

## **1. Criteri di selezione del campo d'applicazione: proposta di progetto terapeutico, difficoltà istituzionali e adattamento alle possibilità reali**

### **1.1 Origini del progetto terapeutico proposto**

La proposta terapeutica discussa nel presente volume, nasce dallo studio e dall'interesse della sottoscritta, rivolto a trascorsi progetti d'arte mosaico-psicoterapia, associati alla tecnica della Gruppoanalisi, condotti dalla Psichiatra Anna Maria Meoni.

Tali lavori sono nati sotto il nome di GUP ART, che significa Arte in Gruppo.

La Gup Art si è evoluta in una linea di ricerca artistica volta a sperimentare le capacità creative di un gruppo, ed è stata condivisa e stimolata da associazioni ed enti di rilevanza nazionale ed internazionale come il CNR-ITEC, AIMC, l'Università "La Sapienza", l'*International Association for Group Psychotherapy* (IAGP).

Una di queste opere, "Il Faro di Anzio" è stato anche presentato alla mostra d'arte "Inner Eye" al Queen Elisabeth II Center di Londra nel 2000.

La Gup Art si è sviluppata nel 1993 come un gruppo creativo naives di apprendimento e ricerca con circa 30 allievi mosaicisti coordinati dalla Psichiatra Direttore del D.S.M. A.U.S.L. di Latina Anna Maria Meoni, Ildebrando Casciotta Artista Mosaicista e la Dottoressa Caterina Argondizzo Dirigente Responsabile della Biblioteca Civica di Aprilia.

L'esperimento della Gup Art è nato con scopi sociali ed ha sperimentato creazioni a mosaico guidate con tecniche psicologiche di Gruppoanalisi applicata.

Dal punto di vista terapeutico l'esperimento Gup Art è un trattamento riabilitativo finalizzato al reinserimento sociale di pazienti psicotici adulti. L'impronta data alla linea riabilitativa è stata quella di servizio sociale redistribuito che fornisce al paziente situazioni reali dove viene introdotto con il necessario supporto psicologico di operatori che insieme a lui sperimentano le stesse difficoltà. Nel caso specifico l'obiettivo "realizzare un mosaico da proporre come arredo pubblico" come fanno gli artisti è una difficoltà reale nei confronti della quale operatori e pazienti sono uguali.

Dalla ricerca in letteratura non emergono esempi simili sotto il profilo della Gruppoanalisi applicata in arteterapia, e il presente lavoro, che ha portato all'esecuzione del mosaico "Di tutto un po'" e alla presente tesi di laurea, segue tale orientamento.

### **1.2 Problemi organizzativi, economici, relazionali e culturali delle Organizzazioni che non hanno accolto il progetto**

Ho deciso di dedicare il primo capitolo di questo volume ad una breve introduzione sulle difficoltà istituzionali che ho incontrato nel proporre tale progetto terapeutico e alla luce degli eventi, penso che sia opportuna un'attenta riflessione.

Infatti, prima che la Comunità Terapeutica di Primavalle accogliesse il nostro progetto, sono state contattate diverse strutture e associazioni: con alcune di esse sono stati fatti incontri per discuterne, ma senza raggiungere un accordo, per problemi organizzativi o logistici.

Essendo alle mie prime esperienze lavorative, mi sono stupita dell'indisponibilità di queste strutture, soprattutto perché il progetto che stavamo proponendo non solo non avrebbe caricato di spese l'organismo ospitante, ma in più avremmo offerto la presenza di personale competente: come la Psichiatra A. M. Meoni con una lunga esperienza nel campo, e il Maestro Mosaicista Ildebrando Casciotta noto a livello internazionale.

Costatando il disinteresse di tali strutture, ho valutato di aggirare il problema facendo riferimento direttamente alle associazioni dei familiari di malati psichiatrici: se l'istituzione non appare aperta a soluzioni nuove per la salute dei suoi pazienti, ho pensato, almeno i familiari se ne occuperanno! Ho iniziato dunque una ricerca per trovare le associazioni dei familiari e contattarle, con il fine di proporre tale progetto terapeutico. Il risultato, con mia grande delusione, è stato lo stesso. Nella sede delle associazioni, di volta in volta contattate, mi si diceva che non era mai presente chi di

competenza, e il messaggio che trapelava da quelle telefonate era sempre uguale: “non siamo interessati”.

