

### 3. Il progetto terapeutico: nascita del mosaico “Di tutto un po”

#### 3.1 Introduzione al progetto

Come illustrato nei capitoli precedenti, la Comunità Terapeutica di Primavalle ha accolto la proposta del progetto terapeutico, che ha dato vita al mosaico murale “Di tutto un po”, oggi affisso permanentemente a decorazione del muro della Comunità stessa.

Il progetto è stato condotto grazie alla Psichiatra Anna Maria Meoni, con la partecipazione del Maestro Mosaicista Ildebrando Casciotta (entrambi attivi in una collaborazione già avviata nel passato in altri progetti simili), con la presenza della sottoscritta Federica Manieri e di Maurizio Giorgio, tirocinanti psicologi nella Comunità di Primavalle.

Il lavoro si è protratto per 13 mesi, dal marzo 2009 all’aprile 2010, con frequenza settimanale e un numero totale di 55 sessioni di un’ora e mezza ciascuna.

Come illustrerò in seguito, il progetto è stato condotto con la tecnica della Gruppoanalisi applicata, che ha favorito l’assoluta libertà di ideazione ed espressione da parte di tutti i soggetti, ed ha consentito lo sviscerarsi di emozioni e contenuti inconsapevoli, rimossi o repressi.

L’opera infatti è stata concepita all’interno del gruppo dalla sua nascita (dai bozzetti disegnati su carta) fino alla sua risoluzione (la produzione vera e propria del mosaico) ed è stata interamente e liberamente ideata dai soggetti attraverso l’interazione delle loro menti.

Il contributo del Maestro Mosaicista Brando è stato un supporto tecnico volto a consentire, con la tecnica del mosaico, la realizzazione plastica delle idee creative che appartengono completamente ai membri del gruppo, escludendo rigorosamente qualsiasi intervento direttivo artistico.

#### 3.2 La composizione del gruppo

Trovo sia fondamentale presentare le caratteristiche del gruppo di lavoro in quanto, per esigenze esterne, è andato configurandosi come un gruppo *sui generis* per i seguenti motivi.

Innanzitutto il gruppo di lavoro viene a delinearsi come un **gruppo aperto**, per le necessità primarie proprie della Comunità. Come illustrato precedentemente la C.T. è caratterizzata da entrate ed uscite dei pazienti piuttosto frequenti, che non potevano essere subordinate al nostro lavoro. Infatti, durante il lungo periodo di lavorazione, complessivamente hanno partecipato circa 20 persone (*Median group*, secondo i parametri Gruppoanalitici), mentre nella fase finale di realizzazione vera e propria hanno partecipato meno di una decina di persone (*Small group*).

Secondo poi, sempre per le necessità della Struttura di accoglienza, è venuta a verificarsi un’altra condizione particolare di lavoro che possiamo identificare come una **“presenza parziale di setting”** e questo per un motivo fondamentale: ossia la giornata (il giovedì) e l’orario di lavoro del mosaico sono subentrati a quelli dell’assemblea settimanale, prendendone anche gli spazi (non essendo possibile lavorare in altri giorni per impegni dei pazienti stessi). Dunque almeno per i primi incontri non abbiamo avuto la possibilità di stabilire insieme la cornice di lavoro (un orario e un ambiente in cui lavorare), ma ci siamo dovuti piegare alle possibilità reali, confondendo così la separatezza e l’individualità delle due realtà. Questo anche per problemi tecnico-pratici: infatti la grandezza e la pesantezza del materiale necessario al mosaico richiedeva uno spazio facilmente accessibile, come quello della sala delle assemblee collocata al piano terra. Successivamente, invece, abbiamo scelto insieme ai pazienti una stanza in cui portare avanti il lavoro, denotandolo così di maggiore significato e spessore.

Terzo motivo, il gruppo si è caratterizzato come **eterogeneo** per sintomatologia, età, cultura, sesso, religione, ecc. “L’eterogeneità è espressione del contesto socioculturale ed è alla base del rispecchiamento delle parti del Sé<sup>1</sup>”.

Infine il gruppo si è caratterizzato per un’**adesione volontaria**, grazie alla possibilità che noi dello staff di lavoro abbiamo deciso di dare. Inizialmente infatti la presenza al mosaico era considerata obbligatoria, e c’era un tacito consenso, anche perché andava a sostituire l’orario dell’assemblea

---

settimanale. Dopo circa 3 mesi, però, abbiamo sentito l'esigenza che la partecipazione al gruppo di lavoro non fosse vincolata, tanto che abbiamo richiesto una riunione con l'equipe della Comunità al completo, (Psichiatra Dirigente, Psicologhe, Infermieri, Tirocinanti) chiedendo il loro parere sulla possibilità di rendere volontaria l'adesione.

Da tutto lo staff ci è stato apertamente sconsigliato, sostenendo che nessuno più avrebbe partecipato al lavoro se la presenza fosse stata volontaria.

Detto ciò tutta l'equipe ha convenuto sul fatto che eravamo liberi di attuare la nostra decisione, consapevoli però delle conseguenze alle quali saremmo andati incontro.

Invece il risultato è stato positivo dato che, a seguito di una breve riunione con i pazienti in cui abbiamo esposto la succitata scelta, negli incontri successivi la maggior parte di loro si è comunque presentata ed ha poi garantito la sua presenza fino al termine del mosaico.

#### *Presentazione del gruppo di lavoro*

Sotto segue la presentazione del gruppo di lavoro che mostra l'eterogeneità dello stesso, riportando informazioni riguardo l'età, la provenienza, l'età d'insorgenza della patologia, l'arrivo e l'eventuale uscita dalla Comunità.

Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Insorgenza	Arrivo in Comunità	Uscita dalla Comunità
Ferdinando	1963	Roma	Età adulta (2001)	30/10/2009	/
Andrea	1970	Roma	20 anni + epilessia infantile	22/06/2000	31/02/2009
Gianni	1975	Roma	25 anni	04/10/2006	30/10/2009
Fulvio	1977	Roma	25 anni	25/01/2010	/
Ramona	1960	Bitonto	Età adulta (1991)	31/05/2004	/
Rosa	1965	Roma	Adolescenza	03/02/2010	/

Veronica	1960	Roma	20 anni circa	02/11/2006	/
Flavio	1970	Roma	27 anni circa	27/05/2009	27/04/2010
Francesco	1965	Roma	Età adulta	25/03/1997	/
Maria	1976	Roma	25 anni circa	14/01/2008	26/04/2010
Fabio	1973	Roma	23 anni circa	11/10/2004	/
Roberto	1983	Asmara (Eritrea)	Adolescenza	27/04/2009	18/04/2010
Ines	1989	Roma	Infantile	03/06/2009	31/07/2009
Ergys	1985	Albania	Infantile	08/09/2008	30/04/2009
Flavia	1972	Roma	Infantile	28/09/2009	13/05/2010
Dario	1966	Roma	17 anni circa	22/10/2007	/

Gabriele	1983	Roma	Adolescenza	16/02/2009	31/08/2009
Alessandro	1964	Roma	Infantile	17/04/2008	17/06/2009
Tomaso	1975	Roma	Adolescenza	04/12/2009	/

Nella seguente tabella riporto la diagnosi, gli interessi e il livello di istruzione.

Nome	Diagnosi	Altre attività	Livello di istruzione
Ferdinando	Psicosi schizofrenica	Giardinaggio	Licenza media inferiore
Andrea	Schizofrenia tipo paranoide, cecità	Equitazione, Centro Diurno	/
Gianni	Schizofrenia tipo paranoide	Lavoro	Diploma conservatorio
Fulvio	Disturbo bipolare, Episodio maniacale singolo	Nessuna	Licenza media superiore
Ramona	Psicosi maniaco-depressiva con crisi ricorrenti	Corso bigiotteria al Centro Diurno, presenza sporadica	Licenza media superiore

Rosa	Anoressia nervosa	Nessuna	Licenza media superiore
Veronica	Psicosi maniaco-depressiva	Lavoro	Laurea in Pedagogia
Flavio	Schizofrenia tipo paranoide	Teatro	Licenza media inferiore
Francesco	Schizofrenia residua	Scrittura	Licenza media superiore
Maria	Schizofrenia tipo paranoide	Ceramica al Centro Diurno	Liceo scientifico
Fabio	Disturbo schizoaffettivo	Palestra	Licenza media superiore
Roberto	Schizofrenia tipo paranoide	Nessuna	Licenza media inferiore
Ines	Disturbo schizoide di personalità, abuso di sostanze, anoressia	Nessuna	Licenza media inferiore
Ergys	Schizofrenia di tipo paranoie, Disturbo antisociale di personalità	Nessuna	Licenza elementare
Flavia	Disturbo antisociale di personalità Anomalie lobi frontali	Nessuna	Diploma superiore

Dario	Schizofrenia tipo paranoide	Teatro	Licenza media inferiore
Gabriele	Schizofrenia non specificata	Informatica	Diploma tecnico industriale
Alessandro	Ritardo mentale	Giardinaggio	Licenza media inferiore
Tomaso	Schizofrenia tipo paranoide	Nessuna	Licenza media superiore

Le tabelle finora esposte mostrano la totalità dei pazienti che, durante l'anno di lavoro del progetto terapeutico, hanno risieduto in Comunità. Ma sapendo che non tutti hanno partecipato alla realizzazione del mosaico, riporto, nella tabella seguente, l'intero gruppo di pazienti, specificando coloro che hanno partecipato al mosaico con continuità e dall'inizio alla fine del lavoro; coloro che hanno partecipato con continuità, ma che si sono inseriti successivamente nel lavoro a causa di un'entrata successiva in C.T.; coloro i quali pur risiedendo in Comunità non hanno voluto partecipare; coloro che, pur essendo collaboranti, non hanno potuto partecipare a tutte le sessioni di lavoro, perché dimessi dalla C.T.; infine il caso singolo di una paziente che per motivi connessi alla psicopatologia e a frequenti ricoveri praticamente non ha quasi mai partecipato (condizione A).

Questo per illustrare la vera composizione del gruppo, determinata da situazioni di necessità o dovute all'autoselezione (vedi paragrafo 3.6).

Nome	Partecipazione al mosaico
Ferdinando	Entrata successiva in C.T. e partecipazione continua.
Andrea	Dimissione dalla C.T. impossibilitati a concludere il lavoro.
Gianni	Dimissione dalla C.T.: impossibilitati a concludere il lavoro
Fulvio	Entrata successiva in C.T. e partecipazione continua.
Ramona	Partecipazione continua, dall'inizio alla fine.

Rosa	Entrata successiva in C.T. e partecipazione continua.
Veronica	Partecipazione continua, dall'inizio alla fine.
Flavio	Assenza di partecipazione.
Francesco	Partecipazione continua, dall'inizio alla fine.
Maria	Partecipazione continua, dall'inizio alla fine.
Fabio	Assenza di partecipazione.
Roberto	Assenza di partecipazione.
Ines	Dimissione dalla C.T. impossibilitati a concludere il lavoro.
Ergys	Dimissione dalla C.T. impossibilitati a concludere il lavoro.
Flavia	Condizione A
Dario	Partecipazione continua, dall'inizio alla fine.
Gabriele	Assenza di partecipazione.
Alessandro	Dimissione dalla C.T. impossibilitati a concludere il lavoro.
Tomaso	Entrata successiva in C.T. e partecipazione continua.

### 3.3 Applicazione della tecnica di Gup Art

L'opera murale musiva "Di tutto un po' " è stata realizzata nel contesto delle attività socio-riabilitative che vanno sotto il nome di "GUP ART".

