

Davide Motta

## PSICO(TICO)DRAMMA La "follia" dello psicodramma per uno psicodramma della follia

### CAPITOLO 1

#### Introduzione

*"Tutto il compito dell'uomo pare che consista effettivamente solo in questo: che l'uomo dimostri a se stesso tutto il tempo che è un uomo e non una canna d'organo."*

(F.M. Dostoevskij)

Sono fermamente convinto dell'importanza, per chiunque voglia diventare psicoterapeuta, dell'importanza di un lavoro di conoscenza di sé, di psicoterapia personale, di auto-osservazione, di disponibilità a mettersi in gioco. Supportato da più di una ricerca, mi sento sicuro di poter affermare che è l'individualità del terapeuta a far funzionare una psicoterapia, e non il metodo scelto: quest'ultimo, a mio parere, acquista di efficacia solo se ben si adatta alla personalità di chi lo utilizza: non è, di per sé, efficace o non efficace. In termini moreniani, potremmo affermare che vi deve essere un tele di attrazione tra lo psicoterapeuta e la teoria cui egli si appoggia per fare il proprio mestiere.

Coerentemente con questa idea, ritengo significativo iniziare la mia tesi di specializzazione con alcune parole su di me e sul mio percorso di formazione.

In effetti, non mi sento di poter dire che questo sia stato lineare: ho, infatti, incontrato due volte lo psicodramma in università a Padova, in 2 sessioni dimostrative tenute in aula, e devo dire che in entrambi i casi il mio pensiero è stato: "questa roba non fa per me." Effettivamente, pensando alla mia storia, non si può parlare proprio di un colpo di fulmine; e, più in generale, l'approccio con la psicoterapia di gruppo è stato piuttosto conflittuale. Ricordo, a questo proposito, la fase di contrattazione con quella che sarebbe poi diventata la mia psicoterapeuta, la dottoressa Paola Ronchetti: da gruppoanalista, date le mie difficoltà economiche, ha insistito nel propormi di entrare a far parte di un gruppo; e io con altrettanta, testarda insistenza, ho rifiutato. Mi spaventava, l'idea del gruppo, temevo il giudizio altrui e di non aver la capacità di essere adeguato io. Alla fine, la ebbi vinta io e il mio percorso fu individuale!

In quel periodo, all'università, ero membro di un gruppo di studio, i "Lapsusblu", formato da me ed altri 7 studenti, nato con l'intento di approfondire, conoscere e possibilmente applicare l'approccio fenomenologico in psicologia. In quella circostanza, mi sento di poter dire che sperimentammo tutta la gamma delle dinamiche distruttive che esistono in un gruppo lasciato a dinamica libera, fino ad arrivare alla morte del gruppo stesso.

Questo era il background esperienziale che mi portavo dietro quando ebbi il mio terzo contatto con lo psicodramma: fu nel 2003, ero in cerca di tirocinio post-lauream, e mi rivolsi con enorme titubanza allo "studio di psicodramma"... esclusivamente perché non trovavo altro! Da lì, fu un crescendo: il colloqui col dott. Boria, così cordiale, accogliente... la prima sessione aperta con lui, una rivelazione... da qui la decisione di accettare il tirocinio in quella sede... la partecipazione al gruppo dei tirocinanti, condotto dalla dott.ssa Maria Caterina Boria... e poi il mio primo "psicodramma a più voci", con l'esperienza di essere protagonista di un lavoro condotto dal dott. Dotti. In queste esperienze ho potuto finalmente comprendere e apprezzare la piacevolezza del lavoro di gruppo, anzitutto, e del lavoro psicodrammatico, nello specifico. La ricchezza delle esperienze, la carica emotiva ricca, avvolgente e coinvolgente ma mai invadente o fine a se stessa, il clima familiare che questo approccio sa creare – pur mantenendo per me sempre anche un alone ansioso – mi hanno conquistato e hanno fatto sì che io intraprendessi questo percorso.

Poco sopra ho affermato che è importante la sintonia tra psicoterapeuta e orientamento psicoterapeutico scelto; a livello personale, sento che ciò che più è nelle mie corde, da questo punto di vista, è proprio l'approccio familiare e informale che lo psicodramma tende a creare non solo tra i membri del gruppo ma anche tra il gruppo stesso e il direttore. Un terapeuta che si mostra per come è come persona, che non si eleva rispetto al gruppo, che fa rispettare le regole rispettandole per primo egli stesso, che gioca, che è vicino empaticamente, emotivamente e fisicamente; che, soprattutto, riconosce il proprio ruolo di catalizzatore, senza fuggire dalla responsabilità terapeutica, ma nello stesso tempo è prima di tutto consapevole del fatto che il primo agente terapeutico è il gruppo e, con esso, ogni singolo individuo che lo compone.

Penso che, da questo punto di vista, benché nasca principalmente come esigenza tecnico – metodologica, la regola del tu sia un elemento che condiziona fortemente la relazione in questa direzione che io apprezzo e sento appartenermi fortemente.

Questa idea, inoltre, si sposa in modo coerente con l'epistemologia fenomenologica che, pure, sento molto vicina. Esiste, in effetti, un legame molto stretto tra le teorizzazioni di Husserl, padre della fenomenologia, e le intuizioni di Bergson (benché i due non si siano mai conosciuti né abbiano avuto modo di leggere reciprocamente gli scritti altrui, come spesso accade nella storia dell'uomo – elemento a riprova dell'idea di "uomo cosmico" di Moreno) citato più volte da Moreno come suo riferimento (vedi, ad es., 1947, trad. it. pag. 7).

Per questo, la mia tesi sarà strutturata con una parte iniziale che introduce alla psichiatria proprio da un punto di vista fenomenologico, per poi entrare nello specifico di una lettura psicodrammatica.

### CAPITOLO 2

#### La "follia": alcune notazioni storiche

*"Siamo fatti per capirci."*  
(E. Minkowski)

Avendo lavorato in una struttura psichiatrica con pazienti psichiatrici, ritengo utile un breve excursus storico sulla storia recente della malattia psichiatrica nella nostra cultura allo scopo di inquadrare tutta la mia esperienza di tirocinio, dall'aspetto diagnostico a quello terapeutico riabilitativo, passando sempre attraverso la componente relazionale.

Naturalmente, si potrebbero scrivere pagine su questo argomento, dal punto di vista sociale, sociologico, antropologico, medico ecc... La mia scelta è di citare quella linea di sviluppo della psichiatria che, sin dai tempi dell'università, mi ha interessato e che ritengo essere la più affine con l'approccio psicodrammatico.

Bisogna riconoscere, a questo proposito, il debito che tutti gli psichiatri moderni, e con essi chiunque si confronti con la psichiatria da un punto di vista professionale, hanno nei confronti di Emil Kraepelin. Pur con le enormi divergenze che ci sono oggi dalle sue teorizzazioni, infatti, si deve allo psichiatra tedesco il primo tentativo di far coesistere sotto un'unica denominazione una quantità molto ampia di casi clinici che, dal punto di vista sintomatico, appaiono così eterogenei e differenti tra loro. Kraepelin, infatti, si accinse a questa ricerca di una "unità morbosa" tentando una sistematizzazione della moltitudine dei sintomi, e dedicandosi pertanto a un'osservazione minuziosa e dettagliata degli stessi, allo scopo di riuscire a dare una definizione precisa del "demente praecox". Lavoro che, d'altra parte, proprio per l'estrema varietà delle manifestazioni sintomatiche, era destinato in partenza a fallire.

L'idea sulla quale si poggiava il concetto di unità morbosa dello psichiatra, corrisponde a un quadro morboso che ha le stesse cause (organiche), le stesse forme fondamentali (di qui l'analisi minuziosa di tutte le manifestazioni comportamentali) lo stesso sviluppo e decorso, lo stesso esito (la morte) e lo stesso reperto cerebrale. E' peraltro tutt'ora rimasto frustrato il suo tentativo di far correlare l'osservazione clinica dei fenomeni psichici, la descrizione dell'evoluzione e degli esiti con i dati forniti dai reperti cerebrali: tentativo che si può ricondurre alla sua ferma convinzione di una genesi organica delle malattie mentali.

La più evidente conseguenza di questo imponente sforzo conoscitivo è la totale inutilità clinica del lavoro: una diagnosi di demenza praecox equivale a una prognosi di morte. Eppure l'idea iniziale non va perduta, l'intuizione di poter ricondurre malati apparentemente tanto diversi tra loro ad un'unica componente morbosa è corretta: partendo da quest'ottica, infatti, fu possibile la nascita del concetto innovativo di "schizofrenia" di Bleuler e, successivamente, di teorizzazioni quale quella di "disturbo generatore" di Minkowski cui si possano ricondurre tutti i casi di schizofrenia indipendentemente dalle manifestazioni esteriori.

