

# Il valore delle strutture intermedie nella riabilitazione psichiatrica: l'esperienza del gruppo operatori delle "attività espressive"

Monica Dondoni



## Narrare i gruppi

*Etnografia dell'interazione quotidiana*

*Prospettive cliniche e sociali*, vol. 5, n° 1, Marzo 2010

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Titolo completo dell'articolo

**Il valore delle strutture intermedie nella riabilitazione psichiatrica: l'esperienza del gruppo operatori delle "attività espressive"**

Autore

**Monica Dondoni**

Ente di appartenenza

*Università di Padova, Psicologa, Responsabile del Centro Diurno per Disabili (CDD) "Il Calabrone", Soresina, Cremona.*

To cite this article:

**Dondoni M.**, (2010), Il valore delle strutture intermedie nella riabilitazione psichiatrica: *l'esperienza del gruppo operatori delle "attività espressive"*, in *Narrare i Gruppi*, vol. 5, n° 1, Marzo 2010, pp. 67-80 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato.

Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

## gruppi nella clinica

### **Il valore delle strutture intermedie nella riabilitazione psichiatrica: l'esperienza del gruppo operatori delle "attività espressive"**

Monica Dondoni

#### 1. *La riforma psichiatrica: dalla chiusura del manicomio alla valorizzazione del territorio*

A fronte della riforma psichiatrica varata nel 1978, attraverso la quale gli obiettivi prioritari dell'intervento pubblico in tema di salute mentale sono stati sostanzialmente modificati, si è passati da un intervento prevalentemente custodialistico ad uno mirante la "promozione" della salute mentale. A nuovi obiettivi è dovuta necessariamente corrispondere una nuova metodologia di intervento, in linea con il rinnovamento culturale promosso dalla riforma di Basaglia, centrata su strategie che coinvolgesse, rendendolo protagonista, il territorio. La legge 180/78, dunque, assume il valore di un *organizzatore culturale*<sup>1</sup> ponendo in essere una trasformazione antropopsichica nel modo di intendere i servizi deputati a gestire la *follia*. Il disagio psichico non viene più concepito nella solitudine e nella reclusione del manicomio, ma si apre alla possibilità di essere affrontato secondo un approccio multidisciplinare<sup>2</sup> in cui il territorio è concepito e vissuto come risorsa. Da qui l'esigenza di dare vita a nuovi servizi territoriali di tutela della salute mentale, a nuovi strumenti in grado di rendere ragione della complessità del disagio. La prospettiva sociogenetica, che concepiva il disagio psichico come frutto dei processi sociali e sociologici in un'epoca di cambiamenti repentini, legittimava in qualche misura l'intervento territoriale da parte delle diverse figure professionali, tese a realizzare un lavoro sinergico articolato in interventi di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psichico. Le difficoltà non sono certo mancate: l'integrazione di professionalità e individualità con percorsi culturali, formativi e con epistemologie diverse poneva la questione di come armonizzare tra loro le differenze degli operatori del settore, mancando oltretutto uno o più modelli operativi di riferimento che consentissero di rendere l'intervento su scala nazionale anche solo lontanamente standardizzabile.

Il superamento del paradigma sociogenetico ha permesso agli operatori del settore di concepire il territorio non più come il luogo in cui il disagio psicologico nasce e si sviluppa, bensì come spazio in cui si costruisce l'intervento dei servizi psichiatrici. Luogo di interazione, dunque, di scambio e di confronto, la cui sopravvivenza è legata pro-

---

<sup>1</sup> F. Rossano "La funzione di organizzatore culturale della legge 180/78", in *Narrare i gruppi. Prospettive cliniche e sociali*, Anno II, Vol. 1, Marzo 2007, Padova University Press, <http://www.narrareigruppi.it/>

<sup>2</sup> A. Salvini, *Dizionario sulla storia delle scienze della psiche*, Einaudi, Torino, 2006.

prio alla capacità di entrare in relazione con quanto nel territorio è presente, in termini di strutture, associazioni, istituzioni, opportunità, persone. Il Legislatore ha inteso promuovere dei Servizi Territoriali concepiti come servizi “complessi”, ovvero luoghi in cui il disagio mentale viene affrontato attraverso professionalità e competenze diverse, momenti terapeutici diversificati, attraverso l'integrazione di ambiti clinici e riabilitativi, rapporti costanti con l'ambiente familiare, scolastico, lavorativo, sanitario. Questo cambiamento nella concezione di un servizio pubblico riflette anche il cambiamento paradigmatico con cui viene concepito e affrontato il disagio psichico<sup>3</sup>. Si pone dunque una questione culturale oltre che scientifica, alla base della quale troviamo la necessità di fondare una nuova operatività, capace di intercettare e rispondere adeguatamente ad una domanda di salute.

## 2. *Le strutture intermedie: il valore del gruppo di lavoro*

Durante le mie attività di ricerca e di approfondimento scientifico nei servizi pubblici psichiatrici di alcune realtà urbane del Nord-Est ho incontrato diverse situazioni terapeutiche e/o riabilitative che si svolgono nelle strutture intermedie: la finalità riabilitativa è diversa da quella psicoterapeutica. La riabilitazione se ben fatta si propone finalità emancipative ed è psicoterapeutica: la sua realizzazione passa attraverso un livello di attivazione di parti di sé, mani, parole, sensazioni etc. non ancora totalmente integrabili, di cui la mentalizzazione non è lo scopo principale, ma quello a cui la loro mediata integrazione tende. Dare una definizione all'espressione “strutture intermedie” non è affatto semplice. Non si tratta semplicemente di “luoghi” intermedi tra il ricovero in reparto psichiatrico e il rientro nella società, bensì si vuole includere nel significato dell'espressione anche il valore di spazio, un'area più o meno attrezzata, senza definizione rigida, senza una caratterizzazione strutturale determinata, nonché il significato di azione attiva intermediatoria tra il paziente e i terapeuti, tra il paziente e il suo contesto di appartenenza. *Strutture intermedie*, dunque, per indicare quei luoghi terapeutici e/o riabilitativi in cui gli utenti di un servizio psichiatrico pubblico non ristagnano in una incomunicabilità senza fine e in una dipendenza istituzionale patologica e patologizzante. Il valore delle strutture intermedie risiede nella loro funzione di risocializzazione degli utenti<sup>4</sup> che per motivi biografici hanno incontrato difficoltà sfociate poi, attraverso l'isolamento e la solitudine, in problematiche riassumibili in etichette diagnostiche, che poco sanno rendere ragione delle sofferenze personali e del vissuto di ognuno. La funzione risocializzante delle strutture intermedie è da intendersi come funzione profonda che restituisce all'individuo nuove basi comunitarie da cui riemergere per rifondarsi come persona e come attore sociale.