La Gup Art si è sviluppata nel 1993 come un gruppo creativo naives di apprendimento e ricerca con circa 30 allievi pazienti/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.

Gup Art significa Arte in Gruppo e 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.

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

La storia delle diverse opere costruite nel tempo è però differente.

Mentre la prima sperimentazione (risalente a diversi anni fa) è stata effettuata con il fine di occupare semplicemente il tempo dei pazienti con qualcosa che li faceva stare in tranquillità, già il secondo lavoro fu condotto con scopi e mezzi ben diversi; difatti la conduzione richiesta al personale d'assistenza era un'osservazione partecipata, che diede vita ad una parità inusuale tra i membri. Tra l'altro si pensò che la lavorazione con il mosaico, per tali gruppi di pazienti in trattamento, poteva essere un esercizio manuale che di riflesso organizzava il pensiero e quindi poteva essere utilizzato con valenza terapeutica.

E' su questa linea di pensiero che nasce il progetto "Di tutto un po'"; dopo aver attentamente studiato la proposta terapeutica "Il Faro di Anzio", oggetto della mia tesi triennale, è nato in me il desiderio di proporre nuovamente un progetto musivo-riabilitativo a pazienti con capacità residue, tentando questa volta di condurlo nel modo più scientifico possibile, e di trarne dei risultati empiricamente fondati attraverso un'analisi statistica dei dati per dimostrarne la sua valenza terapeutica. Come accennato in precedenza, le difficoltà nel portare avanti questo progetto sono state diverse, e la mancanza di personale specializzato nel testing psicologico ha fatto sì che dovessi cercare altri termini di paragone per studiare statisticamente il cambiamento.

### **3.4 Evoluzione delle dinamiche relazionali attraverso le quattro fasi di lavorazione**

Il lavoro svolto è stato suddiviso a posteriori in quattro fasi per semplificarne l'esposizione, dato che in seguito mostrerò un collegamento tra le fasi di lavorazione e la crescita gruppale.

Il progetto è iniziato con grande libertà di espressione, tanto che la realizzazione del bozzetto non è avvenuta secondo il metodo tradizionale (in base al quale già inizialmente si crea un disegno di ciò che si vuole poi rappresentare), al contrario la nostra fase iniziale è stata caratterizzata dalla produzione di numerosi disegni, che poi il gruppo con il tempo ha selezionato: quelli da scartare, quelli da mantenere, in quale posizione del mosaico collocarli, ecc...

Dunque dopo la prima fase di *disegno libero* è seguita la *selezione dei disegni*, poi la *realizzazione musiva* ed infine la fase della *composizione finale*.

Di seguito esporrò nel dettaglio le quattro fasi di lavorazione, esaminando le difficoltà incontrate e i tentativi di risoluzione proposti dal gruppo; le evoluzioni dal punto di vista relazionale, e la capacità di stare nel gruppo, sentirsi parte del gruppo e contare su di esso.

### **3.5 Disegno libero**

Come già detto poche righe sopra, il primo passo nella progettazione del bozzetto del mosaico è stato caratterizzato dalla produzione di numerosi disegni. Sin dal principio, gli operatori hanno rivolto ai pazienti un'unica sollecitazione, cioè quella di disegnare liberamente ciò che si voleva. Per facilitare questo compito, durante la primissima fase di lavorazione è stato chiesto al gruppo di disegnare o buttar giù delle idee liberamente, (come si vede nella foto che segue) utilizzando un cartellone unico, che abbiamo disposto a terra, sul quale abbiamo disegnato, abbiamo scritto e incollato figure ritagliate dai giornali, abbiamo incollato pietre o tessere musive. Più che una fase di lavorazione finalizzata alla produzione del bozzetto, è stata una fase molto importante per la socializzazione e la conoscenza; infatti, lavorando a più mani sullo stesso cartellone abbiamo avuto l'opportunità di avvicinarci, anche fisicamente, sullo stesso obiettivo ed abbiamo approfondito la conoscenza l'uno dell'altro. Il tutto è stato condotto seguendo i principi Gruppoanalitici, che reputano importante la presenza di un "conduttore" del gruppo (piuttosto che di un leader), il cui

compito è teso a facilitare l'emersione del gruppo stesso quale leader: infatti tutti, pazienti e operatori senza distinzioni, hanno partecipato all'attività di disegno e poi a tutte le seguenti.

*Prime fasi di lavorazione: disegni su un cartellone comune*



Nei primi incontri è comunque prevalsa l'interazione verbale nella comunicazione e nella relazione, dato che prima di tutto ci configuravamo come un insieme di persone diverse e distinte e non ancora come un gruppo di lavoro centrato sul compito. Il primo passo è stato comprendere se qualcuno dei pazienti avesse idea di cosa fosse il mosaico, con cosa si realizzasse e come; e, naturalmente, se qualcuno mai avesse fatto esperienze di lavoro simili. Ciò che è emerso è stato realmente interessante; innanzitutto molti di loro avevano ben presente di cosa stavamo parlando, soprattutto ricordando i mosaici presenti nelle chiese o, come ha affermato un paziente greco-albanese i famosi mosaici all'interno delle cappelle ortodosse. Altri hanno ricordato come la tecnica musiva assomigli in definitiva a quella dei collage che facevano da bambini, altri ancora hanno parlato di esperienze di lavoro nelle vetrerie e del cosiddetto metodo Tiffany, famoso per le sue creazioni Art Nouveau in mosaici di vetro legato a stagno. Uno di loro ha accennato alla "pietrosità" del mosaico come fosse una "caratteristica scomoda", che il Maestro Mosaicista Brando interpreta riconducendola ad un'esperienza passata, ad esempio aver fatto del mosaico a scuola, da bambino, con materiale freddo e vetroso.