Già Bleuler aveva intuito come la strada della pura nosografia fosse fuorviante, sostenendo che i sintomi più eclatanti della schizofrenia, deliri e allucinazioni, fossero in realtà sintomi secondari ad una patologia primaria che egli vedeva in un disturbo di tipo dissociativo. Inoltre non c'è più, tra gli elementi presi in considerazione, l'esito della malattia: si apre così per la prima volta lo spiraglio ad un'idea di cura e questa stessa idea, vedremo più avanti, è di per sé terapeutica. Nella pratica clinica, tuttavia, sappiamo che alla clinica Burgholzi, di cui Bleuler era direttore, l'aspetto diagnostico era ancora legato ad una mentalità nosografica, al punto che gli psichiatri avevano a disposizione, per ogni paziente, una scheda su cui erano elencate una serie di patologie e dovevano barrare la diagnosi più corretta: Bleuler, dunque, non aveva il coraggio di portare sul terreno dell'applicazione concezioni importanti, quali ad esempio l'autismo, e preferiva evidentemente mantenersi su un terreno più solido in quanto conosciuto da tempo e condiviso da molti.

Da questo punto di vista, invece, l'innovazione di alcuni allievi di Bleuler, quali ad esempio Jung o Minkowski è totale. Il primo, infatti, afferma ad esempio: "In molti casi psichiatrici, il paziente ha una storia, che non è stata raccontata a nessuno, e che di solito nessuno conosce. Secondo me, la terapia comincia veramente solo dopo aver indagato su questa storia personale. È il segreto del paziente, la causa della sua rovina, che rappresenta però anche la chiave del suo trattamento. Il medico deve sapere solo come apprenderla. Egli deve porre quelle domande che colpiscono tutto l'uomo, e non solo i suoi sintomi." (1961, trad. it. pag. 155). E ancora: "Diagnosi cliniche sono importanti perché consentono al medico di orientarsi in qualche modo, ma non servono ad orientare il paziente. Il fatto decisivo è il problema della sua <<storia>>, perché essa sola mostra lo sfondo umano e l'umana sofferenza: e solo allora la terapia medica (*e psicologica*) può mettersi all'opera." (1961, trad. it. pag. 162, corsivo mio).

Il grande psichiatra russo, invece, coerentemente con la scelta epistemologica compiuta dal maestro e da lui stesso sposata, accetta radicalmente di seguire la strada su cui questa lo conduce, fino alle conseguenze estreme, ivi compresa quella di compiere una revisione critica del sistema nosografico. La metodologia fenomenologica, infatti, appoggiata dall'intuizionismo di Bergson, lo conduce alla ricerca, nel terreno della malattia mentale, di quelle "essenze" su cui Husserl fondava la propria idea di scienza. Anzitutto, non può che prendere atto dei limiti di una diagnosi basata esclusivamente sui sintomi: "definiti e raggruppati secondo le nozioni psicofisiologiche correnti, i sintomi risentiranno dei limiti più o meno artificiali di queste ultime: si allineeranno sul loro stesso piano, ciascuno di essi rappresenterà primitivamente una rottura particolare dello psichismo." (1933, trad. it. pag. 228). Sintomo, sindrome, base anatomo-fisiologica: questo, dice l'autore, è un procedimento comune a tutte le branche della medicina, che viene riportato pedissequamente anche in psichiatria. In questo ambito, tuttavia, pur volendo ammettere una base organica delle malattie psichiatriche che a tutt'oggi è ancora da dimostrare, il procedimento è destinato a fallire perché non tiene conto del fatto che qui, più che mai, "dietro il sintomo e ancor più dietro la sindrome, esiste per noi sempre la *personalità vivente* tutta intera. E il bisogno di penetrare, attraverso i sintomi, fino a questa personalità vivente, di cogliere in un solo sforzo di conoscenza tutto il suo modo di essere, è così imperioso tanto nel campo psicopatologico che in quello normale, da non potersi sottrarre. [...] è impossibile ricomporre un tutto accontentandosi di giustapporre le parti. Gli stati psicologici [...] non sono frammenti dell'io, ma ne sono delle espressioni, perché ogni stato psicologico,

per il fatto che appartiene a una persona, riflette e esprime l'insieme della sua personalità. E' questa che bisogna cogliere nella sua unità, con uno slancio di simpatia intellettuale che si chiama l'intuizione bergsoniana." (1933, trad. it. pagg. 228-229).

Come spesso accade, è da questa insoddisfazione che prende vita l'idea di un qualcosa di nuovo che meglio possa rispondere alle esigenze di comprensione dell'autore. Egli sviluppa così, utilizzando l'intuizione proposta da Bergson come metodo privilegiato di osservazione, il concetto di "disturbo generatore". Si tratta di quell'elemento, da ricercare, che solo ci può testimoniare della realtà esistenziale della persona che abbiamo di fronte, cogliendola con uno sguardo nella sua unità, senza frammentazione. Dice Minkowski: "Questo bisogno di unificare ogni sindrome mentale con l'aiuto di un atto di penetrazione è così profondamente fissato in noi che non potremmo rinunciarvi [...] E' così che nasce in psicopatologia l'idea di *disturbi generatori*. La sindrome mentale non è più per noi una semplice associazione di sintomi, ma *l'espressione di una modificazione profonda e caratteristica dell'intera personalità umana*. Si tratterà adesso di studiare queste diverse modificazioni [...] Il disturbo generatore corrisponde in fondo, sul piano psicologico, alla base anatomo-fisiologica delle sindromi somatiche. Tuttavia non avremo più a che fare qui né con degli organi né con delle funzioni, ma con la personalità vivente una e indivisibile." (1933, trad. it. pag. 231).

### CAPITOLO 3

#### Psicopatologia

*"L'uomo è fatto per ricercare l'umano."*

(E. Minkowski)

In questo contesto storico, dunque, la linea di sviluppo a cui mi sono personalmente interessato, che ha guidato il mio modo di procedere nel lavoro con la "follia" e che, a mio parere, molto ben si sposa con l'approccio psicodrammatico (non dimentichiamo, in fondo, che Moreno stesso cita Bergson come uno dei suoi maestri) è quella dell'ambito fenomenologico – esistenzialista.

In quest'ottica, ritengo utile un'ulteriore digressione parlando del concetto di psicopatologia; prendo in prestito le parole di Jaspers per introdurlo: "Nella psicopatologia il fondamento reale della nostra ricerca è la vita psichica, che ci diviene presente ed intelligibile mediante il comportamento percepito direttamente con i sensi e con il linguaggio. Noi vogliamo sentire, capire, meditare ciò che realmente accade nell'anima umana. La spinta universale verso la realtà è in psicopatologia il desiderio di conoscere la vita psichica reale nei rapporti che sono parzialmente percepibili come gli oggetti studiati dalle scienze naturali." (1964, pag. 22)

La psicopatologia, dunque, si preoccupa di andare oltre i limiti e le imprecisioni dell'approccio nosografico e di risolvere i problemi che da questo vengono sollevati, preoccupandosi di esplorare il mondo dei significati che a questi sintomi sono associati. Questi significati vanno ricercati nel vissuto, e di conseguenza proprio questo, la ricerca del vissuto, diviene l'ambito di studio prediletto della psicopatologia. In conseguenza di ciò naturalmente, anche la metodologia d'indagine deve adeguarsi; non è più sufficiente, infatti, un questionario o un test atto ad evidenziare la presenza di determinati sintomi: pur potendo restare un aiuto nel momento diagnostico, in quest'ottica diviene tuttavia più importante poter comprendere i significati che dietro ad un determinato sintomo prendono corpo, che portano alla manifestazione di un sintomo piuttosto di un altro. Ciò che interessa la psicopatologia è la comprensione della persona nella sua interezza; è in quest'ottica che Minkowski ci dice "La natura e il significato dei fenomeni psicopatologici non si possono cercare solo nella perturbazione di funzioni isolate, ma dipendono anche dai fenomeni fondamentali cui si riferiscono direttamente tali perturbazioni; e quindi trascendono il piano costituito da tali perturbazioni e fanno presagire l'esistenza di un disturbo sottostante, più profondo, che riguarda la personalità nella sua interezza, toccata nella sua struttura e nella sua modalità di esistenza, e di cui tali perturbazioni non sarebbero che l'espressione, un rivestimento." (1966, trad. it. pag.47)

## CAPITOLO 4

### La "follia" dello psicodramma...

*"Chi dunque curerà coloro che si ritengono sani?"*  
(Seneca)