Sia nel centro di salute mentale, sia nella comunità riabilitativa, così come nel day-hospital psichiatrico ho lavorato con gruppi di utenti e con gruppi di operatori. Il gruppo e l'interpersonalità<sup>5</sup>, dunque, sono stati gli elementi stabili e trasversali ai vari

<sup>3</sup> G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1977; G. P. Turchi, A. Perno, *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*, Domeneghini, Padova, 2004.

<sup>4</sup> M. Dondoni, “Sostegno all'abitare: dalle comunità assistite e terapeutiche alla comunità. Esperienze a confronto sul disagio e la cittadinanza” in *Narrare il gruppo. Prospettive cliniche e sociali*, n. 2, pp. 117-122, Armando, Roma, 2004.

<sup>5</sup> A. Salvini, M. Guicciardini, *Interpersonalità, strumenti per l'indagine clinica dei processi interpersonali*, Unicopli, Milano, 1983.

contesti di formazione: il *setting* di lavoro si è basato sulla struttura relazionale dell'esperienza, della condivisione e del confronto in cui il tutto è più della somma delle parti. Ciò che accomuna i diversi *luoghi intermedi* è la parola, ovvero il principio in base al quale la cura e la riabilitazione psicologica e sociale passano attraverso l'articolazione di un discorso<sup>6</sup> che possa - in misura differente per ogni utente - riprendere il filo rosso che lega l'esperienza di ognuno e che ricuce gli strappi che i pazienti portano addosso come cicatrici. Molto spesso, infatti, le strutture intermedie si pongono come luoghi di sostegno per chi incontra ostacoli nell'articolazione e nella gestione della propria quotidianità relazionale, affettiva, lavorativa. Il più delle volte gli utenti che accedono ai gruppi organizzati nelle strutture intermedie sono utenti che hanno un trascorso alle spalle fatto di scompensi psicologici, ricoveri e ricadute. Un circolo vizioso che piano piano, anno dopo anno, impoverisce la vita relazionale degli utenti, fino a confinarli sempre più in una solitudine stigmatizzante, alimentando un processo di cronicizzazione difficile da scalfire<sup>7</sup>. Ecco allora che il gruppo diventa il luogo elettivo, lo strumento principe per fornire l'occasione agli utenti di trovare uno spazio di confronto, un luogo in cui sia possibile fare esercizio delle proprie capacità relazionali, un'opportunità per riprendersi la propria socialità, per sperimentare cosa significhi stare con gli altri<sup>8</sup>. Le strutture intermedie psichiatriche nascono dalla consapevolezza delle difficoltà che comporta la gestione di un paziente spesso ancora giovane, seguito da tempo, non istituzionalizzato ma che tende alla cronicizzazione<sup>9</sup>. Il fiorire di servizi psichiatrici sul territorio pone innanzitutto il problema delle interconnessioni tra le varie strutture<sup>10</sup>, problema non solo pratico (pensiamo all'ubicazione nel territorio di tali servizi e ai mezzi di trasporto per gli operatori e per i pazienti) ma anche e soprattutto problema di funzionalità, difficilmente concepibile senza un efficace sistema informativo. Come possono, infatti, le diverse strutture cooperare tra loro in vista dell'obiettivo comune (salute e tutela del paziente) se slegate e non coordinate da una visione di pianificazione che sia coerente con l'impostazione dell'intero servizio psichiatrico a cui le stesse fanno capo?

In questa cornice risulta chiaro che agli operatori dei servizi territoriali è stato richiesto uno sforzo aggiuntivo: nel passaggio tra vecchio e nuovo, sono stati chiamati a costruire attivamente (*bottom up*, cioè dal basso potremmo dire) i servizi territoriali, dovendo fare i conti con un'articolazione multidisciplinare e con la presenza di figure professionali diverse e nuove. Tutto ciò ha reso indispensabile un'organizzazione del lavoro di gruppo. Nella storia dell'organizzazione delle strutture intermedie, dunque, gli operatori sono stati chiamati da subito ad essere degli attivatori di processi, primi tra tutti

<sup>6</sup> M. Dondoni, "Il ruolo del linguaggio nella costruzione della realtà post-moderna" in *Narrare i gruppi. Prospettive cliniche e sociali*, Anno 2, Vol. 1, Marzo 2007. Padova University Press, <http://www.narrareigruppi.it/>

<sup>7</sup> M. Foucault, *Maladie mentale et psychologie*, Presses Universitaires de France, Paris, (trad. it. *Malattia mentale e psicologia*, Cortina, Milano, 1997); *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Seuil/Gallimard, Paris, 1999 (trad. it. *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano, 2000).

<sup>8</sup> G. Lo Coco G., C. Prestano C., G. Lo Verso (a cura di), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*, Cortina, Milano, 2008.

<sup>9</sup> M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Éditions Gallimard, Paris, 1972 (trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 1998 b); E. Goffman, *Asylums*, Edizioni di Comunità, Torino, 1961.

