

PIANETA DISABILITA'

Interventi di arteterapia di gruppo nella disabilità

Isabella Bolech

Quand on a terminé sa toilette du matin, il faut faire soigneusement la toilette de la planète
(Quando hai finito di rassettarti di prima mattina, allora bisogna rassettare con la massima cura il pianeta)

Le petit Prince - Antoine de Saint-Exupéry

I disabili sono stati i miei primi pazienti. Mi ci sono accostata con naturalezza e sicuramente anche con una certa incoscienza: la mia prima sensazione era che il loro lato bambino avrebbe facilitato l'approccio all'arte terapia. Cosa che tuttora penso.

Non è stato infatti mai difficile coinvolgere questi pazienti nell'attività, verso la quale tutti hanno sempre mostrato quella che ritengo una naturale propensione all'espressione facilitata e facilitante offerta dall'uso dei materiali artistici.

I problemi sono di altro tipo.

Prima di tutto definire la disabilità. Esistono due grandi categorie di disabilità; quella fisica, che non implica necessariamente tematiche mentali e quella mentale che può essere o non essere accompagnata da problematiche di tipo fisico. In entrambi i casi, si può sovrapporre un problema di tipo psicologico legato in maniera più o meno diretta alla condizione di base. Tuttavia, nel caso di disabilità fisica, soprattutto se acquisita e conseguente a un incidente invalidante o una malattia, le problematiche sembrano più legate all'evento traumatico e quindi alla difficoltà di accettazione di una situazione di vita completamente mutata, talvolta stravolta nella sua essenza. Nel caso di disabilità mentale (ritardo), sbarchiamo invece su un pianeta diverso, dove quasi sempre incontriamo un disagio, se non altro connesso alla difficoltà di affrontare il mondo dei "normali".

È di questo secondo gruppo che intendo occuparmi qui.

L'American Association on Mental Retardation (AAMR), nel suo manuale ne dà una definizione:

*"Il ritardo mentale è una disabilità caratterizzata da limitazioni significative, sia nel funzionamento intellettuale che nel comportamento adattivo, che si manifestano nelle abilità adattive concettuali, sociali e pratiche. Tale disabilità insorge prima dei 18 anni"*¹.

Non è questa la sede per addentrarsi nel grande tema della definizione e diagnosi del ritardo mentale e per questo rimando al Manuale sopra citato. Ciò che tuttavia appare evidente a chiunque operi a contatto con questo tipo di utenti è che la disabilità è una condizione complessa e molto variegata, la cui caratteristica principale è quella di produrre una grande varietà di fenomeni apparentemente in contrasto o quanto meno non congrui fra di loro. Voglio dire che è esperienza comune rilevare che in alcuni soggetti le aree compromesse possono non essere affatto collegate tra loro. Per cui, per

¹ American Association on Mental Retardation, Ritardo Mentale – Definizione, Classificazione e Sistemi di sostegno, X edizione, Vannini, Gussago (BS), 2005, p. 30

esempio, troveremo una persona in grado di utilizzare perfettamente gli strumenti tecnologici (computer e telefonini), che magari non è assolutamente capace di svolgere compiti molto più banali della vita quotidiana. Oppure qualcuno che sa scrivere, ma non è in grado di tracciare una riga o di orientarsi nello spazio. E soprattutto sembra non esserci mai uno schema entro cui classificare le difficoltà, né gerarchicamente, né per contiguità.

Lo stesso vale per il piano emotivo e relazionale. Troveremo soggetti che mostrano livelli molto raffinati di consapevolezza emotiva per poi trovarci all'improvviso di fronte a concezioni relazionali difficilmente comprensibili.

Il secondo grande problema è che, nella mia esperienza, la disabilità riceve grande attenzione dal punto di vista educativo, riabilitativo, talvolta ai fini di un eventuale inserimento lavorativo, raramente psichiatrico, laddove si evidenzino condizioni patologiche gravi, ma quasi mai terapeutico. Io credo che si tratti di un problema di cultura, prima ancora che economico.

Molte volte, lavorando nelle strutture e nelle associazioni, ho respirato un'aria che avvertivo vagamente paternalistica: la filosofia sociale è che bisogna fare qualcosa per queste persone, per cercare di "normalizzarle" o, laddove questo proprio non è possibile, quanto meno "educarle" a restare entro i limiti accettabili della convivenza, oppure occuparsi di loro perché non sono autosufficienti. Mi pare ovvio che questo sia dovuto a quella che è sicuramente una fascia più debole della popolazione, e penso quindi in generale un gran bene degli interventi educativi, ma troppo spesso questo finisce per non tenere conto degli aspetti più psicologici di queste persone che comunque hanno sempre più difficoltà degli altri.

Constato che nella realtà, quanto meno nel nostro paese, gli interventi di tipo realmente terapeutico sono assai ridotti, quasi a sottolineare una generale convinzione che sia poco proficuo, che questi soggetti non possano mai veramente beneficiare, proprio a causa del loro limite mentale, di una terapia e che quindi il rapporto costo/benefici penda pesantemente dalla parte dei costi.