In accordo con tale concezione, possiamo arrivare a dire, ancora una volta con le parole dell'autore, che la psicopatologia è "la migliore porta d'ingresso verso una psicologia" (1966, p.57). Infatti, nell'estendere la nostra ricerca dall'ambito sintomatologico a quello dell'intero mondo dei vissuti e dei significati, compiamo un passo deciso verso un contatto esistenziale con l'altro, contatto che dunque va al di là del semplice aspetto patologico ma abbraccia (cerca di abbracciare) la persona nella sua interezza: parti patologiche, malate, talvolta addirittura morte o moribonde, ma anche parti sane, propositive, vive e vitali. E' dunque questo il punto di partenza: la psicopatologia ci si presenta di conseguenza come una psicologia del patologico piuttosto che come una patologia dello psicologico. Anche dal punto di vista della metodologia di studio, quindi, si ha un ribaltamento radicale: non si parte più dai disturbi più leggeri, considerati generalmente prossimi ad una cosiddetta normalità, per passare ai disturbi più gravi variando solamente per quanto riguarda il grado, la "quantità" del disturbo, ma piuttosto si parte dall'analisi dei disturbi psicotici, delle convinzioni deliranti, delle allucinazioni, preoccupandosi di una loro comprensione in termini qualitativi, potendo poi eventualmente procedere in senso inverso per cercarne i rapporti con gli stati "normali". Dunque psicopatologia non è solo, come già detto, una ricerca di cosa ci sia dietro al sintomo, di quali siano i significati e i vissuti ad esso collegati, ma è tentativo di comprensione della globalità della persona che si ha di fronte. In conseguenza di ciò, nel momento diagnostico, ci si sposta dunque dal piano della spiegazione, strettamente legato all'ambito nosografico, per avventurarsi nel campo della comprensione, che sicuramente più si adatta all'incontro di cui stiamo parlando. E' evidente che, con un cambiamento così radicale delle intenzioni e degli scopi, anche la metodologia deve adeguarsi: a questo scopo Minkowski parla di penetrazione. Si tratta dello sforzo conoscitivo che il terapeuta deve mettere in atto quando si relaziona con un paziente, sforzo atto appunto a penetrarlo, a comprenderlo in maniera completa e organica nel suo essere all'interno della relazione. Questo implica una messa in gioco, da parte del terapeuta, di tutto il proprio essere e non solo del lato intellettuale: la conoscenza deve avvenire a tutti i livelli, emotivo e intellettuale, e l'incontro deve essere reale, non contaminato da esclusioni di lati di sé aprioristiche e consapevoli messe in atto da uno dei due elementi della relazione stessa. Il coinvolgimento deve essere totale. Usando le parole di Jaspers: "...il ricercatore non è colui che ricerca con il puro intelletto, come una forma vuota, nella quale si raccoglierebbe tutto ciò che si può apprendere dal mondo esterno. È piuttosto il ricercatore con tutta la sua vitalità, strumento indispensabile del suo stesso conoscere. [...]

Ciò che caratterizza essenzialmente lo psicopatologo gli deriva dal fatto di *trattare* con gli esseri umani. Quello che egli viene ad acquisire con tale esperienza dipende da come si comporta con gli individui e come coopera terapeutamente nell'evento particolare, facendo opera di chiarificazione nei confronti di se stesso e dell'altro. Egli compie non solo un'osservazione indifferente, come nella lettura di una misura, ma nell'atto di scrutare l'anima egli deve comprendere e partecipare.

Deve esserci in lui come una immedesimazione nell'altro, che consiste nel tentativo di autotrasformarsi pari a quello dell'attore che si immedesima nel personaggio pur restando se stesso; deve assumere l'atteggiamento di un ascoltatore attento, che non intende esercitare violenza sull'altro e resta fondamentalmente obbiettivo, senza farsi influenzare." (1964, trad. it. pagg. 22-24)

In maniera altrettanto chiara e decisa, ribadisce la medesima questione uno dei grandi padri della psicopatologia contemporanea, Eugenio Borgna, il quale sostiene che: "Non c'è conoscenza, non c'è esperienza in psichiatria se non si ricostruisce la storia interiore della vita (di ogni persona che soffre e chiedi aiuto); ma contestualmente *non* ci è possibile cogliere il senso e il divenire di un'esistenza psicotica se non scendendo nella *nostra* interiorità e analizzando (scrutando) cosa ci sembra di sentire nella nostra soggettività quando ci confrontiamo con una *Lebenswelt* psicotica così lontana e così diversa dalla nostra." (1999, pag. 183).

Potrebbe sembrare dissacrante definire lo psicodramma come folle: dal "Devoto - Oli", dizionario della lingua italiana, leggiamo infatti: "Stato di alienazione mentale determinato dall'abbandono di ogni criterio di giudizio; pazzia, demenza". Ed effettivamente questa definizione non rende certo merito a una metodologia e un metodo che hanno in se stessi una grande coerenza e hanno alle spalle un'approfondita riflessione e delle solide basi teoriche; la mia scelta è tanto più pericolosa se pensiamo che, spesso utilizzato come mera applicazione di tecniche, lo psicodramma è frequentemente stato tacciato proprio di essere un po' "naïf", bello e affascinante ma poco più di un gioco, e un gioco peraltro assai pericoloso, costruito su fondamenta fragili e pericolanti.

Nella mia intenzione, in realtà, volevo piuttosto esserci, però, un riferimento a quest'altro aspetto della parola follia, sempre dallo stesso dizionario: "concretamente: atto temerario e irragionevole: *sarebbe una follia affrontare una montagna con questo tempo; fare follie per una cosa*, essere disposto a tutto pur di averla". In questi termini, aggiungendo il termine "apparentemente" prima della parola irragionevole (dunque: atto temerario e *apparentemente* irragionevole) ritengo che possa rendere bene l'idea che voglio esprimere: un approccio, un metodo, una teoria, che osa, che va oltre il già dato, che affronta il nuovo e l'ignoto, che rompe gli schemi intellettuali in cui si trova e che sfida anche, per dirla in termini psicodrammatici, le conserve culturali del proprio tempo. A questo proposito, reputo particolarmente significativi i continui attacchi che, nel manuale di psicodramma, Moreno fa alla psicoanalisi: spesso le sue argomentazioni partono proprio da ciò che, a suo parere, non funziona in essa!

Tuttavia, non penso avrei comunque utilizzato, più che mai nel titolo, il termine follia accostato allo psicodramma se lo stesso Moreno non mi fosse "venuto in aiuto", non solo sostenendo l'accostamento ma spingendosi addirittura oltre nel suo significato: "Dramma è una parola che deriva dal greco *drama* che significa azione, oppure una cosa fatta. Psicodramma è una traslitterazione di una cosa fatta per la psiche e con la psiche, esso indica la psiche in azione. Quindi lo psicodramma si può definire come la scienza che esplora la 'verità' attraverso metodi drammatici. Un'altra definizione dello psicodramma può essere data in riferimento al concetto kantiano di "das Ding an sich"; lo psicodramma è dunque "das Ding ausser sich". Secondo Kant *das Ding an sich* è il noumeno o la cosa - in - sé sottostante e contrapposta ai fenomeni della nostra esperienza limitata. Lo psicodramma, *das Ding ausser sich* significa "la cosa oltre se stessa", per così dire il noumeno che è diventato un fenomeno, o un fenomeno che si è trasformato nel noumeno. L'espressione tedesca *ausser sich* ha un altro importante significato. *Ausser sich* significa anche "uno che è fuori di sé, che ha perso la sua mente e il controllo". Perciò una *Ding ausser sich* è una cosa folle in se stessa o con se stessa. Questa definizione ha più significato se si considera l'importanza del protagonista, il posto del primo attore nella tragedia greca. *Protagonista* significa l'uomo in un delirio, un uomo folle. Il teatro dello psicodramma dunque è il teatro del folle dove un pubblico di folli osserva un folle che esprime la sua vita sul palcoscenico." (1946, trad. it. pag. 72)

Moreno, insomma, non teme di affermare a parole chiare che lo psicodramma ha molto a che vedere con la follia, che ha un tele di attrazione, per così dire, con essa: esso è parte della follia così come quest'ultima è parte dello psicodramma. Come da definizione di tele, insomma, vi è reciprocità.

Ciò tuttavia, con buona pace dei detrattori, non è un disvalore né un limite: è, anzi, una delle risorse dello strumento e, a mio modo di vedere, la sua principale forza; questo, soprattutto proprio quando l'intento sia quello di avvicinarsi al mondo, così apparentemente sfuggente, lontano, spaventoso, irraggiungibile, dei folli. Accostandosi alla realtà psicotica, infatti, è sciocco e presuntuoso pensare, o addirittura pretendere, che essa possa venire incontro a noi e ai

nostri codici comunicativi; è, piuttosto, compito nostro diventare un po' folli per poter incontrare quella realtà. Come dice chiaramente Benedetti: "Io comprendo il fenomeno psicopatologico dal di dentro, ossia sentendone il peso e non solo osservandone dal di fuori la geometria" (1996, pag. 40); e come ribadisce in maniera altrettanto esplicita Ferlini: "Il terapeuta deve scendere dentro queste tenebre per riportare alla luce il paziente. Scendere dentro se stessi, ripercorrere a ritroso il nostro cammino fino a incontrare il punto dove egli si è fermato; di là, ritornare tra i vivi".

È evidente come saper essere un po' folli sia un ottimo punto di partenza per muoversi in questa direzione. Tratterò il tema della specificità dello psicodramma con gli psicotici nel prossimo capitolo.

