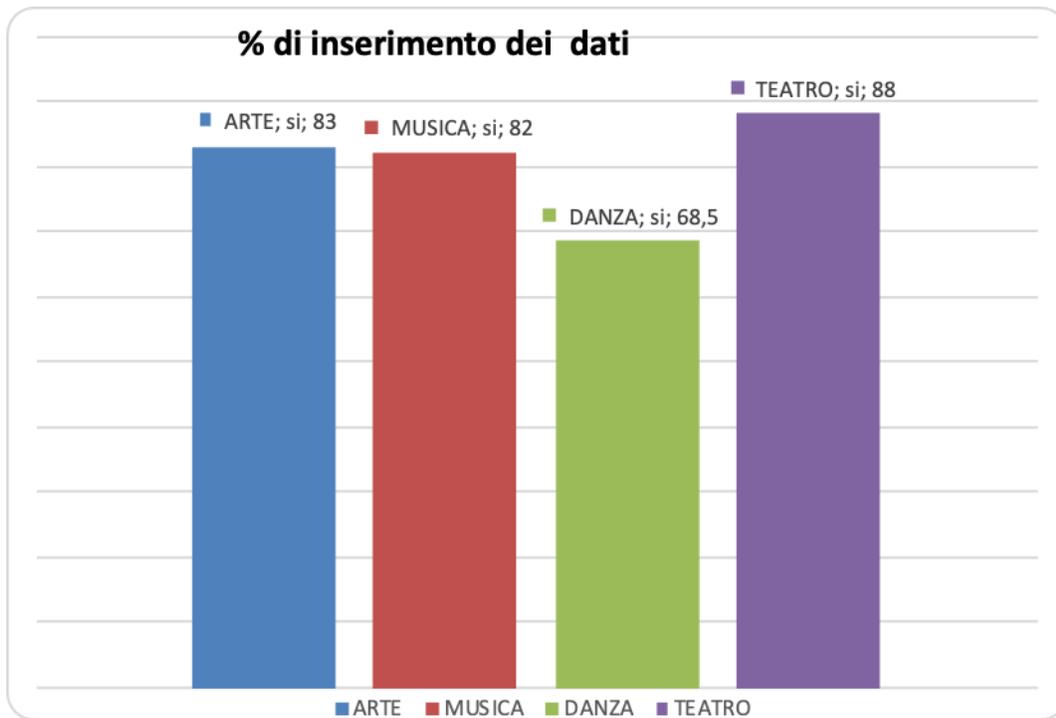
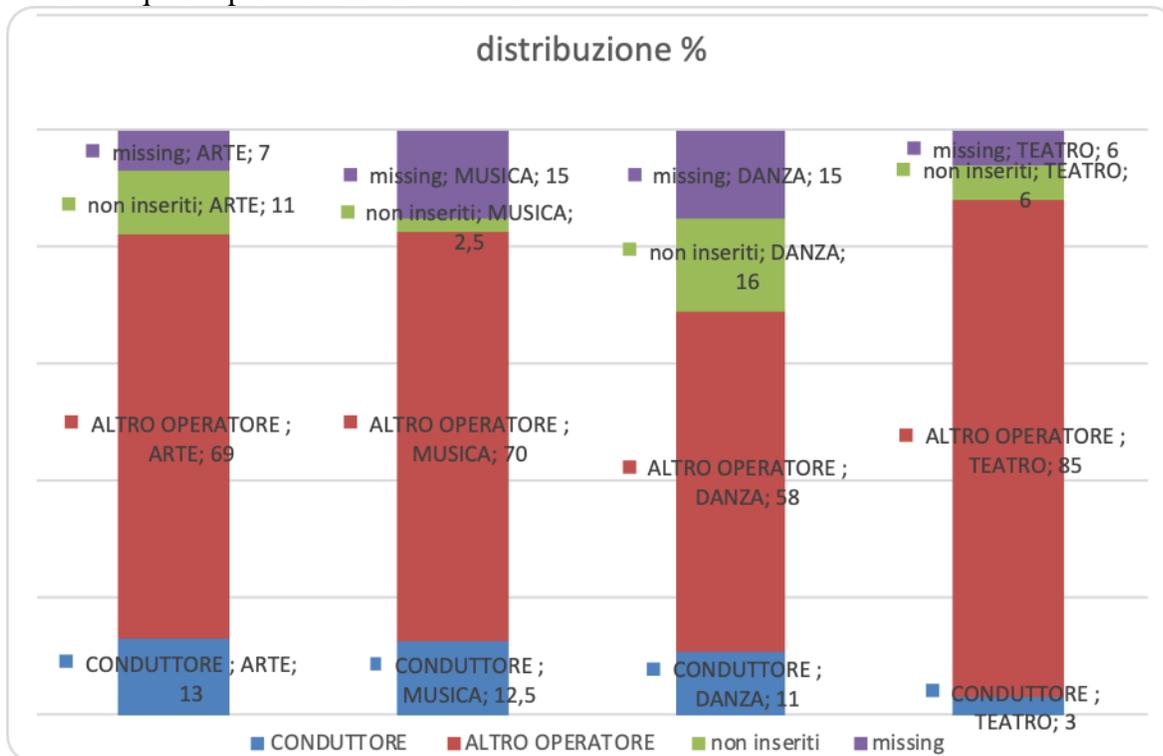


Grafico 4 quale operatore inserisce i dati



Misure di esito in arte-terapia

di M. Andraghetti*, G. Amato*, U. Volpe*

Abstract

Art-therapies have a long standing tradition in psychiatric rehabilitation. During the 19th century, a specific relationship between art and mental illness grew bidirectionally and, by the end of the last century, both “art in therapy” and “art as therapy” approaches became well established in psychiatry. Over the last decades, four main techniques have been routinely implemented in psychiatric rehabilitation care settings, namely music therapy, dance-movement therapy, visual arts-therapy and theatre/drama-therapy and many national and international associations aimed to standardize the profile of arts-therapists as well as the practice of arts-therapy. To date, despite the publication of scientific evidences concerning the implementation of art-therapy programs in psychiatric care services and the inclusion of such techniques in international guidelines on the treatment of psychiatric disorders, still some heterogeneity persists. The aim of the present paper is to briefly review the currently available scientific evidence on the outcome of artistic approaches to psychiatric rehabilitation and to highlight future directions within the field.

INTRODUZIONE

Il rapporto tra discipline artistiche e psichiatria è senza dubbio uno dei più cogenti nell’ambito della riabilitazione psichiatrica. Non solo per la storica diffusione delle pratiche arte-terapeutiche nei servizi di salute mentale del nostro paese ma anche per il fatto che, nel corso delle ultime decadi, tale rapporto è stato oggetto significativi cambiamenti sia in termini di prassi riabilitativa, che di ulteriore diffusione nei *settings* della salute mentale, che di articolazione più ampia e sistematica degli interventi in seno ai programmi volti al recupero delle abilità psicosociali per pazienti con disturbi mentali.

È certamente complessa e non certo recente l’articolazione dialettica tra arte e psichiatria: nell’antica Grecia, ad esempio, era diffusa l’idea che, per alleviare le sofferenze umane, arte e medicina fossero due validi alleati e ciò spiega l’abitudine ellenica di collocare i teatri in prossimità dei santuari dedicati ad Asclepio (dio greco della medicina), come nel caso dei templi di Epidauro. Non sempre, tuttavia, il legame tra i mondi artistico e terapeutico è restato così saldo. Bisognerà di fatto attendere il XIX secolo per assistere ad un rapporto compiuto e stabile tra arte e psichiatria, anche per effetto della modernizzazione della disciplina e della graduale acquisizione dello status di disciplina medica indipendente. Fin dall’inizio dell’800, tuttavia, già Philippe Pinel contemplava l’espressione artistica come parte integrante del cosiddetto “trattamento morale” e, dalla seconda metà dell’ottocento, in parallelo con la diffusione dei sopra citati principi terapeutici innovativi, vari psichiatri Europei iniziarono a interrogarsi sul lavoro artistico degli “alienati” come canale comunicativo privilegiato di alcuni aspetti della “degenerazione mentale”. [1]

Sarà però solo il secolo successivo, grazie soprattutto alla diffusione delle teorie psicoanalitiche, a portare da un lato all’impiego di simboli artistici, soprattutto grafici, come elemento diagnostico aggiuntivo e, dall’altro, a promuovere un uso “terapeutico” dell’espressione artistica. Un’ulteriore significativa spinta all’avvicinamento dell’arte alla psicologia e alla psichiatria, nella prima metà del ‘900, va ricondotta alla corrente filosofica e artistica del Surrealismo: nel *Manifest sur Surrealisme* di André Breton (1924/1962), il processo creativo alla base dell’espressione artistica viene definito come “automatismo psichico puro per mezzo del quale ci si propone di esprimere, o verbalmente, o per iscritto, o in qualsiasi altro modo, il funzionamento reale del pensiero. Dettato del pensiero, in assenza d’ogni controllo esercitato dalla ragione, al di fuori d’ogni preoccupazione estetica o morale. Il surrealismo si fonda sull’idea di un grado di realtà superiore connesso a certe forme di associazione

finora trascurate, sull'onnipotenza del sogno, sul gioco disinteressato del pensiero". Molti artisti surrealisti, quindi, incoraggiarono e apertamente sostennero i primi tentativi di avvicinare l'espressione artistica alla sofferenza psicologica, recandosi essi stessi negli ospedali psichiatrici e lavorando direttamente con pazienti, per lo più psicotici, già negli anni successivi alla prima guerra mondiale [2] [3].

Già negli anni a cavallo tra le due guerre mondiali, prevalentemente nei paesi anglosassoni, si diffonde in modo stabile e organico l'impiego dell'arte-terapia intesa in senso moderno come efficace supporto alle prassi riabilitative e l'espressione *art-therapy* viene utilizzata per la prima volta nel 1942 [4].

In una prima fase di diffusione degli approcci arte-terapeutici, si nota una certa tendenza al moto muovono parallelamente di diverse forme di arte-terapia (anche se fin dall'inizio, riuvestono particolare rilevanza le arti grafiche, la musicoterapia, la danza-movimento terapia e drammaterapia) e non sorprende pertanto che, almeno inizialmente, le storie dello sviluppo di tali approcci terapeutici si intreccino e si sovrappongano ampiamente. L'iniziale impiego delle arti grafiche come tecnica riabilitativa compiuta si deve a Hans Prinzhorn che aveva riconosciuto nella spinta creativa dei suoi pazienti schizofrenici un "bisogno di espressione" [5], ma già nella seconda metà del '900 l'interesse per l'attività grafica si organizza come un vero e proprio modello terapeutico, grazie anche ai contributi di studiosi quali Margareth Naumburg ed Edith Kramer. [6] [7] Per quanto riguarda la danza-movimento terapia il primo significativo accostamento tra danza e intervento terapeutico si deve senz'altro a Carl Gustav Jung, che nella sua *Psicologia Analitica* (1902), identifica nella danza un processo creativo cui l'uomo ricorre, così come ricorre ai miti e ai riti, per evocare vissuti profondi. I primi concreti tentativi di avvicinare la danza alla psichiatria in senso terapeutico risalgono, tuttavia, solo agli anni '40 e '50 del '900, quando all'interno di strutture psichiatriche americane e francesi alcune danzatrici moderne sperimentarono i primi tentativi di lavoro con pazienti psichiatrici, constatando una prima valenza positiva del dare "voce al corpo", in situazioni di disagio; le tecniche di danza-movimento-terapia si sono poi sviluppate intorno alla funzione catartico-liberatoria della danza (Fux, 1968) e lo sviluppo degli approcci di danza-terapia legati alla *expression primitive* [8]. Anche per la professione di musicoterapista gli anni dell'immediato dopoguerra hanno rappresentato un punto di svolta: l'importanza della musica come attività terapeutica nella cura dei soldati che ritornano dai campi di battaglia con il cosiddetto *shell shock* (ora riconducibile al quadro del disturbo post traumatico da stress) ha portato al riconoscimento del valore della musica più in generale nella cura della salute mentale. Il primo corso di formazione nel Regno Unito in musicoterapia fu istituito da Juliette Alvin nel 1968 con se stessa e una sua prima studentessa, Mary Priestley, documentando il loro lavoro negli ospedali psichiatrici. I contributi analitici da Sigmund Freud a Carl G. Jung, da Melanie Klein a Donald W. Winnicott, hanno a vario titolo avvicinato la rappresentazione teatrale all'espressione delle pulsioni umane e degli elementi psicologici più profondi e spiegano come i primi esperimenti di dramma-terapia siano nati proprio nel *milieu* terapeutico psicoanalitico [9]. Proprio con Winnicott [10], tuttavia, l'attenzione al gioco come esperienza transazionale si è rivelata centrale per lo sviluppo delle attuali tecniche di teatro-terapia; l'attività ludica nella teatro-terapia include aspetti psicologici, educativi, nonché l'interazione e l'integrazione di parti di sé durante un processo condiviso. Il gioco permette e incoraggia la mente del partecipante a coltivare attitudini mentali quali l'immaginazione, la capacità di discernere realtà e finzione, e a implementare la possibilità di confronto con l'altro e l'attenzione alla propria emotività. Il moderno "teatro antropologico", che privilegia il lavoro dell'attore su se stesso, sui propri vissuti, sulle proprie emozioni e si ricollega al lavoro e ai metodi di Konstantin Stanislavskij, di Jerzy Grotowski, di Victor Turner e, in Italia, di Eugenio Barba è alla base delle attuali tecniche di drammaterapia [11].

SVILUPPO DELL'ARTE-TERAPIA IN ITALIA

In Italia, un primo interesse verso l'utilizzo dell'arte nella riabilitazione psichiatrica si ha alla fine dei conflitti mondiali e si delinea seguendo la corrente psicoanalitica alla cui base vi è l'importanza della comunicazione non verbale, l'espressione emotiva, la comprensione empatica e l'insight. Successivamente si sono diffusi diversi approcci in arte terapia e con la chiusura dei manicomi e la nascita della psichiatria orientata alla comunità si è evidenziato un utilizzo di tali tecniche revisionate, spesso in maniera non appropriata.

Se quindi nelle ultime decadi del XX secolo le arti-terapie, come altri approcci riabilitativi, hanno mostrato una tendenza verso l'intrattenimento, allontanandosi dall'essere una vera e propria riabilitazione psichiatrica [12] [13], con l'ingresso nel nuovo millennio tale trend si è invertito, lasciando spazio a un rinnovato interesse nell'ottenimento di evidenze scientifiche. Dopo iniziali indagini volte a valutare semplicemente la soddisfazione degli utenti di programmi di arte-terapia, sono stati condotti vari studi randomizzati e controllati al fine di documentare l'efficacia di tali metodi come trattamento aggiuntivo [14]. Si è assistito ad una evoluzione dei modelli di riferimento, che non sono più esclusivamente psiconalitici ma anche di tipo cognitivo-comportamentale, narrativo, gestaltico, Adleriano, sistemico-familiare, *person-centered*, etc.; inoltre, mentre inizialmente tali approcci venivano rivolti prevalentemente a pazienti affetti da psicosi croniche, l'impiego dell'arte nella riabilitazione psichiatrica è stato esteso a pazienti con varie diagnosi psichiatriche, con diversi livelli di gravità e spesso una recente storia di malattia, e su setting differenti (da strutture psichiatriche territoriali a residenze a caratteri riabilitativo, con programmi a breve o lungo termine) [15]. A questo si affianca un maggiore rigore metodologico nel documentare l'efficacia di questi approcci, con valutazioni di esito standardizzate e ripetibili.

VERSO UNA MODERNA CONCETTUALIZZAZIONE DELLE ARTI-TERAPIE

Secondo la formulazione della *British Association of Art Therapists*, l'arte-terapia è una "forma di psicoterapia che impiega il mezzo artistico come modalità primaria di comunicazione". Tale definizione, tuttavia, predilige una concettualizzazione dell'arte-terapia intesa come "art in therapy" (l'arte è un mezzo espressivo utile all'interno di un percorso psicoterapeutico più strutturato), a scapito della concettualizzazione nota come "*art as therapy*" (ovvero, l'arte come forma di terapia risocializzante e facilitante l'espressione emotiva per sé).

Tuttavia, le evidenze oggi disponibili appaiono non conclusive e non consentono ancora di chiarire definitivamente il ruolo e l'impatto delle arti-terapie nella riabilitazione psichiatrica; sono riportate in letteratura solo poche evidenze quantitative riguardanti la loro efficacia, e solo pochi studi qualitativi che ne attestino i benefici [16], benché tali approcci siano presenti anche in alcune linee guida (ad esempio le linee-guida NICE per la schizofrenia raccomandano che le arti-terapie siano offerte a tutti i pazienti, in particolare per alleviare i sintomi negativi) [17]; tale aspetto è stato oggetto di critiche da parte del mondo scientifico, che evidenzia la contraddizione di raccomandare questi approcci in assenza di dati evidence-based di efficacia e caldeggiando una maggiore cautela nell'implementazione di questi approcci nei vari sistemi sanitari nazionali.

Arte terapia

L'arte-terapia mediante l'impiego di tecniche grafiche è una tecnica riabilitativa ampiamente diffusa, anche se le evidenze pubblicate in merito agli esiti di questo intervento restano ancora esigue [18]. In tal senso, rilevante è lo studio MATISSE [19], che ha messo a confronto in pazienti con diagnosi di

schizofrenia l'efficacia di gruppi di arte terapia associata alle cure standard, gruppi di attività più cure standard e cure standard da sole: nel campione in oggetto, effettuare arte-terapia non ha determinato rilevanti miglioramenti nel funzionamento globale o nella salute mentale. Questo unico studio controllato randomizzato non consente di definire il reale impatto dell'impiego delle arti grafiche nel contesto della riabilitazione psicosociale e ulteriori studi, specificamente orientati alla valutazione dell'esito longitudinale in tale ambito e in tipologie differenti di pazienti, sono ancora necessari. Più significativo è invece il riscontro in letteratura per quanto riguarda studi *evidence-based* che abbiano esaminato i benefici di musicoterapia e danza-movimento terapia in pazienti psichiatrici.

Musicoterapia

La musicoterapia è frequentemente usata nel trattamento multimodale delle patologie psichiatriche severe, e molti pazienti descrivono effetti positivi sull'umore e sensazione di benessere. La musicoterapia è una disciplina che ha origine antiche ed esiste come disciplina accademica da più di cinquant'anni; negli ultimi anni in particolare ha suscitato un maggiore interesse nel mondo scientifico, con la conseguente produzione di collaborazioni internazionali, revisioni sistematiche e metanalisi. Una recente revisione Cochrane [20] ha indagato gli effetti della musicoterapia in pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico, e ha osservato come sembrano emergere benefici riguardo lo stato mentale e globale dei pazienti, il loro funzionamento e la qualità di vita, con un livello di evidenza da bassa a moderata. I diciotto studi inclusi nella revisione comprendevano 1215 partecipanti e la maggior parte prevedevano terapia di gruppo condotta in contesti di degenza. Una criticità evidenziata riguardava invece la minima preparazione dello staff. Un'altra revisione Cochrane sull'uso della musico-terapia nei disturbi dell'umore ha evidenziato benefici a lungo termine sui sintomi depressivi, riduzione dei livelli d'ansia e miglioramento del funzionamento [21]. Una revisione che ha preso in esame gli effetti della musico-terapia in pazienti con disturbi da uso di sostanze ha valutato diversi aspetti (*craving*, partecipazione, abilità di coping, astinenza da sostanze, etc.) e suggerisce evidenze nel facilitare la coesione dei gruppi e le relazioni, miglioramento del *problem solving* e delle interazioni sociali, dello stato di benessere e della qualità della vita [22]. Tuttavia, nonostante l'ampia letteratura, le evidenze sugli effetti della musico-terapia in psichiatria rimangono non soddisfacenti; in particolare, si evidenzia la necessità di ulteriori studi per offrire un trattamento personalizzato per le diverse tipologie di diagnosi e le necessità individuali del singolo paziente, che includano la valutazione degli esiti dei programmi di musicoterapia sia nel breve che nel lungo termine.

Danza-Movimento terapia

Per quanto riguarda invece la danza-movimento terapia, valutarne l'impatto sulle patologie psichiatriche presenta una difficoltà intrinseca dovuta all'eterogeneità e all'esiguità dei dati presenti in letteratura, oltre che alla tendenza a integrare diversi metodi e approcci. Uno studio randomizzato controllato ha evidenziato che la danza-movimento terapia potrebbe avere un effetto nel miglioramento dei sintomi psicotici negativi e nel controllo della rabbia [23]; anche un altro studio ha evidenziato un miglioramento dei sintomi negativi dei pazienti schizofrenici che hanno effettuato un ciclo di danza-movimento terapia rispetto al gruppo di controllo [24]. Una recente metanalisi ha analizzato più di 40 studi e ha riportato evidenze consistenti del ruolo della danza-movimento terapia nel ridurre i livelli di ansia e depressione e migliorare la qualità della vita, le abilità personali e cognitive, con effetti stabili nel tempo o addirittura migliorati a lungo termine [25].

Una nota a parte merita la formazione degli operatori: in Italia oggi la danza-movimento terapia è una professione riconosciuta (D.L. n° 4 del 14/01/2013), ma la qualifica di terapeuta è conseguibile solo in

ambito privato, mentre in altri paesi occidentali tale formazione venga proposta in sedi universitarie attraverso percorsi universitari specifici o Master di I o II livello. Coesistono quindi differenti scuole italiane di danza-movimento terapia, con differenti metodi e approcci, che negli anni hanno tuttavia saputo confrontarsi e formulare standard formativi comuni per la formazione del terapeuta. La valutazione degli esiti in questo ambito specifico della riabilitazione psicosociale sarà largamente influenzata dall'aderenza agli standard formativi attualmente proposti.

Teatro-terapia

Molto diffusa, in ambito psichiatrico, è anche la terapia espressiva a mediazione teatrale: al giorno d'oggi viene praticata in molti contesti psichiatrici di tutto il mondo, e nei paesi anglosassoni sono disponibili percorsi di formazione accademica d'eccellenza in tale ambito. A livello internazionale, l'approccio terapeutico a mediazione teatrale maggiormente diffuso è *drama-therapy* dello psicoanalista Jacob L. Moreno, mentre in Italia sono rappresentati vari orientamenti, tra cui i più rappresentativi sono quelli riconducibili alla Federazione Italiana Teatroterapia (FIT) e alla Società Professionale Italiana di Drammaterapia (SPID), con specifici profili professionali che rispondono a precisi obiettivi formativi e il rispetto di un codice etico. Le evidenze disponibili in letteratura sull'applicazione delle terapie espressive a mediazione teatrale in psichiatria riguardano soprattutto pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico e con demenza; ad oggi, tuttavia, le evidenze scientifiche disponibili sono ancora esigue, soprattutto per la presenza di diverse metodologie e setting molto differenti, tali da non permettere al momento di definire con chiarezza limiti e indicazioni e da rendere necessari ulteriori studi controllati. Tuttavia, quanto emerge dai pochi studi di qualità presenti in letteratura è l'induzione da parte della Drammaterapia di alcuni benefici, soprattutto rispetto all'espressione emotiva.

CONCLUSIONI

Come emerge da quanto sopra esposto, la maggiore criticità riguardo alla valutazione degli esiti delle arti-terapie nella riabilitazione psichiatrica è la scarsa disponibilità di studi di buona qualità, adeguati da un punto di vista metodologico e che tengano conto delle estreme diversità dell'applicazione di questi approcci nei vari paesi. Pur essendo gli approcci arte-terapici notevolmente diffusi nei servizi di salute mentale ed anche indicati in alcune linee-guida come trattamento adiuvante per i disturbi psicotici, la mancanza di adeguate evidenze scientifiche pone varie criticità relative all'impiego di tali tecniche all'interno dell'assistenza erogata dal sistema sanitario nazionale.

Ad oggi, occorre scongiurare il rischio di ridurre la riabilitazione a mera improvvisazione e gli approcci riabilitativi legati al mondo dell'arte a pratiche approssimative e vaghe. Esiste ancora molta confusione fra gli operatori circa la differenza che passa tra l'implementazione di un protocollo formalizzato basato su tecniche espressive artistiche ed un più semplice intervento generico di risocializzazione di gruppo (anche se con l'impiego di mezzi espressivi di vario genere). La definizione chiara ed univoca dei mezzi e dei fini terapeutici nell'ambito singolo progetto riabilitativo, comporterà necessariamente l'applicazione di misure di esito e di contesto adeguate. Fino a quando una vera e propria cultura riabilitativa, anche basata sugli approcci arte-terapeutici, non permeerà il mondo dell'assistenza psichiatrica, persisterà il rischio di un'applicazione indiscriminata ed incontrollata di approcci genericamente risocializzanti, che pur avendo un qualche potenziale terapeutico, non possono ricondursi all'applicazione di mezzi "espressivi" specifici, che attingano al mondo emotivo del paziente attraverso canali metaverbali e non-verbali. Strettamente correlata a quest'ultima considerazione, è la questione fondante della formazione in arte-terapia: sebbene nel nostro paese esistano oramai da anni

società di rilievo nazionale, non sempre gli operatori dei servizi si riferiscono ad esse per acquisire una formazione adeguata, in linea con gli standard definiti a livello internazionale. Fino a quando gli operatori impegnati quotidianamente nella riabilitazione psichiatrica non aderiranno ad approcci realmente basati sulle evidenze, la valutazione degli esiti resterà subottimale.

Tuttavia, queste considerazioni non devono indurre al pessimismo: la necessità di affiancare ai trattamenti psichiatrici biologici e farmacologici resta, oggi più che in passato, viva e la recente inclusione nella più recente revisione delle linee-guida per il trattamento della schizofrenia il *National Collaborating Centre for Mental Health* inglese delle “art-therapies” come uno degli strumenti raccomandati per promuovere la *recovery* dei pazienti con schizofrenia (unitamente a una psicoterapia strutturata, specie in soggetti età giovane e con prevalenti sintomi affettivi e/o negativi) sembra andare in questa stessa direzione. Infine, al di là dei quattro approcci classici di arte-terapia oggetto del presente contributo, nuovi approcci arte-terapeutici (quali la cineterapia, la biblioterapia e la scrittura creativa) sembrano affacciarsi al mondo della riabilitazione psichiatrica con approcci convincenti e associati a evidenze scientifiche, seppur preliminari quanto mai interessanti.

**Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche/DIMSC, Università Politecnica delle Marche, Ancona.*

BIBLIOGRAFIA

- [1] Volpe U, Facchini D, Magnotti R, Diamare S, Denti E e Viganò CA, «Le arti-terapie nel contesto della riabilitazione psicosociale in Italia: una rassegna critica.» *Psichiatria e psicoterapia*, vol. 35, n. 4, 136-162, 2016.
- [2] Bedoni G e Tosatti B, *Arte e psichiatria. Uno sguardo sottile*, Milano: Mazzotta, 2000.
- [3] MacGregor JM, *The discovery of the art of the insane*, Princeton: Princeton University Press, 1989.
- [4] Hill A, *Art versus illness: A story of art therapy.*, Londra: Allen & Unwin, 1945.
- [5] Prinzhorn H, *L'arte dei folli.*, Milano: Associazione Culturale Mimesis, 1991.
- [6] Naumburg M, *Dinamically oriented Art Therapy. Its principles and practice, illustrated with three case studies.*, New York: Grune&Stratton, 1966.
- [7] Kramer E, *Arte come terapia dell'infanzia.*, Firenze: La Nuova Italia, 1977.
- [8] Bellia V, *Se la cura è una danza - La metodologia espressivo-relazionale nella danzaterapia.*, Milano: Franco Angeli, 2007.
- [9] Moreno JL, *Psychodrama*, Vol. 3., Beacon: Beacon House, 1969.
- [10] Winnicott DW, *Gioco e realtà*, Roma: Armando, 1974.
- [11] Schechner R, *Between Theater and Anthropology*, University of Pennsylvania Press, 1985.
- [12] Saraceno B, *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica.*, Milano: Etas, 1995.
- [13] Ba G, *Strumenti e tecniche della riabilitazione psichiatrica.*, Milano: FrancoAngeli, 2003.

- [14] Crawford MJ e Patterson S, «Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base.,» *Evid Based Mental Health*, vol. 10, pp. 69-70, 2007.
- [15] Beveridge A, «A disquieting feeling of strangeness? The art of the mentally ill. 94, 595-599,» *J R Soc Med*, vol. 94, pp. 595-599, 2001.
- [16] Attard A e Larkin M, «Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature.,» *Lancet Psychiatry*, 2016. [Online]. Available: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30146-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30146-8)..
- [17] NICE, «Psychosis and schizophrenia in adults: the NICE guideline on treatment and management.,» NICE Clinical Guideline 178, 2014. [Online]. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>.
- [18] Ba G e Magnotti R, «Tecniche di intervento in un atelier di arteterapia.,» in *I colori della mente. Art brut e arteterapia contro lo stigma della psicosi.*, Venezia, Marsilio, 2002.
- [19] Crawford MJ, Killaspy H, Barnes TR e et al, «Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicentre pragmatic randomised trial.,» *BMJ*, vol. 344, p. e846, 2012.
- [20] Geretsegger M, Ka M e Xj C, «Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders.,» *Epub ahead of print*, n. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.www.cochranelibrary.com., 2017.
- [21] Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE e et al. , «Music Therapy for Depression.,» *Cochrane Database Syst Rev. Epub ahead of print 2017.*, n. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub3..
- [22] Hohmann L, Bradt J, Stegemann T e et al, «Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. 2017.,» *Epub ahead of print 2017.*, n. DOI: 10.1371/journal.pone.0187363..
- [23] Lee HJ, Jang SH, Lee SY e Hwang KS, «Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia.,» *Arts Psychother*, vol. 45, pp. 64-68, 2015.
- [24] Martin LA, Koch SC, Hirjak D e Fuchs T, «Overcoming disembodiment: the effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia – a multicenter randomised controlled trial.,» *Front Psychol*, vol. 7, p. 483, 2016.
- [25] Koch SC, Riege RFF, Tisborn K, Biondo J e Martin L, «Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update.,» *Front. Psychol*, vol. 10, p. 1806, 2019.

L'approccio psicoeducativo nelle artiterapie: un metodo di osservazione secondo il Modello Botteghe d'Arte

di Enza Baccei*



Osvaldo Licini "Amalassunta occhi gialli"

Abstract

This article has the purpose to study in deep how a psycho-educational approach with arts can provide the development of an observational method. This method would evaluate the specificity of the art therapy intervention. Art therapist is included in the recovery educational and transformative process as well as fundamental part of the process.

Considerations are presented on the *look* or the *gaze* the art master has to use during the care process, to support and attend the patient in the best way, during this *travel*. The aim of an art therapy care experience is to activate a psycho-educational process. Ethical grounding of this path are Direction, Alliance and Meaning. The author will explore those issues starting from the works and words from Osvaldo Licini, italian painter from the XX century. The Clearing (Lichtung) from Heidegger is also issued in the article. The Clearing is intended as a psycho-relational space, filled with mutual knowledge and filled with the trust in self and others possibilities and abilities.

The article meditates upon the need for judgement suspension to let resources circulate freely.

Resources in the therapeutic relationship need an empty place to emerge. To evaluate the success of this process will be necessary to pay attention to the artistic product that has been created, as the result of a trade off and emotional exchanging experience between patient and art therapist.

Osvaldo Licini pittore prima metà del Novecento, scrisse "che un vento di follia mi sollevi".

Circa trent'anni fa nell'Ex. Manicomio Paolo Pini, la casa della follia, davamo vita alle **Botteghe d'Arte**. Non esistono parole esatte per esprimere cosa significasse "fare arte" con persone testimoni di una vita sicuramente piena di fatica e di dolore.

È da questa riflessione che possiamo partire per spiegare cosa significhi Il Modello Botteghe d'Arte e il metodo di intervento che adottiamo nel fare arteterapia, che tipo di approccio psicoeducativo, quale metodo di osservazione e che modello di intervento.

Incominciamo con lo sguardo, perché lo sguardo?

Lo sguardo è la traccia da seguire nel percorso di cura.

Per Fare, prima bisogna Vedere e ovviamente Pensare.

Abbiamo fin da subito adottato un pensiero che pre-vedeva l'intervento dentro alle Botteghe d'arte dei Maestri, intesi come coloro i quali, avrebbero avuto la funzione di supportare, di aiutare e curare.

Il Maestro che sia musicista, pittore, scrittore, è colui che decide di intraprendere un viaggio, insieme ad una persona di cui vuole prendersi cura. Si incomincia così un percorso di cura che attiva anche un processo educativo.

I fondamenti etici del viaggio, sono la Direzione, l'Alleanza e il Senso.



*“La luna nostra bella garantita d'argento per l'eternità
Personificata in poche parole
Amica di ogni cuore un po' stanco”
Osvaldo Licini*

Noi all'ex Paolo Pini abbiamo iniziato a confrontarci con i cuori stanchi, e da qui l'importanza di capire la Direzione del viaggio.

Il viaggio incomincia condividendo uno spazio e un tempo con delle persone che voglio curare, se i miei compagni di viaggio avranno i cuori stanchi anch'io per empatia dovrò andare a vedere come sta il mio cuore, perché il lavoro di arteterapia è un lavoro cuore a cuore.

L'alleanza deve essere proprio un'alleanza dei cuori, un'alleanza che va oltre il pensiero proprio e abbraccia un pensiero e un'azione condivisi.

Dopo avere stabilito la direzione e l'alleanza insieme nel fare, si potrà andare a ricercare e trovare il senso.

Il senso dell'azione terapeutica lo si trova infatti nel *fare insieme* a più mani e più cuori, nel processo stesso che appartiene al fare arte.

Se vogliamo andare a valutare dei cambiamenti nel processo di cura con l'arte dobbiamo individuare le trasformazioni sia dei soggetti che degli oggetti.



Oswaldo Licini

Delle parole del pedagogo Alessandro D' Avenia due elementi ci interessano, la cura e la ricerca. Cosa significa ricercare?

Educare è per definizione ricercare. La definizione di ricercare dal latino *circum*, andare in cerchio significa tenere lo sguardo dall'alto, circolare e se l'arteterapeuta adotta questo sguardo dall'alto, diventa un po' un filosofo.

Educare *ex ducere*, essere disposti a tirare fuori, ed essere capaci a mettere dentro. In questa dimensione educativa si lasciano le impronte che diventano vere e proprie tracce del percorso educativo. Educare significa conoscere ciò che vogliamo trasmettere e riconoscere ciò che l'altro ha da raccontarci.

In questo tipo di narrazione inizia il viaggio.

Il viaggio di arteterapia è un viaggio a due, ed è un viaggio che contempla anche le soste, arteterapia è quindi anche sapersi fermare.

Martin Heidegger parlava di *Lichtung*, di radura, la possibilità di fare spazio. Camminare, vagabondare, peregrinare, ma anche fermarsi, per fare la sosta, per fare un'epochè, quella che la fenomenologia di Edmund Husserl definisce "sospensione del giudizio".

Nella bottega d'arte si progetta insieme e insieme si lavora fino ad arrivare un prodotto.

Questo è il processo che si attiva grazie proprio alla sospensione del giudizio. Sospendere il giudizio consente la libera circolazione delle risorse, le risorse per emergere necessitano di uno spazio vuoto, una sorta di "radura". La radura intesa quindi come uno spazio psichico-relazionale che viene riempito dal rapporto con l'Altro da sè, dalla conoscenza reciproca e dalla fiducia nelle possibilità proprie ed altrui.

Per questo l'arteterapeuta è incluso non escluso dal processo riabilitativo educativo e trasformativo.

Per misurare i cambiamenti serve il lavoro d'equipe, capace di individuare le risorse le abilità non solo di chi viene curato ma anche di coloro che curano.

Ciò che identifica il vero Maestro d'arte è l'autoriflessione, che deve fare, nel riconoscere la propria capacità di usare le proprie risorse per andare incontro all'altro e per essere capace di fare il lavoro a quattro mani.

Il vero maestro che cura, deve essere capace di riflettersi nello specchio delle proprie abilità ed emozioni, in modo da dare vita ad uno scambio.

Metodo, regole e modelli sopravvivono nel qui e ora e non per sempre, per questo si deve essere disposti a cambiare lo sguardo.

L'Amalassunta di Licini la luna che illumina la notte è la metafora della conoscenza che sta alla base del processo educativo "se io non illumino ciò che voglio curare non vedo" e non posso essere certo di essere visto e quindi non attivo la funzione educativa.

Attivare la funzione educativa significa attivare la funzione affettiva, protettiva e regolativa.

Ma cosa significa attivare la funzione affettiva?

L'affettività è lo spazio della radura, come ci ha insegnato Winnicott, è lo spazio dello scambio tra me e l'altro, scambio di sentimento di empatia emozione, in cui viene esplicitata la creatività e in cui nasce il momento creativo, "spazio transizionale", affettivo.

Creatività e affettività producono benessere, stare bene.



Attivare la Funzione protettiva, è indispensabile ma cosa significa proteggere?

Significa tutelare, credere che quello che si sta facendo insieme all'Altro sia prezioso e importante, che interessa ad entrambi, in una sorta di democraticità del lavoro a quattro mani o più mani, proteggere non significa controllare significa accogliere, ascoltare.

Infine, la Funzione regolativa è una funzione che ci induce ad usare la parola regola nella sua accezione più alta, qui regola significa misura per creare l'azione educativa e trasformativa.

L'arteterapeuta-educatore deve sapere quale contenitore usare, delineare il campo educativo, riempirlo di elementi, ingredienti utili, che devono variare nel qui ed ora, poiché un vero processo di trasformazione avviene solo se siamo disposti a cambiare la direzione nel qui e ora del processo stesso.

La trasformazione porta cambiamento, la rigidità è nemica del cambiamento.

La ricerca degli elementi da andare a misurare in ambito Psico educativo sono elementi fluidi che scorrono che non si fermano che non ristagnano.

La partecipazione emotiva, la creatività, l'interesse, l'entusiasmo, la capacità propositiva, la trasformazione dell'uso del linguaggio, sono tutti approcci che adotta l'arteterapeuta e quindi deve rivolgerli anche verso stesso sé stesso, in quanto coinvolto nel processo educativo anche di sé stesso.

Quanto io sono stato in grado di coinvolgere l'altro quanto ho esercitato la mia passione per includere l'altro? Quanto sono stato stimolante e propositivo?

La trasformazione del linguaggio rappresenta ciò che meglio ci consente di valutare quello che sarà il prodotto finale, il prodotto finale racchiude sia uno scambio esperienziale ma anche lo scambio emotivo.

Il prodotto finale è più della somma di quello che sa fare l'altro e che so fare io, poiché avendo adottato lo stesso linguaggio, sia pittorico, narrativo, musicale abbiamo adottato un linguaggio: il linguaggio umano,

il linguaggio delle possibilità.

La possibilità di vedere un prodotto finito, di comprendere che ogni spazio vuoto è riempibile ,anche quello dell'anima, attraverso l'esperienza della relazione con l'altro, esser presi per mano, prendere per mano un tesoro condivisibile per ciascuno , in modo diverso. La possibilità di veder realizzato un sogno, di veder prender forma ad una idea.

La possibilità di dare inizio ad una storia che si prende forma davanti allo specchio della creatività, la possibilità delle infinite possibilità di vedere oltre , di vedere con occhi diversi ciò che ci sembra così uguale.

La possibilità di vivere nel tempo che corre, l'esperienza di una riuscita, di una strada percorsa, la possibilità che si riesca ad immaginare di percorrere tante altre strade dalle più facili alle più difficili.

**Psicologa psicoterapeuta Centro Diurno Botteghe d'Arte ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Direttrice Scuola di Artiterapie MBA Modello Botteghe d'Arte.*

BIBLIOGRAFIA

Baccei E., *Quattro mani: le Botteghe d'Arte*, Quaderni di Psichiatria pratica,9 pag .10 -11, 1998.

Baccei E., *Psico-pedagogia e Psico-filosofia della Bottega*, Dispensa Scuola Arteterapia MBA modello Botteghe d'Arte 2013.

Baccei E., *Mappe Rotte*, 2004.

Bruner J.S., *Il pensiero – Strategie e categorie*, Ed. Armando Editore, 2009.

D'avenia A., *L'arte di essere fragili. Come Leopardi può salvarti la vita*, Ed. Mondadori, 2019.

Demetrio D., *Foliage-Vagabondare in autunno*, Ed. Raffaello Cortina Editore, 2018.

Galimberti U., *La casa di psiche - Dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*, Ed.Feltrinelli, 2017.

Jung C.G. *L'uomo e i suoi simboli*, Ed. Raffaello Cortina Editore,

Heidegger M., *Introduzione alla metafisica*, Ed. Ugo Mursia Editore, 2016.

Husserl E., *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, Vol. 1 Ed Einaudi

Licini O., 1894-1958. Catalogo della mostra (Venezia, 22 settembre 2018-14 gennaio 2019). Ed. Marsilio

Winnicott D.W., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Ed. Armando Editore, 1970.

Winnicott D.W., *Gioco e Realtà*, Ed. Armando Editore, 1986.

METODO: la direzione della strada e dello sguardo. Frammenti di un dialogo fra un filosofo e un'artista terapeuta

di Leonardo Pesatori, Laura Tonani***

Abstract

To the term METHOD refers to a large range of accessions, shades of meanings that the language attributes to it, such as CRITERION, METHOD, WAY, PRAXIS, PROCEDURE.

The etymology of Greek origin, sends us back to the following meanings:” The way that leads forward and beyond” and so “the direction of the way”.

The METHOD recalls the image of a journey, of a succession of steps artfully carried out, intended as ability of.

It seems that the METHOD is mainly a “Choice” and that every research can be compared to a long path with bends, crossroads and branches. Whether at any unforeseen event one has to make a decision, it is also true that no formula can tell us which would be the right choice, and the researcher must not make the mistake of conceiving the way as a rigid sequence of steps: his sight must be cast forward and “beyond”, which is also unsure.

The Artistic Method, which is similar to the science of the spirit, such as Psychology, is moved by an inclusive and not explicative intent: it is the course of lived experiences; an act in which emerge the dynamics which are common to all life processes.

Within the artistic therapeutic relation, any explication would be reductive, which defers from the inclusive approach that looks at the object of its sight, in seeing in it what emerges from its point of view (not from the side of he who is inquiring), seizing in it its own essence thanks to a participated approach.

The direction of the gaze will plastically “move”, picking up the changeability and the complexity of the creative process.

Lived experiences are the relational nourishment, which needs not interpretation, but comprehension.

“L’azione e la materia fan tutto. [...] Dal caos delle immagini, accavallantesi come mare di nubi sotto la spinta del vento, e dai desideri senza contorno, dalle visioni travolte incessantemente nei fiumi del cambiamento, l’azione si solleva e si rivolta, segna violentemente la materia e porta un oggetto a chiarezza dell’individuo e l’individuo-immaginazione alla chiarezza dell’oggetto”¹

Il Libero Atelier è nato il 2 ottobre 1999 e da sempre è una fucina dove la sperimentazione, il fare arte insieme, costituiscono una fonte di riflessione in diversi ambiti disciplinari. L’incontro, non proprio casuale, con Leo, filosofo curioso, ha avviato un proficuo scambio di suggestioni che sono confluite in un libero e spericolato dialogo avvenuto proprio fra le coloratissime e disordinate mura dell’Atelier.

¹ Dino Formaggio (1953), *L’arte come comunicazione. Fenomenologia della tecnica artistica*, Prefazione di G. Scaramuzza, edizione digitale a cura di S. Chiodo, Milano Nuvoletti (Pubblicazioni della Facoltà di Lettere e Filosofia dell’Università degli Studi di Milano, 23), p. 205. Il testo è la tesi di laurea che Formaggio discute nel 1938. Alla seconda edizione a stampa (Parma-Lucca, Pratiche Editrice 1978) aggiunge in appendice il saggio: “L’arte, il lavoro, le tecniche”.

Sottolineo spericolato perché i dialoganti non si sono posti alcun problema di osservare i limiti delle proprie competenze e l'ortodossia dei rispettivi linguaggi.

Come succede quando diversi campi del sapere si contaminano, è nato qualcosa di creativo che, a parer mio, potrebbe essere una fonte di riflessione per gli addetti ai lavori e non, per tutti coloro che nutrono la convinzione che l'arte possieda una dimensione terapeutica.

Ho chiesto a Leonardo di aiutarmi a riorganizzare il mio fare arte terapeutica in un percorso strutturato, con metodo, traducendo in parole ciò che è prassi per l'artista. In questo senso il filosofo poteva ripercorrere con il pensiero le fasi di un processo propriamente fabbrile.

Ci ha guidato il pensiero fenomenologico in generale ed in particolare un vecchio saggio di Dino Formaggio che io amo molto e continuamente rileggo: Fenomenologia della tecnica artistica.

Seguendo il pensiero di Formaggio, ricordo che l'energia liberatrice e rivoluzionaria dell'arte agisce sempre su un piano concreto nel processo del farsi opera, dove l'azione è invenzione, incontro fra corpo e materia, ma anche sul piano culturale di una comunicazione simbolica.

Cosa mi aspetto da questo dialogo? Ripercorrere insieme con il pensiero ciò che è un fare; questo implica la capacità di ripensare lo spazio e il tempo, sperimentando la propria sensibilità in relazione a quella dell'altro. Può esistere una teoria senza un fare? Mi domando se ripensando filosoficamente sia possibile tessere un dialogo comune, dove aspetti come sensazione, memoria, immaginazione convergano insieme verso una nuova modalità di comprensione.

L. T. (Leo mi pare assolutamente a suo agio nel caotico laboratorio, saturo di colore, odore e di opere affastellate disordinatamente). Avrei voluto riordinare, me lo riprometto sempre in previsione di una visita, poi ci ripenso e lascio tutto com'è, per non falsificare l'immagine originaria che i frequentatori abituali dell'atelier hanno costruito nel corso degli anni rendendo questo luogo uno spazio vissuto; le stratificazioni sono la sua memoria, ricca di tracce, impronte di corpi. Mi sento un po' impreparata, una scolara che non ha ripassato prima dell'interrogazione. Ho dialogato già con psicologi, psichiatri, psicoanalisti e ricordo la difficoltà a volte di trovare un linguaggio comune, un terreno dove poter ancorare i piedi e liberare la testa. Il problema del linguaggio è un affare complesso. Settori culturali superspecialistici hanno creato barriere e condizionato la comprensione reciproca. Il primo sforzo sarà dunque quello di parlarci, comprendendoci.

L. P. Bene, Laura, ho letto quello che mi hai consigliato e immaginato, riflettuto, organizzato nella mia testa un certo riscontro alle tue stimolazioni.

Devo dire che in tutto questo c'è una "pulsione erotica" strabordante, molto presente, una tensione desiderante forte, capace di per sé di oltrepassare molte barriere utilizzando canali di comunicazione che non sempre possono essere indagati, e che a volte sono persino sconosciuti. Si capisce, da ciò che ho ricevuto, che è quello che si chiama un gran lavoro. O meglio ancora un'opera d'arte, dove le persone, non sono solo chiamate in causa, ma ne fanno parte, sono letteralmente elementi della stessa opera d'arte...Io proverei a offrirti alcune chiavi di letture, per come sono riuscito a riordinarle in me.

La prima chiave è una sequenza, o una metodologia, o una successione di passaggi. Direi circa otto che tra poco tenterò di illustrarti.

La seconda è ciò che sembra strutturare questa sequenza, o metodo. Io ho intravisto tre concetti principali, che eventualmente possono aiutarci a scoprirne molti altri.