Ovviamente anch'io mi pongo la stessa domanda, non posso negarlo, e continuo a riflettere sull'argomento. Credo che se il punto di partenza è che una terapia ha per scopo finale la "guarigione" del paziente, o quanto meno l'acquisizione di una sua capacità di gestione emotiva, allora davvero forse ci troviamo di fronte a un'empasse insuperabile. È lapalissiano che qui nessuna "guarigione" miracolistica è possibile: il ritardo non è una malattia curabile, è una condizione patologica irreversibile di cui disgraziatamente alcune persone sono chiaramente portatrici. Quello su cui si può, e secondo me si deve, lavorare è il grande disagio, il malessere psicologico che spesso lo accompagna, derivante anche dai problemi reali e quotidiani che questi soggetti hanno fin dalla nascita nell'ambito relazionale (e non solo), vuoi a causa della loro stessa patologia, vuoi per via delle difficoltà che inevitabilmente si presentano ai loro caregiver primari. Non va infatti dimenticato mai che essere genitore di un bambino con handicap richiede molte più capacità,

energie e risorse rispetto a un bambino sano e che i pattern di attaccamento possono risultare gravemente compromessi o quanto meno anomali.

Concretamente quindi, io penso che sia necessario concentrarsi sulla creazione della relazione, tanto importante per qualunque essere umano, sullo sviluppo o sul mantenimento delle abilità, sulla costituzione o restituzione per quanto possibile di un senso di sé e sulla formazione o miglioramento di un'autonomia personale. Naturalmente in questo ci si scontra con i limiti intrinseci della condizione: è da tenere in conto il fatto che certi livelli di sviluppo non verranno mai raggiunti, così come è possibile che non vi sarà una costanza delle acquisizioni. Questo pone il problema della durata di un intervento: per definizione qualsiasi terapia ha un inizio e una fine e qui l'interrogativo è se, una volta terminato un percorso, il soggetto sarà in grado di mantenere almeno parte delle conquiste fatte.

Lavorare con la disabilità quindi, per un terapeuta, di qualsiasi formazione e orientamento, significa innanzi tutto misurarsi costantemente e molto profondamente, seduta dopo seduta, con il limite camminando sul sottilissimo filo che divide l'aspetto emotivo da quello cognitivo. Ovvio, questo in un certo senso è valido per qualsiasi intervento con qualsiasi paziente, ma in questo pianeta lo è molto di più.

A questo riguardo, in particolare, nel tempo, ho maturato la convinzione che spesso ciò che ci appare come limite cognitivo è così intrecciato con il piano emotivo da risultare quasi accademico chiedersi in quale ambito ci si trova. In altre parole, mi verrebbe da dire che anche laddove si abbia la netta percezione di essere di fronte a una caduta di tipo cognitivo, questa è sempre necessariamente accompagnata da una caduta di tipo emotivo e in questo senso va considerata. Così per esempio, quando accade di rendersi conto che il soggetto non ha compreso a livello intellettuale qualche cosa e lo manifesta con un'espressione di smarrimento totale, siamo comunque in presenza di una sofferenza emotiva, tanto più forte quanto più innominabile perché incomprensibile. È quindi evidente che qui il primo passo necessario è quella della decodifica dell'esperienza, talvolta anche ai livelli più primitivi della stessa, come si farebbe con un bambino molto piccolo. La difficoltà però consiste nel fatto che in realtà spesso quello con cui abbiamo a che fare è un soggetto adulto che in altri ambiti è invece già munito di esperienza e quindi credo sia necessario imparare a sviluppare un linguaggio comunicativo adatto a quel particolare paziente. È vero che questo avviene o dovrebbe avvenire normalmente all'interno di qualsiasi rapporto terapeutico con la creazione di un lessico specifico, ma qui va tenuto in grande conto il fatto che la base dei significati condivisibili è molto meno ampia e per nulla scontata e che quindi va costantemente verificata e definita. Cosa che ovviamente richiede anche molto tempo e grande impegno.

Lavorare in gruppo

*J'ai toujours aimé le désert. On s'assoit sur une dune de sable. On ne voit rien.
On n'entend rien. Et cependant quelque chose rayonne en silence...*
(Ho sempre amato il deserto. Ci si siede su una duna di sabbia. Non si vede nulla.
Non si sente nulla. E tuttavia qualche cosa risplende in silenzio...)

Le petit Prince - Antoine de Saint-Exupéry

“L'appartenenza al gruppo, l'accettazione e l'approvazione sono della massima importanza per lo sviluppo dell'individuo”².

Malgrado molti di questi utenti vivano in una situazione comunitaria (se istituzionalizzati) o comunque frequentino centri diurni nei quali sono a contatto con altre persone, sembrano avere ben poche esperienze di gruppo reale, sia per le condizioni effettive delle strutture in cui alloggiano o dei centri presso cui si recano, sia perché mai hanno la possibilità di accedere veramente a un'autentica esperienza grupale. *‘La maggior parte dei pazienti psichiatrici hanno una storia di gruppo molto scarsa: non sono mai stati membri validi, integranti e partecipi di un gruppo’³.* L'appartenenza a un gruppo si configura quindi come esperienza necessaria da fare anche per poter vivere un senso di integrazione che per motivi molto comprensibili spesso i disabili non conoscono. Per esperienza, sono certa che l'utilizzo del lavoro artistico è un importantissimo elemento di coesione sia iniziale che nelle fasi successive. Innanzitutto, può costituire lo “scopo” attorno al quale si coagula l'organizzazione dell'intero gruppo. In particolare con pazienti piuttosto gravi, credo che sia di grande aiuto l'idea di “fare” qualcosa, piuttosto che di “dire”, ovvero che sia molto più facile e soprattutto meno spaventoso esprimersi sul piano dell'immagine piuttosto che su quello verbale. A questo inoltre corrisponde anche la possibilità di un recupero di abilità perdute o mai veramente sviluppate che danno ai partecipanti un maggiore senso di padronanza e di fiducia nelle proprie possibilità.