Il secondo passo è stato quello di ragionare sulle caratteristiche del progetto in questione: creare un mosaico tridimensionale tipo scultura o un mosaico "a quadro"? Un mosaico in cui i disegni di tutti si fondono in una composizione unica o in cui ognuno mantiene il proprio spazio per mantenere la propria individualità?

Le proposte sono state varie ed hanno mostrato un'immaginazione ricca, ma, anche se apparentemente motivati il più di loro tendeva a rimanere nell'anonimato quando venivano poste domande o venivano incitati al lavoro.

"Bisogna costantemente tenerli centrati sul compito", ci spiega la Psichiatra Responsabile del Centro Rita Mazzone, che dubita che riusciremo nel nostro intento, soprattutto per la mancanza di costanza che impedisce loro di portare a termine un lavoro (caratteristica tipica delle psicosi, carenti di volontà). Difatti la Dottoressa Mazzone afferma che la "grande fatica" della Comunità è proprio seguire i pazienti nelle comuni operazioni di tutti i giorni, come il lavarsi, il vestirsi, mangiare, farsi le lavatrici, proprio a causa della loro incostanza.

Nel terzo incontro avviene un cambiamento nel setting e in una riunione con i pazienti, decidiamo insieme di trasferirci in un'altra stanza, perché l'attuale posizione non aiuta ad incrementare il

lavoro, poiché il luogo, oltre che ad accogliere la riunione settimanale, li ospita nei momenti di svago.

Da questo momento in poi, definendo maggiormente la cornice, viene a sua volta a crearsi spontaneamente un setting più definito e una maggiore indipendenza del lavoro di mosaico dal resto del contesto istituzionale; trovare lo spazio giusto aiuterà anche a definire il tempo.

Nel proseguimento della prima fase di lavoro i pazienti vengono riforniti di album da disegno e matite personali, e viene chiesto loro di disegnare durante la settimana, in piena libertà. Negli incontri successivi, tutti seduti intorno al tavolo, abbiamo disegnato spontaneamente e solo una persona nel gruppo ha avuto il cosiddetto “**shock del bianco**” (ossia di fronte al foglio nitido non è riuscita a produrre alcuna rappresentazione). Nemmeno se incitata è riuscita a disegnare alcunché (foto n°1) e la Dott. Mazzone ha interpretato questo comportamento come il bisogno di esprimere aggressività. Dopo tale commento, espresso davanti alla paziente, la stessa ha iniziato a produrre qualche disegno (foto n°2).

Foto n°1

Marzo 2009

Foto n°2



Per affrontare i blocchi ideativi e superare l'impasse che i pazienti auto-generano proprio perché si fissano nel ruolo di pazienti-malati che devono svolgere un'attività solamente perché imposta dai medici, è stato proposto loro di andare al centro di Roma, a Castel Sant'Angelo, a disegnare dal vivo.

L'uscita ha mostrato che il nostro gruppo di lavoro era ancora piuttosto un *non-gruppo*; ci sono state divergenze di vedute e non tutte le scelte sono state prese in armonia. Per questo abbiamo scelto di continuare a disegnare ancora per qualche sessione.

Seguendo l'evoluzione dei disegni di questo primo mese e mezzo di lavoro, notiamo indubbiamente il concomitante miglioramento e perfezionamento delle capacità espressive e grafiche dei pazienti, che testimonia il loro avanzamento in un percorso evolutivo interno: una maggiore acquisizione di consapevolezza di sé e delle proprie capacità, ed esterno: una maggiore attitudine al disegno e quindi migliore qualità nelle produzioni grafiche.

Si noti nelle foto sottostanti il cambiamento radicale avvenuto in un paziente: i primi disegni (di cui ne ho riportato uno tra tanti) sono stilizzati e ridotti a linee essenziali; quelli successivi, sono caratterizzati dalla corposità, dall'uso pieno del colore, come se fosse stata superata la paura di esprimersi e l'oggetto disegnato venisse finalmente a prendere vita.

Marzo 2009



Aprile 2009



O ancora l'evoluzione nei disegni della paziente succitata a proposito dello "shock del bianco". Nella pagina precedente ho riportato le sue composizioni legate a quel particolare momento; invece, quello che segue è uno dei disegni prodotti, dalla stessa, negli incontri successivi. Notiamo, a primo impatto, l'uso che la paziente fa dello spazio che, a differenza dei disegni precedenti, viene interamente occupato; oltretutto notiamo la differenza nella scelta del soggetto, infatti assistiamo ad una riproduzione di una casa immersa in un ambiente naturale che si contrappone alla fredda stilizzazione delle rappresentazioni precedenti in cui prevaleva l'uso di linee e colori secondo una logica astratta.

Fine Aprile 2009



A questo punto comunque la produzione di disegni era vasta, e l'esigenza era quella di concretizzare qualcosa agendo, ed è così che si è passati alla seconda fase di "selezione dei disegni".

### 3.6 Selezione dei disegni

Abbiamo deciso dunque di essere operativi e di superare il momento di impasse, ritagliando i disegni e componendo un collage con gli stessi, attaccandoli al muro, perché il disegnare senza sapere cosa si sta realmente facendo, rischia di essere poco produttivo.

Questo si andrà a configurare, solo a posteriori, come il primo metodo che abbiamo utilizzato per la scelta dei disegni da inserire nel mosaico.

Appunto i disegni sono stati ritagliati e successivamente giustapposti secondo diverse logiche, ed incollati al muro grazie ad una pasta adesiva speciale che permette di attaccarli e staccarli tutte le volte che si vuole. In un primo momento ognuno ha attaccato sul muro un disegno che gradiva, senza una logica o consequenzialità. In questo modo sono stati scelti alcuni disegni e per la prima volta, ne sono stati scartati altri. In questo momento lavorativo è prevalsa la libertà di espressione, tanto che ognuno che ha voluto si è alzato, ha preso la parola e ha scelto la sua composizione. C'è chi, come Gianni, ha adottato una strategia basata sull'estetica del colore. Come vediamo nella foto sottostante, i disegni sono stati organizzati in base all'intensità del colore; i più scuri sul lato sinistro, con prevalenza del rosso ed i più chiari nella parte destra, con prevalenza di tonalità azzurre e gialle.