La terza chiave è, per così dire, "la pelle" delle prime due, è cioè una specie di prospettiva, o se vuoi una specie di "sguardo della coscienza", che potrebbe servire per illuminare meglio in un insieme organico sia il metodo, sia ciò che il metodo mostra.

L.T. L'arte è un desiderio incarnato, è azione e dunque invenzione, quindi la fase operativa non deve essere secondaria, anzi l'azione poetica esprime un sentimento concretamente nell'opera ed è il corpo

vivo che patendo “guarisce” con l’azione. Credo di aver citato involontariamente Dino Formaggio... Forse il significato terapeutico dell’arte è proprio contenuto in questo straordinario processo.

L.P. Il fatto è che un desiderio per poter essere deve farsi, ha bisogno del corpo, altrimenti rimane un desiderio disincarnato, una bella intenzione, che però non trova sbocchi. La “volontà di potenza” di senso nietzschiano sembra suggerire proprio questa dimensione dell'impossibilità di uscire dal desiderio, poiché esso, nella sua continua e perenne rigenerazione, trova continuamente nuovi modi per manifestarsi, mai dimenticando di dirigersi verso ogni tipo di oggetto, interiore o esteriore, possibile (in realtà soprattutto 3: il potere, il piacere, i soldi).

L. T. Vediamo di formulare un pensiero sulla prassi che possa aiutarci a creare una struttura intorno alla metodologia del fare arte terapeutica, contestualizzandola in uno spazio reale, abitato, questo dell’atelier in cui ci troviamo. Lo spazio è il punto primo della nostra riflessione.

È molto interessante ciò che dici rispetto allo spazio che è forza, ci obbliga a spostarci, a rompere gli schemi della routine: in sé ciò è già terapeutico. Un luogo un po’ sospeso dov’è possibile ascoltarsi, trovando una dimensione intima. Occupare uno spazio significa anche trasformarlo attraverso l’azione dei corpi che lo abitano. Dunque l’atelier è uno spazio plastico, come suggerivi tu: ogni volta che si aprono le sue porte torna ad essere un luogo vissuto, trasformante e trasformato.

L.P. Il primo punto della sequenza è lo spazio. La questione della reverie mi ha colpito parecchio. L'occupazione di uno spazio preciso all'interno della sofferenza, il colore, la cura di questo spazio: un luogo delimitato, la scelta dei confini, la definizione di quel preciso luogo attraverso un progetto. Di per sé sembra che lo spazio sia una vera e propria forza dell'intervento terapeutico ed artistico. Voglio dire che questa presenza vostra avrebbe potuto essere realizzata nelle stanze, ad esempio, oppure in forma mobile, o in chissà quanti e quali modi. Invece il prendersi un spazio, attrezzarlo e governarlo, mi è sembrato il primo elemento di forza del progetto.

Naturalmente la reverie non si esaurisce in questo...

Il secondo punto è la chiamata. Questo spazio chiama. E può farlo perché sottende una soggettività individuale presente in ciascuno, c'è un riconoscimento, l'altro, che viene chiamato. Possiamo dire che quello che sembra avvenire è una specie di ricerca del “soggetto interno” in ciascuno, più che della sua espressione manifesta, del comportamento, c'è l'attenzione, la fiducia, la speranza che, effettivamente è già esplicito nello spazio, ciascuno possa lasciar emergere di sé la propria soggettività.

Il terzo punto è il movimento. Lo spazio che chiama, meglio lo spazio preparato con cura che cerca di incontrare e chiamare la soggettività della persona, mette in movimento. Il corpo deve spostarsi, muoversi, ricentrarsi altrove, in nuove dinamiche, all'interno di un desiderio, anche piuttosto esplicito. Tutto questo avviene con la cautela adeguata e con la delicatezza necessaria, alcuni si avvicinano subito, altri ci mettono molto, alcuni in un modo, altri in altro... Lo spazio che chiama ad un movimento non è neutro, invisibile, ma resta segno provocante, segno di contraddizione, segno al quale occorre rispondere (e come Sartre ha insegnato, anche non far niente è una forma di reazione).

Qui entriamo nel quarto punto. Ciascuno viene così introdotto a riconoscere ed esprimere i propri sentimenti, di apertura o di chiusura, per chi partecipa all'attività e in quale modo, in quale forma, per quanto tempo, e chi no (anche qui in quale modo, forma, tempo), e anche sentimenti di desolazione e di consolazione, diciamo così, sentimenti che accompagnano, che sono presenti nella persona, che possono decostruire e ricostruire, interiormente ed esteriormente, alcuni frammenti della propria esperienza vitale, modellandola secondo linee interpretative proprie.

Così come questa esperienza è possibile che venga rappresentata, oggettivata anche all'esterno di sé, nella prassi complessiva dell'opera d'arte così intesa, che è quindi collettiva, pur rimanendo centrata nell'individuo, a cui si rivolge, favorendo la riappropriazione di una dimensione, che è quella del

vedersi, del vedere quella soggettività chiamata fuori di sé, lavorata, espressa, dinamicamente, assieme, che prende materia, che cambia la materia, realizzandosi. Questo potrebbe essere un quinto punto della metodologia che stiamo cercando di evidenziare.

Sembra che, nel suo lavoro personale e individuale, ciascuno arrivi a condividere il processo creativo, che a mio avviso – ma parlo, come negli altri punti, da un punto di vista non solo estraneo, ma anche puramente riflessivo – riguarda l'intera messa in opera del progetto da una parte, e tutto il cammino interiore ed esteriore che viene provocato, suggerendo così non solo la condivisione ma anche un certo reciproco influsso, che viene richiamato, continuamente, anche nella prassi comune del sentirsi chiamati, del muoversi, dell'esercizio artistico.

Il settimo punto riguarda invece il prodotto vero e proprio costruito, realizzato, dalle proprie mani, attraverso una tecnica insegnata ed appresa, facendo delle scelte in base a delle proprie idee e a delle proprie inclinazioni. È un'impronta che emerge, una traccia, un certo modo di esserci e vedersi assieme agli altri, con gli altri, con una relazione accettata e condivisa.

E che meraviglia! Meraviglia che è anche farlo di nuovo, nuovo desiderio, con tutte le paure del vuoto e con tutte le sfide e le gioie che vengono generate. La meraviglia di sapersi all'interno di questo processo, di questo progetto, di quest'opera d'arte, vedendo lì se stesso, o almeno una proiezione di sé.

Queste sono le prime otto cose che riguardano un possibile modo di vedere una sequenza in qualche modo ordinata, di ciò che è questo lavoro che tu, con i tuoi colleghi, con i soggetti che riunisci, all'interno di quello spazio che occupi, fai.

Potremmo chiamarle:

preparare ed occupare uno spazio

essere una voce che chiama

ad un movimento, a spostarsi, ad entrare

l'espressione/la manifestazione/l'emergere/il riconoscimento dei sentimenti

la rappresentazione che contiene anche me

la condivisione, il silenzio parlante condiviso, l'intreccio, il flusso collettivo

la mia impronta, la mia traccia, in un contesto

la continua esplorazione, ricerca, la meraviglia che ricomincia ogni volta

L.T. L'atelier è anche luogo di condivisione: ogni atto creativo diventa un'esperienza condivisa. Considerando le problematiche dei suoi partecipanti, isolamento sociale, alienazione, già si coglie l'importanza terapeutica dell'azione condivisa. Negli sguardi degli altri, in uno scambio continuo di ruoli (osservato e osservante), si vive l'espressione di sé colta da fuori. L'opera così non è solo un prodotto ma l'insieme dei processi attraverso i quali si è costituita. Nel suo farsi, nell'azione dialogante dei corpi con la materia, l'opera racchiude in sé la storia di ogni partecipante, in una dimensione temporale completamente nuova. Nel "silenzio sonoro" dello spazio creativo, nella sospensione della parola, in questa pienezza di senso che acquista il fare, nasce una diversa possibilità di esperire sé stessi.

L.P. Potrebbe sembrare che questo tipo di metodo, di processo, in effetti sia emerso in questo modo a causa della natura propria della sfida che queste persone, inserite nell'opera d'arte, vivono e soffrono.

Come filosofo ed antropologo non ho moltissimo da dire su questi punti, se non, forse, provare a evidenziare alcuni elementi interpretativi.

In questo lavoro, in questo progetto, in questa opera, come volete chiamarla, direi che una questione è quella della ricomposizione tra l'essere e il percepirsi. È un tema che sembra molto importante, il sentire di essere qualcosa e il percepirsi diversamente, come ho letto nelle vostre pubblicazioni, c'è un naufragio psichico, che viene, o dovrebbe venire, recuperato. Allora ecco che nel soccorso offerto,

gradualmente, si inverte una tendenza, e l'artista, il soggetto, nella propria opera, mette in mostra ed in gioco, questa distanza, in qualche modo indagandola, e così facendo anche formandola, portandola alla luce, riconoscendola. Questa sfida, grande, implicita, sembra essere in qualche modo ricostitutiva dell'individuo nelle sue relazioni con se stesso, o almeno andare in quella direzione.

C'è qui l'esperienza del corpo, che è decisiva: è attraverso il corpo, nel chiasmo inteso così come Merleau-Ponty lo definiva², che avviene una vera e propria epistemologia dei "piedi e delle mani". Una conoscenza che non arriva dallo studio di libri, ma arriva dall'uso del corpo in un certo particolare modo con certi particolari strumenti, su una certa particolare materia. C'è qui tutto il richiamo che hai fatto su Dino Formaggio, e tutta la significatività della disciplina creativa, della conoscenza di sé, e indirettamente anche di altri lì con noi, oltre che del contesto (la reverie), che si dispiega nel corpo e nel suo muoversi, nel suo uso.

C'è anche da sottolineare il legame che viene riconfigurarsi con il mondo, nell'attesa che il proprio operare con il corpo sulla materia plasmata, modelli, forme, continuamente migliorando o comunque trasformando, questa sua propria opera. Ma è anche con il mondo attorno, con il contesto, con gli altri, che il legame viene a riconfigurarsi, in quel silenzio che hai sottolineato prima, così carico dei rumori del laboratorio, di gesti indovinati, rispecchiati, di un riconoscere nell'altro i segni di ciò che l'altro sta facendo, e dell'attesa dell'essere a propria volta riconosciuti.

Questi tre elementi interpretativi secondo me, mettono in luce le sfide raccolte:

una certa ricomposizione tra l'essere e il percepirsi;

una certa epistemologia che parte dal corpo, fatta dal corpo: spazio, impronta, memoria. l'importanza di lasciare una traccia di sé;

un certo legame con il mondo, con il contesto, rimettere insieme le connessioni;

L.T. Tornare al mondo attraverso l'azione creatrice: un piccolo miracolo che ogni volta desta meraviglia. I frequentatori del nostro atelier spesso non hanno fiducia nelle proprie capacità espressive. Abituati da tempo all'introversione, al disagio comunicativo, nel proprio isolamento hanno trovato spesso un rifugio.

L'arte rappresenta per loro una nuova possibilità, un linguaggio che attraverso un medium diventa comunicazione e apertura al mondo. Spesso ho assistito a delle rinascite. I primi a meravigliarsi sono proprio i nostri artisti d'atelier: grazie a questo sentimento, la meraviglia, qualcosa d'incredibile muove il desiderio assopito. In tutto ciò esiste la volontà di preservare il mistero dell'atto creativo, che è la fonte di meraviglia: nessun vizio interpretativo, nessun giudizio, nessuna "spiegazione". C'è qualcosa d'indicibile nell'atto creativo, eppure in ogni gesto, in ogni scelta, come spettatrice ho spesso intravisto quale sarebbero stati quelli successivi. L'opera è il frutto di un processo al quale l'artista terapeuta assiste silenziosamente, delicatamente, pur fornendo un forte sostegno, una guida che possa riportare sul percorso smarrito, rimettendo insieme i frammenti di un dialogo interrotto. Bisogna coltivare il dono dei visionari, per fare questo strano lavoro: si deve avere uno sguardo sottile e ascoltare il silenzio.

L.P. Vorrei che potessimo anche evidenziare alcuni concetti, non lasciarli sottintesi.

² L'uomo e il mondo sono fatti della stessa carne, segnano una continuità dove il soggetto è contemporaneamente oggetto, senziente e sentito, toccante e toccato. In quella carnalità il soggetto non si riduce totalmente al mondo esterno diventandone un prodotto come un altro. L'uomo organizza la sua esistenza attraverso un rapporto di reciprocità col mondo, ma il mondo non si riduce alla sua connotazione visibile e concreta; ogni oggetto implica anche una dimensione spirituale, invisibile; il rapporto tra la visibilità del mondo e questa dimensione invisibile viene definito "chiasma", intendendo la reciproca necessità e complementarità, ma soprattutto l'impossibilità di districare una delle due dimensioni dall'altra.

C'è una convergenza profonda verso il bello. In qualche modo vorrei esprimere un senso teleologico all'attività materiale, che potremmo dire è nella concezione di bello. Non vorrei però parlare in astratto. Voglio dire che mentre la materia va ordinandosi all'interno di una forma, attraverso tutto quello che abbiamo visto e raccontato, all'interno della persona le energie immateriali, con una certa analogia, tendono a convergere in un ordine, a riordinarsi, ad attivare, o riattivare, il senso del bene, del buono, del vero, del giusto, in definitiva del bello. Così mi sembra che in questo lavoro di colore, con i tanti scarti, i tentativi, pian piano anche interiormente le energie immateriali trovino il proprio ordine, o almeno un certo grado di ordine, in analogia con il corpo che lavora la materia.

Dobbiamo tenere presente che tutto ciò è sottoposto all'azione del potere. Un potere passato, presente e immaginato nel futuro. Un potere che viene subito, o che è stato subito, un potere che è esercitato nell'insieme delle relazioni quotidiane, le più vicine, quelle familiari, quelle dell'ambiente di lavoro, degli amici. Ma anche un potere organizzativo, silenzioso, il potere burocratico del comportamento normale, normalizzato direi, appunto delle norme sociali, ed infine un potere così forte, che nasconde il possibile, il pensabile, il concepibile, quel potere che ci chiude le possibilità, il pensiero, le concezioni all'interno di un recinto prestabilito per noi, un potere sovrastrutturale (Eric Wolf 1999). Direi che c'è anche un potere esercitato, che non è solo quello reattivo della fuga nella malattia mentale, o della rottura di alcuni equilibri per salvarne altri, ad esempio, ma anche un potere vitale profondo che cerca spazio di espressioni, che si lega a tentativi, a ricerche, a strade di emersione. Evidenzierei anche il tema delle condizioni. Ogni soggettività ha un campo proprio che sono le condizioni in cui si è formata, le risorse a disposizione, il punto di partenza. È chiaro che condizioni svantaggiate di partenza non favoriscono certo, così come le risorse in sé non sono sufficienti a sviluppare visioni del mondo e padronanza di strumenti concettuali, e anche manuali. Ma ciascuno di loro, di queste persone, hanno un proprio campo di gioco, per dire, nel quale la propria esistenza acquista senso e dignità. Ed è all'interno di queste condizioni, così simili, ma anche così diverse, di ciascuno, che occorre guardare per rendersi conto dei passi piccoli o grandi che fanno in ciò che fanno. Può sembrare irrilevante un piccolo aggiustamento di una persona qualsiasi oppure gigantesca la riuscita cromatica o di altro tipo, di un'altra persona, ma tutto resta poco valutabile veramente se non viene messo in relazioni con le condizioni di partenza, con le condizioni in cui la soggettività è stata dispiegata o costretta, con le possibilità materiali e non a disposizione. Ciò che è atto di eversione per alcuni, può essere atto di conservazione per altri. Certo, non è questo il problema. In entrambi, per così dire, accade qualcosa di bello. Tener conto delle condizioni è però vitale per non sacrificare l'individuo all'opera.

L.T. L'ascolto attivo: ascoltare il silenzio, ascoltare il corpo. Il dialogo con la materia rappresenta l'aspetto più interessante del mio lavoro. Sicuramente l'esperienza come artista è fondamentale per capire le qualità dei materiali, le loro caratteristiche e la loro intrinseca capacità maieutica.

“La materia è la salvezza delle forme che lo spirito libera. È essa che le fissa in oggetto e le affida al mondo della cultura, in assenza della materia, si alzerebbero una dopo l'altra verso il cielo come bolle di sapone, e giunte ad una certa altezza scoppierebbero e non se ne saprebbe più nulla. La materia è questo ordine dato che va rispettato appunto come dato”.³

È proprio dallo “scontro/incontro” con il materiale che l'immaginazione si traduce in un'azione creatrice e dunque l'azione corporea genera l'espressione artistica. Tutto si traduce in una tecnica che non è mai una meccanica applicazione di metodologie, ma piuttosto un'azione libera, metamorfica della materia. In realtà ogni mano tratta con modalità del tutto personali il materiale. L'artista terapeuta riconosce “il tocco”, la potenza o la delicatezza del gesto: ri-conosce perché conosce le caratteristiche

³ D. Formaggio, op. cit., pag. 206

dei materiali e dei loro artefici. Spesso egli sa indirizzare, aiutare nella scelta più felice verso un particolare medium artistico, in sintonia con le diverse personalità e sensibilità dei frequentatori dell'atelier. Ogni incontro positivo segna la nascita di un percorso ricco di sorprese. Tutto ciò accade semplicemente osservando il corpo, mettendosi nei panni dell'altro, empaticamente.

L. P. Vengo qui a toccare un punto che a me sembra decisamente il più significativo. Questa opera non sacrifica la persona, non la imprigiona, non la giudica (in senso moralisticamente inteso), non la offende. Il senso può essere "dell'opera per la persona e non la persona per l'opera". In questa concezione l'opera non è il frutto collettivo di un certo lavoro o di un certo modo di lavorare, ma è attraverso l'opera che la persona può centrarsi e riconoscersi, costruendo assieme, non si forma l'opera, ma si sceglie la prospettiva della ricostruzione interiore della persona. Opera che è bella perché esprime quel certo bello, come abbiamo detto prima, che sta dentro ciascuno, per quanto compromessa possa essere la sua situazione.

Queste quattro cose potremmo chiamarle:

la convergenza immateriale nel bello

la questione del potere

le condizioni di partenza

l'opera per la persona o concrescita

L. T. L'atelier è anche spazio della rêverie. Luogo dove è possibile ritrovare una dimensione sognante, una sorta di Giardino (mi piace questa metafora), nel suo significato d'origine Kepos-Grembo che accoglie e protegge. Ogni seme trova terreno fertile, un giardiniere che ne ha cura, il calore per poter germogliare. Ognuno può aver cura della propria opera e di sé. L'immaginazione e la materia s'incontrano in un luogo materno. Perciò i nostri frequentatori possono abbassare le difese e lasciare fluire le loro immagini.

Ti voglio raccontare un'esperienza recente in atelier. Abbiamo scelto di condividere un materiale cartaceo sottile e fragile come la carta velina. Ad ogni partecipante è stato chiesto di scegliere il proprio blu fra le diverse sfumature a disposizione. Colorare i fragili fogli con il colore diluito ci ha educato ad un contatto delicato, al gesto della carezza. Ognuno ha dipinto una sorta di pelle blu, sottile e trasparente. Poi questo nuovo materiale è stato trasformato, tagliato a strisce e filato, dando origine a fili di carta resistenti, una nuova consistenza che è stata ri-trasformata in tessitura. Ora stiamo realizzando un'opera condivisa, un grande arazzo con tante tonalità di blu nel quale il gruppo ha riconosciuto il mare, un'immagine sognata, condivisa a cui si è arrivati sognando insieme. Avrebbe avuto tutt'altro senso averla ricercata a priori. La rêverie dell'acqua unita all'aria, direbbe Bachelard, la sinergia fra questi due elementi che i materiali proposti hanno innescato, ha attivato il processo trasformativo. In sintesi questo è metodo, il nostro metodo da tanti anni.

**Filosofo*

***Artista terapeuta*

LIBERO ATELIER di Villa Citterio, CPS Cologno Monzese, ASST Nord Milano

Uno sguardo polisemico. “Tracce di sogno”, l’arte nei luoghi di cura: appunti per un metodo

*di Giorgio Bedoni**

Abstract

“Tracce di sogno” is a project born with the goal of activating artistic experiences aimed primarily at taking care of operators and, at the same time, experimenting with interventions aimed at the aesthetic quality of the care spaces. A project guided by the conviction that these interventions must proceed towards that "humanization" deemed increasingly necessary. All this is based on the idea that humanization paths must be translated into real processes: art and its languages, its practices, are no longer read as a plus, substantially assigned to decorative functions but, as a creative dimension and potentially transformative in a personal and structural key.

Come un gioco di bimbo
la vita si dipana
ma non lenta
e afferra il suo senso
quando pare ormai perduto.
G.B.

Una mappa nasce in vista di un viaggio: si tracciano segni per individuare luoghi, anche solo immaginati. Una mappa è concezione dello spazio, conoscenza e memoria, sintesi insieme di esperienze e di visioni del mondo, come ci ricordano gli antichi cartografi arabi che ponevano il sud sul margine superiore delle carte ed il nord su quello inferiore.

Le mappe aiutano a ricostruire storie, talvolta ne conservano l’eco, trattenendo ancora qualcosa di una magia o di miti collettivi, di avventure già consumate e consegnate ad una storia che non sia più cronaca.

Solo un corpo, tuttavia, disegna le traiettorie reali di un viaggio, linee a prender forma e a designare nuovi mondi, come nella preziosa carta autografa che Cristoforo Colombo traccia a delineare i confini dell’isola di Hispaniola.

Nel suo grande saggio dedicato al Mediterraneo, Predrag Matvejevic osserva che poco sappiamo dei cartografi, come pure dei viaggiatori: il Novecento, tuttavia, ci ha lasciato una cartografia dell'immaginario come genere artistico e figure di viaggiatori entrati ormai di diritto in un dizionario dell'irrequietezza, che vede prima di tutti Arthur Rimbaud e Paul Gauguin. Viaggiatori irregolari, spinti da una necessità interiore che diveniva, per forza di cose, esplorazione e ricerca: anche di sé, del proprio vero volto e, ancora una volta, del proprio corpo. Così, nel solco di questa moderna "via della seta", una vera outsider del Novecento europeo come la scrittrice e fotografa Annemarie Schwarzenbach, viaggiatrice instancabile nella sua breve vita, poteva confidare di partire per vedere con i suoi stessi occhi quei nomi impressi sulle carte e per sentire sul suo stesso corpo "la loro magia". Il viaggio è, dunque, attraversamento e possibile deriva che solo le linee immaginarie della cartografia possono talvolta contenere: follia ben temperata, come nelle esperienze dell'arte. "Lasciate la preda per l'ombra"¹ scriveva, infatti, nel 1922 André Breton, invitando al viaggio come spaesamento e conoscenza vera tra le righe della ragione.

O forse il vero viaggio, per ironia, se non per costrizione, è quello compiuto in abiti da camera, dentro le pieghe talvolta fragili dell'identità, in luoghi che ci affannano e dalle geografie ben note, come ci raccontano le opere degli irregolari dell'arte: costruttori di mappe visionarie a chilometro zero per necessità, come nel caso delle cosmogonie di Adolf Wolfli, nate nell'assenza di stanze manicomiali, oppure figlie di un esotico intravisto e poi immaginato, quello che Henri Rousseau, "Il Doganiere", trova e dipinge non nell'incanto dei Mari del Sud "ma al Jardin des Plantes di Parigi, l'orto botanico di una città cosmopolita.

Da queste sparse riflessioni nasce "Tracce di sogno", opere collettive concepite da intuizioni cartografiche che conservano nel segno e nella trama le traiettorie "di viaggio" di ogni singolo autore. Opere realizzate negli spazi della cura da chi si occupa di cura, convinti che le buone pratiche terapeutiche sono profondamente connesse con la qualità estetica dei luoghi che le ospitano.

In questo senso l'ospedale è un luogo per l'arte se il processo estetico attivato contribuisce ad abitare spazi, se facilita percorsi che trasformano i luoghi da praticati in vissuti, aperti, quanto possibile, a buone correnti empatiche e relazionali.

Non solo: l'arte in ospedale per essere realmente un processo trasformativo deve animare gli spazi, facendo, letteralmente, arte "dentro", coinvolgendo a vario titolo in modo creativo operatori e fruitori. Un percorso, questo, diverso dalla pura ricezione di opere realizzate altrove, operazione che pur sollecitata da nobili intenti, soddisfa in molti casi funzioni puramente decorative.

"Tracce di sogno" è un nucleo di opere nate lontane da musei e riflettori, tuttavia dentro una storia contemporanea che aggiorna gli scenari collettivi, da non luoghi, titolo fortunato di un famoso saggio dell'antropologo Marc Augé, a possibili spazi per l'esperienza creativa e per l'arte.

Come, in fondo, era alle origini, quando già in epoca medioevale ospedali quali Santa Maria Nuova a Firenze e Santa Maria della Scala a Siena si erano costituiti come autentici poli culturali cittadini, grazie ad una committenza laica e religiosa che ne arricchiva di opere gli spazi interni ed esterni².

¹ André Breton, 1922, "Piantate tutto", In: I Surrealisti, A cura di Arturo Schwarz, Mazzotta, Milano, 1989.

² Su questi temi si veda il saggio di Corrado Marcetti ("Un tema antico, una proposta moderna") in, "Arte e ospedale. Visual art in hospital", a cura di Mimmo Roselli, Fondazione Giovanni Michelucci, Firenze, 1999.

MAPPE/CARTE

La cartografia artistica del Novecento e dell'epoca contemporanea rende visibile un ricco repertorio di mappe, figlie di geografie reali piegate alle ragioni di una poetica o, al contrario, derivate da bisogni d'espressione radicati in mitologie private e in riti condivisi.

Si tratta, in molti casi, di opere concepite sulle frontiere mobili dello sguardo visionario, debitrice di concezioni "primitiviste"³ fatte proprie dalle avanguardie storiche o piuttosto realizzate nell'isolamento dell'outsider, ai margini, dunque, degli scenari riconosciuti dell'arte. O, infine, di una produzione artistica saldamente intrecciata alla cultura di un popolo e ai suoi miti fondativi: è questo il caso della pittura aborigena, delle sue cartografie, che propongono il tema centrale dell'identità e dei luoghi antropologici ad essa connessa. Il Dreamtime, "il Tempo del Sogno", concezione aborigena dell'ordine fisico e spirituale dell'universo, rivive nell'opera pittorica, che riprende nelle sue forme miti ed esseri ancestrali. Un'arte ad alto contenuto spirituale e memoria visiva⁴ di un popolo, non riducibile, se non perdendone il senso, ad una sorta di puntinismo etnico.

L'arte aborigena, come ha scritto Francesco Porzio⁵ è un fenomeno che per la sua unicità interroga a diversi livelli le culture occidentali e, per questa ragione, di straordinario interesse per l'esperienza nata dentro un contesto di cura che vive di identità sottoposte a sempre nuove ridefinizioni e dinamiche.

"Tracce di sogno" si nutre di queste suggestioni: l'arte pittorica aborigena, gli arazzi afgani di Alighiero Boetti e, prima di lui, "le deambulazioni surrealiste" compiute da Breton e compagni nel 1924, attraversamenti erratici e vagabondi di territori scelti dalla pura casualità, sorta di esplorazioni e di percorsi automatici "ai confini tra la vita cosciente e la vita di sogno"⁶.

E poi, ancora, le mappe: il Surrealismo, che vedeva nella strada il suo vero elemento, non poteva che produrne di nuove, dilatando e piegando alle proprie visioni esperienze culturali altre: così nel 1929 la rivista belga "Variétés" pubblica una carta del mondo, forse disegnata da Yves Tanguy⁷, nella quale le linee di confine e le stesse dimensioni dei continenti variano di proporzione, assecondando la portata ideale del viaggio che assegna grande valore alle esperienze creative dei popoli extra-europei. Con una discreta dose di ironia anticolonialista e di gusto del paradosso: l'Europa infatti rimpicciolisce, Parigi giganteggia, crescono invece a dismisura altri mondi tra i quali spicca il blocco esotico dei "Mari del

³ Sulla nozione di "primitivismo", nata in pieno Ottocento e su quella di arte etnica si vedano i volumi "La Collezione Brignoni. Museo delle Culture città di Lugano", primo volume, "Arte per metamorfosi", a cura di Francesco Paolo Campione, Mazzotta, Milano, 2007, e "Primitivismo nell'arte del XX secolo. Affinità fra il tribale e il moderno", a cura di William Rubin, tra. It. Mondadori, Milano, 1985.

⁴ Non solo memoria ma anche pensiero visivo: in merito a questo tema in una conversazione del 2005 Gillo Dorfles mi ricordava che "Il pensiero visivo l'ho sempre considerato decisivo non solo per l'estetica, ma anche per la psicologia. L'ho sempre considerato importante poiché è un tipo di pensiero non logocentrico, dunque permette di sviluppare concetti e pensiero senza bisogno di ricorrere al medium verbale"; in: "Arte e psichiatria. Conversazione con Gillo Dorfles", di Giorgio Bedoni (collaborazione di Lucia Perfetti), Ar-té, n. 0, edizioni Cosmopolis, 2006.

⁵ In: "DIRRMU. Dipinti aborigeni per una collezione", a cura di Francesco Porzio, Skira, Milano, 2006.

⁶ In: André Breton, "Entretiens", a cura di A. Parinaud, 1952. Trad. it. Erre Emme, Roma, 1991.

⁷ Come sostenuto nel saggio "L'onore dei funamboli. Risposta a Jean Clair sul surrealismo", in: Jean Clair-Regis Debray, "Processo al Surrealismo", Fazi, Roma, 2007.

Sud”, la cui arte, scrive Breton, “è testimonianza di una portata intellettuale e morale ben altrimenti estesa”⁸.

Negli stessi anni delle sperimentazioni surrealiste altre mappe vedranno la luce in contesti del tutto estranei alla cartografia tradizionali negli ospedali psichiatrici. Opere nate nell’ombra di istituti asilari, come nel caso esemplare di Adolf Wolfli, , narratore, musicista e illustratore, oggi considerato uno dei maggiori ambasciatori della cultura elvetica, che compie la sua traiettoria artistica ed umana nei primi anni del Novecento a Waldau, l’ospedale psichiatrico di Berna, sino alla morte avvenuta nel 1930.

Se, come scrive Marc Augè, il luogo antropologico è il luogo del senso, tutta l’opera labirintica e monumentale di Wolfli ci racconta di questa ricerca, nell’assenza di una vita vera e nella perdita di uno spazio esistenziale: così, nell’oblio di una storia manicomiale egli si affida alla coda nebulosa di una cometa per riacciuffare il suo passato, dando vita ad una cartografia visionaria che sempre vede al centro l’urgenza di un ritorno al “paradiso perduto” della sua infanzia, Berna, città idealizzata ed epicentro su quelle sue tavole di viaggi straordinari nel cuore d’Europa e agli estremi del mondo.

La cartografia del Novecento è ,dunque ,luogo di volontario spaesamento come nel caso del Surrealismo e , al contempo, di pratiche identitarie: Wolfli, che era “nessuno” si affida all’arte per divenire “uno” e molti, come i narratori della tradizione, inventandosi una identità fittizia ed un sistema espressivo totale e sinestesico fatto di musiche e canti, parole e immagini. Se il Surrealismo cerca nel viaggio l’anima del veggente, Wolfli troverà, invece, nella sua geografia un metodo e, nelle sue note forme a Mandala ,un centro ordinatore, costruendo mappe analitiche della città di Berna, cuore pulsante della sua parabola biografica.

Un viaggio nel tempo, il suo, sempre avanti ma infine a ritroso nella storia d’Occidente, perché in quelle forme circolari a cui Wolfli affida la propria rinascita ritorna l’immagine cartografica di cosmogonie medioevali. Una imago mundi che sopravvive nel tempo, sorta di memoria visiva che attraversa le trame dei processi storici e del senso: Nachleben, sopravvivenza dell’immagine come suggerito dalle intuizioni di uno storico eterodosso come Aby Warburg, sopravvivenza che permette di scorgere un cuore tensivo comune in opere lontane per tempo e tradizione, non già e solo nel contenuto, sensibile alle contingenze e alla storia, ma nelle dinamica stessa delle forme e del gesto.

Così, è forse possibile intravedere un cuore tensivo comune nelle cosmogonie di sante visionarie medioevali come Ildegarda di Bingen quanto nelle produzioni di Wolfli o in quelle di autentici outsider contemporanei, come il greco Apostolos Psaromiligos, che, nell’isola cicladica di Folegandros, è autore sul tetto della propria casa di un’opera assoluta, profondamente ancorata alla luce e ai colori dell’Egeo, ai suoi stessi miti fondativi: un luogo antropologico per eccellenza, dunque, dove tra varie installazioni, a conferma del Nachleben warburghiano, campeggia sul tetto della casa una croce rovesciata racchiusa in un cerchio ed una scritta senz’ombra “ la croce vince su tutto”. Un insieme a suggerire una imago mundi che trova le sue origini nelle cartografie medioevali, in quelle mappe a forte valenza simbolica chiamate “ T-O”, Terrarum Orbis, nelle quali Gerusalemme era posta al centro e il Mediterraneo veniva rappresentato dal tratto verticale della lettera T tra i tre continenti, Europa, Africa, Asia, a loro volta chiusi entro il grande oceano definito dalla O.

⁸ In: André Breton (1957), “ L’arte magica”, Adelphi, Milano, 1991.

ARTE IN OSPEDALE, L'IRREGOLARE DELL'ARTE

“Tracce di sogno” nasce come viaggio interno, sostenuto dall’idea che l’esperienza dell’arte, aldilà di funzioni “consolatorie” che molti, non a torto, le attribuiscono, sia un dispositivo necessario per prendersi cura di sé e per affacciarsi al mondo, in certi casi la materia stessa per acquisire le capacità potenziali di sentire e di pensare, come ben conosceva dal suo osservatorio clinico lo psicoanalista britannico Donald Winnicott. Un viaggio praticato all’interno di spazi identitari ben individuati, contaminati da linguaggi altrettanto forti quali sono quelli dell’arte, che fanno della conoscenza una vicenda sospesa tra progetto e intuizione: l’intuizione del raddomante, sempre in caccia di sorgenti sotterranee, una conoscenza che talvolta illumina, visionaria e irregolare, animata dagli scarti dell’imprevisto e del possibile, come nelle migliori tradizioni del Novecento.

L’irregolare dell’arte, come possiamo concepirlo oggi, è in fondo l’eredità di una grande storia tardo-romantica e di quel vasto archivio dell’immaginario realizzato spontaneamente lungo i margini delle culture occidentali da artisti “per caso” o per necessità, oscuri visionari, outsiders ed ospiti degli asili manicomiali, tutti figli di un dio minore tuttavia protagonisti di quella rottura dei linguaggi convenzionali che è all’origine della nostra modernità, come aveva ben compreso in un testo ormai classico Michel Foucault.

“Tracce di sogno” è debitrice di queste storie, di quegli “irregolari” che l’artista francese Jean Dubuffet aveva riportato alla luce nel 1945 nel segno dell’Art Brut, in aperto antagonismo rispetto all’arte cosiddetta “culturel” e “regolare”⁹.

In tutt’altra cornice già nel marzo del 1923, Aby Warburg mostrava la medesima insofferenza per una “storia dell’arte estetizzante”, incapace a suo dire di comprendere l’immagine “come un prodotto biologicamente necessario”¹⁰.

Aldilà delle differenti interpretazioni proposte dalla letteratura su questo scritto, nato dal ricordo del viaggio compiuto presso gli indiani Hopi nel 1895, appare evidente il bisogno di Warburg di collocare l’immagine dentro i processi, anche mentali, della sua costruzione e all’interno di culture e tradizioni che ne permettano una sorta di fondazione antropologica.

Il discorso di Warburg è, per certi versi, di grande interesse per le attività artistiche nei luoghi di cura, rafforzando infatti la convinzione che l’esperienza estetica sia nel per sua natura irriducibilmente polisemica. Oltre, dunque, la sola dimensione formale, che per Warburg portava “ad uno sterile chiacchiericcio”¹¹: aldilà anche della riduzione dell’immagine a pura dimensione psicologica sottoposta a congetture interpretative troppo stringenti che dimenticano quanto l’esperienza dell’arte sia, in prima istanza, un dialogo con la materia, personale e riflessivo prima ancora di divenire relazione con l’altro. Dialogo con i linguaggi, con l’informe, con il corpo e le dinamiche sensoriali che vengono attivate.

“Dentro” gli ateliers d’ospedale l’arte è un paradosso fecondo, che si svolge in gran parte in quello spazio virtuale situato tra il nostro mondo interno e la realtà fenomenica: una grande illusione, dunque, tuttavia concreta e a maggior ragione necessaria quando maturata tra sguardi sfuggenti di corsie

⁹ Sulla nascita dell’idea di “arte irregolare” si veda lo storico saggio di Jean Dubuffet in “L’Art Brut préféré aux arts culturels”, Paris, René Drouin, 1949.

¹⁰ In: Ernst H. Gombrich (1970), “Aby Warburg. Una biografia intellettuale”, Feltrinelli, Milano, 1983.

¹¹ In: E. Gombrich, op.cit.

d'ospedale e appassionata partecipazione. Un' esperienza aperta al viaggio e all'avventura che, prendendo a prestito le parole di Jean Dubuffet, “dovrebbe sempre farci ridere un poco, e spaventarci un poco”.

Nota. In questo saggio, dedicato all'arte nei luoghi della cura, propongo l'applicazione “ del modello iconologico /polisemico integrato”, metodo di mia invenzione che utilizzo anche in campo formativo: si tratta di uno strumento di approccio all'immagine orientato a valorizzare la natura polisemica del linguaggio visivo.

Il metodo si articola in livelli progressivi di lettura e di sguardo, si presenta aperto a più contributi teorici, facendo propri strumenti della storia e della critica artistica e sguardi che appartengono, invece, a studi specifici di questo campo disciplinare. Il metodo viene definito integrato perchè individua e integra nella lettura dell'immagine punti di vista che appartengono alla storia “dell'arte e psichiatria” (fenomenologia, psicoanalisi) e alla pratica terapeutica, nonché di visioni antropologiche.

Gli autori di riferimento sono diversi: tra questi sottolineo l'importanza esercitata da Aby Warburg, figura nomade e geniale nella storia del Novecento.

**Psichiatra, psicoterapeuta, responsabile CRA Melegnano ASST Melegnano e Martesana. Docente Accademia di Brera e presso il Centro di formazione nelle artiterapie di Lecco, è membro del Comitato Scientifico del Museo di Storia della Psichiatria, San Lazzaro di Reggio Emilia e responsabile Atelier Diblu.*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Augé M. (1992). *Nonluoghi*, Eleuthera, Milano, 1993.

Bedoni G. (2011). *Blu di Folegandros, una storia greca*, Rivista dell'Osservatorio Outsider Art Università di Palermo, n.3. outsiderart@unipa.it

Bedoni G., a cura di (2008). *La lente di Freud. Una galleria dell'inconscio*, Mazzotta, Milano.

Bedoni G. (2004). *Visionari. Sogno, arte, follia in Europa*, Selene, Milano, seconda edizione 2009.

Careri F. (2006). *Walkscapes. Camminare come pratica estetica*, Einaudi, Torino.

Chatwin B. (1987). *Le vie dei canti*, Adelphi, Milano, 1988.

Didi-Huberman G. (2002). *L'immagine insepolta. Aby Warburg, la memoria dei fantasmi e la storia dell'arte*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006.

Foucault M. (1972). *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1976.

Matvejevic P. (1987). *Mediterraneo. Un nuovo breviario*, Garzanti, Milano, 1991.

Le Artiterapie nella clinica e nella riabilitazione

*di Roberto Massironi**

Abstract

Art therapy is a recognised tool for the treatment of schizophrenia, depression and personality disorders. It has been shown how art therapy in all its expressive forms explores emotions that cannot be expressed with words. The literature mainly uses descriptive studies or limited to small groups that do not allow answers consistent with evidence-based medicine (EBM).

Art therapy shows that it acts on three specific areas: the clinic, neuropsychology and relationships.

The activity of the thematic study group, through the comparison of active experiences in the Lombardy Region allows to start useful studies to deepen the knowledge on the effectiveness of art therapy.

AMBITI DI UTILIZZO DELL'ARTETERAPIA

Nella storia dell'istituzione psichiatrica l'arte ha trovato un suo spazio all'interno dell'istituzione manicomiale inizialmente come forma occupazionale e di intrattenimento e successivamente è stata riconosciuta come vero e proprio strumento di cura che attraverso l'utilizzo delle varie forme espressive: pittura, scultura, teatro, poesia, fotografia, musica ed altre ancora si è dimostrata utile nel trattamento di persone con disturbi mentali o emotivi.

In questi anni in tutte le Unità Operative di Psichiatria della Regione Lombardia si sono sviluppati laboratori che, seppur con modalità differenti hanno coinvolto un numero sempre più consistente di utenti che hanno mostrato non solo di gradire la proposta, ma anche di vedere un contributo positivo nel trattamento del loro quadro clinico.

LA CURA DELLA SCHIZOFRENIA

L'arteterapia è stata inizialmente utilizzata per interventi di cura nell'ambito delle psicosi schizofreniche, le linee NICE del 2009 ne hanno segnalato l'efficacia nella cura soprattutto dei sintomi negativi della schizofrenia. Due anni prima una review di Crawford and Patterson aveva descritto un incremento dell'evidenza dell'efficacia dell'arteterapia per persone che soffrono di schizofrenia. Tradizionalmente l'arteterapia è stata utilizzata nell'ambito della psicoterapia come sua forma di supporto [1], in anni successivi si sono andate poi sviluppando altre forme di arte terapia in cui artisti, adeguatamente formati hanno proposto diverse modalità di intervento fondate sulle capacità espressive. Si è potuto così riconoscere come questi diversi approcci contribuissero alla riduzione della sintomatologia psicotica ed in particolare delle manifestazioni di ansia in soggetti schizofrenici, il tutto attraverso un rafforzamento del senso primario del sé.

A queste prime indicazioni riguardo il trattamento della schizofrenia, si sono aggiunte nel tempo anche diversificazioni delle popolazioni a cui proporre gli interventi dell'arteterapia portando a riconoscere come si trovassero indicazioni anche per altre condizioni psicopatologiche quali i disturbi dell'umore ed i disturbi di personalità.

L'espressione artistica ha aperto la possibilità di esplorare in modo più approfondito tutte quelle emozioni che non possono essere verbalizzate, facilitandone la consapevolizzazione e l'espressione

tanto da proporsi come strumento valido per ricostruire sia le relazioni interiori che quelle con il mondo circostante. Questo permette di riconoscere come le arti terapie possano rappresentare un efficace strumento non solo di cura, ma anche nei percorsi riabilitativi per quello che potrebbe essere definito come il processo di riabilitare sia il mondo interiore che quello delle relazioni familiari e sociali in genere.

Come già detto le arti terapie si realizzano attraverso l'utilizzo di modalità espressive quali la musica, la poesia, la pittura, la scultura ed altre ancora, passando da una modalità all'altra si possono offrire al paziente strumenti che gli consentono di esplorare e conoscere meglio i propri vissuti, le proprie emozioni o le esperienze corporee agendo secondo angolature diverse che vanno oltre gli aspetti classici della cura rappresentati dalla farmacologia o dalla parola. Se consideriamo come, in base alle teorie fenomenologiche l'esordio della schizofrenia si caratterizzi per una percezione del sé disturbata [2] che coincide con quanto spesso riferiscono i pazienti che dicono di sentirsi profondamente estranei dal resto del mondo, di avere la sensazione di essere profondamente diversi dagli altri, arrivando ad affermare la propria esperienza di psicosi come vera e propria alienazione dal mondo, condizione vissuta come una "percezione del sé gravemente disturbata" [3]. Da tutto questo consegue l'osservazione secondo cui un'esperienza psicotica di solito provoca molta ansia a causa di un'alterazione nella percezione del mondo esterno e del proprio sé e per questo, attraverso lo sviluppo di un sistema delirante cercherà di spiegare ed interpretare l'alterata percezione del paziente.

Possiamo quindi riconoscere come l'arteterapia rappresenti uno strumento potente in grado di produrre nella persona un significativo cambiamento in grado di favorire lo sviluppo dell'identità e dell'autosapevolezza. Di contro si evidenzia che una difficoltà è rappresentata dal fatto che l'arteterapia è tendenzialmente applicata ad un contesto individuale o di gruppo eterogeneo in quanto non esistono norme in grado di consentire valutazioni complessive e questo rappresenta una condizione che pone limiti evidenti ad una lettura del dato in un contesto di medicina basata sull'evidenza.

Alla luce di ciò possiamo considerare l'espressione artistica come strumento utile al riconoscimento di emozioni e sensazioni corporee attraverso cui esplorare ed approfondire l'esperienza psicotica.

LA DEPRESSIONE

Per quanto riguarda la depressione si deve considerare come questa si caratterizzi per aspetti di indifferenza e di difficoltà ad entrare in relazione con i sentimenti, condizioni che assumano un ruolo centrale nella condizione clinica unitamente ad altri sintomi quali: l'ansia, i pensieri depressivi, le idee di suicidio, le difficoltà di concentrazione, la passività, le limitazioni psicomotorie, l'insonnia ed altri sintomi fisiologici. Da questo deriva il fatto che le conseguenze sulla vita personale e sociale dell'individuo risultano assai rilevanti tanto che la depressione viene descritta come un'esperienza di profonda alienazione da sé e dagli altri [4].

A quanto sopra descritto si aggiungono dati di letteratura che evidenziano come il 40% dei pazienti interrompano le cure già nelle loro fasi iniziali, le motivazioni che vengono attribuite a tali comportamenti di sospensione delle terapie non sono facilmente identificabili, ma una possibile spiegazione potrebbe essere data dal fatto che le persone vorrebbero in realtà richiedere modalità di intervento diverse da quelle abituali quali quelle rappresentate dai farmaci o dalle psicoterapie. In questo senso si è evidenziato da vari clinici come l'ipotesi per cui l'arteterapia potrebbe rappresentare un valido strumento di cura alternativo o integrativo ad altre forme di intervento, utile in particolare per persone che soffrono di depressione.

E' inoltre degno di nota la considerazione secondo cui l'arteterapia possa assumere significati diversi anche in relazione alla formazione ed al riferimento culturale dei terapeuti. In ogni caso si può identificare come si possano essere definire due fasi che caratterizzano nello specifico l'arteterapia ed esse sono: quella della creazione/espressione e quella della verbalizzazione dell'esperienza. Soprattutto la fase creativo espressiva consente di manifestare apertamente emozioni e conseguentemente chiarire esperienze ed opinioni profonde in quanto può coinvolgere nella loro integrazione il corpo, la mente e soprattutto le emozioni.

In linea con quanto evidenziato da Öster et al. [5], si può rilevare come l'arteterapia sia in grado di promuovere un reale e profondo cambiamento personale oltre che favorire la capacità di soddisfare le richieste e le aspettative della vita quotidiana contribuendo a rafforzare i confini dell'individuo, da ciò consegue l'osservazione secondo cui l'arteterapia si è rivelata uno strumento utile a potenziare le prestazioni professionali, il senso di coerenza, la padronanza di sé oltre che a ridurre i sintomi psichiatrici.