Ciò che infatti differenzia in modo molto netto un gruppo di arteterapia da un laboratorio espressivo è prima di tutto la finalità di quello che si produce: mentre in un laboratorio tutta l'attività si coagula attorno al risultato finale (ad esempio, un vasetto, la carta riciclata, un ricamo o quant'altro), in un gruppo di arteterapia, l'accento è posto sul processo e non sul risultato, quella che si segue è un'estetica interna e personale, non predeterminata da canoni rigidi e soprattutto esterni (per fare un vaso si procede prima così e poi così...). In questo senso, vi è un vero recupero della creatività personale, un uso delle proprie risorse, un maggiore senso di sé.

Il recupero della creatività avviene poi all'interno di un setting preciso e ben delimitato, in cui il conduttore entra in relazione con il paziente e con l'immagine che produce.

² I.Yalom, *op. cit.*, p. 71

³ *Ibidem*

Una prima osservazione quindi riguarda proprio le fasi di formazione del gruppo. Penso che l'arteterapia sia uno strumento utilissimo in questo senso, proprio per la creazione di uno spazio innanzi tutto personale (il paziente e il suo foglio), poi relazionale, realizzato prima attraverso le immagini (tanti fogli sullo stesso tavolo, sulla stessa parete), quindi attraverso lo scambio fisico (i materiali, le gomme, i temperini, i colori, ecc.) e infine quello verbale ed emotivo all'inizio con il conduttore e poi tra gli appartenenti al gruppo.

Secondariamente, proprio perché la strada di accesso non è verbale, quello che viene espresso nell'immagine possiede una qualità particolare di "libertà" di manifestazione. Ciò che il paziente produce non è soggetto a ideali grandiosi o regole rigide (e qui è fondamentale l'intervento del terapeuta volto a rassicurare i pazienti rispetto alle aspettative e alla assoluta possibilità di esprimere ciò che si desidera), e questo appare tanto più vero quanto più il soggetto è meno munito di capacità di verbalizzazione o di simbolizzazione cosciente. Un altro aspetto che mi pare ancora più interessante è che la stessa produzione di immagini dà vita a un senso del gruppo tutto particolare: le immagini circolano, si collegano tra loro, si ripetono, evolvono parallelamente al processo di gruppo, con modalità del tutto intrinseche, senza che vi sia un'intenzionalità cosciente, il che consente di portare all'interno del gruppo tutta una serie di vissuti cui difficilmente questo tipo di pazienti avrebbe altrimenti accesso.

In questo senso, davvero il conduttore è un vero facilitatore di immagini in una dimensione espressivo creativa che permette il lavoro artistico, sia in quanto interviene come sostegno e supporto (fornisce i materiali, insegna tecniche, dà input, e idee), sia con la sua semplice presenza che in più di un'occasione, soprattutto nelle fasi iniziali, può costituire una vera spinta all'attività (desiderio di compiacerlo, desiderio di approvazione, ecc.).

Il passaggio successivo appare essere quello della dimensione simbolico-cognitiva, in cui si realizza una vera comunicazione tra il soggetto e il conduttore: qui si comincia, seppure con la massima gradualità e totale rispetto, a lavorare sulle immagini, a produrre piccole associazioni, racconti, vissuti. I partecipanti acquisiscono poco a poco un senso di sicurezza nel gruppo che consente loro di esprimersi più liberamente e di abbandonare, soprattutto in alcuni casi, un atteggiamento inizialmente solo compiacente e accomodante e di manifestarsi quindi in modo più autentico.

In questo senso, credo che il gruppo solitamente attraversi molte fasi di creazione: da principio, un iniziale problema di orientamento e quindi una forte dipendenza dal conduttore, seguita da una fase di ribellione e di lotta per il potere (la presenza di un capro espiatorio, alcuni partecipanti possono saltare gli incontri, desiderio di imporre un certo tipo di lavoro, rifiuto di eseguire consegne, ecc.) e quindi sviluppo di una coesione che permette non solo un buon andamento del gruppo, ma anche di essere più indipendenti e di costituirsi come insieme autonomo, sviluppando singolarmente un

senso di appartenenza e in gruppo un senso di capacità generale che consente di superare anche le fasi più critiche (separazioni, lutti, abbandono di un componente, ecc.).

Nella realtà delle istituzioni, quindi, la creazione del gruppo all'interno del più vasto gruppo degli utenti, si costituisce davvero come elemento di cura, laddove i partecipanti percepiscono anche l'esclusività dell'esperienza, il momento diverso rispetto a quanto vissuto normalmente e pertanto lo spazio riservato e protetto del setting che, se pure in molti casi non realmente protetto ed esclusivo in senso fisico (spesso le stanze non sono dedicate, o sono utilizzate per altre attività, ecc.), diviene davvero luogo mentale e psichico. In altre parole, come in alcune esperienze particolari, si viene delineando una particolare forma di "setting invisibile"⁴ il cui accesso è garantito dalla presenza del conduttore, dall'orario e da tutte le forme introduttive all'esperienza.