<sup>10</sup> M. Dondoni et Al., *Sviluppo locale partecipato e sostenibile. Territorio, interazioni e reti sociali*, Cleup, Padova, 2006.

quello di cambiamento e di empowerment (ovvero promozione delle risorse individuali e di gruppo a livello di comunità) intesi come strumenti atti a costruire – da parte degli utenti - una versione alternativa di sé.

L'operatore delle strutture intermedie si trova così a dover lavorare su più fronti: non più solo con l'utente, ma anche con l'intero gruppo di lavoro del proprio servizio e con gli operatori delle altre strutture, dal momento che spesso gli utenti che afferiscono a questo tipo di servizi "migrano" da una struttura intermedia all'altra. Il gruppo di lavoro diventa così l'interfaccia con cui confrontarsi costantemente nel progettare e realizzare insieme all'utente un percorso riabilitativo condiviso. Spesso il gruppo di lavoro svolge una funzione di sostegno nei confronti del terapeuta e degli operatori che nel gruppo, appunto, trovano lo spazio fisico e simbolico in cui poter verbalizzare le proprie emozioni e il proprio vissuto. Lo strumento principe della professione per gli operatori del settore è infatti quello emotivo: la possibilità dunque di automonitorare i propri vissuti in relazione al lavoro che gli operatori svolgono con i pazienti e con i colleghi diventa uno strumento formativo<sup>11</sup>. Le emozioni si configurano come strumenti conoscitivi fondamentali, a patto di saperne comprendere il linguaggio. Non ci informano su *cosa* vediamo, ma su *come* guardiamo. Il loro codice è relazionale e analogico<sup>12</sup> e in quanto tale risente degli elementi anche contestuali (*frames*) in cui l'interazione si declina<sup>13</sup>. Gli operatori delle attività espressive in particolare si trovano a lavorare con le emozioni e l'affettività che passano attraverso il corpo e attraverso di esso si manifestano ed esprimono. La comunicazione verbale e quella non verbale veicolano messaggi di registro differente: chi lavora a contatto con le persone e in particolare chi ha compiti di cura e/o riabilitativi deve considerare che lo scambio comunicativo con l'utente e con il collega e per esteso con il gruppo è sempre realizzato attraverso l'utilizzo, spesso inconsapevole e automatico, di entrambi i moduli comunicativi. L'attenzione a questo particolare aspetto della comunicazione risulta maggiormente importante nella lettura di tutte quelle situazioni ambigue in cui con le parole si dicono delle cose e con il corpo se ne dicono altre. I gesti, le posizioni del corpo, l'espressione del volto, le inflessioni della voce, la sequenza, il ritmo, la cadenza delle parole così come di ogni altra forma di espressione non verbale diventano l'oggetto di osservazione da cui l'operatore può trarre una serie di informazioni che vanno oltre il contenuto, per raccontarci del processo che la persona attiva<sup>14</sup>.

Alla luce della possibilità di riflettere sul "come" si lavora, si ha l'occasione per ripensare strategie che si rivelano inefficaci e per rivedere la propria modalità di intervento caso per caso. La possibilità di "pensarci su" dunque è già di per se stessa uno strumento nelle mani dell'intero gruppo di lavoro e del singolo operatore.

È da questi presupposti che nasce il tentativo di dar vita ad una nuova forma di intervento che si struttura come sostegno ad un gruppo di operatori, per lo più infermieri dell'area psichiatrica, e che ha come obiettivo quello di accrescere i livelli di consapevolezza degli stessi in merito al proprio ruolo e alla propria identità professionali.

<sup>11</sup> A. Salvini, *Argomenti di Psicologia Clinica*, Domeneghini, Padova, 1998.

<sup>12</sup> G. Braidì, G. Cavicchioli, *Conoscere e condurre i gruppi di lavoro. Esperienze di supervisione e interventi nei Servizi alla persona*, Franco Angeli, Milano, 2006.

<sup>13</sup> M. Dondoni, M. D'Alema, "Il ruolo del linguaggio nella costruzione sociale delle comunità locali e delle società complesse" in *Processi partecipativi e sviluppo sostenibile*, a cura di M. D'Alema, G. Licari, P. Cori, Cleup, Padova, 2010.

<sup>14</sup> P. Watzlawich, J. H. Beavin, D. D. Jackson, *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1967.

### 3. I gruppi di attività espressive

Un setting particolare è rappresentato dai gruppi di attività espressive o gruppi di arte-terapia: le terapie che avvengono attraverso l'espressione tentano di favorire la conoscenza e la maturazione della persona utilizzando delle mediazioni più ampie rispetto alla sola verbalizzazione. Lo scopo è lo sviluppo dell'atto espressivo che è un atto creativo, anche se non mira a finalità estetiche, ma terapeutiche appunto. Attraverso i gruppi di attività espressive il paziente ha la possibilità di scoprirsi nell'assunzione di nuovi ruoli e nell'articolazione di nuove rappresentazioni di sé<sup>15</sup>. Per i gruppi di pittura in particolare, tale scoperta avviene principalmente nella relazione con il foglio, i colori, la stanza in cui avviene il laboratorio di espressione e con le persone curanti che conducono il gruppo (di solito co-conduttori, due persone del gruppo curante, siano essi medici, infermieri, educatori), nonché con gli altri utenti. I gruppi di attività espressive favoriscono processi di mentalizzazione ovvero favoriscono l'acquisizione da parte degli utenti della capacità di rappresentarsi internamente i propri stati mentali e quelli altrui, nonché la capacità del pensiero di esprimersi come attività simbolica concettuale ad esempio proprio attraverso l'artefatto artistico o il prodotto dell'attività espressiva.

