

Il gioco dello scarabocchio: origini ed evoluzioni

Sovente è possibile per un nuovo concetto o una nuova tecnica ripercorrere a ritroso la storia del pensiero individuando precursori (a volte inconsapevoli) e riflessioni che hanno per così dire preparato il terreno per la nascita del “nuovo”, così è anche per lo *squiggle game* (gioco dello scarabocchio) di Donald W. Winnicott, che è forse tra le “creazioni” winnicottiane in cui più evidenti sono i segni distintivi della paternità e allo stesso tempo sono pure abbastanza evidenti i tributi al passato.

Un primo illustre debito storico può essere individuato nel “sogno”. L’interesse per i sogni ha radici antiche, risalenti agli albori della civiltà. Con il passare dei secoli il crescente interesse attorno a questo particolare fenomeno che è il sogno, ha portato a un accumulo di “saperi” che, afferenti da una pluralità di punti di vista, con accenti diversi a seconda delle epoche storiche e dei differenti studiosi che se ne sono occupati, hanno proceduto l’uno accanto agli altri. Si sono così avute concezioni del sogno scientifiche, filosofico-metafisiche, religiose, ingenuo o superstiziose, ciascuna articolata a partire da teorie anche profondamente differenti tra loro.

Un periodo decisivo per lo sviluppo delle conoscenze sul sogno fu quello tra il 1860 e il 1899, in cui le ricerche condotte su tale argomento portarono a scoprire quasi tutti quei concetti che si ritroveranno nell’opera di Sigmund Freud. Quest’ultimo si era meravigliato della frequenza con cui i pazienti riportavano in seduta i

* Psicologo, Specializzando in psicoterapia.

** Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Associato di Psicologia Clinica e Dinamica presso la Facoltà di Medicina dell’Università degli Studi di Brescia.

sogni avuti durante la notte e si era chiesto quale significato avessero queste immagini oniriche, che durante il sonno popolano la mente di ogni persona. Va sottolineato come Freud stesso fosse un buon sognatore e come già anni prima avesse, per un certo periodo, preso regolarmente nota dei propri sogni. Come è noto, questo interesse e questi interrogativi sfociarono nella realizzazione e pubblicazione de *L'interpretazione dei sogni* (Freud, 1899), opera alla quale è possibile far risalire, convenzionalmente, la nascita della psicoanalisi. Per il Maestro viennese i sogni sono manifestazioni del processo primario, e attraverso essi è possibile esplorare l'inconscio. Più precisamente, a partire dal contenuto onirico manifesto, grazie alle libere associazioni del paziente, è possibile giungere al significato latente. Freud si rese anche conto che esistevano elementi (uguali per tutte le persone) sui quali i pazienti non riuscivano ad associare; giunse a ritenere tali elementi dei simboli, risultato di un processo primario che, tramite lo spostamento, riesce a superare la censura onirica e a scaricare la tensione psichica. A fronte di una moltitudine di simboli, alcuni dei quali universali, individuò una quantità limitata di elementi simbolizzati: sensazioni, parti del corpo e oggetti primari.

I sogni furono un elemento fondamentale anche per l'autoanalisi di Carl G. Jung (1961), esperienza che copre l'arco degli anni che vanno dal 1913 al 1919, consistente nel liberare e lasciare emergere in coscienza le fantasie inconscie. Per raggiungere tale scopo Jung ricorreva a delle tecniche di introversione riconducibili al metodo dell'immaginazione attiva: una consisteva nel raccontarsi una storia e nello scrivere tutto quanto veniva in mente relativamente ad essa; l'altra prevedeva lo scrivere e il disegnare ogni sogno del quale si aveva memoria al risveglio. Se ne deduce che per Jung i disegni siano utili metodi per rappresentare graficamente le immagini simboliche non verbali. Tali tecniche furono adottate da Jung anche nel lavoro con i suoi pazienti: «Ma perché mai incoraggio i pazienti giunti a un determinato stadio del loro sviluppo a esprimersi mediante il pennello, la matita o la penna? (...)» (Jung, 1929, p. 56). Lo scopo qui è lo stesso

che per i sogni, si tratta di produrre uno stimolo: «(...) L'attività creatrice dell'immaginazione strappa l'uomo ai vincoli che lo imprigionano nel nient'altro che, elevandolo allo stato di colui che gioca. (...) L'effetto al quale io miro è di produrre uno stato psichico nel quale il paziente cominci a sperimentare con la sua natura uno stato di fluidità, mutamento e divenire, in cui nulla è eternamente fissato e pietrificato senza speranza» (*ibid.*, p. 54).

Verso la fine degli anni 1920 Melanie Klein (1929), tra le prime a trattare psicoanaliticamente i bambini, iniziò a considerare il gioco e il disegno come simbolizzazioni dell'esperienza propria del bambino: la capacità di svolgere tali attività e la loro qualità erano viste in stretta connessione con lo stato di salute mentale. Il disegno divenne per la Klein l'equivalente del sogno dell'adulto, ovvero una manifestazione del mondo interno del soggetto, e come tale veniva sottoposto a un'interpretazione simbolica.

Un altro significativo contributo, di ordine culturale più generale, è dato dal Surrealismo, il cui fine, creativo e sociale, è la liberazione dell'uomo da una prospettiva positivista, razionale e borghese per accogliere una più vasta realtà (fu Guillaume Apollinaire a parlare per la prima volta di *surréaliste*, nel senso di super-fantastico, a qualifica del suo dramma *Les mamelles de Tirésias* [1916]), inclusiva della dimensione inconscia. La sur-realtà risiedeva nell'attribuzione al lavoro onirico degli stessi valori di presenza, solidità e perentorietà tipicamente attribuiti alla realtà esterna. Si noterà la forte influenza de *Die Traumdeutung* di Freud, tanto è vero che secondo René Magritte (1938) «(...) Il Surrealismo rivendica per la vita della veglia una libertà simile a quella del sogno» (p. 94). La definizione del movimento surrealista è data nel "Manifesto del surrealismo", dove leggiamo:

«Automatismo psichico puro col quale ci si propone di esprimere, sia verbalmente, sia per iscritto, sia in qualsiasi altro modo, il funzionamento reale del pensiero. Dettato dal pensiero, in assenza di qualsiasi controllo esercitato dalla ragione, al di fuori di ogni

preoccupazione estetica o morale, (...) il surrealismo si fonda sull'idea di un grado di realtà superiore connesso a certe forme d'associazione finora trascurate, sull'onnipotenza del sogno, sul gioco disinteressato del pensiero. Tende a liquidare definitivamente tutti gli altri meccanismi psichici e a sostituirsi ad essi nella risoluzione dei principali problemi della vita» (Breton, 1924, pp. 267-268).

Sul piano estetico i mezzi per la liberazione sono la scrittura automatica, le improvvisazioni scritte a più mani e le comunicazioni medianiche; mentre da un punto di vista pittorico i mezzi sono l'automatismo, il montaggio e il *frottage*.

Qualche anno più tardi, nel 1938, Marion Milner, che conosceva il movimento surrealista (infatti sappiamo che nella fine degli anni 1930 visitò la mostra pittorica di due surrealisti britannici che ampio uso facevano del disegno automatico: Reuben Mednikoff e Grace Pailthorpe, che era anche psicoanalista), rimase sconcertata nello scoprire, quasi per caso, che talvolta è possibile eseguire schizzi o disegni lasciando liberi occhio e mano di fare esattamente ciò che vogliono, senza cioè l'intenzione cosciente di raggiungere un risultato prestabilito, di disegnare "qualcosa". Milner iniziò a guardare i disegni similmente a come Freud si era avvicinato ai sogni (che, tra l'altro, sono composti da immagini), e si accorse che con il metodo da lei definito "libero" potevano affiorare, raffigurati dai tratti lasciati dalla matita sul foglio, umori e idee che a livello della coscienza sembravano totalmente assenti: i disegni liberi erano dunque intrisi della struttura degli affetti e dei pensieri (consci e inconsci) di colui che li produceva. Ciò era in accordo con quello che Herbert Silberer (1909) descrisse come "fenomeno funzionale", ovvero quel fenomeno per cui nelle immagini oniriche viene rappresentato lo stato effettivo del sognatore, non il contenuto del pensiero. Dalle numerose esperienze creative fatte in quegli anni, dall'analisi del contenuto dei disegni e dall'autoanalisi dei propri processi mentali che accompagnavano tali esperienze creative nacque il libro *Non poter dipingere* (Milner, 1950; Stefana, 2013). Il

metodo libero venne utilizzato da questa analista anche nella psicoanalisi dei bambini, infatti ella incoraggiava a utilizzare questo tipo di disegni come mezzo di espressione e comunicazione di quei sentimenti disturbati per i quali i pazienti non avevano parole (Milner, 1969; Giannakoulas, 1992).