*Logica del colore*



Francesco, un altro paziente, segue una logica differente che si rifà all'evoluzione della specie. Si tratta della stessa persona che nei primi incontri aveva portato il libro di Konrad Lorenz "L'anello di Re Salomone" dopo che era stato chiesto di portare dei contributi al mosaico.

Nella foto si vede la sua scelta, di sicuro più articolata della precedente, che segue il processo evolutivo e che visualizza in basso disegni che rimandano ad una fase molecolare della materia (non visibili nella foto), tratti di DNA e man mano che si sale, la terra con i suoi elementi, che lascia spazio all'aria e più sopra agli astri.

*Logica dell'evoluzione della specie*



Ancora un'altra scelta possibile si configura come "l'evoluzione delle relazioni", la frase pittorica è suddivisa in due fasce; nella superiore si posiziona l'Universo con il sole e la luna e nella fascia inferiore la parte terrena, quindi l'albero, le persone che portano a passeggio i cani, ecc...

*Logica dell'evoluzione delle relazioni*



Il lavoro, anche se produttivo, risulta stancante per le difficoltà tecniche, dunque si pensa che sarebbe meglio utilizzare un metodo già testato in passato in questi tipi di lavori e con questi pazienti, cioè proiettare i disegni e ricalcarli costituendo così un'unica frase pittorica. L'ipotesi proposta si configura come il secondo metodo utilizzato per la selezione e giustapposizione dei disegni, ma contro ogni prospettiva, nel momento in cui è stata messa in pratica, si comprende immediatamente che invece di semplificare il lavoro lo stava complicando.



Così abbiamo pensato che nell'era della tecnologia avremmo tratto giovamento dall'uso del computer. Abbiamo infatti tentato sia di produrre un bozzetto finale completo, sia di modificare i disegni a computer, ma le nostre ultime prove non facevano altro che allontanarci dai pazienti, denotando chi era capace di utilizzare i nuovi mezzi tecnologici (proiettore, computer..) e chi invece non era capace; infatti anche se c'è stata la fantasia o il desiderio di utilizzare queste tecniche da parte del gruppo, in realtà non si disponeva degli strumenti e delle abilità necessarie: il

risultato di tutte queste prove non è stato positivo. La differenza tra conduttori e gruppo si era leggermente acuita, i pazienti hanno iniziato a distrarsi e a delegare i compiti, a passivizzarsi e ricadere nella gratificazione orale (momento che ci ha accompagnato durante tutto il percorso) chiedendo la pausa per mangiare l'ormai classica "pizza e coca-cola".

Non riuscendo a stimolare la loro volontà, prima di incorrere in un vero e proprio momento di impasse l'ultima spiaggia è stata la proposta di imparare-facendo, dato che nessuno dei membri aveva esperienze nel campo del mosaico. Tecnicamente si è deciso di passare alla realizzazione di un piccolo mosaico, soprassedendo alla realizzazione del grande mosaico. Così abbiamo selezionato per volontà comune un disegno ed abbiamo deciso di metterci all'opera ed imparare, a turno, l'arte del mosaico sulla stessa piccola tavola.

*Una delle fasi di realizzazione del "piccolo mosaico"*



Questa operazione è stata voluta affinché i partecipanti capissero le difficoltà che si incontrano nel lavoro, per poter comprendere al meglio i problemi di composizione del mosaico finale e perché dal punto di vista grupppale emozionale e relazionale, fino ad allora erano emersi comportamenti narcisistici e la prevalenza di disegni individuali, che si configuravano come un vero ostacolo alla produzione finale. Ancora in questa fase emerge con chiarezza che il gruppo non è omogeneo, ed è ad alto rischio per le frequenti dimissioni o nuove entrate che minacciano il suo strutturarsi.

Fino a questo momento infatti abbiamo registrato un'elevata partecipazione individuale, basta guardare i molti disegni che sono stati prodotti; quindi possiamo dire che i pazienti hanno mostrato fiducia e si sono espressi, ma nel momento attuale di transizione sono rimasti sospesi in attesa di comprendere cosa si farà. Probabilmente prevedevano che, come in tante altre attività della loro vita, anche questa volta dovevano eseguire ciò che gli veniva chiesto, e l'impasse si creava proprio nel momento in cui i conduttori del gruppo non acconsentivano a questa implicita richiesta.

L'aria che si respirava era ancora quella tesa nella quale emergevano più facilmente i problemi connessi alla psicopatologia: nervosismo e irritazione sono stati contenuti dal Maestro Mosaicista che interagiva con i pazienti come se fossero unicamente suoi discepoli apprendisti. Emergeva il turbamento e il disagio che rendeva "spiacevole" il lavoro (come è stato definito da alcuni di loro), e serpeggiava l'idea che il sentirsi obbligati alla partecipazione stesse diventando una forzatura. E' per questo che abbiamo scelto proprio in questo momento, e cioè dopo aver avviato il lavoro del piccolo mosaico, di riunirci con lo staff della Comunità per proporre una partecipazione volontaria al gruppo (vedi sopra).

La reazione dei pazienti si è evoluta con una certa ambivalenza; tranne coloro che hanno liberamente scelto di partecipare, gli altri hanno voluto testare la veridicità della possibilità di non venire: un paziente che era pronto a raggiungerci, in realtà non si è presentato; altri due si sono allontanati prima della fine dell'orario. Sembra chiaro che volessero mettere alla prova la loro possibilità di scelta.

La chiave di lettura più importante di questo avvenimento è la possibilità di dare uno spazio autogestito a queste persone, in maniera tale che potesse emergere una motivazione interna e personale a fare qualcosa che non sia solamente terapeutico.