Nell'evoluzione storica di questo tipo di gruppi un posto particolare occupa il contributo di Max Pages, l'inventore del laboratorio polivalente dove ai pazienti sono offerti molti *media* (nel senso di qualità che permette il passaggio dell'emozione, dell'informazione, del simbolo e del messaggio). In tale ottica, viene privilegiato il movimento espressivo (processo) più che l'analisi del senso (contenuto). La significatività si esprime e va ricercata soprattutto nelle interazioni espressive con il conduttore del gruppo<sup>16</sup>. Nella prospettiva indicata da Pages, il conduttore del gruppo di attività espressive ricopre un ruolo tutt'altro che neutro: egli è il motore del laboratorio espressivo, è colui che incita emotivamente l'utente a sperimentarsi nella mediazione simbolica e creativa con il foglio bianco da dipingere. È il ponte che fa da tramite tra l'utente e la sua espressività. Di fondamentale importanza è dunque il ruolo che gli operatori del settore ricoprono nei gruppi di attività espressive. Essi rappresentano molte volte il primo nodo che gli utenti riescono a riallacciare con una dimensione di socialità; è nell'interazione con gli operatori che i pazienti, pur a fatica, ricominciano ad appropriarsi della propria propensione alla relazione, propensione che tutti abbiamo, ma che in alcuni casi ha bisogno di essere ricercata, ritrovata, aiutata. Nel gruppo di attività espressive gli aspetti verbali della comunicazione passano in secondo piano, mentre lo sguardo, il modo di accogliere l'utente e di muoversi nello spazio del laboratorio, il clima relazionale che riesce a costruire e a far percepire ai pazienti diventano la materia su cui l'operatore stesso è continuamente chiamato ad interrogarsi, nella prospettiva di rendere efficace ed efficiente la sua prestazione<sup>17</sup>. Partendo dall'assioma che non si può non comunicare<sup>18</sup>, l'operatore delle attività espressive è chiamato ad operare un costante automonitoraggio non solo su cosa dice, ma su come lo dice, non solo su cosa fa, ma su come lo fa. Il come, dunque, pone la questione della qualità: soprattutto della qualità della relazione con l'utente, ma anche con se stesso e con il proprio lavoro.

<sup>15</sup> A. Salvini, *Diversità, devianze e terapie*, Domeneghini, Padova, 2002.

<sup>16</sup> L. Bianchera, B. Vezzani, *I sentieri della qualità*, Unipress, Padova, 2000.

<sup>17</sup> E. Goffman, *Espressione e identità*, il Mulino, Bologna, 1961; *Stigma*, Ombre Corte, Verona, 1963.

<sup>18</sup> P. Watzlawick et Al. *op. cit.*

Sempre più centrale diventa la sua figura, il suo ruolo, nel pensare e articolare un gruppo di attività espressive. Spesso si tratta di infermieri psichiatrici che hanno maturato una competenza specifica sul campo, oltre - in molti casi - ad aver acquisito specifiche abilità attraverso training formativi personali. È l'infermiere o l'educatore il più delle volte ad occuparsi di accogliere gli utenti nel gruppo espressivo e a costruire le condizioni perché questi ultimi possano dire attraverso la pittura ciò che non riescono a esprimere a parole. Nella relazione con il paziente, il principale strumento che l'infermiere utilizza è se stesso, con i propri vissuti emotivi: l'uso delle proprie emozioni è indispensabile per orientarsi nel delicato compito di costruire un clima di fiducia e di collaborazione nel e tra il gruppo degli utenti. L'infermiere diventa egli stesso tramite attraverso cui il paziente si riappropria della possibilità di sperimentare un diverso modo di stare con se stesso e con gli altri. In questa dinamica entrano in gioco dimensioni importanti quali il tempo, la speranza e il desiderio. È sulla base di questi presupposti che vorrei raccontare l'esperienza del gruppo operatori delle attività espressive del 1° Servizio Psichiatrico di Padova, gruppo che ho condotto e seguito per sei mesi.

#### 4. Costruire un processo di consapevolezza: l'esperienza del gruppo operatori delle attività espressive

Il progetto mi è stato proposto, a conclusione del mio ultimo anno di tirocinio di specializzazione, svolto quasi interamente nelle varie strutture intermedie del 1° Servizio Psichiatrico, dalle dottoresse responsabili dei Centri Diurni e del Day Hospital Territoriale, al fine di avviare dal basso e da uno scambio gestito tra "addetti ai lavori", una riflessione sulle attività a mediazione artistica. Da diversi anni, infatti, la richiesta di formazione in tal senso continuava ad essere riproposta, senza evidentemente trovare, nelle varie esperienze, risposte adeguate. La stragrande maggioranza degli operatori, responsabili comprese, aveva goduto di specifici e prolungati training in arte terapia, e qualcuno aveva qualifiche professionali in tal senso. La proposta è stata allargata a tutti gli operatori coinvolti in queste attività e quindi anche a quelli della Comunità Riabilitativa Protetta.

Nel costruire il mio intervento con il gruppo di operatori delle attività espressive, il primo passo è stato quello di ridefinire i contorni della richiesta. Non si è trattato di condurre un gruppo di supervisione, bensì un gruppo che aveva come obiettivo il *mettere a fuoco* alcuni aspetti relativi alla propria pratica di operatori, che coordinano e/o conducono i gruppi di attività espressive. In qualità di osservatrice esterna alle dinamiche che caratterizzano il lavoro degli operatori nei vari contesti, ho raccolto il "testo" delle loro esperienze, competenze e conoscenze e, in base ai principi di *pertinenza e adeguatezza*, ho riproposto alla loro riflessione aspetti della pratica quotidiana del loro operato, che vengono dati per scontati e il cui utilizzo è implicito. Nel fare ciò ho rilevato, attraverso le loro narrazioni, quelli che possono essere definiti punti critici<sup>19</sup>, intendendo con tale espressione tutti quegli aspetti del loro lavoro che sono suscettibili di cambiamento. In tal senso ha preso avvio quello che potremmo definire un *processo di consapevolezza* rispetto al "saper fare" e al "saper essere" dell'operatore, rispetto al

<sup>19</sup> Per *punto critico* in Fisica si intende il punto in cui una sostanza, ad esempio l'acqua, modifica il suo stato: da liquido a gassoso oppure solido. Per punto critico, dunque, si intende una situazione in cui avviene un cambiamento o nella quale quest'ultimo è possibile che si verifichi.

proprio ruolo professionale e alle diverse questioni che fanno del lavoro di questi operatori un intervento terapeutico.

