



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DEI BENI CULTURALI: ARCHEOLOGIA, STORIA DELL'ARTE
DEL CINEMA E DELLA MUSICA**

CORSO DI LAUREA IN STORIA E TUTELA DEI BENI ARTISTICI E MUSICALI

**ARTE TERAPIA: PERCORSO LABORATORIALE PER TRATTARE IL
PARKINSON**

ART THERAPY: LABORATORY PATH TO TREAT PARKINSON

Relatore:

Ch.mo Prof. Giovanni Bianchi

Laureanda:

Alice Meneguzzo

Matricola n. 1233094

ANNO ACCADEMICO 2023-2024

Indice

INTRODUZIONE	p. 3
Capitolo primo	
L'ARTE TERAPIA	
1.1 Definizione	p. 6
1.2 Le diverse tipologie di trattamento di Arte Terapia	p. 14
1.3 Evoluzione storica dell'Arte Terapia	p. 20
Capitolo secondo	
PARKINSON	
2.1 La patologia di Parkinson	p. 25
2.2 Dance therapy: Progetto Dance Well	p. 32
Capitolo terzo	
ANALISI SULL'APPLICAZIONE DELL'ARTE TERAPIA NEI LABORATORI	
3.1 laboratori di Schio	p. 37
3.2 Fondamenti teorici	p. 40
3.3 Svolgimento pratico	p. 46
APPENDICE ICONOGRAFICA	p. 52
BIBLIOGRAFIA	p. 55
SITOGRAFIA	p. 56

Introduzione

L'elaborato verte sul tema dell'Arte Terapia e, in particolare, delle sue applicazioni in ambito medico in quanto percorso riabilitativo per persone con il morbo di Parkinson.

Le ragioni che mi hanno spinta a considerare questo tema sono dovute alla mia formazione in ambito umanistico, con approfondimento in psicologia durante il liceo, e alla passione per l'arte che è anche l'ambito di studio del percorso universitario che ho seguito. Grazie al gentile invito dell'arte terapeuta Giovanna Dal Ponte, ho potuto vivere in prima persona il percorso laboratoriale di Arte Terapia che si è tenuto nel Centro Medico Riabilita di Schio e, approfondendo le ricerche nel campo dell'arte terapia, ho potuto rendermi conto del significativo impatto che ha sulla vita dei pazienti.

La tesi è strutturata in tre capitoli: nel primo si è cercato di dare una definizione di Arte Terapia, approfondendo le sue basi teoriche, che rientrano nella pratica artistica e nella psicoanalisi, per proseguire con un breve decorso storico dell'Arte Terapia, focalizzandosi sulle aree geografiche di Italia, Inghilterra e America. Nel secondo capitolo è stata descritta la patologia di Parkinson in termini medico-scientifici, per quanto molti aspetti patogenetici siano ad oggi sconosciuti, proseguendo con un esempio di metodo psicoterapeutico, la danzaterapia, che ha riscontrato risultati positivi sulla patologia. Nel terzo capitolo è stato presentato il laboratorio di Arte Terapia offerto dal Centro Medico Riabilita, con un approfondimento teorico sulla nascita del *Creative Journey*, il percorso di dieci sedute ideato dalle arte terapeute Paola Luzzatto e Bonnie Gabriel nel 2000, che è il riferimento teorico alla base del progetto realizzato a Schio. In conclusione, è stato analizzato il metodo applicativo utilizzato dall'arte terapeuta nel condurre il laboratorio, elencando dettagliatamente l'andamento delle dieci sedute e dei risultati che si sono raggiunti.

L'Arte Terapia è un metodo attraverso cui il paziente, lavorando con diversi materiali, siano essi grafici, pittorici o plastici, attiva la propria creatività e creando l'immagine

entra in contatto con le proprie emozioni recondite, traumi ed esperienze negative. Grazie all'aiuto del terapeuta queste vengono poi elaborate per essere riconosciute, accettate ed associate a nuove esperienze positive. Esistono diverse tipologie di trattamento nell'arte terapia: la terapia individuale e la terapia di gruppo, che a sua volta si suddivide in Studio Aperto, Gruppo a Interazione Simbolica e Gruppo Interattivo-Analitico, a seconda del tipo di comunicazione predominante durante le sedute.

L'Arte Terapia nasce in Inghilterra negli anni Quaranta e Cinquanta dalla curiosità di artisti sulle funzioni terapeutiche dell'arte e dall'uso di immagini da parte di psicoanalisti nel loro lavoro di esplorazione del subconscio. Si diffonde rapidamente negli ambienti psichiatrici e raggiunge Stati Uniti e Italia, dove ha una grande risonanza, fino ad arrivare alla fondazione delle prime scuole negli anni Sessanta. Ad oggi si sta ancora sviluppando e diffondendo nel mondo e, pur avendo ottenuto grandi traguardi, come l'essere riconosciuta come professione in Italia nel 1999, anno in cui verrà fondata l'Associazione Professionale Italiana degli Arte Terapeuti, non esiste al momento una definizione univoca di metodo. La malattia di Parkinson è una patologia degenerativa del Sistema Nervoso Centrale caratterizzata dal rallentamento motorio, rigidità muscolare e tremore. Attualmente non esiste una cura risolutiva per questa malattia, attraverso farmaci o interventi neurochirurgici si tenta di ridurre i sintomi per quanto possibile. Per questa ragione a questi trattamenti si affiancano terapie secondarie riabilitative e psicoterapie, tra cui l'arte terapia. La Danza-Terapia fa appunto parte delle Arti-Terapie ed è stata sperimentata la sua efficienza in quanto terapia riabilitativa a Bassano del Grappa, con il progetto Dance Well-Ricerca e movimento per Parkinson, in collaborazione con Centro Per La Malattia Di Parkinson e i Disordini Del Movimento, Casa Di Cura Villa Margherita di Arcugnano, ottenendo risultati molto positivi. Sempre lo stesso centro, nella sede di Villa Margherita a Vicenza, ha condotto uno studio sulla risposta dei pazienti all'arte terapia classica. Si è riscontrato un incremento significativo delle funzioni percettive ed attivazioni neuronali inaspettate, come quelle designate al processamento dell'informazione

visiva. Oltre al miglioramento di funzioni motorio-cognitive ci sono stati progressi anche sul piano emotivo, di autostima e fiducia in sé stessi, con maggiore consapevolezza di sé e delle proprie emozioni. L'esempio è stato seguito dal Centro Medico Riabilita di Schio che nel 2023 ha organizzato un corso di Arte Terapia per i propri utenti con malattia di Parkinson. L'arte terapeuta Giovanna Dal Ponte ha condotto dieci sedute per gruppo di dieci pazienti, ispirandosi al Percorso Creativo, sperimentato al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York nel 2000 da Paola Luzzatto e Bonnie Gabriel. Si tratta di un percorso altamente strutturato che si articola in dieci sedute settimanali, da un'ora o un'ora e mezza ciascuna, in cui il paziente sperimenta tecniche diverse e affronta tematiche studiate appositamente per stabilire un contatto con il Sé interiore. Da questa esperienza di Arte Terapia nel Centro Medico Riabilita sono emersi risultati altrettanto promettenti di quelli avuti a Villa Margherita, sebbene i risultati dei test clinici debbano essere ancora approfonditi.

Cap. 1 L'Arte Terapia

1.1 Definizione

“L’arteterapia comporta l’utilizzo di diversi materiali con cui la paziente attraversa i nodi problematici che l’hanno condotta in terapia. Terapeuta e paziente sono in relazione nel tentativo di comprendere il processo creativo ed il prodotto della seduta. Per molte persone è più facile rapportarsi alla terapeuta attraverso l’oggetto artistico, che, come espressione personale, offre un nucleo di discussione, analisi ed autovalutazione. L’oggetto creato, grazie al suo essere concreto, è una testimonianza del processo creativo che non può essere negata, cancellata o dimenticata; anzi, offre riflessioni anche nel futuro. Il transfert che si sviluppa all’interno della relazione tra cliente e terapeuta coinvolge anche l’oggetto artistico: fornisce la terza dimensione ed instaura un dialogo in tre direzioni”¹.

Questa definizione di arte terapia ci viene proposta dalle arte terapeute Caroline Case e Tessa Dalley² nel *Manuale di Arte Terapia* del 1992. Si tratta di uno dei primi manuali sull’argomento e viene indicato come uno dei punti di svolta per l’AT, Arte Terapia, negli anni in cui si stava diffondendo ed imponendo come psicoterapia. La pubblicazione di questo testo nasce dalla necessità di dare un resoconto della teoria e della pratica che stanno alle basi di questo nuovo campo di ricerca, più che per la formazione nei corsi universitari di arteterapia, punta all’informazione di coloro che vi si avvicinano dall’esterno. Prima di affacciarsi al mondo dell’arteterapia è necessario premettere che questa non richiede al paziente nessun prerequisito nella tecnica artistica. L’AT non è destinata solo a chi possiede capacità tecniche, è bravo a disegnare o ha uno spiccato interesse artistico, bensì si presta per un’utenza varia con capacità

¹ CAROLINE CASE, TESSA DALLEY, *The handbook of Art Therapy, Manuale di arteterapia*, Taylor & Francis group, 1992, p. 15. I termini “paziente” e “terapeuta” sono utilizzati al femminile, secondo premura delle autrici, poiché la percentuale femminile di terapeuti ed utenti è di gran lunga maggiore.

² Tessa Dalley ha lavorato come arteterapeuta in un centro di consulenza e terapia per bambini e adulti a Londra, e come tutor presso il Goldsmiths’ College dell’Università di Londra. Caroline Case è un’artista, ha scritto e lavorato in Scozia, come arteterapeuta in pratica privata ed ha anche concluso la formazione da psicanalista.

motorie diverse, da normodotati a persone con incapacità di impugnare comuni strumenti pittorici, e sta all'arte terapeuta utilizzare il metodo che più ritiene adeguato, secondo la propria esperienza e sensibilità. Uno dei vantaggi principali dell'AT è l'accessibilità, essa funziona ugualmente per pazienti con diversi bisogni ed aspettative. Aumentando la coordinazione fisica e mentale e proponendosi come canale di espressione, anche nei momenti di inattività creativa si può prestare al gioco o al movimento, nel caso di bambini che si rifiutano di seguire la consegna, ad esempio, ma anche alla riflessione, contemplazione del processo stesso, all'autoanalisi, all'interpretazione e comprensione. Tutti aspetti che fanno parte della seduta di arte terapia pur non coinvolgendo la creazione diretta dell'immagine. L'arte terapia utilizza il termine tecnico "immagine" per indicare una qualsiasi creazione artistica prodotta durante le sedute, funge da connessione tra la realtà esteriore ed il mondo interiore del paziente ed è attraverso essa che l'arte terapeuta può entrare in contatto con quest'ultimo. Grazie all'immagine le emozioni vengono contenute e raggiungono un livello simbolico che viene elaborato dal paziente con l'aiuto del terapeuta. L'arteterapia si trova a lavorare «all'interno di ospedali, scuole, scuole speciali, cliniche o centri diurni che vengono collocati all'interno delle tre principali agenzie: salute, educazione e Servizi Sociali» con diversi soggetti, quali: «pazienti ricoverati in ospedale per trattamenti psichiatrici, adulti e bambini in situazione di handicap mentali, bambini ricoverati in clinica, scuole speciali, gruppi di adolescenti, detenuti sia in prigione, sia in libertà condizionale e persone che si sentono genericamente infelici o angosciate»³, per ognuno di essi esiste un diverso approccio ed un setting differente in cui spesso è necessario collaborare con un'equipe di specialisti.

“L'essenza dell'arteterapia consiste nel creare un qualcosa: il processo e il prodotto sono in questo senso centrali. Il processo artistico facilita l'emergere di esperienze interiori e di sentimenti che possono essere espressi in una forma caotica e grezza. I materiali offrono uno strumento tangibile attraverso cui creare un ponte tra coscienza ed inconscio”⁴.

³ CAROLINE CASE, TESSA DALLEY, *Manuale di arteterapia...op. cit.*, p.19.

⁴ CAROLINE CASE, TESSA DALLEY, *Manuale di arteterapia...op. cit.*, p. 53.