### **3.7 Realizzazione musiva: dal caos all'ordine**

E' così che dopo tre mesi di lavoro, l'ansia realizzativa del Maestro Mosaicista Brando, silentemente preoccupato di non riuscire a portare avanti il progetto, lo ha condotto a scegliere delle operazioni classiche in tema di gruppi applicati: ha bypassato il problema della coesione di gruppo, trasformando il gruppo in squadra. A questo punto il mosaico è diventato la fedele rappresentazione della struttura della Comunità, centrata sull'appartenenza e sui compiti. Si è temuto, così, che una buona realizzazione artistica andasse a scontrarsi con la terapeuticità del progetto.

Dunque si è scelto di cominciare la realizzazione musiva lavorando non più su un'unica frase pittorica già stabilita, ma separatamente su diverse tavole, rappresentanti un disegno singolo, collaborando però tutti insieme (non rispettando cioè l'appartenenza originaria del disegno).

La fase di realizzazione del mosaico, oltre che essere stata un piacevole momento creativo-artistico, si è anche caratterizzata come uno dei periodi più complicati di lavorazione. Difatti, a differenza di quanto si possa pensare, non sono state utilizzate dal gruppo pietre già tagliate, ma al contrario, ogni materiale utilizzato è stato da noi sezionato. Dunque per ogni disegno da realizzare c'erano numerose scelte da fare e decisioni da prendere. Ad esempio quali colori utilizzare, quali tipi di pietra, come tagliarle e per quale verso incollarle.

Per rendere l'idea della complessità delle operazioni, descriverò brevemente i passi che abbiamo seguito nel realizzare ogni disegno a mosaico.

Innanzitutto utilizzando *il metodo indiretto* (che offre a chi guarda il lato opposto rispetto a quello dell'esecuzione) nella costruzione del mosaico, il primo passo era fotocopiare il disegno che si voleva realizzare capovolgendolo orizzontalmente. Quando il disegno "al contrario" era pronto, lo si posizionava su una tavola di compensato, si ricopriva con un leggero velo di nylon (che protegge il disegno dalla colla) e infine con una retina bianca sulla quale venivano incollate le tessere; il tutto fermato dallo scotch. Chiaramente questi compiti sono stati svolti dai pazienti, dopo che il Maestro Brando li aveva illustrati una prima volta.

Riporto di seguito alcune foto che mostrano questo lavoro.



Come si vede dalle foto, il passo successivo era quello di delineare il disegno ricoprendo i contorni con una pietra nera. Qui nasceva la prima grande difficoltà: tagliare le lastre marmoree in listelli e poi in tessere attraverso l'uso della trancia.

Una volta spiegato il metodo, i pazienti si sono avvicinati nell'uso della trancia, mostrando di essere molto più attenti e scrupolosi di quello che si possa pensare. Difatti, le nostre raccomandazioni nel porre attenzione alle dita quando tagliavano le pietre, spesso erano inutili, e penso ormai, servissero solo a far stare tranquilli noi operatori, dato che i pazienti erano ben consapevoli della pericolosità della trancia, ed erano molto attenti al lavoro che svolgevano.

Altra difficoltà era quella di incollare le tessere per il verso giusto. Infatti, usando la succitata tecnica indiretta, la parte del mosaico visibile successivamente, era quella che al momento del lavoro veniva incollata. (Ogni tessera o pietra del mosaico veniva attaccata sulla rete, imbevendola prima nel vinavil). Per questo i pazienti avevano imparato a selezionare la parte liscia della pietra o con altre determinate caratteristiche (ad esempio più scura, o più brillante in base ai tipi di materiale usati) per poi incollarla.

Non nascondo che inizialmente, e soprattutto con alcuni pazienti, non è stato semplice spiegare il concetto del capovolgimento del mosaico, proprio per la complessità concettuale del discorso, ma devo dire che dopo i primi esempi pratici di lavoro tutto sembrava diventare più chiaro.

Dopo aver terminato il contorno si passava al riempimento, utilizzando diverse pietre in base al colore voluto. Di seguito il disegno del sole e del clown in fase di lavorazione.



Riempire ogni spazio del disegno vuol dire trovare la giusta misura della pietra, e questo implica tanta capacità manuale. In tutta sincerità, cercare di rifilare con la tenaglia le pietre (che precedentemente erano state tagliate con la trancia), per inserirle in determinati spazi e con determinate angolature, è stato un compito arduo che dopo molti tentativi ho rinunciato a svolgere, accorgendomi che i pazienti riuscivano meglio di me in quello intento.

Quando un disegno era completato, si passava a quello successivo, e così via fino al termine dei disegni.

Dal punto di vista grupppale, nella prima fase di realizzazione del mosaico, l'andamento del lavoro corrisponde perfettamente alle dinamiche relazionali: permane l'individualità e la difficoltà nella cooperazione, che si traduce nell'articolazione del lavoro in sottogruppi tenuti insieme non tanto dalla costanza dei partecipanti ma dall'obiettivo (realizzare a mosaico il disegno del sole e della luna). In poche parole manca la condivisione di gruppo al progetto. Allo stesso tempo sembra che una volta acquisita la libertà di essere presenti al mosaico, pare anche essere acquisita la libertà di far esplodere le contraddizioni nel setting. E' così che si riversano nel nostro lavoro le dinamiche difficoltose tra pazienti e istituzione, creando un'atmosfera confusa e confusiva in cui nessuno sembra dare importanza al setting o in cui tutti ignorano che qualcuno tenti di darne uno. Nelle discussioni emerge che il mettersi nei panni degli altri e il fenomeno di rispecchiamento nel gruppo può finire nell'acting out. Quindi il messaggio che viene veicolato è che non ci sono conseguenze di ciò che si dice entro un setting terapeutico e nulla è irreparabile (uno degli elementi fondanti della Gruppoanalisi). Si tenta di ricondurre il tutto ad un perché universale, decontestualizzando i contenuti del dialogo, e spiegando che tutto si può dire liberamente in uno spazio come quello del mosaico, dove nulla cambia sulla base di quello che si dice.