Una piccola notazione merita, secondo me, la composizione del gruppo. Infatti, proprio per le caratteristiche di grande variabilità della disabilità, appare molto difficile creare gruppi con caratteristiche di omogeneità, cosa che soprattutto al terapeuta meno esperto può apparire una difficoltà in più. Nella realtà, se è vero che appare assai arduo comporre gruppi con soggetti affetti da una stessa patologia, cosa che di per sé non è una garanzia, perché come visto ognuno presenta tratti molto specifici, è vero anche che la diversità delle patologie in un gruppo costituisce paradossalmente una ricchezza. Prima di tutto, è esperienza comune di chi opera a contatto con questi pazienti che esiste un livello molto elevato di tollerabilità fra di loro.

Non si può negare che talvolta questo appaia al conduttore anche sconcertante, perché ci si trova di fronte a reazioni che a tutta prima paiono del tutto incongrue non solo rispetto ai cosiddetti "normali" codici comportamentali, ma anche a quelle che sembrano essere le abituali manifestazioni dei singoli utenti. Per esempio, non è infrequente osservare risposte di totale indifferenza nei confronti dell' "esplosione" da parte di un membro del gruppo, che invece viene mal sopportato all'esterno e il cui comportamento è spesso fortemente censurato nella vita quotidiana. Oppure può accadere il contrario, ovvero che una reazione che è spesso ignorata all'esterno diventa motivo di grande irritazione per gli altri partecipanti, ma raramente, per non dire quasi mai, per lo meno nella mia esperienza, si presenta insofferenza per la disabilità in sé.

Per lo più si osservano atteggiamenti di difesa di sé e del gruppo (e non ultimo del conduttore) nei confronti di situazioni percepite come potenzialmente destabilizzanti, e di competizione, non sulle abilità, ma sulla conquista dell'attenzione del leader. È questo un fenomeno assai comune in questo tipo di soggetti (lo è, come sappiamo, anche in altri gruppi di utenti non disabili), ma che qui assume una valenza del tutto particolare, soprattutto nei pazienti istituzionalizzati o molto gravi, in cui questo aspetto è molto evidente e per via della storia personale e per via di una cultura educativa

⁴ Devo questa definizione alla mia amica e collega Giovanna Gardiman che ha definito setting invisibile quello da lei creato in esperienze di arte terapia con pazienti allettati in un ospedale di Bologna.

molto diffusa che considera la richiesta di attenzione come comportamento da contenere al massimo e addirittura da impedire. Nella mia esperienza, più volte leggendo le corposissime cartelle cliniche di alcuni pazienti ho rilevato annotazioni al riguardo con commenti espliciti in cui si diceva che la continua ricerca di attenzione dell'utente da parte del soggetto andava ostacolata a tutti i costi, in quanto grave "difetto", senza che ci fosse invece una riflessione sullo stato di assoluto bisogno che questo tipo di comportamento poteva sottendere.

Un'altra ragione per la quale la disomogeneità del gruppo può diventare una ricchezza è il fatto che questo talvolta consente di superare delle empasse in cui ci si può venire a trovare. Soprattutto perché, come dicevo, qui più che mai il terapeuta è chiamato a camminare sul quel filo sottilissimo tra il livello cognitivo e quello emotivo, le differenti competenze dei partecipanti consentono di muoversi altrove, e in un'ottica di gruppo, dove si considera che ogni partecipante dà voce oltre che a se stesso anche agli altri, questo permette di allargare e meglio comprendere i vissuti del gruppo.

È questo un aspetto molto importante da considerare perché, soprattutto il conduttore inesperto ha spesso la sensazione di non essere in grado di rispondere alle molteplici richieste fatte dai singoli, richieste che diventano tanto più pressanti quanto più appaiono evidenti i limiti anche operativi degli utenti. Ho spesso raccolto la difficoltà di giovani colleghe che mi segnalavano quanto fosse difficile aiutare ogni singola persona, quanto si sentissero "divorate" dalle necessità che via via si manifestavano all'interno degli incontri. Io non credo che questa la sia la strada da percorrere.

Innanzitutto mi pare sostanzialmente impossibile esaudire le mille richieste che si presentano: chi ha lavorato in questi tipi di gruppo sa che lo sforzo fisico e mentale per rispondere alle sollecitazioni può essere molto imponente e soprattutto ingestibile, e in secondo luogo, una risposta di questo tipo provoca inevitabilmente la perdita di orientamento del conduttore rispetto agli scopi e alla "temperatura" del gruppo.

Più che mai in queste esperienze è necessario lavorare tenendo a mente che il gruppo è un ente sovra determinato rispetto ai suoi componenti, che va trattato nel suo insieme e guidato come un corpo unico, con la fiducia di base che se questo avviene, ciascuno all'interno avrà modo di esprimersi e di dire la sua e si farà anche portatore delle parti altrui inesprese.

Alcune esperienze

Dessine-moi un mouton!
(Disegnami una pecora!)

Le petit Prince - Antoine de Saint-Exupéry

Il mio primo gruppo con i disabili è stato subito molto particolare. Infatti, benché la struttura ospitante fosse riservata a utenti affetti da disabilità motoria, nella realtà dei fatti, le partecipanti erano del tutto disomogenee rispetto alla patologia.

La prima era Marilena, una donna di circa settant'anni, che non presentava apparenti problemi di invalidità fisica, perché camminava e si muoveva normalmente, ma che era chiaramente affetta da una depressione grave e appariva a prima vista l'elemento anomalo della situazione. Le altre mal sopportavano le sue continue lamentele dichiarandolo espressamente, ma mi era subito apparso chiaro un meccanismo per cui lei veniva tollerata: era l'unica dotata di mobilità e si prestava a una serie di servizi di cui le altre avevano bisogno.