C'è un altro contributo che va citato in questa breve ricostruzione storica delle origini del gioco dello scarabocchio, quello di Michael Fordham di Londra. Si tratta di uno psicologo analista, amico di Jung, che negli anni 1940, influenzato dalle ipotesi della Klein sulle fantasie primarie inconscie, formulò una concezione originale dei processi di maturazione dell'Io a partire dalla matrice archetipica del Sé originario. Fordham è l'autore che in ambito junghiano ha dato i maggiori contributi alla tecnica del disegno nell'analisi dei bambini. Nel 1944 uscì il suo libro *La vita dell'infanzia*, nel quale partendo dalle idee di Jung e dalla propria esperienza clinica sosteneva che sogni e disegni sono mezzi di comunicazione e riflessi del mondo interno del bambino, motivo per cui forniscono al clinico informazioni sulla psicopatologia del bambino e sul suo ambiente primario. Talvolta Fordham richiedeva al paziente bambino d'illustrare gli eventuali sogni che portava in seduta, utilizzando la loro raffigurazione su carta come avvio del lavoro terapeutico.

A questo punto è interessante segnalare che verso la fine degli anni 1920 la Milner fece l'esperienza di un'analisi junghiana (sembra con Gail Pailthorne¹ [Di Benedetto, 2003]), ebbe la Klein come supervisore, e visse con Winnicott un rapporto assai stretto e multiforme (egli fu, oltre che suo amico, suo supervisore ed analista). Circa Winnicott segnaliamo che anch'egli ebbe la Klein come supervisore, e che fu amico di Fordham (anche quest'ultimo, come

¹ Non siamo riusciti a reperire informazioni significative sulla formazione e sul modo di lavorare di questo Psicologo Analista. Va comunque detto che in quel periodo fra gli junghiani era più diffuso di quanto non lo sia oggi il metodo dell'immaginazione attiva e del disegno di fantasie e di sogni, la cui analisi in serie era raccomandata già allora da Jung come utile testimonianza dello svolgimento del processo d'individuazione.

abbiamo detto, influenzato dell'idea della Klein, tanto che alcuni colleghi lo accusarono di essere più kleiniano che junghiano).

È un po' come se i contributi più salienti che condussero allo *squiggle game* fossero quasi ricapitolati nella storia di Marion Milner. Sono proprio i suoi disegni liberi a rappresentare l'anello di congiunzione tra *Die Traumdeutung* di Freud e lo *squiggle game* di Winnicott. Il riconoscimento di tale debito nei confronti di Milner non fu mai dato da Winnicott che però, proprio recensendo *Non poter dipingere*, riporta un insegnamento tratto dalla lettura del testo: «ogni studente deve creare ciò che gli viene insegnato e giungere così a ogni stadio dell'apprendimento nel suo modo personale. Anche se dimentica temporaneamente di riconoscere i propri debiti, la cosa gli si può perdonare facilmente, perché invece di pagar debiti egli riscopre le cose, con franchezza e originalità e anche con piacere, e sia lo studente che l'argomento crescono attraverso l'esperienza» (Winnicott, 1951, p. 416).

18

La tecnica

Il fatto che la “consultazione psicoterapica” (Winnicott, 1965), colloquio diagnostico da distinguersi dalla psicoterapia e dalla psicoanalisi, ma che necessariamente deve essere anche terapeutico, fosse costituita in molti casi da un singolo incontro, spinse Winnicott a mettere a punto una tecnica che consentisse di arrivare a dialogare con il paziente su temi profondamente inconsci, in modo da ricavare il massimo dal primo colloquio (o dai primi colloqui). Tale tecnica, definita “gioco dello scarabocchio”, è un metodo per entrare in relazione con i bambini che vengono condotti per una consultazione, e nello stesso tempo è uno strumento di valutazione della stessa capacità del bambino di utilizzare la situazione che gli viene offerta (in tal senso ogni consultazione rappresenta una prova di terapia).

Quella che è la vera e propria tecnica è di assai facile trasmissione e apprendimento, Winnicott (1968, p. 326) così la descrive:

«Al momento giusto (...) dico al bambino: “Facciamo un gioco. Io lo so a cosa vorrei giocare e adesso te lo faccio vedere”. Tra me e il bambino c'è un tavolo con della carta e due matite; prima di tutto prendo un po' di carta e divido i fogli a metà, per dare l'impressione che quello che facciamo non è poi così terribilmente importante, quindi comincio a spiegare: “Il gioco che vorrei fare non ha nessuna regola. Prendo la matita e faccio così...”. Qui è probabile che chiuda gli occhi e faccia uno scarabocchio alla cieca. Vado avanti nella spiegazione e dico: “Tu mi fai vedere se ti sembra che assomigli a qualcosa o se lo puoi far diventare qualcosa, poi ne fai uno tu e io vedrò se posso fare qualcosa con il tuo”».

Winnicott sottolinea come quello fatto al bambino è un *invito* a giocare; se il piccolo vuole disegnare o parlare, piuttosto che usare dei giocattoli o fare altro, è bene essere flessibili e accontentarlo perché il bambino ha la piena libertà di rifiutare la nostra proposta di gioco. Ciò che è importante è creare un'atmosfera percepita dal paziente come accogliente e non valutante, nella quale si senta libero di comunicare (nelle varie forme possibili) e di essere; risulta quindi indispensabile creare uno spazio di contenimento (*holding*), dove la funzione di contenitore del terapeuta è strettamente legata alla sua capacità di *rêverie*.

Quella sopra descritta è la tecnica: si passa dall'associazione libera della parola all'associazione libera del disegno. Una volta appresa ognuno deve essere libero di ricrearsela, di adattarla alla propria persona in modo da poterla utilizzare con naturalezza e spontaneità.

Winnicott esitò molto sulla possibilità di descrivere ai colleghi questa tecnica perché temeva che potesse essere adottata come se fosse una tecnica prestabilita, dotata di regole e regolamenti precisi, anziché come

un gioco spontaneo qual è². Il rischio è quello che si perda il reale valore del gioco, che sta nel modo di procedere, in quanto «il consulente contribuisce con la propria spontaneità quasi quanto il bambino. Naturalmente, gli apporti del consulente vanno lasciati cadere, perché è il bambino e non il consulente a comunicare un disagio» (Winnicott, 1968, p. 325).

Nel gioco dello scarabocchio, come pure nella psicoterapia, il clinico non deve essere particolarmente acuto o brillante nelle interpretazioni, non deve porsi nemmeno il problema di essere o meno bravo a disegnare. Quello che deve fare è «... offrire una relazione umana naturale e libera all'interno di un *setting* professionale³ in cui il paziente, gradualmente, *sorprenderà* se stesso con la produzione di idee e di sentimenti che precedentemente non erano integrati nella personalità globale. Forse, il lavoro principale fatto qui è proprio l'integrazione, resa possibile dal sostegno offerto da una relazione umana ma professionale, una forma di *holding*» (Winnicott, 1968, pp. 323-324). Qui l'*holding* è costituito sia dal gioco che dal *setting*, ossia da una determinata modalità di relazione, chiara al terapeuta anche nei suoi presupposti teorici, e da una definita cornice spazio-temporale, in cui possono avvenire delle interpretazioni, da proporre solo quando il terapeuta sarà pronto a darle e il paziente pronto a riceverle. La condizione di *holding* è indispensabile, perché per Winnicott è solo quando il paziente, bambino o adulto che sia, si sente contenuto (metaforicamente ed emozionalmente) che possono nascere e svilupparsi in lui il gesto spontaneo, la capacità di integrare l'esperienza e la possibilità di tollerare il momento dell'**io sono**.

² Ciò è importante perché: «È nel giocare e soltanto mentre gioca che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità, ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il sé» (Winnicott, 1971b, p. 94).

³ L'affidabilità spazio-temporale propria del *setting* potrà rendere possibile lo sviluppo di un senso di continuità sia del Sé del paziente che del rapporto con il terapeuta, dello spazio potenziale essenziale alla capacità di giocare, non sufficientemente sviluppato nella relazione primaria.