Per comprendere l'arteterapia è necessario conoscere la teoria su cui si poggia dando informazioni basilari di psicoanalisi. Se è vero che l'obiettivo dell'AT, come di tutta la psicoterapia, è favorire l'equilibrio del mondo emotivo e la crescita personale dell'individuo, bisogna chiarire il concetto di crescita personale. Nella concezione più generale essa consiste nella realizzazione delle potenzialità dell'individuo, nell'acquisizione di capacità relazionali e nella definizione di identità e autonomia. Lavorando con persone che soffrono di patologie croniche degenerative o debilitanti, in cui si teme che possano assumere comportamenti disfunzionali, travolti dal peso delle emozioni che stanno affrontando, l'obbiettivo si focalizza sul mantenimento dell'equilibrio emotivo dell'individuo. La crescita personale è psichica quando coinvolge il mondo interno, o spazio psichico appunto, dell'individuo che contiene: «stati d'animo, ricordi, pensieri, emozioni, speranze e potenzialità»⁵. Essa si basa sull'apprendimento del corretto rapportarsi all'altro, riconoscendolo diverso da sé e con pensieri, emozioni e modi di agire differenti che vanno rispettati. Allo stesso modo richiede una conoscenza del sé, in senso psicoanalitico, per la quale è necessario riconoscere i propri schemi mentali, che nascono dall'internalizzazione dei modi di agire e delle qualità positive e negative delle persone da cui si dipende durante l'infanzia, per separarsene gradualmente andando a lavorare su di essi, i quali condizionano l'approccio alla vita dell'individuo. L'arte terapia consente di rappresentare simbolicamente il proprio spazio psichico, si pensi ad un foglio in cui viene lasciato un segno con la matita. Il primo sarà lo spazio psichico, mentre il segno indica il confine tra il Sé e il non Sé, tra l'individuo ed il mondo esterno. Analizzando questo segno si può avere una proiezione del rapporto con familiari, amici o con il terapeuta stesso. Se la crescita psichica viene in qualche modo alterata, negli anni dell'infanzia, dell'adolescenza o anche in età adulta successivamente ad un trauma, si creano comportamenti disfunzionali e senso di malessere nell'individuo e nelle persone a lui circostanti. Le cause disturbanti si dividono in due gruppi principali: *deficit* e

⁵ PAOLA LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*, Cittadella, Assisi 2009, p. 31.

conflict. Il primo termine indica una mancanza subita, abbandono, assenza di una figura positiva, mentre con il secondo si intende la presenza di una figura causa di conflitto, una presenza negativa colpevole di abusi o aggressioni, ma anche una catastrofe naturale causa di un trauma. Questi fenomeni impattano la psiche dell'individuo in modo significativo causando mancanze e conflitti interni, difficoltà a regolare le proprie emozioni, che sia per eccesso o per difetto, in casi estremi si può arrivare a idealizzare un'oggetto negativo che si è costretti a subire e a percepire come persecutorio uno positivo ma irraggiungibile. Essendo queste esperienze interiori, spesso rimosse e vissute a livello inconscio, l'arteterapia nella sua specificità si offre come mezzo di rappresentazione simbolica. Senza che il paziente se ne renda conto può comunicare, attraverso la scelta dei colori, di forme o di collocamento spaziale, concetti, come paure, fantasie o sofferenze, che difficilmente sarebbe in grado di spiegare o che non saprebbe affrontare attraverso la comunicazione verbale. Le immagini realizzate poi verranno analizzate, riconosciute nel loro profondo significato ed elaborate insieme al terapeuta. La psicoterapia, e così anche l'arteterapia, si basa sulla consapevolezza che l'Io cerca sempre e con qualunque mezzo, di difendersi dalla sofferenza. In particolar modo in caso di abbandoni o abusi sofferti nel periodo dell'infanzia, aggravati dal fatto che vengono subiti in uno stato di impotenza. Ci sono inoltre delle sofferenze comuni al genere umano come il senso di solitudine, la consapevolezza dell'inevitabilità della morte, nostra o delle persone care, la difficoltà di dare un significato alla propria vita, compiendo delle scelte e assumendosene la responsabilità. Il problema nasce dal momento che, per difendersi, la nostra psiche attua dei comportamenti a loro volta disfunzionali come «dipendenza affettiva, isolamento, arroganza, risentimento, ossessioni, dissociazioni, fobie, aggressività»⁶ che portano ad una ancora maggiore sofferenza. Diventa quindi fondamentale per il terapeuta creare un contatto con le sofferenze del paziente e ancora prima con le sue difese. Il compito diventa complesso dal momento che esse sono spesso inconse o il paziente è restio a comunicarle. L'arte terapia ha a suo favore due aspetti peculiari che

⁶ PAOLA LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico... op. cit. p. 34.*

sono la «gratificazione dell'esperienza creativa, che facilita l'alleanza terapeutica»⁷ e la rappresentazione simbolica attraverso cui è possibile identificare la difesa. Esistono infatti una serie di immagini riconoscibili come «muri, scatole chiuse, visi addormentati, fili spinati, porte sbarrate, incendi, esplosioni, sensi vietati, paesaggi deserti, bambini in posizione fetale»⁸ e molti altri che sono interpretabili come barriere. Una volta realizzate queste immagini per il paziente è possibile riconoscere i propri meccanismi di difesa che, una volta affrontati, grazie all'aiuto del terapeuta, rappresenteranno un primo passo per risolvere i comportamenti disfunzionali da lui adottati. Il percorso di AT si pone obiettivi diversi a seconda delle patologie dei pazienti con cui si trova a lavorare, ci sono casi psicotici, in cui spesso viene proposto in collaborazione con psichiatria e trattamento farmacologico, talvolta in un'equipe comprendente psicoterapia e terapia occupazionale; persone normalmente nevrotiche, anche dette “*borderline*”, che sono in uno stato intermedio per cui hanno avuto esperienze sporadiche di psicosi, e quindi possono eventualmente necessitare di un intervento psichiatrico, ma non trarrebbero necessariamente beneficio dall'uso di farmaci. Un'ultima categoria sono gli individui equilibrati che si trovano in uno stato di benessere alterato, per via di traumi, lutti o gravi diagnosi e che quindi sentono la necessità di sostegno per raggiungere un livello ottimale. Questi pazienti possono essersi spinti volontariamente in modo autonomo verso la terapia creativa, alla ricerca di un percorso terapeutico alternativo o influenzati da una passione personale per l'arte, essere consigliati da familiari o conoscenti o, al contrario, può essere prescritta dal medico curante quando le terapie verbali non funzionano. Tutte le psicoterapie si trovano ad affrontare il fenomeno della frustrazione, ovverosia la «condizione di tensione psichica determinata da un mancato o ostacolato appagamento di un bisogno»⁹ o anche da perdita, lutto o limitazione. Questa frustrazione, se vissuta in uno stato di vulnerabilità, porta ad una reazione emotiva automatica ed incontrollata, in cui il soggetto assume comportamenti impulsivi, spesso dannosi per sé e per gli altri.

⁷ PAOLA LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico...* op. cit., p. 35.

⁸ Ibidem.

⁹ Definizione dal Dizionario Treccani: <https://www.treccani.it/vocabolario/frustrazione/>.

L'obiettivo è quindi trasformare la reazione in una risposta consapevole che include la libertà di compiere delle scelte. L'AT ha a disposizione dei mezzi specifici in risposta a questa tensione psichica che consistono nell'immagine e nell'immaginazione. Trasformata in immagine il paziente può osservare la propria sofferenza da un'altra prospettiva, attraverso un processo in cui si analizzano passato o presente, a seconda di dove è necessario lavorare, arricchendo l'esperienza con immagini che portino messaggi di positività e speranza nel futuro, grazie alla natura progettuale dell'immaginario. Lavorando perciò su tre livelli, durante la seduta possono emergere le esperienze negative ed è compito della terapia, attraverso l'alleanza terapeutica, che esse vengano associate ad altre positive. Altro elemento principe nelle psicoterapie è la comunicazione. Essa si compone di tre elementi: mittente, messaggio e ricevente. Gran parte delle sofferenze umane deriva da difetti nella comunicazione e coloro che si sottopongono ad una terapia di questo genere molto probabilmente avranno la necessità di imparare a comunicare in modo ottimale, genuino e costruttivo. Se in tutte le altre tipologie di psicoterapie è necessario parlare di metacomunicazione, discorso sulla comunicazione stessa in cui ci si interroga su cosa è stato comunicato, come viene recepito e che altro messaggio verrà dato in risposta, l'arte terapia offre il vantaggio di avere un terzo elemento oltre la comunicazione verbale diretta che si crea tra paziente e terapeuta, ossia l'immagine. Nella psicanalisi si fa frequente uso di immagini mentali, metaforiche che facilitano la comunicazione di sogni, ad esempio, fantasie, ricordi o paure. L'immagine però è un mezzo di comunicazione indiretta e non verbale ed è un vero e proprio alleato dell'arte terapeuta diventando infatti un oggetto esterno, concreto, con una collocazione spaziale ed un piano temporale differenti dall'interazione verbale. Il processo di creazione implica un certo lasso di tempo che permette al paziente di sviluppare un legame emotivo con l'immagine dato dallo scaturire di emozioni nella fase di introspezione immaginativa. L'essere un prodotto spaziale invece le dà all'immagine potenzialità di trasformazione, di essere contenitore, ricevente e concreta nello spazio, di testimoniare l'esistenza del paziente, la sua capacità di creare e di avvalorare le sue emozioni. Esiste un particolare studio sulla

comunicazione a tre livelli dell'arteterapia, definita «tripolare»¹⁰ dalla dottoressa Paola Luzzatto, in cui il setting è composto da paziente-terapeuta-immagine, dell'arteterapia. Le dimensioni comunicative sono quelle espressivo-creativa, simbolico-cognitiva e interattivo-analitica. La prima coinvolge direttamente il paziente e l'immagine in una comunicazione intra-psichica, il nome indica la fase, principalmente non verbale, di creatività che porta all'espressione del mondo interiore, si tratta dunque di una dimensione molto intima in cui l'intervento dell'arte terapeuta si limita a facilitare, attraverso temi mirati alla suggestione introspettiva o tecniche che stimolino la creatività, la creazione dell'immagine. La seconda è a tre fattori, il paziente ed il terapeuta comunicano attraverso l'immagine. Dopo aver realizzato l'immagine simbolica si instaura questa comunicazione indiretta in cui osservando l'immagine si rielaborano le emozioni emerse, portando, grazie all'alleanza con il terapeuta, a cambiamenti nello stato d'animo e nei comportamenti. La terza tipologia è una comunicazione dinamica e diretta tra paziente ed arte terapeuta, o eventualmente con gli altri utenti in caso sia una seduta di gruppo, ed è la stessa comunemente usata in tutte le psicoterapie verbali, a meno che non coinvolga discorsi sull'immagine che sono invece specifici. L'importanza che si dà a ciascuna dimensione durante una seduta è determinata dal tipo di intervento di arte terapia che si sta attuando. Ogni dimensione, sebbene ne abbia una prevalente, mantiene contemporaneamente attivi due canali di comunicazione, quello verbale e quello non verbale. Nella dimensione espressiva la comunicazione verbale è limitata ma non inesistente, in particolare se richiesto dal paziente. Nella dimensione interattiva la comunicazione verbale si svolge sempre avendo come sfondo le immagini realizzate durante la seduta. A maggior ragione nella dimensione simbolica questi due canali si intrecciano, ad esempio raccontando un'esperienza passata per poi ricrearla in un'immagine o parlando delle emozioni provate durante la sua creazione mentre la si osserva. Oltre ad avere più canali di comunicazione esistono anche diversi livelli di profondità. Nella prima dimensione possiamo avere delle immagini simboliche, che esprimono emozioni, sofferenze

¹⁰ PAOLA LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico...* op. cit. p.41.

provenienti dall'inconscio, come si può dover lavorare con immagini puramente decorative, come elementi floreali o motivi geometrici, o comunque sia molto concrete, ad esempio un oggetto che il paziente ha di fronte. Quest'ultima tipologia di immagini sembra voler comunicare il desiderio del paziente di non affrontare emozioni più profonde, ma anche questo tipo di messaggio, se approfondito, è importante ai fini della terapia. I livelli della dimensione simbolica sono negativo o oppositivo, in cui il paziente non riconosce la propria creazione o tenta di distruggerla, estetico, la discussione con il terapeuta si basa su colori, materiali e sulle forme scelte, ed esistenziale quando l'immagine fa scaturire una narrazione del sé. L'ultima dimensione, quella interattiva, dipende dall'approccio del terapeuta e dal rapporto che si instaura col paziente che può ignorarlo, essere restio nel fidarsi o cercare il suo appoggio. È inevitabile che ogni dimensione abbia un impatto sulle altre due. Non essendoci regole standard per quanto riguarda la disposizione e la durata di queste fasi comunicative, ogni dimensione può essere attivata in qualsiasi momento dal paziente e dal terapeuta, quest'ultimo deve saper decidere se assecondare il paziente o se alternarle quando lo ritiene più conveniente. Storicamente l'arte terapia britannica tende a dare valore alla libertà di espressione del paziente, mentre quella americana incoraggia il terapeuta a dare consigli e dirigere la seduta perché vengano stimolati temi sensibili. Per quanto riguarda la soggettività del paziente è da notare che molto probabilmente avrà una predilezione per la comunicazione verbale o per quella espressiva, lo stesso vale per il terapeuta che si deve assicurare di compiere la sua scelta sulla base delle necessità del paziente. Secondo la psicanalisi il transfert è

“il processo di trasposizione inconsapevole, durante l'analisi e sulla persona dell'analista, di sentimenti e di emozioni che il soggetto ha avvertito in passato nei riguardi di persone importanti della sua infanzia”¹¹.

¹¹ Definizione dall'Enciclopedia Treccani: <https://www.treccani.it/enciclopedia/transfert>.

Nell'AT avviene il fenomeno del doppio transfert perché queste emozioni vengono proiettate, oltre che sul terapeuta, anche sull'immagine. L'emozione provata per il terapeuta può essere uguale o opposta a quella suscitata dall'immagine. Nel concreto questa duplicità permette al paziente di «esternalizzare la parte malata sull'immagine, e poi utilizzare la parte sana per osservare l'immagine in alleanza con il terapeuta»¹², ed è questo uno dei punti di forza dell'arteterapia.

1.2 Le diverse tipologie di trattamento di Arte Terapia

Le tipologie di trattamento di arte terapia si dividono in due macrocategorie: il trattamento individuale e quello di gruppo. Si tenterà quindi di dare una descrizione esplicativa ad entrambe a partire dalle modalità con cui un paziente può essere inviato all'arteterapia. In ambito ospedaliero i medici si confrontano con l'equipe di reparto e valutano se l'arteterapia possa essere utile per il paziente. Allo stesso modo nell'ambiente privato, come in quello pubblico, si pensi alle scuole, psicologi o terapeuti di altro genere analizzano la situazione e individuano pazienti che potrebbero trarre maggior beneficio dall'arte terapia che per determinati aspetti può rivelarsi più efficace e attraverso collegamenti li indirizzano verso un'arte terapeuta. In particolare

“le persone che hanno difficoltà verbali, o che sono in stati mentali confusi, o bambini che hanno disagi emotivi e comportamentali, o persone ritirate o depresse, per le quali è difficile articolare il linguaggio, possono avere più facilità a relazionarsi attraverso l'esperienza non verbale della creazione di un'immagine”¹³.

¹² PAOLA LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico...* op. cit. p. 50.

¹³ CAROLINE CASE, TESSA DALLEY, *Manuale di arteterapia...* op. cit. p. 136.