## CAPITOLO 5

### ...per uno psicodramma della follia

*"Poiché noi non possiamo penetrare in una mente e guardare ciò che l'individuo percepisce e sente, lo psicodramma tenta, con la cooperazione del paziente, di trasferire la mente 'al di fuori' dell'individuo e obiettarla in un universo tangibile e controllabile"*  
(J.L. Moreno)

"Bello lo psicodramma... efficace, potente, entusiasmante... ma con delle persone psicotiche? ...Non sarà inadatto? ...O addirittura pericoloso? ...Non ci sarà il rischio che si scompensino? ...Che non riescano più ad uscire da un ruolo rivestito nel contesto psicodrammatico?"

Questi erano i pensieri che mi accompagnavano nei miei primi contatti con il C.R.T. in cui svolgevo il mio tirocinio. Allora, avevo un po' di esperienza della realtà delle strutture psichiatriche e degli ospiti che vi alloggiavano: durante il mio percorso di studi universitari, infatti, prima individualmente e poi insieme ai miei colleghi del gruppo "Lapsusblu", avevo frequentato vari reparti dell'ex o.p. di Padova, a titolo di volontariato ma portando varie proposte di tipo riabilitativo.

Avevo, invece, una conoscenza decisamente più esigua dello psicodramma, data esclusivamente dal mio anno di tirocinio post lauream.

Ad oggi, con una competenza decisamente maggiore, mi rendo conto di quanto fossero ingenui i miei pensieri, e di come ciò che io ritenevo un pericolo fosse, invece, la principale risorsa che lo psicodramma ha a disposizione. Nel corso dei quattro anni al C.R.T. ho visto con stupore (e ho poi imparato a non stupirmi più!) pazienti rivestire ruoli in modo straordinariamente adeguato, capaci di accedere a funzioni di doppio, di specchio e di decentramento percettivo con una competenza, individuale e relazionale, che solo estremamente raramente si poteva vedere in loro nella vita quotidiana. Ho visto, a dispetto dei pregiudizi esistenti, individualità in grado di mettersi nei panni del compagno di gruppo, di supportarsi e sostenersi reciprocamente, di ascoltare con attenzione l'altro, di mostrare empatia per le vicissitudini dei compagni; di diventare, in una parola, un gruppo!

Afferma Moreno: "Uno dei problemi del trattamento psicodrammatico è di svegliare il soggetto fino a un'adeguata e nuova messa in scena delle dimensioni espresse e non espresse del suo mondo privato. Questo è un compito relativamente semplice quando le parti inesprese del Sé sono vicine al contesto di realtà e alla comprensione del regista della sessione e dei suoi lo ausiliari. Ma diventa un compito estremamente difficile nel caso di pazienti psicotici quando le distorsioni e le allucinazioni sono così finemente intrecciate e così ben nascoste che la comprensione da parte del regista e dei suoi lo ausiliari è insufficiente. È qui che l'immaginazione analitica e artistica del regista e dei suoi lo ausiliari deve seguire i voli di immaginazione del soggetto e, quando questo diventa impossibile, inventare degli espedienti attraverso i quali il soggetto stesso possa essere reso il principale agente della produzione. Sembra che per simili individui, che hanno raggiunto il livello di un disturbo mentale ben organizzato, la messa in scena del loro mondo interiore in un contesto drammatico sia indispensabile." (1946, trad. it. pag. 78)

Conosciamo le enormi differenze che esistono tra lo psicodramma così come lo intendeva Moreno e lo psicodramma per come lo praticiamo noi oggi. In particolar modo, per quanto riguarda il trat-

tamento dei pazienti psichiatrici, sappiamo che egli prendeva in carico un unico paziente, il quale era assistito da Moreno stesso e da tutto il suo staff di ausiliari: un'intera équipe, dunque, a disposizione di una sola persona; ad oggi, una realtà inesistente e anche irrealistica!

Ciononostante, molto di ciò che egli afferma nel paragrafo precedentemente citato, rimane ugualmente valido. Al di là della componente metodologica, infatti, la quale, cambiando il setting, subisce delle inevitabili modificazioni, rimangono essenzialmente validi due concetti fondamentali: il fatto che l'incontro con una persona folle rischia di mettere in scacco lo psicoterapeuta, richiedendone una messa in gioco massiccia e la ricerca di nuove strategie creative, senza potersi affidare esclusivamente all'aspetto metodologico; e il fatto che la possibilità di una messa in scena del proprio mondo interiore sia, se non indispensabile come sostenuto da Moreno, sicuramente estremamente utile e proficua.

Per quanto riguarda la necessità del coinvolgimento personale, empatico ed emotivo, telico per dirlo in termini moreniani, del terapeuta, oltre agli innumerevoli scritti di psichiatri dell'area fenomenologica, alcuni dei quali citati nel capitolo quattro, troviamo un forte sostegno ancora nelle parole dello stesso Moreno, il quale scrive, parlando del trattamento di un paziente affetto da schizofrenia: "[...] poiché volevamo entrare nel dramma della sua confusione mentale, dovemmo imparare la grammatica della sua logica e assumere un ruolo che si adattasse esattamente al suo universo. La funzione dell'lo ausiliario è quella di trasformarsi fino a raggiungere uno stato mentale che gli consenta di creare a suo piacimento un ruolo, *se necessario altrettanto confuso* in apparenza, di quello che il paziente è costretto ad esperire." (1946, trad. it. pag. 292, sottolineatura mia) E ancora: "Un lo ausiliario deve essere convinto che il paziente abbia ragione. Non è sufficiente che *reciti* la sua parte; deve trovarsi d'accordo e credere che il paziente abbia soggettivamente ragione, e ciò è possibile perché ogni lo, dal suo punto di vista, ha ragione. Il medico dovrebbe essere in grado di identificarsi con il paziente senza *ingannarlo*. *Vivere la soggettività del paziente e identificarsi con tutte le sue espressioni, fino al punto in cui le limitazioni organiche lo permettono, è la prima funzione dell'lo ausiliario.*" (1946, trad. it. pag. 305)

Sostituendo il termine di lo ausiliario con quello di direttore, il concetto non cambia ed è ribadito ancora una volta, in linea con la psicopatologia di impostazione fenomenologica, in modo forte e chiaro: non è il paziente che deve andare verso il terapeuta, ma l'esatto contrario! In altri termini: non possiamo pretendere che sia il folle ad adattarsi ai nostri schemi, alle nostre costruzioni mentali, alle nostre teorizzazioni, ai nostri processi logici e comunicativi (ché, altrimenti, non sarebbe folle!) ma dobbiamo essere noi ad avere il coraggio e l'umiltà di abbandonare le nostre certezze per andare verso di lui, nel suo mondo, per quanto delirante, allucinato, confuso e disorganizzato possa essere.

In questo processo lo psicodramma, così per come è strutturato, diventa un alleato estremamente valido, essendo strumento che non ha l'obiettivo di fornire verità, che non stabilisce dei criteri di giusto o di sbagliato ma che vuole lasciar esprimere le persone così per come esse sono. E, in una realtà psicotica, ciò assume una importanza vitale quando possa essere esperito attraverso la modalità della concretizzazione del palcoscenico: come sostiene Moreno, infatti: "Lo spazio del palcoscenico è un'estensione della vita al di là degli esami di realtà della vita stessa. La realtà e la fantasia non sono in conflitto ma sono entrambe funzioni all'interno di una più ampia sfera: il mondo psicodrammatico di oggetti, di persone e avvenimenti. Nella sua logica, il fantasma del padre di Amleto è altrettanto vero e autorizzato a esistere che Amleto stesso. Sul palcoscenico le illusioni e allucinazioni vengono incarnate – prendono corpo – e considerate con la stessa importanza di normali percezioni sensoriali." (1946, trad. it. pagg. 29-30) È il metodo, perciò, che in maniera fluida e malleabile si allea col direttore per andare incontro e adattarsi all'"oggetto" di studio (l'uomo), senza pretendere, in maniera rigida e dispotica, che il processo sia quello contrario. Questo processo è descritto molto bene da O. Rosati nell'introduzione al manuale di psicodramma: "Soprattutto nel caso di pazienti psicotici

o con un senso di realtà gravemente compromesso, Moreno utilizza il palcoscenico per realizzare il loro mondo, percorrerlo e conoscerlo. Lo scopo è di raccogliere le leggi del sistema delirante anziché interpretarlo o analizzarlo subito.

Il mondo del paziente viene messo in scena e portato alla sua massima esasperazione per poi interpolarvi delle nuove pause e piegarlo gradatamente. Alla fine l'isolamento del paziente si trova imbrigliato in nuove formule senza che nel rapporto col regista e i suoi attori si siano prodotte tensioni o fratture." (1985, pag.12)

Date queste premesse teoriche e metodologiche, dal prossimo capitolo descriverò nello specifico il nostro percorso di tirocinio.