C'è un'altra condizione fondamentale che il clinico deve soddisfare perché la tecnica del gioco dello scarabocchio possa essere utilizzata correttamente: l'aver fatta profondamente propria una chiara teoria dello sviluppo emozionale (normale e patologico) che riveste di significato i dati acquisiti dall'osservazione. A tale riguardo Winnicott scrive:

«Il mio unico inseparabile compagno nell'esplorare il territorio sconosciuto di un nuovo caso è la mia teoria. Questa è diventata parte di me e perciò non vi devo pensare intenzionalmente. Questa è la teoria dello sviluppo emotivo di un individuo, sviluppo che comprende la storia totale di ogni singolo bambino in rapporto al suo particolare ambiente. Bisogna dire però che questa teoria, base del mio lavoro, a volte subisce dei cambiamenti che maturano con il passare del tempo e con la mia esperienza. Il mio atteggiamento potrebbe essere paragonato a quello di un violoncellista, il quale all'inizio della sua carriera lavora con tenacia ad una tecnica, poi riesce effettivamente a suonare la *musica* dando per scontata la tecnica acquisita. So di svolgere questo lavoro più facilmente e con più successo di trenta anni fa, spero perciò di poter comunicare con coloro che stanno ancora lavorando tenacemente ad una tecnica dando loro la speranza che un giorno potranno suonare la musica» (Winnicott, 1971a, pp. 15-16).

21

Il foglio e le linee: concretezza e spazio potenziale

Winnicott (1968), aveva sottolineato che “La forma e la grandezza del foglio sono un fattore importante” (p. 326).

È chiaro che il foglio non è un mero spazio bianco, bensì uno spazio metaforico, simbolizzante lo spazio potenziale, la cui esistenza è garantita da un confine. Potremmo dire che il foglio bianco sta allo *squiggle* come il *setting* sta alla psicoterapia. È il *setting* che caratterizza la

seduta analitica e permette al bambino, per mezzo dell'illusione creativa, di usare i giocattoli e l'analista come materiale plasmabile. Allo stesso modo la cornice rappresentata dai margini del foglio ha lo scopo di garantire che quanto avviene al suo interno non è una realtà oggettiva ma è un'illusione. Inoltre come ogni infrazione del *setting* (ad esempio arrivare in anticipo o in ritardo) è una comunicazione, spesso agita, così anche nello *squiggle game* l'uscire dallo spazio del foglio è da leggersi come *acting out*.

Nella realizzazione del disegno non ha grande importanza se il paziente segue fedelmente le linee del nostro scarabocchio, le cancella o fa come se non esistessero. Più importante è come traccia le linee; ad esempio dovremo fare attenzione se calca la punta della matita sul foglio (in tal caso potrebbe essere utile considerare, ad esempio, se lo fa perché è arrabbiato o, invece, lo fa perché vuole lasciare un'impronta profonda sul foglio essendo che sente di non esistere) o la fa scorrere leggera e delicata (ha forse paura di lasciare il segno, di far sapere che esiste? ecc.), se è sicuro nel tratto oppure è insicuro, se è a suo agio o meno, ecc.

22

Quale spazio per l'interpretazione?

Quando si incontra un paziente c'è sempre uno stato di "non-sapere", riguardante ad esempio il linguaggio del paziente, che deve essere necessariamente compreso e accettato. Gli *squiggle* costituiscono un processo il cui fine non è formulare un'interpretazione o dare una spiegazione; al contrario sono proprio la "capacità negativa" (Bion, 1970) del terapeuta e la possibilità di fare spazio dentro di sé alle comunicazioni del paziente per tutto il tempo necessario a garantire l'effettiva considerazione del contributo del paziente, nella descrizione e nella comprensione di quanto sta vivendo.

Più il gioco va avanti più diventa profondo, più va avanti più la comunicazione diventa significativa e acquista familiarità. Ad esempio, Winnicott utilizzava il gioco dello scarabocchio anche come strumento per arrivare, raggiunto un certo grado di fiducia, a “pescare” i sogni del paziente: “È bene notare che durante questi colloqui è mia precisa intenzione arrivare al materiale reale del sogno; cioè sogni avuti e ricordati. Il sogno [che attinge dalla realtà, interna ed esterna,] contrasta con la fantasia [*fantasying*, da intendersi come fuga dalla realtà], che è improduttiva, confusa ed alquanto manipolata” (1971a, p. 46). In tale atteggiamento si può intravedere un’importante caratteristica che deve avere un buon genitore. Infatti, se i genitori non sanno meravigliarsi e considerano il sogno del proprio figlio come qualcosa di sconosciuto, alieno e pericoloso, il bambino non può fare amicizia col proprio inconscio, coi propri sogni; questo bambino ci parlerà di incubi (Giannakoulas, 2010). I sogni non raccontati sono sogni dissociati, fanno più paura ai bambini; così i bambini devono regredire (ad esempio vanno nel letto dei genitori) essendo il loro Io minacciato, sopraffatto. Non dobbiamo discriminare tra sogni belli e sogni brutti (incubi), altrimenti il bambino è portato a pensare: “Se spaventa la mamma (o il terapeuta), spaventa anche me”. È quindi chiaro che il bambino non deve trovarci chiusi all’ascolto dei suoi incubi e delle sue paure, bensì pronti ad ascoltarli e vederli insieme a lui.

Ne consegue che il nostro lavoro è in primo luogo quello di tollerare (Carpy, 1989) l’angoscia proiettata dal paziente; solo così potremo raggiungere quella comprensione dello stato psichico-emotivo del paziente che ci è necessaria a formulare un’interpretazione che susciti in lui il sentimento di essere capito e contenuto (Steiner, 1993). Al contrario non contenere le proiezioni, chiudendoci o controproiettando, avrebbe per il paziente il significato di sentirsi incompreso e attaccato, portandolo a percepire (forse non a torto) anche l’interpretazione come una nostra difesa dal suo dolore psichico (*ivi*).

Se è vero che un'interpretazione corretta e opportuna, data nel momento giusto, fa sentire al paziente di essere sostenuto fisicamente (Winnicott, 1988, p. 67), è altrettanto vero che essa può essere sbagliata (nel contenuto, nella forma, nel *timing*), e che a essa il paziente può reagire negativamente o può non reagire affatto, può rifiutarla o può accettarla passivamente adattandovisi. Così, è indispensabile che il clinico possa sia ritirare la propria interpretazione che cambiare idea su di essa: è la capacità di disilludersi del terapeuta (Milner, 1952; Stefana, 2011). I momenti più significativi non sono quelli nei quali arriva la nostra "brillante interpretazione", bensì quelli in cui "*il bambino sorprende se stesso*" (Winnicott, 1971b, p. 89).

Inoltre, non tutto è interpretabile. Winnicott riteneva che "Spesso il risultato di uno scarabocchio è di per sé soddisfacente. Allora è come un 'oggetto casuale', come una pietra o un pezzo di un vecchio tronco che uno scultore può trovare e utilizzare come espressione artistica senza che ciò richieda altro lavoro. Questo attrae il bambino pigro e getta luce sul significato della pigrizia. Qualunque lavoro aggiuntivo sciupa ciò che comincia come oggetto idealizzato" (1968, p. 327).

Possiamo osservare come questa cautela rispetto alle interpretazioni abbia, nella psicoanalisi infantile, una lunga tradizione. Infatti, già Melanie Klein nel 1927 metteva in guardia rispetto alle interpretazioni selvagge, chiarendo quali condizioni debbano essere soddisfatte prima di proporre un'interpretazione:

«Orbene, io non mi sono mai azzardata a fare interpretazioni simboliche così "selvagge" del gioco infantile. (...) Solo se il bambino manifesta ripetutamente in vari modi – per lo più in realtà servendosi di mezzi vari, per esempio giocattoli, acqua, o ritagliando, disegnando ecc. – lo stesso materiale psichico; se rilevo, inoltre, che queste attività sono di norma accompagnate da senso di colpa che si palesa come angoscia o in rappresentazioni nelle quali è insita della sovracompensazione, e cioè in formazioni reattive; se pervengo a rendermi conto che nel complesso di tutto ciò esistono nessi precisi,

ebbene, solo allora io interpreto i singoli fenomeni e li connetto all'inconscio e alla situazione analitica» (p. 171).