Ogni percorso di arte terapia è anteceduto da un incontro preliminare in cui il paziente racconta la sua situazione ed i problemi che necessita di affrontare. L'arte terapeuta, che è stato precedentemente aggiornato sulle condizioni e sui bisogni del paziente dallo specialista da cui è in cura, si occupa di spiegare, il più chiaramente possibile, in cosa consisterà il percorso che sta per intraprendere, cercando di mettere a proprio agio il paziente, che vive uno stato di ansia e confusione. Se il paziente appare motivato e idoneo, è necessario in questa fase stipulare il contratto in cui, di comune accordo con il paziente, si decidono il numero di sedute, la durata, solitamente un'ora, la frequenza, la fine del percorso. Questo incontro preliminare è particolarmente importante in quanto la prima impressione che avrà il paziente del terapeuta, ma anche viceversa che il terapeuta avrà del paziente, attivando le dinamiche di transfert e controtransfert, influenzerà l'andamento delle sedute successive. Anche il setting, ossia il luogo in cui si svolgono le sedute, ha un'importanza primaria. Esso deve essere percepito come un luogo sicuro in cui confidarsi con il terapeuta non giudicante che manterrà l'assoluto segreto professionale, ma bisogna inoltre considerare che deve essere un luogo in cui lo stesso terapeuta si senta a proprio agio per essere in grado di agire nel migliore dei modi, si pensi ad esempio alle carceri. Ecco perché è necessaria una grande flessibilità da parte di quest'ultimo. Altro elemento polarizzante sono i materiali, la loro disponibilità o mancanza può avere un impatto sulla percezione del paziente che potrebbe viverla come una privazione e trasferire la sua ansia nel terapeuta che non è in grado di colmare i suoi bisogni. Inoltre, l'analisi del comportamento del paziente nei confronti del materiale può dare, già di per sé, indicazioni sulla sua situazione interiore. Un codice di comportamento richiesto agli arte terapeuti è di non precipitare mai le fasi della seduta per assecondare la propria impazienza, il paziente che necessita di più tempo per la creazione dell'immagine lo avrà, se invece preferisce passare la seduta parlando deve avere questa possibilità, tenendo di fronte le immagini prodotte come spunto di autoanalisi. Oltre al processo di creazione dell'immagine il paziente assume, attraverso i suoi comportamenti, altre forme di linguaggio che vanno ugualmente analizzate e per cui è necessario che abbia il tempo di processare ogni fase seguendo i

propri ritmi. Un aspetto dell'utilizzo delle immagini è che esse assumono un significato simbolico che muta nel tempo, seguendo il processo di elaborazione delle emozioni del paziente, e quindi l'andamento delle sedute. Un paziente può tornare, in sedute successive, ad una propria creazione che l'ha particolarmente segnato e a cui ha continuato a pensare, per modificarla, spesso attribuendogli una valenza positiva rispetto alla precedente. È fondamentale che in questo lavoro simbolico l'arte terapeuta non influenzi mai il pensiero del paziente. Non deve consigliare la scelta dei materiali, di cambiarli, di modificare un'immagine e tantomeno dare una sua opinione personale sull'estetica, non è infatti un corso di disegno, tutt'al più aiuta a riconoscere ed apprezzare lo stile visivo di ogni paziente. Il compito del terapeuta non è l'interpretazione dell'immagine, ma piuttosto aiuta il paziente a comprendere il suo stesso lavoro, non ne suggerisce il contenuto, anche in caso ci sia un tema guida le immagini devono scaturire spontaneamente dagli utenti. La conclusione del percorso di arte terapia può avvenire per scadenza del contratto, che può eventualmente essere prolungato con l'approvazione di entrambe le parti, per l'inefficacia della terapia o per un risvolto positivo in cui le problematiche del paziente sono state risolte. La separazione è sempre una fase delicata che va trattata con la massima cura da parte del terapeuta. A seconda di come avviene la separazione dal terapeuta possiamo avere riflessa l'esperienza vissuta dal paziente.

“Se lascia i lavori alla terapeuta, può significare che vuole tenere aperta una porta per eventualmente ritornare. Portarli con sé può significare che non si vuole tornare, ma anche che si riconosce il valore del contenuto del setting, e se ne vuole portare una parte con sé. Sebbene il paziente voglia distruggere i lavori, occorre riflettere sul senso di questo gesto, che può essere il desiderio di distruggere o negare parte del processo terapeutico”¹⁴.

¹⁴ CAROLINE CASE TESSA DALLEY, *Manuale di arteterapia...* op. cit. p. 144.

Il trattamento di gruppo di arte terapia si differenzia dalle altre forme di terapie verbali di gruppo per la sua peculiare distinzione dei momenti in cui è suddivisa la seduta.

“Tutti i gruppi esprimono una tensione tra la dipendenza (il bisogno di fondersi in un’identità di gruppo) e la separazione (il desiderio di esprimere una differenza individuale). I gruppi di arteterapia si distinguono dai gruppi verbali unicamente perché danno una struttura che fornisce spazio e tempo in modo che ognuno dei poli di questa tensione possa essere esplorato”¹⁵.

Nel momento in cui ogni partecipante del gruppo si isola per iniziare il processo di creazione dell’immagine si segna un confine, temporale e spaziale, tra l’identità di gruppo e il lavoro individuale, testimoniato anche dalle singole immagini di ogni paziente. Ci sono vari metodi all’interno dell’arte terapia di gruppo che si distinguono a seconda del tipo di comunicazione, intra-psichica, interpersonale o interattiva a livello simbolico, a cui viene data maggior importanza. Il che li differenzia dall’AT individuale in cui il tipo di comunicazione può variare in modo fluido senza che questo causi caos comunicativo e un setting percepito come poco sicuro. Il primo prototipo di AT di gruppo risale all’inizio degli anni Settanta, a prima che venissero fondate le scuole di formazione per arte terapeuti. Si tratta dell’atelier o studio aperto e si diffonde inizialmente negli ospedali psichiatrici, fino ad arrivare all’attualità in cui soluzioni simili si trovano, ad esempio, all’interno di scuole o in centri diurni di Servizi Sociali. Lo studio aperto consiste in un setting di arte terapia ampiamente fornito di materiale artistico, in cui il paziente è libero di esprimersi come meglio crede. È potenzialmente disponibile in estese fasce orarie, in modo che il paziente possa recarvisi secondo la propria necessità e soffermarvisi il tempo che concedono le capacità del singolo utente, ma mantiene fissi un orario ed un giorno della settimana in cui essere aperto per dare un senso di sicurezza e metodicità a chi lo frequenta. Si tratta di un gruppo aperto in cui viene privilegiata la dimensione intra-psichica, permette infatti ad ogni paziente di

¹⁵ CAROLINE CASE TESSA DALLEY, *Manuale di arteterapia...* op. cit. p. 147.

trovare la sua intimità, in uno spazio sicuro, e creare immagini senza necessariamente interagire col resto del gruppo o con il terapeuta. Parte dal concetto che il fattore curativo risieda nell'arte, che mette in contatto il paziente con il proprio inconscio. Il compito del terapeuta sta nell'aiutare il paziente a comprendersi attraverso le proprie immagini. L'importanza dell'ambiente è quindi essenziale perché si crei un'atmosfera di fiducia e accettazione, promossa dal terapeuta e che deve essere reciprocamente acquisita dagli utenti. Un secondo tipo di arte terapia di gruppo, che si potrebbe dire diametralmente opposto al primo, è l'arteterapia analitica di gruppo, o gruppo interattivo-analitico. Al contrario dello studio aperto qui la dinamica di gruppo è considerata centrale nella terapia, prendendo fattori delle psicoterapie verbali a orientamento psicodinamico, alle quali viene aggiunta la funzione terapeutica dell'arteterapia. Gli obiettivi principali che il paziente deve raggiungere e che condivide con la psicoterapia verbale di gruppo comune sono: comunicare verbalmente con gli altri utenti, far emergere e condividere le proprie emozioni e comportamenti disfunzionali, questi ultimi verranno esaminati nel gruppo che darà un feedback. Questo per permettere che il paziente possa sperimentare nuovi modi di rapportarsi col gruppo, possibilmente più funzionali. L'apporto dell'arte terapia in queste sedute si ha nel fare immagini. Il gruppo instaura attraverso esse un tipo di comunicazione simbolica che supera le difficoltà della verbalizzazione, stimolando la creatività e suscitando, attraverso la componente ludica che le appartiene, comportamenti infantili in cui risiedono le cause dei comportamenti disfunzionali. Inoltre, a seconda dell'inclinazione del paziente, egli potrà proiettare le proprie emozioni direttamente sull'immagine, piuttosto che dividerle direttamente col gruppo, proteggendo la sua intimità. L'immagine si presta anche come pretesto di interazione e portare ad un ulteriore confronto con il gruppo. Questa tipologia di lavoro di gruppo ha una conduzione complessa dal momento che lavora su due livelli, uno di interazione verbale tra componenti del gruppo ed un secondo di rapporto con le immagini. esistono due modelli di suddivisione di tali livelli che si sono affermati nel tempo. Il primo consiste in una suddivisione strutturata nel tempo, in cui esiste un momento per la

discussione verbale ed un secondo per la creazione artistica, che possono essere invertiti ma restano nettamente distinti. Il secondo invece mantiene un approccio fluido che segue le dinamiche di gruppo. In questo caso viene richiesta una grande capacità di conduzione da parte dell'arte terapeuta che deve mantenere un equilibrio ed intuire le necessità dell'intero gruppo. La terza tipologia di intervento nell'arteterapia di gruppo è il gruppo a interazione simbolica il cui nome sta ad indicare che le immagini sono sempre al centro dell'interazione. Si tratta di una mediazione tra le prime due tipologie di AT di gruppo, ossia comprende sia un dialogo personale con l'immagine che una dimensione di gruppo interattiva. Tuttavia, si differenzia dallo studio aperto in quanto si dedica minor tempo alla creazione delle immagini, viene richiesta una partecipazione regolare alle sedute e soprattutto vi è una particolare attenzione alle immagini degli altri. Nel gruppo a interpretazione simbolica le due fasi principali consistono nell'espressione del mondo interno attraverso l'immagine e nella condivisione ed elaborazione di ciò che è emerso da essa, pur non avendo, la condivisione, la stessa importanza che assume nel gruppo interattivo-analitico. Le sedute devono svolgersi in un setting confortevole, con un'atmosfera di raccoglimento e sono sempre antecedute e concluse da un momento di confronto tra i pazienti e il terapeuta. Un'altra peculiarità di questo gruppo è che spesso i materiali da utilizzare ed i contenuti della seduta vengono precedentemente progettati, a seconda delle esigenze psicologiche e delle esperienze di vita dei pazienti con cui il terapeuta dovrà lavorare. Per ottenere immagini auto espressive con un elevato contenuto simbolico spesso si ricorre ad un tema. La condivisione verbale può essere minima o approfondita, seguendo l'inclinazione del paziente e l'approccio terapeutico, raccontando esperienze autobiografiche ed emozioni o limitandosi alla lettura del titolo dell'opera. Una tecnica utilizzata in questo tipo di arteterapia di gruppo, ad esempio, consiste nel far lavorare due pazienti sullo stesso foglio, il modo in cui le due immagini prodotte interagiscono tra loro, nelle dimensioni di spazio e tempo, può essere analizzato per evincerne il significato simbolico. Il punto del foglio in cui viene raffigurata l'immagine, vicina o lontana rispetto all'altra, se viene modificata, ampliata o se invade lo spazio altrui,

offrono una rappresentazione, anche a livello inconscio, delle dinamiche all'interno del gruppo. L'arte terapeuta che lavora in un gruppo ad interazione simbolica usa come strumenti terapeutici primari l'espressione simbolica, la condivisione verbale ed il feedback da parte del gruppo. Ciascuno di questi tre tipi di arte terapia di gruppo è valido e deve essere scelto a seconda degli obiettivi terapeutici e delle esigenze psicologiche dei pazienti coinvolti.

1.3 Evoluzione storica dell'Arte Terapia¹⁶

In Italia le prime scuole di formazione in arte terapia nascono negli anni Ottanta, grazie all'intervento di luminari del campo provenienti da tutto il mondo che attraverso conferenze e seminari intensivi, tenuti continuamente in Italia, portano alla fondazione delle prime scuole. Tra questi gli americani Arthur Robbins¹⁷ e Laurie Wilson, psicanalista e arte terapeuta, l'artista ed arte terapeuta Edith Kramer¹⁸, l'arte terapeuta inglese Diane Waller¹⁹ e lo psicanalista svizzero Gaetano Benedetti²⁰. Prima di allora l'esperienza in Italia, pur non rimanendo insensibile al nuovo metodo terapeutico creativo, si era limitata a studi aperti o atelier condotti da artisti o operatori professionali in centri psichiatrici. Negli anni Novanta abbiamo una fiorente realtà in cui arte terapeuti lavorano in ospedali, centri sociali, scuole e aziende sanitarie locali. L'arte terapeuta non è però ancora riconosciuto come figura professionale, per quello

¹⁶ Le informazioni di questo capitolo vengono da PAOLA LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico...* op. cit. pp. 161-162.

¹⁷ Arthur Robbins (1928-2022) è uno dei maggiori esponenti delle terapie espressive ad indirizzo psicodinamico e il fondatore del primo corso di arte terapia al Pratt Institut di New York. Ha guidato e supportato la nascita di Arte terapia Italiana con Mimma della Cagnoletta e Maria Belfiore.

¹⁸ Edith Kramer, (1916-2014) nasce in Austria da dove espatria per sfuggire alle persecuzioni naziste. Madre e pioniera dell'esperienza metodologica dell'arteterapia a New York.

¹⁹ Diane Waller (1943) Presidentessa della British Association of Art Therapists, professore emerito di Art Psychotherapy alla Goldsmiths, University of London e vice-presidente dell'International Society for Expression and Art Therapy.

²⁰ Gaetano Benedetti (1920-2013) è stato uno psichiatra, psicoterapeuta e psicoanalista, nato in Italia, ha trascorso la sua vita in Svizzera.

bisognerà aspettare il 1999, anno in cui verrà fondata l'APIArT²¹, Associazione Professionale Italiana degli Arte Terapeuti, traguardo raggiunto non senza un lungo ed acceso dialogo tra le scuole che prima di allora si erano affermate. Nel 2002, nella sede di Perugia, viene finalmente organizzato il Primo Congresso Nazionale. I compiti dell'APIArT sono «la tutela, il riconoscimento e la promozione dell'arte terapeuta» ed inoltre «decidere i criteri per il riconoscimento delle scuole di formazione in arte terapia, pubblicare il registro professionale degli arte terapeuti e quello delle scuole di formazione accreditate»²². In ambito europeo abbiamo l'ECArTE, European Consortium for Art Therapies Education, fondata nel 1991 con la collaborazione della Comunità Europea e di Erasmus. Essa si occupa di «definire i requisiti minimi per la formazione degli arte terapeuti» nelle categorie di danza, arte, musica e teatro, «lavora per il riconoscimento reciproco delle qualifiche all'interno dei paesi della Comunità Europea» ed «offre facilitazioni per ottenere fondi di ricerca»²³. Una volta ogni due anni si tiene un convegno in città europee sempre diverse per aggiornamenti e scambi intellettuali.