Non posso far altro che pensare al concetto che Castoriadis<sup>1</sup> esprimeva con le seguenti parole: *“L’istituto soppianta e riduce la funzione istituente dell’istituzione”*. Come spiega Bleger, l’organizzazione tende ad emarginare l’istituzione: per esempio nei luoghi di cura, lo scopo terapeutico dell’istituzione è tendenzialmente subordinato alle finalità dell’organizzazione: s’insedia la burocrazia che fa prevalere l’interazione per se stessa sul processo terapeutico fino ad attaccarlo. (Bleger, 1991).

L’istituzione preposta alla cura e alla tutela della salute delle persone, dunque, perde di vista il suo compito primario e finisce per essere inghiottita dalla burocratizzazione. E questo è esattamente ciò che ho potuto notare attraverso i miei contatti con le strutture “teoricamente” deputate alla cura dei pazienti.

Nel paragrafo seguente viene illustrata, secondo la mia personale opinione, la motivazione per la quale le strutture contattate non hanno accettato il progetto: in taluni casi l’istituzione è malata, quindi anziché perseguire il compito primario (nel nostro caso curare il paziente) finisce per essere inghiottita e giustificata dalla burocratizzazione.

### **1.3 Difficoltà istituzionali e struttura familiare nell’istituzione**

Il concetto di istituzione viene analizzato a fondo nel libro *“L’istituzione e le istituzioni”* redatto da autori vari, tra i quali R. Kaës, J. Bleger, F. Fornari, J.-P. Vidal.

Dalla loro analisi emerge la descrizione di un’istituzione malata, che come conseguenza crea sofferenza negli individui; ma l’istituzione regola i nostri rapporti, ci preesiste e s’impone a noi. Infatti come dice R. Kaës l’istituzione è una formazione della società e della cultura, dato che ne segue la logica, ma è anche una formazione psichica, dato che mobilita investimenti e rappresentazioni che assicurano l’identificazione del soggetto. (R. Kaës, 1991). Nasciamo dunque nelle istituzioni e pertanto non possiamo farne a meno.

Come accennato l’istituzione crea sofferenza negli individui, soprattutto nel momento in cui si oppone, come un ostacolo, alla realizzazione del compito primario, che sarebbe la finalità stessa della sua esistenza. Il compito primario di un’istituzione di cura sarebbe quello di curare, ma non sempre i membri che ne fanno parte si dedicano a questo compito. Non solo possono diventare dominanti alcune mansioni complementari, ma addirittura, possono entrare in concorrenza o in contraddizione con il compito primario dell’istituzione, al punto di occultarlo o rovesciarne il senso. (R. Kaës, 1991): ecco esattamente cosa è avvenuto nelle istituzioni di cura nelle quali abbiamo proposto il nostro progetto terapeutico.

Il problema quindi si situa laddove il gruppo che rappresenta l’istituzione viene a stabilirsi come organizzazione e quindi a esistere per se stesso emarginando lo scopo propriamente terapeutico, e con ciò tutte le novità e le collaborazioni. L’organizzazione arriva ad un grado tale da poter diventare anti-terapeutica e così il gruppo si burocratizza e va anti-processo (Bleger, 1991). Ciò che interessa non è più la salute dei pazienti, perché il compito primario di cura è passato in secondo piano. Come sostiene E. Jaques (1991) le istituzioni servono da difesa contro le angosce psicotiche o meglio, come corregge F. Fornari (1991), sono depositarie della socialità sincretica o della parte psicotica, e ciò spiega molto bene la tendenza alla burocrazia e la resistenza al cambiamento.