Giacché nessuno si è preoccupato di ribadire ciò che è assodato e senza rischi di infrazione, è plausibile che queste sottolineature e accortezze, certamente condivisibili, esprimano anche la tentazione, forse proprio più con i bambini che con gli adulti, e più di fronte a disegni che nel corso di una psicoterapia, di lasciarsi andare a interpretazioni inopportune. I disegni offrono lo spunto per accogliere sia le nostre proiezioni sia le nostre fantasie; non di rado essi possono incastonarsi (quasi) perfettamente con le nostre teorie regalandoci la (narcisistica) sensazione di avere capito o di essere bravi, specie se chi abbiamo di fronte è accondiscendente o meno convincente nell'argomentare il proprio dissenso.

Anche il fatto che si sottolinei la validità dell'atteggiamento per cui le interpretazioni possono essere ritirate, indirettamente offre conferma all'evenienza (non troppo rara?) di interpretazioni fuori luogo. Ma sono proprio tutte inopportune? Pur non avendo alcuna intenzione di proporre e avvallare atteggiamenti più interventisti o interpretativi, e al contrario condividendo pienamente la validità di un atteggiamento informato dalla capacità negativa, pare che in alcuni casi ci sia un'efficacia non tanto nel contenuto dell'ipotesi interpretativa, quanto nella sua esistenza, nella modalità proposta. Comunicare ad esempio che si è colpiti da una certa sequenza di disegni o da alcuni particolari e che questo porta il terapeuta a collegare alcuni pensieri, a ipotizzare il senso di ciò nella storia del paziente, al di là del fatto che il paziente sia in grado di condividere l'interpretazione, comunica o sottolinea al paziente (bambino o adolescente) il senso dello *squiggle game*. In altri termini è come richiamare l'attenzione sul fatto che il fine dell'incontro non è una relazione chiusa in sé, non è solo un modo piacevole e giocoso di conoscersi, ma è un modo per cercare di comprendere il funzionamento mentale di un soggetto in qualche misura sofferente, dal momento che quanto è dentro di noi trova espressione nella

quotidianità della nostra vita, che sia un disegno, un modo di stare a scuola o il nostro rapporto con gli altri, con il cibo, con il sonno.

Quindi certamente fondamentale è la chiarezza rispetto al perché decidiamo di proporre un'interpretazione ai nostri pazienti, ma resta la possibilità che non tutte le interpretazioni "sbagliate" siano inutili o deleterie per il paziente.

Ora e allora: raffronti e considerazioni

Il gioco dello scarabocchio è una tecnica, un mezzo, un gioco, una creazione davvero transizionale; analogamente a un'opera d'arte continua a dischiudere nuovi orizzonti, modellandosi sulle sensibilità, sulle esigenze e sulle ricerche di chi ne fa uso.

26 Lo *squiggle game* viene oggi abbastanza diffusamente utilizzato, ma anche quando esso viene proposto senza alcuna variazione rispetto alla forma originaria, forse non siamo nelle identiche condizioni che descriveva Winnicott, sia per il contesto in cui viene applicato sia per la cornice teorica di riferimento del clinico.

Nel testo *Colloqui terapeutici con i bambini. Interpretazione di 300 scarabocchi* (1971a) Winnicott scrive che «Se non sbaglio, il tipo di lavoro che sto descrivendo in questo libro ha importanza nel soddisfare *i bisogni e le esigenze sociali* nelle cliniche, cosa che non fa la psicoanalisi» (p. 11); in effetti i casi narrati trovano quasi tutti soluzione nel corso di pochi colloqui, a volte anche di un solo incontro. Nella matita di Winnicott, lo *squiggle game* sembra rispondere adeguatamente a quelle situazioni "sacre", in cui il paziente ha "la speranza di essere capito e forse anche aiutato" (Winnicott, 1971a, p. 14). Per Winnicott tale sacralità non è rara, ma comunque la sua mancanza potrebbe essere ascritta più al terapeuta che al paziente, dal momento «... che quando viene fornita l'opportunità (a un bambino o a un adulto) di un metodo adatto e

professionale, il paziente, (...) fornirà ed esporrà (...) i suoi problemi...» (*ibid.*, p. 16).

Sebbene Winnicott avesse ovviamente chiari sia i possibili fallimenti nella costruzione del mondo interno e degli oggetti esterni, sia come proprio l'evoluzione degli oggetti transizionali si accordi alle caratteristiche dello sviluppo, tanto nella sua normalità quanto nella sua psicopatologia (Green, 2001), in effetti nei ventuno casi da lui descritti nei *Colloqui terapeutici* solo il caso di George (caso XXI, pp. 431-448), che chiude la raccolta, è – a detta dell'autore – non trattabile adeguatamente con la tecnica dello scarabocchio, e ciò in ragione di un'assoluta gravità⁴. A fronte di una marcata dissociazione che non consentiva al ragazzo l'accesso al proprio mondo onirico, alla presenza di oggetti parziali e al fatto che il ragazzo avesse ricordato un sogno proprio in connessione al colloquio con Winnicott, egli aveva valutato che «... se avessi avuto altri due o tre colloqui con George mi sarei trovato coinvolto nei suoi sogni, perciò avrei dovuto seguirlo da vicino e molto attentamente ed io non potevo farlo» (Winnicott, 1971a, pp. 445-446). In altre situazioni il lavoro è possibile se la rigidità delle difese del paziente non è troppo accentuata e se l'ambiente «precedentemente senza speranza e senza possibilità di aiuto» può diventare «efficace e promettente» (*ibid.*, p. 431).

Ciò che colpisce in tutta questa ricca documentazione sono la possibilità e la (relativa) facilità, quando non immediatezza, con le quali si instaura tra clinico e paziente una relazione significativa. Distinguere quale fosse il contributo ascrivibile alle doti personali di Winnicott, e quale alle caratteristiche strutturali o psicopatologiche dei suoi interlocutori o dell'ambiente⁵, non è rilevante per gli scopi del presente

⁴ Analizzando i casi riportati da Winnicott, si vede che nei primi venti casi esposti (ovvero tutti tranne quello di George), tutti i pazienti hanno raggiunto l'Edipo. I pazienti molto disturbati (autistici, depressi, inquieti ecc.) non sono capaci di giocare; in tali casi il raggiungimento della capacità di giocare, che ha in sé la possibilità di reciprocità, è uno degli obiettivi primi.

⁵ Winnicott riponeva una grande fiducia nella possibilità di mobilitare le capacità terapeutiche e riparative dell'ambiente, anche attraverso il lavoro di un solo colloquio. Aveva, infatti, notato che anche nei casi in cui i bambini presentavano problemi clinici acuti, i cambiamenti cui andavano incontro nel corso della consultazione potevano essere sfruttati dalla famiglia e dalla scuola che, in

articolo; rimane però un dato di fatto che la documentazione attuale relativa all'utilizzo dello *squiggle game* nella clinica ci parla di situazioni più problematiche e con tempi di risoluzione più lunghi. Linderholm (2005), ad esempio, ci parla dell'analisi di un bambino in cui la stessa possibilità di giocare insieme all'analista e non da solo con l'analista nel ruolo di spettatore, era una capacità da acquisire gradualmente.

Sorgono quindi spontanei alcuni quesiti. Forse lo *squiggle game* viene oggi meno impiegato in situazioni di consultazione ed è invece utilizzato in più articolati percorsi psicoanalitici (o in situazioni a carattere più fortemente educativo, ludico o creativo senza interessi terapeutici)? Forse l'ambiente in cui crescono i nostri figli è un po' meno "potenzialmente normale" di quanto non fosse quello dei pazienti di Winnicott? Forse prevalgono psicopatologie più gravi di un tempo?

È plausibile che, unitamente ad altri fattori, oggi i problemi legati alla possibilità di fruire di uno spazio transizionale e le difficoltà connesse alla sfiducia e alla diffidenza (Orefice, 2002) siano più acute o più rappresentate nella letteratura clinica e ciò si riflette anche nelle valenze del gioco dello scarabocchio. Più che rappresentare una via elettiva e agevole per la conflittualità inconscia, lo *squiggle game* accentua ora la sua valenza di mezzo per la costruzione o l'ampliamento dello stesso spazio transizionale⁶.

qualche modo, si facevano carico di proseguire nel lavoro avviato all'interno della consultazione. Questo perché "Un piccolo aiuto dato a un singolo bambino può spesso portare a migliori relazioni intorno a lui; la famiglia e la scuola [abbastanza buone] non aspettano che di fare il resto del trattamento" (Winnicott 1968, p. 324). Winnicott sottolinea anche che i cambiamenti più radicali che possono avvenire in seguito a uno o due consulti terapeutici sono sì la prova del lavoro svolto dalla diade terapeuta-bambino, ma parimenti sono la prova dell'atteggiamento dei genitori.