Pioniera dell'arte terapia è l'Inghilterra, negli anni Quaranta e Cinquanta alcuni artisti proposero corsi d'arte negli ospedali psichiatrici a veterani di guerra e nei sanatori a malati di tubercolosi. In parallelo degli psicanalisti si rendevano conto di come il disegno si adattasse perfettamente alla rappresentazione del mondo fatto di immagini dell'onirico e dell'inconscio. Abbiamo l'esperienza del pediatra e psicoanalista britannico Donald Winnicott (1896-1971) che inserì stabilmente la pratica del disegno nel suo lavoro con i bambini. Un'altra figura di spicco è la psicanalista Marion Milner (1900-1998) che si dedicò invece a sperimentare il disegno negli adulti fino a diventare, grazie alla sua ricerca sul disegno libero auto-espressivo, la prima presidente onoraria della BAAT, l'Associazione Britannica degli Arte Terapeuti, fondata nel 1964 e composta principalmente da artisti che per primi avevano lavorato negli ospedali

²¹ Per informazioni su APIArT consultare il sito ufficiale <https://www.apiar.tu/perugia.it/arteterapia/>.

²² P. LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico...op. cit. pp. 161-162.*

²³ Ibidem.

psichiatrici. La BAAT assunse il compito di assicurarsi che la formazione degli arte terapeuti avvenisse nelle università statali e che la loro assunzione fosse gestita all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, al contrario di psicanalisti e psicoterapeuti che si muovono nel privato. Furono le prime scuole di formazione in arte terapia, sorte intorno agli anni Sessanta e Settanta, a stabilire che la formazione dovesse essere duplice, in considerazione della doppia natura dell'AT, richiedendo un'esperienza in campo artistico ed una in campo psicologico. Che la formazione universitaria di base fosse artistica o in materie come psicologia, medicina o filosofia era necessario che questa fosse completata da un certo numero di ore speso nel volontariato nell'ambito della sanità mentale. Chi non aveva una formazione artistica doveva presentare un portfolio che dimostrasse la pratica di tecniche artistiche. Questa ambivalenza, che caratterizza appunto l'AT, viene mantenuta durante tutto il percorso formativo ed è imperativo coltivare entrambi gli aspetti per chiunque voglia intraprendere questo tipo di carriera. Secondo l'ordinanza del *Ministry of Health* nel 1982, grazie all'appoggio del sindacato della terapia occupazionale, viene fatta rientrare nelle "professioni alleate alla medicina", del cui elenco fanno parte ad esempio psicologi, fisioterapisti, logopedisti e terapisti occupazionali. A proposito di quest'ultimi gli arte terapeuti hanno dovuto difendere la legittimità della propria professione in quanto inizialmente venivano assunti in dipartimenti di terapia occupazionale, che si distinguono per obiettivi più concreti e non richiedevano una laurea. Ad ogni modo l'ordinanza del 1982 portò «a definire i compiti, lo stipendio, gli scatti di carriera, la pensione»²⁴ rappresentando un grande traguardo per la comunità. Un altro punto focale nella storia dell'AT si ha nel dibattito teorico che vede scontrarsi arte terapeuti che vogliono concentrare il proprio lavoro sulle funzioni terapeutiche dell'arte, quindi mantenendo un approccio maggiormente paratico, e quelli che propendevano per rimanere legati alla psicoanalisi, approfondendo la ricerca psicologica nelle difese, transfert e contro-transfert. A prevalere tra la creatività e il rapporto paziente-terapeuta è una linea moderata di commistione delle due in cui il principio fondante è «lavorare con le

²⁴ P. LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico...* op. cit., p. 23.

immagini all'interno del rapporto terapeutico»²⁵. Nel 1992 la BAAT mise fine alle incertezze interne all'associazione e stabilì che l'arte terapia è una forma di psicoterapia. Ne derivò la necessità di una formazione su tre campi: uso dei materiali, intervento terapeutico, funzionamento della psiche. Vennero scelti i criteri minimi che dovevano essere comuni a tutte le scuole di formazione:

“a) I corsi devono essere validati a livello universitario. b) L'insegnamento deve essere basato su principi psico-dinamici. c) Il corso dura almeno due anni a tempo pieno, o tre a tempo parziale. d) Il tirocinio deve durare un minimo di 120 giorni, con regolare supervisione. e) È richiesta una terapia personale durante il periodo della formazione”²⁶.

Un ultimo riconoscimento arriva nel 2003, contando quasi duemila iscritti, l'Associazione Britannica degli Arte Terapeuti aggiorna la definizione di arte terapeuta come colui che «facilita, attraverso l'uso dei materiali artistici, in un ambiente protetto, l'autoespressione, la riflessione e la crescita personale»²⁷. Un simile decorso storico lo si ha in America. Parallelamente a ciò che avveniva in Inghilterra l'arte terapia si sviluppa negli anni Quaranta e Cinquanta, dalle stesse duplici radici: l'arte e la psicoanalisi. Qui le due correnti di pensiero prendono il nome di “arte come terapia”, in cui il compito centrale è rivestito dalla creatività, e “arte nella terapia” in cui “terapia” è intesa come psicoanalisi e l'intervento artistico assume un ruolo secondario. Nel 1969 nasce l'Associazione Americana in Arte Terapia, AATA, e di seguito la celebre rivista “Art Therapy”. Venne stabilito un Convegno che si tenesse ogni novembre in un diverso Stato ed un Registro Nazionale dove venissero elencati gli arte terapeuti che, concluso il loro Master Universitario offerto in circa cinquanta università degli Stati Uniti, avessero svolto un sufficiente numero di ore di lavoro, supervisionati e stipendiati. Grazie alla proposta dell'arte terapeuta Bobbi Stoll, nel 1989 partì un

²⁵ P. LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico...* op. cit., p. 24.

²⁶ P. LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico...* op. cit. pp. 24-25.

²⁷ Ibidem.

programma di scambio chiamato International Group of Art Therapists che continua ad ampliarsi ancora oggi grazie al contributo di Paesi di tutto il mondo. Sin da quando è nata l'arte terapia resta caratterizzata da un duplice aspetto e ancora oggi non esiste una definizione del metodo di lavoro ufficiale. Pur essendo insegnata a livello universitario ed avendo a carico moltissimi studi che la riguardano, risultato di settant'anni di ricerca, dell'AT si può dire senza sbagliare che “fa uso delle immagini e dell'immaginario, per facilitare il paziente nella espressione ed elaborazione del suo mondo interiore, all'interno del rapporto terapeutico”²⁸.

²⁸ P. LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico...* op. cit., p. 26.

Cap. 2 Parkinson

2.1 La patologia di Parkinson²⁹

“La malattia di Parkinson (MP) è una patologia degenerativa del Sistema Nervoso Centrale (SNC) caratterizzata dal rallentamento motorio, rigidità muscolare e tremore e, da un punto di vista morfologico, dalla degenerazione dei neuroni della zona compatta della sostanza nera del mesencefalo ventrale. La MP è una delle più comuni cause di disabilità neurologica, colpendo l’1% della popolazione sopra i cinquantacinque anni di età”³⁰.

Il primo ad individuare questa patologia fu il medico britannico James Parkinson, nato nel 1755 e morto a Londra nel 1824. Egli, infatti, fu il primo ad osservare e descrivere i sintomi della “paralisi agitante” che elencò nella sua opera “*An essay on the shaking palsy*”, pubblicato a Londra nel 1817. Nel celebre saggio descrive i sintomi dei pazienti osservati come “tremori, diminuzione della forza muscolare e con un particolare modo di camminare, a piccoli passi, e con tendenza ad inclinare il busto in avanti”³¹. Sebbene fu il primo ad elencare i sintomi in un testo scientifico, bisognerà aspettare il Dr. Julius Althaus perché questa patologia prenda il nome ufficiale di “Malattia di Parkinson” in una pubblicazione scientifica del 1877. Fu invece il professore dell’università di Parigi Salpêtrière, Jean Martin Charcot a dare un importante contributo aggiungendo ai sintomi della patologia la rigidità muscolare. Per quanto riguarda le cause della malattia, il dottor Parkinson le attribuì all’inquinamento atmosferico, conseguenza del processo di industrializzazione stava avvenendo in Inghilterra proprio in quegli anni. Nel 1878 il professor J. M. Charcot indicò invece lo stress come causa scatenante e

²⁹ Per la stesura di questo capitolo ho consultato il seguente testo: ANTONELLA PEPPE, *Clinica e terapia della malattia di Parkinson*, in ALBERTO COSTA, CARLO CALTAGIRONE, *Malattia di Parkinson e parkinsonismi. La prospettiva delle neuroscienze cognitive*, Springer, IRCCS Fondazione S. Lucia, Roma, 2009, pp. 1-17.

³⁰ BS SCHOENBERG, *Epidemiology of movement disorder*, Marsden CD, London 1987.

³¹ Sito della Fondazione LIMPE per il Parkinson Onlus, ente a scopo divulgativo e di solidarietà sociale sulla malattia di Parkinson, <https://www.fondazioneimpe.it/tutto-sul-parkinson>.

successivamente si cercò un fattore ereditario infettivo. Purtroppo, la ricerca di una singola causa della malattia non ha ad oggi ancora avuto successo. Ricerche odierne suggeriscono una genesi multifattoriale, risultato della combinazione di una predisposizione genetica e dell'esposizione prolungata a determinate sostanze tossiche. La teoria che delle sostanze tossiche possono causare il Parkinson deriva dalla scoperta fatta dal medico William Langstone nel 1984³², in cui un gruppo di giovani tossicodipendenti avevano mostrato sintomi acuti, riconducibili al Parkinson, dopo l'assunzione endovenosa di un composto tossico contenente una sostanza, successivamente identificata come tetraidropiridina, o MPTP. Successivamente sono stati studiati tossici ambientali che potessero essere collegati con la MP tra cui i pesticidi ed in particolare due insetticidi in grado di compromettere la produzione di dopamina negli insetti, il che suggerisce un risultato simile anche negli esseri umani che vi entrano in contatto. Recenti analisi hanno confermato che l'esposizione a certi pesticidi usati nell'agricoltura aumenta il rischio di contrarre la MP³³. Curiosamente sembrerebbe che il fumare sigarette abbia invece un'incidenza negativa sul rischio di contrarre la malattia. L'incidenza del morbo di Parkinson sui fumatori risulterebbe addirittura dimezzata. Lo stesso fenomeno si riscontra nei consumatori di caffè in cui la dose assunta giornalmente è proporzionale alla diminuzione del rischio di ammalarsi, arrivando addirittura ad una riduzione del trenta per cento. Le ragioni biologiche non sono ancora state spiegate ma potrebbe essere significativo il fatto che sia nicotina che caffeina intervengono sul Sistema Nervoso Centrale e sulla produzione di dopamina³⁴. Nonostante queste rilevanti scoperte, non è ancora chiara la patogenesi, cioè il processo di alterazione fisiologica che porta allo svilupparsi di una malattia, della forma classica della MP, la cui eziologia sembrerebbe notevolmente eterogenea. Tuttavia, si

³² WILLIAM LANGSTONE, BALLARD, *Parkinsonism induced by 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine (MPTP): implications for treatment and the pathogenesis of Parkinson's disease*, Canadian Journal of Neurological Sciences, 1984, pp. 160-165.

³³ MASSIMO MUSICCO, *Epidemiologia descrittiva e analitica della malattia di Parkinson*, Istituto di Tecnologie Biomediche Consiglio Nazionale delle Ricerche, Milano, in ALBERTO COSTA, CARLO CALTAGIRONE (a cura di), *Malattia di Parkinson e parkinsonismi...* op. cit., p. 26.