La seconda era Elide, poco meno di sessant'anni, seduta su una sedia a rotelle, affetta da varie patologie, tra cui un tumore in stadio piuttosto avanzato, senza un rene e ahimè dolorosamente consapevole di una sua fine piuttosto imminente (cosa verificatasi pochi mesi dopo). Era una donna non priva di interessi e cultura, ma molto chiusa e ritirata che in parte si ribellava all'idea che l'oggetto della conversazione fossero sempre i mali e i dolori.

La terza era Clementina, circa una quarantina d'anni, affetta da tetraparesi spastica, anche lei su sedia a rotelle, con pochi movimenti volontari, nessun problema cognitivo reale (era laureata), ma oggi, sicuramente direi gravemente borderline.

L'aspetto più lampante di questo gruppo era che queste persone si sentivano costrette a una convivenza forzata e poco si tolleravano tra loro, benché fossero molto evidenti alcune dinamiche che di fatto le legavano. Il livello di conflitto era però costante e continuo, tanto che il personale era spesso costretto a dividerle durante la giornata.

La carta vincente per la costituzione dell'esperienza è stata proprio l'arteterapia: ognuna, a modo suo, ha fin da subito mostrato interesse e nonostante le palesi difficoltà anche pratiche (per Clementina per esempio, è stato necessario trovare un modo per aiutarla a eseguire movimenti volontari e non di rado aveva bisogno delle mie mani; Elide faticava a usare il pennello per via della sedia a rotelle per cui ha trovato la possibilità di usare i rulli; Marilena che invece in teoria non presentava limitazioni fisiche, tendeva a incapacitarsi e richiedeva costante aiuto), per tutti i sei mesi circa in cui abbiamo lavorato, la produzione di immagini è stata forte e ricca e ha offerto a ciascuna di loro anche un grande motivo di soddisfazione personale.

Ma soprattutto si è formato il gruppo e questo ha prodotto poco a poco una ricaduta anche all'esterno, nel senso che si era creato un piccolo terreno comune di condivisione, ed è aumentata sorprendentemente per me allora, la tolleranza reciproca, nel riconoscimento che ciascuna realizzava “ciò che poteva” e che ciò che veniva prodotto suscitava nelle altre sempre grandi riconoscimenti. Come a dire che forse non era possibile riconoscere la persona in sé, ma era possibile invece apprezzare ciò lo sforzo del singolo aveva prodotto.

La particolarità di questo intervento poi, risiede nel fatto che si è trattato di un'esperienza che sostanzialmente è avvenuta quasi in coincidenza con la chiusura della struttura che di lì a poco sarebbe stata destinata ad altro uso perché la scarsità di utenti ne impediva il proseguimento della gestione.

L'esperienza di gruppo quindi è stata il passaggio finale verso una “diaspora”, la cui difficoltà, proprio perché condivisa, è stata più accettabile e meno devastante. È stato infatti possibile per le partecipanti che erano riuscite a stemperare il livello di conflittualità attraverso la condivisione dell'esperienza artistica e quindi anche dei significati che questa aveva permesso di evidenziare, separarsi e salutarsi in modo meno doloroso.



La creazione del gruppo di arteterapia è stata fondamentale per offrire una possibile migliore convivenza di alcune utenti all'interno di una struttura residenziale per handicap grave.

Il gruppo era inizialmente composto da sei pazienti, quindi da cinque, per le dimissioni della struttura da parte di un soggetto e poi, da 4, in seguito a una grave crisi depressiva di un'altra partecipante che ha scelto di non venire più agli incontri, salvo arrivare saltuariamente a verificare che il “suo posto” fosse stato mantenuto e partecipare alla fase finale. Le partecipanti, tutte donne di età compresa tra i 43 e i 60 anni, sono state selezionate all'inizio, dall'allora psicopedagogista della struttura in collaborazione con me, seguendo fondamentalmente alcuni criteri: una sufficiente abilità manuale di base e una capacità minima di espressione verbale. Di fatto, benché non si possa proprio dire che questi criteri siano stati interamente soddisfatti (in particolare rispetto alla capacità verbale,

in quanto un'utente era chiaramente mutacica), le sei partecipanti si qualificavano all'interno della struttura già come un piccolo nucleo differenziato un po' a se stante, in quanto tutte portatrici di un'autonomia fisica e psichica maggiore rispetto agli altri utenti.