⁶ Crediamo sia qui utile riportare la famosa definizione che Winnicott (1971b) dà della psicoterapia, ponendo attenzione all'importanza che questo autore attribuisce al gioco e riflettendo su come il gioco dello scarabocchio in particolare possa facilitare la creazione di uno spazio potenziale: «La psicoterapia ha luogo là dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta. La psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme. Il corollario di ciò è che quando il gioco non è possibile, allora il lavoro svolto dal terapeuta ha come fine quello di portare il paziente da uno stato in cui non è capace di giocare a uno stato in cui ne è capace» (p. 71).

Quella dimensione di relativa “immediatezza” che si evince dalla lettura dei colloqui di Winnicott può però essere ritrovata nei colloqui con i bambini affetti da malattie fisiche, in particolare dal cancro (ad esempio Di Gallo, 2000; Günter, 2003). Tra l’altro, possiamo osservare come gli obiettivi di questo lavoro siano assolutamente coerenti con quelli di Winnicott. Infatti, Di Gallo e Winkler (2001) scrivono: “In breve, lo scopo della prima consultazione con un bambino con il cancro è di creare un dialogo fiducioso e significativo. Centrale in questo dialogo è la valutazione delle risorse e dei meccanismi adattativi che sono a disposizione del bambino nel suo ambiente sociale” (p. 198, trad. nostra). La lettura quindi dei disegni del bambino prevede sia un livello manifesto, con un’analisi formale, in cui si riconoscono le relazioni affettive del soggetto, le caratteristiche delle persone che compongono l’ambiente familiare, le paure e i desideri; sia un livello inconscio, la cui analisi si avvarrà del riconoscimento degli stessi meccanismi che si ritrovano nel sogno.

Apriamo qui una parentesi per ricordare che nelle situazioni che coinvolgono bambini con gravi patologie fisiche il lavoro sui contenuti dei disegni e dei prodotti delle attività creative in generale (inclusi i sogni) deve essere preceduto da un lavoro di contenimento. È il caso di Alberto, 8 anni, che all’interno di un concorso per bambini seguiti in reparti di oncematologia (Saccomani, 1998) ha disegnato un “topo marziano” che dice: “penso – sono – innamorato/della – terra”. “È un disegno che colpisce se, rimanendo in un rispettoso ascolto silenzioso, si lascia ‘lievitare’ dentro l’osservatore l’insieme di pensieri ed emozioni che questa opera può indurre a chi si permetta di esserne permeato, come accogliendo dentro di sé un’impronta del proprio interlocutore (Bertolini, 1999). Colpisce in modo intenso e doloroso l’accostamento tra un tema conscio, l’essere innamorato della terra, e il lapsus che fa scrivere a questo bambino di sentirsi innamorato, l’unione di un cuore che è anche una flebo. Possiamo immaginare che Alberto sia stato

molto coinvolto con questo topo, magari avendo desiderato di spiegarne i sentimenti, i vissuti di diversità e di morte, ovvero il suo sentirsi un 'marziano', uno di un altro mondo (o forse dell'altro mondo?), i suoi pensieri e i suoi affetti, i legami che aveva su questa terra, il senso di poter morire e perdere tali legami (Gamba, 1998)".

Possiamo incidentalmente osservare come l'esperienza del morire e la rappresentazione della propria morte trovino un elettivo spazio di espressione (di esistenza) proprio in un'area transizionale; come se quest'area me non-me, tra realtà e fantasia, fosse la terra possibile in cui diventa pensabile e comunicabile ciò che è denegato.

Abbiamo sottolineato la "leggerezza" di questa tecnica che sembra facilmente creare le condizioni per la costruzione di un'intesa facilitante l'accesso ai problemi del paziente e alla conflittualità inconscia, però lo stesso Winnicott è molto chiaro nel ravvisarne i limiti. Infatti, egli sottolinea come sia importante durante i colloqui "arrivare al materiale reale del sogno" (1971a, p. 46), sottolineando come il gioco contrasti con la fantasia che è "improduttiva, confusa ed alquanto manipolata" (*ivi*). In altre parole, ciò che è fondamentale è il ruolo del terapeuta o del consulente, che utilizza lo strumento dello scarabocchio per comprendere la conflittualità centrale del paziente, ma che non si può affidare semplicemente al gioco. Tale strumento ha inoltre una "data di scadenza", giacché Winnicott scoraggia chiaramente l'utilizzo dello *squiggle game* per più di tre sedute, dal momento che comparirebbero a quel punto "problemi del *transfert* e della resistenza" (*ibid.*, p. 20), i quali dovrebbero orientare decisamente il trattamento secondo le linee psicoanalitiche.

Sebbene il gioco dello scarabocchio venga ora forse più utilizzato avendo già concordato con il paziente un percorso psicoterapeutico (ad esempio una ripresa in tempi diversi dell'analisi) o trovandosi già all'interno di un percorso psicoterapeutico, rimane però il fatto che anche nell'utilizzo di tale tecnica ai fini di una consultazione breve è attualmente difficile pensare una lettura della relazione a prescindere dai fenomeni transferali e controtransferali (Stefana & Gamba, 2013a).

Certamente vi è stata un'evoluzione nel modo di intendere questi fenomeni, che forse ora ci appaiono molto più pervasivi e sfumati nelle loro caratteristiche direzionali (il gioco incrociato di identificazioni proiettive descritto dai Baranger [1961-62]) di quanto non fosse quarant'anni fa. Ma in termini più ampi, nello stesso modo di processare la realtà non possiamo più prescindere dalla variabile dell'osservatore: in tutte o quasi le scienze è assodato che l'osservatore modifichi il dato, secondo i principi dell'epistemologia della complessità (Morin, 1977, 1985, 1986; Manfredi, 2012). Quindi possiamo concordare con Winnicott se interpretiamo il suo monito nel senso che i fenomeni transferali, pur presenti fin dal primo incontro⁷, assumono dopo qualche incontro una tale rilevanza che non è possibile non farsene carico e continuare il lavoro prescindendo da questi. Del resto le sottolineature di Winnicott sul fatto che questa tecnica non può essere appresa come un copione, e che quanto emerge con il paziente è anche espressione della personalità e delle caratteristiche del clinico, a nostro modo di vedere non lasciano dubbi sul ruolo centrale svolto dalle variabili relazionali, siano esse connesse ad aspetti consapevoli o inconsci. Alla luce di ciò, il confinamento, sopra ricordato, dello *squiggle game* nel solo contesto psicoanalitico potrebbe acquistare un nuovo significato: è divenuto più evidente il ruolo del "giocatore" adulto, con la conseguente necessità di una formazione specifica sulle dinamiche relazionali.

Un'altra variante che possiamo rilevare nel confronto tra l'utilizzo odierno del gioco dello scarabocchio e quello fatto da Winnicott è nell'età dei soggetti. Sebbene Winnicott non ne escluda l'impiego persino in soggetti adulti, il *target* elettivo sembrerebbe quello dei pazienti in età scolare, nei quali normalmente vi è una certa consuetudine al disegno. Attualmente sono state invece messe a punto delle varianti dedicate in particolare all'età adolescenziale (Fiatte, 1982;

⁷ Winnicott (1971a) si era detto sorpreso della «... frequenza con cui *i bambini mi sognavano la notte prima della visita*» (p. 13) avendolo posto nel ruolo di oggetto soggettivo, avendolo cioè posto all'interno dell'area della propria onnipotenza.

Bürgin, 1992; Branik, 2005; Günter, 2008; Simond, 2009; Stefana, 2014). L'approccio con gli adolescenti richiede cautele e accorgimenti specifici; poter disporre di un *medium*, di un "oggetto transizionale" nella consultazione può essere utile. Nello *squiggle game*, a differenza di quanto può avvenire per esempio con l'impiego di *test* diagnostici, che pure possono essere mediatori nel rapporto (Chabert, 1983), l'interazione con il terapeuta può, almeno parzialmente, declinarsi su un piano più paritetico, di vicinanza e di reciproco coinvolgimento. È un adulto che "gioca" e "si gioca" in un piano di "incertezza", di "imprevisto" condiviso dal paziente e (progressivamente) costruito con lui; è un adulto che si lascia conoscere, testare dal paziente, e che offre un modello di relazione, un modo di stare insieme che include la dimensione del piacere. È il piacere del giocare, ma sostanzialmente è il piacere del funzionamento, della propria mente capace di creare. Non possiamo non ricordare come la più limpida espressione della salute sia la creatività: lo *squiggle game* potrebbe così divenire metafora e anticipo proprio della salute.