³⁴ Ibidem.

conoscono alcuni aspetti patogeni che consistono nella degenerazione del nucleo della sostanza nera nel cervello, nella presenza di lesioni nei sistemi dopaminergici centrali e quindi da una significativa diminuzione della dopamina cerebrale. I primi sintomi compaiono quando circa l'ottanta per cento delle cellule che producono la dopamina è già distrutto. La diagnosi di questa malattia è tuttora clinica, richiede quindi l'esame da parte di uno specialista in aggiunta a tecniche di neuroimmagini funzionali per verificare la presenza delle tipiche lesioni legate alla MP, pur non raggiungendo mai la precisione del cento per cento. Il quadro clinico classico è caratterizzato da tre disturbi principali: tremore, rigidità ed ipocinesia, ossia lentezza dei movimenti. Questi portano ad alterazioni posturali come curvatura del busto, difficoltà nei movimenti fini, è tipica la progressiva riduzione della grafia, riduzione dell'espressività facciale e del tono della voce, difficoltà nella deglutizione. A questi sintomi motori si aggiungono ulteriori sintomi legati al sistema neurovegetativo (eccessiva produzione di saliva, scialorrea, stipsi, seborrea e ipotensione) e problematiche a livello psichico (depressione e disturbo della memoria). Vale la pena ora approfondire i disturbi primari. Il tremore è uno dei primi sintomi a comparire ed è presente circa nel settanta per cento dei pazienti, si manifesta a riposo mentre viene attenuato durante il sonno, dove scompare quasi totalmente, e quando si compiono movimenti volontari. Al contrario è accentuato da alterazioni emotive come agitazione ed ansietà. La rigidità nella MP si trova almeno nel novanta per cento dei casi ed è causata da un aumento del tono muscolare in tutti i gruppi muscolari. Il fatto che questo, come altri, sia un sintomo presente in più patologie che coinvolgono il sistema nervoso spiega perché sia complesso diagnosticare con certezza la MP in ambito clinico. La bradicinesia e la acinesia si manifestano nella quasi totalità dei pazienti, anche se non sono uniche della MP e possono presentarsi come sintomi di altre malattie neurodegenerative. Esse causano la difficoltà o totale incapacità di svolgere un programma motorio. La prima indica la lentezza nei movimenti mentre la seconda ne indica una totale assenza e si verifica negli stadi più avanzati. Partendo dall'impossibilità di compiere movimenti complessi e ripetuti, come scrivere o aprire e chiudere la mano, fino all'incapacità di alzarsi o

sedersi, coinvolgendo anche il volto e la voce, queste patologie compromettono drasticamente la vita quotidiana del paziente. Risulta particolarmente debilitante anche l'instabilità posturale, causata dalla perdita dei riflessi posturali di raddrizzamento, per cui il corpo non è più in grado di accettare una posizione fisiologica naturale come corretta e quindi perde la capacità di correggere la propria postura rapidamente. Un esempio di questo fenomeno è la frequenza di cadute delle persone con MP. Il *Freezing* indica l'incapacità di iniziare a camminare o l'improvviso blocco in momenti di distrazione o qualora si volesse cambiare direzione. Solitamente si tratta di un fenomeno momentaneo, ma nei casi più gravi può portare ad una totale incapacità di deambulazione. Il fenomeno opposto, quando non si è più in grado di fermare l'automatismo del movimento deambulatorio, prende il nome di ipercinesia paradossa. Tra i sintomi secondari, che si legano al disturbo motorio principale e che causano gravi difficoltà nel paziente abbiamo la modifica della voce che progressivamente diventa monotona, ovverosia non può essere modulata, e flebile fino a diventare incomprensibile. Ancora più gravosa, se possibile, è la compromissione della deglutizione, movimento automatico estremamente complesso dal punto di vista muscolare e di riflessi, l'impossibilità di coordinare i muscoli masticatori e della lingua e della faringe, deglutitori, comporta difficoltà che si riportano non solo sul cibo ma anche sulla saliva. La scialorrea non è provocata dall'eccessiva produzione di saliva ma dal ridotto movimento automatico di deglutizione. Per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico si riscontrano in quasi la metà dei pazienti sintomi di depressione e ansia, spesso negli stadi iniziali della malattia. Oltre all'ovvia reazione negativa alla diagnosi di malattia cronica degenerativa la causa è anche a livello biologico, conseguente alla diminuzione di neurotrasmettitori quali noradrenalina e serotonina, sostanze che veicolano la comunicazione fra neuroni attraverso le sinapsi. Depressione e ansia infatti spesso migliorano attraverso terapie che trattano il Parkinson in sé, ma non devono essere trascurate ed è opportuno un trattamento mirato. Il disturbo del sonno è un altro sintomo tipico di persone con MP, consiste in una difficoltà ad avere un sonno continuo, non disturbato, quindi nel mantenere la fase REM, piuttosto che ad addormentarsi. Si

possono verificare anche casi di disturbi comportamentali durante il sonno come movimenti improvvisi, grida o parole. Esistono tre principali tipi di trattamento possibili per la MP e si sono susseguiti cronologicamente nella storia. Il primo e più antico è quello anticolinergico, uno dei primi era dato dall'uso di preparati naturali, la melissa ad esempio ha una funzione anticolinergica, che quindi hanno lo scopo di ridurre l'ipereccitabilità dei neuroni bloccando i neurotrasmettitori. Il secondo consiste nel trattamento neurochirurgico che ha la funzione di interrompere i circuiti disfunzionali attraverso cui fluiscono gli eccitamenti abnormi. Inizialmente si colpivano le zone target del nucleo cerebrale che venivano inattivate per bloccarne l'iperattività causa di molti sintomi parkinsoniani. Questo intervento viene usato in stadi avanzati della malattia poiché, andando ad intervenire chirurgicamente nel cervello, implica numerosi rischi collaterali. Nonostante le nuove tecnologie di neuroimaging hanno consentito una maggiore precisione negli interventi di neurochirurgia funzionale, attraverso il monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, attualmente si preferisce la sollecitazione elettrica cronica ad alta frequenza, anche detta Stimolazione Cerebrale Profonda o *Deep Brain Stimulation*, DBS. La DBS permette di inibire il target in modo reversibile e diminuendo drasticamente gli effetti collaterali rispetto all'intervento lesionale neurochirurgico. L'ultimo metodo di trattamento della malattia è quello farmacologico sostitutivo con levodopa, indicata come LD, poi sostituita con la Dopamina e successivamente con sostanze che agiscono sui recettori dopaminergici.

“l'intuizione di somministrare levodopa, per sopperire alla mancanza di dopamina, si deve allo scienziato svedese Arvid Carlsson negli anni Sessanta, che per primo somministrò levodopa ai roditori con sintomi di Parkinson, ottenendo risultati sorprendenti. Il ricercatore svedese gettò così le basi di quella che presto divenne la più importante cura della malattia di Parkinson, scoperta che gli valse il premio Nobel nel 2000”³⁵.

³⁵ Sito della Fondazione LIMPE per il Parkinson Onlus, ente a scopo divulgativo e di solidarietà sociale sulla malattia di Parkinson, <https://www.fondazioneimpe.it/tutto-sul-parkinson>.

L'effetto antiparkinsoniano fu però dimostrato dal farmacologo viennese, di origine ucraina, Oleh Hornykiewicz e il neurologo viennese Walther Birkmayer nel 1961, i quali somministrarono la levodopa a basse dosi per endovena su un campione di pazienti, ottenendo risultati impressionanti. Solo nel 1967, a New York, George Constantin Cotzias dimostrò l'efficacia di un dosaggio molto elevato, si parla di una decina di grammi al giorno, assunto per via orale, la cui inequivocabile efficacia venne finalmente accettata dalla comunità scientifica. Ancora oggi la Levodopa è considerata la terapia cardine della MP, una risposta positiva alla sua assunzione viene utilizzata come criterio per la diagnosi di Parkinson. Si conoscono due tipi di risposta farmacologica alla LD: quella di lunga durata quella di breve durata. Nel primo caso la risposta al farmaco impiega giorni o settimane prima di mostrarsi ma ha una durata prolungata nel tempo, una volta che si interrompe l'assunzione del farmaco. Si ha quindi una risposta diacronica. L'effetto di lunga durata si verifica nelle fasi iniziali della patologia che permettono una risposta stabile. Al contrario, la risposta di breve durata è tipica degli stadi avanzati in cui si sono già verificate le prime fluttuazioni motorie, variazioni della capacità motoria che alternano fasi di normalità a quelle di deficit. In questo caso le risposte di miglioramento dei sintomi durano poche ore o addirittura minuti e si verificano immediatamente dopo l'assunzione del farmaco. Questi interventi farmacologici si basano sulla necessità di mantenere costante il livello di dopamina nell'encefalo e di ridurre lo stress recettoriale conseguente alla degenerazione neuronale, ragion per cui il dosaggio è distribuito in più dosi durante il giorno. Nel momento in cui si manifestano le fluttuazioni motorie però diventa necessario ridurre l'intervallo tra una dose e l'altra, con particolare attenzione al momento del risveglio e dopo i pasti. Purtroppo, non è ancora conosciuto il reale funzionamento della LD e di come essa viene assorbita da intestino e duodeno. Nella quasi totalità dei casi, infatti, abbiamo un decorso clinico negativo da parte dei pazienti.

Dopo un periodo di buona risposta farmacologica, denominata “luna di miele”³⁶, che può durare anche diversi anni, si verificano complicanze di tipo motorio. In parte la causa è chiaramente la progressione della malattia ma dall’altra parte essa è dovuta anche a complicanze associate al trattamento sintomatico con LD. Quest’ultime consistono in una riduzione di efficacia del trattamento con conseguenti fluttuazioni motorie in cui si alternano momenti di efficacia del farmaco a momenti di inefficienza, che quindi presentano incapacità motoria. Le fluttuazioni motorie possono essere causate da un abbassamento del livello di levodopa nel plasma, chiamato deterioramento di fine dose o *wearing off*, oppure essere fenomeni *on-off*, imprevedibili, non collegati ai livelli plasmatici e, ad oggi, inspiegabili. Un’altra complicanza motoria associata al trattamento con LD sono i movimenti involontari che spesso si presentano in concomitanza con le fluttuazioni motorie. Sebbene queste complicanze motorie sembrano comparire meno frequentemente nei pazienti trattati con bassi dosaggi di LD e nei pazienti che hanno iniziato il trattamento nelle fasi precoci della malattia, rappresentano la principale causa di disabilità per persone con la sindrome di Parkinson e costringono i medici a cercare farmaci alternativi da associare alla levodopa, che resta la cura conosciuta più efficace anche negli stadi più avanzati, malgrado gli effetti collaterali, che permettano di ridurre la dose. In questa fase è molto comune anche che i medici prescrivano trattamenti non farmacologici come dieta, fisioterapia e terapie che coinvolgano aspetti psicologici del paziente, tra cui l’arte terapia.

³⁶ Dizionario di Medicina online, *Parkinson, malattia di*, 2010, https://www.treccani.it/enciclopedia/malattia-di-parkinson_%28Dizionario-di-Medicina%29/.

2.2 Dance therapy: Progetto Dance Well³⁷

“Le arti-terapie si configurano oggi come forme di psicoterapia che impiegano differenti mezzi artistici (pittura, danza, teatro, musica etc.) come modalità comunicative espressive e ricettive”³⁸.

A seconda del mezzo artistico utilizzato le arti-terapie prendono nomi diversi. L'Arte Plastico-Figurativa, più comunemente chiamata Arte Terapia, è la prima ad essere stata sperimentata e utilizza come mezzo espressivo la pittura, la scultura, il disegno ed ogni tipo di azione grafica. Esiste poi la Musicoterapia che fa uso della musica e dei suoi elementi, come suono, ritmo, melodia e armonia, a scopi terapeutici. La Danza-Movimento Terapia, più semplicemente chiamata Danza Terapia o MDT, sfrutta le potenzialità espressivo-comunicativa del movimento. La danza, che ha valore di mezzo espressivo dell'inconscio e dell'emotività, è un atto creativo a cui viene attribuito un significato simbolico. L'emozione del paziente viene comunicata attraverso i gesti che influiscono sulla gestualità degli altri partecipanti, portando ad una connessione non verbale ma che arricchisce reciprocamente le capacità motorie e comportamentali dei partecipanti. Oltre alla connessione con la propria interiorità la Danza Terapia punta a riattivare la comunicazione del Sé con il proprio corpo, che verrà percepito in modo diverso attraverso la dinamicità creativa. Attraverso gli esercizi di Danza Terapia i pazienti entrano in contatto con le loro emozioni e rivivono esperienze negative, di disagio, che spesso vengono repressi, e le comunicano e condividono col gruppo attraverso la danza. Oltre che per la mente va considerato anche l'effetto positivo degli esercizi motori sul corpo che, attraverso la creatività, è in grado di realizzare movimenti che difficilmente avrebbe sperimentato altrimenti.

³⁷ Per la stesura di questo paragrafo ho consultato sito ufficiale del progetto Dance Well del comune di Bassano del Grappa: <https://www.operaestate.it/it/dance-well-2>; ed il testo: UMBERTO VOLPE, *Le Arti-Terapie nel contesto della riabilitazione psicosociale in Italia: una rassegna critica*, in *Psichiatria e Psicoterapia*, Giovanni Fioriti Editore s.r.l., 35, 4, pp. 154-180.

³⁸ UMBERTO VOLPE, *Le Arti-Terapie nel contesto della riabilitazione psicosociale in Italia...*, op. cit., p. 176.

“I principali limiti della DMT in psichiatria sono legati allo strumento stesso dell’azione terapeutica, ovvero il corpo e il suo movimento: il rischio più frequente è che la DMT possa veicolare l’espressione di emozioni profonde che, se non gestite in modo competente e non contenute in un setting ben definito, potrebbero sconfinare in esperienze non facilmente integrabili nella personalità del soggetto”³⁹.

Il limite consiste infatti nel fatto che non tutti i pazienti sono in grado di compiere movimenti, inoltre è frequente che le arti-terapie vengano considerate come attività didattiche o occupazionali, sottovalutando l’effetto psicologico che hanno sui pazienti. Esse, essendo appunto terapie riabilitative non sono date da improvvisazione ed approssimazione, hanno invece teorie e studi scientifici alla base ed utilizzano tecniche specifiche che fanno vivere al paziente esperienze a forte impatto emotivo. Per questa ragione è molto importante che si svolgano in un ambiente adeguatamente predisposto e che gli arte terapeuti siano persone che hanno sostenuto un’adeguata formazione in ambito artistico ma anche psicologico e psicoterapeutico.