Per usare una metafora, possiamo dire che abbiamo scelto di utilizzare una lente che ci permettesse di fotografare alcuni spaccati di vita professionale all'interno delle strutture intermedie, nelle quali gli operatori svolgono la loro attività. L'accento della riflessione è stato volutamente posto sul "fare" degli operatori: l'azione, e dunque l'assunzione di responsabilità, permette di scoprire punti di vista "altri" e visioni alternative delle situazioni, molto spesso, di sofferenza e dolore, con cui gli operatori si trovano a lavorare, andando così a scalfire l'idea di una realtà che si presenta come l'unica possibile. In qualità di agenti di cambiamento gli operatori devono essere in grado, invece, di costruire, proporre e ampliare le possibilità di scelta degli individui, che si rivolgono ad un servizio pubblico. Particolare importanza è stata data: 1) alla capacità degli operatori di restituire ai pazienti la consapevolezza delle proprie emozioni e la sensazione di poter trovare uno spazio in cui esprimere o depositare i propri vissuti; 2) al gruppo come spazio terapeutico in cui si ricomincia ad essere e significare come persona e di conseguenza all'attività espressiva come occasione per intercettare elementi biografici dell'utente; 3) al gruppo di attività espressiva come il luogo in cui l'utente esprime attraverso la rappresentazione grafica/motoria, ciò che sente, ma che non ha ancora parole per poter essere detto: nel disegno ad esempio compare qualcosa di più primitivo, non in senso temporale, ma organizzativo, delle parole, e diventa occasione per accedere a rappresentazioni di sé altrimenti non raggiungibili; 4) viene posto anche il tema del silenzio, del rapporto con l'intimità con se stessi, che si esprime attraverso il colore e non le parole.

#### 4.1. Punti critici rilevati

Di seguito vengono descritti i punti critici rilevati dall'analisi del percorso di consapevolezza intrapreso con gli operatori che conducono gruppi di attività espressive nelle strutture intermedie<sup>20</sup> prese in esame.

#### 5. *Alla ricerca di una definizione*

Il primo aspetto critico consiste nella necessità, per ogni operatore, di chiarire il significato di "attività espressiva" rispetto a "arte-terapia" e le eventuali distinzioni tra le due connotazioni<sup>21</sup>. Pur essendo etichette linguistiche diffuse e conosciute tra gli addetti ai lavori, sembra che il concetto si costruisca più attraverso un dare per scontato il suo significato che non tramite una concreta problematizzazione degli aspetti, che contribuiscono a costituire la complessità di questi momenti di sostegno/cura. Tale ambiguità di fondo si riflette anche nel significato che gli operatori stessi attribuiscono al gruppo espressivo: qualcuno lo intende come spazio transizionale, qualcun altro come spazio di sostegno e/o di accompagnamento emotivo.

---

<sup>20</sup> Due Centri Diurni, una Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta e un Day Hospital Territoriale.

<sup>21</sup> Da qui in poi mi riferirò ai gruppi condotti dagli operatori usando l'etichetta linguistica "attività espressive", dal momento che essa possiede un alone semantico più ampio e pertanto include maggiormente le diverse attività menzionate dagli operatori.

## 6. *L'eterogeneità come risorsa*

Trattandosi di gruppi che avvengono in strutture intermedie diverse (Day-Hospital Territoriale, Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta, Centro Diurno) vengono anche gestiti in molti modi diversi, date le differenze dei contesti, degli operatori e degli utenti e dei diversi momenti nell'organizzazione giornaliera in cui si svolgono.

Ritengo che ciò possa costituire un aspetto critico della riflessione in oggetto: non sempre infatti gli operatori dispongono di spazi e mezzi adeguati alle attività che vi si svolgono e non sempre le condizioni, in cui i gruppi vengono condotti, sono facilmente confrontabili tra loro. Tuttavia, ciò non costituisce un problema, ma una differenza significativa che caratterizza i tre contesti. Gli operatori pertanto, pur nella disponibilità al confronto, divengono consapevoli che non sempre le esigenze e le difficoltà riscontrate in un gruppo, così come anche i punti di forza, sono necessariamente confrontabili con le realtà "altre" dei colleghi. Se da un lato ciò può provocare un qualche vissuto di spaesamento e solitudine, dall'altro rende unico "quel" gruppo e il lavoro che gli operatori fanno con i loro utenti, proprio in "quel" contesto.