I DISTURBI DI PERSONALITÀ

In tempi più recenti l'arteterapia è stata utilizzata anche in interventi terapeutico - riabilitativi condotti su persone con disturbi di personalità che manifestano seri problemi di natura emotiva oltre che di auto controllo, in tali situazioni i terapeuti hanno verificato esiti positivi nel trattamento di tali persone. Nonostante ciò l'arteterapia continua a non essere riconosciuta come modalità di intervento di prima scelta in base ai principi legati alla medicina fondata sull'evidenza (EBM).

Su questo incide in modo articolare l'impossibilità di poter discriminare l'effetto dell'arteterapia svincolato dagli altri interventi di volta in volta messi in atto, a questo si deve aggiungere poi la difficoltà di disporre di campioni di studio sufficientemente consistenti ed omogenei sia per caratteristiche cliniche che modalità di intervento anche in considerazione dei diversi approcci che caratterizzano l'arteterapia.

Nonostante ciò vari studi hanno in ogni caso consentito di evidenziare come l'arteterapia metta a disposizione strumenti per un'esplorazione del sé che favoriscano un incremento dell'autoconsapevolezza per quanto riguarda la persona in sé e le condizioni della vita quotidiana [6]. Inoltre è evidente come l'arteterapia sia in grado di promuovere l'espressione del sé attraverso l'uso del colore, dei simboli, delle forme, del suono, del movimento del corpo e l'espressione verbale, che rappresentano veri e propri strumenti di comunicazione delle emozioni e delle esperienze. Risulta particolarmente significativo il fatto che nel corso dell'ultimo ventennio, si sia potuto mettere in mostra come l'arteterapia sia in grado di migliorare la gestione non solo delle emozioni, ma anche del controllo degli impulsi [7].

Molti studi hanno poi descritto un effetto di come le arti terapie rappresentino un rinforzo dell'identità attraverso l'acquisizione di un'immagine del sé maggiormente positiva in modo particolare in persone che presentano disturbi di personalità [8], altri ricercatori ed artisti terapeuti con una lunga esperienza clinica hanno messo in rilievo come le arti terapie portino ad un incremento dell'autoconsapevolezza, della percezione del sé, delle capacità di riflessione e di comprensione personale [9].

CONCLUSIONI

Da quanto sopra illustrato possiamo evidenziare come l'arteterapia, pur partendo da solide basi teoriche, risulta priva di dati di letteratura che si fondino su di un'ampia casistica in grado di evidenziare outcomes significativi in quanto gran parte della documentazione prodotta si è focalizzata

sulla descrizione di casi singoli, per questo l'assenza di dati statistici consistenti non consente di produrre evidenze concrete. Si evidenzia inoltre come l'arteterapia non sia facilmente indagabile esclusivamente in se stessa, ma rientri invece in programmi di intervento multidisciplinari, dai quali non può essere facilmente enucleata [10].

Prendendo come riferimento quanto sopra citato relativamente all'efficacia dell'arteterapia come strumento di cura e soprattutto di riabilitazione o meglio di riabilitazione sia del mondo interiore che di quello delle relazioni possiamo riconoscere tre ambiti ben precisi su cui essa svolge un'azione di reale cambiamento che sono: quello clinico, quello neuropsicologico e quello socio relazionale.

L'ambito clinico è rappresentato dalla possibilità di riconoscere in maniera più approfondita il significato del sintomo soprattutto nelle sue espressioni emotive potendo coglierne anche alcuni elementi sottostanti relativi all'esordio ed alla persistenza dei sintomi che possono trovare nello strumento artistico un approccio di cura congiunto con quanto prodotto dalla farmacoterapia e dalla psicoterapia. L'aspetto neuropsicologico si fonda invece su elementi più specificatamente riconducibile ad ambiti neurofisiologici con il recupero di una consapevolezza spazio temporale, condizioni che permettono di recuperare il come ed il dove che rappresentano il deficit preponderante negli aspetti legati alla cronicizzazione dei quadri clinici.

Ultimo ambito che risulta favorevolmente influenzato dall'arteterapia è determinato dal recupero delle relazioni sociali che coinvolgono sia il contesto familiare che quello più allargato dei contesti di vita sociale. Fondamentale in tal senso è l'approccio al lavoro di gruppo in cui la condivisione del progetto e la sua esecuzione, che si fonda sulla definizione di ruoli e compiti diversificati contribuisce in forma estensiva a ritrovare un ruolo definito nei contesti che caratterizzano la vita di persone che manifestano condizioni di natura psicopatologica.

Alla luce di quanto sopra esposto è importante sottolineare come il lavoro del Gruppo di Approfondimento Tematico, attraverso l'incontro delle ricche esperienze da anni in essere in Regione Lombardia, possa porre le basi per una definizione del ruolo dell'arteterapia nei processi di cura proposte dalle Unità Operative di Psichiatria attraverso messa in rete di esperienze e soprattutto la condivisione di dati utili ad una verifica dei risultati prodotti su di una popolazione ampiamente rappresentativa. Questo permetterebbe di cercare di definire parametri utili a confermare anche statisticamente la reale efficacia di quanto sino ad ora emerso dagli studi condotti sulla valutazione clinica dei singoli casi. Oggi le richieste di valutazione dell'efficacia di un trattamento sono sempre più pressanti, per cui la valutazione rappresenta una necessità per generare conoscenza e selezionare le migliori metodologie di trattamento. Sarà indispensabile identificare strumenti di assessment validati che consentano di riconoscere e misurare i cambiamenti prodotti dall'arteterapia sulla clinica e sul funzionamento individuale e sociale di una popolazione definita per gruppi diagnostici ed epidemiologici.

**Dirigente medico psichiatra, Unità Operativa di Psichiatria di Sesto San Giovanni (MI) – ASST Nord Milano.*

BIBLIOGRAFIA

- [1] Killick, K., & Schaverien, J.: *Art, psychotherapy and psychosis. East Sussex UK: Routledge 2006.*
- [2] Estroff, S., E.: *Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. Schizophrenia Bulletin, 15(2), 189-196 (review) (1989).*

- [3] Sass, L.,A.: *Madness and modernism: Insanity in the light of modern art, literature, and thought*. New York, NY, USA: Basic Books (1992).
- [4] Stigsdotter Nyström, M., E. & Nyström, M.: *Patients experience of recurrent depression. Issues in Mental Health Nursing*. 28, 673-690 (2007).
- [5] Öster, I., Svensk, A., C., Magnusson, E., Egberg Thyme, K., Siödin, M., Aström, S., et al.: *Art therapy improves coping resources: A randomized, controlled study among women with breast cancer. Palliative & Supportive Care*, 4(1). 57-64 (2006).
- [6] Gunnarson, B., & Eklund, M.: *The Tree Theme Method as an intervention in psychosocial occupational therapy: Client acceptability and outcomes. Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 167-176 (2009).
- [7] Eren, N., Ögünç, N., E., Keser, V., Bikmaz, S., Sahin, D., & Saydam, B.: *Psychosocial, symptomatic and diagnostic changes with long-term psychodynamic art psychotherapy for personality disorders. Arts in Psychotherapy*, 41(4), 375-385 (2014).
- [8] Morgan, L., Knight, C., Bagwash, J., & Thompson, F.: *Art therapy and personality disorder: A discussion of its utility from the perspective of those with lived experience. International Journal of Art Therapy*, 17(3), 91-98 (2012).
- [9] Haeyen, S., & Heskens, B., *Methoden, methodieken en diagnostische instrument*. In C. Schwelzer, et al. (Eds.): *Uit de verf, handboek beeldende therapie* (pp. 222-430). Heuten: Bohn Stafleu van Loghum. (2009).
- [10] Gatta, M., Gallo, C., & Vianello, M.: *Art therapy groups for adolescent with personalità disorder. Arts in Psychotherapy*, 41(1), 1-6 (2014).

Sintesi dell'Incontro di Arteterapia

Presentazione della scheda di sintesi dell'incontro di arteterapia in uso presso le Botteghe d'Arte dell'ASST GOM Niguarda di Milano

di Enza Baccei, Teresa Melorio**, Andrea Mittero***, Carolina Ronchi*****

Abstract

The interview we proposed during the conference is the outcome and the evolution of meditations and thoughts made by the professionals working and collaborating in the Centro Diurno Botteghe d'Arte of ASST GOM Niguarda Milano. Sintesi dell'Incontro di Arteterapia (Summary of art therapy session) is the result of many modifications and tests and evaluation tryouts, also made in comparison with the current literature. The goal we seek with the evaluation scale is to observe and evaluate specific aspects and issues that belong to art therapy session, in particular from the point of view of Modello Botteghe d'Arte (Art Workshop Method). In the interview we focused on those fundamental aspects of the Modello Botteghe d'Arte: „cooperative four hands work“ and artistic product exposition and display. During équipe meetings we decided to quantify those theoretical issues to be used in the evaluation scale. The areas are: cognitive area; relational area; expressive area, educational and psychological area; global wellness and health area.

The elements can be used and exploited in other art therapy contexts, since they're flexible; global wellness and health are also evaluated in the interview to match a recovery point of view. The interview is the outcome of the experience of the Technical Research Group that started in 2017 within Lombardy Region. The goal is to acknowledge the art therapist profession as a professional care worker in Northern Italy.

PREMESSE METODOLOGICHE

Il questionario proposto al convegno è l'esito e l'evoluzione delle riflessioni maturate a seguito dell'esperienza che ha attraversato i professionisti che da anni collaborano all'interno del Centro Diurno Botteghe d'Arte. La *Sintesi dell'Incontro di Arteterapia* nasce dunque, dopo numerose modifiche, prove e tentativi di valutazioni su interventi che risultano peculiari e specifici e dal confronto e l'analisi della letteratura relativa.

Lo scopo della nostra scala è quello di osservare e porre particolare attenzione, valutando gli aspetti che caratterizzano l'incontro di Arteterapia, valorizzando le istanze proprie del Modello Botteghe d'Arte. Questi elementi sono trasversali e utilizzabili in altri contesti di arteterapia, poiché flessibili e inoltre all'interno del questionario, si valuta il benessere globale della persona che nel proprio percorso di cura usufruisce dell'intervento di Arteterapia.

La Sintesi dell'incontro di arteterapia è una scheda di rilevazione di osservazione e valutazione, di quel che accade durante l'incontro di arteterapia. È una scheda che ha subito diverse modifiche nel corso

degli anni, soprattutto grazie all'esperienza delle botteghe d'Arte iniziata più di 20 anni fa, quando già si era scelto di utilizzare dei sistemi di valutazione. Anche in quel caso, grazie alle varie équipe nel corso tempo si sono poi modificati gli strumenti in uso. La scheda che viene qui presentata è l'ultima versione aggiornata che risale al 2018, ed è attualmente in utilizzo presso il Centro Diurno Botteghe d'Arte. La scheda nella sua forma attuale, mantiene anche un legame con la ricerca qualitativa, poiché nasce sia dal contributo del Gruppo di Approfondimento Tecnico iniziato nel 2017, sia da interviste e colloqui con gli utenti che frequentano le Botteghe d'Arte, sia dalle équipe con gli arteterapeuti e Maestri di Bottega. In questi incontri, infatti, ci siamo interrogati su quali potessero essere le Aree di osservazione più rappresentative e più pertinenti e soprattutto quali Items potessero risultare più adeguati alla nostra scheda di valutazione.

Prima di prendere in considerazione lo strumento di ricerca qui proposto, è necessario specificare alcuni presupposti. Spesso negli interventi del Gruppo di Approfondimento Tecnico si è parlato di metodo, nello specifico si è discusso a proposito della difficoltà di “misurare” gli aspetti legati all'intervento di arteterapia. Si è parlato di “scelta di sguardo”, di che tipo di attenzioni e aspetti evidenziare, di quali strumenti si sceglie di utilizzare per misurare o soprattutto per valutare, nel senso di “dare valore” ad alcuni aspetti piuttosto che ad altri.

Dunque, la scheda è uno strumento aperto alla trasformazione e al cambiamento e soprattutto è costruito anche per soddisfare le caratteristiche del nostro modello, il Modello Botteghe d'Arte, ed è quindi portatore di un certo tipo di *Sguardo*. In questo senso noi scegliamo di vedere e osservare certe cose, consapevoli che “guardare”, porre attenzione a qualche cosa in particolare, significa anche inevitabilmente escludere qualcos'altro. All'interno del Gruppo di Approfondimento Tecnico ormai è possibile dire che si sia sviluppato un linguaggio comune, ma considerando che ognuno è influenzato in parte dal modello che utilizza, va sottolineato il fatto che si sia scelto di utilizzare alcune terminologie piuttosto che altre, nello sforzo però di trovare termini che potessero essere il più possibile accomunabili ad altri di intervento. È importante però mettere in evidenza anche aspetti particolari come il “Lavoro a Quattro Mani”, elemento fondamentale del Modello Botteghe d'Arte, valorizzato in maniera importante quindi anche nei quesiti all'interno del questionario, ma che potrebbe essere un'istanza non condivisibile in altri contesti di arteterapia.

Nello specifico inoltre, la scheda di valutazione qui proposta è compilata dall'arteterapeuta. In questo senso, è importante delineare che chi farà uso di questo strumento dovrà farsi carico di avere un certo tipo di *Sguardo* rispetto all'attività e rispetto alle persone che svolgono l'attività di arteterapia, per poter compilare il questionario in maniera consapevole. In letteratura e in molti contesti di cura sono già presenti strumenti di valutazione, anche trasversali e non inerenti all'arteterapia che sono autosomministrate; invece in questo caso è stato scelto di dare forma ad uno strumento da fornire a chi conduce la Bottega d'Arte o il laboratorio.

IL MODELLO BOTTEGHE D'ARTE: “FARE INSIEME”

Le Botteghe d'Arte sono concepite come uno spazio facilitante l'accoglienza e, laddove l'arteterapia favorisce il lavoro terapeutico trasformativo, diventano il contenitore unico in cui si proiettano le rappresentazioni interne dei pazienti e in cui i terapeuti rilevano e sviluppano tracce utili alla cura. In questo spazio tutti i soggetti curanti concorrono a formare una rete stabile in grado di contenere le fughe e le perplessità, in una dimensione familiare sana che privilegia accoglienza, empatia e coerenza. La Bottega costituisce in questo modo quel luogo abbastanza protetto da “permettere di rischiare” ma abbastanza aperto da consentire di sperimentare liberamente. Chi vi partecipa ha la possibilità di sperimentare e conoscere meglio se stesso attraverso percorsi guidati che adottano come mezzo

espressivo e comunicativo quello artistico e creativo, privilegiando l'utilizzo di registri diversi da quello verbale in senso stretto.

Il percorso di cura viene dunque a svolgersi in una struttura appositamente pensata e costruita per ricreare uno spazio mentale sufficientemente fertile in cui utenti, operatori e arteterapeuti *fanno insieme* in una dimensione collaborativa, creativa, di benessere e di cura. In questo contenitore stabile ma fluido, la capacità di creare si sviluppa in stretta relazione alla capacità di trasformare e di organizzare i contenuti del mondo interiore. Il metodo terapeutico del "creare insieme" attraverso la relazione, l'incontro, la comprensione, la condivisione di un progetto, di un mezzo espressivo, il rispecchiamento e lo scambio reciproco di sensazioni, idee, forme, colori, sentimenti, in piena libertà e con la possibilità di sentirsi accolti dall'altro per come si è, permette di dare forma all'informe, identità e visibilità ai vissuti e ai ricordi, di rappresentare, riparare, ri-costruire, comprendere, con-dividere il mondo interiore e di favorire la ristrutturazione e la riappropriazione dello spazio vitale e delle relazioni significative. Fare arteterapia attraverso il Modello Botteghe d'Arte significa trovare una dimensione della cura che sappia custodire uno spazio transizionale stabile e tematizzato, supportato da un pensiero e da un gesto eticamente consapevoli.

Fondamentale nel percorso di cura, ma soprattutto nel modello qui proposto, è la riflessione sulla possibilità e la capacità dei frequentatori delle Botteghe d'Arte di esporre o esportare le proprie produzioni e opere artistiche. Uno degli obiettivi principali del percorso di cura all'interno delle Botteghe è la condivisione dei prodotti artistici con il pubblico. Dal punto di vista culturale risulta per noi importante fare in modo che l'espressione artistica sia radicata nel territorio, ed è per questo che da anni, ad esempio, le Botteghe d'Arte partecipano a eventi come il MiArt e promuovono spettacoli teatrali nei teatri e nelle sale milanesi. Per fare tutto ciò va sottolineata l'importanza della presenza di Artisti che storicamente collaborano alla creazione di questi prodotti condividendo saperi e pratiche in un processo denominato "Lavoro a Quattro Mani", punto cardine e peculiarità del Modello Botteghe d'Arte.

La condivisione del prodotto artistico con il pubblico è infatti un indicatore che è stato inserito all'interno dello strumento di valutazione nell'"Area espressiva" per una maggiore fruibilità del questionario, ma è da considerarsi come elemento trasversale, proprio perché esito dell'interazione tra istanze e fattori legati al mondo interno della persona e alla qualità delle relazioni di cura.

LO STRUMENTO

Lo strumento proposto è multidimensionale, composto da diversi elementi; oltre agli aspetti che caratterizzano l'incontro di Arteterapia, vengono richiesti aspetti legati ad elementi qualitativi utili ad inquadrare il paziente e il tipo di intervento specifico: dati anagrafici e clinici, descrizione del setting di cura. Vengono richiesti inoltre alcuni dati dell'utente: nome e cognome, servizio inviante (CPS, CRA, Comunità, Altro da specificare); viene richiesta La Descrizione del Setting e i Dati conduttore: nome, e se è presente più di un conduttore all'interno del laboratorio.

Il questionario è ideato per essere compilato ad intervalli di tre mesi al di fuori degli incontri di laboratorio e viene redatto dall'arteterapeuta responsabile della Bottega. Ogni compilazione è da considerare come indipendente dalla precedente. I punteggi emersi dalle valutazioni ed eventuali cambiamenti verranno valutati e condivisi con l'équipe del Centro Diurno alla fine dell'anno di attività. Tutti gli Item della scala dove non specificato, prevedono una risposta su scala Likert da 5 punti, e le possibili risposte sono: "molto poco", "poco", "sufficiente", "buono", "molto buono".

La voce "Partecipazione" prevede una risposta su scala Likert da 5 punti, e le possibili risposte sono: "molto scarsa", "scarsa", "sufficiente", "buona", "molto buona".

La voce “Clima” prevede invece la scelta di un punteggio che va da 1 a 10 e una risposta chiusa “SI/NO”.

La voce “Grado di disagio e sofferenza soggettiva” prevede una risposta su scala Likert da 1 a 5 punti, e le possibili risposte variano tra due estremi in cui si intende 1=nessun disagio e 5=molto disagio.

La voce “comportamento adeguato al contesto” prevede una risposta su scala Likert da 1 a 5 punti, e le possibili risposte variano tra due estremi in cui si intende 1=poco e 5=molto.

Come abbiamo visto, per ogni persona che usufruisce dell’arteterapia, vengono quindi svolte tre valutazioni durante il corso dell’anno. I punteggi emersi e gli eventuali cambiamenti vengono valutati condivisi e discussi con l’équipe del centro diurno alla fine dell’anno di attività. In questo senso è quindi possibile dire che emergono dati quantitativi misurabili che vengono supportati da dati qualitativi emersi dalla discussione in équipe che talvolta include non soltanto gli operatori del Centro Diurno Botteghe d’Arte ma anche le figure di riferimento di altre équipe curanti provenienti dalle Comunità, dai CPS o altre realtà.

La Sintesi dell’Incontro di Arteterapia, nello specifico, è strumento costituito da diverse aree: Area Cognitiva, Area Relazionale, Area Espressiva, Area Psicoeducativa; per ultima, appoggiandoci al modello allargato di riabilitazione e di Recovery, abbiamo inserito la Valutazione Globale, che comprende i seguenti aspetti: partecipazione, clima, benessere in Bottega, grado di disagio e sofferenza soggettiva (inerente agli incontri di arteterapia), comportamento adeguato al contesto.

Si noterà che per quanto riguarda gli Items presenti nella scheda di valutazione è possibile riscontrare una valenza generale condivisibile in vari contesti artistici come Ateliers, laboratori, ma soprattutto è possibile notare come gli Items siano adeguati e applicabili a diversi linguaggi artistici.

Da questo specifico punto di vista, lo sforzo compiuto durante la ricerca che ha portato alla creazione del questionario, è stato quello di trovare elementi trasversali a diversi media artistici; questo è esito specifico ed espressione dell’esperienza delle Botteghe d’Arte all’interno delle quali convivono laboratori artistici differenti e multidimensionali quali la musica, il teatro, le parole, la pittura e la danza. Si tratta di laboratori spesso non strettamente riducibili alla pura descrizione del medium artistico in oggetto. In questo modo è possibile calare nella pratica un sistema di valutazione che non risulti troppo specifico, come può essere riscontrato, per esempio, nell’utilizzo di scale validate che si occupano di valutare il cambiamento in contesti terapeutici come quelli della danzaterapia o della musicoterapia, ma consenta di rilevare elementi di trasformazione dal punto di vista creativo ed espressivo in maniera più condivisibile e trasversale con attenzione ad aspetti più fluidi e morbidi dal punto di vista dell’applicabilità e dell’osservazione.

Andremo ora ad illustrare nello specifico le Aree che costituiscono gli aspetti di rilevazione e valutazione del questionario e le sezioni che lo compongono.

Area Cognitiva

Per quanto riguarda l’Area Cognitiva sono presenti items che descrivono le capacità cognitive del soggetto con particolare attenzione agli aspetti legati alla relazione, sia la relazione con il proprio prodotto e lavoro artistico, sia con la comprensione della consegna. Viene inoltre valutata la capacità di rispecchiamento e la comprensione emotiva del soggetto. Nello specifico le voci presenti nella scheda di valutazione sono: *capacità di attenzione, capacità di continuità nel lavoro, capacità di pensiero astratto, capacità di usare il linguaggio non verbale, capacità di comprensione di un’eventuale consegna, capacità di concentrazione, capacità di riconoscersi nel proprio prodotto, capacità di riconoscere e nominare gli stati emotivi propri e dell’altro.*

Area Relazionale

Per quanto riguarda l'Area Relazionale sono presenti items che descrivono la qualità della relazione con l'arteterapeuta e con il gruppo, inoltre si descrive la qualità della relazione con il setting, con lo spazio, con i materiali, con orari e regole. Viene posta attenzione anche al rapporto con il prodotto artistico e con il lavoro di gruppo, considerando anche quanto sia statisticamente rilevante la presenza di gruppi di attività espressive a scopo terapeutico come emerso dai contributi del Gruppo di Approfondimento Tecnico. La sezione si apre con una domanda ("Quanto necessita l'utente di essere sostenuto dall'arteterapeuta?") la cui risposta è da indicare con un valore numerico, a cui segue una valutazione sulla qualità delle relazioni interpersonali. Nello specifico le voci presenti nella scheda di valutazione sono: *capacità di relazionarsi con l'arteterapeuta, capacità di relazionarsi con il gruppo, capacità di affidarsi, capacità di tollerare la frustrazione, capacità di avere cura dello spazio e dei materiali, capacità di rispettare gli orari e le regole, capacità di negoziare*, intesa quest'ultima come la capacità di concordare scelte legate al prodotto artistico e al processo di realizzazione di quest'ultimo.

Area Espressiva

Per quanto riguarda l'Area Espressiva sono presenti items che descrivono le capacità legate agli aspetti delle risorse interiori e creative individuali che permettono il benessere dell'utente, ma anche alla capacità di rispecchiamento nel proprio prodotto artistico. È posta attenzione sulla disponibilità a condividere il prodotto artistico anche in contesti non destinati alla cura, come mostre o eventi rivolti ad un pubblico (spettacoli e performance), nell'ottica del Modello Botteghe d'Arte che si propone l'integrazione del prodotto artistico con il mondo esterno e non solo con i luoghi destinati alla cura, in termini di condivisione e connettività con l'ambiente sociale esterno. Si pone, inoltre, attenzione alla capacità di usare il linguaggio non verbale, intesa come l'uso di movimenti corporei non stereotipati, espressioni facciali, tono muscolare, atteggiamento posturale. Nello specifico le voci presenti nella scheda di valutazione sono: *capacità ideativa e creativa, capacità di utilizzare le proprie risorse, capacità di scegliere, capacità di esprimere desideri, capacità di variare le modalità e i contenuti espressivi, capacità di modificare la tecnica artistica, capacità di esprimere soddisfazione rispetto al prodotto artistico, capacità di usare il linguaggio non verbale*.

Area Psicoeducativa

Per quanto riguarda l'Area Psicoeducativa sono presenti items che descrivono le capacità del soggetto di comprendere e utilizzare le proprie risorse all'interno del contesto della Bottega, con lo scopo di realizzare un progetto insieme all'arteterapeuta e al gruppo; inoltre si pone attenzione alla capacità di autovalutazione. Nello specifico le voci presenti nella scheda di valutazione sono: *capacità di svolgere il compito assegnato, capacità di individuare le proprie risorse, capacità di contrattazione, capacità di realizzare un progetto, capacità di valutare il proprio cambiamento, capacità di utilizzo delle proprie risorse in funzione di un lavoro condiviso*.

Valutazione Globale

Il questionario si conclude con la Valutazione Globale che come già accennato si concentra sugli aspetti più generali e condivisibili con uno sguardo che comprende gli aspetti della Recovery come percorso di cura integrato, quali *partecipazione, clima, benessere in Bottega, grado di disagio e sofferenza soggettiva*, inteso come aspetto inerente agli incontri di arteterapia, *comportamento adeguato al contesto*.

Nello specifico le voci presenti nella scheda di valutazione sotto la voce *partecipazione* sono: *partecipazione emotiva, creatività, entusiasmo, interesse per l'attività, continuità nella presenza, capacità di condividere gli interessi personali (cerca e dà informazioni)*.

Nello specifico la voce *clima, benessere in Bottega, grado di disagio e sofferenza soggettiva*, inteso come aspetto inerente agli incontri di arteterapia, presentano assegnazioni già presentate precedentemente con punteggi su scala Likert.

La voce *comportamento adeguato al contesto*, invece presenta i seguenti Items: *fa commenti positivi, fa commenti aggressivi, fa commenti svalutanti*.

CONCLUSIONI

È importante in questa sede sottolineare che questa scheda di valutazione è un'ipotesi di lavoro che noi come Centro Diurno Botteghe d'Arte stiamo utilizzando perché per ora sembra essere una delle versioni migliori, esito del percorso che noi abbiamo fatto per trovare degli strumenti di valutazione adeguati. È indispensabile che lo strumento rimanga aperto a modifiche ed eventuali riscritture.

La valutazione dell'arteterapia in un Centro Diurno deve tener conto della complessità di un intervento integrato e quindi strettamente *intrecciato* con le altre terapie. La ricerca di ciò che è peculiare dell'espressione creativa messa in atto nel processo arteterapeutico non preclude però il tentativo di una registrazione quantitativa di alcuni aspetti "chiave", come gli items sopradescritti, che accompagnano questo percorso di cura con i diversi utenti. Senza sottovalutare i rischi insiti nel sommare dei punteggi è importante sottolineare che la plausibilità di questi ultimi deve ritrovarsi nel loro fondamento teorico e quindi nella loro convalida empirica. Riteniamo auspicabile infine che la ricerca in arteterapia vada ad indagare sempre più in profondità il legame tra *l'essere* e *il fare*, come interagiscono queste due dimensioni chiave del processo di cura in arteterapia?

*Psicologa Psicoterapeuta Consulente centro Diurno Botteghe d'Arte ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda;

** Psichiatra, Psicoterapeuta, Responsabile MAPP e Botteghe d'arte ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda;

*** Educatore e arteterapeuta, consulente presso Centro Diurno Botteghe d'Arte per ARCA Onlus e Arti e Pensieri cooperativa sociale Onlus;

**** Psicologa e arteterapeuta, consulente presso Centro Diurno Botteghe d'Arte per ARCA Onlus e Arti e Pensieri cooperativa sociale Onlus

Di seguito le tre pagine che compongono la *Sintesi dell'Incontro di Arteterapia*.

Figura 1. Pagina 1 della Sintesi dell'Incontro di Arteterapia.



ARCA Onlus Associazione per il Recupero della Creatività Artistica e la Riabilitazione Psicosociale
 Ex O. P. Paolo Pini - Padiglione 7, via Ippocrate 45, 20161 Milano Tel e fax: 02 64445392 email: segreteria@mapp-arca.it

Sintesi dell'incontro di Arteterapia

Dati generali

Nome Utente:	Cognome Utente:
Servizio Inviante (barrare con una X la casella corrispondente):	
<input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> CRA <input type="checkbox"/> COMUNITA' <input type="checkbox"/> ALTRO specificare.....	
Attività individuale	
Attività di gruppo	Numero componenti del gruppo:
Nome dell'operatore (se più di uno specificare):	
Attività svolta:	
Materiali usati:	

Area Cognitiva

(Assegnare un punteggio da 1 a 5: 1. Molto scarso, 2. Scarso, 3. Sufficiente, 4. Buono, 5. Molto buono)

	N°... valutazione
Capacità di attenzione	
Capacità di continuità nel lavoro	
Capacità di pensiero astratto	
Capacità di usare il linguaggio non verbale	
Capacità di comprensione di un'eventuale consegna	
Capacità di concentrazione	
Capacità di riconoscersi nel proprio prodotto	
Capacità di riconoscere e denominare gli stati emotivi propri e dell'altro	

Area Relazionale

1. Quanto necessita l'utente di essere sostenuto dall'arteterapeuta?

(Assegnare un punteggio da 1. Poco a 5. Molto):

N°... valutazione

2. Qualità delle relazioni interpersonali:

(Assegnare un punteggio da 1 a 5: 1. Molto scarso, 2. Scarso, 3. Sufficiente, 4. Buono, 5. Molto buono)

	N°... valutazione
Capacità di relazionarsi con l'arteterapeuta	
Capacità di relazionarsi con il gruppo	
Capacità di affidarsi	
Capacità di tollerare la frustrazione	

1

Sintesi dell'incontro di Arteterapia

Figura 2. Pagina 2 della Sintesi dell'Incontro di Arteterapia.



ARCA Onlus Associazione per il Recupero della Creatività Artistica e la Riabilitazione Psicosociale
 Ex O. P. Paolo Pini - Padiglione 7, via Ippocrate 45, 20161 Milano Tel e fax: 02 64445392 email: segreteria@mapp-arca.it

Capacità di avere cura dello spazio e dei materiali	
Capacità di rispettare gli orari e le regole	
Capacità di negoziare	

Area Espressiva

(Assegnare un punteggio da 1 a 5: 1. Molto scarso, 2. Scarso, 3. Sufficiente, 4. Buono, 5. Molto buono)

	N°... valutazione
Capacità ideativa e creativa	
Capacità di utilizzare le proprie risorse	
Capacità di scegliere	
Capacità di esprimere i desideri	
Capacità di variare le modalità e i contenuti espressivi	
Capacità di modificare la tecnica	
Capacità di esprimere soddisfazione rispetto al prodotto finito	
Capacità e disponibilità a condividere con il pubblico il proprio prodotto	
Capacità di usare il linguaggio non verbale	

Area Psico-educativa

(Assegnare un punteggio da 1 a 5: 1. Molto scarso, 2. Scarso, 3. Sufficiente, 4. Buono, 5. Molto buono)

	N°... valutazione
Capacità di svolgere il compito assegnato	
Capacità di individuare le proprie risorse	
Capacità di contrattazione	
Capacità di realizzare un progetto	
Capacità di valutare il proprio cambiamento	
Capacità nell'utilizzo delle proprie risorse in funzione di un lavoro condiviso	

Valutazione Globale

- **Partecipazione**
 (inserire la voce corrispondente: molto scarsa - scarsa - sufficiente - buona - molto buona)

	N°... valutazione
Partecipazione emotiva	
Creatività	
Entusiasmo	
Interesse per l'attività	
Capacità propositive	

2

Sintesi dell'incontro di Arteterapia

Figura 3. Pagina 3 della Sintesi dell'Incontro di Arteterapia.

 <p>ARCA onlus Associazione per il Recupero della Creatività Artistica e la Riabilitazione Psicosociale Ex O. P. Paolo Pini - Padiglione 7, via Ippocrate 45, 20161 Milano Tel e fax: 02 64445392 email: segreteria@mapp-arca.it</p>					
Continuità nella presenza					
Capacità di condividere gli interessi personali (cerca e da informazioni)					
<p>• Clima Vi è stato un cambiamento in positivo nello stato d'animo al congedo rispetto all'arrivo?</p>					
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">N°... valutazione</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>		N°... valutazione		SI	NO
N°... valutazione					
SI	NO				
<p>Se si provi a valutare questo cambiamento secondo un punteggio da 1 (poco) a 10 (moltissimo) ?</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>					
<p>• Benessere in bottega (Assegnare un punteggio da 1 a 5: 1. Molto scarso, 2. Scarso, 3. Sufficiente, 4. Buono, 5. Molto buono)</p>					
<table border="1"> <tr> <td>N°... valutazione</td> </tr> </table>		N°... valutazione			
N°... valutazione					
<p>• Grado di disagio e sofferenza soggettiva (Assegnare un punteggio da 1 a 5: 1 = nessun disagio, 5= molto disagio)</p>					
<table border="1"> <tr> <td>N°... valutazione</td> </tr> </table>		N°... valutazione			
N°... valutazione					
<p>• Comportamento adeguato al contesto (Assegnare un punteggio da 1 a 5: 1. = poco, 5. = Molto)</p>					
	N°... valutazione				
Fa commenti positivi					
Fa commenti aggressivi					
Fa commenti svalutanti					
3					
Sintesi dell'incontro di Arteterapia					

Scale di valutazione psichiatriche e schede di osservazione in un atelier di Arteterapia secondo il metodo Anne Denner. L'esperienza di Crema

*di Valentina Monastra**

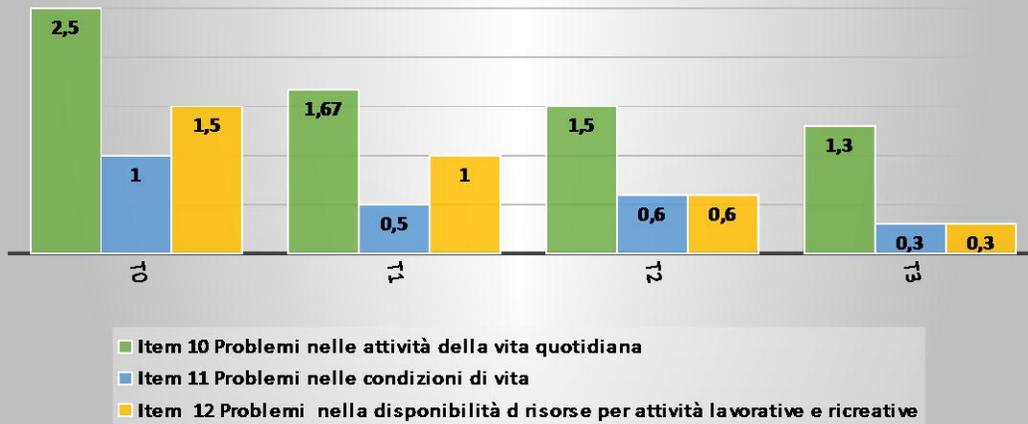
Abstract

This research is going to examine a sample of six people involved in Art Therapy activities “ Atelier la bottega della creatività “, in the context of the high rehabilitation community (cra) and within the Asst day time center in Crema. The group is closed , heterogeneous in sex and age and the main diagnosis of participants regards the psychosis area. Data collection started since December 2017 (TO) and lasted until June 2019 (T3). The tools used for the six-monthly assessment were the HONOS scale and the WHODAS 2.0. These tools were filled in by the operator (the first) and through an interview to the user (the second). At the same time a systematic observation was carried out in the expressive context, through the use of specific forms as proposed by the Anne Denner method: motricity analysis sheet in the drawing , in the painting and in the modelling; pictographic paths analysis sheet, Clay modelling sheet. Data analysis let us to hypothesize a correlation between the improvement achieved in specific items and domains examined, about above all cognition, social relations and involvement , and a few changes noted in pictorial- expressive production and in the method of approach to setting and to other people involved in the group. Although the focus of the investigation was focused on specific areas, as I specified before , the scales were compiled and administered in full; therefore these tools took into consideration other aspects of functioning and clinical aspects. In retrospect, this operation let us to highlight an important function of art therapy compared to early identification of symptoms or critical moments which could have caused a regression or blocking phase, but which identified in advance in the atelier, in the project context , they had positive implications. This result reinforces the essential role played by the expressive activity in the broader rehabilitation therapeutic project aimed at improving people's well- being level and quality of their life.

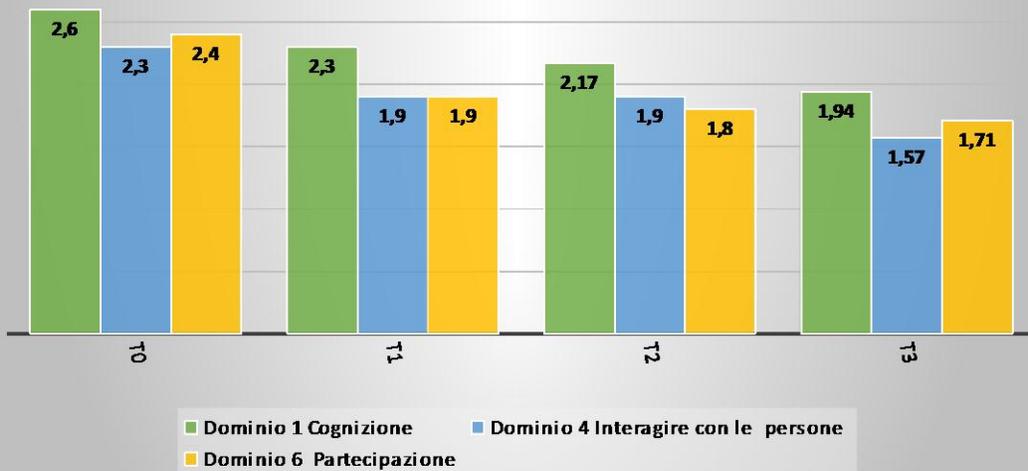
L'atelier “*La bottega della creatività* “ nasce nell'ottobre 2017 nella CRA e CD del DSM dell'ASST di Crema. Esso si ispira al metodo Anne Denner che ho avuto modo di apprendere e sperimentare presso la scuola C.R.E.T.E di Firenze. L'atelier è un luogo ove si ha uno sguardo diverso, empatico e contemplativo , oltre che artistico verso le opere realizzate, uno spazio creativo di espressione ove si assiste ad un incontro. In questo incontro si colloca il concetto introdotto dalla Denner di *bagno affettivo* , fatto di linguaggio parlato e ascoltato, di corporeità, di movimento, in uno scambio continuo tra utente, arteterapeuta, opera e gruppo. L'atelier è perciò spazio rassicurante, accogliente in cui il contatto con la materia, le forme, i colori, fa emergere l'identità complessa dell'individuo in tutte le sue sfaccettature , con le risorse, le fragilità e le capacità di riparazione. Particolare attenzione viene rivolta al disegno, all'espressione pittografica così come alla postura, al movimento, alla composizione dell'opera, alla strutturazione dello spazio in relazione ai vari elementi che interagiscono, alla modellatura, aspetti che la Denner aveva osservato nei bambini e che aveva ritrovato nei pazienti psicotici con codici espressivi connotati da istanze regressive e blocchi emozionali e/o psicomotori [1]. Perciò l'arteterapia e gli atelier di espressione plastica rientrano per le loro caratteristiche nei percorsi e

nei luoghi atti alla cura e riabilitazione di persone con patologie psichiatriche, soprattutto della sfera psicotica, in quanto offrono risposte ai bisogni emersi, il più possibile vicine alle caratteristiche individuali di ogni individuo, attraverso un registro che coniuga aspetti psichici e aspetti artistici, con l'obiettivo finale di migliorarne il benessere e la qualità di vita [2]. Il gruppo di arteterapia è stato creato individuando utenti dei due servizi in base a una serie di osservazioni fatte e condivise dall'equipe curante, in particolare tenendo conto della ridotta capacità di espressione col canale verbale, della predisposizione all'uso di un registro del fare in maniera creativa, della difficoltà nell'interazione sociale e di blocchi emozionali e psicomotori. E' un gruppo chiuso, costituito inizialmente da 8 persone, poi ridotte a 6 in seguito a drop out, eterogeneo per sesso (3 maschi e 3 femmine) e per età e con una diagnosi prevalente di patologia psicotica. Con il neo gruppo, è nata anche la volontà e la necessità di identificare degli strumenti per l'osservazione e la valutazione degli esiti e dei cambiamenti intercorsi nel tempo, perciò si è deciso di avviare tale indagine utilizzando parallelamente due tipologie di strumenti. La compilazione sistematica durante e dopo lo svolgimento dell'incontro della " *Scheda di analisi della motricità nel disegno, nella pittura e nel modellaggio* ", della " *Scheda di analisi dei tracciati pittografici* ", della " *Scheda modellatura con la creta* ", strumenti propri del metodo Denner [1], è stata affiancata dalla compilazione e somministrazione di due scale specifiche utilizzate per la valutazione nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, *HoNOS* e *WHODAS 2.0*. Le schede di cui sopra hanno permesso di raccogliere dati e informazioni sulle caratteristiche espressive e formali degli elaborati, sull'uso del corpo e sul movimento, sull'uso dello spazio e implicitamente sulla modalità relazionale di ogni utente, espressa nel rapporto con la materia. Altre sono state le motivazioni alla base della scelta delle due scale specifiche. La *HoNOS*, compilata dall'operatore, ha in essa parametri relativi al comportamento, al deterioramento, alla sintomatologia e al funzionamento psicosociale. È di facile fruibilità e può essere condivisa e compresa dai membri di tutta l'equipe per la valutazione degli esiti relativi ai pazienti adulti psichiatrici, indipendentemente dalla diagnosi. Essa si riferisce per i primi 10 items alle ultime due settimane, per gli items 11,12 ad un periodo di tempo più ampio. Per ovviare ai limiti della *HoNOS* e per supportarne i risultati si è scelto di affiancare la *WHODAS 2.0*, messa a punto dalla Organizzazione mondiale della Sanità, che prende in esame in maniera più dettagliata e specifica, qui evidente la derivazione dall'ICF, alcuni domini in relazione alle difficoltà incontrate a causa della propria condizione di salute. Essa si riferisce al mese precedente alla somministrazione. Specifica rilevanza ha avuto la scelta di focalizzarsi su alcuni items della *HoNOS* (10-11-12) e alcuni domini della *WHODAS 2.0* (1-4-6), relativi alla cognizione, alla socialità e alla partecipazione quali obiettivi sui quali lavorare all'interno dei programmi riabilitativi dei 6 utenti facenti parte del gruppo di arteterapia. Questo modus operandi ha consentito di integrare informazioni di natura diversa e osservare quali cambiamenti intercorsi e rilevati dalle scale standardizzate, fossero correlabili ai cambiamenti espressivi e formali rilevati con le schede. La raccolta dei dati è iniziata nel dicembre 2017 (T0) e si è protratta fino a giugno 2019 (T3). La compilazione delle schede di osservazione è stata sistematica mentre le scale sono state compilate e somministrate a cadenza semestrale. La prima parte di lavoro da T0 a T1, condotta insieme alla dottoressa TeRP Merlini Rebecca durante le ore del tirocinio nella struttura, ha evidenziato dei dati interessanti spronando alla continuazione di tale studio per dare ulteriore validità ai risultati ottenuti. Si è perciò continuato con costanza per i successivi 12 mesi ottenendo quanto illustrato e sintetizzato nei grafici sottostanti.

HoNOS Medie



WHODAS 2.0 Medie



Dai grafici è possibile osservare un minimo, graduale e mantenuto miglioramento delle medie negli items e nei domini presi in esame. Il matching tra questi risultati e le osservazioni estratte dalle schede ha portato a ipotizzare una correlazione con i cambiamenti nella produzione espressivo pittorica, nella modalità di approccio al setting e alle persone presenti ossia l'arteterapeuta e il gruppo stesso. In particolare:

- Rispetto alla **cognizione**, l'osservazione riportata dalle schede ha evidenziato una maggiore capacità attentiva, rivolta all'uso dei materiali e alla scelta dei supporti nonché evidente negli elementi formali quali il tratto, la velocità, la pressione e la scioltezza. Parallelamente si è evidenziata una aumentata capacità di stare sul compito nel tempo stabilito, con riduzione discreta delle interruzioni.
- Rispetto alla **socialità** si è riscontrata una apertura al gruppo, con modificazione della posizione dal posto iniziale, ampliamento del numero di spostamenti durante la seduta, aumentata ampiezza di movimenti durante la realizzazione dell'opera, accompagnata dalla scelta di supporti di dimensioni maggiori. Si è registrata anche una maggiore comunicazione e circolarità tra i partecipanti.
- In merito alla **partecipazione** le osservazioni hanno rilevato un prevalere della circolarità come disposizione fisica nello spazio atelier, soprattutto nella fase finale dedicata alla verbalizzazione. In due circostanze gli utenti si sono coinvolti in lavori di gruppo, con un passaggio dal fare individuale alla integrazione e condivisione di tutti in un'unica opera e in un caso la creazione finale è stata esposta al di fuori della struttura. Non meno importante la partecipazione intesa come volontà di provare e sperimentare nuove tecniche, con notevoli variazioni nell'uso di materiali, strumenti, colori e forme.

I risultati di questo studio sono stati condivisi con le équipes curanti e integrati con il resto del materiale per la verifica del progetto terapeutico riabilitativo di ogni paziente, sia quando connotati da miglioramenti, sia laddove abbiano riportato elementi di regressione e blocco. In taluni casi è stato anche possibile individuare sintomi o comportamenti quali prodromi di una crisi o di una ricaduta ed è stato possibile intervenire preventivamente. A testimonianza di ciò, a parte il singolo caso di un utente conosciuto da pochi mesi, non ci sono stati ricoveri in SPDC e anzi due utenti sono passati dal regime residenziale all'inserimento in CD, con ampliamento dei programmi e delle attività territoriali. Di fatti si è verificato un solo caso di importante recidiva che ha condizionato negli ultimi sei mesi presi in esame la partecipazione al gruppo di arteterapia e più in generale tutto il programma riabilitativo. Al di là delle evidenze e correlazioni ipotizzate, lo studio non manca di limiti e criticità. In primo luogo la mancanza di un gruppo di controllo che avrebbe dato forza agli esiti ma che non è stato possibile individuare per problemi legati all'organizzazione e strutturazione dei servizi CRA e CD. In seconda istanza, le schede di osservazione specifiche usate in atelier contengono una parte di parametri formali facilmente misurabili e una parte che invece potrebbe risentire di una visione soggettiva e di uno sguardo/percezione personale dell'arteterapeuta. Infine, come in precedenza accennato, le valutazioni a T3 risentono della mancanza di dati relativi ad un utente e quindi si riferiscono non più ad un campione di 6 persone ma di 5. Il lavoro esposto si inserisce in definitiva in una più ampia ricerca di modalità di valutazione e verifica degli esiti in arteterapia che consentirebbe di arricchire e potenziare la validità di tale intervento alla stregua di altri interventi basati sulle evidenze scientifiche. Ciò naturalmente esige di non perdere di vista le connaturate componenti umana, relazionale, contemplativa ed artistica dell'arteterapia, grazie alle quali aspetti inconsci e profondi emergono, si palesano e si evolvono laddove strutture cosce e verbali non arrivano.

**Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica presso ASST Crema, Arteterapeuta in formazione presso scuola triennale C.R.E.T.E.*

BIBLIOGRAFIA

[1] A. Denner, L. Malavasi: *ARTETERAPIA: METODOLOGIA E RICERCA. Gli atelier terapeutici di espressione plastica*. Libri liberi.

[2] G. Ba: *STRUMENTI E TECNICHE DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE*. Franco Angeli

Indicare per comprendere. Riflessioni sulle esperienze cliniche nel DSMD dell'ASST Lariana

di Daniele Molteni, Antonella Mundo***

Abstract

The art therapy intervention is one of the non-pharmacological integrative therapies of a relational / expressive type. Here we would like to present some considerations based on our clinical experiences of therapies with art and music in order to identify specific or transversal elements that could indicate a progress in the therapeutic process. As well as in other contexts, DSMD's teams are characterized as a multidisciplinary group. It is therefore necessary to synthesize a therapeutic process by using a common language, comprehensible to different figures. Every specialist should preserve its own specificity and competence but it's important to be able to share with other members of the team the efficacy of the therapeutic process. Referring specifically to the work with art and music in the DSMD of ASST Lariana, for the evaluation of the intervention we examined some parameters relating to the relational area, as potentially transversal to both disciplines. Furthermore we signal some items related to the specific medium.

INTRODUZIONE

L'intervento di arte terapia si colloca tra le terapie integrative non farmacologiche di tipo relazionale/espressivo. Il contenuto della presentazione nasce da esperienze cliniche di terapie con arte e musica e vuole essere uno stimolo alla riflessione e al confronto al fine di individuare quali siano quegli elementi, specifici o trasversali, che possano indicare un progresso nel processo terapeutico. L'equipe curante anche nel contesto dei DSMD si caratterizza come gruppo multidisciplinare. Vi è quindi la necessità di sintetizzare un percorso terapeutico usando un linguaggio condiviso, comprensibile a figure differenti che, valorizzando e preservando la propria specificità e competenza, possano comunicare osservando la globalità del processo terapeutico e la sua efficacia. Riferendoci, nello specifico, al lavoro con arte e musica nel DSMD dell'ASST Lariana, per la valutazione dell'intervento abbiamo preso in esame alcuni parametri afferenti all'area non verbale relazionale pensandoli come potenzialmente trasversali a entrambe le discipline e indicandone poi alcuni più specifici rispetto al mezzo espressivo.

AREA NON VERBALE RELAZIONALE

1. Osservazione, rilevazione e valutazione di parametri relazionali che possano indicare la qualità della relazione (Modalità relazionale con il terapeuta e con altri partecipanti nel caso di intervento di gruppo).

Disponibilità alla relazione:

- rifiuta
- accetta parzialmente (se sollecitato)
- entra in relazione (è soggetto promotore)

Nel lavoro gruppale

- entra in relazione con i pari
- si relaziona con il conduttore
- si relaziona con entrambi in modo flessibile

Aspetti non verbali (postura, prossemica, cinesica)

- Isolamento
- Parziale apertura
- Apertura

Viene osservato il paziente e la sua disponibilità alla relazione valutando la modalità con cui, a livello verbale e non verbale, interagisce con il terapeuta espressivo e/o i componenti del gruppo. Rifiuta rimanendo in silenzio, isolandosi prossemicamente, o addirittura lasciando la stanza. Oppure pone distanza relazionale, ma risponde se sollecitato. O infine ha un ruolo attivo nella relazione promuovendola e sostenendola.

2. Modalità di approccio con il setting (setting inteso in senso ampio come spazio e tempo dell'attività, dei materiali, del luogo, delle persone presenti)

- puntualità
- adeguatezza
- rispetto
- agiti aggressivi

Viene valutata l'adesione alla cornice terapeutica intesa nei suoi aspetti strutturali: come il paziente utilizza il setting, se rispetta le regole, se è puntuale, se ha rispetto dei materiali, degli strumenti e delle creazioni altrui, se ha rispetto dell'operatore e degli eventuali componenti del gruppo e se ha un comportamento appropriato.

3. Qualità del contenuto verbale

- Rifiuto o difficoltà alla verbalizzazione
- Verbalizzazione non pertinente con il lavoro
- Il contenuto della verbalizzazione è positivo
- Il contenuto della verbalizzazione è negativo

La verbalizzazione è la restituzione riferita alla creazione artistica/musicale o al vissuto del paziente e rappresenta una parte importante del processo. Tuttavia a volte accade che il paziente non sia disponibile a esternare e condividere il suo pensiero a riguardo. Pur rimanendo non obbligatoria, è importante per noi osservare anche questa componente del processo. La verbalizzazione può essere la descrizione o narrazione di ciò che il paziente ha creato e vissuto, oppure il terapeuta può accorgersi che il discorso inerente l'opera non sia pertinente con quanto realizzato. Il contenuto della verbalizzazione, ancora, si può riferire ad aspetti piacevoli o negativi/svalutanti.

AREA EDUCATIVA/COGNITIVA/TERAPEUTICA

Osservazione, rilevazione e valutazione delle capacità del paziente di approfondire e partecipare ad una riflessione condivisa con il terapeuta ed eventuali componenti del gruppo, in merito all'esperienza espressiva e relazionale

1. **Esame di realtà** (la verbalizzazione circa il disegno/l'improvvisazione corrisponde ad un esame di realtà?)
 - Sì
 - No

La verbalizzazione evidenzia un'incoerenza con il prodotto potenzialmente dovuta a un deficit nell'esame di realtà di natura psico-cognitiva. Nello specifico potrebbe essere dovuta all'attivazione di particolari meccanismi di difesa oppure a una mancanza di competenze cognitive.

2. Percepisce il senso dell'attività

- Sì
- Parzialmente
- No

3. Riesce ad interiorizzare e capitalizzare quanto emerge nell'elaborazione/restituzione fatta con il terapeuta/gruppo

- Sì
- Sì con minimo supporto
- Sì ma con continuo supporto

No

Il paziente è consapevole di partecipare ad un percorso terapeutico? E' consapevole dei possibili passi evolutivi relativi alla gestione della relazione intra e interpersonale? Fa proprio il valore dell'esperienza anche a fronte del confronto con il terapeuta e il gruppo? Deduciamo le risposte a questi interrogativi dalle precedenti sollecitazioni.

AREA ESPRESSIVA (MUSICA)

Osservazione, rilevazione e valutazione della qualità del contenuto musicale espresso durante l'improvvisazione

Valutazione della produzione sonoro-musicale

- Assenza di produzione
- Produzione prevalentemente individuale o comunque non rivolta alla relazione con l'altro
- Produzione prevalentemente coerente ma rimane su un piano formale e statico
- Produzione prevalentemente coerente, dinamica, con variazioni, modulazioni ed elementi di interazione dialogica

Valutazione della componente non-verbale (durante l'interazione)

- Postura/prossemica favorevole alla relazione
- Sguardi/sorrisi/espressioni del volto favorevoli alla relazione
- Postura/prossemica non favorevole alla relazione
- Rifiuto esplicito o comportamenti/atteggiamenti non favorevoli alla relazione

L'improvvisazione sonoro-musicale-vocale in una cornice terapeuticamente orientata di matrice relazionale intersoggettiva, è potenzialmente un luogo di condivisione del vissuto emotivo. Paziente e terapeuta co-creano un dialogo sonoro attraverso l'uso di strumenti musicali e della voce. Una produzione caratterizzata da variazioni, modulazioni e scambi dialogici simboleggia una condivisione non solo su un piano della forma ma anche, appunto, una compartecipazione e co-regolazione emotiva. Con riferimento a quello che è, al momento, l'unico strumento validato in letteratura per la valutazione del processo musicoterapeutico¹, è possibile sintetizzare l'interazione sonoro-musicale-vocale con una scala che va dall'assenza di produzione (il paziente si astiene) a una produzione che ha quelle caratteristiche vitali, per dirla con Stern, che ci fanno presupporre una vicinanza relazionale tra i 2 compartecipanti.

L'interazione può inoltre essere supportata anche da segnali non verbali (postura e prossemica, espressioni del volto, sguardi, sorrisi...) che confermano e rinforzano il contatto relazionale.

“E' evidente che la musicoterapia non implica semplicemente il suonare o l'ascoltare ma richiede e necessita di un coinvolgimento attivo del paziente. Include elementi del “fare musica” ma anche una discussione che sia volta ad indagare le qualità “non-verbali, creative, strutturali ed emotive” della musica incentivando la consapevolezza di sé, l'espressione, le competenze, la crescita personale del

paziente ma anche il contatto, la comunicazione e l'interazione a livello di relazioni sociali. E' di particolare importanza la costruzione di una relazione terapeutica che rinforzi le risorse del paziente".²

AREA ESPRESSIVA (ARTE)

Per quel che concerne l'Area espressivo artistica verranno osservate le modalità di lavoro attivate dal paziente a partire dalle indicazioni date da Mimma della Cagnoletta e il test ATI Art Therapy Inventory di Sara Musolino oltre ad alcune riflessioni personali sul lavoro terapeutico e relazionale.

1. Osservazione della modalità di lavoro: (secondo le modalità individuate da MDC)

- a concentrazione corporea (il paziente lavora unicamente con una grande vicinanza tra corpo e materiale, isolandosi dalla relazione)
- estetico formale (il paziente lavora ponendo attenzione al suo gesto in funzione del risultato che vuole ottenere, ha in mente un progetto di lavoro)
- narrativo simbolica (il paziente racconta cosa ha realizzato, costruendo una narrazione e dando significato al suo lavoro)
- il paziente riesce a passare dalla prima alla terza modalità passando per la seconda.
- il paziente non riesce ad accedere ad altre modalità oltre la prima.

Verrà valutato se il paziente si avvicina al lavoro artistico e in quale modalità lavoro (M.Della Cagnoletta 2006)

- i. Modalità "a concentrazione corporea" e quindi una tipologia di esperienza che coinvolge prima di tutto la sfera sensoriale, partendo dalla vista, ma procedendo con il tatto e a volte anche con olfatto e udito. (pensiamo ad esempio al fruscio delle mani che si muovono sul supporto mentre stendono grandi quantità di colore).
- ii. Modalità a risoluzione formale: quando si procede nella creazione attraverso un "bisogno estetico appagante" rispetto al proprio lavoro. Esiste un progetto, si procede pianificando spesso le varie fasi da perseguire per poter realizzare ciò che si ha in mente. Prevale al vissuto sensoriale e corporeo un'organizzazione cognitiva atta a dare forma all'opera.
- iii. Modalità narrativo simbolica: l'oggetto che si sta creando parla di Sè, evoca ricordi e narrazioni della propria vita passata e presente, tanto da indurre l'autore a condividerla con l'arte terapeuta e con il gruppo, ove presente.

E' possibile per il paziente, che conserva buone capacità cognitive, attraversare tutte e tre le modalità nella stessa seduta, oppure in un periodo più lungo del percorso. Quando ciò avviene all'interno della stessa seduta il paziente conserva un momento particolarmente intimo e solitario, isolandosi dalla relazione con l'arte terapeuta, e dalla relazione con il gruppo nel caso di un intervento grupppale. Successivamente può prendere distanza dal lavoro e osservarlo cercando di procedere passo passo per realizzare ciò che ha in mente, e che lo soddisfi da un punto di vista estetico. Quindi a conclusione è in grado di costruire una narrazione, collegandolo a esperienze personali emotive, a ricordi, a desideri e bisogni che riconosce nel risultato del processo creativo che si è appena verificato. Spesso l'esperienza artistica porta alla luce qualcosa che inizialmente non è accessibile al paziente, ma che la

consapevolezza dell'osservazione può svelare, poiché l'arte rappresenta all'esterno qualcosa di tangibile, concreto che è la rappresentazione di un contenuto interno e il più delle volte inaccessibile: "la forma è la veste della verità interna":

“La stretta affinità dell'arte con il processo primario, la forza dell'arte di creare organizzazioni o strutture senza imporre la “quotidianità” della vita sulle fantastiche complessità del mondo interno dell'uomo, rende possibile la ricerca del nascosto, dell'informe, del represso, del bizzarro senza abbandonare la spinta verso la forma. In arte, infatti la forma è la veste della verità interna”.

E. Kramer

2. Tipologia di materiale:

- controllo
- fluido
- regressivo

La tipologia del materiale che il paziente sceglie di utilizzare ci fornisce ulteriori informazioni relative al suo stare nel setting, se la sua scelta si orienta su materiali di controllo (matite colorate, pennarelli, matite di grafite,...) può essere che si senta insicuro nel fare un'esperienza più pittorica e si rifugi in forme e tracce più gestibili. Può anche essere che ciò che ha deciso di rappresentare richieda una minuzia di particolari e pertanto la scelta del materiale ricada sulle matite colorate che possano permettergli di descrivere, con piccoli tratti, la sua immagine mentale.

Quando il paziente entra nel setting e si dirige in modo molto deciso al materiale fluido può avere desiderio o bisogno, di fare un'esperienza di maggiore libertà espressiva, correndo anche il rischio di controllare con fatica il movimento dell'acquarello sul foglio, o della tempera liquida. Il lavoro con la creta (materiale regressivo), infine, porta la persona a mettersi in contatto con una serie di vissuti corporei arcaici, facendolo affiorare le emozioni relative alle prime esperienze tattili vissute e condivise nella relazione primaria.

Alcuni pazienti, in particolare quelli con psicosi, spesso accedono al processo creativo (in una fase iniziale) utilizzando materiali di controllo; in questo caso, la relazione con l'at e la costruzione di un piano di fiducia, possono accompagnare all'esplorazione di altri materiali vissuti come "pericolosi".

3. Qualità del lavoro artistico:

- si tratta di un'immagine stereotipata
- è stato realizzato un lavoro poco equilibrato sul supporto
- è stato realizzato un lavoro nel complesso equilibrato

Rispetto alla qualità del lavoro artistico osserveremo se l'immagine che è stata realizzata è stereotipata, quindi se le modalità di rappresentazione sono ripetitive e semplici, oppure se il paziente ha utilizzato forme e modalità innovative rispetto alla consueta personale modalità, ma anche alla rappresentazione iconica nota del soggetto.

Osserveremo se il supporto scelto dal paziente per la sua realizzazione risponde alle esigenze di tenuta del colore e di dimensione.

Ad esempio: se viene scelto un supporto leggero per utilizzare l'acquarello e magari predisporre un lavoro su carta bagnata. La persona dovrà probabilmente far fronte ad una fatica di tenuta e, magari, tollerare che il supporto possa danneggiarsi e di conseguenza il lavoro. Oppure venga scelto un foglio troppo grande o troppo piccolo per creare ciò che si ha in mente, mettendo la persona di fronte alla frustrazione di non avere spazio, oppure di avere troppo spazio e di non sentire di avere abbastanza contenuti per poterlo riempire.

Questo può fornire all'arte terapeuta un'occasione per muovere alcuni interrogativi nel paziente, portandolo a fare magari una riflessione condivisa sul suo mondo emotivo e interpersonale, rispetto alla metafora della scelta del supporto artistico.

L'arte terapeuta può osservare e valutare anche se l'opera realizzata nel complesso è equilibrata (per quel che concerne le forme, i colori, il peso dei materiali nelle sculture o nelle composizioni, etc.) Tale riflessione deve sempre tenere presenti le competenze e capacità del paziente, considerando eventuali fatiche cognitive, che possono impedire alla persona di fare una valutazione adeguata del suo progetto creativo, prima di realizzarlo.

4. Relazione con il lavoro artistico:

- il paziente entra in relazione con il lavoro
- il paziente non riconosce il lavoro come suo, lo rifiuta, lo sminuisce, vorrebbe distruggerlo
- il paziente riesce a entrare in relazione con il lavoro verbalizzando connessioni inerenti la sua storia

In ultima analisi verrà dato rilievo alla relazione tra il paziente e il lavoro artistico che ha realizzato, cercando di comprendere se si sia creato un legame affettivo con la creazione, e questa viene riconosciuta e nominata come "propria" dalla persona. Se il paziente inoltre riesce a fare delle connessioni tra il lavoro e la sua storia, ritrovandone elementi che stimolano i suoi ricordi (positivi o negativi), dichiarando che il lavoro lo rappresenta e manifestando un'affezione, o commozione verso ciò che ha creato.

Oppure può accadere che il paziente rifiuti il lavoro, perché esteticamente insoddisfacente, oppure perché, ciò che sta guardando, mette in moto una sua difesa, necessaria ad allontanare da sé un pensiero inaccettabile, a volte dichiarando addirittura di voler distruggere il lavoro. Compito dell'arte terapeuta è cercare di capire qual è il bisogno del paziente accompagnandolo nel conservare il lavoro, per poi riprenderlo in futuro o nel distruggerlo insieme per poter condividere comunque una fatica emotiva del paziente, che mentre "danneggia" il suo oggetto artistico, sta facendo un'azione che potrebbe causare del male anche a se stesso.

DISCUSSIONE

Questo intervento ha lo scopo di proporre alcuni spunti di riflessione per un confronto nella direzione di individuare quali siano i migliori indicatori per la valutazione di un percorso di arte terapia e per la sua condivisione all'interno di una équipe multidisciplinare.

Gli item sono stati scelti pensando al lavoro che attualmente si svolge nei vari presidi del DSMD dell'ASST Lariana e a come si condivide con le varie figure curanti.

Consapevoli del prezioso lavoro svolto finora dal Gruppo di Approfondimento Tecnico ci auguriamo che anche il nostro intervento, assieme a quello di tutte le altre realtà coinvolte, possa condurre alla creazione di uno strumento concreto per la valutazione del processo arte terapeutico e che questo rappresenti un passo verso l'inserimento a pieno titolo della figura dell'arte terapeuta nelle equipe cliniche.

**Musicoterapeuta - dipendente cooperativa Stella)*

***Arte terapeuta - consulente Associazione di volontariato ASVAP 6 Mariano Comense (Como)*

BIBLIOGRAFIA

1. RAGLIO A., GNESI M., MONTI MC, et al.: The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS): Validation of a new tool for music therapy process evaluation. Clin Psychol Psychother. 1–15, 2017. <https://doi.org/10.1002/cpp.2115>
2. WANG S., AGIUS M.: The use of Music Therapy in the treatment of Mental Illness and the enhancement of Societal Wellbeing Psychiatria Danubina. Vol. 30, Suppl. 7, pp 595-600, 2018.
3. DELLA CAGNOLETTA, M.: Arte terapia. La prospettiva psicodinamica, Carocci, Roma, 2010.
4. SARA MUSOLINO. Strumento di valutazione dell'efficacia degli interventi di Arte Terapia: Test ATI Art Therapy Inventory, Fondazione "Concetta D'Alessandro.Onlus, Caltagirone (CT), 2012

Musicalità e psicopatologia: il potere riabilitativo del canto.

di Giovanna Crespi, Agnese Tringali*, Lucia Anguilano*, Flavia Viganò*, Manuela Limonta*, Massimo Clerici**

Abstract

This study aims to verify the clinical and quality-of-life improvements produced by group rehabilitation activity on patients with serious mental illness. The activity is conducted in the Day-time Centre of the UOP 38 ASST Monza by a music and singing teacher. It consists of a weekly singing workshop that provides a musical technique phase and a creative-expressive phase, in which the music facilitates the expression of emotions, experiences and/or traumas, that are shared and reworked in the construction of a piece of music. Thirteen people with severe mental illness (six with Schizophrenic disorder, six with Mood disorder, one with serious Personality disorder) participated at the group. To verify the positive results of the activity, we tested the participants by a psychopathological perspective using some items of the BPRS scale. The subjective level of quality-of-life was assessed with the use of the self-administered Q-LES scale. We measured also musical technical skills using parameters of the musical certifications of the London College of Music (LCM) - West London University, in order to verify whether any observed clinical improvement corresponded to a technical musical improvement. These measurements were carried out before the beginning of the laboratory (T0), after one month (T1) and after six months (T2) of observation. The analysis of the data showed a progressive and significant improvement in all the psychopathological areas measured through the BPRS items ($p < 0.05$). In parallel to this clinical improvement we observed a progressive and linear improvement of the singing technique. The improvement of the quality-of-life did not reach a level of statistical significance except for one item (housework) that is significant ($p < 0.05$). We also wanted to check whether the changes in the evaluation scales administered were influenced by belonging to a diagnostic category of the subjects (group 1 - Schizophrenic disorder, six patients; group 2 - Mood disorder, six patients). Improvements highlighted on the whole group also remained on the two diagnostic groups. In patients diagnosed with schizophrenic disorder, the progress of musical learning and symptomatological improvement was slower. We observed some differences in the trend of the Q-LES item "emotion" in relation to the diagnosis, in particular patients with schizophrenic disorder showed an initial worsening followed by an improvement of the item. In conclusion, the study shows how structured musical activity in groups is an expressive rehabilitation with great therapeutic potential for subjects with a wide spectrum of serious mental pathologies.

Introduzione: le attività artistiche, come documentato da un recente importante report della World Health Organization (WHO) (Fancourt 2019) possono essere considerate interventi multimodali che agiscono a livello psicologico, fisiologico, sociale e comportamentale determinando benefici sulla salute sia fisica che mentale dei soggetti (Fancourt 2017). In particolare, il lavoro della WHO riporta una revisione della crescente letteratura circa i benefici dell'arte sulla prevenzione e sulla riduzione delle malattie mentali. Le attività artistiche vengono pertanto considerate supporto ai tradizionali approcci farmacologici e psicologici nella gestione delle patologie mentali gravi.

Considerando in modo specifico l'attività musicale, alcuni studi hanno evidenziato il beneficio apportato dalle attività musicali su patologie mentali gravi, sia per quanto riguarda i sintomi che il

funzionamento (Gold et al. 2009; Carr et al. 2013). In pazienti psicotici, la musicoterapia migliora la sintomatologia generale, lo psicoticismo, l'ideazione paranoide, le fobie, le somatizzazioni, l'ansia, la depressione così come i sintomi negativi come la mancanza di partecipazione, cooperazione, interazione, e il funzionamento psicosociale. (Volpe et al. 2018; Silverman 2003; Müller et al. 2014). Risultati positivi si sono trovati anche in soggetti con disturbi depressivi (Aalbers et al. 2017), disturbi del comportamento alimentare (Bibb et al. 2015), disturbo ossessivo compulsivo (Abdulah et al. 2019), disturbo da ansia sociale (Lazarov et al. 2017) (578), disturbo post traumatico da stress (Landis-Shack et al. 2017).

Le teorie neurobiologiche sostengono che tali benefici possano riflettere una modulazione neurotrasmettitoriale, una riduzione di ormoni dello stress come il cortisolo e una riduzione della risposta immunitaria infiammatoria (Fancourt et al. 2016; Lin et al. 2011). Altri studi suggeriscono che la musica contribuisca attraverso diversi componenti. Sembrano coinvolti, in modo particolare, il fattore estetico, l'attivazione sensoriale, l'evocazione emotiva, l'interazione sociale. I fattori estetici ed emozionali delle attività artistiche possono stimolare l'espressione e la regolazione emotiva (Juslin 2013). Per quanto riguarda l'attivazione sensoriale, è stato osservato che diverse aree degli emisferi cerebrali sono stimulate durante l'ascolto della musica, e che tale stimolazione dipenda dall'esperienza musicale del soggetto; la musica produce modificazioni a livello del sistema nervoso vegetativo, agendo trasversalmente sulle emozioni (Peretz e Zatorre 2005; Zatorre e Peretz 2003). L'interazione sociale – che è particolarmente stimolata dalle attività musicali rispetto alle altre forme artistiche (Pearce et al. 2015) - riduce il senso di solitudine e lo scarso supporto sociale, entrambi fattori strettamente connessi allo sviluppo di patologie mentali.

Alla luce di tale conoscenze le considerazioni oggetto di questo contributo si propongono di evidenziare e quantizzare i possibili miglioramenti indotti dall'attività musicale riabilitativa di canto su cluster psicopatologici in soggetti affetti da disturbi mentali. In particolare lo studio è nato dall'osservazione da parte degli operatori presenti all'attività di un miglioramento delle abilità tecniche musicali e del parallelo miglioramento del benessere psicopatologico sia soggettivo che oggettivo dei partecipanti. È stato inoltre osservato un progressivo adeguamento dei partecipanti al gruppo con un aumento delle capacità di espressione dei propri vissuti, delle proprie emozioni e delle capacità di socializzazione. Pertanto, nel seguente studio, ci siamo proposti di verificare empiricamente quanto osservato e quantificare il miglioramento clinico. Abbiamo voluto inoltre verificare se tali eventuali miglioramenti fossero in qualche modo influenzati dalla diagnosi psicopatologica dei partecipanti.

Descrizione dell'intervento “gruppo canto”

L'attività riabilitativa oggetto di osservazione riguarda un laboratorio di canto a cadenza settimanale gestito da una consulente esperta in didattica della musica e del canto, all'interno del Centro Diurno della UOP 38 ASST Monza.

L'attività rientra negli interventi riabilitativi-gruppali di tipo *espressivo* ed opera principalmente attraverso l'accettazione/coesione; l'apprendimento/modellizzazione indiretta; la catarsi; il Self-disclosure; la comprensione di sé; l'apprendimento interpersonale; lo sviluppo di tecniche di socializzazione; i fattori esistenziali.

L'attività corale di ciascuna sessione prevede una prima fase di riscaldamento e tecnica vocale ed una fase successiva in cui si entra nell'attività musicale vera e propria. Nella fase di riscaldamento vengono proposte le seguenti attività: rilassamento muscolare ed esercizi di respirazione; stretching vocale e tecnica vocale attraverso vocalizzi su scala cromatica eseguiti con “lip thrills” (vibrazione delle labbra con “br”); stretching vocale e tecnica vocale attraverso vocalizzi su varie scale e intervalli eseguiti con

vocali in “cry” (suono piccolo, di bassa intensità, in cui lavora principalmente il bordo delle corde vocali); esercizi di ear training su ritmo, intonazione, memoria, musicalità. Al termine della fase tecnica, si passa al lavoro creativo-musicale, cioè alla performance vera e propria. Partendo da un’emozione, un ricordo o un vissuto si agevola con la musica (live e/o basi) l’improvvisazione e la creatività musicale e vocale dei partecipanti; vengono così composti dei brani che, da una parte, devono soddisfare i criteri musicali (intonazione, ritmo, melodia, tecnica vocale) e dall’altra stimolano l’espressività e innescano una riflessione sul tema trattato (sia del singolo, sia del gruppo). La musica funge da facilitatore attraverso il quale le emozioni, vissuti e/o traumi vengono espresse e condivise rielaborate nel e attraverso il gruppo ed infine tradotte in parole che contribuiranno alla costruzione di un brano musicale (opera condivisa).

Il gruppo è composto da un massimo di 15 persone; l’invio al gruppo avviene su richiesta del clinico dopo condivisione del progetto con l’équipe di riferimento tenendo conto anche dell’attitudine e della richiesta del paziente stesso. A livello clinico si valuta la necessità e l’utilità per il singolo paziente che le dinamiche relazionali gruppali – mediate e facilitate dalla musica – possano favorire il superamento dell’isolamento emotivo con l’acquisizione di nuovi modi di gestire emozioni difficili.

Per poter verificare tali cambiamenti si ritiene necessario un periodo di attività di almeno sei mesi.

Materiali e Metodi:

Al fine di valutare se un’attività musicale strutturata possa effettivamente determinare un miglioramento psicopatologico in soggetti con disturbi mentali gravi sono stati selezionati all’interno della scala “Brief Psychiatric Rating Scale” (BPRS) alcuni items, considerati maggiormente rappresentativi al fine di poter quantizzare i cambiamenti percepiti e descritti dai singoli soggetti durante e dopo l’attività.

Sono stati quindi selezionati dalla scala BPRS sette items e precisamente quelli che valutano:

2 – Ansia; 11 – Contenuto insolito del pensiero; 12 – Comportamento bizzarro; 15 – Disorganizzazione concettuale; 16 – Appiattimento affettivo; 17 – Isolamento emotivo; 20 – Mancanza di cooperazione; 22 – Distraibilità.

Per verificare se al miglioramento clinico osservato dagli operatori corrispondesse anche un miglioramento soggettivo della qualità di vita dei pazienti è stata somministrata la scala “Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire” (Q-LES) , una scala di autovalutazione finalizzata ad ottenere una misura sensibile del grado di piacere e di soddisfazione che i soggetti, con patologia sia psichica che somatica, sperimentano nei diversi settori in cui si articola la vita quotidiana. In particolare la scala esplora la soddisfazione circa la salute fisica, le sensazioni soggettive, le attività del tempo libero, i rapporti sociali e le attività generali. Sono previsti, inoltre, tre items in rapporto all’attività lavorativa, casalinga, e di studente.

Per la valutazione dell’apprendimento delle tecniche musicali, sono stati somministrati alcuni parametri delle certificazioni musicali del London College of Music (LCM) - West London University. In particolare, gli utenti sono stati valutati per la componente “Technical Work”, che prevede la ripetizione di scale musicali, intervalli, melodie, pattern ritmici secondo gli obiettivi di livello “Step 1-2”, che utilizza una selezione di materiale musicale elementare (melodie semplici e indicazioni di tempo comuni e basilari) applicando un punteggio da 0 a 20 (20 senza errori).

Tutti gli utenti sono stati valutati rispetto alle tecniche musicali, ai parametri clinici di benessere psichico e di adeguamento dell’Io nel gruppo nonché al grado di soddisfazione.

Le scale sono state somministrate dagli operatori sanitari in occasione dell'attività corale nei tre tempi stabiliti e così scadenziati: T0 (inizio attività); T1 dopo 1 mese e T2 dopo 6 mesi che è stato considerato un periodo di tempo sufficiente per la verifica del cambiamento.

Campione

Il campione iniziale era composto da 15 pazienti per un tempo di osservazione di 6 mesi. Il gruppo è stato costante per tutto il periodo di osservazione con frequenza di partecipazione all'attività di una volta alla settimana; due soggetti hanno abbandonato l'attività entro il primo mese di osservazione e non sono stati considerati nelle valutazioni e nell'analisi statistica.

Il campione in esame è quindi composto da 13 soggetti adulti di età compresa tra i 23 e i 60 anni, 6 femmine e 7 maschi, con diagnosi psichiatriche maggiori: 6 pz con diagnosi di disturbo schizofrenico, 6 pz con diagnosi di disturbo dell'umore (3 unipolare e 3 bipolare) e un paziente affetto da disturbo di personalità grave. Le diagnosi sono state formulate secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5) (Biondi e Maj 2014). Tutti i pazienti si accomunano per la presenza di una grave compromissione del funzionamento sociale e relazionale in un punteggio alla Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) <60.

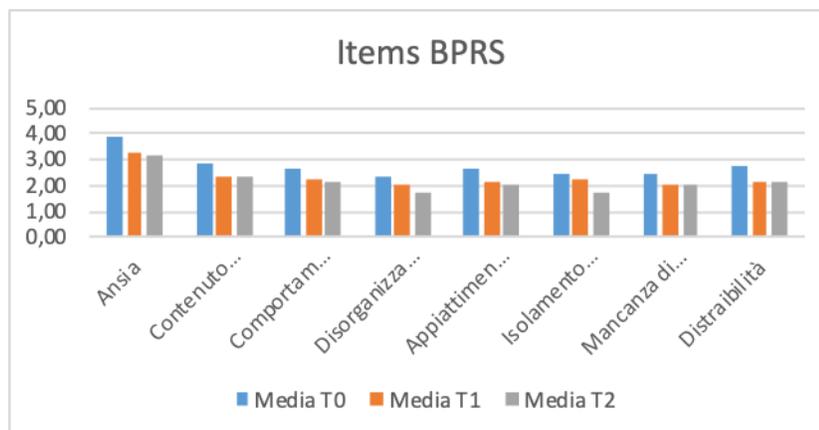
Analisi statistica

Per l'analisi statistica è stato usato il software Statistical Package for Social Science (SPSS).

I dati raccolti sono stati analizzati sia comparando il risultato della somministrazione delle scale ai vari tempi iniziale (T0), dopo un mese (T1) e dopo sei mesi (T2), sia mediante un'analisi della varianza per misure ripetute per poter valutare anche la variabile diagnostica. I pazienti sono stati suddivisi in 2 gruppi: gruppo 1 - pazienti con Disturbo schizofrenico e gruppo 2 - pazienti con diagnosi di Disturbo dell'umore (sia unipolare che bipolare); in questa seconda analisi non è stato considerato il paziente con grave disturbo di personalità e pertanto il numero complessivo di pazienti per l'analisi della varianza è stato di 12.

Risultati

Nei sei mesi di osservazione, si è verificato un progressivo e significativo miglioramento in tutte le aree psicopatologiche oggetto di studio misurato tramite gli item della BPRS tra T0 e T1 e T0 e T2. Fa eccezione l'item "isolamento emotivo", che non ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo da T0 a T1 ma che è divenuto statisticamente significativo solo nel confronto T0 versus T2 ($p < 0,05$).

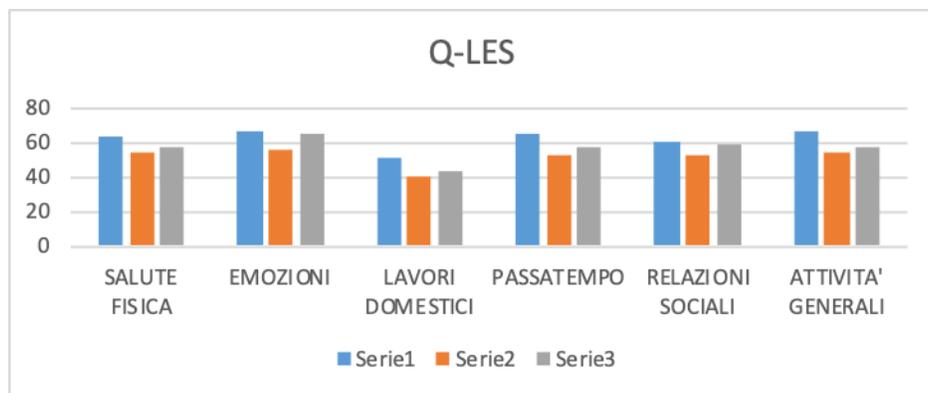


Analizzando i dati ricavati dalla scala musicale LCM - West London University si è osservato, inoltre, un progressivo e lineare miglioramento (aumento del punteggio 0-20) della tecnica canora che mantiene un andamento simile al miglioramento clinico verificato attraverso la media degli item della BPRS selezionati.

Confrontando gli items della scala BPRS in parallelo alla scala LCM - West London University si è visto come l'attività musicale strutturata condotta nel laboratorio di canto determini un miglioramento delle abilità tecniche musicali e che tale miglioramento si accompagna ad una riduzione dei punteggi degli items della BPRS. Entrambe le modificazioni risultano significative dal punto di vista statistico ($p < 0,05$) ad entrambe le valutazioni ripetute.



I punteggi derivanti dalla somministrazione della scala di autovalutazione Q-LES descrivono un miglioramento globale soggettivo che tuttavia non raggiunge un livello di significatività statistica ad esclusione dell'item "lavori domestici" che risulta significativo ($p < 0,05$) T0 versus T2.



Abbiamo quindi voluto verificare se le variazioni delle scale di valutazione somministrate fossero influenzate dall'appartenenza ad una grande categoria diagnostica dei soggetti partecipanti al coro che abbiamo suddivisi in due gruppi diagnostici principali:

gruppo 1 - *Disturbi schizofrenici*, n 6 pazienti;

gruppo 2 - *Disturbi dell'umore*, n 6 pazienti.

In questo confronto non è stato considerato un paziente che aveva come diagnosi principale Disturbo di Personalità.

Sulle valutazioni effettuate ai pazienti così suddivisi è stata condotta un'analisi della varianza per valutazioni ripetute, considerando la variabile diagnostica. La significatività statistica è stata verificata in rapporto a tre confronti:

A) variabilità all'interno dei soggetti ovvero se il gruppo considerato nel suo insieme si modifica in maniera statisticamente significativa (tutte le valutazioni effettuate vengono considerate come un unicum);

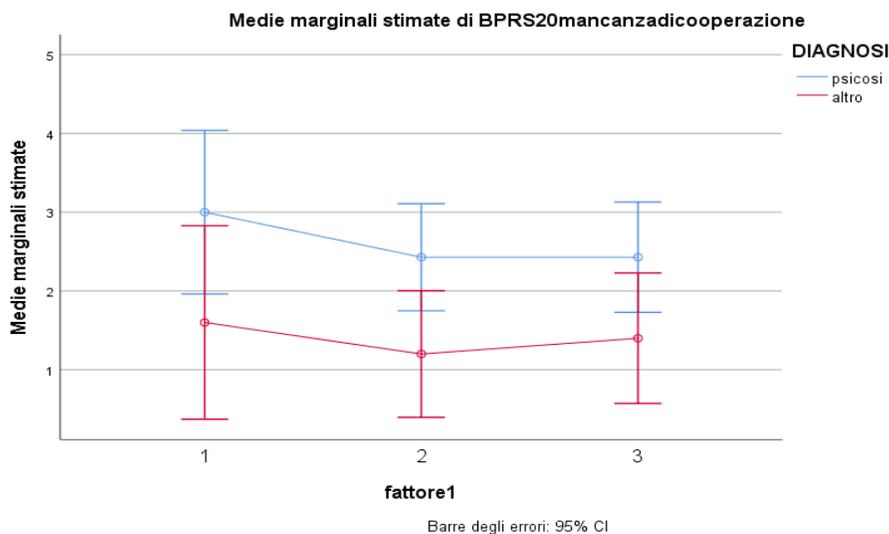
B) variabilità tra i soggetti ovvero se gli stessi si comportano in maniera diversa in rapporto alla diagnosi, non considerando l'andamento nel tempo (se tutte le valutazioni del gruppo 1 sono diverse da gruppo 2);

C) l'interazione tra il gruppo diagnostico di appartenenza e l'andamento nel corso del tempo che così risulterebbe differente tra i due gruppi diagnostici (l'andamento nel tempo dei due gruppi risulta diverso).

Vista l'esiguità del campione alcune differenze, benché presenti, non sono significative dal punto di vista statistico e, pertanto, non vengono qui di seguito riportate.

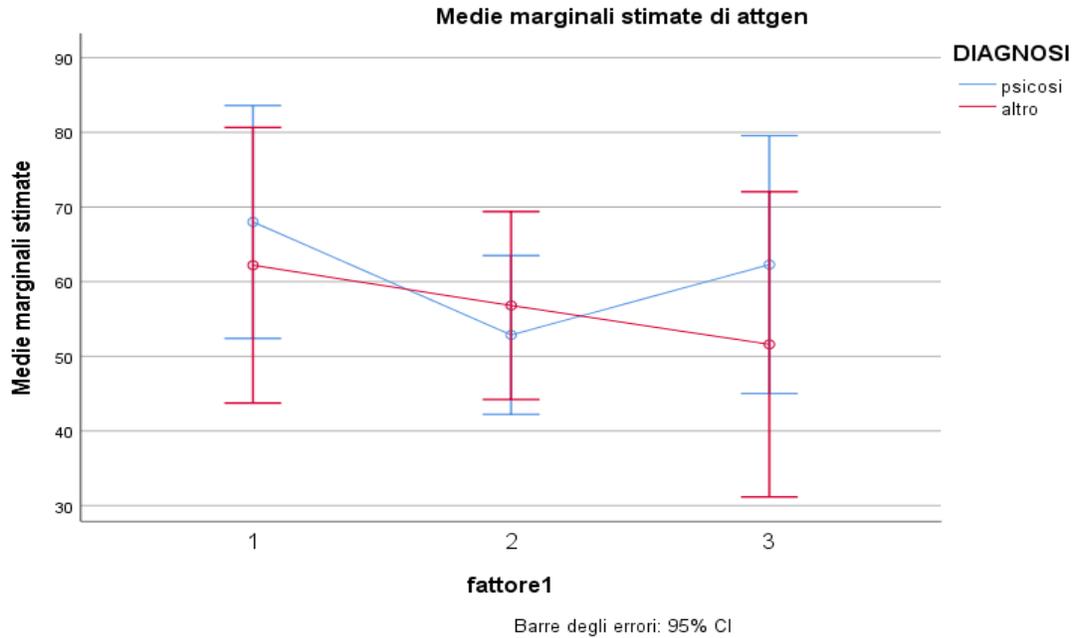
Gli item della BPRS che hanno mostrato una differenza significativa all'analisi così condotta tra i due gruppi diagnostici sono:

- Ansia, Disorganizzazione concettuale, Appiattimento affettivo, Isolamento emotivo e Distrattibilità: tutti questi items presentano una variazione statisticamente significativa all'interno dei soggetti A) come già era emerso con l'analisi del gruppo intero (il gruppo intero migliora).
- Comportamento bizzarro: significativo entro e tra i soggetti cioè oltre che modificarsi nel complesso ci sono state delle modificazioni significative tra i due gruppi A) e B) che a questo item hanno dato dei risultati significativamente differenti indipendentemente dall'andamento generale. In particolare i soggetti del gruppo 1 hanno manifestato un livello maggiore di comportamento bizzarro rispetto al gruppo 2.
- Mancanza di cooperazione: item significativo tra i soggetti B) (gruppo 1 vs 2)) diverso comportamento alle scale tra i gruppi senza una variazione significativa complessiva e indipendentemente dall'andamento. In particolare i pazienti psicotici hanno mostrato un livello maggiore di mancanza di cooperazione rispetto ai non psicotici (vedi grafico)

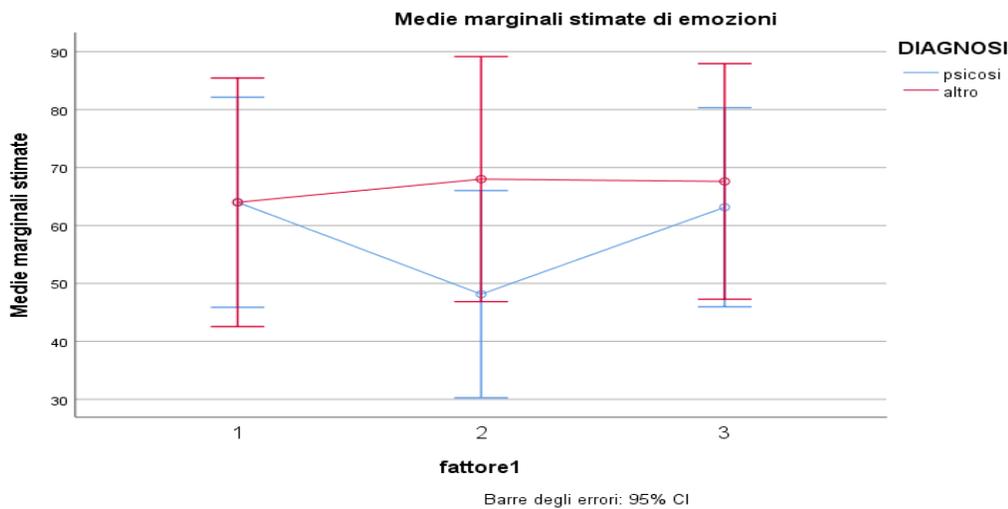


Analizzando l'andamento dei singoli item della scala Q-LES si è rilevata una significatività statistica per:

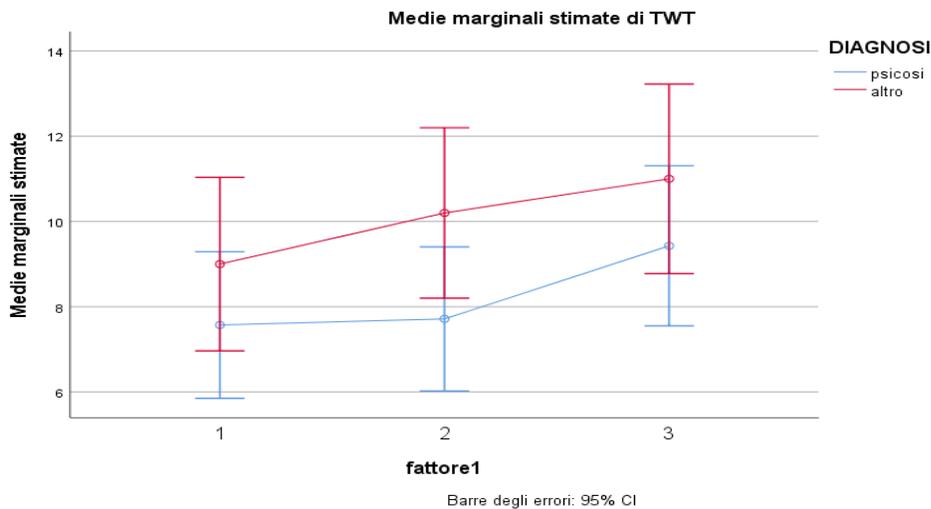
- Attività Generali: significativo il fattore entro i soggetti A) ovvero tutto il gruppo nel suo insieme



- Emozioni: significativo solo interazione tra gruppi C) cioè in riferimento alla diagnosi vi sono differenze significative delle valutazioni alle scale nel corso del tempo (diverso andamento in rapporto alla diagnosi)



Alla valutazione dell'apprendimento delle tecniche di canto risulta significativo il fattore entro i soggetti A) e in interazione C). La prova canora ha mostrato una variazione significativa nel complesso (miglioramento complessivo significativo) ed l'andamento del miglioramento è significativamente differente in rapporto alla diagnosi nei due gruppi considerati.



Discussione

Come premesso nell'introduzione, tale lavoro è nato a seguito dell'osservazione da parte degli operatori del Centro Diurno di come il laboratorio di Canto, mostrava risultati che apparivano positivi. I miglioramenti parevano evidenti non solo rispetto alle abilità musicali, testimoniate anche dalle composizioni musicali registrate nel corso degli anni, ma anche rispetto alla sfera psicopatologica. In particolare gli operatori osservavano come vi fosse un progressivo adeguamento dei partecipanti al gruppo con un aumento delle capacità di espressione dei propri vissuti, delle proprie emozioni e delle capacità di socializzazione. Pertanto, con questo studio, ci siamo proposti di verificare empiricamente quanto osservato e quantificare il miglioramento, sia tecnico che clinico.

Per misurare in modo oggettivo tali iniziali osservazioni, sono state scelte alcune scale. Per quanto riguarda le misurazioni psicopatologiche oggettive, sono stati scelti sette items della scala BPRS, che è una delle scale psicopatologiche maggiormente utilizzate negli studi clinici, di facile somministrazione, ed ampiamente validata. Per non appesantire la valutazione sono stati scelti quegli items che sono più pertinenti ai possibili miglioramenti realizzabili con una tecnica riabilitativa di tipo espressivo.

Per quantificare il benessere psico-fisico soggettivo abbiamo scelto di utilizzare la scala Q-LES, in quanto permette al paziente di valutare autonomamente il proprio grado di soddisfazione nelle aree richieste, è di facile comprensione e facilmente somministrabile.

Per quanto riguarda le misurazioni tecniche musicali abbiamo scelto la scala musicale LCM - West London University, che è una misurazione certificata e validata, ampiamente utilizzata in ambiente musicale accademico.

Abbiamo inoltre voluto verificare se la diagnosi influenzasse in qualche modo le modificazioni a livello di tecnica musicale e a livello psicopatologico. Per questo abbiamo deciso di condurre un'analisi aggiuntiva dividendo i soggetti in due gruppi – Disturbi Schizofrenici e Disturbi dell'umore – aspettandoci che i soggetti con disturbo schizofrenico presentassero un livello di gravità

psicopatologica maggiore – cosa che si è in parte rilevato – e che mostrassero pattern di risposta differenti legati alla maggior gravità della diagnosi.