Anche in Italia, negli ultimi anni, si sta diffondendo l’uso delle arti-terapie come tecniche riabilitative. Un particolare tipo di danza terapia, ad esempio, nasce nel 2013, ideata e promossa dal Comune di Bassano del Grappa, in provincia di Vicenza che si appoggia al Centro per la Scena Contemporanea, CSC, membro dell’European Dancehouse Network. Questo ambizioso progetto prende il nome di Dance Well-Ricerca e movimento per Parkinson e parte dall’idea di promuovere la danza in ambienti museali e contesti artistici. Le lezioni di Dance Well hanno luogo, infatti, all’interno dei Musei Civici di Bassano. Inizialmente ideata per persone con la patologia di Parkinson, è però aperta a chiunque desideri fare un’esperienza alternativa, consentendo l’interazione all’interno di un gruppo eterogeneo. Questo progetto si differenzia dai comuni laboratori di danzaterapia e dalle normali scuole di danza principalmente per tre fattori: lo spazio artistico in cui si svolgono le lezioni, il gruppo misto e la gratuità del corso. Il fatto che le lezioni si tengano in un ambiente museale

³⁹ UMBERTO VOLPE, *Le Arti-Terapie nel contesto della riabilitazione...*, op. cit., p. 170.

consente l'educazione all'arte, alla storia e alla bellezza ed influenza positivamente il benessere degli utenti, oltre a favorire la creatività, diversamente da sedute di danza terapia che solitamente hanno luogo in palestre o spazi per la riabilitazione. La gratuità del corso permette l'accesso a più persone possibili con background estremamente differenti, senza porre limiti sociali. Esiste infatti una collaborazione con i richiedenti asilo del Comune di Bassano la cui adesione ha agevolato un'integrazione delle due comunità. Avendo aperto anche un canale di comunicazione con le scuole secondarie la partecipazione a questo progetto diventa parte del curriculum formativo dei ragazzi che sono così incentivati a prendere parte agli incontri. Si è quindi creato un gruppo particolarmente eterogeneo per età ed esperienze di vita. Per sottolineare che Dance Well è una pratica artistica, i partecipanti vengono chiamati *Dance Well dancers*. Le classi a frequenza settimanale sono tenute da insegnanti di danza differenti durante l'anno che sono liberi di sperimentare nella loro ricerca artistica differenti tecniche e stili, sempre con l'obiettivo di favorire l'espressività attraverso la danza. Oltre alle lezioni si aggiungono commissioni da parte della direzione artistica comunale per presentare un intervento all'interno del programma del Festival Operaestate, oltre che in altre occasioni, con lo scopo di far conoscere il progetto ad un pubblico sempre maggiore. A questo proposito vengono ingaggiati artisti internazionali, che desiderano lavorare con persone con il Parkinson per mettere in gioco le proprie capacità, perché creino coreografie speciali per l'occasione. Pur non considerandosi danza terapia, con essa ha in comune diverse strategie riabilitative come: «esercizio aerobico, immaginazione motoria, tecniche di cueing⁴⁰, training propriocettivo e sensitivo-motorio»⁴¹, che intervengono direttamente sui sintomi della MP ed hanno effetti positivi sulla qualità di vita dei partecipanti. Un importante contributo al progetto Dance Well è stato dato dal Centro Per La Malattia Di Parkinson E I Disordini Del Movimento, Casa Di Cura Villa Margherita di Arcugnano, in provincia di Vicenza, di

⁴⁰ Per cueing si intende una tecnica usata nel pilates in cui, con una serie di segnali, si indica come modificare la postura attraverso il controllo muscolare.

⁴¹ Dal sito ufficiale del progetto Dance Well del comune di Bassano del Grappa:
<https://www.operaestate.it/it/dance-well-2>.

cui si tratterà anche successivamente. Dal 2015 il dottor Daniele Volpe ha condotto uno studio scientifico in cui veniva studiato un campione di pazienti che hanno alternato la pratica di Dance Well a quella riabilitativa. Dai dati è emerso che le due attività avevano lo stesso valore riabilitativo, con la differenza che Dance Well presentava un miglior impatto a livello emozionale. Inoltre, si è dimostrato come

“attraverso la pratica continua di DANCE WELL è possibile raggiungere una migliore qualità della vita, sentirsi potenziati, migliorare il senso del ritmo, dell'equilibrio e del movimento, sviluppare relazioni interpersonali per combattere l'isolamento che spesso accompagna la malattia, sviluppare la creatività ed esplorare nuove forme di espressione”⁴².

Attualmente il Centro per la Malattia di Parkinson si occupa dell'aggiornamento degli insegnanti, a Bassano si tiene il corso di formazione *Dance Well Teaching Course*, una volta all'anno in estate, destinato a persone con una avanzata formazione di danza interessati a diventare insegnanti di Dance Well. Lo studio si completa con una istruzione sanitaria di base ed un approfondimento artistico per sviluppare le proprie abilità. Gli insegnanti collaborano tra di loro, con altri artisti e con ricercatori internazionali per favorire un ambiente prolifico di idee e scambi di conoscenze. Dal 2016 questo progetto si è diffuso in tutta Italia, costituendo una rete informale di comunicazione che permette un costante aggiornamento delle diverse realtà. Dance Well raggiunge anche il Giappone nel 2019, successivamente alla formazione di dieci persone che hanno seguito il *Dance Well Teaching Course* a Bassano, con il sostegno della Japan Foundation. Da allora è attiva nelle città di Tokyo, Kyoto e Kanazawa, dove viene praticata in realtà museali come il Metropolitan Art Museum, il Mizunoki Museum of Art e il 21st Century Museum of Contemporary Art. Nel 2020, durante il lockdown dovuto alla pandemia, si è abilitata perché le lezioni continuassero su portali di comunicazione online, permettendo il regolare svolgersi degli incontri settimanali

⁴² Ibidem.

aperti a tutti. Dal 2022 Dance Well, attraverso le organizzazioni partner, attiva classi in Francia, Germania, Repubblica Ceca e Lituania. Si tratta di un progetto europeo, sostenuto dal programma Creative Europe dell'Unione Europea, che dimostra il successo di questo percorso innovativo che è in continua evoluzione, il cui scopo principale rimane quello di riguadagnare la dimensione della dignità della persona anche, e a maggior ragione, in casi di malattie degenerative.

Cap. 3 Analisi sull'applicazione dell'Arte Terapia nei laboratori

3.1 Laboratori di Schio

Il Centro Medico Riabilita è una struttura sanitaria privata che ha sede a Schio, in provincia di Vicenza. Oltre a vari ambiti medici dedica gran parte delle proprie risorse al sostegno di malattie croniche degenerative. Essa viene gestita da medici volontari e da specialisti che si occupano di offrire un percorso di sostegno polivalente agli utenti. In particolare, da ormai otto anni propone una serie di attività specifiche per persone affette dalla sindrome di Parkinson. Tali terapie consistono in: attività motoria di gruppo, socializzazione e condivisione, terapia cognitiva, terapia occupazionale ed attività educative e ricreative come canto e tai-chi; con un totale di ottanta utenti circa. Ognuna di esse viene coordinata da logopedisti, fisioterapisti, fisiatri, neurologi e geriatri e sono tutte mirate all'acquisizione ed al mantenimento di particolari capacità critiche per i pazienti, che vengono curati non solo dal punto di vista fisiologico ma, e con particolare attenzione, nell'aspetto emotivo e sociale della persona. Come specificato nella presentazione dello stesso Centro gli obiettivi che si vogliono conseguire sono: migliorare l'autonomia della persona, mantenere la mobilità e la funzionalità delle strutture corporee, permettere l'integrazione del paziente con persone che affrontano lo stesso tipo di problematica, evitare l'isolamento sociale⁴³. In questo ambiente particolarmente propenso al costante aggiornamento in ambito medico-psicologico che permetta di offrire sempre migliori sostegni ai propri utenti, si è recentemente aggiunta la possibilità di partecipare ad un percorso di arte terapia. Sarà quest'ultimo l'oggetto della mia attenzione. Il progetto di arte terapia non è stata una scelta casuale, deriva infatti dalle recenti scoperte ottenute in campo medico,

⁴³ Per consultare il sito ufficiale del Centro Medico Riabilita usare il seguente link:
<https://cmriabilita.it/ambulatori/n8WYFJByrBeSCjHMMEoH>.

riguardanti l'uso di tale approccio su patologie neuropsichiatriche come depressione, dolore cronico, demenza, e disturbo da stress post-traumatico e sulle patologie neurodegenerative come il Parkinson. Tra tali ricerche abbiamo il contributo della *Fresco Parkinson Institute*⁴⁴ in collaborazione con la New York University che da anni sta investendo in questo ambito. Nella Casa di Cura e Riabilitazione Villa Margherita, ad Arcugnano (sede del Fresco Parkinson Center), riconosciuta dal 2016 dal Fresco Parkinson Institute come Centro di riferimento per la riabilitazione della malattia di Parkinson e dei disordini del movimento, si sta appunto sperimentando un intervento riabilitativo multisensoriale⁴⁵. Dopo una ricerca sull'arte terapia condotta in collaborazione con le dottoresse Iukiko Acosta e Marygrace Berberian nel 2017 alla New York University, il dottor Alberto Cucca, neurologo ed esperto in disordini del movimento, ha coperto l'incarico di Principal Investigator per un progetto terapeutico legato ad uno studio pilota, il primo tenuto con un metodo scientifico così rigoroso in Italia, con l'obiettivo di verificare l'efficacia dell'arte terapia sui sintomi motorio-percettivi derivanti dalla patologia di Parkinson. Nel 2020, coinvolgendo inizialmente dodici pazienti, poi diventati cinquanta, è stato aperto un atelier nel centro storico di Vicenza per ospitare i laboratori artistici diretti da artisti con riconoscimenti internazionali, quali Sofia Bonato e Matteo Valerio. Il progetto si compone di venti sedute con frequenza bisettimanale e durata di novanta minuti ciascuna, in cui vengono proposte tecniche artistiche multisensoriali sempre differenti, studiate per stimolare creatività e benessere psicologico e sociale. Lo scopo del laboratorio è aiutare i pazienti ad approfondire e condividere la percezione di loro stessi e della loro quotidianità, in un linguaggio alternativo a quello scritto e a quello parlato, che può quindi permettere forme di espressione inedite, arrivando possibilmente ad una rivalutazione del sé e

⁴⁴ Sito ufficiale del Fresco Parkinson Institute

<https://www.frescoparkinsoninstitute.com/progetti/exploratory-pilot-ars-pd-study/>.

⁴⁵ Dall'articolo a cura della Redazione Santo Stefano News, in "Santo Stefano Journal", 26 novembre 2020, della casa di cura Santo Stefano Riabilitazione ad Arcugnano. Per leggere la testimonianza del neurologo di villa Margherita Alberto Cucca e del Direttore della Medicina Riabilitativa della Casa di Cura Villa Margherita e Direttore del Fresco Parkinson Institute Daniele Volpe consultare il sito <https://sstefano.it/parkinson-e-arte-terapia>.

della propria vita. Concluso il percorso i pazienti sono valutati con test clinici, neuropsicologici e neurofisiologici in aggiunta ad una sofisticata analisi sperimentale nei laboratori di Villa Margherita che, con fine sensibilità, misurerà eventuali cambiamenti in velocità, accuratezza e precisione dei movimenti rispetto a prima della terapia. I sintomi clinici della patologia come rigidità, lentezza, apatia e faticabilità sono così testati ed è possibile tracciare la dinamica di miglioramento di funzioni motorio-cognitive e sul piano emotivo, di autostima e fiducia in sé stessi. Per il Centro Medico Riabilita è stato così possibile constatare i promettenti risultati dell'intervento riabilitativo multisensoriale. Dagli studi sono emersi un incremento significativo delle funzioni percettive ed attivazioni neuronali inaspettate, come quelle designate al processamento dell'informazione visiva, testimoniato dalle risonanze magnetiche funzionali a cui sono stati sottoposti i partecipanti. La creazione artistica stimola nel cervello funzioni di percezione spaziale, senso del movimento, riconoscimento delle forme e delle variazioni di colore e contrasto, senza dimenticare la facoltà di migliorare riscontrati nelle capacità motorie. Anche dal punto di vista emotivo l'arte e la creatività hanno portato i pazienti ad una maggiore consapevolezza di sé e delle proprie emozioni. I dati positivi hanno quindi spinto il Centro Medico di Schio a coinvolgere un'arte terapeuta per intervenire sui pazienti. La proposta è stata accolta da un gruppo di dieci uomini con il morbo di Parkinson, soggetti di varie età ed in stadi differenti della patologia. Si noti che la presenza di soli uomini è del tutto casuale e deriva da una più pronta adesione al progetto.

3.2 Fondamenti teorici⁴⁶

Al fine di fornire alcune note essenziali sui fondamenti teorici che stanno alla base dell'arte terapia ritengo opportuno soffermarmi sull'analisi del progetto *The Creative Journey*.

Il viaggio creativo o *The Creative Journey* viene sperimentato al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York nel 2000 da Paola Luzzatto e Bonnie Gabriel. Nasce per il reparto di Psico-oncologia in cui i pazienti che avevano terminato le cure chiedevano un intervento che rispondesse alla necessità di riaffermare la propria identità e forza interiore, rielaborando il carico emotivo della fase di ricovero appena conclusa. *The Creative Journey* doveva aiutare i pazienti a superare questa fase con il supporto di psicologi e assistenti sociali che si occupavano rispettivamente dello scambio di informazioni e consigli all'interno del gruppo di sostegno e della vita negli aspetti più pratici. Testato inizialmente su settanta pazienti, i risultati riportati dai questionari di risposta dei partecipanti al termine del percorso si sono da subito dimostrati positivi, mettendo in luce alcuni concetti chiave. La psicologa Jimmie Holland, specializzata in psiconcologia, approfondisce la causa della sofferenza, derivata dalla paura, nei pazienti oncologici e ne individua le maggiori ragioni in: paura del dolore fisico, della morte, di perdere l'affetto dei cari e la propria identità. A tale riguardo i malati di cancro si trovano a fronteggiare una frattura identitaria su due fronti: sfiducia verso l'io interiore e crisi del rapporto con il mondo esterno. Ecco che il *Creative Journey* si propone di affrontare entrambi gli aspetti creando una situazione in cui il paziente possa entrare in contatto con il proprio inconscio, attraverso immagini

⁴⁶ Per la stesura di questo capitolo ho consultato i seguenti testi: PAOLA LUZZATTO e BONNIE GABRIEL, *The Creative Journey: A Model for Short-term Group Art Therapy with Posttreatment Cancer Patients*, in "Art Therapy, Journal of the American Art Therapy Association", volume 17, n.4, 2000, 22 aprile 2011, pp. 275-279; P. LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*, Cittadella, Assisi 2009, pp. 105-111.