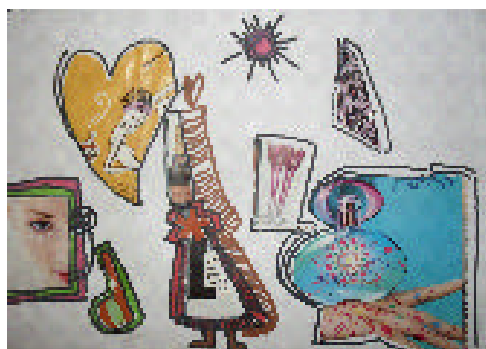
Il gruppo, che è durato circa tre anni, si riuniva settimanalmente per circa due ore in una stanza dedicata e chiusa rispetto ad influenze esterne, in un setting quindi sempre costante. Questa annotazione sul setting risulta molto importante, in quanto come accennato sopra, è esperienza di molti arteterapeuti (e non solo mia) che nelle strutture in cui andiamo ad operare, raramente viene messo a disposizione un luogo non solo idoneo, ma soprattutto protetto da frequenti intrusioni e incursioni. Raccolgo spesso lo sconcerto delle giovani colleghe ai primi contatti con le strutture: non solo è difficile che venga compreso il significato reale del nostro intervento che viene spesso scambiato nella migliore delle ipotesi per un'attività creativa e nella peggiore come generica "animazione", ma nella maggior parte dei casi le stanze fornite corrispondono ai luoghi comuni di svago in cui sono presenti le macchinette del caffè, la televisione e quant'altro o che sono spazi di transito di operatori e altri utenti. Difficile quindi arginare gli interventi esterni delle persone che passando incuriosite non solo si fermano a guardare l'attività, ma la commentano, e soprattutto estremamente arduo far percepire l'importanza dell'esperienza a chi non ne fa parte. Anche questo ovviamente può essere letto nell'ottica della mancanza di cultura rispetto all'intervento di tipo terapeutico per questo tipo di pazienti. Per questa ragione, è fondamentale cercare di ottenere uno spazio idoneo e laddove questo non sia veramente possibile, provare a creare comunque delle separazioni "fisiche", ma soprattutto dare vita a quel setting invisibile cui ho accennato sopra.

Anche in questo caso, benché, come detto, la stanza a me fornita fosse idonea, non posso tacere il fatto di aver dovuto "combattere" non solo contro i non rarissimi ingressi di alcuni operatori con scuse varie, ma soprattutto contro il fatto che nella stanza accanto, divisa unicamente da una porta veniva chiuso un utente con frequentissime crisi (tra l'altro scatenate dall'odore della carta) e che urlava disperatamente battendo i pugni contro la porta.

Il gruppo ha attraversato le molte fasi della sua creazione. All'inizio, si è presentato il problema dell'accettazione dell'esperienza, tanto più difficile quanto più si trattava di persone non abituate ad alcun tipo di lavoro autonomo. Infatti le attività con gli educatori, oltretutto mirate a un processo più "riabilitativo", erano fortemente condizionate dalla spaventosa disomogeneità degli utenti della struttura che dovevano cercare in qualche modo di "tenere assieme". Va detto che l'utenza era estremamente variegata, comprendendo soggetti gravissimi, anche assolutamente privi di qualsiasi contatto con la realtà, oppure in stato semi-vegetale, e soggetti con patologie meno gravi (sindrome di Down, ritardi, schizofrenia, ecc.), ma che o per la loro età, o per le condizioni familiari non erano in grado di poter condurre una vita autonoma. Così, come accennavo sopra, se è vero che le partecipanti al gruppo erano più capaci, si erano però ormai "incapacitate", per cui il primo approccio con l'attività, ancorché entusiasmante, ha richiesto di guidarle anche a recuperare o ricreare le abilità di base. Si è verificata quindi una forte dipendenza da me, sia per gli aspetti più tecnici e pratici, ma soprattutto per la possibilità di mentalizzare l'esperienza, che tuttavia dopo

circa sei mesi ha presentato i suoi primi frutti, sotto forma della possibilità di creazione della costanza dell'oggetto e del senso di continuità dell'esperienza.

All'interno del gruppo, una delle attività preferite è stata per un certo periodo il collage di immagini



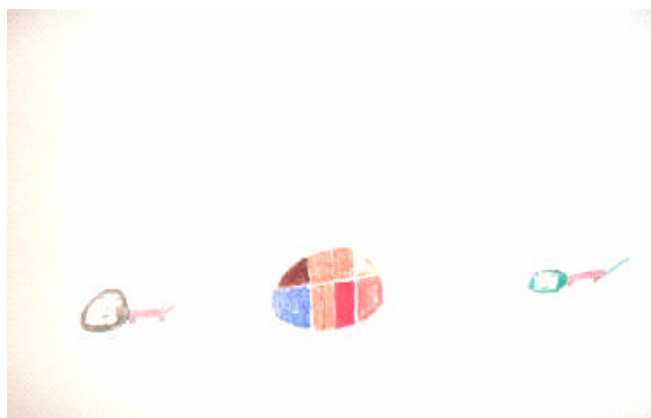
tratte dalle varie riviste che mettevo a disposizione. Dopo un certo numero di incontri, le partecipanti hanno cominciato durante la settimana, tra una seduta e l'altra a raccogliere immagini da riviste che trovavano nella struttura per poi portarle nel gruppo e utilizzarle personalmente o offrirle alle altre persone, segnalando in questo modo sia che l'esperienza era ben presente nella loro mente, sia che non si limitava ai nostri incontri settimanali,

ma aveva una ricaduta esterna.

Naturalmente, tuttavia, va sempre tenuto a mente che in questo tipo di utenti, se è verissimo che va permessa la ripetizione molto cospicua dell'esperienza per consentirne l'interiorizzazione, il rischio è che ogni attività di trasformi in una necessità compulsiva, da cui bisogna a un certo punto aiutare i partecipanti a uscire. Per questo, approfittando del rientro dalla prima separazione estiva, ho sentito di dover progressivamente spostare il focus su altre esperienze, perché il collage si era ormai trasformato in un'operazione automatica di "strappo" di pagine intere di riviste che venivano incollate frettolosamente e subito "scartate" senza più alcun investimento. Questo ha permesso l'introduzione di altri materiali che sono stati via via esplorati e la comparsa di molti temi diversi (racconti, descrizioni, fantasie), permettendo l'accesso a un'esperienza più articolata, in cui è stato possibile esplorare molte problematiche. In particolare sono comparse immagini che raffiguravano il grande senso di vuoto e la difficoltà di dare voce a un sentire in altro modo difficilmente articolabile, ma visivamente molto esplicito.