32

Varianti e adattamenti

Su questa caratteristica di base, che già pare molto consona al lavoro con gli adolescenti, alcuni autori hanno apposto delle varianti. Tra le varianti cui lo *squiggle game* è andato incontro in questi ultimi anni ricordiamo in particolare quelle di Paola Chieffi e di Giuseppe Pellizzari; la prima interessa il lavoro con i bambini, la seconda quello con gli adolescenti.

La Chieffi (2011) ha adattato la tecnica di Winnicott al contesto della "Consultazione partecipata"⁸ (Vallino, 1984, 2009), ricorrendovi in

⁸ Il tempo della Consultazione partecipata prevede un certo numero di incontri (in genere sette) che in caso di necessità può essere aumentato. Il primo incontro avviene con i soli genitori, a questo ne seguono tre (o più, se necessario) con la compresenza di genitori e figlio

particolare quando si trova in una situazione di *impasse* dovuta al nascere nel bambino di un disagio (talvolta addirittura angoscia) che rende difficoltosa la comunicazione con il terapeuta e i genitori. Alcuni bambini, per i motivi più vari (difficoltà a entrare in relazione, forte timore legato all'inizio della consultazione, incapacità dei genitori a stare e a giocare con loro), non riescono a iniziare un disegno o un gioco nel corso del primo incontro di consultazione ed entrano in una situazione di disagio. Altre volte, anche in corso di consultazione, accade che i bambini, che pure durante i primi incontri erano riusciti a disegnare, a raccontare storie o a giocare, si disorientino a tal punto da vivere stati di turbamento, se non di angoscia. L'autrice ha notato che tali situazioni si possono verificare in relazione a conflitti interni al bambino o a conflitti e incomprensioni fra il bambino e i genitori, determinando l'insorgere di un arresto della comunicazione tra bambino e genitori. In alcuni di questi casi l'uso del gioco dello scarabocchio rende possibile il ripristinarsi di un ambiente facilitante, in grado di ristabilire un contatto emotivo con il bambino. In un primo momento la Chieffi propone al bambino di giocare insieme e gli spiega le regole, traccia delle righe sul foglio in modo da dividerlo in sei parti, ognuna destinata a uno scarabocchio, e inizia il gioco tracciando un segno a occhi chiusi. Quando controtransferalmente avverte il

33

(eventualmente anche con i fratelli di questo), uno in corso d'opera, uno conclusivo con i genitori e uno di restituzione al piccolo. Ai genitori viene richiesto di partecipare al gioco del bambino; il clinico può così rendersi conto di come funziona (o non funziona) la relazione, e potrà discuterne con loro nel momento ritenuto più adatto. Funzione del terapeuta non è restituire un significato decodificato, bensì facilitare la relazione, la comunicazione e la comprensione tra i partecipanti; il bambino può così divenire non solo oggetto dei discorsi dei genitori, ma anche soggetto di questo comunicare. "Le sedute di Consultazione partecipata sono, pertanto, dal mio punto di vista, una psicoanalisi precoce nel senso che i genitori sono incoraggiati a prendersi cura del loro bambino piccolo tenendo conto della sua mente affettiva e della sua personalità. Un tipo di attenzione verso il figlio che implica l'elaborazione, da parte dei genitori, del loro fraintendimento e dell'identificazione proiettiva patologica nei confronti del bambino. I genitori, col divenire 'osservatori partecipi' della relazione tra sé e il figlio, diverranno capaci di cogliere del loro bambino quella sensibilità e capacità mentale che permetterà loro di essere, con l'analista, i protagonisti di un approfondimento psicoanalitico" (Vallino, 2009, p. 44).

ripristinarsi di un contatto emotivo il terapeuta propone al bambino di continuare il gioco con il genitore. Quello che qui è importante non è cogliere il significato che l'oggetto emerso ha per il bambino, ma il superamento dell'*impasse*. In un secondo momento è però possibile proporre al bambino di utilizzare le sei parti del foglio come fossero vignette di una storia. Il coinvolgimento diretto del terapeuta prima e del genitore poi permette al bambino di sentirsi maggiormente contenuto e facilitato nell'entrare nuovamente in relazione, potendo così continuare la consultazione.

Pellizzari (2011), nel lavoro con gli adolescenti utilizza quella che del gioco dello scarabocchio può essere considerata una variante che serve a tirare fuori i ragazzi dalla passività, a dare un ritmo allo scambio terapeuta-paziente, a permettere il gioco. Si prepara sulla scrivania un foglio grande di carta con matite e penne messe sopra, nel primo incontro si dice al ragazzo, magari iniziando già a scarabocchiare qualcosa sul foglio: "Guarda che qui possiamo parlare, possiamo anche disegnare... Se vuoi puoi scarabocchiare anche tu...". Mettersi a scarabocchiare su questo foglio mentre si parla con il paziente permette di non dover continuare a guardarlo in faccia rischiando di risultare invadenti/intrusivi; è come se il terapeuta fosse un po' intento a fare qualcos'altro. Questo modo di lavorare favorisce la comunicazione, che alle volte viene inibita dal *vis-à-vis*; similmente al lettino permette di non dover reggere lo sguardo per l'intera durata della seduta. L'introduzione di un'attività terza scalza la focalità simmetrica (che è inibitoria), lo scarabocchio può quindi essere un semplice diversivo che favorisce la comunicazione, ma può anche diventare un elemento espressivo e simbolico. Mano a mano che emergono degli elementi dal racconto del paziente, il terapeuta può scriverli o raffigurarli. Ad esempio il paziente può dire "Ci sono dei momenti in cui mi sento vuoto...", al che il clinico può dire "Ah, scriviamo questa parola!", e scrive "vuoto" sul foglio. Man mano che il paziente racconta, il terapeuta scrive delle parole chiave. Un altro esempio potrebbe essere il seguente: "C'è la prof. di mate che è una

vera stronza!”, esclama il ragazzo, allora il terapeuta può disegnare la faccia di questa donna cattiva. Lo stesso paziente, se vuole, scrive/disegna quello che gli viene in mente. Lentamente il foglio si anima, prende forma. Lo stesso foglio ci sarà anche negli incontri successivi, iniziando così a dare una continuità al percorso terapeutico; esso diviene uno spazio di lavoro sul quale paziente e terapeuta operano insieme. Nell’arco degli incontri è anche possibile fare delle scoperte, ad esempio potremmo trovarci a dire: “Mah guarda, ti ricordi che ieri avevamo segnato questa cosa? Forse sono collegate...” e tiriamo una linea che collega le due cose. Questo trasmette al paziente anche l’idea di fare un lavoro creativo insieme. Quando poi il foglio è pieno se ne prende un altro e lo si mette sopra. Il paziente potrà così vedere anche visivamente la propria storia. È come se si creasse un cantiere, un laboratorio un po’ caotico dove però c’è un contenimento.

Non solo scarabocchio... ovvero i “giochi della reciprocità”

35

Generalmente si pensa che il gioco dello scarabocchio serva ad arrivare al nucleo inconscio problematico del paziente (Winnicott, 1968, 1971a), piccolo o grande che sia; ciò corrisponde al vero, ma non è tutta la realtà. Lo *squiggle game* è uno strumento polivalente, prima di tutto è un metodo per entrare in relazione con la persona che in quel momento è nella stanza con noi, e per permettere lo sviluppo della fiducia in questa relazione (terapeutica). Dopotutto, almeno all’inizio, per il paziente (specialmente adolescente) noi siamo solo un altro adulto; perché allora dovrebbe avere voglia di venire e raccontarci i suoi problemi? Posto che sia consapevole di quali essi siano. Quindi, ancor prima di lavorare sul materiale inconscio, è fondamentale che la coppia paziente-terapeuta possa avere accesso al materiale conscio/preconscio; quest’ultimo potrà essere portato dal paziente, e visto col terapeuta, solo all’interno di una relazione di fiducia, che

necessita di uno spazio tra i due soggetti. Tale spazio è quello del setting e del foglio di carta; del contenitore-analista e dell'*holding*; del non capire, nostro e del paziente, e del non volersi/potersi far capire del paziente (specie adolescente); ma anche quello dei silenzi rispettati, necessari per potersi raccogliere nella propria solitudine.