simboliche, ed allo stesso tempo, servendosi del gruppo per poterle analizzare da un punto di vista esterno, possa maturare una visione personale anche attraverso il confronto con gli altri. La fiducia verso il mondo esterno è invece rafforzata dalla creazione di un ambiente protetto, è compito del terapeuta mantenere un clima di rispetto reciproco e fiducia recependo le esigenze del singolo paziente e controllando le interazioni che avvengono all'interno del gruppo. Il feedback dell'opera, ossia una libera interpretazione, da parte di un compagno che viene stimolata osservando il lavoro, è facoltativo ed è eventualmente lo stesso autore a richiederlo. Il rispetto della privacy e dei confini personali è infatti un elemento fondamentale. La potenzialità del Viaggio Creativo, come dell'arte terapia in generale, sta nell'essere uno strumento versatile che non deve essere concepito come dedicato ai soggetti più creativi e non necessita di alcuna capacità artistica per raggiungere i propri scopi. Non si tratta infatti di una scuola di disegno ma nemmeno di una seduta psicologica. È un percorso che si adatta ad ogni età e a qualsiasi tipo di patologia. Le parole chiave devono essere sicurezza e trasformazione, per conoscere meglio sé stessi ed allo stesso tempo per essere stimolati ad un cambiamento nella percezione del mondo. Il *Creative Journey* è un percorso altamente strutturato che si articola in dieci sedute settimanali, dette anche *workshop*, da un'ora o un'ora e mezza ciascuna e coinvolge un gruppo che va dai sei ai dodici pazienti. Prima dell'inizio del progetto è premura degli operatori confrontarsi con gli utenti, spiegando lo svolgimento del corso ed assicurandosi che vada incontro alle loro esigenze. Si concluderà poi con un colloquio, una o due settimane dopo la chiusura, in cui verrà proposto un questionario per lasciare un riscontro della propria esperienza. Ogni seduta è caratterizzata dallo stesso schema: l'arte terapeuta invita il paziente a evocare un'immagine che lo porti ad uno stato mentale di tranquillità in cui possa sentirsi sicuro e circondato da un gruppo non giudicante di persone a lui vicine. Secondariamente viene illustrato il contenuto della seduta e le tecniche con cui si svolgerà il lavoro. Esse cambiano ogni volta e sono state studiate perché stimolino la creatività e non siano in alcun modo limitanti per chi non possiede abilità tecniche, ragion per cui vengono definite "facilitanti". Il risultato infatti trascende dal risultato

estetico e punta invece alla realizzazione di un'opera che sia in qualche modo significativa per l'autore. L'atto pratico della creazione occupa la maggior parte del tempo della seduta, al paziente vengono dati trenta/quarantacinque minuti circa per completare un lavoro che si sviluppa solitamente in più fasi creative che portano alla realizzazione di più immagini. La terapeuta ha infatti il compito di assegnare un tema e, quando la prima immagine viene completata, chiederà nuovamente un lavoro immaginativo per crearne una seconda a sé stante o che completi la prima. Alla fine viene chiesta l'attribuzione di un titolo al lavoro eseguito perché si crei un legame più stretto tra opera e autore che in questo modo riconoscerà alla sua opera un particolare significato. Arriva ora il momento del distacco dall'opera, i lavori completati vengono appesi ad una parete ed osservati dal gruppo in silenzio ad una certa distanza. I pazienti a turno vengono incoraggiati a descrivere il proprio lavoro, il significato che vi hanno attribuito e, se ne hanno voglia, il loro percorso di idee per giungere a quella rappresentazione, come si sentono o si sono sentiti durante il processo di creazione. È possibile per l'utente chiedere anche un feedback da parte dei compagni che porta ad uno scambio di idee permettendo talvolta un confronto costruttivo per il gruppo o anche di riconoscere la vicinanza con le esperienze degli altri. Considerando che si tratta di situazioni che fanno emergere l'intimità della persona rendendo sensibili i partecipanti alla seduta, se in qualsiasi momento un paziente dovesse sentirsi sconvolto o eccessivamente toccato dalle proprie o altrui immagini è invitato a parlarne con il terapeuta ed ha la possibilità di richiedere una seduta privata tra un incontro e l'altro. Ad ogni paziente è riservata una cartella personale in cui vengono riposti tutti i suoi lavori, questo aumenta la consapevolezza di privacy e fiducia tra l'utente, il terapeuta e l'ambiente esterno. Questa cartella verrà infine consegnata al proprietario al termine del percorso. La mancanza di tecnica, come il non possedere una mente creativa, non deve spaventare il paziente, nel Viaggio Creativo è possibile far riferimento a diverse fonti, quali lo stesso materiale artistico messo a disposizione, immagini esterne e immagini mentali interne. Durante le sedute l'utente potrà sperimentare ciascuna delle tre diverse fonti di ispirazione per avere un'esperienza totale della terapia. Si partirà

dalle immagini più immediate che vengono sollecitate dai materiali. In una seconda fase si approfondirà il rapporto con il mondo esterno, creando infine immagini indotte da un contatto con il sé interiore che pur essendo le più complesse sono il primo oggetto di interesse dell'arte terapia. Le dieci tappe del Viaggio Creativo sono predefinite e fisse e si possono suddividere in tre gruppi secondo l'origine dell'ispirazione per la creazione dell'immagine. In particolare, nelle prime tre sedute questa è determinata dall'uso dei materiali, nelle tre successive il paziente deve fare riferimento a immagini desunte dal mondo esterno e nelle rimanenti sedute a immagini riferite alla propria interiorità, l'ultima è invece dedicata alla conclusione del percorso. È importante precisare che il Medical Kettering Centre di New York detiene i diritti di copyright sul percorso *The Creative Journey*.

Prima seduta: colori e forme

Questa prima seduta è dedicata al colore: al paziente viene chiesto di scegliere tre cartoncini colorati, fare libere associazioni a riguardo, e per ciascuno di essi tagliarne due forme uguali. Dopo aver sperimentato diverse posizioni delle forme all'interno del foglio bianco dovranno essere incollate per scegliere una particolare composizione ed attribuirvi un titolo. Come in ogni seduta seguirà il distanziamento, la condivisione ed il feedback.

Seconda seduta: lo scarabocchio

Con l'uso di una matita il paziente dovrà tracciare dei segni sul foglio sentendo il ritmo ed il movimento del proprio respiro, possibilmente ad occhi chiusi o con la mano non dominante, per fermarsi secondo suo desiderio. Dallo scarabocchio si farà ispirare per creare delle immagini con i pastelli colorati, inventando poi con queste una storia o una fiaba.

Terza seduta: giocare con la tempera

Si piega un foglio bianco a metà e si mettono tre colori diversi con tre rispettive pennellate abbondanti attorno alla piega verticale che si è formata. Chiuso il foglio la

tempera andrà a spandersi sulla superficie attraverso l'azione del paziente, una volta riaperto la forma astratta creata può essere interpretata o completata con altra tempera per realizzare l'immagine suggerita.

Quarta seduta: presentazione del sé

In questa seduta si fa uso del collage, i pazienti sceglieranno delle immagini che per qualche ragione catturano la loro attenzione. Questa selezione deve avvenire in uno stato di attenzione fluttuante, ossia abbandonando il più possibile la razionalità per entrare in contatto con il proprio inconscio. Una volta ritagliate il paziente, focalizzando la propria attenzione, crea una composizione che per lui abbia significato. Viene infine attribuito un titolo al lavoro concluso.

Quinta seduta: l'oggetto e la trasformazione

Da un oggetto posto sul tavolo davanti a tutto il gruppo si deve creare una libera associazione attraverso un ricordo o una fantasia, va poi dipinto l'oggetto stesso, una sua trasformazione o una nuova immagine derivante dalla libera associazione. In conclusione, si deve collegare un'emozione alla rappresentazione finale.

Sesta seduta: la poesia visiva

Si prendono dai giornali, ritagliandole, una serie di parole, singolarmente significanti, e si dispongono sul foglio fino ad ottenere il risultato desiderato che può essere considerato una poesia. Vengono poi aggiunte delle immagini evocate dalle stesse parole.

Settima seduta: dal caos all'ordine

Iniziano le sedute in cui l'immagine viene creata dal paziente all'interno del suo sé. La parola "caos" proposta al gruppo. Ogni paziente deve rappresentare in modo istintivo il caos primigenio, in pochi minuti con pennelli e tempere. Una volta terminato il lavoro bisognerà trovarvi un piccolo dettaglio bello o interessante e riproporlo ingrandito su un secondo foglio.

Ottava seduta: il seme nascosto

L'arte terapeuta chiede di immaginare un paesaggio senza vita, senza uomini, animali o vegetazione. Una volta rappresentato si spiega che da tempo immemore un seme è rimasto nascosto, dove si trovi e come potrebbe crescere sarà deciso da ogni paziente e poi inserito nel paesaggio.

Nona seduta: stress e il suo opposto

La parola stimolo proposta al gruppo questa volta è "stress". Come ci si sente quando si è stressati? Le immagini, le forme ed i colori che vengono alla mente sono trasposti sul foglio utilizzando il materiale e la tecnica che meglio li possa rappresentare. Su un altro foglio si dovrà ricreare una composizione diametralmente opposta per immagini, forme e colori. Questo serve a far emergere la consapevolezza che esiste un'alternativa allo stato mentale di negatività generato dallo stress.

Decima seduta: il mio viaggio creativo

Seduta conclusiva del percorso che viene rivissuto e raccontato attraverso un'immagine o un collage, terminando con l'abituale contemplazione silenziosa del lavoro, la sua condivisione verbale ed un giro di feedback. Il follow up individuale avviene circa un mese dopo; insieme all'arte terapeuta il paziente esamina le immagini esposte alla parete in ordine cronologico. A distanza di tempo il paziente può ripercorrere con sguardo più critico tutto il viaggio creativo avendo rielaborato le emozioni provate e dare un'opinione al terapeuta sull'esperienza provata. Delle opere verrà analizzata la forma estetica per definire lo stile e fissare un'identità creativa, esaltando quindi l'individualità del paziente. Nel ripercorrere i temi delle varie sedute il paziente individuerà le immagini più significative per lui, le problematiche emotive che lo hanno portato ad un approfondimento psicologico. Verrà infine restituita la cartellina. Il percorso di crescita personale non è certo finito, spesso capita che i pazienti decidano di proseguire un percorso personale di avvicinamento all'arte, continuando a produrre opere secondo la propria inclinazione. Nel caso che il Viaggio Creativo faccia parte di una ricerca complementare ad altri studi specialistici è in questa sede che si

effettueranno test e questionari per la raccolta dati. Sebbene il percorso terapeutico *The Creative Journey* sia nato per i pazienti di reparti oncologici, il suo metodo applicativo può essere adattato ad ogni tipo di patologia, sia fisica o psicologica. Appare dunque evidente la sua potenzialità in campo medico dimostrata anche dai risultati ottenuti e dagli esami ai quali è stato sottoposto. Non sorprende infatti che il Centro Medico Riabilita abbia finanziato lo stesso progetto da proporre ai propri pazienti affetti da malattie croniche degenerative.

3.3 Svolgimento pratico

Nella sede del Centro Medico Riabilita a Schio, il giorno primo febbraio 2023 si è tenuto l'incontro introduttivo che avrebbe dato inizio alle dieci sedute di arte terapia tenute dalla terapeuta Giovanna Dal Ponte⁴⁷. La dottoressa Dal Ponte nasce nel 1980 a Vicenza, laureatasi a Padova in Scienze dell'Educazione fa esperienze professionali presso Residenze Sanitarie Assistenziali e case di riposo in cui propone laboratori creativi con finalità educative ai propri utenti. Avendo sempre avuto un'inclinazione artistica completa la sua formazione alla Art Therapy Italiana di Bologna, scuola di specializzazione post-laurea in arte terapia psicodinamica, dove approfondisce la sua istruzione anche nel campo della psicologia, portando una tesi sulla cura del trauma infantile attraverso l'utilizzo dell'arteterapia. Attualmente lavora come libera professionista, potendo vantare esperienze con pazienti di diverse età e con necessità differenti, è stata quindi contattata dal C. M. Riabilita che l'ha assunta per condurre questo nuovo progetto. Il grande potenziale dell'arte terapia si ha nella versatilità e nella possibilità di adattarsi ad ogni tipo di patologia e capacità psicofisiche. A dimostrazione di ciò il gruppo è composto da dieci uomini con età comprese tra i

⁴⁷ Allego il sito ufficiale dell'arte terapeuta per contatti e maggiori informazioni <https://www.alinsiemecoop.org/giovanna-dal-ponte/>.

cinquantacinque e i settant'anni, ognuno di essi con capacità motorie differenti conseguenti allo stadio della patologia. Tra gli utenti si riscontrano difficoltà nella manualità fine, fino ad arrivare a parziale impossibilità nei movimenti e nella comunicazione verbale. Di questi solo un paio avevano già fatto esperienze di arteterapia, mentre gli altri si affacciavano a questo mondo per la prima volta. Inoltre, almeno due utenti avevano studi pregressi in campo artistico, al contrario di altri che non avevano mai fatto uso di certi materiali. Si noti come le capacità tecniche non precludano la riuscita della terapia. Per lavorare con questo gruppo la dottoressa Dal Ponte ha ritenuto adeguato proporre un programma ispirato al Viaggio Creativo di Luzzatto e Gabriel. Faccio presente che essendo tutti frequentatori del centro vi erano all'interno del gruppo persone che già si conoscevano e che si potevano dire inclini a partecipare alle mutue iniziative offerte dall'ente. Questo per suggerire come questa particolare condizione abbia influito positivamente sulla riuscita di questo specifico intervento. Riporterò ora l'andamento delle sedute con gli avvenimenti più significativi. Su gentile invito della stessa terapeuta ho potuto studiarne le dinamiche in prima persona.

Prima seduta: Colori e forme

La consegna si rivela di difficile comprensione, spesso viene perso il senso della ricerca del subconscio in favore di un'immagine razionale prescelta che per il paziente ha più un valore estetico. Un paziente con difficoltà motorie gravi rappresenta con le forme colorate un corpo senza gambe. Rivela poi che lui si percepisce come una mente, il paziente in questione ha grandi doti intellettive che lo hanno portato negli anni della malattia a fare affidamento sulla sua intelligenza piuttosto che sul corpo gravemente debilitato.

Seconda seduta: Lo scarabocchio

La consegna è molto apprezzata dal gruppo. I primi incontri portano da subito un carico emotivo molto forte, nonostante le consegne non lo richiedano espressamente, il contatto con la creatività ed il momento di raccoglimento in un ambiente sicuro e

protetto, hanno permesso di far scaturire aspetti confidenziali della vita privata dei pazienti. Un paziente trasforma lo scarabocchio in una specie di serpente diviso in parti ed ogni tappa rappresenta un avvenimento della sua vita, dalla confusione per i primi sintomi non riconosciuti alla diagnosi, la reazione alla notizia, la depressione della moglie, dando un nome ad ogni parte rivivendo il percorso della sua malattia.