Il dato più significativo è l'osservazione di un miglioramento psicopatologico oggettivato dagli operatori a seguito dell'attività. Tali miglioramenti sono risultati evidenti sia considerando l'intero gruppo, sia considerando i due gruppi diagnostici. Il risultato ci mostra che l'attività di coro ha un potere riabilitativo indipendentemente dalla diagnosi del soggetto.

Tale miglioramento è stato evidenziato rispetto alle capacità di socializzazione e di stare in un gruppo (items BPRS: capacità di cooperazione, comportamento bizzarro, distraibilità) nonché rispetto alla capacità di esperire e manifestare emozioni (Items: appiattimento affettivo, isolamento emotivo). Il maggior livello di gravità degli Items Comportamento bizzarro e Mancanza di cooperazione nei soggetti con disturbo schizofrenico è comprensibile se si considera il maggior grado di disadattamento sociale e relazionale dei soggetti con tale diagnosi.

La concomitante diminuzione dell'ansia è comprensibile se pensiamo che l'ansia altro non è che una risposta emotiva, che quando raggiunge livelli patologici è eccessiva e inadeguata allo stimolo. Una miglior capacità di esperire e manifestare emozioni potrebbe quindi determinare una riduzione della sintomatologia ansiosa. Per quanto riguarda i miglioramenti oggettivati a livello della disorganizzazione concettuale, e contenuto insolito del pensiero, tale dato supporta l'ipotesi che l'attività di canto proposta ha un potere riabilitativo sul benessere psicopatologico generale del soggetto, non solo quello correlato direttamente alle emozioni.

Abbiamo rilevato inoltre, come il miglioramento psicopatologico corredi positivamente con il miglioramento della tecnica musicale. Questo supporta la tesi descritta nell'introduzione di come l'attività musicale produca modificazioni a livello del sistema vegetativo, agendo anche trasversalmente a livello dell'emotività.

Si è evidenziato inoltre come il gruppo di soggetti con diagnosi di Schizofrenia abbia un andamento di miglioramento tecnico musicale e dell'item emotività alla Q-LES significativamente diverso dai soggetti del gruppo con disturbo dell'umore.

Per quanto riguarda l'item Emozioni della scala Q-LES, il gruppo con diagnosi di Schizofrenia ha mostrato un miglioramento non lineare, in quanto si è evidenziato un peggioramento tra T0 e T1, a cui è seguito un miglioramento tra T1 e T2.

L'item Emozioni misura la soddisfazione e il piacere derivati dalle sensazioni soggettive (es sentirsi soddisfatto della propria vita, del proprio aspetto, delle proprie qualità tra cui sensazione di essere autonomi, capaci di prendere decisioni, di prendersi cura di se stessi...). È possibile ipotizzare che i soggetti con Disturbo Schizofrenico reagiscano inizialmente con un peggioramento della percezione delle proprie sensazioni soggettive perché la loro patologia li espone particolarmente a un ritiro relazione e emotivo, per cui un'attività espressiva come il canto faccia evidenziare almeno inizialmente tali difficoltà, che vengono superate dopo più tempo.

Tale particolare andamento della curva si è in realtà evidenziato anche per gli altri items della Q-LES, senza tuttavia raggiungere il livello di significatività statistica. Sarebbe interessante vedere se con un campione maggiore, tale andamento si evidenzia in modo significativo per tutti gli items della scala.

Per quanto riguarda l'andamento del miglioramento tecnico musicale, si è evidenziato come i soggetti con Disturbi Schizofrenici abbiano un miglioramento inizialmente più lento. Tale risultato potrebbe essere connesso alla generale maggior compromissione cognitiva dei soggetti con Disturbo Schizofrenico.

La mancata osservazione di un miglioramento soggettivo valutato tramite la Q-LES come invece ipotizzato all'inizio dello studio – eccetto che per i lavori domestici - potrebbe essere spiegabile

dall'ipotesi che per evidenziare un miglioramento in tale senso sia necessario un monitoraggio più lungo nel tempo, soprattutto avendo considerato soggetti gravemente compromessi sul piano sociale e relazionale, con quindi scarse capacità di nuovi adattamenti in tempi brevi. Sarebbe interessante monitorare l'andamento di tale misurazione lungo un tempo maggiore, di anni.

Conclusioni

In conclusione, possiamo affermare l'attività musicale strutturata, in gruppo, è uno strumento riabilitativo di tipo espressivo con buone potenzialità terapeutiche e facilmente realizzabile in un centro diurno. Nella nostra esperienza al miglioramento della tecnica musicale si è accompagnato un miglioramento sintomatologico e della qualità della vita dei pazienti che vi hanno partecipato per almeno sei mesi. Attraverso l'apprendimento delle tecniche canore i partecipanti hanno appreso delle capacità ad esperire e trasmettere i propri vissuti emotivi. Alcune differenze sia nell'apprendimento della tecnica musicale che nell'andamento delle emozioni e della sintomatologia nel periodo considerato sono state rilevate in rapporto alla diagnosi. Nei pazienti con diagnosi di schizofrenia gli andamenti dell'apprendimento musicale e del miglioramento sintomatologico e risultato più lento. E' nostra intenzione proseguire l'osservazione del campione con ulteriori valutazioni a distanza di uno o due anni dall'inizio della partecipazione al gruppo canto.

*DSMD ASST Monza.

BIBLIOGRAFIA

Aalbers, Sonja; Fusar-Poli, Laura; Freeman, Ruth E.; Spreen, Marinus; Ket, Johannes Cf; Vink, Annemiek C. et al. (2017): Music therapy for depression. In: *The Cochrane database of systematic reviews*, 11, CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub3.

Abdulah, Deldar Morad; Miho Alhakem, Salim Saadi; Piro, Rasoul Sabri (2019): Effects of music as an adjunctive therapy on severity of symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder: Randomized controlled trial. In: *Nordic Journal of Music Therapy* n. 1, 28, pp. 27–40. DOI: 10.1080/08098131.2018.1546222.

Bibb, Jennifer; Castle, David; Newton, Richard (2015): The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa. In: *Journal of Eating Disorders*, 3. DOI: 10.1186/s40337-015-0088-5.

Biondi, Massimo; Maj, Mario (2014): DSM-5®. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. 5. ed. Milano: R. Cortina.

Carr, Catherine; Odell-Miller, Helen; Priebe, Stefan (2013): A systematic review of music therapy practice and outcomes with acute adult psychiatric in-patients. In: *PloS one* n. 8, 8, e70252. DOI: 10.1371/journal.pone.0070252.

Fancourt, Daisy (2017): Oxford University Press (1).

Fancourt, Daisy; Perkins, Rosie; Ascenso, Sara; Carvalho, Livia A.; Steptoe, Andrew; Williamon, Aaron (2016): Effects of Group Drumming Interventions on Anxiety, Depression, Social Resilience and Inflammatory Immune Response among Mental Health Service Users. In: *PloS one* n. 3, 11, e0151136. DOI: 10.1371/journal.pone.0151136.

Fancourt, Daisy; Finn, Saoirse (2019): What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review *HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 67* WHO.

Gold, Christian; Solli, Hans Petter; Krüger, Viggo; Lie, Stein Atle (2009): Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology review* n. 3, 29, pp. 193–207. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.01.001.

Juslin, Patrik N. (2013): From everyday emotions to aesthetic emotions: towards a unified theory of musical emotions. In: *Physics of life reviews* n. 3, 10, pp. 235–266. DOI: 10.1016/j.plrev.2013.05.008.

Landis-Shack, Nora; Heinz, Adrienne J.; Bonn-Miller, Marcel O. (2017): Music Therapy for Posttraumatic Stress in Adults: A Theoretical Review. In: *Psychomusicology* n. 4, 27, pp. 334–342. DOI: 10.1037/pmu0000192.

Lazarov, Amit; Pine, Daniel S.; Bar-Haim, Yair (2017): Gaze-Contingent Music Reward Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. In: *The American journal of psychiatry* n. 7, 174, pp. 649–656. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16080894.

Lin, Shuai-Ting; Yang, Pinchen; Lai, Chien-Yu; Su, Yu-Yun; Yeh, Yi-Chun; Huang, Mei-Feng; Chen, Cheng-Chung (2011): Mental health implications of music: insight from neuroscientific and clinical studies. In: *Harvard review of psychiatry* n. 1, 19, pp. 34–46. DOI: 10.3109/10673229.2011.549769.

Müller, Wolf; Haffelder, Günter; Schlotmann, Angelika; Schaefer, Andrea T. U.; Teuchert-Noodt, Gertraud (2014): Amelioration of psychiatric symptoms through exposure to music individually adapted to brain rhythm disorders - a randomised clinical trial on the basis of fundamental research. In: *Cognitive neuropsychiatry* n. 5, 19, pp. 399–413. DOI: 10.1080/13546805.2013.879054.

Pearce, Eiluned; Launay, Jacques; Dunbar, Robin I. M. (2015): The ice-breaker effect: singing mediates fast social bonding. In: *Royal Society open science* n. 10, 2, p. 150221. DOI: 10.1098/rsos.150221.

Peretz, Isabelle; Zatorre, Robert J. (2005): Brain organization for music processing. In: *Annual review of psychology*, 56, pp. 89–114. DOI: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070225.

Silverman, Michael J. (2003): The influence of music on the symptoms of psychosis: a meta-analysis. In: *Journal of music therapy* n. 1, 40, pp. 27–40. DOI: 10.1093/jmt/40.1.27.

Volpe, Umberto; Gianoglio, Carlo; Autiero, Luca; Marino, Maria Luisa; Facchini, Diana; Mucci, Armida; Galderisi, Silvana (2018): Acute Effects of Music Therapy in Subjects With Psychosis During Inpatient Treatment. In: *Psychiatry* n. 3, 81, pp. 218–227. DOI: 10.1080/00332747.2018.1502559.

Zatorre, Robert J.; Peretz, Isabelle (2003): *The cognitive neuroscience of music*. Oxford: Oxford University Press.

L'utilizzo delle scale di valutazione in arte terapia.

*di Barbara Fioletti**

Abstract

The ASST Spedali Civili of Brescia wants to bring attention to the use of psychiatric assessment scales to measure results in Art Therapy. Some observations are provided about the use of HONOS normally filled in by the operators. The data collected aren't numerically significant but they aim to analyse different Honos assessment are as through an evaluation of the advantages and disadvantages compiling the scale and reading the outcomes. These considerations aim to enrich the discussion about the assessment of the effectiveness of Art Therapy intervention. This article shifts discussion from any current methodological differences in the practical field to the identification of sensitive instruments for the measurement of the changes inpatients' quality of life, independently from the Art Therapy method used by the expert and with outtaking into consideration the discussion about whether an effective method in psychiatric rehabilitation exists.

Nella conduzione di gruppi di arte terapia, in questi vent'anni di esercizio della professione di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica con formazione in arte terapia, mi sono spesso interrogata sulla modalità di valutazione di questi interventi. Autori come Mimma Della Cagnoletta (2010) sottolineano come in questo campo la riflessione sugli esiti, passi direttamente dallo studio di casi clinici, modalità che difatti hanno permesso la mia formazione: prima attraverso la scuola di Arteterapia Lyceum a Milano, poi seguendo le supervisioni con Elisabeth Stone. Entrambi i percorsi mi hanno guidato nell'approfondimento ulteriore della metodologia Edith Kramer.

La mia pratica dell'arte terapia in ambito psichiatrico, mi ha consentito di vedere i miglioramenti possibili nel trattamento delle psicosi, anche quelle più gravi, condividendo quanto affermato dalle linee guida inglesi: nella NICE 2014 l'Inghilterra ha, infatti, inserito gli interventi in Arti Terapie come quelli con una evidenza scientifica nel trattamento della schizofrenia, sottolineando come l'utilizzo consenta in particolare di alleviare la sintomatologia negativa.

La realtà americana invece ha introdotto l'arte terapia in differenti contesti sanitari, preoccupandosi nella pratica quotidiana di misurare anche gli esiti degli interventi, le riflessioni in merito possiamo ritrovarle in testi come quello di Cathy Malchiodi "Arteterapia e cura della salute".

In Italia osserviamo un secolare utilizzo di laboratori espressivi all'interno delle realtà dipartimentali non correlato però all'utilizzo di strumenti di valutazione. Nel tentativo di mappare le tipologie di intervento proposte all'interno dei servizi di Salute Mentale, la Sirp ha sviluppato progetti pilota come: "Survey 2011-12 Sirp Lombardia" da cui è emerso che le tecniche espressive mantengono una discreta distribuzione nei DSM. In particolare dall'analisi dei dati emerge come le attività espressive vengano particolarmente gradite dagli utenti ed è per questo motivo che i servizi non hanno mai smesso di proporre, si collocano infatti al 5° posto nella classifica delle attività maggiormente inserite nelle strutture. Un'altra Survey nazionale, proposta sempre dalla Sirp, a cui ha risposto circa il 20% delle strutture dipartimentali ha confermato questa tendenza anche a livello nazionale, il 30% delle attività svolte rappresentano gruppi che utilizzano l'arte. La sopravvivenza di questa pratica nel tempo, va ricercata sicuramente nella buona aderenza che dimostrano gli utenti a queste attività.

In ambito di formazione in arte terapia ho cercato più volte di affrontare con i colleghi arte terapeuti il tema: quali strumenti di valutazione ci possono essere utili per misurare gli esiti in arte terapia? Due tesi discusse con gli studenti dell'Università degli Studi di Brescia hanno tentato di aprire il dibattito, prima Rebecca Merlin con "Arteterapia e valutazione; utilizzo dello strumento non verbale nella riabilitazione psichiatrica" anno Accademico 2017-2018, poi Silvia Valetti "La musica come terapia: riflessioni dopo il laboratorio di musica" 2017-2018. In entrambi i casi con le studenti abbiamo affrontato il tema della valutazione delle arti terapie, utilizzando delle scale validate psichiatriche, strumenti che non nascono con l'obiettivo specifico di misurare gli esiti dei trattamenti arte terapeutici ma che forse ci consentono comunque di fare delle riflessioni in merito alla misurabilità dei cambiamenti promossi nei percorsi di arte terapia.

Le esperienze trattate in sede di discussione riguardano degli interventi di gruppo della durata di sei mesi, considerazioni personali che non sono supportate da campioni numerici da cui trarre considerazioni significative da una prospettiva scientifica. Con la prima studentessa abbiamo utilizzato come scale di valutazione: Honos, Whodas, affiancando una scheda osservativa personale. Nella seconda tesi, con l'equipe curante abbiamo adottato come strumenti di valutazione: Whoqol-breve, Basic Self-Esteem Scale, FPS (Scala di funzionamento personale e sociale).

Quando si entra nel mondo delle scale validate, infatti, si scopre che possono essere molte le proposte valide all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, ci si trova quindi a dover selezionare quelle più sensibili a misurare gli aspetti che rientrano in modo specifico nel cambiamento promosso dall'arte terapia.

In questa ampia gamma ci sono strumenti che si prestano in modo specifico alla ricerca scientifica quantitativa, altri invece concepiti più come strumenti autosomministrabili, che l'operatore può proporre con l'obiettivo di introdurre degli elementi di riflessione con l'utente, toccando punti comuni a quelli affrontati nel percorso di arte terapia.

La selezione delle scale più sensibili si scontra con la necessità dell'operatore di quantificare il tempo necessario per la compilazione di quella eventualmente scelta. Le autosomministrate ovviamente comportano per il servizio meno dispendio di tempo ed a volte i pazienti le apprezzano perché possono essere compilate comodamente in sala d'attesa tra un appuntamento e l'altro.

Tutte queste considerazioni sviluppate nei lavori di tesi ho deciso di applicarle anche all'interno della mia pratica quotidiana.

Il gruppo di Arte terapia oggetto delle mie riflessioni è condotto dalla sottoscritta dal 2016 in un contesto locale dove l'arte terapia non è conosciuta, raccoglie utenti ambulatoriali che afferiscono al CPS dell'ASST Spedali Civili di Brescia. Il mio tentativo di iniziare a misurare i cambiamenti inizia nella seconda metà del 2017, ne sento l'esigenza in un contesto lavorativo abituato a lavorare con

tecniche evidence based. La mancanza di dati relativi alle evidenze in arte terapia a livello nazionale italiano ha di fatto condizionato i miei colleghi nell'utilizzare questo gruppo come reale possibilità di cambiamento per gli utenti. Questo atteggiamento critico, si è scontrato con la mia profonda convinzione professionale che l'arte terapia rappresenti un percorso terapeutico riabilitativo fondamentale nel trattamento dei disturbi mentali che determina profondi cambiamenti del Sé, come afferma Kandel (2016) “l'arte permette alla nostra percezione del quadro di interagire con i processi mentali legati al nostro sé, di influenzarli, e magari perfino di essere incorporati in essi”. Queste profonde convinzioni mi hanno stimolata ad individuare quali aree del funzionamento personale e sociale potessero essere maggiormente interessate e trasformate dal processo artistico.

In questi venti anni di osservazione di gruppi di arte terapia quello che mi ha sempre colpito maggiormente sono stati i cambiamenti a livello relazionale, in particolare all'interno del gruppo, dove i membri creano un clima di fiducia, di libertà, parlando di vari temi legati alla quotidianità. Attivando dei complessi meccanismi di solidarietà e condivisione tra i membri tanto da favorirne in un certo senso percorsi di recovery, infatti i miglioramenti relativi alla qualità delle relazioni in genere, si traducono anche in ampliamenti delle reti territoriali del pz; come se il miglioramento avvertito all'interno dei servizi mentali, con il tempo si traducesse anche in una maggior apertura verso il territorio d'appartenenza. Oltre all'aspetto relazionale, l'altra grande area coinvolta nel cambiamento è quella dell'autorealizzazione, sostenendo come direbbe Bandura (1997) in particolare “the self-efficacy”, costruito prezioso per “la spiegazione, la previsione e il cambiamento in ambito clinico, educativo, sportivo, organizzativo, sociale e politico” (Bandura 1997).

Queste sono secondo me le due macroaree in cui si osserva il maggior cambiamento, l'aspetto relazionale, l'autostima in particolare la self-efficacy.

Per osservare questi due aspetti ho deciso di utilizzare nel gruppo di arte terapia: la HONOS, la whoqol-breve, la SERS. Ho optato per la Honos perché è largamente utilizzata dall'equipe dove lavoro, questo ci permette di costruire un comune linguaggio valutativo tra professionisti portatori di differenti competenze, cogliendo meglio le sfumature del soggetto di cui vorremmo valutare il cambiamento. Nel lavoro di tesi di Merlini, inoltre, avevamo già osservato come la scala Honos avesse segnalato dei cambiamenti soprattutto negli Item 10 – 11 – 12, riguardanti gli aspetti relazionali relativi al nucleo familiare ma anche al contesto esterno territoriale. A seguito di queste considerazioni ho reputato che la Honos, normalmente compilata dai colleghi nel servizio, potesse misurare i miglioramenti osservati nell'area del funzionamento relazionale e sociale con maggior semplicità rispetto l'introduzione di un'ulteriore scala aggiuntiva.

Più complicato è stato decidere invece quale strumento potesse valutare la self-efficacy, aspetto complesso che richiederebbe la somministrazione di test psicologici specifici ma che soprattutto negli ultimi anni ha visto nascere numerosi strumenti volti a valutarla. In precedenti lavori di tesi avevamo utilizzato la SERS Self-esteem rating scale Nugent & Thomas 1993, tradotta dall'Università degli Studi dell'Aquila, in particolare l'avevamo utilizzata per misurare la variazione all'interno di percorsi SAR. Molto utile sarebbe stata anche la Basic-Se utilizzata nel lavoro sul gruppo di musica, quest'ultima ci sembrava però troppo specifica rispetto la mia esigenza osservativa.

La valutazione dell'aspetto relativa alla self-efficacy ho cercato di ottenerlo attraverso l'utilizzo di due questionari combinati: SERS e Whoqol-breve. Quest'ultima è stata concepita all'interno di un progetto internazionale dell'OMS, che indaga 4 aree che rappresentano il costrutto della Qualità di Vita: area della salute fisica, area psicologica, area delle relazioni sociali e area dell'ambiente.

La valutazione all'interno del gruppo di arte terapia del Centro Psico Sociale è iniziata nel 2017, è stata proposta a tutti i 21 utenti che sono transitati nel gruppo, escludendo però quei percorsi che avessero una durata inferiore ai sei mesi.

In realtà il tentativo di monitorare l'andamento dei percorsi mal si è conciliata con le caratteristiche del gruppo ambulatoriale, dove osserviamo la copresenza di utenza con disturbo cronico e utenti con disturbi transitori e meno invasivi che, forse anche grazie alla frequenza al gruppo di arte terapia, hanno potuto riprendere la propria attività lavorativa. Questa seconda popolazione rappresenta una piccola parte del gruppo di arteterapia, soprattutto nel lungo periodo. A differenza delle esperienze di tesi volevo osservare l'andamento valutativo arte terapeutico sul lungo periodo, a giugno 2019 ho potuto valutare eventuali cambiamenti a distanza di due anni.

In realtà il mio gruppo è molto dinamico, in genere si caratterizza per la presenza da quattro a sette persone, in questi anni di attività ha coinvolto complessivamente 21 utenti: di questi due hanno recentemente iniziato il percorso e non sono state quindi prese in considerazione; una persona ha frequentato in maniera continuativa tutto il periodo; due persone hanno concluso il loro percorso di arte terapia perché gli aspetti simbolico-artistici sono stati sufficientemente approfonditi; quattro interrompono dando la precedenza ad impegni lavorativi sopraggiunti; tre vengono interrotti per varie motivazioni tra cui trasferimenti ad altro servizio o comunità esterna all'unità operativa.

Sul lungo periodo possono essere rivalutati quindi solo un numero minore di persone. In aggiunta l'utilizzo delle scale scelte ha evidenziato alcuni limiti delle stesse. La Sers non è stata particolarmente apprezzata dagli utenti, con i suoi 40 item è stata considerata troppo lunga e per le caratteristiche persecutorie di alcuni membri del gruppo, è stata vissuta, in alcuni casi, anche come troppo indagatoria, molti utenti infatti si sono rifiutati fin dall'inizio di rispondere, alcuni pur avendo accettato la prima volta, a distanza di un anno hanno preferito non esiguirla.

Molto più apprezzata la Whoqol-breve che è stata vissuta come più semplice e in alcuni casi i pazienti hanno considerato positivo che il servizio si informasse rispetto alle opinioni personali riguardanti ad esempio la salute, la fatica nello svolgere le normali mansioni quotidiane etc, quesiti che vengono percepiti come attenzione del servizio rispetto ciò che pensa l'utente.

Utile si è rilevato l'utilizzo nel servizio della scala Honos, quest'ultima è compilata regolarmente dai colleghi infermieri con il medico di riferimento dell'utente. L'utilizzo di questo strumento, molto semplice, richiede solo un breve corso di aggiornamento specifico per acquisire le competenze necessarie per la compilazione, ha il vantaggio di poter monitorare il funzionamento dell'utente prendendo in considerazione differenti aree. In questo modo è stato possibile incrociare gli esiti delle scale whoqol-breve e Sers con le rilevazioni semestrali della Honos.

Tabella A riporta le scale e il periodo di compilazione della scala di valutazione.

UTENTE X	HONOS	Whoqol	SERS
A 2016/17			
B 2016/17	X		
B 2017/18	X	Sospende	Sospende
B 2019	X	X	X
C 2016/17	Concluso	Sei mesi	
D 2016/17	Interrotto	Meno di sei mesi	
E 2016/17	X	SOSPESO	
F 2017	X	X	X
F 2018	X	X	X
F 2019	X	Sospende	
G 2017/18	X	Interrotto	
H 2017/18	X	Sospeso	
I 2016	X	X	X
I 2017/18	X	X	X
I 2018/19	X	Sospende	Sospende
L 2017	X		
L 2018	X	X	X
L 2019	X	X	X
M 2017/18		Rifiuta	Rifiuta
N 2017/18	X	Rifiuta	Rifiuta
O 2017/18	Concluso	Sei mesi	
P 2018	Interrotto	X	X
Q 2019	X	X	Rifiuta
R 2019	X	X	X
S 2019	X	X	X
T 2018 ott	X		
T 2019	X	X	X
U 2019	X	X	X
Totale 19 utenti	2016/2019		

Ovviamente non abbiamo nessuna indicazione rispetto a delle evidenze, ci permettono solo di fare alcune considerazioni personali sul gruppo da me condotto.

Nel lavoro di tesi di Merlini, nel gruppo si erano osservati lievi miglioramenti a sei mesi negli item 10 11 12 della Honos, speravo di poter confermare questo andamento anche sul periodo osservato, cosa che invece non si è verificata. Sul lungo periodo si constata infatti un costante peggioramento medio. Questo si può spiegare anche con la permanenza delle situazioni più croniche sui due anni, poichè quelle con prognosi migliori, come assunzioni in cura o consulenze, vengono poi dimesse dal servizio ambulatoriale.

Vista l'esiguità dei numeri ma soprattutto il mio desiderio di non perdere il contatto con la realtà del soggetto, ho cercato di fare delle riflessioni come nelle situazioni di "caso studio" (Mimma Della Cagnoletta), soffermandomi sulla Sers di due membri del gruppo di arte terapia.

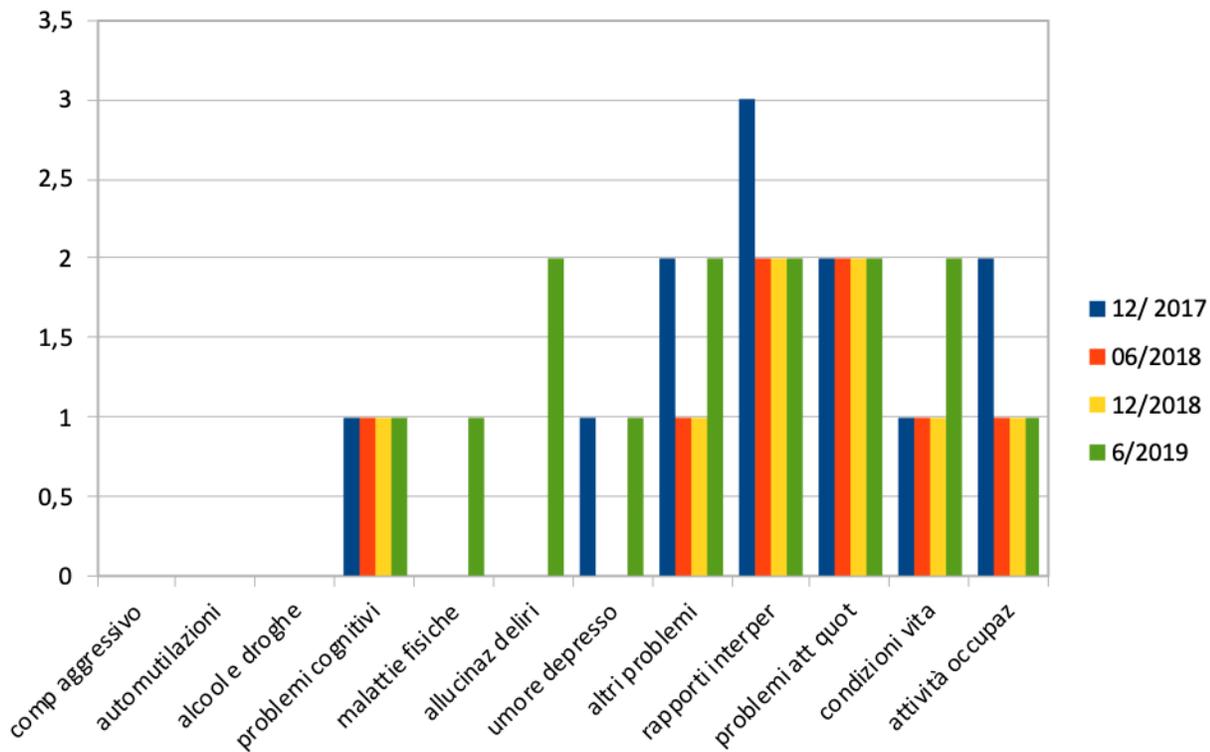
Sers L compilata dall'unico utente che ha seguito in maniera continuativa dal 2017 ad oggi e che ha rieseguito il questionario senza stancarsi dei 40 quesiti. Si sono registrati miglioramenti nei quesiti: "quando sono con le altre persone, sento che sono contente di stare con me", "sento che se gli altri mi

conoscessero davvero bere non piacerei loro” (4-2), “mi sento inferiore alle altre persone”, “mi sento rilassato quando conosco nuove persone”, “non mi piaccio” , “ *mi sento fiducioso nelle mie capacità di affrontare situazioni difficili*”(5-7), “*Sento di non essere molto simpatico*”, “I miei amici mi danno molto valore” (3-7). Confermando quindi l’influenza dell’intervento di arte terapia nel funzionamento relazionale-sociale e nel percepirsi con una maggior self-efficacy.

SERS I situazione opposta: utente che interrompe percorso dopo un anno di arte terapia, la prima compilazione Sers avviene a giugno 2018 prima della pausa estiva dopo un anno continuativo di arte terapia, a settembre l’utente interrompe il percorso. A giugno 2019 accetta di compilare ugualmente le scale di valutazione, per non avendo seguito il gruppo. Si osservano dei peggioramenti in domande come: “sento che se gli altri mi conoscessero davvero bere non piacerei loro”(2-4), “sento che alla gente piace davvero parlare con me” , “quando sono con altre persone, sento che sono contente di stare con me”, “*mi sento fiducioso nelle mie capacità di affrontare situazioni difficili* ”(4- 2), “*sento di non essere molto simpatico*”, “*i miei amici mi danno molto valore*”(4-2).

In un questionario di quaranta quesiti, entrambi i cambiamenti dei due partecipanti si osservano su quesiti comuni, “*mi sento fiducioso nelle mie capacità di affrontare situazioni difficili*” , “sento che gli altri se mi conoscessero davvero bene piacerei loro”, “i miei amici mi danno molto valore”, in particolare su questi quesiti comuni il movimento del cambiamento è contrapposto: **I** dopo un anno di interruzione sembra riportare una minor fiducia nelle sue capacità ed è più deluso dalle sue relazioni; **L** per contro non mette in dubbio le sue capacità e sembra sentirsi molto valorizzato dalle proprie amicizie.

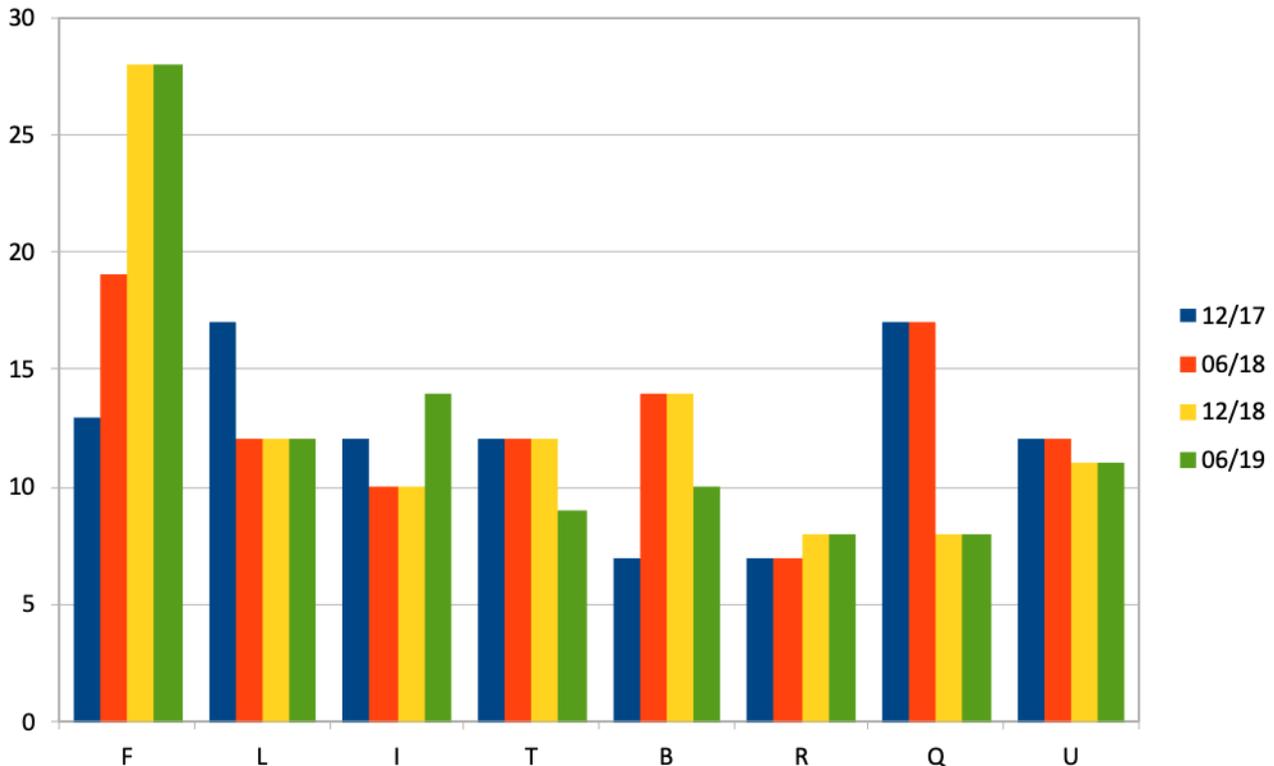
Tabella B: valori degli items Honos di I ogni sei mesi



Le due situazioni confermano l'influenza del percorso di arte terapia sul funzionamento relazionale sociale e della self-esteem di **L** e **I**, quando si sospende il percorso, infatti, si osserva di contro il peggioramento degli stessi punti (tabella B: valori Honoso di **I** ogni 6 mesi dal 12/2017 a giugno 2019, percorso di arte terapia da settembre 2017 a luglio 2018).

Questa tendenza sembra confermata anche dalla scala honos dei singoli **L** e **I**, quest'ultima ha permesso infatti di evidenziare le differenze soprattutto in occasione delle sospensioni, mostrando come lo svolgimento dell'arte terapia aiuti a contenere il peggioramento clinico nelle situazioni croniche. La sospensione del gruppo si associa spesso ad un peggioramento clinico e ad un ricovero in struttura residenziale. I percorsi di arte terapia sostengono quindi l'utente nel mantenere dei livelli di autonomia maggiori, il funzionamento sociale e delle abilità di base peggiorano invece quando gli utenti non frequentano il gruppo. (Questi aspetti sono evidenziati nella presentazione dei differenti prospetti honos, prendendo in considerazione il periodo precedente e posteriore alla sospensione del gruppo).

Tabella C: valori complessivi Honos utenti nel periodo 12/2017, 6/2019; aumento dei valori equivale al peggioramento complessivo della situazione.



F sospende percorso a dicembre 2018;
 L frequenta regolarmente;
 I sospende da settembre 2018;
 T inizia ad ottobre 2018;

B sospende da maggio 2018 ad aprile 2019;
 R inizia da gennaio 2019;
 Q inizia da novembre 2018;
 U inizia da gennaio 2019;

La honos si è quindi rilevata un prezioso strumento per monitorare l'andamento delle persone che in questi tre anni hanno frequentato il gruppo di arte terapia, permettendo quindi di effettuare una registrazione neutrale, non influenzabile da parte dell'operatore che conduceva il gruppo di arte terapia. Ovviamente non è uno strumento in grado di registrare i cambiamenti specifici promossi dai percorsi di arte terapia. A questo proposito si è rilevato utile associare più scale per “fotografare” l'andamento dei percorsi in oggetto. L'affiancamento ad esempio delle due scale SERS con i risultati honos hanno permesso di sottolineare aspetti registrati dagli utenti, sottolineando in modo ulteriore ciò che il soggetto riporta attraverso la propria esperienza soggettiva, nel Caso **I** la Honos ha sottolineato maggiormente il peggioramento della situazione evidenziata dalla scala sull'autostima. A conferma del peggioramento il soggetto dopo circa un anno dall'interruzione I viene ricoverato in una CPM, mentre nel corso del precedente anno di percorso di arte terapia non si erano resi necessari ricoveri in strutture residenziali.

Queste riflessioni relative alla valutazione in arte terapia si sono rese possibili grazie all'uso abituale di strumenti di valutazione all'interno dell'unità operativa dove lavoro, in effetti le scale da me ipotizzate per l'osservazione, Whoqol-breve e SERS, non avrebbero fornito un quadro completo significativo.

Queste piccole considerazioni meriterebbero quindi di sollevare il quesito: con dei dati quantitativi maggiori e coinvolgendo un numero maggiore di realtà, si potrebbero osservare le stesse considerazioni fatte oggi?

Altro aspetto interessante :sarà possibile avere un test o scala specifica per misurare gli esiti del processo creativo? Le colleghe dell'Art Therapy di Bologna hanno messo a punto a questo proposito il Test ATI Art Therapy Inventory, di cui dovrebbe essere fatta pubblicazione nel prossimo anno.

Speriamo che le differenti metodologie delle arti terapie possano dialogare insieme per effettuare un reale cammino costruttivo verso la misurazione degli esiti in arte terapia.

**Tecnico della riabilitazione psichiatrica - ASST Spedali Civili di Brescia, docente a contratto Università di Brescia.*

Note

Bandura A. “Autoefficacia. Teoria ed applicazioni” Erickson, Trento, 2000

Fioletti B. “L'arte terapia” capitolo in “Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica” Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2019

Kandel E.R. “Arte e neuroscienze. Le due culture a confronto”, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017

Kramer E. “Arte come terapia nell'infanzia” La Nuova Italia, Firenze; 1975

Mimma della Cagnoletta “Arte terapia, una prospettiva psicodinamica”

NICE “Guideline on treatment and management” National Collaborating Centre of Mental Health 2014
Basic-Se È una scala che va a valutare il livello di autostima di base della persona adulta attraverso una serie di domande. Introdotta da Forsman e Johnson con l'obiettivo di valutare il livello di autostima di una persona, indipendentemente dalle competenze e dal successo nella vita reale dell'intervistato. Questa scala, rispetto ad altre elaborate con lo stesso scopo, si definisce si più attendibile. Gli autori la misero appunto prendendo in considerazione le altre scale già realizzate sul tema. Nella costruzione di tale scala, Forsman Johnson si rifanno alle teorie psicoanalitiche e all'approccio umanistico di Rogers; alle teorie di James, Mead e Cooley. Secondo queste teorie il livello di autostima non dipenderebbe solo da una componente relativamente stabile, ma anche dall'impegno che l'individuo mette nel

tentativo di guadagnare autostima, in parte tramite l'acquisizione di competenze e successo e in parte attraverso l'approvazione che riceve dagli altri. La studente utilizza la versione breve composta da 22 domande (la versione originale 38), con un punteggio da 1 a 5, a seconda del grado di accordo con la domanda, come nella Whoqol-breve in alcuni item il punteggio va invertito.

HONOS Health of the Nation Outcomes Scale, o comunemente HoNos, è una scala molto diffusa nei servizi lombardi, è stata sviluppata nel 1993 in Inghilterra e introdotta in Italia nel 2000 dall'Istituto Mario Negri in collaborazione con Regione Lombardia. E' concepita all'interno del progetto "Health of the Nation" nato per valutare l'esito di interventi condotti con persone adulte in contatto con servizi psichiatrici. Si pone come obiettivo di quantificare la gravità della condizione clinica e il funzionamento psicosociale del soggetto affetto da patologia psichica. E' uno strumento di rapida compilazione, comodo per l'uso routinario, utilizzabile in qualunque struttura dipartimentale. La sua peculiarità di compilazione da parte dell'operatore, che valuta quindi determinate aree di funzionamento del soggetto, lo rende uno strumento multiprofessionale perché a disposizione dei vari professionisti della salute mentale adeguatamente formati da corso specifico.

Self-esteem Rating Scale è uno strumento ideato negli Stati Uniti da William R. Nugent e Janita W. Thomas nel 1993, progettato per misurare l'autostima nella pratica clinica. E' composto da 40 items e per ciascuno di essi la risposta è articolata su una scala a 7 livelli di intensità (mai - sempre- raramente – poche volte-qualche volta - buona parte del tempo - la maggior parte del tempo). Gli item valutano: l'autostima generale, le competenze sociali, la capacità di problem solving e l'autostima nel rapporto con le altre persone

Whoqol-breve *“La qualità della vita è definita come percezione personale della posizione della propria vita, nel contesto culturale e dei sistemi di valori in cui vivono, in relazione ai loro obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni”*. Whoqol è stata concepita all'interno di un progetto internazionale dell'OMS, che indaga 4 aree che rappresentano il costrutto della Qualità di Vita: area della salute fisica, area psicologica, area delle relazioni sociali e area dell'ambiente. Questo strumento si compone di 26 item a differenza di quella completa che ne conta ben 100 (Whoqol-100), entrambi gli strumenti sono stati sviluppati secondo una metodologia transculturale, sono stati testati nei 15 centri che hanno contribuito al loro sviluppo e sono disponibili in 30 lingue diverse. Questi strumenti valorizzano la percezione soggettiva dello stato di salute individuale consentendo di valutare la malattia non solo in termini clinici ma anche da una diversa prospettiva, quella cioè del suo impatto (e dell'impatto del trattamento) sulle relazioni sociali, sull'attività lavorativa, sulle condizioni socioeconomiche, così come percepite dal soggetto. (www.psychiatryonline.it)

Come fare osservazione per trovare indicatori misurabili: un tentativo di approccio analitico nel laboratorio di arteterapia del DSM di Esine ASST Vallecamonica

di Elena Martinelli, Valentino Troletti***

Abstract

The laboratory is conducted through the imaginal method (deriving from the imaginal model of CG Jung and J. Hillman) which assumes by the Art-therapist an active as well as observational participation, as the dialogue with the participants at work also passes through their own images produced and for the use of art materials. It is thus possible to establish a constant "non-verbal" circular communication that finds a first translation / response by the authors / participants themselves, using that analogical language, not strictly interpretative but rather circumstantial. It is also hoped the presence of an internal operator (occasionally), who also participates by producing his own work, which can draw connections between the experiences in the laboratory and the experiences external to it, validating its value. From the experience of this process various observations have been drawn, convertible into measurable indicators, summarized in two tabs: One directed simultaneously to the art therapist, to the internal operator and to the user, referable to the processes in the laboratory context; the other directed to the user and to the internal operator referable to the context outside the laboratory.

In questo intervento faccio riferimento ai 7 anni di lavoro come consulente esterna di Arteterapia presso il CPS di Esine, ASST di Vallecamonica. Mi sono formata al Centro delle Artiterapie di Lecco, e ho scelto di lavorare con il metodo immaginale, arricchito poi da mie esperienze lavorative successive, nel campo del benessere e della cura in senso olistico. Il metodo immaginale si sviluppa dalle teorie di C.G. Jung e J. Hillman, e parte dal loro presupposto che la psiche non procede scientificamente, per modelli logici, ma per immagini, e che l'equivalente razionale ad essa più vicino sia la metafora o analogia [1]. In laboratorio perciò si producono immagini e per produrle si favorisce la generatività, si utilizza l'amplificazione, sia per indurle che per farle dialogare con la coscienza, attraverso l'analogia poetica, che giunge a più paralleli culturali.

La generatività è frutto di tre elementi:

- di come si seminano le immagini che si creano nel corso degli incontri (stimoli calibrati)
 - di come si utilizzano e si riconoscono gli strumenti e i materiali dell'arte, calibrandoli costantemente.
- E' importante che il conduttore abbia una conoscenza profonda dei materiali, non solo dal punto di vista delle tecniche ma soprattutto avendo coscienza dei circuiti emotivi che ogni materiale va a toccare, una coscienza che deriva dall'averli sperimentati ed elaborati personalmente per lungo tempo.
- di come si tiene insieme lo spazio interno ed esterno nel tempo di tutto il lavoro condiviso nella relazione tra e con i partecipanti (cornice o setting).

Per amplificazione si intende non tanto l'interpretazione che riducendo l'immagine (e chi la produce) ad un unico significato, non ne rispetta la multisignificanza, bensì quella intuizione, riflessione davanti

alla scena dell'immagine, che apre lo sguardo interiore e trova la parola per dire e comunicare con l'Altro da sé e in sé, tramite il linguaggio metaforico [2].

Generatività



“Blossoming”, Nais, 2018. Photo credit: Diletta Grella

Amplificazione



Anna Marinenko

Parte fondamentale del metodo è la partecipazione attiva dell'Arteterapista, che non solo conduce il laboratorio, ma diventa quello che J. Hillman chiamerebbe un “guaritore ferito” [1], ossia fa dialogare la propria opera artistica e il proprio fare artistico con quelle/o degli utenti, mostrando con il linguaggio delle immagini e del processo creativo una direzione positiva e progettuale [2]. Questo aspetto inoltre fortifica il campo energetico del laboratorio, perché toglie la dimensione solo osservativa che rende il contesto asettico, ed eleva la dimensione dell'assenza di giudizio. Essendo come Operatrice Arteterapeutica (o Arteterapista) una consulente esterna, ho ritenuto necessario creare una connessione importante con l'equipe degli operatori interni, e il modo più proficuo è stato quello di far partecipare anche uno di loro (anche a turno, e non necessariamente sempre) in modo attivo. In questo modo l'operatore interno ha modo di percepire elementi sottili di comunicazione, che sono assimilabili solo attraverso l'esperienza, e oltretutto ha la possibilità di collegare dinamiche ed accadimenti degli utenti nel contesto del laboratorio, con avvenimenti esterni. Un valore aggiunto al metodo è la “ritualizzazione”, che vuol dire proporre una modalità ripetuta periodicamente che instilli nel gruppo il valore della propria dimensione interna (es. un'adeguata presentazione dell'opera). La ritualizzazione in questo contesto è una questione di atteggiamento atto a sacralizzare il proprio mondo interiore.



“Quando un'immagine è compresa- pienamente immaginata come un essere vivente altro da me- allora diventa uno psicopompo, una guida con un'anima, che ha una propria inerente limitazione e

una sua necessità (...)l'atto di dipingere una immagine o parlare di essa in una poesia è dulia, un servizio all'immagine(...) si è in attento servizio(dulia) entro una realtà immaginativa, l'intenzione primaria in questo tipo di lavoro, è far stare bene l'immagine, la guarigione, se arriva, è guarigione del nostro senso narrativo, che dona un senso narrativo anche ai nostri disturbi.(...)
(Le storie che curano, James Hillman) [3]

La **struttura dell'incontro** è circolare:

- 1 FASE DELL'ACCOGLIMENTO: inizio delicato di riscaldamento, lavoro con particolari stimoli giocosi e materiali artistici calibrati in modo leggero.
- 2 FASE DELLA PRODUZIONE DELL'OPERA: Il lavoro più direzionato e centrale.
- 3 FASE DELLA VERBALIZZAZIONE E CHIUSURA: Prima attraverso l'analogia poetica, e poi con una condivisione finale più razionale.

La **struttura del percorso** è:

- ciclica variabile (esempio: 12 incontri-pausa-15 incontri-pausa-18 incontri- ecc...) costituita da un flusso con un picco centrale.
- Ad ogni fine incontro 5 minuti di briefing tra arteterapista e operatore interno.
- Ad ogni fine ciclo un incontro restitutivo all'equipe e agli utenti, come metodo di verifica.