## 7. *La costruzione dell'identità professionale*

Una questione particolarmente importante riguarda l'identità professionale di ognuno di loro, l'assunzione e l'auto ed etero-riconoscimento del proprio ruolo all'interno delle strutture di appartenenza. Diversi operatori si sono mostrati alla ricerca di indicazioni su "come debba essere fatto" o su "come ci si debba comportare", sottolineando più gli aspetti problematici del proprio lavoro che non i punti di forza. In particolare, sono state espresse difficoltà sia a livello relazionale con i pazienti all'interno dei gruppi espressivi, sia a livello delle capacità e delle competenze necessarie per gestire tali gruppi. Ci si è chiesti se un metodo possa diventare *il metodo*: rispetto agli obiettivi legati al ruolo professionale degli operatori (intesi come agenti di cambiamento) appare più funzionale la possibilità di lavorare in maniera idiografica (sul singolo caso, decidere di volta in volta a seconda del paziente o del gruppo e della sua storia, lavorare sulla verità narrativa) e non nomotetica (cioè, per leggi e regole fisse, verità storica). A tal proposito, il lavoro svolto durante il percorso di consapevolezza è stato teso proprio a ristabilire il riconoscimento di un ruolo professionale, costituito da attribuzioni di competenza e di capacità personali di relazionarsi con un'utenza spesso "difficile", capacità maturate durante un lungo training formativo, costruito in tanti anni di esperienza, di lavoro sul campo. È stato sottolineato come sia determinante l'aspetto decisionale, l'assunzione di responsabilità dell'operatore circa le proprie scelte in ambito organizzativo e durante le sedute del gruppo, a cui è preposto. In particolare, un aspetto critico riguarda proprio la conduzione dei gruppi da parte degli operatori, i quali non sempre si riconoscono le capacità (comunicative e relazionali) e le competenze necessarie per portare a buon fine il lavoro. Non va sottovalutato il ruolo che - a fronte di quanto emerso durante questo percorso - ha l'aspettativa dell'operatore nei confronti del gruppo che conduce e/o a cui partecipa, sulla percezione del proprio senso di efficacia e di autostima. Infine, si è profilata la necessità di usare termini adeguati e condivisi, un linguaggio comune, nel riferirsi al proprio operato professionale perché venga recepito, dai referenti della cura, esterni alla struttura: assumersi la responsabilità

di scegliere cosa fare, come farlo e quando farlo sulla base del riconoscimento delle proprie competenze e del proprio ruolo, include anche la sua trasmissibilità.

#### 8. *La necessità di distinguere tra processo e contenuto*

In qualità di operatori, gli infermieri e gli educatori, che si occupano dei gruppi di attività espressive, sono esperti delle modalità con cui le persone si esprimono e abili lettori di processi, più che di contenuti. I *processi* e i *contenuti* vanno distinti tra loro. Funzione dell'operatore è costruire condizioni, affinché gli utenti possano esprimersi in rapporto agli strumenti e alle persone. Dunque non è tanto importante dare un'interpretazione al disegno, quanto favorire che la persona possa esprimersi in/attraverso quel disegno. A tal proposito, diventa critica la particolarità di alcuni gruppi, in cui gli operatori si alternano nella conduzione, che può essere considerata un limite o piuttosto una risorsa. È una risorsa a patto che gli operatori condividano la stabilità delle condizioni, che innescano processi e ci sia tra loro un passaggio accurato e trasparente di consegne.

#### 9. *La percezione della dimensione temporale*

Altro punto critico per gli operatori è la gestione della dimensione temporale degli utenti: «*l'abbiamo noi dentro il tempo che passa per gli utenti*». Il fattore *tempo* sembra essere determinante: ci si riferisce ai tempi di inserimento e di permanenza degli utenti nel centro diurno e in generale nelle strutture intermedie in cui si svolgono i gruppi di attività espressive.

Si è parlato di un "tempo giusto": l'espressione sta ad indicare l'attenzione da parte degli operatori al rischio di cronicizzazione (un tempo troppo lungo) e a quello insufficiente a stabilire una relazione significativa con l'utente (un tempo troppo breve). Ricordando che ogni utente ha una propria storia e i propri tempi, con l'espressione "tempo giusto" (quantificabile in più o meno un anno) si è inteso sottolineare i seguenti aspetti: 1) la costruzione di una relazione di fiducia (di sé da parte dell'utente, dell'operatore, del gruppo) basata sulla condivisione di una configurazione di realtà in cui vi sia la compartecipazione (dell'operatore, dell'utente, del gruppo) dei significati contestuali, di un linguaggio comune, di un sistema di valori, norme e regole; 2) la costruzione dell'alleanza terapeutica, ovvero di una relazione tra operatore e utente/gruppo volta al cambiamento, in cui si possa ipotizzare che il «*Non essere più quelli di prima*», non valga solo per gli utenti.

La dimensione temporale risulta essere particolarmente significativa per le attività espressive. Un tempo è di per sé necessario per costruire una relazione, sia essa riabilitativa o terapeutica, e le attività espressive, per di più, stimolano stati emotivi che l'utente deve imparare a padroneggiare e a condividere con se stesso, oltre che con gli altri. Tra percezione, realizzazione e simbolizzazione (intesa come capacità di astrazione che collega il vissuto al prodotto dell'attività espressiva, che rende simbolo il segno) è necessario un tempo che non è quantificabile in maniera standardizzata, ma è un tempo diverso e unico per ciascun paziente. Tali acquisizioni non sono date una volta per tutte, bensì esse rientrano in un quadro evolutivo individuale.

### 10. *Il momento dell'accoglienza*

Gli utenti transitano, spesso, da una struttura all'altra e affidano ai Servizi una loro memoria. Che cosa si sedimenta e che cosa si modifica nel cambiare gruppo, cambiare situazione? Chi tiene le fila delle trasformazioni, degli adeguamenti e delle ripetitività dell'utente? Gli operatori si chiedono come accogliere gli utenti. L'eterogeneità stessa del gruppo (età, durata della presa in carico, ecc.) pone il tema dell'accoglienza: è difficile cogliere, al di là della pertinenza dell'indicazione, quali siano le condizioni per un "accogliente" inserimento in una attività. Il momento dell'accoglienza diventa specifico nelle attività espressive, nel senso che costituisce un nodo problematico: al di là delle modalità organizzative di ogni Servizio, il momento dell'incontro pone la questione dell'allacciare un legame che, per quanto volutamente aleatorio, deve divenire tenace.