Terza seduta: Giocare con la tempera (fig. 1)

Questa tecnica è di uso molto frequente nell'arteterapia per via della sua praticità e la capacità di suscitare immagini mentali anche grazie all'uso dei colori. Un paziente intitola la sua immagine "fattore X". Dopo un riscontro con la terapeuta emerge il rapporto ossessivo, suo e della moglie, con questo "fattore x", un elemento incognito a cui viene attribuita la causa della nascita della patologia nel paziente.

Quarta seduta: Collage

Un paziente intitola il proprio collage "Il dolore delle donne" inserendo figure cruente di guerra, bombe e donne che piangono. In un seguente confronto emerge la difficoltà della malattia vissuta come una guerra che porta dolore anche ai propri cari, rappresentati dalle donne piangenti. Un altro aspetto critico della patologia è affrontato nell'immagine realizzata da un altro paziente. Nel suo collage inserisce immagini riguardanti i soldi che hanno evocato in lui una riflessione sulla dipendenza da gioco d'azzardo di cui è afflitto. Questa problematica è condivisa da molte altre persone con patologia di Parkinson,

il 6.1% inizia a giocare d'azzardo in modo patologico, con una frequenza statisticamente significativa confrontata con un campione uguale per età e sesso, ma senza malattia di Parkinson, in cui la prevalenza era dello 0,25%⁴⁸,

⁴⁸ MAURIZIO AVANZI, *Prevalence of pathological gambling in patients with Parkinson's disease*, in "Official Journal of the International Parkinson and Movement Disorder Society", 21: 2068-2072, *Gioco d'azzardo patologico, malattia di Parkinson e dopamina*, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL di Piacenza, 16 ottobre 2006.

e deriva dall'uso di farmaci dopaminergici, somministrati per compensare la drastica riduzione di dopamina cerebrale.

Quinta seduta: L'oggetto nella stanza (fig.2)

La terapeuta chiede di scegliere un particolare oggetto che si trovi all'interno della stanza in cui si svolge la seduta e di rappresentarlo sul foglio. Più di un paziente sceglie l'estintore. Questo oggetto suscita, per associazione, l'immagine del fuoco e simboleggia il mezzo, o forse il bisogno di possederne uno, per estinguere delle emozioni travolgenti di cui si ha paura. Si vede nel paziente la richiesta, conscia o meno, di un intervento terapeutico meno invasivo per assecondare la paura di essere esposti ad emozioni difficili da interiorizzare. Diversa è l'esperienza di un paziente che sceglie di rappresentare l'attaccapanni, per libera associazione esso diventa simbolo dell'incontro espresso appunto dal titolo "Incontrarsi" in cui esprime il suo entusiasmo per il percorso di gruppo come momento di aggregazione, convivialità e crescita personale.

Sesta seduta: Poesia visiva (fig. 3)

Questa consegna si rivela complessa dal momento che si richiede al gruppo di scegliere parole in uno stato di attenzione fluttuante, attraverso il contatto con il proprio subconscio. La difficoltà deriva dal fatto che molti pazienti tendono a seguire un'idea razionale di poesia che vincola la scelta delle parole. Persiste l'ansia da prestazione e la necessità di inseguire un senso estetico che compromette l'intento terapeutico della seduta in cui si tenta di raggiungere la parte interiore e recondita del sé.

Settima seduta: dal caos all'ordine (figg. 4-5)

Gli utenti per rappresentare il caos lavorano in piedi, particolare che si dimostra stimolante per la creatività e apprezzato dai pazienti malgrado per altri abbia comportato un ostacolo motorio derivante dalla condizione di disabilità fisica. Un paziente nel raffigurare l'ordine crea un dipinto che trasmette angoscia e pesantezza, ne emerge il suo bisogno compulsivo di pulire ed ordinare la casa in cui vive da solo,

l'ordine viene vissuto come un peso difficile da sostenere psicologicamente e fisicamente date le sue difficoltà fisiche conseguenti dalla patologia.

Ottava seduta: il seme nascosto (figg. 6-7)

Nel rappresentare un paesaggio privo di vita alcuni pazienti si sono trovati in difficoltà e hanno evitato di seguire la consegna aggiungendo vegetazione. La fase successiva ha accomunato più persone nel suscitare l'immagine di acqua e fonti. Le raffigurazioni si sono mantenute su un piano per lo più materiale ma hanno fatto scaturire diversi racconti di vita.

Nona seduta: stress e il suo opposto

Affiora nel gruppo l'ansia di confrontarsi con la frenesia dalla vita odierna vissuta da una condizione di lentezza imposta dal morbo. Un paziente raffigura delle vignette in cui un bambino viene insultato. Sorge evidente il sentimento di umiliazione dato dalla malattia. Un altro paziente individua nello stress un'aspirapolvere, mentre nel suo opposto una sala perfettamente ordinata ma vuota, spiccano colori freddi e sterili. Chiaramente l'opposto di stress per questo paziente non corrisponde ad un senso di benessere ma piuttosto ad un senso di solitudine.

Decima seduta: il mio viaggio creativo (fig. 8)

Dalle immagini realizzate appaiono percezioni positive del percorso che è stato sperimentato. Prismi colorati, semafori verdi indicano che il laboratorio ha avuto successo nel creare aggregazione, condivisione di idee e di emozioni, sviluppando la creatività individuale. Sebbene il laboratorio sia concluso il gruppo si dice favorevole ad un proseguimento della terapia. In quanto terapia, infatti, richiede un lavoro continuativo perché emergano le esperienze ed emozioni negative e perché vengano elaborate con il sostegno della terapeuta. Dal follow up, incontro individuale di aggiornamento, che si è tenuto due settimane dopo la fine del percorso, sono stati sottolineati dai partecipanti gli aspetti positivi quali la possibilità di lavorare in un gruppo di persone che affrontano la stessa esperienza di malattia e di condividere temi

simili, la possibilità di avere un linguaggio alternativo con cui esprimere le proprie emozioni, l'occasione che altrimenti non avrebbero avuto di sperimentare tecniche e materiali nuovi in cui applicarsi e scoprirsi capaci di creare cose inaspettate.

Le dieci sedute di arte terapia sono state precedute e seguite da un incontro di valutazione con la psicologa della struttura con il compito di riportare gli eventuali cambiamenti nel livello di benessere psicofisico dei pazienti alla fine del percorso. I pazienti sono stati sottoposti a questionari specifici come il PDQ-39, ossia *Parkinson's Disease Questionnaire*, che verifica quanto spesso le persone con la patologia di Parkinson vivono disagi nella vita quotidiana, misurando lo stato di salute e di qualità della vita, e il test sulla percezione di auto efficacia nella gestione dei sintomi e delle emozioni, tradotto dalla lingua inglese appositamente per l'indagine. Queste prime analisi non hanno riportato significativi cambiamenti ma verranno approfondite in tempi successivi. Il riscontro da parte degli utenti resta molto positivo. I pazienti auspicano ad un proseguimento della terapia che potrà sicuramente avere esiti più consistenti se perpetuata. Il fatto che, in una situazione di patologia degenerativa cronica, con possibili disturbi affettivi e deficit neuropsicologici, nei mesi trascorsi in cui si è effettuata arte terapia, non si sono verificati peggioramenti si può di per sé considerare un successo. Implementando il numero di ore, pensando agli studi tenutisi a Villa Margherita⁴⁹, l'arte terapia offre sicuramente una risorsa terapeutica considerevole.

⁴⁹ Si veda capitolo 3.1.

Appendice iconografica



Fig. 1 - Giocare con la tempera



Fig. 2 - L'oggetto e la trasformazione



Fig. 3 - La poesia visiva



Figg. 4-5 - Dal caos all'ordine



Figg. 6-7 - Il seme nascosto

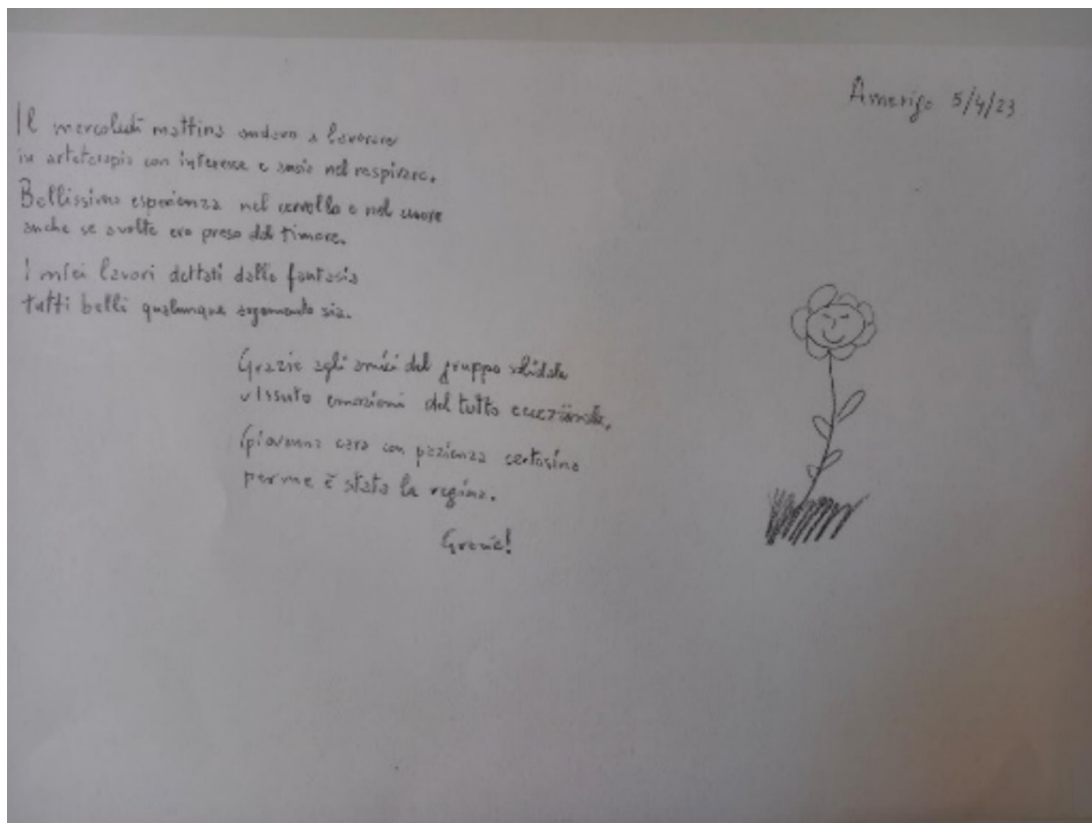


Fig. 8 - Il mio Viaggio Creativo

Bibliografia

MAURIZIO AVANZI, *Prevalence of pathological gambling in patients with Parkinson's disease*, in "Official Journal of the International Parkinson and Movement Disorder Society", 21: 2068-2072, *Gioco d'azzardo patologico, malattia di Parkinson e dopamina*, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL di Piacenza, 16 ottobre 2006

CAROLINE CASE, TESSA DALLEY, *The handbook of Art Therapy, Manuale di arteterapia*, Taylor & Francis group, 1992.

MIMMO DELLA CAGNOLETTA, *Arte terapia. La prospettiva psicomotricità*, Carocci Faber, giugno 2010.

LAURA GRIGNOLI, *Fare e pensare l'arteterapia. Metodi di conduzione dei laboratori esperienziali*, Franco Angeli, Milano, 2014.

WILLIAM LANGSTONE, BALLARD, *Parkinsonism induced by 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine (MPTP): implications for treatment and the pathogenesis of Parkinson's disease*, Canadian Journal of Neurological Sciences, 1984, pp. 160-165.

PAOLA LUZZATTO (a cura di Nino De Giosa), *Arte terapia. Una guida al lavoro simbolico per l'espressione e l'elaborazione del mondo interno*, Cittadella, Assisi 2009.

PAOLA LUZZATTO e BONNIE GABRIEL, *The Creative Journey: A Model for Short-term Group Art Therapy with Posttreatment Cancer Patients*, in "Art Therapy, Journal of the American Art Therapy Association", volume 17, n.4, 2000, 22 aprile 2011.

MARION MILNER, *Le mani del dio vivente*, Roma, Armando, 1994.

MARION MILNER, *on not being able to paint*, 1950.

MASSIMO MUSICCO, *Epidemiologia descrittiva e analitica della malattia di Parkinson*, Istituto di Tecnologie Biomediche Consiglio Nazionale delle Ricerche, Milano, in ALBERTO COSTA, CARLO CALTAGIRONE (a cura di), *Malattia di Parkinson e parkinsonismi...* op. cit., p. 26.

BS SCHOENBERG, *Epidemiology of movement disorder*, Marsden CD, Londra 1987.

UMBERTO VOLPE, *Le Arti-Terapie nel contesto della riabilitazione psicosociale in Italia: una rassegna critica*, in *Psichiatria e Psicoterapia*, Giovanni Fioriti Editore s.r.l., 35, 4, pp. 154-180.

DONALD WOOD WINNICOTT, *Therapeutic Consultation in Child Psychiatry*, London, Hogarth, 1971.

Sitografia

<https://dokumen.tips/documents/the-creative-journey-a-model-for-short-term-group-art-therapy-with-posttreatment.html?page=2> (Art Therapy, Journal).

<https://www.alinsiemecoop.org/giovanna-dal-ponte/> (Giovanna Dal Ponte).

<https://cmriabilita.it/ambulatori/n8WYFJByrBeSCjHMMEoH> (Centro Medico Riabilita)

<https://www.frescoparkinsoninstitute.com/progetti/exploratory-pilot-ars-pd-study/> (Fresco Parkinson Institute).

<https://sstefano.it/parkinson-e-arte-terapia> (St. Stefano Journal).

<https://www.operaestate.it/it/dance-well-2> (Dance Well).

https://www.treccani.it/enciclopedia/malattia-di-parkinson_%28Dizionario-di-Medicina%29/ (Dizionario di Medicina online, *Parkinson, malattia di*, 2010).

<https://www.fondazioneimpe.it/tutto-sul-parkinson> (Fondazione LIMPE).

<https://www.apiart.eu/arteterapia/> (APIArT, Associazione Professionale Italiana degli Arte Terapeuti).

<https://www.treccani.it/enciclopedia/transfert> (Enciclopedia Treccani).