Il gioco dello scarabocchio è un metodo utile a favorire l'instaurarsi della relazione tra clinico e paziente, permettendo in questo modo al paziente di fare esperienza di *holding* e di esplorare liberamente le possibilità offerte alla comunicazione (quindi permette anche di superare eventuali situazioni di *impasse* che rendono difficoltosa la comunicazione clinico-paziente o, nel caso di consultazione psicodiagnostica fatta con l'intera famiglia, genitori-figlio). Inoltre, fare una buona esperienza (nella quale la *reciprocità*, "un po' io e un po' tu", svolge un ruolo determinante) fornisce al paziente una "meta", meta che potrà raggiungere in maniera creativa, ovvero non tramite percorsi non rigidi o pre-strutturati ma per vie più adatte alla sua unicità (e all'unicità della relazione tra lui e quello specifico terapeuta), solo se noi saremo in grado di fornirgli una disponibilità non intrusiva. Inoltre, il trovarsi in una situazione che favorisce lo scambio reciproco, in cui il paziente è soggetto attivo permette allo stesso l'accesso a quella creatività che permette la messa in scena (la raffigurazione) dei conflitti inconsci⁹. I disegni che il paziente realizza a partire dai nostri scarabocchi nascono dunque da una doppia fonte: dalla particolare relazione che si è instaurata con il clinico e dai conflitti inconsci che derivano da tutta la sua storia personale. La libertà del terapeuta nello svolgimento della sua parte nella creazione dei disegni riveste una grande importanza, perché un tale uso della tecnica permette lo svolgersi di un procedimento nel quale il bambino non si sente in alcun modo inferiore al terapeuta.

⁹ Sono le fonti inconscie che alimentano l'aspetto drammatico e dinamico nel gioco dello scarabocchio (Günter, 2003); ma può anche essere il gioco stesso ad attivare e a far emergere, spesso come brevissimi lampi, le immagini interne inconscie (Schacht, 2001).

Gli scarabocchi non sono l'unico gioco che favorisce l'esperienza di reciprocità. I fogli di carta e le matite a disposizione della coppia terapeutica, in quanto materia cedevole che si sottomette a quanto gli viene fatto senza imporre le proprie esigenze (Milner, 1952), ovvero una materia alla quale è possibile far prendere la forma della propria fantasia, sono un mezzo espressivo che la creatività dei soggetti in gioco dota di potenzialità infinite, un mezzo espressivo che non essendo vincolato alla sintassi e alla grammatica proprie della lingua è più spontaneo del linguaggio parlato.

Così con i pazienti adolescenti non sarà infrequente, sicuramente non inutile, trovarsi coinvolti, su proposta nostra o del ragazzo stesso, ad esempio nel gioco de "l'impiccato". Le regole del gioco sono semplici: a turno uno deve scegliere una parola e disegnare una linea tratteggiata, con un tratto per ogni lettera della parola scelta, e l'altro deve cercare di indovinare la parola dichiarando una lettera alla volta; se la lettera non compare nella parola il soggetto che ha scelto la parola traccia una linea dell'immagine stilizzata di una persona impiccata (a inizio gioco si disegna il patibolo, poi per ogni errore si aggiunge un elemento: corda, testa della persona, busto, braccio... fino a completare la figura). Anche se il gioco termina quando viene indovinata la parola segreta o quando a seguito di un *tot* di errori si completa il disegno dell'impiccato, questa seconda possibilità si realizza assai raramente, non tanto perché non vengano commessi errori, ma perché il vero scopo del gioco è riuscire a comunicare qualcosa all'altro. Così se fatteremo a indovinare la parola-chiave scelta dal paziente, vedremo che egli arricchirà l'immagine dell'impiccato di mille dettagli pur di permetterci di arrivare a scoprire quanto voleva dirci. Le parole scelte e il dialogo che si instaura nell'alternanza delle sue e delle nostre parole-chiave sono solitamente ricchi di significato, e offrono al paziente la possibilità di comunicarci qualcosa che in quel momento è troppo difficile raccontare a parole. Il gioco permette al paziente sia di comunicarci una determinata cosa, sia di sondare la nostra disponibilità ad affrontare quel determinato argomento, sia infine di chiederci di

essere noi a iniziare a parlarne verbalmente. Il gioco de “l’impiccato” è uno, succede che i pazienti ne proponano degli altri come ad esempio la semplice associazione incrociata di parole (una parola io e una parola tu), o il disegnare a turno qualcosa che l’altro deve indovinare facendo domande e ricevendo suggerimenti.

Concludendo vogliamo sottolineare il ruolo fondamentale nel processo psicoanalitico della reciprocità, che rende tanto il clinico quanto il paziente partecipanti attivi dell’incontro. Ciò che emerge in seduta è quindi sia una rappresentazione di qualcosa che una rappresentazione a qualcuno, un qualcuno che con la sua presenza influisce in una certa misura sulle dinamiche interne del soggetto, quindi anche sul materiale che emerge nel corso dell’incontro. Quanto tracciato sul foglio (scarabocchio, disegno, parole-chiave, ecc.) si situa a metà strada tra chi disegna e chi osserva, in quella che Winnicott ha definito area transizionale; ne deriva che esso e il suo potenziale significato (l’esperienza comunicata tramite il *medium* grafico) non possono essere dati per scontati. Da qui la necessità di mantenere un doppio sguardo: uno alla soggettività del paziente (al suo esperire e a quanto presenta), l’altro alla nostra personale risposta teorica e affettiva, consapevoli che anche la nostra codificazione, rielaborazione, ricostruzione... dell’esperienza contengono sempre l’Altro (Stefana & Gamba, 2013b, 2014). Allo stesso tempo quanto raffigurato nello spazio potenziale del foglio di carta che sta tra noi e il paziente permette a quest’ultimo di avvicinarsi alla realtà emotiva interna proiettata nello scarabocchio, gioco dello scarabocchio che è meno minaccioso del colloquio in quanto dietro al simbolismo del disegno si possono celare e lasciare aperte molte cose (Günter, 2003); così, già per il fatto che le angosce che animano il mondo interno del paziente trovano nel disegno/scarabocchio/parola-chiave una forma (esterna), grazie alla quale per di più possono essere condivise con un’altra persona, risultano meno terrifiche per il Sé del paziente.

Winnicott ha creato una tecnica che, senza dubbio, era su sua misura; ma può essere che a noi, o al nostro paziente, questa tecnica non calzi

a pennello. Questo non è però un problema, perché una volta fatta propria l'idea di fondo, ognuno di noi potrà poi crearsi la propria tecnica o adottare quella proposta dal paziente: miglior collaboratore (Bion, 1985). Insomma, i “giochi della reciprocità” ampliano l'uso dell'originale tecnica winnicottiana, sono potenzialmente infiniti se entrambi i soggetti coinvolti sono disponibili (con autentico piacere) al gioco condiviso, nel quale trova spazio anche l'“essere soli in presenza dell'altro” (Winnicott, 1957), e al profondo coinvolgimento in esso. È l'uso della creatività soggettiva che facilita o addirittura rende possibile la comunicazione.

RIASSUNTO

Dopo averne delineato brevemente la storia evolutiva dello “*squiggle game*” (dall’interpretazione dei sogni di S. Freud ai “disegni liberi” di M. Milner, passando per C.G. Jung, M. Klein e M. Fordham), ne viene esposta la “tecnica” così come è stata messa a punto da Winnicott. Si propongono raffronti fra l’utilizzo dello strumento da parte di Winnicott e l’impiego attuale, incluse alcune variazioni alla tecnica di base, accomunate dal determinante ruolo svolto dalla reciprocità: “un po’ io e un po’ tu”. Si ribadisce il valore del “gioco dello scarabocchio” come metodo per entrare in relazione e favorire lo scambio reciproco col paziente (bambino, adolescente o adulto che sia), permettendogli di fare esperienza di *holding* e di esplorare liberamente le possibilità offerte alla comunicazione.

40

PAROLE CHIAVE

Gioco dello scarabocchio, carta e matita, disegno, reciprocità, comunicazione.

SUMMARY

After having briefly outlined the evolutionary history of the “squiggle game” (from S. Freud’s interpretation of dreams, through C.G. Jung, M. Klein and M. Fordham to M. Milner’s “free drawings”), the “technique” is exposed as it has been developed by Winnicott. We offer comparisons between the use of the tool by Winnicott and their current positions, some variations are exposed in the basic technique, brought together by the crucial role played by reciprocity: “me a little and you a little”. The “squiggle game” is, above all, a method for relating and encouraging mutual exchange between the analyst and the patient (no matter if child, adolescent or adult), enabling him to experience holding and freely explore different communication possibilities.