Questo aspetto potrebbe essere approfondito, valorizzando il momento dell'accoglienza, in base alla sua coerenza rispetto agli obiettivi terapeutici del gruppo. Ciò costituisce un elemento di confronto su cui gli operatori possono scambiarsi esperienze e saperi, nella consapevolezza che è l'obiettivo a performare il proprio operato: è chiaro, però, che il risultato non può prescindere dagli elementi relazionali, contestuali, emotivi, che l'operatore decide di mettere in campo.

ad interventi individualizzati

### 11. *La dinamica osservatore/osservato nel processo comunicativo tra operatore-utente-gruppo*

La dinamica osservatore/osservato è circolare e non lineare: non sempre è (solo) l'utente ad essere osservato, mentre si osserva si è anche osservati e viceversa. Si pone nuovamente la questione di quali messaggi, sensazioni, informazioni, l'operatore trasmetta all'utente e al gruppo con la propria presenza e il proprio *modus operandi*.

Emergono interesse e attenzione per l'aspetto pragmatico del proprio operato, senza dimenticare che il silenzio e la presenza sono una comunicazione e dunque un "fare". È impossibile non comunicare. Ciò vale sia per gli operatori che per gli utenti. Il fare dell'operatore che conduce e/o partecipa al gruppo di attività espressive molto spesso consiste nel costruire le condizioni perché, nel qui ed ora dell'attività, abbiano luogo per l'utente delle auto-restituzioni, degli auto-rispecchiamenti. Quando, inoltre, un disegno può considerarsi una comunicazione? Questo rappresenta un vero e proprio punto critico, dal momento che un segno sulla carta non è una comunicazione di per sé: quel segno diventa un messaggio solo quando lo investiamo di significato. Pensiamo, ad esempio, al "*il coraggio di provarci*" di fronte al timore del foglio bianco, del giudizio, della valutazione, dell'essere osservati.

### 12. *Quando avviene un cambiamento?*

Un altro punto critico è quando un cambiamento da parte degli utenti si possa considerare tale. In qualità di agenti di cambiamento, gli operatori dovrebbero essere in grado di volta in volta, di caso in caso, di indossare le lenti più adeguate e funzionali a saper cogliere i cambiamenti dell'utente che hanno di fronte. Ciò rinvia sistematicamente alla questione dei "criteri" con cui si decide di leggere l'evoluzione della storia

dell'utente. Gran parte del lavoro riabilitativo si fonda su una comunicazione tra l'utente e gli operatori, tra l'utente e il gruppo e tra l'utente e parti di sé, funzionale a ristabilire una migliore qualità della vita per gli utenti stessi. Il ruolo dell'operatore prevede la capacità di intercettare l'intenzionalità comunicativa dell'utente stimolata dall'attività espressiva, che mira a far esperire stati d'animo alternativi a quelli di disagio e sofferenza.

### 13. *Al di là del bene e del male*

Il peso del giudizio e della valutazione del proprio operato hanno particolarmente caratterizzato il gruppo di operatori coinvolto in questo processo di consapevolizzazione, relativo al proprio ruolo nelle attività espressive, e non è stato facile svincolare il fare professionale da un giudizio di valore. Attraverso l'esercizio fenomenologico dell'*epoché*, ovvero della messa tra parentesi del giudizio, ci si è chiesti – al di là di cosa sia bene o male, giusto o sbagliato, buono o cattivo – che senso e che efficacia abbiano le azioni messe in campo, in vista degli obiettivi prefissati. Se sono gli obiettivi a performare il fare dell'operatore, l'area del giudizio, che egli stesso dà di sé o che attribuisce all'utente e/o al proprio superiore, risulta meno invasiva e maggiormente limitata e circoscritta.

Tale consapevolezza si riflette anche nello stile di conduzione, lasciando l'operatore più libero di ascoltarsi, senza timore di essere giudicato e di affidarsi nell'agire anche alle conoscenze e competenze, maturate negli anni di esperienza. La conduzione ideale si riferisce ad uno stile autorevole ed assertivo, né autoritario né un *laissez faire*, in cui l'operatore utilizzi pienamente la propria esperienza, desunta e arricchita dal training formativo, come medium per entrare in relazione con l'utente. L'assenza di uno sguardo giudicante su se stesso mette al riparo l'operatore dalla non auspicabile eventualità di usare uno sguardo giudicante sull'attività del paziente: si crea così una sorta di ponte metacomunicativo che permette al paziente di entrare a fare attivamente parte del setting delle attività espressive.

### 14. *La necessità di stabilire dei criteri di inserimento*

E' emerso, infine, il tema dei criteri, ovvero in base a quali particolari aspetti, requisiti, indicatori, si decida di inserire un utente in un gruppo di attività espressive. Questo aspetto si è profilato come particolarmente critico perché tocca e ridefinisce l'assetto organizzativo delle strutture (criteri e modalità di ricezione degli invii) e non solo quello operativo dei gruppi di attività espressive. Rappresenta, però, un'area in cui gli operatori sono chiamati a confrontarsi e a costruire delle linee guida, che potranno costituire una sorta di "manuale per l'uso", attraverso il quale mettere a frutto strumenti e conoscenze, che gli operatori hanno maturato nella e attraverso la loro esperienza.