## CAPITOLO 6

### La struttura

*"La malattia mentale ha la stessa dignità di tutte le altre malattie"*  
(F. Basaglia)

Il luogo dove abbiamo svolto il nostro tirocinio è una Comunità residenziale Terapeutica (C.R.T), oggi C.R.A. (Centro Riabilitativo ad alta assistenza). Si tratta di una struttura comunitaria terapeutica preposta alla cura e alla riabilitazione di persone ospitate in regime residenziale o semi-residenziale; essa, infatti, funge anche da centro diurno in assenza, sul territorio, di un luogo specificamente preposto a ciò. Ha una sede distaccata dall'ospedale locale ed è annessa al C.P.S..L'accesso avviene su formulazione di un progetto proposto dall'equipe dell'U.O. Psichiatrica inviante.

A termini di regolamento, il C.R.A. dovrebbe accogliere persone per le quali sia stato formulato un preciso progetto riabilitativo le quali dovrebbero, conseguentemente, essere dimesse nell'arco di un paio d'anni, una volta attuato il progetto stesso. In realtà, nella nostra esperienza abbiamo incontrato anche persone ormai sole, anziane, per le quali non esisteva nell'equipe alcuna speranza di recupero dalla patologia psichiatrica e che erano residenti come in una sorta di R.S.A.

Il C.R.A., dunque, è un presidio deputato a realizzare programmi terapeutico-riabilitativi a termine che richiedano la temporanea residenzialità del paziente in una struttura di tipo abitativo, assistita 24 ore su 24. Si tratta di un presidio sanitario ma non ospedaliero e accoglie 20 ospiti in regime residenziale e 10 ospiti in regime di centro diurno.

Le attività proposte al C.R.A. sono diverse e il loro insieme strutturato agisce da contenitore per i pazienti ma soprattutto svolge un ruolo ben identificabile di scansione del ritmo della giornata e della settimana.

Al suo interno operano diverse figure professionali: psichiatri, psicoterapeuti, psicologi, educatori professionali, musicoterapisti, infermieri professionali, Operatori Socio Sanitari, Ausiliarie Socio Assistenziali oltre a vari tirocinanti, specializzandi e un solido gruppo di volontari, molto organizzato e strutturato e ormai storico all'interno del centro.

Il lavoro clinico è individualizzato e tiene conto della storia e del contesto di vita del paziente: spesso la normale vita in famiglia è compromessa e c'è bisogno di un altro luogo protetto dove stare. Anche le famiglie possono perdere la capacità di convivere con la malattia: per questo motivo viene chiesto spesso ai famigliari di essere presenti e di condividere il programma di cure per imparare a fornire risposte più adeguate.

Le terapie occupazionali hanno lo scopo sia di riattivare alcune capacità essenziali ad una vita autonoma (cucinare, lavare, prendersi cura di sé...) sia di recuperare capacità di armoniche relazioni interpersonali, a cominciare dalla fiducia in sé stessi.

## CAPITOLO 7

### La nostra proposta

Nel corso dei quattro anni di tirocinio abbiamo condotto diversi gruppi sia per tipologia di partecipanti, sia per obiettivi concordati, così che la nostra proposta presentata all'equipe del C.R.A. è frutto dell'esperienza maturata negli anni precedenti all'interno della struttura.

La nostra esperienza di direttori è passata attraverso la conduzione di gruppi a termine con pazienti psichiatrici, gruppi di sostegno ai familiari dei pazienti, gruppi di formazione all'equipe della struttura e ai volontari. In funzione del percorso svolto nei tre anni precedenti, con la conoscenza che avevamo della struttura e valutando, con l'aiuto della nostra tutor, la situazione esistente in essa, ci siamo sentiti di proporre di creare un gruppo, principalmente rivolto ai pazienti residenti ma che potesse coinvolgere anche i semi-residenti, della durata di un anno che fosse orientato alla elaborazione dei sentimenti legati alla gestione della vita al di fuori della comunità. A questo scopo, ciò su cui ci siamo proposti di lavorare era:

- 1) cercare di riattivare le risorse "sane" dei pazienti legate soprattutto alla capacità di stare con gli altri e
- 2) attivare delle relazioni funzionali basate sulla condivisione reciproca dei propri vissuti.

Gli incontri si proponevano di riattivare quei ruoli poco sviluppati che in contesti relazionali risultano estremamente rigidi e divengono così fonte di ansia e talvolta di angoscia.

Attraverso una serie di colloqui col supervisore abbiamo selezionato 6 pazienti che potevano essere inseriti in questo progetto e che avevano provenienze diverse: alcuni residenti in comunità altri, invece, afferenti al servizio del C.P.S..

In realtà, nel momento in cui il progetto è stato approvato anche i pazienti non residenti che avevamo individuato erano nel frattempo diventati residenti della comunità.

Lo spazio individuato per il lavoro con il gruppo era la stanza di musicoterapia. La durata che avevamo pensato per le sessioni, sulla base dell'esperienza degli anni precedenti, era di un'ora e mezza.

Gli obiettivi del progetto erano:

- offrire ai pazienti un'esperienza terapeutica all'interno della quale sperimentare nuovi ruoli e nuove modalità di relazione in un contesto protetto attraverso la condivisione verbale e non verbale;
- condividere ed elaborare sentimenti, ansie, angosce relative alla vita fuori dalla comunità;
- cercare di attivare, per quanto possibile, una modalità empatica di relazione; ma soprattutto una migliore capacità di ascolto dell'altro;
- promuovere un maggior livello di integrazione del mondo interno;
- rinforzare le risorse "sane" dei pazienti e le loro autonomie;

Con le idee chiare sugli obiettivi abbiamo contattato i pazienti che avevamo individuato col supervisore e abbiamo fissato con ciascuno di loro un appuntamento per un colloquio individuale orientato a sondare la motivazione, la disponibilità e i vissuti relativi all'idea di provare l'esperienza.

## CAPITOLO 8

### Criteri per la selezione dei pazienti.

Per quanto riguarda la selezione e la formazione dei pazienti, Foulkes afferma come questo sia un passo determinante per la costituzione di un gruppo che possa lavorare al meglio delle sue possibilità.

In realtà, nell'accingersi all'arduo compito di far sì che una serie di individui divengano un gruppo, sia esso di psicoterapia, riabilitativo o espressivo, si deve tener conto non tanto delle caratteristiche psicologiche dei pazienti o della sintomatologia delle patologie quanto della frequenza e della durata degli incontri, gruppo aperto o gruppo chiuso, ecc...

Tuttavia, non possiamo negare che un buon modo per favorire il crearsi di efficaci relazioni interpersonali all'interno del gruppo sia considerare una serie di fattori quali il sesso, l'essere coniugato o meno, l'età, la classe sociale, l'occupazione, l'estrazione sociale, gli interessi professionali, la nazionalità, la lingua, la razza, l'intelligenza, la religione, l'istruzione, il background familiare...

Tenendo conto di tutto ciò, abbiamo cercato di seguire alcuni punti fermi per quanto riguarda la selezione dei partecipanti al gruppo,

elaborando in condivisione con la nostra tutor i criteri per l'inserimento nel gruppo dei pazienti.

Abbiamo dunque concepito, sulla base della realtà specifica della struttura, una nostra serie di criteri per cercare di creare una matrice grupale che promettesse di essere solida:

1. età omogenea: questo permetterebbe in via ipotetica una più ampia condivisione delle problematiche esistenziali;
2. omogeneità per quanto riguarda le risorse cognitive: al fine di avere una circolazione fluida delle comunicazioni tra i partecipanti;
3. un'eterogeneità di diagnosi: ciò dovrebbe garantire un clima del gruppo vario e non monocorde e una ricchezza di spunti differenti utili per creare un confronto tra punti di vista non omologati;
4. l'inserimento di pazienti sufficientemente compensati: così da poter impostare il lavoro con il gruppo su un'ottica evolutivo-riabilitativa piuttosto che assistenzialistica;
5. un colloquio di valutazione dei candidati da parte dei conduttori del gruppo per sondarne la reale motivazione. Tale colloquio è obbligatorio e vincolante per l'ammissione al gruppo;
6. la durata e il giorno della sessione di psicodramma sono fisse, pertanto si escludono persone che per problemi di distanza, di lavoro o di tempo non possano garantire a priori continuità;
7. uno spazio sufficientemente ampio, disponibile settimanalmente nello stesso giorno e alla stessa ora, garantito per tutto l'anno e adatto ad accogliere i partecipanti consentendo loro di muoversi in libertà.

## CAPITOLO 9

### I colloqui individuali

I pazienti individuati nella condivisione con l'equipe sono 6: 4 uomini e 2 donne. Al gruppo si aggiunge Marta, anch'essa specializzanda psicoterapeuta, che svolgerà il ruolo di lo-ausiliario.

I pazienti sono stati convocati per un colloquio individuale con i due direttori del gruppo con l'obiettivo di valutarne la reale motivazione, per spiegare loro a quale tipo di attività avrebbero partecipato e per dar loro le coordinate spazio temporali del gruppo. Tutti, seppur non in maniera uguale, quando sono giunti a colloquio da noi, avevano già avuto alcune informazioni minime sull'iniziativa.

Si sono presentati a colloquio Claudio, Alex, Saverio, Roberto, Maria, Giustina.