KEY WORDS

Squiggle game, paper and pencil, drawing, reciprocity, communication.

BIBLIOGRAFIA

- Baranger M. & Baranger W. (1961-62): La situazione psicoanalitica come campo dinamico. In: *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, Raffaello Cortina, Milano, 2011, pp. 25-66.
- Bertolini M. (1999): L'impronta e il suo destino. *Imago* 6, 3, pp. 195-204.
- Bion W.R. (1970): *Attenzione e interpretazione*. Armando, Roma, 1973.
- Bion W.R. (1985): *Seminari italiani*. Borla, Roma.
- Branik E. (2005): Das Squigglespiel: Funktion des Squigglespiels nach Winnicott für die Diagnostik, Beziehungsgestaltung und Therapieindikation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für klinische Theorie & Praxis* 21, pp. 68-77.
- Breton A. (1924): Manifesto del surrealismo. In: Margoni I. (a cura di), *Per conoscere Breton e il surrealismo*. Mondadori, Milano, 1979.
- Bürgin D. (1992): Zur Indikation psychoanalytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Kinderanalyse*, 1: 22-45.
- Carpv D.V. (1989): Tollerare il controtrasferimento: un processo mutativo. *Gli argonauti*, 1990, XII, 46: 173-185.
- Chieffi P. (2011): L'uso del gioco dello scarabocchio, secondo Winnicott, nella Consultazione del bambino con i suoi genitori. In: D. Vallino e M. Macciò, a cura di, *Quaderni di psicoterapia infantile* 63: 68-77.
- Chabert C. (1983): *Il Rorschach nella clinica adulta*. Hoepli, Milano, 1988.
- Di Benedetto P., a cura di (2003): *La creatività nella stanza d'analisi. Marion Milner 1900-1998*. CLUEB, Bologna.
- Di Gallo A. (2000): Die Zeichnung als Brücke beim Erstkontakt mit dem krebserkrankten Kind. *Kinderanalyse*, 8: 376-395.
- Di Gallo A. & Winkler R. (2001): Drawing as a means of communication at the initial interview with children with cancer. *Journal of Child Psychotherapy*, 27: 197-210.

- Fiatte C. (1982): Analyse R.E.D. et mobilisation thérapeutique du soi grandiose chez l'adolescent délinquant. *Etudes Psychotherapies*, 13: 191-197.
- Fordham M. (1944-69): *Il bambino come individuo*. Sansoni, Firenze, 1979.
- Freud S. (1899): L'interpretazione dei sogni. *Opere* 3. Boringhieri, Torino, 1966.
- Green A. (2001): L'intuizione del negativo in *Gioco e realtà*. In: M. Bertolini, A. Giannakoulas e M. Hernandez, a cura di, *La tradizione winnicottiana*. Borla, Roma, 2003, pp. 33-55.
- Gamba A. (1998): Il disegno e la narrativa del bambino malato di tumore. In: R. Saccomani 1998, pp. 129-165.
- Giannakoulas A. (1992): Introduzione all'edizione italiana. In: M. Milner 1987, pp. 9-15.
- Giannakoulas A. (2010): Ciclo di seminari "Normalità e patologia nel sogno", Monza.
- Günter M. (2003): *Colloqui con i bambini*. Astrolabio, Roma, 2008.
- Günter M. (2008): Das Squiggle-Spiel in der therapeutischen Arbeit mit chronisch kranken Kindern. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 19: 53-61.
- Klein M. (1927): Contributo a un simposio sull'analisi infantile. In: M. Klein 1975, pp. 162-196.
- Klein M. (1929): La personificazione nel gioco infantile. In: M. Klein 1975, pp. 227-238.
- Klein M. (1975): *Scritti 1921-1958*. Boringhieri, Torino, 1978.
- Linderholm G. (2005): Monzardo, Das Entdecken des Kritzelspiels ("squiggle"): Die Verwendung des Kritzelspiels in der Analyse eines 9-jährigen. *Kinderanalyse*, 13, 4: 395-407.
- Jung C.G. (1929): Scopi della psicoterapia. In: *Opere* 16, pp. 43-60. Boringhieri, Torino, 1981.
- Jung C.G. (1961): *Ricordi, sogni e riflessioni*. Il Saggiatore, Milano, 1965.
- Manfredi P. (2012): *Parole lievi, parole gravi tra psicologia clinica e medicina*. Borla, Roma.

- Magritte R. (1938): La linea della vita. In: *Tutti gli scritti*. Feltrinelli, Milano, 1979, pp. 91-113.
- Milner M. (1950): *Non poter dipingere*. Borla, Roma, 2010.
- Milner M. (1952): Il ruolo dell'illusione nella formazione del simbolo. In: M. Milner 1992, pp. 109-146.
- Milner M. (1969): *Le mani del Dio vivente*. Armando, Roma, 1974.
- Milner M. (1987): *La follia rimossa delle persone sane*. Borla, Roma, 1992.
- Morin E. (1977): *Il metodo. Ordine, disordine, organizzazione. Vol. 1*. Raffaello Cortina, Milano, 1994.
- Morin E. (1985): Le vie della complessità. In: G. Bocchi e M. Ceruti, a cura di, *La sfida della complessità*. Feltrinelli, Milano, 2007.
- Morin E. (1986): *Il metodo. La conoscenza della conoscenza. Vol. 3*. Raffaello Cortina, Milano, 2007.
- Orefice S. (2002): *La sfiducia e la diffidenza. Metodologia per i casi difficili*. Raffaello Cortina, Milano.
- Pellizzari G. (2011): Comunicazione personale ad Alberto Stefana.
- Saccomani R., a cura di (1998): *Tutti bravi: psicologia e clinica del bambino portatore di tumore*. Raffaello Cortina, Milano.
- Schacht L. (2001): *Il cantiere del Sé*. Borla, Roma, 2003.
- Silberer J. (1909): Bericht über eine Methode, gewisse symbolische Halluzinations-Erscheinungen hervorzurufen und zu beobachten. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* 1, pp. 513-525.
- Simond M. (2009): Squiggle et résistances. *Imaginaire et Inconscient* 24, pp. 165-188.
- Stefana A. (2011): Introduzione al pensiero di Marion Milner. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV, 3: 355-374.
- Stefana A. (2013): Marion Milner, il ruolo dell'esperienza estetica nella creazione artistica. *Gli Argonauti*, 139, 4: 337-356.
- Stefana A. (2014): L'uso del "gioco dello scarabocchio" con gli adolescenti. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, XVIII, 2: 153-159.

- Stefana A. & Gamba A. (2013a): Cenni storici sul controtransfert: da Freud alla scuola inglese delle relazioni oggettuali. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII, 3: 443-488.
- Stefana A. & Gamba A. (2013b): Semeiotica e diagnosi psico(pato)logica. *Journal of Psychopathology*, 19, 4: 351-358.
- Stefana A. & Gamba A. (2014): La semeiotica nella diagnosi psicologica e psicopatologica. *Psichiatria & Psicoterapia*, 2, in stampa.
- Steiner J. (1993): *I rifugi della mente*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Vallino D. (1984): Conferenza di presentazione della Consultazione partecipata. In: D. Vallino 2009, pp.151-167.
- Vallino D. (2009): *Fare psicoanalisi con bambini e genitori*. Borla, Roma.
- Winnicott D.W. (1951): Nota critica a "On Not Being Able to Paint". In: D.W. Winnicott 1989, pp. 414-416.
- Winnicott D.W. (1957): La capacità di essere solo. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 2007, pp. 29-39.
- Winnicott D.W. (1959): «Casework» del bambino psichiatricamente infermo. In: *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Armando, Roma, 2005, pp. 161-173.
- Winnicott D.W. (1965): Utilità della consultazione terapeutica. In: D.W. Winnicott 1989, pp. 341-347.
- Winnicott D.W. (1968): Il gioco dello scarabocchio. In D.W. Winnicott 1989, pp. 323-340.
- Winnicott D.W. (1971a): *Colloqui terapeutici con i bambini. Interpretazione di 300 scarabocchi*. Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D.W. (1971b): *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 2005.
- Winnicott D.W. (1988): *Sulla natura umana*. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Winnicott D.W. (1989): *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina, Milano, 1995.