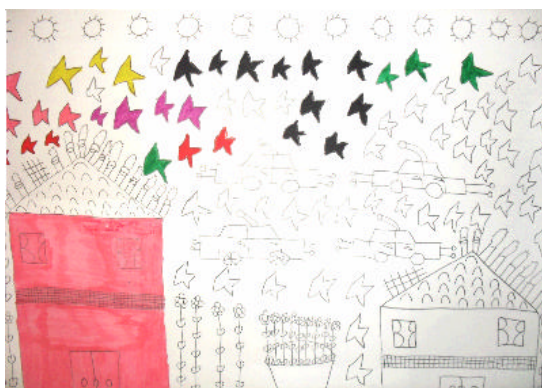


Siamo quindi entrati in una fase di ribellione e di lotta per il potere. Ben presto si è delineata la figura di un capro espiatorio: si trattava di un'utente, affetta da sindrome di Down, in età abbastanza avanzata e affetta da un principio di demenza senile precoce, la quale manifestava fortissimi comportamenti oppositivi, soprattutto nei miei confronti. Non eseguiva mai alcuna consegna, era necessario avvicinarsi a lei con molto tatto, sembrava sabotare qualunque iniziativa



del gruppo, urlava spesso, piangeva e si rinchiusa nella sua rappresentazione tipica (una casa chiusa tra due grossi alberi) o immagini molto piene di cose e soprattutto sembrava avere la necessità di occupare tutto lo spazio. Questo scatenava grandi reazioni da

parte delle altre, e più volte è stato necessario il mio intervento per contenere gli attacchi reciproci. Questo è stato anche il momento in cui alcune partecipanti hanno cominciato a saltare gli incontri, opponendo ragioni varie al loro rifiuto momentaneo, salvo poi ripresentarsi la volta successiva cariche di ansia per il timore di aver perso la loro collocazione all'interno del gruppo. Altre hanno manifestato la loro opposizione attraverso il tentativo di imporre un certo tipo di lavoro, o rifiutandosi apertamente di eseguire le consegne, o utilizzando quantità esagerate di materiale, nell'implicito desiderio/terrore di una regolazione da parte mia. Sono stati momenti carichi di grandi emozioni, che però il gruppo ha potuto pian piano riversare e contenere al suo interno, mentre nella struttura, le utenti si percepivano unite e molte disposte a collaborare tra loro, manifestando un accordo e una unità prima mai visti.



Nell'ultima fase del percorso, si è pian piano sviluppata una coesione nuova. Determinante e significativo per il passaggio a questa fase è stato, come spesso accade, un evento particolare.

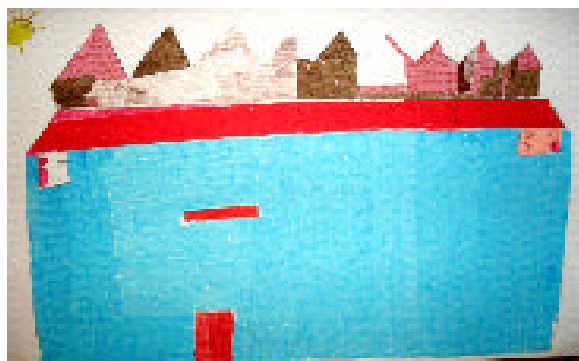
Durante una seduta, la partecipante che aveva il ruolo di capro espiatorio, ha attuato dei comportamenti particolarmente violenti e poco gestibili per me, che, presa per stanchezza e fatica, ho cominciato a mettere in atto risposte molto espulsive nei suoi confronti. Il gruppo a quel punto si è ribellato contro di me, non solo costringendomi a rivedere immediatamente la mia posizione, e quindi a “tenere dentro” la paziente, ma segnalandomi la presenza forte di una unità reale del gruppo che aveva accettato e integrato quel suo membro tanto difficile, ma tanto funzionale al suo percorso.

Questo ha permesso di sviluppare un senso di appartenenza e un senso di capacità generale che ha consentito di superare anche le fasi più critiche (separazioni, lutti, abbandono di un componente) e alla fine di chiudere l'intera esperienza attraversando un buon processo di separazione.

In altri casi, il gruppo di arte terapia si configura come possibile esperienza di sottofondo, all'interno di altri percorsi. Qui si pone forse il problema, molto tipico della disabilità, della possibilità di interiorizzare a fondo l'esperienza, fino a farla proprio del tutto e quindi di chiuderla. Come accennavo sopra, nella parte introduttiva, proprio perché si lavora sempre su quel filo sottile tra emotivo e cognitivo, appare molto difficile riuscire a capire se il tempo concesso all'esperienza possa considerarsi sufficiente alla creazione di una traccia più stabile nei soggetti e se l'esperire della relazione terapeutica nel gruppo sia abbastanza consolidato da permettere cambiamenti e modifiche nella vita.

Da alcuni anni ormai presso un CSE della mia città conduco un gruppo di cinque/sei pazienti affetti da ritardo, di età compresa tra i 25 e i 45 anni. Sono persone le cui capacità cognitive sono relativamente buone - tranne forse in un caso - e con cui lavoro una volta la settimana, con loro grande piacere e soddisfazione.