Nella mia esperienza ho appurato che rendere il percorso ciclico ha diversi vantaggi: in questo modo l'utente si allena alla dimensione positiva del fatto che tutto inizia e tutto finisce, ha la possibilità di "raccolgere" intuizioni e riflessioni e nella pausa ha il tempo per elaborarle, e ha così modo di vedere e percepire meglio i propri step.

La **RESTITUZIONE AGLI UTENTI** avviene tramite due modalità:

- Restituzione materiale di tutte le loro opere prodotte durante il ciclo, dove di solito in modo molto naturale si arriva ad un confronto verbale.
- Restituzione materiale di tutte le storie metaforiche create dal gruppo, in modo da poter fungere da fonte di riflessione durante la pausa.

La **RESTITUZIONE ALL'EQUIPE** avviene con una relazione scritta (e discussa) che contiene l'andamento del ciclo del gruppo e di ogni singolo utente, e comprendono:

- Le osservazioni raccolte dall'Arteterapista e dal briefing con l'operatore interno, dopo ogni incontro.

- Le frasi della verbalizzazione analogica o anche razionale rilevanti per ogni utente.
- Le foto di tutte le opere create da ogni utente, in ordine cronologico, con evidenziazione di eventuali variazioni di stile artistico, di cambiamenti nei colori, o progressioni nei segni, ecc...
- Evidenziazioni di tutti i collegamenti delle cose citate sopra nello stesso incontro, per ogni utente.

Questo tipo di lavoro e di restituzione porta ad una visione d'insieme dell'andamento dell'utente, e ha generato una serie di osservazioni utilizzate come punto di partenza per l'approccio analitico, e la loro successiva trasformazione in schede con indicatori misurabili. Ecco l'elenco delle osservazioni:

- Osservazione della frequenza e del gradimento dell'utente.
- Osservazione del cambiamento nella relazione con l'altro all'interno del contesto del laboratorio.
- Osservazione della modifica della relazione con la propria opera creata.
- Osservazione del cambiamento del processo creativo dell'utente (tempistica nella creazione, mutamento e difficoltà nel rapporto con le tipologie di materiali, ecc...).
- Osservazione della variazione della gestualità e della postura in laboratorio.
- Lettura (non interpretativa ma indiziaria e intuitiva) dell'evoluzione grafica delle opere di tutto il ciclo (mutamento dello stile artistico, ecc...)
- Connessione costante con gli operatori interni, cercando collegamenti tra le osservazioni sopra citate, con elementi quotidiani esterni al laboratorio.
- Osservazione dell'evoluzione della verbalizzazione dell'utente, sia analogica/poetica che più razionale nelle condivisioni.
- Osservazione del cambiamento del rapporto con l'allestimento e la rimessa in ordine del laboratorio, e del rapporto che l'utente presenta rispetto ai confini/limiti della cornice/setting proposta.

Nella nostra esperienza condivisa abbiamo appurato che creare una connessione profonda tra il gruppo di arteterapia, il conduttore e l'equipe sia stato fondamentale, per comprendere il valore del lavoro svolto. Questo è stato possibile solo perché i diversi ruoli che hanno lavorato insieme, hanno saputo collaborare essendo essi stessi ben definiti. Ritengo pertanto importante che il ruolo dell'Arteterapista (o Operatore Arteterapeutico, come io preferisco definirmi, evitando diatribe Arteterapeuta / Artererapista, come se l'uno valesse meno dell'altro) sia ben chiaro; e mi auguro che in questo grande progetto questo ruolo emerga, al di là dei diversi metodi utilizzati, ben definito. Un ruolo "nuovo" scevro da imitazioni troppo legate alla sfera della psicologia o al contrario a sfere più legate a un tecnicismo artistico egocentrico; che sia invece davvero una "terra di mezzo" dedicata all'arte che cura [4].

“Non possiamo sperare di capire questi strani inizi dell'arte senza tentare di penetrare nella mente dei popoli primitivi, senza scoprire che genere di esperienza li spinga a considerare le immagini non come qualcosa di bello da guardare ma come oggetti da usare, ricchi di potenza(...) Per i primitivi l'arte è

per lo più connessa a convinzioni analoghe sul potere delle immagini(...)Il significato di molte opere d'arte sta nel sostenere una parte di queste consuetudini, quindi ciò che importa non è la bellezza della scultura e della pittura, ma la loro "influenza", ossia la possibilità di avere il desiderato effetto magico" (E.H.Gombrich) [5]

Per quanto riguarda la composizione del gruppo, diversamente dagli anni precedenti, si è pensato di sperimentare con un gruppo di giovani, si è quindi individuato persone dai 18 anni ai 25 anni. Abbiamo puntato ad una partecipazione attiva ed emotiva per ogni singolo partecipante, con la finalità di creare una relazione che cura intercettando la persona, non la malattia, per una ricostruzione della persona stessa, mirando alla mobilitazione delle "energie" che la patologia tende a ridurre. Per la valutazione dell'andamento dell'attività si è pensato a delle schede di valutazione condividendo con i partecipanti l'elaborazione sia in termini di linguaggio, di comprensibilità e fattibilità attraverso una osservazione sistematica e compilate dall'arteterapista, dall'educatore e dalla persona stessa. L'autovalutazione rappresenta un elemento tra i più importanti nella individuazione dei fattori di cambiamento e di miglioramento. Di seguito le due schede con indicatori misurabili: la scheda 1 per il contesto del laboratorio, la scheda 2 pensata per il contesto esterno al laboratorio, a fine ciclo.

Scheda 1:

Scheda di osservazione sistematica			
Rilevazione Iniziale/a metà ciclo/finale			
Categorie	Arteterapista	Educatore	Paziente
Interesse alla attività			
Capacità attentiva			
Capacità di seguire le istruzioni			
Capacità di stare nella tempistica			
Autonomia			
Allontanamento dalla situazione			
Collaborazione			
Influenza della stanchezza			
Assenza di giudizio			
Frequenza			
Concentrarsi sul contenuto			
Identificare il tema			
Interruzione del lavoro			
Contributo al contenuto della storia			
Pulizia alla fine dei lavori			
Cercare la relazione durante la pausa			
Cercare la relazione durante l'attività			
Coinvolgimento con la propria opera			
Variazione nell'interazione con i materiali			
Variazione della postura e gestualità			
Variazione dell'evoluzione grafica			
Mutamento dello stile artistico			
Evoluzione della verbaliz. analogica			
Evoluzione della verbaliz. Razionale			
Variazione dell'immagine di sé			
Legenda:			
1) Poco			
2) Abbastanza			
3) Molto			

DIMENSIONI / AREE DA VALUTARE

DIMENSIONE INDIVIDUALE

- Riduzione o eliminazione della terapia farmacologica anche al bisogno
- riduzione del numero dei ricoveri in SPDC

DIMENSIONE PSICOLOGICA

- Modificazione positiva dell'immagine di sè (autostima, auto percezione)
- Sviluppo delle capacità di relazione interpersonale
- Evoluzione della capacità di esprimere i propri vissuti emotivi

AREA COGNITIVA

- Sviluppo del pensiero creativo
- miglioramento delle capacità mnestiche-attentive
- sviluppo delle competenze linguistiche

ESPRESSIONE EMOTIVA

- Modulazione del tono di voce
- postura
- gestualità
- espressione del volto

LINGUAGGIO

- spontaneità
- sintassi
- ritmo

AREA AUTONOMIA

- autonomia funzionale nella cura della persona
- autonomia nella gestione degli spazi di vita

DIMENSIONE SOCIALE

- partecipazione ad attività gruppalì
- sviluppo di nuove relazioni amicali e/o sentimentali
- gestione autonoma ed adattiva del tempo libero
- coinvolgimento nel territorio di riferimento

*rispondere con SI o NO

Vorremmo terminare con alcune affermazioni, fatte dai partecipanti durante l'evoluzione dell'attività, che danno il senso del cambiamento della percezione di sé.

Primi incontri:

F. *"mi sento chiuso in gabbia, non riesco a muovermi. Ho il mondo sotto sopra, sopra di me la terra, vorrei qualcosa che mi unisse al cielo.*

I. *"OFF/ON sono chiuso come un interruttore non ho energia, vorrei muovermi."*

M. *"crescita, fasi di un bambino fino all'età adulta. La pioggia, le gocce di acqua che scendono sono le lacrime della madre."*

G. *"cammino nel fango, nel fango fioriscono i fiori di loto".*

P. *"c'è sempre il tempo per crescere."*

Verso la fine del ciclo:

F. *"vivo ritirato durante la settimana e vivo per questo momento ,mi sento più rilassato e riesco a condividere con il gruppo."*

M. *"sto uscendo dall'isolamento/ritiro sociale, dopo aver vissuto bullismo ed esperienze di tossicodipendenza, ho maggior autostima, mi piace condividere con il gruppo."*

G. *"a livello personale ho modificato il mio modo di vedere le cose, non sono più accademica ma...vivo il gruppo come crescita."*

I. *"un uomo che guida, che guarda lo specchietto retrovisore insistentemente (color rosso=problemi) davanti un sole piccolo in alto (giallo=rinascita)ma più guarda avanti più vede il sole ingrandirsi limitando al necessario lo sguardo allo specchietto retrovisore "voltarsi indietro il necessario per guardare avanti sicuri... mi auguro un buon viaggio..."*

***Operatrice Arteterapeutica (o Arteterapista) diplomata al Centro delle Artiterapie di Lecco, Operatrice Tuina all'RSA Cacciamatta Onlus di Iseo (BS), consulente esterna di Arteterapia al DSM di Esine ASST Vallecamonica.*

***Educatore professionale DSM di Esine ASST Vallecamonica*

BIBLIOGRAFIA:

[1] I fondamento dell'arteterapia-metodo immaginale (C. Palazzi Trivelli)

[2] La terra di mezzo (Sartirana-Taverna-Sordano) Editrice Tirrenia Stampatori

[3] Le storie che curano (J. Hillman) Raffaello Cortina Editore

[4] Tesi Arteterapia: Dalle origini dell'arte all'originalità dell'arte e terapia (E. Martinelli) Centro Formazione nelle Artiterapie Lecco.

[5] La storia dell'arte (E.H. Gombrich) Leonardo Editore

L'esperienza artistico-creativa come fonte di cambiamento in contesti terapeutico-riabilitativi

di Massimo Rabboni, Cristina Bellazzecca**, Luigi Rubino***
Valentina Caggio[^], Maria Laura Marazzi^{^^}, Jessica Motta^{^^^},
Serena Bruletti^{^^^^}*

Abstract

The artistic experience in a need for the human being, it's a way to achieve knowledge and in the same time create relationships. Art makes inner experience concrete, it allows feelings to come out and, within the artistic experience, to identify, understand and communicate them.

Within different form of art, the individual can reach the most intimate parts of himself. He can meet and express his emotions and test and strengthen forgotten skills. To us, creative process in its different shapes is therapeutic by itself.

Our art and dance groups work in this context. Since several years, these groups take place in the DSMD of the ASST-Papa Giovanni XXIII of Bergamo, each group with its specificity of management and method. In these groups the relational setting is cozy and reassuring. The attention and development of the "creative process" make possible the evolution and change for those who have the possibility to confront themselves with artistic language, respecting each one's skillset.

In this script we are going to highlight and discuss the change and improvement parameters that the group leaders observe in the creative process. It will be done considering, for each experience, the method and the goals we set according to the therapeutical and rehabilitation program of each user.

Basing on our experience, we will try to identify possible efficacy measures.

Fin dalle sue origini l'uomo ha cercato nell'arte una modalità espressiva alternativa alla parola; l'esperienza artistica è mezzo di conoscenza e insieme di relazione. L'arte rende l'esperienza interiore concreta, consente ai sentimenti e agli affetti di emergere e, attraverso l'espressione artistica, di poterli riconoscere, comprendere e comunicare. Attraverso le varie forme d'arte l'individuo può accedere alle parti più intime di sé, può incontrare ed esprimere le proprie emozioni e può sperimentare e potenziare abilità spesso dimenticate. Per noi, quindi, il processo creativo nelle sue diverse forme è in sé terapeutico.

All'interno di questa cornice si inseriscono i Gruppi di arte e danza che, da diversi anni, si svolgono all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST-Papa Giovanni XXIII di Bergamo, ciascuno con le proprie peculiarità di conduzione e metodo. Per ciascuna attività vengono selezionati gli utenti inviati dall'equipe curante sia a seconda delle necessità degli stessi sia a seconda dei peculiari stimoli che l'intervento artistico-creativo può offrire, inserito all'interno di un percorso terapeutico-riabilitativo più ampio. Nei diversi gruppi l'attenzione e la valorizzazione del "processo creativo", in un clima relazionale accogliente e rassicurante, rendono possibile un'evoluzione e un

cambiamento in coloro che hanno la possibilità di confrontarsi con i diversi linguaggi dell'arte proposti, conformemente alle capacità di ciascuno.

Atelier danza Psichiatria 1 e 2

La danza è un'arte che utilizza il corpo e il suo linguaggio per esprimere l'interiorità del soggetto che può così entrare in relazione con l'altro comunicando qualcosa di sé. Essa, presupponendo la consapevolezza di muoversi in uno spazio e in un tempo precisi, è strumento di conoscenza del proprio corpo, di consapevolezza delle sue capacità e potenzialità, dei suoi limiti e, contemporaneamente, di comunicazione di qualche cosa di sé al mondo. La danza è espressione di emozioni, è ponte fra le persone, è recupero della relazione tra lo spirito e il corpo, è aiuto ad esser-ci, è ascolto di sé e degli altri [1].

È la finalità espressiva, l'essere sempre racconto di qualcosa, che rende terapeutici il movimento e il gesto nella danza; essi, seguendo regole precise ed essendo simbolici, permettono al paziente, nel caso in cui il pensiero astratto è deficitario, una maggiore simbolizzazione e, allo stesso tempo, consentono di regolare e donare un nuovo senso e un significato maggiormente condivisibile anche alle stereotipie. Attraverso la ritmicità e la coordinazione del movimento danzato, è possibile per il soggetto recuperare la possibilità di percepire sensazioni piacevoli derivanti dal proprio corpo; riconoscere e regolare le proprie emozioni; sperimentare le diverse possibilità di vivere lo spazio e avere consapevolezza del tempo [2].

La possibilità di sperimentare, improvvisare e interpretare liberamente le consegne proposte, permettono al soggetto di recuperare le proprie capacità, il rapporto con il proprio corpo e la possibilità di comunicare con esso; in breve, di recuperare quell'essere-nel-mondo che rende possibile l'*aver cura* di sé e degli altri e il *prendersi cura* delle cose, per Esser-ci nuovamente. In tal senso, la danza è "terapia"; consentendo di valorizzare gli aspetti ancora integri e vitali presenti nella persona, essa aiuta il paziente a sentire che esiste, aiutandolo a recuperare significati, motivazioni e intenzionalità attraverso il movimento.

Se il corpo è lo strumento per mezzo del quale l'individuo può esprimere la propria interiorità, è dunque anche possibile, lavorando sul corpo, influire sulla psiche.

Partendo da queste premesse, all'interno di alcuni servizi (Centri diurni Psichiatria 1 e 2, Ambulatorio Varenna, SPDC Psichiatria 1 e 2) del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, sono attivi diversi gruppi di danzaterapia pensati come progetti di avvio alla guarigione in cui l'obiettivo generale di benessere complessivo e consapevolezza nelle varie dimensioni dell'Essere può essere raggiunto attraverso una continua tensione verso la ricerca di un movimento organico, fluido, armonico e consapevole. La danza è, dunque, lo strumento attraverso il quale:

- Far sperimentare il piacere funzionale del proprio corpo e l'unità psicocorporea.
- Stimolare e potenziare la simbolizzazione.
- Aumentare la stima di sé.
- Reimparare a conoscere il proprio corpo e riscoprire che le qualità del proprio movimento variano a seconda di ciò che si sta provando.
- Riattivare competenze corporeo-emotive e affettivo-relazionali e di regolazione delle emozioni partendo dall'attivazione del movimento.

Si tratta di gruppi attivi da circa 15 anni, la cui particolarità è rappresentata dalla presenza, accanto alla conduttrice, un'artista danzatrice contemporanea, di diverse figure professionali: un tecnico della riabilitazione psichiatrica, nel tempo insieme anche a educatori professionali, infermieri, psicologi, tirocinanti e psicoterapeuti.

I gruppi sono condotti secondo un approccio che la conduttrice ha sperimentato nel corso di diciannove anni di lavoro continuativo in diversi servizi in ambito psichiatrico e non. La metodologia di lavoro si rifà allo studio dell'esperienza di danzatori e teorici del passato, quali Delsarte, I. Duncan, M. Graham, R. Laban e di danzatrici che hanno deciso di utilizzare in senso terapeutico la propria arte come ad esempio M. Fux, T. Schoop, J. Chodorow. Questa sua ricerca è legata anche alla pratica dello yoga, lo studio delle religioni e una ricerca azione sul movimento della psicoanalisi junghiana, inserita in una cornice fenomenologica.

All'interno dell'atelier di danza particolare attenzione è riservata all'individualità e particolarità di ogni partecipante; attraverso la creazione di un clima relazionale rassicurante e non giudicante che incoraggia la sperimentazione e la ricerca artistica, senza comunicare aspettative inadeguate, e all'interno di un ambiente accogliente nel quale le persone possono fare danza sentendosi a proprio agio, ciascuno è libero di esprimersi, riscoprendo l'intenzionalità e l'intersoggettività del proprio corpo attraverso anche la sperimentazione degli elementi di base della danza: l'*azione* (cosa fa il corpo, qual è la parte del corpo che si muove, quale forma assume il corpo e qual è la forza che la trasforma); il *dove* (come si muove il corpo nello spazio, su quale livello, in quale direzione e su quale piano); il *come* (con quale velocità e con quale intensità energetica il corpo o una sua parte si muove); il *con chi* o *con che cosa* il corpo si muove. Non viene chiesto di imparare e padroneggiare una tecnica codificata da altri, con il rischio di sentirsi incapaci, bensì si favorisce la sperimentazione della possibilità di espressione e comunicazione del proprio movimento. Tutto avviene gradualmente, attraverso l'ascolto reciproco, il contatto, la condivisione di esperienze e un diverso modo di stare insieme e conoscere l'altro [1, 2].

L'opportunità che la danza offre di poter lavorare sulla dimensione del tempo permette ai partecipanti di sperimentare la possibilità del cambiamento e della trasformazione, di come può essere possibile cambiare qualcosa di sé. Concentrando l'attenzione su ciò che si sta facendo nel qui ed ora, senza rimanere ancorati ad un passato doloroso, è possibile vivere un presente vivo, in movimento, che fa provare emozioni, che si può cambiare e che permette uno sguardo ad un futuro più sereno.

La dimensione grupppale risulta essere molto importante, in quanto essa permette al singolo di sperimentare sentimenti di comprensione, empatia e condivisione di ciò che accade a sé o agli altri.

Molto schematicamente, ogni incontro può essere descritto suddividendolo in più parti: una prima parte di riscaldamento indispensabile per sciogliere le articolazioni, rinforzare i muscoli, assumere una postura corretta, migliorare l'equilibrio e la coordinazione e per iniziare a stimolare la creatività di ciascuno; si passa poi alla fase dedicata al lavoro creativo durante la quale la conduttrice fornisce al gruppo delle consegne oggettive, senza una particolare connotazione in modo da favorire la massima libertà di sperimentazione e di espressione. Generalmente si parte da un tema e ciascun paziente sperimenta liberamente e fisicamente cosa sente, improvvisando da solo, in coppia o in piccolo gruppo, fino ad arrivare a creare e fissare coreografie che, a turno, vengono mostrate agli altri componenti del gruppo i quali, dopo averle osservate e sperimentate, le possono anche modificare in base a ciò che essi sentono. Inizia così il lavoro di relazione con l'altro. C'è, infine, sempre la possibilità di verbalizzare la propria esperienza, il proprio vissuto, le consapevolezze raggiunte e quello che si è scoperto osservando gli altri [1, 2].

Il processo di cambiamento che si realizza durante il percorso di danza viene evidenziato dalla conduttrice attraverso una serie di indicatori di seguito riportati e suddivisi per macro-aree.

<p><u>FUNZIONALITÀ GENERALE</u> Possibilità o meno di movimento, mobilità ecc. Cambiamento nel tempo della postura, del tono muscolare, del respiro, ecc.</p>
<p><u>PARTECIPAZIONE</u> Coinvolgimento (distrazione, richiesta di uscire o meno ecc.) Atteggiamento (oppositivo, propositivo ecc.) Interesse o meno rispetto alle esperienze proposte</p>
<p><u>PRESENZA</u> intesa come capacità cognitiva ed emotiva di esser-Ci Aderenza alla consegna, a cui si è sollecitati(pertinenti, non pertinenti ecc.) Orientamento spaziale e temporale Attenzione, ascolto degli altri Attenzione, ascolto di sé Concentrazione Grado di consapevolezza della percezione</p>
<p><u>COSCIENZA</u> della propria azione Presenza a se stessi, consapevolezza del qui ed ora Equilibrio (correlazione tra equilibrio psichico e fisico) Conseguenze delle proprie azioni nel contesto in cui ci si trova</p>
<p><u>RELAZIONE</u> Equilibrio tra riuscire a prendersi tempi e occupare spazi e lasciare tempo e spazio agli altri Rispetto dei turni Adeguatezza nei rapporti Capacità di stare nel gruppo Coesione del gruppo che sostiene</p>
<p><u>COMUNICAZIONE</u> Capacità di verbalizzazione di cosa si pensa e prova Linguaggio non verbale che il paziente utilizza sia durante le parti attive sia nei momenti di ascolto o di transizione Empatia – capire e partecipare alla qualità dei vissuti degli altri Cambiamento nel giudizio, nelle difese che si pongono, nel sentirsi criticati, non opporsi a critiche costruttive Possibilità di esporsi Conoscenza profonda e stratificata dell'altro perché la relazione passa anche attraverso il corpo, l'energia, il movimento, le esperienze fisiche significative Reazioni fisiche alle consegne e ai vissuti degli altri (malessere, disagio, euforia, vicinanza, ecc.)</p>

<p><u>LIVELLO METAFORICO- SIMBOLICO</u> Capacità di avere e nutrire il proprio immaginario simbolico, intendendo il corpo come simbolo incarnato del Sé</p>
<p><u>ESPRESSIVITÀ</u> Creatività nel e del movimento</p>
<p><u>AFFETTIVITÀ</u> Piacere o meno nelle esperienze Cambiamento nel tono dell'umore</p>
<p><u>AREA COGNITIVA</u> Memoria Rielaborazione delle consegne, traduzione nel movimento</p>

Atelier d'arte – Centro Diurno Psichiatria 2

L'arte rappresenta il mezzo attraverso il quale il soggetto può riscoprire abilità sopite e sperimentare una migliore capacità di adattamento alle relazioni personali e all'ambiente esterno. La natura prettamente sensoriale dell'arte determina nel soggetto il coinvolgimento di emozioni e di processi cognitivi che, per mezzo di diversi linguaggi e del processo di simbolizzazione, possono essere espressi e dare così forma all'esperienza. Il fare concreto e l'utilizzo della manualità sono in grado di attivare risorse utili alla ricostruzione di sé. Attraverso i sensi, in un processo circolare e continuo di decostruzione e ricostruzione, il soggetto conosce il mondo, lo interiorizza, ne produce una propria rielaborazione e nuovamente lo restituisce all'esterno. In tal senso, attraverso la possibilità di fare arte, è possibile per l'individuo entrare in contatto con le proprie rappresentazioni interne e con ciò poter avviare un processo di trasformazione. Durante il processo di creazione artistica la persona raggiunge la consapevolezza di poter lasciare una propria impronta, riconosce i propri limiti e prende coscienza delle proprie potenzialità e capacità riacquistando, così, la fiducia in se stesso e il desiderio di migliorare la propria vita [3, 4]. Sono queste le basi su cui poggia l'approccio utilizzato all'interno dell'atelier d'arte attivo presso il Centro Diurno della Psichiatria 2 dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

L'arte, collante tra i partecipanti, è in grado di soddisfare bisogni profondi di ciascuno contribuendo al mantenimento dell'equilibrio psichico e, con le sue peculiarità, è, all'interno dell'atelier d'arte, il mezzo privilegiato per:

- Offrire al soggetto un nuovo canale di espressione di sé al fine di consentirgli di conservare o tornare a sperimentare sentimenti di benessere.
- Attivare modalità di comunicazione diverse in grado di potenziare l'autostima e di offrire al soggetto la possibilità di percepirsi come capace di fare e di esprimersi.
- Attivare un processo di crescita che si esprime anche attraverso la capacità di operare delle scelte e di trovare soluzioni espressive, stilistiche ed estetiche personali, sviluppando in maniera autonoma il proprio punto di vista e i propri punti di forza.

- Rafforzare il senso di realtà incoraggiando lo sforzo di adattamento, di riconoscimento di sé e dei propri limiti.
- Aiutare a migliorare le relazioni interpersonali sperimentando comportamenti adattivi nuovi, partendo dall'esperienza del lavorare all'interno di uno "spazio sociale protetto".

La peculiarità di questo atelier è quella di essere condotto da una pittrice e maestra d'arte, affiancata da un tecnico della riabilitazione psichiatrica. L'elevata competenza della conduttrice nel proprio settore artistico specifico, accanto ad una lunga e importante esperienza dell'utilizzo del proprio lavoro nell'ambito della cura all'interno di contesti terapeutico-riabilitativi, consente di sfruttare gli elementi terapeutici intrinsecamente presenti nel fare arte al fine di favorire nei pazienti un processo di cambiamento e di crescita che, attraverso la presenza dell'operatore, il cui scopo è quello di graduare, diversificare e significare il lavoro di ciascuno all'interno della quotidianità, può essere inserito all'interno di un più ampio progetto di cura [5].

All'interno dell'atelier, le competenze artistiche e l'esperienza della conduttrice consentono di focalizzare l'attenzione sull'unicità e sulle capacità di ciascun partecipante al fine di offrire loro la possibilità di impadronirsi e sviluppare il linguaggio dell'arte acquisendo la conoscenza e sviluppando la padronanza e la consapevolezza delle regole proprie di ciascun materiale, delle diverse tecniche artistiche e dell'organizzazione dello spazio grafico. Attraverso la conoscenza e l'accettazione delle regole del fare arte è possibile stimolare nei partecipanti la capacità di sapersi misurare con la realtà, rappresentata, nella fattispecie dalle peculiarità dei materiali e delle tecniche che non sempre possono essere così docili e facili da gestire [5].

La metodologia d'intervento si rifà a quattro parole chiave che scandiscono i diversi step del lavoro all'interno dell'atelier d'arte: IMMAGINARE, ABBOZZARE, PROGETTARE, REALIZZARE [5].

IMMAGINARE indica lo spazio dell'ascolto e del silenzio all'interno del quale ciascuno può evocare e visualizzare, immagini, emozioni, forme, colori e materie. Da questo recupero si realizzano sul grande foglio collettivo i gesti-traccia: segni, simboli, ideogrammi, scritture.

ABBOZZARE indica un fare, un ripassare, un dare la prima forma ai gesti-traccia appena creati.

PROGETTARE significa pensare, riflettere e ideare. Indica il transitare da un segno grafico verso un'idea, e quindi ancora verso una immagine grafica, tracciata, reale, verso un prototipo. L'emozione, attraverso il fare concreto, trasforma la materia e si rivela nell'opera che è relazione tra interno ed esterno. Insieme, intelligenza emotiva e materia diventano il motore per la rivelazione di sé attraverso l'opera. Il soggetto prende consapevolezza di cosa intende realizzare, di quello che è necessario e di quello di cui dispone e con ciò può riconoscere i propri limiti, potendoli così guardare, accettare o superare.

REALIZZARE significa rendere reale, concluso e terminato il lavoro intrapreso. Significa arrivare ad avere davanti a sé l'oggetto o il manufatto, contemplarlo e sentirsene appagati; significa poter condividere il proprio lavoro.

Il processo creativo adottato e gli step procedurali che impiega offrono la possibilità ai partecipanti all'attività di spostarsi operativamente da una fase all'altra del processo, rendendo così possibile allo spunto artistico scelto di cambiare e divenire qualcos'altro, di diventare da pensiero ad oggetto, da ricordo a manufatto, da immaginazione ad immanenza materica. Un processo creativo-artistico in grado spesso di neutralizzare stereotipi mentali e procedurali.

Molto schematicamente ciascun incontro è suddiviso in due momenti distinti: uno collettivo e uno individuale. Fulcro del lavoro collettivo è il gesto pittorico che diviene il modo per riappropriarsi dello spazio, elemento base dei rapporti umani. Durante questa prima fase, di riscaldamento e allenamento,

tutti i partecipanti disegnano su un medesimo grande foglio affinché tutti possano cooperare con impegno e in piena libertà espressiva. Ciascuno ha la possibilità di sperimentarsi, in ogni incontro, con tecniche nuove e prendere confidenza con strumenti diversi per acquisire la sicurezza dell'agire pittorico e impadronirsi del linguaggio artistico e, in un certo senso, di prepararsi alla fase individuale. Attraverso il lavoro artistico collettivo è possibile innescare dinamiche relazionali che favoriscono il superamento dell'isolamento: lavorare gomito a gomito, potendo dialogare con i segni tracciati dagli altri, costituisce una forma di comunicazione non verbale che stimola e aiuta a stabilire rapporti tra i membri del gruppo. La seconda parte è dedicata, invece, al lavoro individuale. Lo scopo è quello, attraverso la produzione artistica, di privilegiare le emozioni: ciascuno dei partecipanti ha la possibilità di sperimentare e sperimentarsi con i diversi materiali e tecniche per creare opere uniche com'è la personalità di chi le ha realizzate. L'opera individuale rappresenta anche una forma alternativa di comunicazione con l'esterno che facilita coloro che hanno difficoltà a raccontarsi attraverso le parole [6].

Nello specifico, lo spazio dell'atelier d'arte è un ambiente organizzato nel quale ogni oggetto, ogni materia, ogni strumento tecnico vive in una collocazione precisa, autonoma e propria e diviene, ad un tempo, funzionale al processo metodologico e al processo creativo-artistico che in esso si realizza. Nel concreto, lo spazio si compone di due grandi tavoli: su uno si realizzano le due fasi del lavoro, quella collettiva e quella individuale, mentre sull'altro sono depositati tutti i materiali che possono servire. In tale spazio i partecipanti hanno la possibilità di stimolare la propria fantasia attraverso la sperimentazione e l'utilizzo di differenti materiali e tecniche [5].

Da un punto di vista puramente legato alla scansione cronologica, l'atelier d'arte si riunisce con una cadenza settimanale e ogni incontro ha la durata di due ore, interrotte da una breve pausa. L'accadere dell'attività è dunque articolata da un tempo oggettivo all'interno del quale è però evidente l'esperienza di un tempo vissuto. Ogni incontro, infatti, non è un evento a sé stante disgiunto dagli altri ma al contrario è un'esperienza vissuta dove ciò che ogni volta accade nel presente porta con sé la memoria di ciò che è accaduto e si è sperimentato negli incontri precedenti e allo stesso tempo è già anticipazione e preparazione di quelli che verranno.

L'atelier ha luogo in una delle stanze del vivere quotidiano all'interno del Centro Diurno, luogo "familiare" che di volta in volta, nell'arco della settimana, i pazienti possono "abitare" e vivere in maniera diversa.

Le opere realizzate rimangono documentate in apposite cartelle insieme ai singoli quaderni d'arte realizzati dai partecipanti oppure divengono materiale tematico espositivo all'interno del Centro Diurno.

Il processo di cambiamento viene monitorato evidenziando ed osservando indicatori per ciascuno step.

IMMAGINARE

Concentrazione

Continuità nel tempo rispetto alla partecipazione all'attività

Modalità di coinvolgimento (distrazione, richiesta di uscire, ecc.)

ABBOZZARE

Sicurezza/decisione del gesto

Capacità di tollerare le regole e le esigenze delle diverse tecniche

Scelta e utilizzo dello spazio grafico-pittorico (diverse dimensioni)

PROGETTARE

Consapevolezza e padronanza del gesto
Consapevolezza della scelta della tecnica pittorica o scultorea (bidimensionalità, tridimensionalità)
Sicurezza nella scelta della tecnica e dei materiali
Capacità di saper stare nell'azione progettuale
Convinzione e sicurezza rispetto alla gestione progettuale
Verbalizzazione di emozioni e sentimenti

REALIZZARE

Capacità di contemplare il proprio lavoro
Capacità di sentirsi appagati dal proprio lavoro
Condivisione del lavoro proprio e altrui
Capacità di stare in gruppo

Arteterapia – CD “Day Care” Psichiatria 1

Il gruppo Arteterapia che si svolge presso il Centro Diurno “Day Care” dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo coinvolge utenti di differenti età e diagnosi dei CD1 “Day Care” e CD2 “Il laboratorio”, individuati dall'equipe e interessati al percorso. Gli incontri di Arteterapia sono a cadenza settimanale e della durata di due ore ciascuno, vengono condotti da una TeRP-Arteterapeuta dell'ASST, con la possibilità di avere la presenza di altri operatori come “partecipanti attivi” che svolgono un funzione di modeling e rispecchiamento per gli utenti del gruppo, stimolando la sperimentazione artistica e il confronto relazionale all'interno del gruppo, oltre a fornire differenti punti di vista da osservatori interni al gruppo e a promuovere l'ascolto reciproco.

L'approccio teorico si rifà al metodo “arte come terapia” di Edith Kramer, aggiornato con i più recenti contributi negli ambiti della Psicologia e dell'Arteterapia. È una terapia espressiva e relazionale, un intervento di aiuto e di sostegno a mediazione non verbale, che, come mediatori della comunicazione, utilizza i materiali artistici, offerti in modo mirato rispetto alle caratteristiche presentate dagli utenti. Attraverso l'Arteterapia si mette a disposizione del fruitore una strada per accedere alla propria creatività e per facilitare l'incontro con le proprie possibilità creative ed espressive, configurandosi come la possibilità di sperimentare parti inedite di sé [7]. Tale sperimentazione agisce andando ad ampliare gli schemi abituali con i quali si guarda la realtà, infatti spesso con il passare degli incontri si utilizzano capacità comunemente poco esplorate e questo permette di averle a disposizione, in modo tale da poterle riutilizzare per trovare soluzioni creative o semplicemente (ma non banalmente) per sentirsi meglio con se stessi [8].

Spesso l'intervento attraverso l'Arteterapia viene accostato all'esperienza dell'oggetto transizionale in senso winnicottiano, inteso come una sorta di luogo virtuale in cui è possibile mediare il dualismo tra spazio interiore ed esteriore, tra individuo e ambiente, uno spazio in cui l'utente è libero di esprimere se stesso con un linguaggio mediato dalla simbologia, configurando quindi l'opera stessa come oggetto transizionale [9]. All'interno dell'Atelier si crea una particolare atmosfera, grazie alla cura con cui vengono offerti i materiali artistici e proposte le indicazioni tecniche, alla configurazione di uno spazio neutro e protetto, alla sospensione del giudizio e alla libertà di espressione.

Vi è l'accettazione incondizionata del prodotto dell'utente, considerato come il migliore possibile in quel dato momento, avendo attenzione nel cogliere bisogni e richieste. L'attenzione dell'Arteterapeuta non è rivolta solo all'opera ottenuta, ma a tutto ciò che accade mentre si arriva ad ottenerla: i commenti, le espressioni del volto, gli atteggiamenti del corpo, le relazioni intrecciate, gli stati d'animo che traspaiono. L'Arteterapeuta si pone in una posizione di flessibilità e di ascolto, è al fianco degli utenti con funzione di protezione e di aiuto, senza forzare il cambiamento ma valorizzandolo, evidenziandone le possibilità, tutelando e custodendo i prodotti creati nello spazio dell'Atelier.

A seguito di un iniziale momento di accoglienza, l'incontro di Arteterapia presso il Centro Diurno "Day Care" dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo procede con il momento dedicato al processo creativo, successivamente vi è un tempo dedicato al riordino e alla cura dello spazio e dei materiali, che simbolicamente trasmette un messaggio di cura, consapevolezza e responsabilità. Infine l'incontro si conclude con un momento di verbalizzazione che permette all'espressività individuale di essere condivisa e accettata dal gruppo, perché agevolata dal linguaggio comune che è quello artistico. In questo modo all'interno del gruppo le diverse esperienze e i diversi significati, che ogni singolo dà alla realtà, possono stare insieme come momenti comunicabili e confrontabili, il prodotto individuale si arricchisce così di nuovi significati e ogni partecipante all'incontro può acquisire nuove visioni ed arrivare anche ad avere stimoli che lo aiutino a comprendere meglio se stesso [10].

L'intervento di Arteterapia Clinica con un gruppo di utenti dei CD1 e CD2 di via Boccaleone si pone i seguenti obiettivi:

- Stabilire una relazione positiva con l'utente, basata sulla fiducia, che funzioni da tramite verso i materiali artistici e l'espressione personale.
- Ricerca di una situazione in cui l'utente possa interagire con i materiali, sentendosi libero di usarli a piacimento, traendone godimento ed esprimendosi secondo le proprie possibilità.
- Ricerca dell'espressione di emozioni e di sentimenti attraverso l'uso dei materiali artistici, facilitando il riconoscimento e la comprensione degli stessi.
- Stimolare la capacità espressiva e l'immaginazione, favorendo quindi l'aumento dell'autostima e delle capacità comunicative.
- Stimolare lo sviluppo di comportamenti autonomi, incentivando scelte personali e la libertà espressiva.
- Favorire i processi di elaborazione e comprensione profonda, all'interno di un clima di non giudizio e di libera espressione dove l'ansia da prestazione o il timore del fallimento sono ridotti al minimo.
- Stimolare l'acquisizione di competenze relazionali all'interno di una dimensione di risocializzazione all'interno del gruppo e nella relazione con l'Arteterapeuta e gli operatori partecipanti attivi, favorendo l'ascolto reciproco.

L'Arteterapia sembra avere un effetto statisticamente significativo rispetto ai gruppi di controllo in diversi studi internazionali con pazienti con differenti profili clinici, inoltre sembra abbia una buona efficacia costi-benefici rispetto al gruppo di controllo della wait-list ma servirebbero altri studi per confermarlo, così come servirebbero altre evidenze per valutare questa efficacia in un confronto fra Arteterapia e altri interventi terapeutici [11]. In Italia, tuttavia, non vi sono attualmente scale di valutazione validate specifiche per l'Arteterapia, per cui al momento nel nostro Servizio stiamo valutando e sperimentando l'utilizzo di scale validate (come per esempio la Honos e la Mental Health Recovery Star, oppure scale sulla qualità della vita, sull'autostima, sulla sintomatologia ansiosa), che

però non sono specifiche per l'Arteterapia e quindi risulta difficoltoso ricollegare i parametri osservati con l'intervento fatto.

Ci si focalizza quindi sull'osservazione diretta di parametri che potrebbero risultare significativi come indice di cambiamento, quali:

- Sviluppo di autonomie nella gestione dei materiali artistici.
- Sperimentazione di nuovi materiali e di nuove tecniche artistiche.
- Modalità di utilizzo dello spazio del foglio durante l'utilizzo della modalità grafico pittorica di espressione.
- Qualità, caratteristiche ed evoluzione del segno e del gesto artistico connessi con l'intenzionalità espressiva.
- Capacità della modulazione e individuazione del colore con intenzionalità espressiva.
- Sviluppo di autonomie e confidenza nell'orientarsi nello spazio dell'atelier e nei momenti caratteristici del setting temporale dell'incontro di Arteterapia.
- Capacità di tollerare i momenti di attesa e le regole del setting.
- Variazione della tenuta temporale e della qualità dell'attenzione.
- Capacità di lavorare in gruppo esprimendo la propria individualità e rispettando gli altri.
- Capacità di fronteggiare l'imprevisto artistico ed eventualmente di trovare soluzioni creative.
- Capacità di tollerare la frustrazione relativa a imprevisti o difficoltà espressive con i materiali artistici, presenza di tentativi di trovare soluzioni creative a riguardo o di sperimentare nuove modalità.
- Sviluppo del senso di accettazione, del limite e dell'errore e, quando possibile, presenza della capacità di trasformarli in risorsa.
- Capacità di richiedere l'aiuto o il supporto dell'Arteterapeuta quando opportuno.
- Presenza di elementi di comunicazione verbale e non verbale che potrebbero indicare un incremento dell'autostima.
- Implementazione della capacità di esprimere i propri contenuti emotivi o le proprie osservazioni esperienziali relative al processo creativo.
- Implementazione delle capacità relazionali e del confronto con il gruppo.
- Implementazione della capacità di cogliere i tempi della conversazione durante il momento di verbalizzazione, qualità delle modalità di confronto con l'altro nel rispetto della sospensione del giudizio, presenza della capacità di ascolto.

Ci si auspica che le esperienze fatte a livello simbolico, esperienziale e relazionale durante il percorso di Arteterapia, possano essere poi generalizzate in contesti esterni, migliorando quindi in senso lato l'efficacia dell'agire dell'utente e la sua qualità di vita. Possiamo affermare che l'Arteterapia abbia la potenzialità di favorire il processo di integrazione che permette di individuare ed esprimere le proprie emozioni, distinguendo la funzione espressiva che caratterizza l'intervento di Arteterapia dalla funzione tecnica-artistica. Tale processo è complesso e richiede uno sforzo da parte dell'utente, così come lo richiede la sospensione del giudizio, una richiesta in termini evolutivi molto alta e appartenente sempre al livello espressivo e non solamente tecnico-artistico dell'esperienza; questa richiesta risulta particolarmente difficile da concepire per alcuni utenti, tanto da non riuscire a confrontarsi con la stessa e fruire dell'intervento con l'Arteterapia, per cui l'impossibilità di accedere a questa tipologia di intervento risulta un indicatore importante e significativo per l'equipe curante.

La nostra percezione è che l'Arteterapia possa essere efficace per un buon numero di utenti, ma è essenziale in futuro trovare una modalità oggettiva e scientifica di rilevare delle evidenze a riguardo, dando così una maggior tangibilità del senso e dei risultati ottenuti con questa tipologia di intervento. Rilevare in modo standardizzato e preciso delle evidenze e riflettere sugli outcome, permetterebbe inoltre di riconoscere il valore dell'approccio non verbale dell'Arteterapia e del processo creativo-metaforico, oltre a consentire la possibilità di confrontare questa tipologia di intervento con altri interventi riabilitativi che ne condividono alcune caratteristiche o alcuni obiettivi [12].

Conclusioni

Confrontando i diversi interventi a mediazione non verbale abbiamo potuto osservare come, pur con metodologie e approcci diversi e medium artistici differenti, vi siano elementi trasversali fra gli obiettivi identificati e gli elementi osservati. I tre interventi artistico-espressivi lavorano all'interno dell'ambito simbolico, del qui ed ora e della dimensione gruppale. L'agire terapeutico passa attraverso la relazione, l'espressione artistico-creativa e la sperimentazione, in setting protetti dove i conduttori si prendono cura di gesti, interazioni, spazi, materiali, stimoli ..., offrendo agli utenti, e non forzando, possibilità di cambiamento e di confronto. Abbiamo notato come vi siano comuni elementi di osservazione del processo creativo e del cambiamento individuale che potrebbero rivelarsi indicatori di efficacia dell'intervento, come il miglioramento della capacità di attenzione, l'eventuale incremento dell'autostima, il riconoscimento e l'espressione delle proprie emozioni, l'aumento della consapevolezza delle proprie capacità e dei propri limiti, lo sviluppo della capacità di confronto e ascolto, il miglioramento della capacità di tollerare le frustrazioni e l'incremento delle capacità comunicativo-relazionali.

Sarebbe auspicabile proseguire con il confronto e raggiungere la costruzione di uno strumento che renda maggiormente oggettivabili e condivisibili gli elementi che attualmente vengono rilevati tramite osservazione diretta, questo permetterebbe anche di analizzare le peculiarità e l'efficacia dei vari interventi, modulandone così l'utilizzo nei percorsi riabilitativi in modo ancor più mirato.

* *Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, Direttore Psichiatria 2 – ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo*

** *Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, Riabilitazione Psicosociale 2, DSMD – ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo*

*** *Responsabile Riabilitazione Psicosociale 2, DSMD - ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo*

^ *Artista di danza in ambito formativo, educativo, culturale, sociale e sanitario – DSMD ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo*

^^ *Pittrice, maestro d'arte – DSMD ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo*

^^^ *Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, Arteterapeuta, Riabilitazione Psicosociale 1, DSMD - ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo*

^^^^ *Responsabile Riabilitazione Psicosociale 1, DSMD - ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo*

BIBLIOGRAFIA

[1] Bellazzecca C., Caggio V., *Il senso della danza in riabilitazione psichiatrica*, Interventi educativi. Conversazioni sulla cura, Rivista di educazione e cura, Anno III n.2 aprile- giugno 2017, Editore Francesco Gaggio, Milano, 2017.

[2] Bellazzecca C., Caggio V., *Danzare per aver cura di sé*, Errepiesse, Anno I n°1 dicembre 2007 www.errepiesse.it, Casa Editrice Update International Congress SRL, Milano, 2007.

- [3] Rabboni M. a cura di, *I colori della mente. Art Brut e Arteterapia contro lo stigma della psicosi*, Marsilio Editori, Venezia, 2000.
- [4] Bellazzecca C., Peserico M., Rabboni M. a cura di, *Curare con le arti neuroscienze e tecniche espressive*, Update International Congress Edizioni, Milano, 2006.
- [5] Bellazzecca C., Marazzi M.L., *Arte e riabilitazione psichiatrica*, Interventi educativi. Conversazioni sulla cura, Rivista di educazione e cura, Anno III n.1 gennaio-marzo 2017, Editore Francesco Gaggio, Milano, 2017.
- [6] Bellazzecca C., Ramella A., *Osservare un laboratorio d'arte: apprendere partecipando*, In "Sapere e saper fare. Costruzione e trasmissione di conoscenza in riabilitazione psicosociale", a cura di M. Rabboni – PACINEditore Medicina, Ospedaletto (Pisa), 2005.
- [7] Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- [8] Albanese O., Peserico M., Pivetti F., *Artiterapie duemilasei*, Casa degli artisti "Giacomo Vittone", Tenno, 2006.
- [9] Winnicott D.W., *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma, 1974.
- [10] Arieti S., *Creatività e sintesi magica*, Ed. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1990.
- [11] Uttley L., Scope A., Stevenson M., Rawdin A, Taylor Buck E., Sutton A., Stevens J., Kaltenthaler E., Dent-Brown K., Wood C., *Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders*, Health Technology Assessment, Volume 19 Issue 18 March 2015.
- [12] Slayton S.C., D'Archer J., Kaplan F., *Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings*, Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 27, n°3, 2010.

Poster

Recovery e Teatroterapia. Trattamenti terapeutici teatrali

di M. Antichi, R. Chiello*, S. Grossi**, G. Macri**, S. Perrone*, C. Stella*, M. Vercesi*, M. Rocchetti*, P. Politi**

Abstract

The work presented integrates the theater-therapy path in *Recovery* processes through the tool of **Recovery Star**TM [1], a method aimed at sharing and supporting individualized *Recovery* processes addressed to users in charge of mental health services, which provides for the direct involvement of people in each phase.

This project involved a group of patients attending the Day-care Centre of the Mental Health and Addiction Department in Pavia. Twenty patients participated to the theater-therapy path. It was possible to monitor the rehabilitation process through **Recovery Star**TM with seven of them.