In conclusione l’istituzione è stata paragonata da R. Lefort<sup>2</sup> alla “madre cattiva”, che, come lei, si nutre delle persone che le sono state affidate, comportandosi come la madre dello psicotico, dalla quale il soggetto non si può più distaccare in nessun momento senza rischiare di scoppiare.

L’istituzione malata che si personifica attraverso la madre psicotica è quella configurazione mentale e materiale che la Comunità Terapeutica di Primavalle, luogo in cui è stato realizzato il progetto, ha da sempre rifuggito.

---

La Comunità infatti si struttura intorno alla dialettica istituzione/famiglia, da una parte ricreando un ambiente protetto e di riferimento tipico di quello familiare, dall'altra, però, distaccandosi, in quanto istituzione curante, dalla famiglia reale e patogena dei pazienti. Come afferma Vidal, la psicoanalisi dell'istituzione si fonda su quella della famiglia: si presuppone infatti, che le persone trasferiscano nell'istituzione le relazioni e le difese stabilite in partenza nel sistema familiare; ecco perché la C.T. di Primavalle, come ho potuto constatare, tende a ricreare uno spazio nuovo nel quale il paziente può sperimentare relazioni più sane, escludendo il riferimento al nucleo familiare disfunzionale. È questo il motivo per il quale si chiede alla famiglia di non entrare in Comunità nel periodo di cura del paziente, se non per riunioni con lo staff, od occasioni molto particolari. Massimo Marà, fondatore della C.T. di Primavalle, così spiega il complesso problema relazionale madre-figlio psicotico che è alla base del divieto, per i parenti dei pazienti, di entrare all'interno della Comunità: "La struttura spazio-temporale, la C.T. è un messaggio estremamente rassicurante al piccolo bambino-adulto psicotico che viene accolto. "Tu da qui sei libero di uscire quando vuoi. Qui possono entrare solo persone di nuova conoscenza, il tuo passato no." Ci siamo alleati con la parte residua angosciata dalla fusione con la madre, affermando decisamente, con i fatti, nel vissuto, che l'onnipotenza della madre stessa non esiste, che ci si può opporre, anzi che il: "Non posso vivere senza di te - con te non riesco a vivere" che è la disperante contraddizione profonda creante appunto l'angoscia fusionale, è sostanzialmente errata. L'aver dato tutta la potenza alla madre tanto da sentirla onnipotente, è modificabile: pertanto in C.T. è possibile che il paziente faccia la prima finora per lui inimmaginabile, scoperta: "posso vivere senza mia madre<sup>3</sup>."

La relazione madre/figlio ha acquisito sempre maggiore importanza nel corso degli studi nel campo della psicopatologia, partendo dalla *Teoria dell'attaccamento* di Bowlby, passando per l'elaborazione degli strumenti della *Strange Situation* di Mary Ainsworth e l'*Adult Attachment Interview* di George, Kaplan e Main, e il filone di ricerca dell'*Infant Research* e della *Developmental Psychopathology*.

Oltretutto non bisogna dimenticare l'approccio *sistemico-relazionale* che studia la famiglia come un sistema aperto, valorizzando la dimensione sociale ed il ruolo dell'ambiente, e spostando l'attenzione dalla malattia del singolo individuo, all'analisi della famiglia come unità dinamica soggetta ad un'influenza reciproca delle parti. Il disturbo dello psicotico infatti, non può essere visto ed esaminato unicamente attraverso un'ottica individuale, perché ciò renderebbe l'analisi riduttiva, ma va integrato allo studio della famiglia patogena.

Per esprimerci con le parole di Minuchin, la famiglia dello psicotico sarebbe caratterizzata da *confini diffusi*, in cui non viene incoraggiata l'individualità o la differenziazione, ma piuttosto idealizzata la *fusione*. Le modalità di relazione sono prevalentemente *simbiotiche*, e le difese principalmente utilizzate sono di tipo proiettivo e all'insegna della scissione e persecuzione.

#### **1.4 Accettazione della C.T. di Primavalle e adattamento del progetto alla struttura d'accoglienza**

Come già abbiamo accennato, non è stato facile trovare una struttura interessata allo svolgimento di questo progetto terapeutico, fino a che non siamo entrati in contatto con la Comunità Terapeutica di Primavalle.