Il lavoro artistico si è articolato con moltissime esperienze, alcune più libere altre più strutturate, seguendo progetti o consegne che hanno permesso agli utenti di esprimere i loro vissuti. Abbiamo creato storie per immagini con cui è stato possibile accostare l'esperienza reale e i vissuti del momento, sempre lavorando nella terra di confine tra l'esperienza cognitiva, emotiva e artistica. Abbiamo lavorato spesso insieme su un grande foglio dando vita a grandi quadri che ora sono appesi ai muri della struttura. Abbiamo realizzato progetti molto più complessi, suddivisi in più fasi, partendo dall'ideazione, fino alla realizzazione.



In particolare, utilizzando le parole di Mario – un partecipante-, segnalo un'esperienza che è stata molto interessante:

“Il lavoro è consistito nell’immaginare dei personaggi per realizzarli.

Nella prima fase, ognuno di noi ha pensato un personaggio a sua scelta e lo ha disegnato. Quindi siamo passati alla seconda fase in cui con uno schema, abbiamo disegnato tutti i vestiti da indossare. A quel punto abbiamo recuperato gli abiti che abbiamo indossato. Infine abbiamo girato un filmato e scattato delle foto.

È stato difficile immaginare i personaggi e io ho dovuto affrontare la mia insicurezza. All’inizio non mi piaceva il progetto, ma adesso che abbiamo finito sono contento e orgoglioso”.

Cui hanno fatto eco gli altri:

- *Per un giorno ho vissuto un sogno, quello di vestirmi da sposa (F.)*
- *Mi è sembrata un’opera un po’ teatrale come quando si debutta sulla scena. È stata anche come una sfilata. Mi è piaciuto (D.)*
- *Mi sono rivista come se fossi un venditore ambulante, come i miei genitori ed è stato molto bello (S.)*
- *Ho provato emozione quando ho cantato, mi sentivo allegra e sorridente. Ero al centro dell’attenzione. Mi è piaciuto tanto (E.)*

Credo, in questo tempo, di aver attraversato tutte le fasi di costituzione del gruppo e anche in questo caso di trovarmi di fronte a quello che si configura come un gruppo all'interno di un gruppo, ovvero di un gruppo che si riconosce come tale anche all'interno dell'esperienza quotidiana del centro cui questi soggetti afferiscono. In questo senso, la mia percezione è che il mio intervento non sia più necessario, che questi utenti potrebbero accedere ad altre esperienze. Tuttavia, per ragioni pratiche

(nessun intervento diverso sarebbe attuabile per problemi inerenti alla struttura) e per la consapevolezza che l'attività consente, come dicevo, il mantenimento di un'esperienza di "sfondo", mi trovo nella necessità di trovare un modo di chiudere questo gruppo, di avviare quindi un processo di separazione che però, sento, paradossalmente ancora prematuro, perché non contemplato né dagli utenti, né meno che meno dalla struttura.

La possibilità che sto attualmente considerando è quella di farmi affiancare da un altro arteterapeuta che subentri poco a poco al mio posto, al fine di garantire agli utenti la possibilità di continuare l'esperienza, ma di trasformare il gruppo assieme ad un altro conduttore, non ultimo per consentire loro di disidentificare l'arteterapia dalla mia presenza.

Infine, vorrei sottolineare che il gruppo di arteterapia è anche molto utile all'interno di un processo di valutazione.

Nel 2008, con una collega, sono stata chiamata a compiere una valutazione dell'idoneità di alcuni soggetti affetti da disabilità lieve a partecipare a un progetto di progressiva autonomizzazione, nel senso di accedere a un esperimento di convivenza in un appartamento protetto.

Costituendo due piccoli gruppi di lavoro, per una dozzina di incontri, è stato possibile esplorare alcune importanti tematiche rispetto al concetto di autonomia, alla creazione del gruppo, all'idea di una vita al di fuori della famiglia.

Ho utilizzato il formidabile strumento dell'espressione artistica che ha permesso di dar voce a moltissimi vissuti e a me di riuscire a valutare se vi fosse una spinta all'autonomia o se questa fosse l'espressione più di un desiderio dei genitori che loro.

Conclusioni

Sicuramente queste poche considerazioni non esauriscono il grande tema dell'intervento nella disabilità, ma ho pensato interessante poter condividere alcuni pensieri che nascono dalla mia esperienza diretta a contatto con questa categoria di pazienti e anche con i loro educatori, spesso chiamati a un compito molto difficile.

Infatti, questi utenti presentano particolari bisogni che proprio per la loro natura estremamente varia, a seconda del loro livello di patologia, appaiono spesso difficili da gestire all'interno di strutture che non sempre hanno i mezzi economici e un numero adeguato di operatori.

Per questo, mi pare estremamente importante riflettere sulla necessità in generale di interventi di tipo più specificamente terapeutico e nella fattispecie l'arteterapia, come detto, si dimostra uno strumento molto efficace, anche per la sua duttilità rispetto all'uso nel gruppo.

È evidente che in molti casi sarebbe preferibile un intervento individuale, ma i dati della realtà rendono questa scelta poco praticabile, benché non impossibile⁵.

⁵ Personalmente ho operato per cinque anni circa in una struttura attuando interventi individuali, esperienza che poi si è conclusa in parte per scelta personale, in parte perché sono venuti meno i finanziamenti necessari. Attualmente opero ancora con interventi individuali, ma privatamente.