◆ Claudio: anni 30; diagnosi di disturbo dipendente di personalità secondo il manuale ICD-10. Riferisce di essere molto contento, addirittura entusiasta, di poter partecipare al gruppo; ci racconta di aver parlato anche con il suo analista (esterno alla struttura), il quale gli consiglia di provare questa esperienza. Si sta laureando in storia e in passato ha lavorato come giornalista. La caratteristica che lo distingue è un eloquio forbito, manieristico, estremamente ricercato nel lessico e nella formulazione delle frasi.

◆ Alex: anni 40; diagnosi di disturbo di personalità borderline (ICD-10). Si presenta decisamente in ansia, seppur con atteggiamento da uomo vissuto. Mostra, ed esplicita, una grande rabbia, nei confronti della vita, della struttura, della sua situazione affettiva. Col proseguire di colloquio si tranquillizza, alla fine dello stesso, nel salutarci, ci svela (ridendo di se stesso) di aver pensato, vedendoci in due, che potessimo essere carabinieri in borghese (riferisce di fare uso, a volte, di Marijuana). Lavora come stalliere. Al momento del colloquio era in aspettativa perché ricoverato in comunità. Voleva partecipare al gruppo perché intenzionato a lasciare al più presto la comunità. Lascerà il gruppo ad un mese dalla conclusione perché dimesso dal C.R.A.

◆ Roberto: anni 28; diagnosi di disturbo delirante di tipo misto e disturbo di personalità NAS (ICD-10). Diplomato all'istituto d'arte. Da diversi mesi residente; è l'artista della comunità. Nel presentarsi a noi appare molto ben compensato, pur se relazionandosi in una maniera "amicale" sicuramente non adeguata, da un punto di vista culturale, ad un primo incontro con i "dottori". È incuriosito dall'idea di partecipare al gruppo. Riferisce di avere avuto problemi di alcolismo.

◆ Saverio: anni 50; diagnosi di Disturbo di personalità

schizoide (ICD-10). Ha già partecipato in passato a gruppi che abbiamo condotto abbandonandoli sempre dopo pochi incontri. Questa volta riferisce di essere molto motivato perché vuole imparare a gestire il suo recentissimo matrimonio con un'altra paziente del C.R.A., Morena, molto più giovane di lui. Estremamente introverso, timido e chiuso in sé stesso. Abbandonerà il gruppo dopo alcuni mesi (verso la metà del percorso) a causa di un forte dissidio con Alex legato al flirt nascente tra la moglie e lo stesso Alex.

◆ Maria: anni 34; diagnosi di schizofrenia paranoica (ICD-10). È l'unica, inviata dal C.P.S., che non ha contatto con il centro, né in qualità di residente né in qualità di semi-residente. Ha un lavoro protetto presso una casa di riposo. Molto ansiosa, timida e riservata. L'eloquio è estremamente confuso e insicuro. È spaventata all'idea di partecipare al gruppo (a UN gruppo) ma è stata convinta dell'utilità dello stesso dalla sua psichiatra di riferimento.

◆ Giustina: anni 40; diagnosi di schizofrenia paranoica (ICD-10). È molto spaventata e angosciata. Piange per quasi tutto il colloquio. Riferisce di avere paura per tutto e di essere in ansia. Anche lei, come Maria, è molto preoccupata all'idea di stare in un gruppo; tuttavia, è spinta a partecipare da un forte desiderio di vincere le angosce che la tormentano e la fanno star male per qualsiasi cosa. È residente in comunità da più di un anno.

Avevamo precedentemente stabilito che fosse importante non mettere le persone "sotto pressione": può essere difficile dire, per un paziente, davanti a un "dottore", che non si vuole partecipare al suo lavoro; poiché noi eravamo interessati ad avere persone realmente motivate, che si sentissero libere di poter scegliere, abbiamo lasciato a ciascuno il nostro numero di telefono. Abbiamo comunicato di prendersi un po' di tempo per riflettere, di confrontarsi con chi lo ritenessero opportuno e, solo nel caso in cui fossero convinti di partecipare, di telefonarci per confermarci la loro presenza. Così facendo, abbiamo intenzionalmente (considerando le loro difficoltà relazionali) lasciato loro la possibilità di rinunciare all'esperienza senza doversi assumere la responsabilità di "contrariarci" o "offenderci" dicendoci un no, tutelando in questo modo anche le persone più ansiose e timorose.

## CAPITOLO 10

### L'io-ausiliario

*"Siamo qui per dimenticare di essere degli psichiatri e per provare a diventare degli esseri umani"*  
(F. Basaglia)

L'io ausiliario si colloca come intermediario tra i direttori e il gruppo; esso ha la funzione di assorbire e concretizzare i fantasmi trasferali del protagonista. Nel nostro gruppo Marta, iscritta alla scuola di Psicodramma, ci ha fornito un grosso aiuto nella funzione di supporto al gruppo. Lei ha permesso ai membri del gruppo il rispecchiamento verso una persona che agisce dei ruoli "sani" e ha diffuso la convinzione nel gruppo che fuori dalla comunità ci sono persone che incontrano difficoltà simili alle loro e che le affrontano in modo sano.

L'elemento più funzionale, che per noi è stato estremamente prezioso, del ruolo dell'ausiliario professionista è stata la sua disponibilità a mettersi in gioco come persona e non come professionista: grazie a ciò, ella ha potuto, dopo un breve periodo di diffidenza iniziale legato al ruolo "ufficiale", essere accettata e riconosciuta come membro del gruppo a tutti gli effetti. Le sue competenze di psicologa (e di psicodrammatista) in formazione, quindi, hanno potuto agire "dall'interno", partendo da una condizione simmetrica e paritaria con gli altri membri del gruppo, avendo così un impatto sui pazienti completamente differente da quello dei due direttori, di cui pure era alleata.

Marta, inoltre, conosceva il nostro linguaggio e quindi ha rappresentato per noi un'importante funzione di "starter" nelle attività proposte.

## CAPITOLO 11

### La co-conduzione

A proposito della co-conduzione, scrive Dotti: "[...] per co-direzione si intende quella situazione che consente una *identità di statuto* pur in una *diversità di funzione e di ruolo*. Lo *statuto* è il ruolo, riconosciuto ed esplicitato che i direttori hanno di responsabilità terapeutica o formativa dei singoli e del gruppo. La *funzione* è l'espressione del supporto ai fantasmi e ai bisogni dei membri del gruppo e dell'altro direttore. La funzione è un ruolo che può essere attribuito ai conduttori, una modalità proiettiva o identificatoria dei membri del gruppo sulla coppia dei direttori o su ciascuno dei due. Per diversità di *ruolo* si intende che i direttori possono assumere in dati momenti certi ruoli, ma è chiaro che questi sono ruoli transitori in funzione delle necessità del gruppo. L'assunzione transitoria di ruoli diversi da parte dei conduttori, pur mantenendo gli stessi lo statuto di direttori, costituisce uno specchio per i membri del gruppo. Essi stessi potranno superare il timore della perdita di identità nel momento in cui saranno chiamati ad assumere ruoli nuovi." (2002, p.122).

In questo passo sta tutta l'essenza di ciò che ho potuto sperimentare rispetto al tema della co-conduzione. La collaborazione col dott. Luca Locati è iniziata sin dal primo anno di tirocinio e, inevitabilmente, con il passare degli anni si è andata via via affinando sempre più; fino a diventare una risorsa straordinaria e, a tratti, direi quasi indispensabile. E ciò, a mio parere, è stato possibile proprio grazie ad un'intesa telica che ha consentito in maniera fluida, naturale, spontanea, all'uno o all'altro direttore di assumere con rapidità ruoli differenti pur, come dice Dotti, senza perdere il proprio statuto. Anzi, oserei dire che il processo è esattamente l'inverso: la fiducia reciproca, il chiaro patto che si trattasse di una collaborazione e non di una competizione, la stima e il rispetto reciproci sono state proprio le condizioni (*conditio sine qua non*) che hanno concesso a me e a Luca, alternativamente, il lusso di poter uscire temporaneamente dal ruolo di direttore senza il timore di perdere il proprio statuto, sia rispetto al collega sia rispetto al gruppo.

Quando si crea questo clima, fatto di spontaneità e naturalezza, tale per cui un direttore si possa mettere al servizio dell'altro se percepisce che ciò sia utile allo svolgimento della sessione o dell'attività, il risultato ha una potenza straordinaria sul gruppo al punto da poter diventare una risorsa importantissima, percepita dal gruppo stesso come indispensabile. A questo proposito, ricordo con piacere e un pizzico di divertimento, il commento di un educatore partecipante ad un gruppo di supervisione all'equipe che abbiamo tenuto durante il terzo anno di tirocinio: era la prima sessione e, alla fine, venne da noi dicendoci che l'esperienza gli era piaciuta molto, l'aveva trovata interessante e stimolante, ma trovava un vincolo un po' troppo limitante il fatto che fossero *necessari* due conduttori per poterla svolgere. Non aveva nemmeno concepito che potesse essere condotta da un direttore solo e fu estremamente stupito e incredulo quando glielo dicemmo!