The assessment was carried out in the initial phase (T0) and at the end of the path (T1) through four of the ten areas envisaged by the **Recovery Star**TM, chosen on the basis of the correspondence of the general rehabilitation objectives with those of the theater-therapy path (*Management of mental health, Physical health and self-care, Identity and self-esteem, Trust and positive expectations*).

The results showed an improvement of the general rehabilitation objectives corresponding theater-therapy path ones and an improvement in the perceived subjective well-being.

TESTO

Il Teatro che cura è un percorso che parte dalla consapevolezza dei propri limiti e delle proprie fragilità, per arrivare a riscoprire le proprie risorse e scegliere di percorrere la strada di un nuovo equilibrio e benessere. È uno spazio di Teatro Integrato, cioè aperto a tutti, perchè "il teatro è uno strumento di diritto di tutti gli uomini e di tutte le donne del mondo. Anche degli attori" [2].

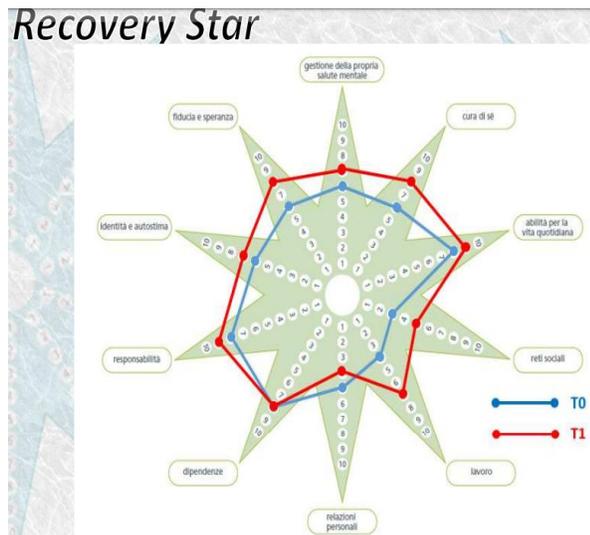
L'attività prevede pratiche che, dalla percezione e dalla visione consapevole del proprio corpo, arrivano al riconoscimento delle proprie emozioni e alla loro gestione, in equilibrio con se stessi e nel rispetto dell'altro.

L'ipotesi di lavoro, rispondendo al *qui ed ora* del teatro, è che si favorisca la naturale creazione di relazioni armoniche tra tutti i partecipanti, il rafforzamento della propria identità e dell'autostima, un arricchimento della fiducia verso gli altri, un benessere fisico e mentale e la riappropriazione della propria creatività.

È così che si raggiunge, come ulteriore momento di condivisione e di cammino, la rappresentazione teatrale finale che diventa spazio di riconoscimento e di rottura dello stigma da parte della cittadinanza, dando vita ad un incontro di "comunità" in cui il Teatro è strumento di scambio umano vero ed intenso.

L'esperienza di *Teatro che cura* si evolve in parallelo al processo di *Recovery*, che si identifica nello sviluppo e/o rafforzamento di potenzialità personali, incentivando il recupero di un ruolo attivo nella società.

Il processo di *Recovery* pertanto rappresenta uno degli indicatori dell'efficacia dell'intervento riabilitativo [3].



La **Recovery Star™** è un metodo per valutare, condividere e supportare i processi di *Recovery* individualizzati rivolto ad Utenti in carico a servizi di Salute Mentale.

(Fig.1)

Tratta da *Mental Health Recovery Star*. Il Chiaro del Bosco. Traduzione terza edizione di Triangle Consulting Social Enterprise Ltd and Mental Health Providers Forum, Copyright © 2014.

La **Recovery Star™** prende in considerazione dieci aree di funzionamento cui viene attribuito un punteggio oggetto di valutazione periodica. Per ciascuna area è prevista una scala, da un punteggio minimo di 1 a un punteggio massimo di 10, che descrive le fasi del cambiamento.

I 10 punti sono distribuiti su 5 diversi gradini, che offrono un'indicazione di come l'Utente si percepisca in un determinato momento del percorso. Ad un estremo della scala si colloca la fase di *Blocco*, caratterizzata dalla sensazione, da parte dell'Utente, di non sentirsi in grado di far fronte al problema e di non essere nella condizione di poter accettare un aiuto.

Da questa fase si passa all'*Accettazione dell'aiuto* in cui l'Utente riconosce sia il problema che il bisogno di un sostegno, con conseguente ricerca di qualcuno che possa aiutarlo.

Successivamente si passa alla fase del *Crederci*, nella quale l'Utente inizia ad avere una visione migliore e positiva circa il problema in questione.

La fase successiva è quella dell'*Apprendimento*, in cui l'Utente concretizza il proprio percorso di *Recovery*, che si sviluppa passando anche attraverso tentativi ed errori.

Basarsi sulle proprie forze è la fase finale in cui l'Utente, dopo aver acquisito competenze e capacità, è in grado di raggiungere i propri obiettivi senza l'aiuto di operatori e servizi.

Il processo quindi prevede un coinvolgimento diretto degli Utenti in ogni fase.

Dei 20 Utenti coinvolti nel percorso di *Teatroterapia* è stato possibile monitorare il processo riabilitativo mediante **Recovery Star™** di 7 utenti.

La valutazione è stata effettuata nella fase iniziale (T0) e al termine del percorso (T1) attraverso quattro delle dieci aree previste dalla **Recovery Star™**.

Gestione della salute mentale: questa area riguarda l'apprendere come ci si prende cura di se stessi, dei propri sintomi e come organizzare la propria vita in modo soddisfacente, senza che sia condizionata o limitata dai sintomi.

Salute fisica e cura di sé: questa area fa riferimento a come prendersi cura di sé con particolare attenzione alla salute fisica, a come si è in grado di gestire lo stress e mantenere uno stato di benessere.

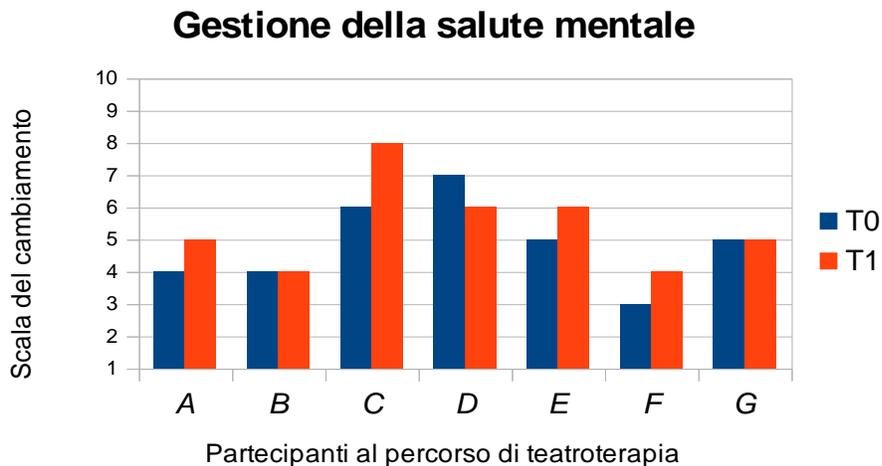
Identità e autostima: questa area fa riferimento alla percezione e definizione di se stessi, riguarda il senso di identità personale, l'individuazione dei propri punti di forza e debolezza, compreso l'accettazione di sé.

Fiducia e aspettative positive: questa area fa riferimento alla fiducia verso gli altri, alle aspettative positive per il futuro e alla capacità di credere in se stessi.

Le quattro aree sono state scelte in base alla corrispondenza degli obiettivi riabilitativi generali con quelli del percorso di *Teatroterapia*.

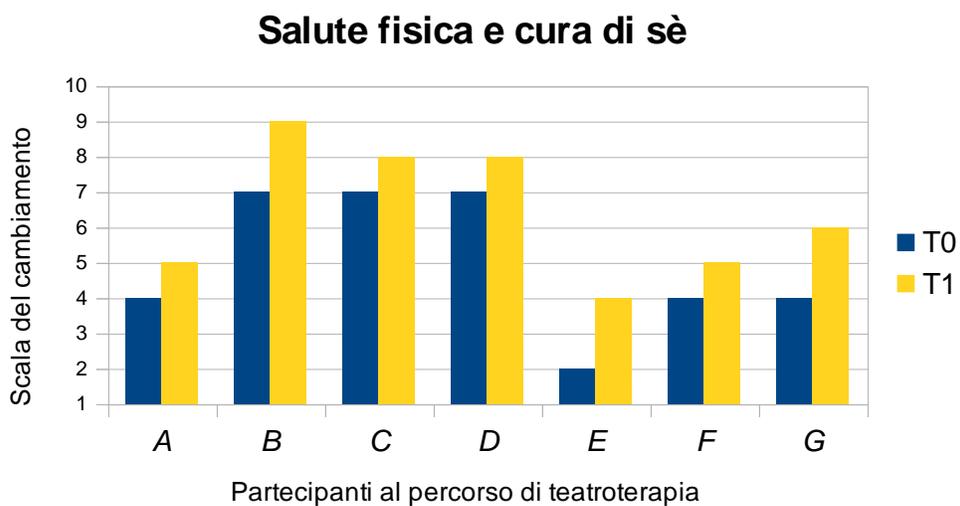
Nella maggior parte dei casi presi in considerazione è stato osservato un miglioramento nelle quattro aree focus.

I grafici sottoriportati mostrano l'andamento di ciascun Utente rispetto alle quattro aree valutate. A valori in T0 più bassi sono stati osservati cambiamenti più significativi in T1.



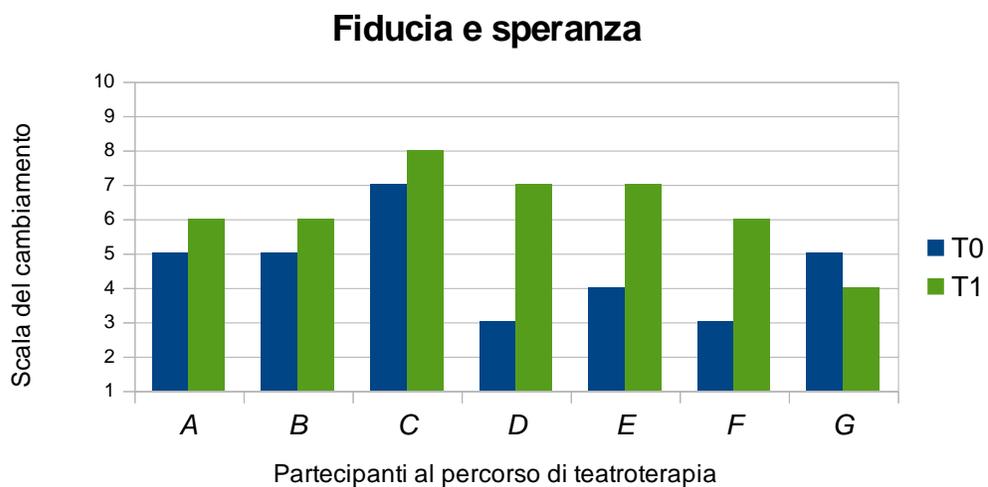
(Fig. 2) *Gestione della salute mentale*

Questa area riguarda l'apprendere come ci si prende cura di se stessi, dei propri sintomi e come organizzare la propria vita in modo soddisfacente.



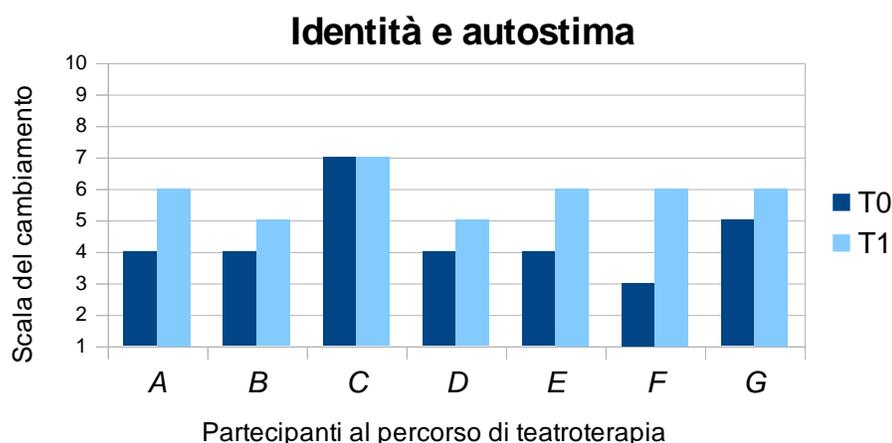
(Fig. 3) *Salute fisica e cura di sè*

Questa area fa riferimento alla salute fisica, a come si è in grado di gestire lo stress e mantenere uno stato di benessere.



(Fig. 4) *Fiducia e aspettative positive*

Questa area fa riferimento alla fiducia verso gli altri, alle aspettative positive per il futuro e alla capacità di credere in se stessi.



(Fig. 5) *Identità e autostima*

Questa area fa riferimento alla percezione e definizione di se stessi. All'individuazione dei propri punti di forza e debolezze,omi e come organizzare la propria vita in modo soddisfacente.

Tali risultati sono riconducibili ad un benessere percepito all'interno del percorso individuale riabilitativo a cui ha contribuito l'esperienza di *Teatro che cura*.

Il percorso di *Teatroterapia* ha dato vita alla compagnia di teatro integrato del Torchietto *Le Nuvole a Zonzo*, che ha visto coinvolti Utenti, Educatori e TeRP nella realizzazione di alcune rappresentazioni rivolte alla cittadinanza, dando vita a momenti di scambio reciproco tra la comunità e il *Teatro che cura*. L'esperienza ha permesso, a partire dal rafforzamento della propria identità, la creazione di momenti di incontro e scambio con l'altro, favorendo un benessere fisico e mentale.

La prima rappresentazione è stata realizzata il 16 maggio 2019, in occasione dell'anniversario del primo anno di vita dell'Associazione di Promozione Sociale di Utenti e Familiari "Spazi Ritrovati", all'interno del *Dibattito per una riabilitazione psichiatrica "sostenibile"* (Fig. 6).

Un altro momento significativo si è inserito tra le proposte espressive all'interno dell'*Incontro Nazionale 2019 "Le Parole ritrovate"* il 10 ottobre 2019 a Trento, dove *Le Nuvole a Zonzo* hanno portato in scena "Viaggi e miraggi" (Fig. 7).

All'interno di questa esperienza gli Utenti hanno sperimentato che il teatro, come la vita, è un viaggio....

"PARTO DA...E VADO A..." (Tratto da Viaggi e Miraggi)

"Parto dalle preoccupazioni e vado verso le soddisfazioni" (A.)

"Parto dalla malattia e vado verso la guarigione" (M.)

"Parto dalla solitudine e vado verso il viaggio con tutti gli amici" (A.)

"Parto dal dolore e vado verso l'amore" (S.)

"Parto da me per arrivare agli altri" (S.)

"Parto dalla tristezza e vado verso la gioia" (M.)

"Parto dalla morte per andare verso la vita" (A.)



(Fig. 6)
Dibattito per una riabilitazione psichiatrica “sostenibile”. Il ruolo degli utenti, familiari e volontari nell’ambito della riabilitazione e del reinserimento sociale delle persone affette da disturbo mentale.
Pavia, 16 maggio 2019.



(Fig. 7)
Incontro Nazionale 2019 “Le Parole ritrovate”
Trento, 10 ottobre 2019.

* ASST Pavia, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Unità Operativa di Psichiatria 57/58 Pavia.

**Teatro delle Chimere, teatro di figura, teatro etico e di cura.

BIBLIOGRAFIA

- [1] IL CHIARO DEL BOSCO ONLUS (a cura di): *Mental Health Recovery Star*. Traduzione terza edizione di Triangle Consulting Social Enterprise Ltd and Mental Health Providers Forum, Copyright © 2014.
- [2] Boal A., *L'Arcobaleno del desiderio. La meridiana*, 2010.
- [3] Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, FrancoAngeli, 2006.

Segni di cambiamento. Osservazione dei processi trasformativi in Arteterapia e Danza Movimento terapia ad orientamento psicodinamico

di Francesca Borghese, Maria Cristina Minelli***

Abstract

We will start by identifying common and cross features pertaining all Art therapies with a particular emphasis on the peculiarities of Art Therapy (AT) and Dance Movement Therapy (DMT), we will then present our experience regarding four specific areas of observation and evaluation of the transformative processes in such settings which include:

- evolution of the creative process
- the relationship an individual establishes with their own artistic “product” (be it expressed through movement or by working with art materials),
- analysis of the intrinsic qualities of what “takes shape” during the sessions,
- the relationship within the group and the group leader.

Quello che presentiamo è un contributo a partire dalla nostra comune formazione: l’Arte e la Danza Movimento Terapia ad indirizzo psicodinamico, secondo la formazione Art Therapy Italiana.

Ci siamo felicemente trovate a condurre due laboratori, con *setting* distinto, nello stesso Centro Diurno: il laboratorio di Arte terapia (AT) e quello di Danza Movimento terapia (DMT), a cadenza settimanale, con un differente gruppo di partecipanti.

Si tratta del Centro Diurno “La Casa” di Bernareggio, struttura semiresidenziale di riabilitazione psicosociale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate

Durante il periodo estivo co - conduciamo, sempre nello stesso luogo, dei laboratori “aperti” in cui abbiamo intrecciato e fatto dialogare le due differenti modalità in progetti comuni. Ci è dunque successo, *sul campo* e nella pratica, di approfondire *cosa rende le Arti-terapie* tali, ovvero cosa vi è di comune, trasversale alle differenti Arti, che in qualche modo circoscrive, distingue e determina le Arti terapie, sia rispetto ad altre attività, sia rispetto alle terapie all’interno dei percorsi degli utenti.

Inoltre abbiamo potuto confrontarci sulle specificità delle nostre due arti.

Nelle Arti terapie si utilizzano in maniera privilegiata modalità non verbali per costruire una *relazione terapeutica* e sostenere il *processo creativo*. *Il mondo interno di una persona prende una forma che è anche esterna, pur conservando la sua appartenenza anche a quel mondo interno. In qualche modo diventa concreta, condivisibile, trasformabile. Sia essa una “danza” o un “disegno”.*

E’ chiaro, quindi, che nelle Arti-terapie lo scopo non è ottenere un prodotto specifico previsto, come neanche far accadere qualcosa di predeterminato, mentre invece una competenza e abilità dell’Arte-terapeuta è partire dall’ascolto di ciò che avviene nel processo creativo attraverso la “propria” arte, nel

nostro caso vuol dire dall'ascolto di ciò che emerge da un movimento (visto come una danza in quanto espressione di qualcosa) o da un segno (visto come espressione di sé con i materiali...)

A partire da questa osservazione/ascolto si formulano obiettivi confrontandosi con tutta l'equipe e si sostengono processi maturativi e di cambiamento, ipotizzando proposte specifiche declinate in base al medium artistico.

Nell'individuazione di un metodo per valutare, misurare e comunicare i cambiamenti che si vedono avvenire nel *setting* delle Arti terapie, vi è una parte comune e un'altra declinata a partire dalla specifica arte.

Nella valutazione dell'efficacia del processo trasformativo prendiamo in considerazione INDICATORI DI CAMBIAMENTO riguardanti quattro aree che possiamo così schematizzare:

- Il processo creativo (individuando "dove" mi trovo nel processo, in quale momento/fase)
- La relazione con il prodotto artistico (ad esempio: lo riconosco come mio, può diventare qualcosa da condividere, mi piace, non mi piace, desidero o respingo i commenti, ne parlo...)
- Il "prodotto" stesso (AT analisi delle qualità del prodotto artistico, DMT analisi del movimento)
- La relazione all'interno del gruppo e con il conduttore

Queste aree con indicatori di cambiamento possono essere intese in senso evolutivo; questo non significa tanto attribuire una scala di valori quanto invece attivare una possibilità di orientarsi all'interno di ciò che succede.

IL PROCESSO CREATIVO

Per D.W. Winnicott il processo creativo si situa nello spazio dell'arte, come anche nella possibilità di giocare per il bambino: lo spazio transizionale dove mondo interno e mondo esterno si incontrano e coesistono.

In AT come in DMT si può prendere in esame il processo, attivato dall'utilizzo dei materiali o dall'esperienza di movimento, facendo riferimento alle tre modalità del *processo creativo* individuate da Mimma Della Cagnoletta (2010):

- Modalità a concentrazione corporea,

"crea contatto con il materiale artistico (quindi il suo utilizzo);"

Nell'esperienza artistica è il livello corporeo. Riguarda l'esperienza sensoriale e i vissuti corporei suscitati dal movimento.

- Modalità a risoluzione formale,

"predilige la visione delle forme, ne valuta l'equilibrio, il ritmo, il movimento;"

È il livello di espressione e comunicazione estetico formale, riguarda l'esperienza e la possibilità di sperimentare e distinguere differenti elementi del movimento e di differenziare.

- Modalità a narrazione simbolica

"introduce il significato, anche attraverso la sua negazione, e ne definisce la natura attraverso la sua descrizione."

Può contenere anche l'esperienza immaginativa. Riguarda la ricerca di una relazione con l'altro e con i materiali artistici, e di una forma che parli di sé. È l'esperienza di descrivere in parole o simboli, di nominare le emozioni dei propri movimenti e delle coreografie che si creano.

Riconoscere ed individuare queste modalità, che indicano anche il livello di espressione e comunicazione che si sta maggiormente attivando, può essere utile *“non solo per comprendere le componenti del processo creativo, (di qualsiasi forma artistica n.d.r.) ma per modulare la comunicazione e gli interventi terapeutici attraverso il linguaggio non verbale così come quello verbale, ‘in sintonia con la modalità in uso’. Il dialogo tra queste tre modalità conferma la flessibilità adattiva e creatrice dell’essere umano”* (Della Cagnoletta 2010, pag. 25-26).

LE OPERE ARTISTICHE E LE DANZE CHE SI CREANO: “IL PRODOTTO”

In arteterapia abbiamo un “prodotto” creato, sia esso un disegno o un elaborato anche tridimensionale, che è espressione dell’emergere di qualcosa da un dentro a un fuori.

Dell’oggetto artistico si possono osservare le caratteristiche relative alle sue QUALITÀ FORMALI ed al contenuto, che costituiscono anche il dialogo con la persona a lavoro ultimato.

Queste osservazioni configurano dei bisogni, riflettono un motivo portante, ci parlano di una minore o maggiore vicinanza alle emozioni, della dinamica tra tensione e rilassamento.

Ci si interroga sui materiali usati e il supporto che li sostiene, sugli elementi compositivi e l’uso dello SPAZIO. Se è presente un EQUILIBRIO DINAMICO delle forme o del colore e quale STILE emerge come affermazione di sé.

Inoltre, osservare come la persona è in RELAZIONE CON IL PRODOTTO ci indica quale tipo di dialogo e quali potenzialità si sono attivate. Le tipologie delle dimensioni comunicative individuate da Paola Luzzatto (2009) riguardano il livello **Estetico, Immaginario, Narrativo, Esistenziale**. Ogni tipologia ci parla delle diverse funzioni del prodotto, di come sostiene la persona o può favorire proiezioni o ricostruire pezzi d’esperienza e attivare cambiamenti profondi.

L’oggetto creato spesso *“funziona come un contenitore e diventa luogo dove ciò che è stato proiettato può cambiare, grazie allo sguardo dell’altro, terapeuta o gruppo,”* ... l’integrazione di parti negate *“può avvenire senza interpretazione del prodotto artistico, ma rimanendo su un piano estetico, utilizzando la modalità a risoluzione formale.”* Nelle situazioni di grave disagio psichico *“Gli oggetti hanno infatti una valenza spesso molto concreta ... Il passaggio a un mondo simbolico è pertanto un obiettivo da raggiungere.”* (Della Cagnoletta 2010, pag. 25-26).

In Danza movimento terapia abbiamo dei vissuti corporei e dei movimenti che prendono forma nel qui e ora della sessione: agli occhi del DMT *“Qualsiasi movimento rivela una danza, ossia un’espressione creativa ed estetica che comunica dinamiche psichiche profonde e modelli primari di strutturazione della realtà, che si intrecciano e interagiscono con il vissuto personale ...”* (Govoni 2012)

Nella Danza Movimento Terapia, insieme al proprio *contro-transfert corporeo* gli strumenti specifici, che aiutano ad ascoltare dove ci si trova nel processo e a prendere nota di cambiamenti, evoluzioni e involuzioni, hanno a che fare con l’*“osservazione del movimento”* e delle *“coreografie della relazione”* che si creano. È chiaro che il cambiamento nel tempo di elementi visibili nel corpo, ad esempio della postura, piuttosto che di quanto spazio occupo intorno a me, o del mio *“radicamento”*, sono indicatori che è prezioso ascoltare; infatti da un lato gli schemi motori cambiano quando è in corso un processo maturativo, dall’altro lo stile di movimento riflette lo stato mentale delle persone che partecipano ai laboratori.

Gli strumenti della LMA, del KMP permettono di osservare con partecipazione, attenzione e precisione:

LABAN MOVEMENT ANALYSIS (LMA) nelle sue categorie:

- CORPO, ha a che vedere con le relazioni anatomiche (ad esempio un movimento può essere posturale o gestuale), con le azioni fisiche, con le parti del corpo che si muovono e con il modo in cui il corpo è organizzato,
- SPAZIO, la direzione del movimento (verticale, orizzontale, sagittale), la cinesfera (spazio personale di movimento che può essere più o meno grande e che può cambiare nel tempo, o anche in una sola sessione), livelli...
- FORMA, come cambia la forma del corpo in relazione all'ambiente circostante
- EFFORT, la qualità espressiva del movimento. Il *come* un tal movimento avviene riflette l'uso che facciamo della nostra energia cinestetica in relazione a flusso (tenuto/libero), spazio (diretto/multifocale), peso (leggero/forte) tempo (prolungato/urgente). (Govoni 2012)
Gli elementi della Laban Analysis sono stati ulteriormente elaborati nella Effort/Shape Methodology (Bartenieff Hackney), permettendo di osservare le "connessioni corporee" presenti.

KESTEMBERG MOVEMENT PROFILE (KML). Kestenberg ci fornisce uno schema di riferimento che ci permette di integrare gli aspetti del movimento codificati da Laban con concetti psicodinamici e cambiamenti evolutivi.

Interessante segnalare che a partire dalla LMA Marta Davis (1970) ha studiato e descritto *pattern* di movimento osservati in pazienti psichiatrici, durante i ricoveri in ospedale. Sono elementi importanti da tenere in considerazione e da poter "monitorare": Frammentazione, Diffusione, Esagerazione, Fissazione senza variazione, Flusso tenuto con controllo attivo, Flaccidità con peso passivo, Dinamicità con presenza di effort. (Traduzione dei termini a cura di R.Sorti).

LA RELAZIONE ALL'INTERNO DEL GRUPPO E CON IL CONDUTTORE

Le Arti terapie prevedono la possibilità di lavorare all'interno di un gruppo, le cui interazioni presso il Centro Diurno di Bernareggio, vengono registrate nella "scheda di valutazione delle variabili del cambiamento e del comportamento nel gruppo". Questa prassi è stata adottata nel 2014 dopo un confronto tra gli educatori, lo psichiatra ed i consulenti (maestri d'arte e terapeuti espressivi) che si occupavano di alcune attività all'interno del servizio. Le osservazioni della scheda prendono in considerazione gli item riportati da ART THERAPY INVENTORY, lo strumento di valutazione e monitoraggio dell'efficacia degli interventi di arte terapia, della fondazione "Concetta D'Alessandro" di Caltagirone (Ct) nella persona della Dott.ssa Sara Musolino. Come indicato nello strumento "*vengono osservate le variabili relative al cambiamento partendo dal presupposto che l'arteterapia è una tecnica psicodinamica (Kris, 1953) e come tale attiva dei cambiamenti sia a livello comportamentale che strutturale.*"

Una considerazione per concludere

Il punto fondamentale è che dall'osservazione del "prodotto", anche insieme all'utente e anche a partire dalle associazioni verbali che vengono fatte, si può valutare una trasformazione, un cambiamento dell'utente stesso.

È ancora una volta chiaro come il focus non è il valore in sé del prodotto artistico, sia una danza, sia un'opera figurativa, anche se questo non vuol per niente dire che il "prodotto" non possa avere a volte un senso artistico in sé, spesso emozionante e che ci aiuta a adottare nuovi punti di vista sulla persona ...

**Danza Movimento Terapeuta/APID (ai sensi della Legge 14/01/2013 n. 4) formazione Art Therapy Italiana/Bologna, Art Psychotherapist riconosciuta dal Goldsmiths' College di Londra*

***Arteterapeuta – APIART (ai sensi della Legge 14/01/2013 n. 4) formazione Art Therapy Italiana/Bologna*

BIBLIOGRAFIA

Della Cagnoletta M. (2010) *Arte Terapia. La prospettiva psicodinamica*, Carocci Faber, Roma 2010.

Belfiore M. (1998b) *Comunicazione, estetica e codice: verso un'analisi strutturale e trasformativa del prodotto artistico*, in: AAVV: *Dall'esprimere al comunicare, immagine, gesto, e linguaggio nell'arte e nella danza-movimento terapia*, a cura di Maria Belfiore e Luisa Martina Colli: *Quaderni di Art Therapy Italiana 2*, Pitagora editrice Bologna 1998.

Luzzatto P. (2009) *Arte Terapia, una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*, Cittadella Editrice, Assisi 2009.

Govoni R. (2012) *Lasciar parlare il corpo* in AAVV *Lasciar parlare il corpo* a cura di Anna Di Quirico, Edizioni Magi, Roma 2012.

Laban R. (1999) *L'arte del movimento*, Ephemera editrice, Macerata 1999.

Kestenberg J. (1975) *Children and parents*, Jason and Aronson, New York 1975.

Davis M. (1970) *Movement characteristics of hospitalized psychiatric patients*, ADTA combined proceedings, 5° and 7° annual conference.

L'arte è relazione. Nutrire la creatività per prendersi cura di sé

di Elena Vidale, Nadia Valentina Galimberti**, Giuseppina Trincas****

Abstract

The first transforming process that is generated from the use of art therapy happens overall in the relationship with the artistic material: the patient, relating with the materials, tell about himself representing himself in the artwork. Thanks to an attentive and punctual observation of the artworks produced it's possible to obtain precious information about creativity, freedom of expression and current state of mind of whom has made the artwork.

The transforming function of art therapies also introduce the possibility that the person, dealing with the artwork, strengthen and enhance the self-esteem, thanks also to the art therapist constant support. The continuous exchanges of views between the art therapist and the psychiatrist about the issues emerged during the work provides a global vision of the person and helps to foresee any relapse or to confirm the improvements orienting in a more accurate and rapid way the integrated strategies and actions (clinical, pharmacological, supportive, etc.).

The creativity, fundamental element of the transforming process, is hard to quantify.

Proceeding from the assumption that the artistic material with which each person choose to tell himself and the relationship with the same material represent a fundamental indicator of personal growth and, given that to date there aren't enough parameters that can be monitored, we could take into account the following indicators:

- psycho-social wellness subjectively perceived, which might be indicated using a numeric scale;
- patient's openness to external realities, with new integration possibilities (quantifying exhibitions visits, cultural events, music courses etc.).

Il primo processo trasformativo che si genera grazie all'utilizzo dell'arte terapia avviene innanzitutto nel rapporto con la materia artistica: il paziente, relazionandosi con i materiali, racconta di sé rappresentandosi nell'opera. Da un'attenta e puntuale osservazione dei lavori realizzati è possibile ottenere preziose informazioni in merito alla creatività, alla libertà di espressione e allo stato d'animo del momento di chi realizza l'opera. La funzione trasformativa delle arti terapie introduce inoltre alla possibilità che il soggetto, rapportandosi con l'opera d'arte, rinforzi e potenzi la stima in sé stesso, grazie anche al supporto costante dell'arte terapeuta. Il continuo confronto di quest'ultimo col medico curante sui temi emersi durante il lavoro consente una visione globale della persona e aiuta ad anticipare eventuali scompensi o confermare miglioramenti orientando dunque in modo più appropriato e repentino gli interventi in modo integrato (clinico, farmacologico, supportivo etc.).

La creatività, elemento fondamentale del processo trasformativo, è difficilmente quantificabile.

A partire dal presupposto che il materiale artistico con cui ogni persona sceglie di raccontarsi e il rapporto con lo stesso costituiscono un indicatore fondamentale di crescita personale e non avendo ad

oggi a disposizione sufficienti parametri monitorabili, si potrebbero prendere in considerazione anche i seguenti indicatori:

- percezione del benessere psicosociale soggettivo, che potrebbe essere indicato dal paziente su una scala numerica;
- apertura da parte della persona in cura a realtà esterne ai servizi, con nuove possibilità di integrazione (quantificando la frequentazione di mostre, incontri culturali, corsi di musica etc.).

** Artista terapeuta, ASST Rhodense*

***Arte terapeuta, ASST Rhodense*

****Psichiatra, ASST Rhodense*

A per Arte. Riscoprirsi e Sintonizzarsi in gruppo tra suono, natura e movimento

di Fabiola Bongiolatti, Cinzia Tomasi***

Abstract

The Art Therapy in healing process.

In our DSM reality three types of art therapy are followed with Music, Theater and Psychodrama. All of these refer to a psychodynamic theoretical model and groups setting. The way to monitor the transformative process consists in a protocol that report, for each session, the therapist's observations and patients' interventions. It's about specific and targeted observations that highlight the changes over time that the individual patient shows regarding their own expressiveness and the testimonies of the patients themselves, that express changes in their emotions and judgements both towards themselves and towards the other components of the group (self-esteem, self-efficacy and trust). There is a direct and mutual influence between body and mental states and a particular importance has to be given to the motor skills parameter that measures transformations about stereotyped attitudes; in effect the muscle tone, the postural attitude, the facial expressions are indicators that reveals, during the Art Therapy experience, more harmonious and less tense ways of living in the world and communicate with others. The therapeutic experience lived is generalized by increasing the ability to look at the positive sides of experiences and not to the defective aspects; unknown potentials and riches are discovered that represents internal protective factors.

LABORATORIO DI "MUSICOTERAPIA ATTIVA "

FINALITA': La finalità è quella di consentire alle persone coinvolte di sviluppare al massimo le capacità creative e di aumentare l'autostima; Nel corso delle sedute i partecipanti elaborano i propri vissuti e le emozioni in un'atmosfera gioiosa e giocosa, attraverso il mediatore sonoro-musicale e le interazioni di gruppo.

Gli incontri hanno cadenza mono-settimanale e vengono condotti da una coppia stabile di terapeuti.

Il numero di partecipanti può oscillare dalle 6 alle 10 unità.

TAPPE DEL PERCORSO

- un momento iniziale di "esplorazione dei suoni"
- un centro in cui si sviluppano diversi "tappeti sonori"
- una fase conclusiva di condivisione dei vissuti

SPAZI: locale luminoso e spazioso attrezzato con tappetini e sedie per l'occorrenza

OBIETTIVI

- sentirsi accolti;
- migliorare l'ascolto;

- prendere contatto con il proprio mondo emozionale;
- rinforzare la capacità comunicativa;
- sentirsi partecipi e protagonisti;
- migliorare i tempi di attenzione;

Le tecniche di improvvisazione grupale : " armonizzare sintonizzandosi"

La pratica musicoterapica si realizza all'interno della dimensione relazionale, quindi la capacità di ascolto è fondamentale e lo strumento sonoro diventa il "mediatore della relazione", facilitando la "sintonizzazione affettiva" fra i partecipanti del gruppo.

Le sedute prevedono una coppia terapeutica costituita da musicoterapista e da coterapista, quest'ultimo con funzione di ausilio e di supporto.

Durante l'improvvisazione sonora emergono modalità di interazione che rispecchiano l'atteggiamento del paziente nei confronti di sé stesso e degli altri: su tali interazioni il musicoterapista potrà percorrere due strade:

- rispecchiare la proposta sonora -musicale del paziente
- introdurre piccole variazioni.

Ad esempio se la musica del paziente è ipertesa o lenta il musicoterapista può introdurre temi con ritmi più lenti o più veloci per contrastare la dinamica e la velocità del paziente;

Al termine dell'improvvisazione ha luogo la verbalizzazione i partecipanti discutono quanto emerso durante l'improvvisazione.

E' importante sottolineare che ciò che si considera terapeutico è tutto il procedimento espressivo e relazionale che ciascun individuo compie, sia nella fase verbale che in quella non verbale.

Dopo ogni seduta vengono annotate le osservazioni sull'utilizzo degli strumenti e sui commenti verbali fatti dai pazienti a fine seduta. Queste osservazioni scritte permettono al musicoterapista e al coterapista di riflettere costantemente su ciò che accade prima, durante e dopo la seduta e di preparare quella successiva.

Dalle annotazioni a fine seduta del gruppo sperimentale tenutosi lo scorso anno (2018-2019 per 20 incontri) si sono osservati:

- A) Cambiamenti nell'espressività corporea*
- B) Cambiamenti nell'ascolto, nell'attenzione e nell'interesse*
- C) Cambiamenti nell'interazione sociale e potenziamento delle abilità relazionali.*
- D) Cambiamenti nel rapporto con i conduttori*
- E) Cambiamenti dei vissuti soggettivi*

e dalle verbalizzazioni di fine seduta sono emersi:

- F) modificazioni degli stati affettivi con riduzione dello stress, della "rabbia", della paura, dell'ansia, aumento dell'umore positivo e dell'armonia*

MODELLO DI RIFERIMENTO:

Il modello utilizzato è quello proposto da **Roland Omar Benenson** (psichiatra, musicoterapista argentino).

Benenson afferma che tutti gli esseri umani possiedono un'**identità sonora originaria (ISO)** che li caratterizza e li differenzia dagli altri.

Benenson distingue:

- **L' ISO universale** che include tutti i fenomeni sonori comuni agli esseri umani: il battito cardiaco, il suono del respiro, dell'acqua, e certi fenomeni sonoro –musicali che diventano universali nei secoli (ad es. la scala pentatonica presente in tutte le ninna –nanne).

- **L' ISO culturale**, identità che raccoglie, dal parto in poi tutte le esperienze culturali e gli stimoli sonori provenienti dall'ambiente esterno.

- **L' ISO di gruppo o in interazione** dove l' ISO universale e quello culturale di ciascun componente si adattano reciprocamente intrecciandosi tra loro per costituire un'identità creativa propria del gruppo . Lo strumento musicale , finalizzato a diventare "intermediario", può in realtà essere utilizzato anche in altri modi:

- come **oggetto incistato**, quando il paziente lo avvolge fino a farlo diventare parte di sé,
- di **sperimentazione, catartico**, quando è utilizzato per scaricare tensione accumulata,
- **difensivo**, se viene suonato al fine di "nascondersi" attraverso le proprie produzioni sonore.

All'interno del setting è posto l'insieme degli strumenti musicali definito **GOS (Gruppo Operativo Strumentale)**.

La "musicoterapia attiva" può essere considerata un intervento specifico nei casi in cui esiste un disturbo della sfera espressivo/comunicativo/relazionale e della sfera emotiva.

Bibliografia di riferimento

Rolando Omar Benezon, *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma, 1997.

Rolando Omar Benezon, *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1998.

Rolando Omar Benezon, *Musicoterapia esperienze di supervisione*, Phoenix, Roma, 1999.

LABORATORI DI METODI ATTIVI TEATRO E PSICODRAMMA PER IL CENTRO DI SALUTE MENTALE DI SONDRIO

INTRODUZIONE ALLO PSICODRAMMA

Lo psicodramma è un metodo di lavoro di gruppo che deriva dal teatro della spontaneità. Utilizza una metodologia **attiva** che prevede l'uso del movimento, del corpo, di oggetti, di musica, di contatto fisico, del gioco e della messa in scena che permettono alla persona di diminuire i rigidi meccanismi abitudinari e di accedere a uno stato di **spontaneità** maggiore che consente maggior capacità creativa.

Durante i laboratori di psicodramma, il **gruppo** viene valorizzato ed inteso come mezzo, luogo e agente di benessere. Il tema su cui si intende lavorare, scelto dal gruppo è l'autostima.

La metodologia psicodrammatica consente di sperimentare un modo di relazionarsi diverso dal quotidiano, in cui viene favorita la soggettività reciproca: l'**INCONTRO**. Permette a ogni individuo di esprimere la propria verità soggettiva, di essere ascoltato, visto e riconosciuto dagli altri. Inoltre implementa la capacità di ascolto e attenzione che l'individuo dà all'altro. Attraverso alcune regole (riservatezza, non giudizio...) si crea un ambiente protetto dove ci si sente accolti, compresi e più liberi di esprimersi.

Permette l'autonarrazione: costruire la propria storia nel qui ed ora sia in modo raccontato che messo in scena davanti a qualcuno che ascolta e riconosce la tua storia.

Lo psicodramma permette di vivere, dare un nome ed osservare le **emozioni**, non solo di parlarne. L'individuo può sperimentare momenti di gioia e benessere e sostegno con altre persone. Lo

sperimentare situazioni benefiche e nuove arricchisce la propria realtà, attiva emozioni che aprono la possibilità a condizioni positive.

Modalità di svolgimento In questo contesto lo psicodramma viene utilizzato come metodo di esplorazione ed espressione di sé, realizzazione di relazioni inter-soggettive e sperimentazione di situazioni benefiche attraverso un gruppo.

Conduttrice Novella Parolini. Novella è laureata in Scienze dell'Educazione, educatrice professionale con esperienza decennale nel campo della Salute Mentale, formata in conduzione di gruppi con metodi attivi e psicodramma presso il Centro Studi di Psicodramma di Milano. Conduttrice di gruppi dal 2005 e conduttrice di gruppi di psicodramma dal 2009.

LABORATORIO TEATRALE DI GRUPPO PER ADULTI : ADAMAH

IL laboratorio teatrale valorizza l'unicità e la particolarità della persona, favorendone la spontaneità e l'integrazione attraverso il lavoro di gruppo oltre naturalmente, essere un momento ludico e aggregativo. Il teatro non è focalizzato sul prodotto ma sul processo, laboratorio quale "setting" con la funzione di cornice per le azioni, le emozioni e le relazioni.

MODALITA': laboratorio teatrale di gruppo, condotto da una Professionista esterna, quale momento di "apprendimento attivo": le varie fasi del programma vengono affrontate attraverso esercizi teatrali, giochi, proposte operative.

TAPPE DEL PERCORSO

- un momento iniziale di riscaldamento motorio : "avvicinamento " al proprio corpo e ai suoi movimenti nello spazio in relazione al gruppo;

- un centro in cui, attraverso alcuni stimoli, il conduttore sviluppa il suo progetto: emozioni "agite" tramite role-playing (giochi di ruolo), utilizzando tecniche specifiche dello psicodramma moreniano, anche con "Improvvisazioni", quale strumento terapeutico per sviluppare la spontaneità e la creatività;

- una fase conclusiva di condivisione dei vissuti , momento tecnicamente noto come "sharing";

FINALITA':

La finalità è stata quella di dar vita ad un laboratorio centrato sull'esperienza di gruppo, sulla socializzazione, sull'apertura agli altri e all'espressione; molto utile quando l'utenza è costituita da un gruppo di persone con difficoltà di integrazione.

OBIETTIVI

- Aiutare i partecipanti a esprimersi utilizzando molteplici linguaggi: espressione verbale, mimica, corporea, facilitando lo scambio tra mondo interno ed esterno
- promuovere la dimensione emotiva dell'apprendimento;
- stimolare in ciascuno la riflessione sulle proprie modalità di entrare in comunicazione;
- rinforzare la capacità comunicativa;
- sentirsi partecipi e protagonisti;
- stimolare la riflessione sulle dinamiche di gruppo;
- sviluppare le capacità di utilizzare al meglio le risorse individuali e collettive;
- modificare alcune dinamiche comportamentali;
- Crescere insieme al gruppo, imparare a conoscere meglio se stessi e le proprie risorse, acquisire consapevolezza delle proprie potenzialità espressive e comunicative, verbali e mimico-gestuali.

RISULTATI

L'esperienza teatrale ha evidenziato miglioramenti della qualità di vita degli utenti, favorendo il benessere psicofisico e sociale. In particolare, il laboratorio ha favorito lo sviluppo di potenzialità cognitive, creative e di socializzazione, e ha valorizzato la fantasia e l'espressività mimica.

Bibliografia di riferimento psicodramma e teatro

Jacob Levi Moreno, *Manuale di psicodramma*, Vol. 1: il teatro come terapia,

Jacob Levi Moreno, *Il teatro della spontaneità*, Di Renzo Editore 2007

Paola De Leonardis, *Lo scarto del cavallo. Lo psicodramma come intervento sui piccoli gruppi*, Angeli, Milano, 1994

**Educatrice Professionale - musicoterapista - CPS Sondrio - ASST Valtellina Alto Lario*

***Psicologa psicoterapeuta - CPS Sondrio - ASST Valtellina Alto Lario*

Curarsi attraverso il Fare

di Franco Duranti, Tommaso Ferraresi**, Luca Micheletti**
Pierelisa Barate***, Cinzia Segreto****

Abstract

The project was born through TR105, that is to say the prevention, individuation and early treatment program for severe disorders affecting young people. This project, financed by Lombardia Region, allowed to build multi-professional equipes devoted to 17-24 age band people, and to develop a treatment pathway and an individualized life project. Moreover, the project involves the patients hosted in cp1 e cp2 and attending Parabiago day – time center.

The artistic laboratory takes place three times a week. There are clay modeling, painting, drawing, engraving, silkscreen printing, block printing, murals, photography, and video production laboratories. The patients are brought to visit museums and attend art lessons.

The laboratory is a constitutional part of the rehabilitation treatment for people suffering of psychic diseases.

It offered the patients the chance of expression and communication using different expressive channels. This opportunity was structuring for the psychic system of some patients, in some way contributing to empower their identity. Besides, it also represents for them a protected place to express emotions without submit them to judgments or interpretations. At last, the chance of socializing that the patient are given by attending the laboratory was emphasized, supporting their social and sharing skills.

Il progetto è nato all' interno del TR105, ossia il programma di prevenzione, individuazione e trattamento precoce dei disturbi gravi nei giovani. Questo progetto, finanziato dalla Regione Lombardia, ha permesso di costituire delle equipe multi-professionali dedicate alla fascia di età 17-24 e di intervenire sviluppando un percorso di cura ed un progetto di vita individualizzato. Inoltre il progetto coinvolge i pazienti delle comunità cp1 e cp2 e il centro diurno di Parabiago.

Il laboratorio artistico è suddiviso in tre appuntamenti settimanali. Si svolgono laboratori di manipolazione della creta, pittura, disegno, incisione, stampa serigrafica, stampa a blocchi, murales, produzioni fotografiche e video. Si organizzano gite di accompagnamento ai musei con lezioni teoriche sull'arte.

Il Laboratorio è parte integrante della terapia riabilitativa di persone con disagio psichico. Ha offerto ai pazienti la possibilità di espressione e comunicazione attraverso differenti canali espressivi . Questa opportunità per alcuni pazienti ha ricoperto una funzione strutturante che in qualche modo ha contribuito a rafforzare la propria identità. Inoltre si è offerto anche uno spazio protetto in cui manifestare i vissuti emotivi senza che vengano sottoposti a giudizi o a interpretazioni. Infine, è stata data anche rilevanza alla possibilità di socializzazione che i pazienti hanno nel frequentare il laboratorio, supportando così la loro capacità di stare in gruppo e di condivisione.