15. *Riflessioni conclusive*

A fronte di quanto sostenuto nel presente articolo, non è mai sufficiente sottolineare quanto il prendersi cura di pazienti con disagio psicologico, soprattutto se grave, sia un compito difficile e complesso, che richiede non solo buona volontà e capacità personali di disponibilità ed empatia, ma anche conoscenze, formazione, esperienza. In qualità di conduttori di gruppi di attività espressive, gli operatori si ritrovano impegnati in un lavoro di cura che richiede in genere un tempo e disponibilità peculiari, che hanno a che fare con il mettersi in gioco in una relazione, definibile ad “alta tensione emotiva”. Il rischio di essere coinvolti in situazioni che possono creare stati d'animo di confusione, perplessità, disagio, senso di impotenza, sopraffazione è sempre in agguato: nell'attività espressiva gli operatori si trovano a confrontarsi con nuclei emozionali arcaici, qualcosa di più primitivo delle parole, portati dai pazienti, che l'operatore è chiamato, per mandato istituzionale della cura, ad intercettare e di cui deve farsi carico, trovando modalità adeguate di accoglimento ed eventuale esplicitazione, nella relazione con l'utente. Gli operatori delle strutture intermedie, inoltre, sono sempre più spesso chiamati a farsi *nodo*, a costituire cioè un punto di raccordo nella ricostruzione della socialità del paziente, ponendosi come figure di mediazione tra il disagio dell'utente, la struttura intermedia e il territorio, nonché il contesto relazionale (sia esso familiare o lavorativo) a cui il paziente deve fare ritorno nel suo processo riabilitativo. Le strutture intermedie sono dunque il cuore pulsante artificiale di ogni servizio psichiatrico e in esse gli operatori, consapevolmente, svolgono un ruolo centrale nel processo riabilitativo dell'utente psichiatrico. La loro professionalità e il loro impegno umano ed emotivo, sottendono una fondamentale “mission”: riuscire a intravedere e a far intravedere alla società, la possibilità di reintrodurre i pazienti in un tessuto sociale più ampio, evitando derive di cronicizzazione e altre forme di istituzionalizzazione degli utenti, che a queste strutture afferiscono.

Tramite “oggetti mediatori”, si cerca quotidianamente di *riabilitare* un circuito relazionale che faciliti il reinserimento socioculturale dell'utente. Tra l'utilizzo dei vari oggetti mediatori quelli utilizzati dalle attività espressive, hanno senza dubbio un'importanza centrale: da più parti viene infatti sottolineato come lo *sviluppo della creatività*, nelle sue varie espressioni, stimoli la relazione, creando un clima positivo, che favorisce e rende tollerabile l'esplorazione personale. Attraverso il processo di mediazione rappresentato dall'attività espressiva si definisce infatti uno spazio personale per l'espressione di contenuti emotivi.

Questo itinerario di consapevolezza ha mostrato come insieme agli aspetti critici, specifici di quel gruppo di lavoro, ma non solo, vi sia ormai una cultura consolidata, a volte data per acquisita, intorno all'uso di tecniche espressive in ambito psichiatrico e soprattutto all'interno della strategia riabilitativa, che parte dalla presa in carico della utenza, attraversa la riacquisizione di abilità che ripristinano un contatto con la realtà, e si conclude con l'inserimento nella realtà sociale. Si è rivelato utile<sup>22</sup> e necessario, però, creare anche momenti per così dire di manutenzione dei dispositivi approntati, attraverso cui verificare dall'interno il proprio grado di salute e funzionalità, diversamente, o a completamento, della formazione, che a volte ingolfa, anziché nutrire operatori

---

<sup>22</sup> Ci si riferisce all'esito positivo di un questionario di gradimento, somministrato al gruppo di operatori al termine dell'esperienza, che per esigenze di spazio non è stato possibile considerare

confusi o lasciati soli nella revisione e soprattutto attualizzazione di obiettivi, complessi e mai esaustivi, come quelli della cura psichiatrica.

### Bibliografia

- Bateson G., (1977), *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi.
- Bianchera L., Vezzani B., (2000), *I sentieri della qualità*, Padova, Unipress.
- Braidì G., Cavicchioli G., (2006), *Conoscere e condurre i gruppi di lavoro. Esperienze di supervisione e interventi nei Servizi alla persona*, Milano, Franco Angeli.
- Dondoni M., (2004), Sostegno all'abitare: dalle comunità assistite e terapeutiche alla comunità. Esperienze a confronto sul disagio e la cittadinanza. *Narrare il gruppo. Prospettive cliniche e sociali*, n. 2, pp. 117-122, Roma, Armando.
- Dondoni M. et al., (2006), *Sviluppo locale partecipato e sostenibile. Territorio, interazioni e reti sociali*, Padova, Cleup.
- Dondoni M., (2007), Il ruolo del linguaggio nella costruzione della realtà post-moderna, in *Narrare i gruppi. Prospettive cliniche e sociali*, Anno 2, Vol. 1, Marzo 2007. Rivista con referee, Edizioni Padova University Press, <http://www.narrareigruppi.it/>
- Foucault M., (1954), *Maladie mentale et psychologie*, Presses Universitaires de France, Paris, (trad. it. *Malattia mentale e psicologia*, Cortina, Milano, 1997).
- (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Éditions Gallimard, Paris, (trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 1998 b).
  - (1999), *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Seuil/Gallimard, Paris, (trad. it. *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano, 2000).
- Goffman E., (1961a), *Asylums*, Torino, Edizioni di Comunità, 2001.
- (1961b), *Espressione e identità*, Bologna, il Mulino, 2003.
  - (1963), *Stigma*, Verona, Ombre Corte, 2003.
- Lo Coco G., Prestano C., Lo Verso G., (a cura di) (2008), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*, Milano, Cortina.
- Lo Coco G., Lo Verso G., (2006), *La cura relazionale*, Milano, Cortina.
- Rossano F., (2007), La funzione di organizzatore culturale della legge 180/78, in *Narrare i gruppi. Prospettive cliniche e sociali*, Anno II, Vol. 1, Marzo 2007, Padova University Press, <http://www.narrareigruppi.it/>
- Salvini A., (2006), *Dizionario sulla storia delle scienze della psiche*, Torino, Einaudi.
- (2002), *Diversità, devianze e terapie*, Padova, Domeneghini.
  - (1998), *Argomenti di Psicologia Clinica*, Padova, Domeneghini.
  - con Guicciardini M. (1983), *Interpersonalità, strumenti per l'indagine clinica dei processi interpersonali*, Milano, Unicopli.
- Turchi G. P., Perno A., (2004), *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*, Padova, Domeneghini.
- Watzlawich P., Beavin J. H., Jackson D. D., (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio, 1971.