Nello specifico dell'utenza psichiatrica, in più, la co-conduzione offre due importanti risorse: una, è quella di avere, all'occorrenza, un ausiliario in più, elemento che nella nostra esperienza si è rivelato importantissimo; l'altra, è l'esempio che i due direttori forniscono – attraverso il modo di relazionarsi tra loro - presentando un funzionamento di gruppo sano e funzionale che può fungere da modello.

## CAPITOLO 12

### La prima sessione del gruppo

In questa prima sessione abbiamo prestato molta attenzione al minimo particolare: l'accoglienza, il contratto di gruppo, l'attivazione iniziale, la presentazione dei pazienti ecc...

**L'accoglienza:** abbiamo preparato lo spazio in modo da differenziarlo dal contesto in cui avviene la musicoterapia; chiudendo le tende e usando le lampade alogene al posto dei neon. Abbiamo atteso ogni componente del gruppo sull'uscio della porta per accoglierlo in modo adeguato e per sancire un simbolico ingresso in una dimensione diversa dalle solite attività.

**Il contratto di gruppo:** una volta presenti tutti i partecipanti alla sessione (assenti, giustificati dal servizio, Giustina e Roberto) abbiamo esposto "le regole del gioco".

**L'attivazione iniziale:** abbiamo utilizzato la musica (mambo n° 5) per una prima attivazione (*camminate nello spazio e osservate questa stanza nella quale svolgete altre attività con una veste diversa*) per poi continuare con il gioco delle sedie (*muovetevi nello spazio, se volete potete anche ballare, quando fermerò la musica dovrete sedervi su una sedia. Chi resterà senza sedia verrà eliminato e darà lo stop nella manche successiva*). Questa attivazione ha permesso di superare quell'alone di "medicalizzazione" che aleggiava tra i pazienti spostando il focus su un aspetto più ludico e relazionale.

**La presentazione dei pazienti:** abbiamo scelto di far presentare i pazienti, che si frequentano abitualmente durante la settimana anche in altre attività, attraverso la creazione di un loro biglietto da visita psicodrammatico. Questa attività, che ritengo particolarmente interessante e significativa, verrà trattata più avanti nel dettaglio.

## CAPITOLO 13

### Il T0 - T1 - T2 del gruppo.

Al termine delle prime due sessioni di gruppo abbiamo compilato un modulo di osservazione del paziente che permette di monitorare alcuni aspetti relazionali dei pazienti. Tale modello è stato compilato attorno alla metà del percorso di gruppo (T1) insieme ad una relazione intermedia sull'andamento dei pazienti e alla conclusione del gruppo (T2) insieme ad una relazione finale dell'esperienza. (*In appendice il modulo di osservazione*). Riporto le brevi relazioni stese da noi al momento T1 e T2: benché, essendo state scritte dai due direttori, possano indubbiamente risentire delle aspettative degli stessi, tuttavia danno un'idea significativa di un movimento che è avvenuto per ogni individuo all'interno del gruppo.

T1

**Claudio:** Buone risorse cognitive, attivo nel gruppo e molto motivato. Estremamente rigido nei suoi ruoli e molto difeso. Tende alla razionalizzazione. Manieristico.

**Alex:** Apparentemente mostra interesse per il gruppo. Evidenzia tuttavia una modalità narcisistica di vivere il gruppo tentando di sfruttarne le risorse. A tal scopo, ultimamente, ha tentato attacchi al setting, ai terapeuti e al gruppo.

**Saverio:** Motivato. Fa fatica ad accedere ai contenuti più emotivi. Eccessivamente sintetico nelle verbalizzazioni. Se stimolato riesce, seppur a fatica, a dar voce al suo vissuto. Risente molto della presenza di Alex

**Maria:** Fatica molto a rispondere agli stimoli proposti e ad entrare in relazione con il gruppo. Ricerca spesso l'approvazione dei conduttori. A volte confusa e molto bloccata nell'espressività dalla timidezza che la fa sentire sempre inadeguata.

**Giustina:** Impaurita e molto ritirata. Sempre in ansia per la vita comunitaria. Talvolta riesce ad accedere ai suoi contenuti più emotivi senza essere preda di attacchi d'ansia o catarsi di pianto.

**Roberto:** Apparentemente ben integrato se si parla di quei due o tre argomenti che meglio conosce (es. la pittura), non appena si cercano nuovi spunti di comunicazione evidenzia tutte le lacune relazionali e i tratti paranoici-deliranti. Molto poco propenso a parlare di sé. Nel gruppo è ben accolto.

T2

**Claudio :** buone risorse cognitive, attivo nel gruppo, molto motivato. Nel corso degli incontri ha progressivamente abbandonato la sua tendenza alla razionalizzazione mostrando una maggiore apertura verso l'espressione delle proprie emozioni; ciò ha comportato anche un nuovo modo di relazionarsi con il mondo esterno. Tuttavia, seppur più adeguata, questa nuova modalità relazionale evidenzia una modalità ossessiva già precedentemente riscontrata in altri ambiti (lo studio e il cibo).

**Alex:** rispetto all'inizio dell'esperienza ha avuto una modalità di stare in gruppo più adeguata e meno distruttiva. Pur mantenendo uno stile prevalentemente narcisistico, tuttavia si è mostrato più attento e più in ascolto dei compagni di gruppo. Ha lasciato il gruppo, congedandosi, prima del termine perché dimesso dal CRA.

**Giustina:** Molto centrata su di sé, sulle sue ansie, sul suo dolore e sulle sue fobie. Nell'arco degli incontri è comunque riuscita a stare nel gruppo, a prestare ascolto alle storie dei compagni e, seppur a fatica, a partecipare alle attività in maniera sempre più adeguata. Prendendo confidenza con gli altri e con l'ambiente, ha mostrato un lato ironico e auto-ironico che l'ha fatta ben integrare nel gruppo.

**Roberto:** seppur adeguato alle circostanze, nel corso degli incontri ha mostrato poco di sé. Ha evidenziato una difficoltà ad accedere a funzioni auto-osservative. In ogni caso si è ben integrato nel gruppo creando in particolare un'alleanza con Giustina basata sullo scherzo.

**Saverio:** ha lasciato il gruppo con largo anticipo a causa dei grandi dissidi con Alex. Tali dissapori che coinvolgevano la sua vita sentimentale lo hanno portato ad un profondo stato depressivo tale da richiederne un ricovero in SPDC.

**Maria:** ha lasciato il gruppo verso la metà del percorso perché per lei il gruppo era troppo ansiogeno. Ha manifestato il desiderio di interrompere il percorso perché lo stare insieme agli altri era incompatibile con la sua estrema timidezza.

## CAPITOLO 14

### Alcune attività' del gruppo

*"Come si può conoscere se stessi? Non mai attraverso la contemplazione bensì attraverso l'agire"*  
W. Goethe

Proporrò ora, a titolo esemplificativo, la trascrizione di tre sessioni di gruppo che sono state, a modo di vedere mio e di Luca Locati, particolarmente significative nel percorso del gruppo e dei singoli, per quella che è stato il loro coinvolgimento e la loro partecipazione. Esse danno un'idea piuttosto fedele del clima di gruppo e dello stile adottato dai direttori. Si tratta, in particolare:

- della prima sessione: il lavoro, centrato sul gruppo, si è basato essenzialmente sulla stimolazione della funzione di doppio;
- di una sessione in fase avanzata (oltre la metà) del gruppo: essa mostra il movimento evolutivo del gruppo stesso; qui, grazie a un clima di intersoggettività ormai instaurato in modo solido, abbiamo potuto far sperimentare una funzione di specchio nutriente;
- di una sessione col protagonista: significativa, oltre che per il lavoro in sé, anche per i due ruoli del direttore e del co-direttore.

#### 14.1 Il biglietto da visita e la galleria d'arte

Questa attività è stata proposta al gruppo al fine di far circolare informazioni diverse da quelle che abitualmente i pazienti condividono nei diversi momenti comunitari. È un modo di parlare di sé e di vedere cosa gli altri vedono in me. È un tentativo di uscire dallo schema delle comunicazioni stereotipate a cui questo tipo di pazienti – ma anche gran parte delle persone "normali" – è abituato e un modo per mostrare loro che il loro stato d'animo viene visto e "interpretato" dal mondo esterno.

La sessione si è svolta, dopo il rituale iniziale, con una attività che coinvolgesse tutto il gruppo.

**DIRETTORE:** Adesso vi consegnerò un foglio. Su questo foglio dovrete realizzare il vostro biglietto da visita. Tenete presente che potrete mettere qualsiasi cosa...disegni...parole...che vi rappresenti per quello che siete. È un biglietto da visita speciale... un biglietto artistico che esprima la vostra personalità. Al centro del palcoscenico metto dei pennarelli colorati... potrete usarli a vostro piacimento.