Rita Mazzone, la Psichiatra Responsabile del centro, una volta venuta a conoscenza del progetto terapeutico da noi proposto, è rimasta entusiasta, accordandoci un incontro in C.T. per discuterne meglio e per presentare il progetto anche ai pazienti.

Il giorno in cui ci siamo recate, la Dott. A. M. Meoni e la sottoscritta, in Comunità per presentare il progetto, è stata fatta una riunione con lo staff, che ha trovato innovativa ed entusiasmante questa nuova possibilità per i pazienti. Seguentemente il lavoro è stato presentato ai diretti interessati, ed abbiamo sondato i loro pareri al riguardo ed anche loro hanno accettato questa sfida.

---

Oltretutto, con sorpresa, abbiamo scoperto che la C.T. aveva organizzato una festicciola con tanto di pasticcini e bibite per festeggiare tutti insieme l'accordo preso; è stato questo il momento in cui è nato il progetto che ha poi realizzato il mosaico "Di tutto un po'".

E' importante ricordare che la Comunità si è offerta di finanziare tale progetto (acquisto materiali e rimborso spese per il Maestro Mosaicista Brando), grazie al contributo economico delle famiglie dei pazienti.

Chiaramente lavorando in una Comunità Terapeutica residenziale con regole proprie, orari e impegni già stabiliti, non è stato facile guadagnarsi uno spazio autonomo e slegato da essa. Sin dall'inizio, infatti, abbiamo capito che avremmo dovuto adeguarci alle esigenze della struttura d'accoglienza, a partire dalla scelta del giorno e dell'orario in cui svolgere l'attività da noi proposta.

Nonostante sarebbe stato opportuno incontrarsi due volte a settimana, abbiamo concordato con la C.T. che il lavoro si sarebbe svolto solo il giovedì pomeriggio, prendendo il posto dell'assemblea settimanale, perché in tale giornata erano presenti tutti i pazienti.

Altra abitudine che siamo andati mantenendo, da quel primo rinfresco di benvenuto, è stata quella del "pizza time", ossia la merenda con "pizza e coca-cola" delle 18:30 del giovedì pomeriggio. Non solo abbiamo continuato con questa abitudine, ma la "pizza" si è addirittura ritagliata un suo spazio d'importanza nel progetto del mosaico, ed ha acquisito un significato di unione e "convivialità" come lo ha definito successivamente un paziente.

Altro problema di setting da affrontare, è stato il luogo materiale in cui lavorare. La C.T. infatti gode di ampi spazi, tra cui sale di svago per i pazienti, ma ognuna di esse è chiaramente adibita ad uno scopo ed è quindi già organizzata materialmente negli spazi e investita simbolicamente di significato proprio. Qualche paziente ha proposto anche di lavorare in giardino, suggerimento allettante visto l'ampio spazio a disposizione in mezzo alla verde, ma scartata per via delle condizioni meteorologiche che avrebbero potuto gravare sul lavoro a mosaico. Trovare un ambiente che non era utilizzato dai pazienti ha richiesto tempo, ma dopo alcune sessioni, ci siamo trasferiti in una sala utilizzata per le riunioni tra l'equipe e i familiari dei pazienti: avevamo finalmente trovato uno spazio vergine in cui iniziare il lavoro.

Queste ed altre condizioni (trattate nel capitolo 3) hanno segnato le prime difficoltà da superare per stabilire una cornice di lavoro stabile ed, allo stesso tempo, adattarsi alle esigenze della struttura ospitante.

<sup>1</sup> R. Kaës, *"L'istituzione e le istituzioni"*, p. 22.

<sup>2</sup> R. Lefort, *Discours de l'institution et sujet du discours*, citato da R. Kaes, *L'istituzione e le istituzioni* p. 217.

<sup>3</sup> M. Marà, *Terapia di comunità per psicotici: contro la cronicizzazione*, pag. 135