E' proprio nello stato di confusione maggiore, il caos primordiale, che nasce qualcosa di importante, l'ordine. L'impressione è che la libertà di fare e del come fare, accresca le loro capacità. Nonostante la tendenza distrattiva e i ritmi lenti, hanno fatto molti sforzi per partecipare, fino al punto che, con alcuni interventi di riflessione, sono arrivati a considerare che non hanno progettato un mosaico comune ma come dice il titolo deciso da loro "Di tutto un po'".

Un evento in particolare mostra come la comunicazione del proprio mondo interiore si riversi a cascata nel setting del mosaico, e di come si senta l'esigenza di condividere e di entrare nel mondo segreto dell'altro o di uscirne grazie all'aiuto e alla comprensione.

Emerge che Francesco soffre molto a collaborare al mosaico perché la pietra lo rimanda a un senso di morte, o meglio come dice lui stesso ad una "pietra tombale". Già inizialmente era emersa questa riflessione che era stata sottovalutata e quindi interpretata superficialmente con l'associazione ai mosaici presenti sulle tombe. Proseguendo nel lavoro però il disagio è cresciuto fino ad acquisire dimensioni rilevanti, tanto da richiedere un momento di riflessione in gruppo. Il

paziente infatti ha rivelato che desiderava molto partecipare al mosaico, ma che soffriva anche molto, dato che lo associa con "la morte che è una sofferenza praticamente eterna, e ciò gli rende intollerabile il pensiero della morte". L'osservazione di Francesco del mosaico come pietra tombale, è stata interpretata dalla Dott. Meoni come una dimostrazione che il problema del gruppo è il non avere idea dei pensieri degli altri e che alcuni titoli proposti per il mosaico rappresentano la situazione di incomunicabilità; esposto il problema di Francesco, il gruppo lo ha accolto con funzione di holding, accettando l'interpretazione.

E' proprio verso la fine di luglio, e quindi dopo quattro mesi di lavoro che siamo arrivati ad un punto di svolta. Il lavoro fino ad ora si è concentrato su tre disegni: il sole, la luna e il folletto, l'ultimo dei quali era ancora in fase di completamento. Sembra che qualcosa si sia mosso. Per la prima volta abbiamo l'impressione che non siamo solo persone che lavorano individualmente su un mosaico comune, ma un *gruppo che lavora ad un progetto comune*.

Ci accorgiamo che se lasciati fare, il gruppo lavora bene, ed improvvisamente e spontaneamente si strutturano dei ruoli.

C'è chi finalmente si alza da quella sedia, posizionata ai margini della stanza e lontana dal tavolo di lavoro, sedia che nei mesi precedenti era stata usata come rifugio e non era mai stata abbandonata se non su richiesta esplicita degli operatori; lasciata la "chiocciola protettiva", di sua spontanea volontà, senza alcun incitamento, si mette vicino al tavolo di lavoro a tagliare le pietre con la tenaglia.

C'è chi si posiziona davanti alla trancia ed inizia a tagliare pietre rifornendo tutto il resto del gruppo di ogni tipo di materiale necessario per il completamento del lavoro.

C'è chi imbeve le tessere nel vinavil e le incolla sulla tavola, rispettando linee, colori e spessori.

E' in questo momento, in cui il gruppo si sta strutturando, che emerge la volontà di *fare il mosaico*. Era agosto e le stanze della Comunità erano caldissime; la Dottoressa Mazzone ha proposto che forse sarebbe stato meglio sospendere il lavoro per il mese più caldo, ma i pazienti, interpellati, hanno chiesto a gran voce di poter continuare. Il sentimento che ci pervadeva era quello dell'unione e finalmente provavamo serenità nel stare insieme. L'appuntamento del giovedì pomeriggio era ormai diventato un punto di riferimento, e si percepiva che i pazienti avevano iniziato a contare sul "gruppo mosaico".

Riconosco la differenza tra la passivizzazione tipica del primo periodo di lavoro, in cui tutti aspettavano il comando e nessuno prendeva in mano l'iniziativa e l'evoluzione degli ultimi tempi, in cui non solo si strutturano dei ruoli, ma c'è più attenzione a quello che accade intorno: se manca qualcuno nel gruppo ci si domanda dove sia, e perché non sia venuto. Penso che questi cambiamenti siano il risultato di una crescente omogeneità, di un rafforzamento degli scambi interpersonali, una condivisione maggiore di esperienze di vita, un contatto più profondo che ha insegnato a conoscere gli stati d'animo degli altri. Percepisco che il gruppo si è formato.

La riflessione interessante è che si sta insieme perché siamo un gruppo e il lavoro del mosaico acquista un significato secondario; quindi si può lavorare o rimane a guardare chi lavora; non è importante la partecipazione attiva e costante per tutta la durata dell'attività, ma quello che conta è stare insieme e fare gruppo. E' tra una tessera e l'altra che nascono le conversazioni, che ci si apre e si parla di noi, ci si confronta, si discute e ci si conosce.

Ed in questa armonia di base emerge che solamente davanti alle "autorità" della C.T. i pazienti fanno finta di non saper lavorare, ma appena questi vanno via, si rimettono al loro posto, con la tranquillità di sempre, a completare il lavoro con pulizia, come ormai hanno imparato a fare.

L'unico problema rimane quindi l'assenza di setting stabile che riflette e determina un'attenzione e una partecipazione altalenante al lavoro pratico. Questa situazione di setting movimentato è ancora una volta espressione e rispecchiamento delle dinamiche proprie della Comunità e si evidenzia ancora una volta in un evento che accade.