**Conduttore artista*

*** Medico referente*

*** Educatori di riferimento*

LABORATORIO ARTISTICO ASST OVEST MILANESE

Nel blu...un gioiello! Un percorso di arteterapia in ambito psichiatrico presso Day Hospital psichiatrico DSMD ASST Santi Paolo e Carlo Milano

*di Anna Tabata Cominetti**

Abstract

THE METHOD

When conducting art therapy treatments, I always refer to guidelines according to which I structure each art therapeutic path, both for individual and group therapies. To carry out the activity I primarily seek an atelier that serves both as a real and symbolic place at the same time. I therefore create a setting, made up of physical space, rhythm of the sessions, and rules determining roles and functions and structure the relationship between the patient and the art therapist.

Furthermore, it will be important for the patient to be able to collaborate, if he/she does not find ideal conditions, to build that safe, welcoming and non-judgmental setting that helps him/her to feel protected. In my experience as an art therapist, in individual or group sessions, in particular with psychiatric patients, I realised how well this setting should be internalised by the art therapist. Only in this way this professional will be able to welcome, guard and protect artistic works that the patient will generate during the meetings, and that represent the emotional and sentimental load of the pt. The patient will entrust his/her works to the art therapist he/she will perceive like a secure base and, with whom, he/she will feel he/she can build a transformation path. I never propose a specific theme but I let the patient try to confront with his/her own inner images. I generally schedule two hours for the duration of the sessions, which I divide into:

- time for the preparation of the atelier (table arrangement, artistic materials ...) and for the reorganisation at the end of the meeting;

- time for the creative process and for possible verbalization and sharing of what was produced in the atelier by the pts.

Even time, in this context, takes on a real and symbolic value. It draws a temporal border, which must always be calibrated according to the type of user and his/her resilience and inner border. The fact of pre-setting the duration of the session strengthens the boundaries of the setting and helps participants to draw their own inner boundaries and reinforce the sense of self. The constitution of the group - the number of participants - data collection and examination of the clinic folder- a first acquaintance.

It is fundamental to be able to establish with the patients a therapeutic alliance that has as its objective the strengthening of ego structures, according to the "Art as therapy" methodology (E. Kramer). With the experience accumulated so far, as an art therapist in the institutional field, I have grasped the importance of collaborating with other professional figures such as: psychiatrists, psychotherapists, nurses, technicians of psychiatric rehabilitation, educators, who constitute the 'Team of reference and that, in an integrated and equal manner, share a specific therapeutic project for their patients. During the sessions, at least 25 meetings, I propose the classic artistic materials and I let pts choose the expressive technique with which they are more comfortable with expressing themselves. At the end of the 25 meetings, according to an accurate evaluation of the pts, I propose, as conclusion of the path, the insertion of the expressive technique of mosaic, as a complementary tool to the path itself. This is because the idea of producing a finished image with bits of something that have nothing to do with the image itself is stimulating for the patient. This technique, as a reconstruction process, can promote reconstruction of the inner universe helping to promote further development of the person.

POSSIBLE EFFECTIVE INDICATORS

Operating in an institutional context, it is essential, for the verification of the usefulness of art therapy, the comparison between the evaluation of the art therapist and that of other professional figures. Regarding the practice I adopt for the evaluation of the patients' transformative process, I carry out ongoing monitoring of the individual participants. I write individual process notes for each session, which allow me to increase my own awareness of what I observe, in order to better calibrate my *interventions* in a personalized manner on the patients themselves.

I note down:

- body movement, facial expressions, ways of using different artistic materials;
- Time and therefore the commitment that is dedicated to artistic production;
- The moments of contact with the therapist and the various feelings that exist between the same and the patient;
- the verbalisation, if there was one, about one's own work and the care that the person has of it;
- the photo of each artistic work produced;
- the more specific aspects of the artistic language that I see in the papers: line, shape, color, content, lights and shadows, space ...

I divide each path into: *initial phase - intermediate phase - final phase*

I identify the most significant turning points that occurred during the journey by analyzing them through a *focus*.

The comparison and analysis of each phase of the art therapy pathway of each individual patient, allows me to verify their transformative process.

INTRODUZIONE

Nella conduzione dei percorsi di arteterapia il mio intervento fa riferimento alle linee guida del metodo "Arte come terapia - Lyceum", che impronta l'impostazione di ogni percorso arteterapeutico, sia esso individuale che di gruppo, da me condotto. Indispensabile è creare un setting sicuro e non giudicante, che aiuti il pz a sentirsi protetto. L'arteterapeuta dovrà essere in grado di accogliere, custodire e proteggere gli elaborati artistici che il pz creerà durante gli incontri e che rappresentano il carico emotivo e i vissuti dello stesso. Fondamentale è riuscire a stabilire con il pz un'alleanza terapeutica che abbia come obiettivo, il rafforzamento delle strutture dell'Io e delle capacità relazionali. Operando in ambito istituzionale, è inoltre fondamentale, per la verifica dell'intervento, il confronto tra la valutazione dell'arteterapeuta e quella delle altre figure professionali. Per valutare l'efficacia dell'intervento utilizzo dettagliate note di processo ad ogni incontro che analizzano alcuni parametri relativi al processo artistico e alle modalità relazionali. La durata di ogni percorso di arteterapia è in genere di 25 incontri all'anno. Al termine dei quali, dopo un'accurata valutazione dei pz, propongo l'inserimento della tecnica espressiva del mosaico quale strumento complementare al percorso stesso. Questa tecnica, quale processo di ricostruzione attraverso l'accostamento di tessere precedentemente tagliate, può ulteriormente contribuire ad attivare nella persona la ricostruzione del proprio universo interiore e uno sviluppo della stessa.

IL CASO CLINICO : L. - 26 anni - entra in Day Hospital come pz proveniente dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) - Diagnosi: schizofrenia latente con voci uditive (svalutanti nei suoi confronti). Nell'esemplificazione clinica propongo un percorso svolto in un gruppo di 5 pz per un periodo di un anno che, per chiarezza, suddivido in tre fasi, attraverso l'individuazione degli elementi di trasformazione più significativi. L. frequenta il liceo classico interrompendolo durante l'ultimo anno per esordio psicopatologico con grave ritiro sociale e rifugio in un mondo spirituale. Vive con la madre in condizioni di generale ritiro. Dai 18 mesi ai 6 anni di età, la ragazza ha vissuto con il padre nell'entroterra ligure, in una casa isolata nel bosco dove il padre la portava a passeggiare e dove, egli stesso, si intratteneva dipingendo all'aria aperta. Mi era stata presentata come una ragazza difficile da agganciare. L. ha vissuto un'infanzia solitaria e lontana dalla realtà... a piccoli passi, attraverso il colore blu e le sue sfumature, è entrata in contatto con le sue emozioni e i suoi vissuti più profondi... *IL BLU è una tinta evocativa, risuona dentro di noi come colore e come sensazione profonda...*

FASE INIZIALE dal 1° al 10° incontro

Il modo di L. di avvicinarsi al lavoro artistico era definito da precise regole pittoriche. Ha sempre sentito la necessità di realizzare un disegno che potesse apparire il più realistico possibile; ossessionata dall'errore e dall'imperfezione, voleva realizzare un disegno perfetto. Il suo primo elaborato: copiato da una rivista di settore che ha sempre portato con sé.



Il BLU in questo primo elaborato appare lontano e appena accennato con una tonalità chiara e trasparente. Ritroviamo nel disegno il tema del mare e del bosco, temi importanti della sua infanzia. L'elemento acqua nel disegno originale non c'era, lo ha aggiunto la ragazza.



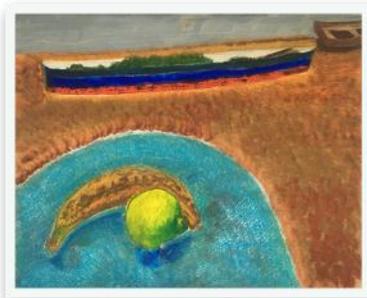
L. inizia ad entrare in relazione con i suoi vissuti più profondi ...caricando il blu di intensità ! ...per iniziare ad avvicinarsi a tali emozioni ha utilizzato il colore blu più intenso, associato ad un'immagine più rassicurante come quella dei fiori e meno evocativa del suo passato.



Attraverso questo disegno, ha rievocato appieno il ricordo della scogliera che vedeva da bambina...il blu sotto forma di mare si arricchisce di tante sfumature, più o meno intense con zone di luce e zone di ombra. Gradualmente ha provato ad inserire negli elaborati alcuni elementi personali offrendomi l'opportunità di rinforzarla nelle sue capacità creative.



Il blu di L. si fa sempre più coraggioso, diventa albero, diventa bosco, diventa cielo ! La pz riesce ad avvicinarsi sempre di più alle gradazioni più scure di questo colore così evocativo...andando a contattare i suoi vissuti più profondi...



FASE CENTRALE dal 11° al 17° incontro

L. era intenzionata a cimentarsi nella realizzazione di un quadro surrealista, unendo due soggetti che non c'entravano niente tra di loro. I soggetti scelti erano stati: della frutta (da lei definita natura morta) e due piccole barche di pescatori sullo sfondo del mare. La ragazza, tuttavia, si era sentita in difficoltà quando ha voluto mettere insieme elementi diversi senza fare riferimento alla rivista. Con il mio sostegno è riuscita a lanciarsi in una ardita sperimentazione per riuscire a creare una composizione di cui andare fiera, utilizzando diversi materiali artistici e diverse tecniche pittoriche, attraverso le quali ha creato una composizione nella quale ogni elemento aveva la sua identità pur integrandosi l'un l'altro. Il punto focale della composizione è risultato essere il piano turchese sul quale risaltano i due elementi di nutrimento, che la ragazza, inizialmente, aveva percepito come natura morta !

FASE FINALE dal 18° al 25° incontro



L. ha affrontato in maniera sempre più positiva le difficoltà incontrate durante la lavorazione dei suoi elaborati. È riuscita a trovare, con il mio aiuto, una buona strategia per venir fuori abbastanza autonomamente da circostanze che non la facevano stare bene. Nell'ultimo elaborato del percorso, le diverse intensità di blu hanno dato forma ad ogni elemento del disegno, nel quale, L., ha lasciato fluire liberamente le sue emozioni più profonde. La ragazza ha lasciato che questa tinta sporcasse le sue mani ed il suo viso... sorridendo all'evento senza contrastarlo !

La pz. Sembra aver utilizzato l'arte per avvicinarsi alle sue emozioni più profonde, ad una realtà con la quale, a fatica, riusciva a relazionarsi... sentendosi costantemente inadeguata... ed è proprio attraverso l'arte che ha tentato di capire questa realtà e capire se stessa.

IL GABBIANO MOSAICO dal 26° al 35° incontro



La ragazza attraverso l'introduzione di un'ulteriore tecnica artistica, a lei stessa sconosciuta, il mosaico, troverà un linguaggio per esprimersi e continuare il suo viaggio attraverso una nuova conoscenza di sé e della realtà. È l'idea di un gabbiano in volo che la ragazza ha voluto sviluppare... L. senza rendersi conto, stava dando senso e significato ad ogni tessera che posava ed il suo gabbiano cominciava a regalarle quella sensazione di ali spiegate che si stavano preparando al volo. Questa sensazione era ciò che lei si era prefissata come obiettivo per il mosaico. La ragazza infine, ha sentito di dipingere, per il gabbiano, un cielo di un intenso turchese !



La superficie del gabbiano brillava, regalando a L. Un bagliore di luce a lei ancora sconosciuto che la gratificava e che metteva in luce un nuovo IO in grado di cimentarsi con l'imprevisto verso un'opera da lei stessa pensata e realizzata. Il tempo e la cura che L. Aveva impiegato per realizzare la sua opera e la scelta di aver inserito, in particolare, dei materiali che contenevano oro, l'hanno portata ad esclamare: “ Ho realizzato un gioiello ! “ L. Si è immersa in ogni sfumatura di questo colore dalla tinta più chiara e trasparente al profondo blu per poi risalire a desiderare un cielo, per far volare il suo gabbiano, di una gradazione di ciano tendente al verde (mare e bosco): turchese.

CONCLUSIONI

Attraverso disponibilità, accoglienza e ascolto ematico, ho potuto costruire con la pz un reale rapporto di fiducia e confidenza che ha determinato nella stessa un atteggiamento meno insicuro e più propositivo. Tramite il cambio del materiale artistico: dall'acquerello, alle tempere, ai colori ad olio, la pz ha mostrato la capacità di lasciarsi andare nel processo artistico e fare emergere sentimenti, affetti e contenuti profondi. Ha, inoltre, mostrato la capacità di reggere la frustrazione per più incontri attraverso la consapevolezza di poter ricevere aiuto e sostegno da me e partecipazione emotiva da parte del gruppo. Infine, la pz ha avuto modo di sperimentare la ricchezza del limite e dell'imperfezione riuscendo a comprendere l'importanza in ogni persona di limiti e ferite e a riconciliarsi con la realtà. Nella realizzazione di un gabbiano a mosaico, ha, inoltre, espresso uno dei suoi più grandi desideri... riuscire finalmente a prendere il volo e volare libera.

**Architetto, artista, mosaicista, arteterapeuta, DSMD ASST - Santi Paolo e Carlo – Milano*

Essere in scena. Il teatro è il gioco dell'essere in relazione

*di Elisa Carla Cattaneo**

Abstract

A reflection on the working methodology that I put into practice during the theatrical workshops cannot be separated from the journey of training and experience that characterizes me.

Of course there is not one single training programme that guarantees the acquisition of the knowledge and skills necessary to be able to lead a theatrical laboratory in the psychiatric field in particular and, in general, in social work; each laboratory leader builds their knowledge and practice following their personal attitudes and interests, enriching their own experience. The methodology that I use is a personal adaptation, tailored to the different groups I lead, of studies, methods and principles from various sciences and disciplines which, to varying degrees fall within the field of theatre applied to social contexts, with "social" meaning that the working groups are made up of non-professional actors often linked to situations of marginality and fragility. Being in relationships is the heart of the theatrical laboratory: relationships with yourself, with others, with the group, with benefits both at an individual level and group level. A theatre of doing, which guides people along the path of re-socialisation in pursuit of their well-being.

The particular composition of the groups participating in theatrical laboratories in the sphere of social work requires a defining of the aims and objectives of the programme away from a strictly artistic perspective, even if the final theatrical show does remain a fundamental element for the laboratory programme. Going on stage is the essence of theatre itself, it is the meeting point between actors and between actors and the public: it is the act of communication that gives life to the magic of theatre through the expression of a collective self that goes beyond the sum of the individuals, but it is a self that is perceived by the group as another reality that they feel to have in common.

Working to achieve a common goal stimulates the participants to perceive themselves as part of a group, this allows individuals to express themselves and to leave traces of their being within a common project that leaves room for individuality, but at the same time protects and supports.

Monitoring individual changes and transformations in a theatrical journey is not simple: observation, keeping a diary and the continuous dialogue between the leaders present in the laboratory are fundamental.

Specifically, observation can focus on several aspects: the use of the body, voice and space; the ways of relating and interacting both in small and larger groups; recurring themes in improvisation and writing; methods of expression and communication; performance of assignments; constancy in frequenting the programme; level of participation ...

To monitor the transformative power of the programme, one should evaluate the ability of the participants to transfer and use social skills, the building of relationships, creative response to events and the management of emotions in their daily life.

Una riflessione sulla metodologia di lavoro che metto in pratica durante i laboratori teatrali non può prescindere dal percorso formativo ed esperienziale che mi caratterizza.

Naturalmente non esiste un solo percorso formativo che certifichi l'acquisizione di conoscenze e competenze necessarie per poter condurre un laboratorio teatrale in ambito psichiatrico in particolare e in generale nel sociale; ogni conduttore di laboratorio costruisce il suo sapere e la sua pratica seguendo attitudini e interessi personali arricchendo il suo bagaglio esperienziale.

La metodologia quindi che utilizzo è una rielaborazione personale, che si adatta ai diversi gruppi che conduco, di studi, metodi e principi di diverse scienze e discipline che in diversa misura e forma rientrano nel territorio del teatro applicato ai contesti sociali, intendendo per "sociale" tutti gli ambiti in cui i gruppi di lavoro sono costituiti da attori non professionisti spesso legati a situazioni di marginalità e fragilità. L'essere in relazione è il cuore del laboratorio teatrale: con se stessi, con l'altro, con il

gruppo, con i prodotti individuali e collettivi. Un teatro del fare, che guida le persone in un percorso risocializzante perseguendone il benessere.

Proprio la particolare composizione dei gruppi che partecipano ai laboratori teatrali nel sociale, richiede di definire finalità e obiettivi del percorso al di fuori dell'ambito strettamente artistico, anche se la spettacolazione finale rimane un elemento fondamentale per il percorso laboratoriale. Andare in scena è l'essenza del teatro stesso, è l'incontro tra gli attori e tra gli attori e il pubblico: è l'atto comunicativo che dà vita alla magia del teatro attraverso l'espressione di un sé collettivo che va oltre la somma delle singole individualità, ma è un sé che può essere percepito dal gruppo come una realtà altra che li accomuna.

Lavorare per il raggiungimento di un obiettivo comune stimola i partecipanti a percepirsi come gruppo, questo permette ai singoli di esprimersi e di lasciare traccia del loro esserci all'interno di un progetto comune che lascia spazio alle individualità, ma al tempo stesso protegge e sostiene.

Monitorare cambiamenti e trasformazioni individuali in un percorso teatrale non è cosa semplice: l'osservazione, il diario e lo scambio continuo tra gli operatori presenti nel laboratorio sono elementi cardine.

Nello specifico l'osservazione si può focalizzare su diversi aspetti: l'uso del corpo, della voce e dello spazio; le modalità relazionali e di interazione nel piccolo e nel grande gruppo; i temi ricorrenti nelle improvvisazioni e nei passaggi di scrittura; le modalità espressive e comunicative; le modalità di risposta alle consegne; la costanza nella frequenza; la modalità di partecipazione...

Per monitorare potere trasformativo del percorso laboratoriale si dovrebbe valutare la capacità dei partecipanti di trasferire e utilizzare le competenze sociali, relazionali, di risposta creativa agli eventi e di gestione delle emozioni acquisite durante il percorso nella loro quotidianità.

“I fuoriscena sono persone rifiutate da altri o che rifiutano gli altri. Uomini che non sanno stare sulla scena della vita.

Non sono belli. Ricchi. Bravi. Per di più odiano fare gli spettatori. Adoranti. Plaudenti. Sorridenti. Invece si agitano. Con rabbia. Dolore. Stupore. E combinano guai. Fanno del male. Si fanno del male.

Allora la società reagisce. Li ricovera. Li cura. Se può. Altrimenti li emargina. Li sbatte fuori. Non li sopporta. Perché denunciano una verità scomoda. Le nostre relazioni umane sono un disastro. Avrebbero bisogno di tempo. ma non ne abbiamo. Così appena qualcosa non va, ti trovi subito fuori dal giro. Non funzioni più. Diventi un problema. Depressione. Ansia. Follia. Impotenza. Violenza...

C'è anche un'altra soluzione. Che richiede tempo. Che lavora sul tempo. Che è una cura del tempo. Quello che i fuoriscena hanno in abbondanza. Un tempo per conoscere se stessi. Interagire con gli altri. Un tempo per ridere. Narrare. Piangere. Sognare. In cui si scopre una strana via. Per realizzarsi. Per ritrovare il senso della vita. Per guarire. Dal male odierno: non avere nessun male. Questa via è il teatro.”

Bernardi, Cuminetti, Dalla Palma, I fuoriscena, EuresisEdizioni, Milano, 2008

** Operatrice Teatrale CPS, CD, CRA di Vaprio d'Adda e CPS di Vimercate*

Senza Zavorra. Progetto di un Laboratorio di trasformazione e personalizzazione dei luoghi di cura per il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

di Teresa Melorio, Valentina Selini**, Manuela Ranaldi***, Katia Baiocco^, Matteo Manzotti^*

Abstract

The project *Senza Zavorra* is closely related to the mission of MAPP Museo d'Arte Paolo Pini and Botteghe d'Arte: developing new "aesthetic" experiences to improve the quality of life and to create opportunities for well-being. "Aesthetic" means the cultural and human value of "aisthesis" as knowledge through the use of the senses. In the SPDC the quality of hospital stay is one of the central points of care, both the human condition of the people who live in the hospital because they are ill, both because they work there.

The project has a role in paying particular attention to the quality of space and relationships not only for patients, but also for CARE operators. The art workshop in SPDC aims to introduce new languages, trigger curiosity and the need to discover, promotes openness and encounter, shares the perspective of mental health, leveraging talents rather than fragility, channeling emotions and tensions. In this work are proposed the results of a laboratory of art therapy, carried out at SPDC Psychiatry 1 - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, which involved 129 patients admitted for a total of 56 meetings.

INTRODUZIONE

Il progetto *Senza zavorra* è strettamente attinente alla mission del MAPP e delle Botteghe d'Arte: sviluppare nuove esperienze "estetiche" per migliorare la qualità della vita e per creare occasioni di benessere. La realizzazione di laboratori artistici nei luoghi di cura è un problema "estetico", non inteso nel senso comune e superficiale del termine, bensì nel suo valore culturale ed umano di "***aisthesis***" ***ovvero di conoscenza attraverso l'uso dei sensi***. In particolare negli SPDC uno dei nodi centrali della Cura è la qualità della permanenza ospedaliera, la condizione umana delle persone che vivono l'ospedale perché malate o perché vi lavorano. Negli SPDC il senso di "vuoto", vissuto basilare nella patologia psicotica, e di noia sia dei pazienti che degli operatori può influenzare l'atmosfera e implementare valenze spersonalizzanti. Come scrive De Martis [1], la finalità di un SPDC dovrebbe essere "*quella di trasformare un'esperienza mortificante e repressiva come obiettivamente è il ricovero, in un'esperienza autenticamente significativa per il soggetto, (...) è necessario un costante sforzo di ricerca di senso all'operare quotidiano, che non si richiama solo a motivi di solidarietà sociale, ma anche alla curiosità, alla fantasia ed all'utilizzazione costruttiva di valenze ludiche.*" Un laboratorio di arteterapia in SPDC potrebbe delinarsi come **un "servizio" nel Servizio, uno strumento finalizzato al raggiungimento di una condizione di maggiore benessere e di migliore integrazione del paziente con se stesso e con l'ambiente [2].**

L'attività artistica consente di avviare un processo creativo che diventa un contenitore potenziale di emozioni, affetti e pensieri che può portare ad una nuova organizzazione interna.

Trovare la bellezza anche nella sofferenza non è prerogativa di pochi, ma è necessità profondamente umana: l'essere senza progetti e speranze è un'esperienza dolorosa, fissità e chiusura vanno combattute.

Il laboratorio di arteterapia ha l'obiettivo di introdurre nuovi linguaggi, innescare ancora la curiosità, il bisogno e la voglia di scoprire, andare oltre schemi, convenzioni, etichette [3].

Il paziente passa da un ruolo passivo di persona esclusivamente da curare e aiutare, a un ruolo attivo di persona protagonista e creativa in un contesto creato per accogliere e valorizzare. Ognuno ha il proprio serbatoio creativo ed è ricco del potenziale espressivo per recuperare la propria individualità, tutti quando sono al "lavoro" si animano attraverso il criterio del piacere, dell'impegno che porta alla gratificazione. L'arte favorisce apertura e incontro e condivide la prospettiva della salute mentale: far leva sui talenti piuttosto che sulle fragilità, produrre beni relazionali valorizzando le diversità come opportunità. Sia l'arte che la salute mentale intraprendono percorsi che permettono di incanalare emozioni, tensioni e bisogni vitali del singolo nell'incontro con l'altro [4].

Il laboratorio di pittura è anche un luogo in grado di leggere e reggere il malessere, in cui le persone usano le proprie risorse anche in modo non lineare né prevedibile. Inserire nel contesto del reparto di degenza un fattore espressivo ed artistico ribadisce la centralità del fattore umano perché l'arte introduce il desiderio, il piacere, l'aspetto qualitativo più che quantitativo. Un modo di portare un progetto e una speranza, infondendo una passione per risvegliarne poi altre.

OBIETTIVI

- *Umanizzare i luoghi cura*: fornendo nuovi punti di vista rispetto alla visione dei pazienti, della loro malattia e della cura. Migliorare lo spazio per migliorare la qualità della vita, non solo del paziente, ma anche delle figure professionali che vi lavorano.

- *Attivare movimenti di trasformazione* nel paziente: permettere al paziente di attuare un cambio di prospettiva nei confronti di se stesso, passando da soggetto esclusivamente da curare e aiutare a protagonista attivo e creativo in un contesto appositamente creato per accogliere, valorizzare, indirizzare le risorse creative

- *Aumentare autostima e motivazione della persona* attraverso l'acquisizione del senso di apertura e fiducia rispetto alle sue potenzialità in molti casi messe a dura prova dal contatto e dalla consuetudine con patologie gravi e del contesto ospedaliero;

- *Affrontare, sviluppare e migliorare le capacità e le dinamiche relazionali*, attraverso il lavoro nella dimensione del piccolo gruppo.

METODO

Come: Ogni partecipante è stato accompagnato a realizzare opere personali e opere collettive nella sala da pranzo del reparto appositamente allestita ogni volta, con il sostegno degli arteterapisti delle Botteghe d'Arte e dei tirocinanti della Scuola di Artiterapie MBA. Il progetto prevedeva anche la realizzazione di un murale sul terrazzo del reparto, uno spazio di passaggio e pausa per i pazienti. La scelta dello spazio di lavoro è stata vincente, perché anche le persone che inizialmente non volevano partecipare nella pratica pittorica, hanno potuto comunque parte "attiva" del progetto dando suggerimenti e idee. Il metodo di lavoro del "fare insieme" attraverso la relazione, l'incontro, la comprensione, la condivisione di un progetto, di un mezzo espressivo, lo scambio reciproco di sensazioni, idee e colori, ha favorito in ogni partecipante l'espressione di tutte le risorse disponibili per

raggiungere un prodotto gratificante e significativo. Il laboratorio di pittura si è dimostrato un luogo in grado di leggere e reggere il malessere, un luogo in cui l'esperienza artistica condivisa e partecipata può arricchire ogni partecipante e facilitare incontri, vicinanza, empatia.

Dove

Reparto SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) Psichiatria 1 - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Setting: sala da pranzo all'interno del reparto Psichiatria 1 e terrazzo.

Quando

il Lunedì pomeriggio, dalle 14.00 alle 16.30 (compresa la sistemazione dello spazio e dei materiali)

Periodo: Aprile 2018 - Luglio 2019, per un totale di 56 incontri

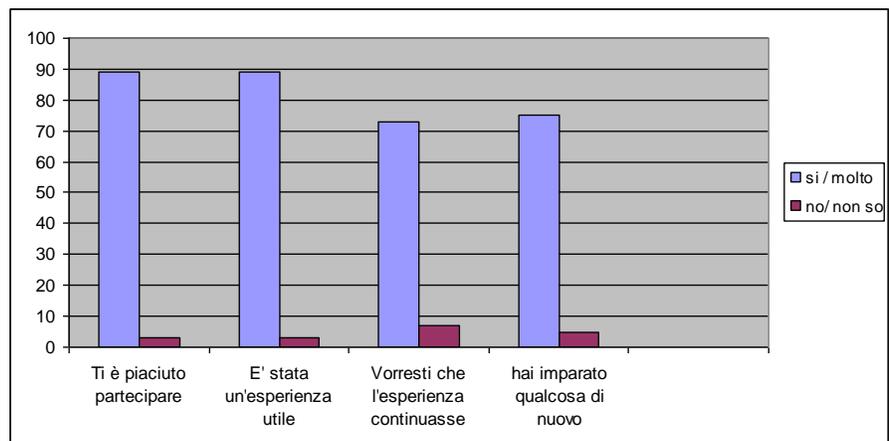
Chi

Fruitori: Utenza psichiatrica in regime di degenza ospedaliera

Numero di Partecipanti: variabile da 6 a 9 persone in media, per un totale: 129 pazienti

RISULTATI

- Come si evidenzia dal grafico riportato con i risultati dell'analisi del **questionario di gradimento proposto ai pazienti** che hanno partecipato agli incontri, l'attività è gradita alla quasi totalità dei pazienti. Chi partecipa lo fa con desiderio e piacere; anche chi non si sente capace spesso si aggrega attirato dal clima e afferma di "avere imparato qualcosa di nuovo". I



pazienti non hanno altre attività e molti che rimangono ricoverati per un lungo periodo ci hanno comunicato che questo laboratorio per loro è un momento atteso, una boccata d'aria, per passare qualche ora in modo diverso dalla monotonia del ricovero. Molti pazienti ci hanno chiesto se fosse stato possibile fare gli incontri di arteterapia più volte alla settimana

- Anche le persone più scettiche e titubanti alla fine di ogni incontro sembrano più sollevate. Durante l'attività si crea un clima sereno, un momento di relazione e socializzazione tra i pazienti, con gli infermieri e anche nei nostri confronti, come rottura della routine, quotidiana nel reparto.
- Molte persone non disegnavano e non dipingevano dai tempi della scuola, grazie a questa opportunità hanno riscoperto il piacere dell'attività artistica, soprattutto le persone che dipingevano o avevano fatto studi artistici si sono ripromesse di riprendere.
- Nel corso di tutti gli incontri sono stati molti i commenti pronunciati dai pazienti, ne abbiamo raccolti alcuni:
- *“non mi ricordavo quanto fosse rilassante” - “non ricordavo quanto mi piacesse...” - “questa attività mi piace perché almeno si fa qualcosa... qui dentro il tempo non passa mai...”* -

*“dipingere mi ha aiutato a togliere l’ansia, adesso sto bene anche se non sono capace” -
“questo attività mi è piaciuta perché mi sono sentita apprezzata” - “sono stato bene perché
siete simpatici” –*

- Giuseppe dice: *“gli incontri di pittura sono fondamentali per interrompere la monotonia, il
nulla, il vuoto dell’ospedale. Il mio lavoro pieno di colori si intitola ‘Fantasia’, perché il colore
è gioia, è vita è movimento. Nell’ospedale c’è bisogno di colore perché le pareti sono vuote,
spente... Bisogna appendere tutti i disegni perché il colore dà serenità, gioia... ..il **COLORE
PROTEGGE”**.*

Giuseppe quindi ha appeso i lavori nei riquadri della finestra come fosse una scacchiera per dar
modo a chi guarda di inebriarsi dei colori e della vista esterna, un alternarsi di pieni e vuoti,
colori e paesaggio.

** Psichiatra e psicoterapeuta, responsabile Centro Diurno Botteghe d’Arte ASST Grande Ospedale Metropolitano
Niguarda*

***Artista arteterapista, consulente Centro Diurno Botteghe d’Arte*

****Artista arteterapista, consulente Centro Diurno Botteghe d’Arte*

^Tirocinanti allievi del 3° anno Scuola di Artiterapie MBA Modello Botteghe d’Arte

BIBLIOGRAFIA

[1] De Martis D. *Il reparto di diagnosi e cura in un’ottica relazionale*. Riv. Sperim.di Freniatria, CX,
697 1986.

[2] G. Spinetti et al. *La riabilitazione psichiatrica in SPDC: basi teoriche e generalità, con particolare
riferimento all’esperienza svolta nei servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura degli ospedali di Imparia e
di Bordighera*. Ecology, psychiatry and mental health, anno 4, n. 1-2 gen-dic 2016

[3] T. Melorio 2001: *“ Testimoni del linguaggio dell’anima.”* Atti del Convegno I colori della mente.
Art Brut e arteterapia contro lo stigma della psicosi”. SIRP Sez Reg Lombardia, Milano 2000

[4] Melorio T . *L’arte fa bene alla clinica: esperienze, percorsi di integrazione e valorizzazione delle
arti terapie nei DSM lombardi*. Atti convegno L’Arteterapia nei percorsi di cura: modelli, strategie di
integrazione, indicatori di risultato. Milano 30 maggio 2018.

Benefici espliciti ed impliciti delle Artiterapie. Una ricerca pilota.

di Gabriele De Maio, Carolina Ronchi**, Andrea Mittero***,
Enza Baccei^, Teresa Melorio^^, Gabriella Bottini^^^*

Abstract

Positive correlation between interoceptive awareness and psychological well-being levels was found in a recent study. Many disorders are accompanied by interoceptive dysfunctions. Art therapy aims to reduce anxiety and stress and to improve patients' psychophysiological well-being and socialization. There are no studies in the literature that have systematically investigated the relationship between improving the psychological well-being of patients undergoing art therapy sessions and increased interoceptive awareness. Considering that the level of interoceptive awareness correlates with psychophysiological well-being, we explored the effectiveness of intervention with art therapy by measuring some indices of interoceptive awareness and well-being in psychiatric patients of GOM Niguarda Art Shops. Changes in MAIA scales suggest that patients are more aware of their internal states (especially those related to emotionality). Changes in EQ-5D indices show an improvement in overall, physical and psychological well-being.

BACKGROUND

L'interocezione è la percezione delle funzioni degli organi interni del nostro corpo da cui dipende il benessere psicologico. In un recente studio si è osservata una correlazione positiva tra livelli di consapevolezza interocettiva e benessere psicologico [1]. Molti disturbi sono accompagnati da disfunzioni interocettive [2].

L'arteterapia ha tra i suoi scopi quello di ridurre l'ansia e lo stress, per migliorare il benessere psicofisiologico e la socializzazione dei pazienti. Non vi sono studi in letteratura che abbiano indagato sistematicamente la relazione tra miglioramento del benessere psicologico di pazienti sottoposti a sedute di arteterapia e aumento della consapevolezza interocettiva.

OBIETTIVI E IPOTESI

Considerando che il livello di consapevolezza interocettiva correla con il benessere psicofisiologico, abbiamo esplorato l'efficacia dell'intervento con arteterapia mediante la misurazione di alcuni indici di consapevolezza interocettiva e di benessere psicologico.

METODI

Campione sperimentale: Per lo studio sono stati reclutati 27 pazienti (17 maschi e 10 femmine). L'età dei pazienti era compresa tra i 27 e gli 87 anni (media=50; ds=12) e la scolarità era compresa tra i 5 e i 18 anni (media=12.90; ds=2.7). Tutti i pazienti psichiatrici sono stati presi in carico presso il Centro Diurno Botteghe d'Arte del DSMD della ASST GOM Niguarda. Tutti i pazienti seguono progetti di arti

terapie (musica, teatro, danza, pittura) con una metodologia specifica (Modello Botteghe d'Arte) applicata da tutti gli arte-terapisti nelle varie discipline [3].

Strumenti: Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA [4]): questionario autosomministrato che valuta la consapevolezza interocettiva che consiste di otto scale: noticing, not-distracting, not-worrying, attention regulation, emotional awareness, self-regulation, body listening e trusting.

5-level EQ-5D (EQ-5D-5L) [5]: questionario autosomministrato che valuta la qualità di vita. Comprende due parti: la EQ-5D descriptive system e la EQ visual analogue scale (VAS).

Matrici progressive colorate di Raven [6]: test per indagare le competenze di ragionamento logico- astratto su base visuo-percettiva [7].

Test somministrati in due sessioni sperimentali: prima del trattamento (arteterapia) (T0) e a 6 mesi da T0 (T1).

Analisi dei dati/Risultati: Sono stati confrontati i punteggi ai test in T0 e T1 mediante t-test per campioni appaiati.

- ✓ Miglioramento nella scala “Noticing” ($t=-1.951$; $p=0.031$).
- ✓ Miglioramento nella scala “Emotional Awareness” ($t=-1.762$; $p=0.045$).
- ✓ Miglioramento nella EQ-5D VAS ($t=-1.707$; $p=0.05$).
- ✗ Nessun Miglioramento nel Raven ($t=0.231$; $p=0.59$).

Sono inoltre state effettuate delle Correlazioni bivariate che hanno individuato:

- ✓ Correlazione positiva tra il cambiamento nell'indice “EQ-5D descriptive system” con il tempo trascorso in terapia (Spearman's $Rho=0.389$; $p=0.049$).

Una RM ANOVA con i punteggi in T0 e T1 dell'indice “EQ-5D descriptive system” come fattori entro i soggetti e i punteggi al Raven come Covariata ha evidenziato:

- ✓ Miglioramento nell'indice “EQ-5D descriptive system” ($F=10.37$; $p=0.004$).
- ✓ Interazione tra l'indice “EQ-5D descriptive system” e i punteggi del Raven ($F=8.604$; $p=0.007$).

CONCLUSIONI

Dopo un breve periodo di trattamento si sono osservati dei miglioramenti significativi in alcune componenti delle capacità interocettive (scale “Noticing” e “Emotional Awareness” del MAIA) e nei punteggi che misurano il benessere e la qualità della vita (EQ-5D), restando invariato l'indice di globale di funzionamento cognitivo (Matrici di Raven).

I cambiamenti nelle scale del MAIA ci suggeriscono che i pazienti hanno maggiore consapevolezza dei propri stati interni (in particolar modo per quelli legati all'emotività).

I cambiamenti negli indici dell'EQ-5D evidenziano un miglioramento dello stato di benessere generale, sia fisico sia psicologico. Inoltre, questi indici sembrano essere correlati e dipendere dal tempo trascorso in *Bottega* (luogo di svolgimento del trattamento) indicando che maggiore è il tempo trascorso nel luogo di terapia maggiore è il benessere psico-fisico.

Grafico 1: MAIA Noticing

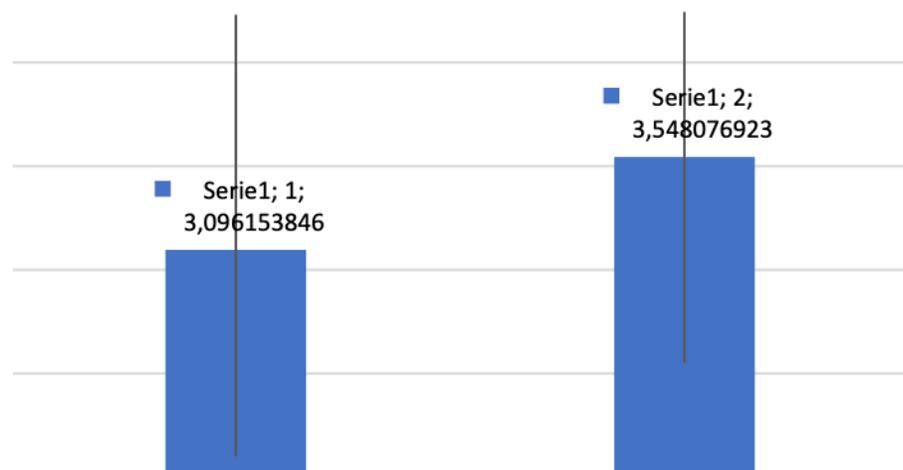


Grafico 2: MAIA Emotional Awareness

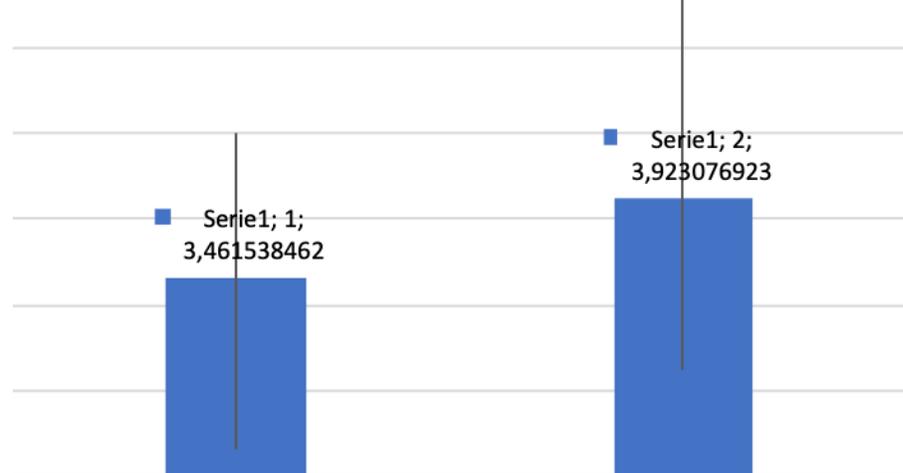


Grafico 3: EQ-5D VAS STATO DI BENESSERE

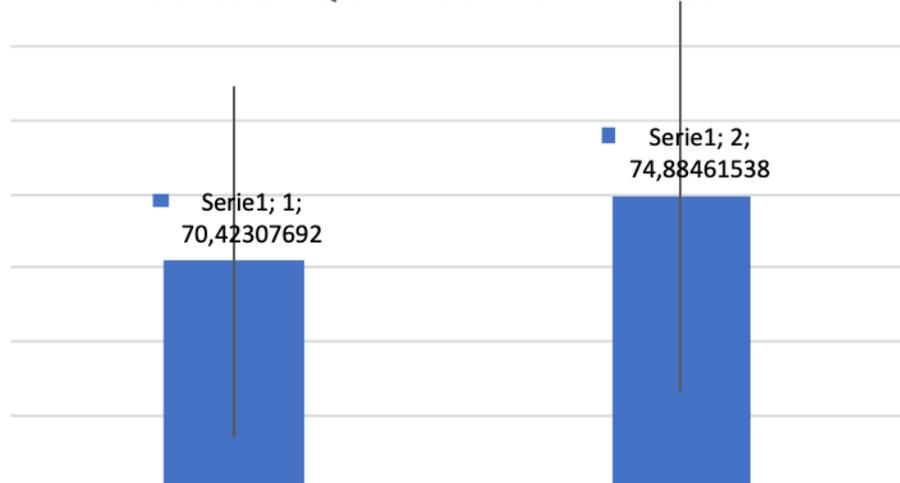
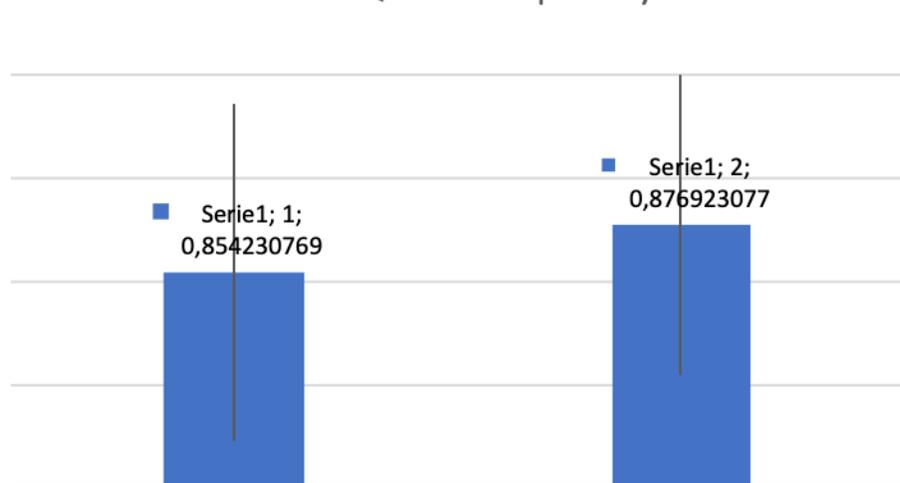


Grafico 4: EQ-5D Descriptive System



* Psicologo, studente PhD in Neuroscienze, Dottorando di Ricerca presso Università degli Studi di Pavia

**Psicologa e arteterapista, consulente Botteghe d'Arte ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda

***Educatore professionale, Arteterapista, consulente Botteghe d'Arte ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda

^ Psicologa Psicoterapeuta Consulente centro Diurno Botteghe d'Arte ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda

^^Psichiatra, Psicoterapeuta, Responsabile MAPP e Botteghe d'arte ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda

^^^Neurologa, Responsabile - Centro di Neuropsicologia Cognitiva ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda

BIBLIOGRAFIA

- [1] Hanley, A. W., Mehling, W. E., & Garland, E. L. (2017). Holding the body in mind: Interoceptive awareness, dispositional mindfulness and psychological well-being. *Journal of psychosomatic research*, 99, 13-20.
- [2] Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., ... & Meuret, A. E. (2018). Interoception and mental health: a roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 501-513.
- [3] www.arca-mapp.it.
- [4] Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PloS one*, 7(11), e48230.
- [5] Van Hout, B., Janssen, M. F., Feng, Y. S., Kohlmann, T., Busschbach, J., Golicki, D., ... & Pickard, A. S. (2012). Interim scoring for the EQ-5D-5L: mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. *Value in Health*, 15(5), 708-715.
- [6] Raven, J. C. (1947). *Progressive matrices: sets A, AbB. Board and book forms*; 7. Stracciari, A., Berti A. E., Bottini G. (2016). Le emozioni. In Stracciari A., Berti A. E., Bottini G., *Manuale di valutazione neuropsicologica dell'adulto* (pp. 101-111). Bologna: Il Mulino.

Indice dei nomi

Amato G., 36
Andraghetti M., 36
Anguilano L., 88
Antichi M., 128
Baccei E., 43, 66, 161
Baiocco K., 157
Barate P., 147
Bedoni G., 55
Bellazzecca C., 115
Bongiolatti F., 142
Borghese F., 135
Bottini G., 161
Bruletti S., 115
Caggio V., 115
Cattaneo E.C., 155
Chiello R., 128
Clerici M., 88
Cominetti A.T., 148
Crespi G., 88
De Maio G., 161
Duranti F., 147
Ferraresi T., 147
Fioletti B., 99
Galimberti N.V., 140
Grossi S., 128
Limonta M., 88
Macri G., 128
Manzotti M., 157
Marazzi M.L., 115
Martinelli E., 108
Massironi R., 61
Melorio T. 4, 19, 66, 157, 161
Micheletti L., 147
Minelli M.C., 135
Mittero A., 66, 161
Molteni D., 80
Monastra V., 75
Motta J., 115
Mundo A., 80
Perrone S., 128
Pesatori L., 48
Politi P., 128
Rabboni M., 115
Ranaldi M., 157
Rocchetti M., 128
Ronchi C., 66, 161
Rubino L., 115
Segreto C., 147
Selini V., 157
Stella C., 128
Tomasi C., 142
Tonani L., 48
Trincas G., 140
Tringali A., 88
Troletti V., 108
Vercesi M., 128
Vidale E., 140
Viganò C., 19
Viganò F., 88
Volpe U., 36
Wenk M., 19

Norme redazionali

Tutti i soci e i colleghi interessati possono inviare contributi da inserire nelle diverse rubriche in cui si articola la rivista. Al fine di conferire al periodico la massima ricchezza e omogeneità di contenuti le proposte di contributo devono essere di volta in volta concordate tra gli Autori e la Redazione.

Gli articoli: minimo 18000 massimo 27000 battute spazi inclusi.

Ogni articolo deve contenere:

Titolo

- Nome e Cognome
 - Qualifica, Ente o Istituto di appartenenza
 - Abstract in inglese
 - Testo
 - Eventuali note a piè di pagina
 - Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 10 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
1.CUMMINGS J.L., BENSON D.F.: *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features. J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986.*
Nel corpo del testo indicare solo il numero corrispondente.
- Eventuali immagini devono essere già inserite come parte integrante del testo cui appartengono.

Evitare tassativamente di inviare materiale con programmi diversi da Word.

I contributi in formato Word vanno inviati al seguente indirizzo: cbellazzecca@hpg23.it.

Un'ulteriore copia cartacea dovrà essere inviata a: Cristina Bellazzecca – c/o CPS via Tito Livio 2, 24123 – Bergamo.

Si prega di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

Si ricorda inoltre che: dopo virgola, punto e virgola, punto, va lasciato uno spazio, mentre prima non va lasciato alcuno spazio. Per le frasi e le parole tra parentesi: (testo tra parentesi) e non (testo tra parentesi).

I manoscritti non verranno restituiti.