Tutta la Comunità si prepara all'entrata di una nuova paziente, Flavia, con patologia non specificata ma piuttosto grave, tanto che alla sua giovane età è conosciuta in tutti i centri riabilitativi e di cura di Roma e del Lazio. In concomitanza della sua entrata viene proposto di sospendere il mosaico e fare un'assemblea di accoglienza, dato che viene reputata troppo

pericolosa la possibilità di avvicinarla al mosaico, conoscendo le sue frequenti ingestioni di materiale pericoloso che deve poi essere estratto.

L'aria che ormai era distesa all'interno del gruppo, si è fatta nuovamente tesa; per il setting del mosaico e del gruppo Flavia si è presentata come elemento di disturbo con il quale tuttavia si devono fare i conti dato che la situazione e la sua presenza non può essere evitata. Ne consegue che il mosaico raccoglie tutti i problemi della Comunità e stenta ad avere un'identità differenziata da essa. La difficoltà del lavoro si configura proprio in queste interruzioni che generano un senso profuso di frustrazione che tuttavia apparentemente contrasta sia con il lavoro che procede, sia con gli attuali processi d'identificazione nel mosaico che è sentito cosa propria.

Ritrovato il nostro equilibrio, riusciamo a concludere in armonia la realizzazione dei singoli disegni a mosaico anche con pretese di pseudo-grandiosità, come la seguente: un paziente aveva proposto di inserire un arcobaleno nel mosaico, ma subito ci siamo resi conto che poteva risultare molto complicato sia per trovare le pietre dei colori adatti, sia per come riuscire a rendere le sfumature. Quindi sapendo che l'arcobaleno può essere ricavato dalla luce che entra in un prisma, abbiamo avanzato l'ipotesi che si potesse fermare sul corpo del mosaico con un'asta metallica un prisma, che con delle particolari condizioni di luce avrebbe prodotto l'effetto dell'arcobaleno sul mosaico. Chiaramente la nostra ipotesi è stata scoraggiata dal Maestro Mosaicista preoccupato per la riuscita artistica e l'ipotesi è stata abbandonata dopo qualche maldestro tentativo che, però, ha dato coscienza che in astratto era possibile ma nella pratica non era nelle possibilità del gruppo e, forse, neanche tanto indispensabile.

### 3.8 Composizione finale

Una volta terminata la realizzazione a mosaico dei singoli disegni la problematica è stata riunirli su un'unica tavola e sistamarli in modo armonioso e in modo che tutti i partecipanti del gruppo fossero soddisfatti della riuscita. Ognuno ha proposto la sua idea e per la prima volta, spontaneamente, hanno preso l'iniziativa di approvare o bocciare le decisioni altrui. C'era chi infatti ci teneva ad aggiungere ancora qualche disegno, ma la maggior parte del gruppo si è espressa contraria, dunque è stata rispettata la volontà del gruppo. Una volta assemblati i singoli disegni, come vediamo nella foto che segue, il lavoro è continuato sulla tavola finale. Sono stati riempiti gli spazi vuoti e sono state terminate le diramazioni di congiunzione tra un disegno e l'altro.



In quest'ultima fase di lavorazione le dinamiche relazionali camminano sul versante opposto rispetto alle prime fasi di lavorazione. Si percepisce lo spirito di gruppo e la collaborazione per un obiettivo comune. I singoli disegni sono giustapposti sulla tavola finale e l'ultimo passo è la gettata di cemento. Si aspetta con ansia il momento e quando arriva tutti si muovono intorno alla betoniera nella quale gira il nostro cemento, poi fanno a turno a battere con il martello sulle parti vuote del mosaico (che verranno ricoperte dal cemento) per permettere allo stesso di diffondersi omogeneamente sulla tavola (vedi foto sotto). E infine proviamo tutti a stenderlo usando gli attrezzi del mestiere.

### *La gettata di cemento*

A questo punto la curiosità di vederlo è molta, dato che per realizzare il mosaico abbiamo utilizzato il metodo indiretto, ossia la realizzazione del mosaico avviene al negativo, poi si cementifica e infine quando il cemento è essiccato si rivolta e si pulisce la parte retrostante. Anche in questa fase è stato necessario l'aiuto dei più forti che hanno rivoltato il mosaico (1,8 m. x 1,15 m.) ed insieme ad un operaio specializzato abbiamo partecipato alla pulizia della superficie grazie alla macchina levigatrice.



Nella foto che segue vediamo una paziente all'opera, mentre ci aiuta a levigare il mosaico con la speciale macchina. In tanti hanno voluto provare, e di sicuro questo è stato uno dei momenti più emozionanti, avendo finalmente sotto gli occhi il prodotto della nostra fatica!

### *Gli ultimi ritocchi al mosaico*



### 3.9 Affissione del mosaico e festa di inaugurazione

La gratificazione dei partecipanti alla vista della loro opera affissa al muro della Comunità e la soddisfazione di aver fatto un bel lavoro è culminata nel giorno della festa di inaugurazione. A festeggiare questo momento in una soleggiata giornata di aprile erano presenti molti tra operatori e staff della Comunità, della A.S.L. di riferimento tra cui il Direttore, Dottor Pasculli e tanti tra amici e parenti.



Dopo i discorsi di ringraziamento si è mangiato, si è bevuto e ballato sulle note della banda radunata dal tirocinante Maurizio Giorgio.

Un'altra trasformazione era in atto: al termine del lavoro non ci sentivamo più gruppo, ma un po' famiglia.

Infatti pochi erano i genitori dei pazienti presenti in questa occasione e pochi lo sono in genere nelle loro vite. Noi invece eravamo lì a festeggiare un obiettivo raggiunto e un lavoro portato avanti per un anno, con un sorriso ed una felicità che spiegano, senza il bisogno di parole, l'evoluzione delle dinamiche psicologiche e relazionali.

<sup>1</sup> R. Pisani, *Elementi di Gruppoanalisi*, pag. 38.