**DIRETTORE:** adesso che avete terminato il vostro biglietto da visita trovate uno spazio, all'interno del teatro, per appendere il vostro lavoro come se foste in una galleria d'arte.

**DIRETTORE:** mettetevi accanto al vostro biglietto da visita. Cominciamo da te Alex. Resti dove sei. Adesso magicamente i tuoi compagni di gruppo diverranno giornalisti critici d'arte e dovranno esprimere qual è il significato che danno alla tua opera.

**ALEX:** io devo stare zitto?

**DIRETTORE:** dopo ciascuno avrà modo di dire cosa voleva rea-

lizzare.

**CLAUDIO:** l'artista vuole comunicarci che tutto il mondo gli scatenava una profonda rabbia. E' come se si trattasse di una rabbia ancestrale.

**SAVERIO:** lui odia tutto il mondo perché sta male.

**MARIA:** secondo me è arrabbiato perché sta male e gli altri non riescono ad aiutarlo.

**MARTA:** prova una grande rabbia... una rabbia verso il mondo che lo condanna ad essere così. Vorrebbe stare bene ma non ci riesce e quindi sfoga la sua rabbia verso gli altri.

**DIRETTORE:** E' giunto il momento per l'artista di esprimere il suo pensiero.

**ALEX:** Hanno ragione tutti. Io sono antipatico e incazzato con tutto e tutti. Sto male e nessuno mi può aiutare. Quando si avvicina qualcuno io lo tratto male e così si allontana.

**DIRETTORE:** Adesso è il turno di Claudio che si metterà vicino al suo lavoro e i compagni diverranno esperti d'arte.

**ALEX:** E' una persona molto colta che sa parlare bene. Io lo invidio. Il bambino potrebbe essere lui da piccolo quando era felice.

**SAVERIO:** E' un chiacchierone. Una persona socievole. Forse gli piacciono i bambini.

**MARTA:** E' una persona molto colta ed istruita che sa parlare molto bene. Solo che si nasconde dietro alle parole e non riesce ad esprimere il bambino che c'è dentro di lui. E' diventato grande presto.

**MARIA:** la sua intelligenza mi mette a disagio. Io non ci riesco, ho paura di tutto. Il bambino è lui da piccolo quando era felice.

**DIRETTORE:** ora Claudio sta a te la parola.

**CLAUDIO:** qualcuno ha espresso in modo appropriato il mio profondo stato d'animo. Ho disegnato la mia bocca. Da essa escono diversi flussi di parole ma non escono i sentimenti più profondi. Il bambino rappresenta me stesso e mi rammenta che in quel periodo ero felice con la mamma. Vorrei riuscire con le parole ad esprimere sentimenti profondi.

**DIRETTORE:** E' il turno di Maria.

**SAVERIO:** Non so cosa dire.

**MARTA:** sembra un porcospino... Forse vuole difendersi dagli altri.

**CLAUDIO:** Io credo che l'artista voglia esprimere la sua difficoltà ad aprirsi al mondo, perché il cosmo probabilmente gli incute terrore.

**ALEX:** Secondo me è come una bambola voodoo trafitta dagli spilli. Ogni spillo è un dolore, una cosa che gli è successa.

**DIRETTORE:** tocca a te, Maria, dire il tuo punto di vista.

**MARIA:** ho disegnato un occhio con tanti occhi perché ho sempre paura di essere osservata e giudicata...non so... non mi fido di nessuno.

**DIRETTORE:** Saverio è giunto il tuo momento. Invito il gruppo a leggere tra le righe del messaggio di Saverio.

**CLAUDIO:** Io credo che la metafora che si cela sotto l'opera voglia rappresentare la propensione al futuro dell'artista, ad un nuovo momento in cui si sentirà nuovamente felice.

**MARTA:** Anch'io condivido la voglia di risollevarsi da una giornata un po' stonata.

**ALEX:** non ho niente da dire.

**MARIA:** Secondo me sta male. Mi dispiace.

**DIRETTORE:** Saverio, prova a spiegarci.

**SAVERIO:** oggi mi sento giù. Ma sono contento di essere qui e di poter stare insieme a voi.

(ometto il lavoro svolto dall'ausiliario professionista)

**DIRETTORE:** ora recuperate il vostro lavoro e mettetevi in cerchio. Partendo da Marta e girando in senso orario ciascuno dirà come si è sentito nei panni "dell'artista" e come nei panni del "critico d'arte".

In questa attività sono emerse le difficoltà di Maria a stare nel gruppo e quanto lo stare in mezzo alle gente sia per lei fonte di angoscia. Per quanto riguarda Saverio i messaggi che manda sono ambivalenti. Riferisce di stare bene nel gruppo anche se si percepì-



sce che qualcosa al suo interno lo disturba (successivamente emergeranno le difficoltà con Alex).

Claudio e Alex mostrano un discreto affiatamento tra loro probabilmente perché Claudio vorrebbe un po' assomigliare ad Alex per i suoi modi di fare spigliati e un po' guasconi; mentre Alex vorrebbe avere le competenze culturali di Claudio.

Roberto e Giustina erano assenti giustificati dal servizio perché impegnati in visite mediche.

#### 14.2 Il genio della lampada

In questa attività ci siamo posti come obiettivo quello di dare la possibilità a ciascuno di esplicitare i propri desideri e di prendere contatto con le proprie risorse interiori che svolgono un ruolo di propellente al soddisfacimento dei bisogni-desideri.

Dopo il solito rituale iniziale, ad ogni componente del gruppo venivano consegnati tre fogli e una penna sui quali avrebbero dovuto scrivere i tre desideri che sentivano più pressanti da rivolgere al genio della lampada. Una volta scritti i tre desideri veniva loro chiesto di scegliere, tra i propri compagni di gruppo, chi avrebbe potuto interpretare il proprio genio della lampada. Il genio, dopo una breve intervista effettuata dal direttore per riscaldare il paziente al ruolo, aveva il compito di sottolineare le risorse che la persona avrebbe dovuto mettere in gioco per cominciare ad avverare i suoi desideri. Al termine del lavoro ciascuno ha verbalizzato come si è sentito nei vari ruoli a lui assegnati (colui che desidera – il genio della lampada). A questa sessione sono presenti Alex, Roberto, Claudio e Giustina poiché sia Saverio sia Maria hanno lasciato il gruppo. Di seguito l'attività centrale della sessione:

DIRETTORE: *adesso vi consegnerò tre foglietti di carta ed una penna. Provate ad immaginare di trovare una lampada magica e che, sfregandola, appaia il genio che vi chieda tre desideri da realizzare. Su ogni foglietto scrivete uno dei desideri. Cercate di esprimere dei desideri che siano veramente importanti per voi.*

DIRETTORE: *bene. Avete finito? Quello che vedete lì è uno spazio magico perché adesso apparirà il vostro genio. Pensate ad un vostro compagno di gruppo che possa diventare il vostro genio. Quando lo avete pensato fate un cenno con la mano.*

DIRETTORE: *Partendo da Marta ciascuno dica il nome del compagno scelto.*

MARTA: *Claudio.*

CLAUDIO: *Alex*

ALEX: *Roberto.*

ROBERTO: *Giustina*

GIUSTINA: *Marta.*

DIRETTORE: *cominciamo da Claudio. Hai scelto come genio Alex. Ora Alex ti alzi, indossi questo mantello da genio e quando ti siederai su questa poltrona magica diventerai il genio della lampada di Claudio.*

DIRETTORE: *buongiorno signor genio. Come si chiama?*

ALEX (genio): *Colui che sta tra le stelle e il mare. Mi hanno trovato in un pozzo nel deserto sotto il cielo stellato.*

DIRETTORE: *quanti anni hai e dove ti hanno trovato?*

ALEX (genio): *Ho 2130 anni; ero rinchiuso in una bottiglia per incensi aromatici fino a quando mi hanno trovato.*

DIRETTORE: *bene genio, Claudio l'ha trovata ed ha espresso tre desideri: adesso glieli leggerà e lei dovrà suggerire a lui come utilizzare le sue risorse interiori per far sì che possa mettersi nelle condizioni di aiutarsi a raggiungere i suoi desideri.*

CLAUDIO: *Caro genio, vorrei che migliorasse la mia realtà affettiva.*

ALEX (genio): *apri gli occhi sulla realtà affettiva, orienta gli occhi in direzioni diverse da quelle che ritieni le uniche possibili.*

CLAUDIO: *grazie genio. Il mio secondo desiderio è quello di riuscire a portare a termine il mio percorso di laurea.*

ALEX (genio): *realizza un paradosso: studia meno e migliora la qualità dello studio. Passa meno notti in bianco.*

CLAUDIO: *vorrei riuscire a tornare a casa presto.*

ALEX (genio): *tu stai cercando anche un clima domestico nuovo. Agisci di più sul tuo clima emotivo. Fai i conti col tuo passato e coi tuoi ricordi.*

DIRETTORE: *Claudio, è giunto il momento per il tuo genio di tornare da dove è venuto. Congedati in modo non verbale.*

DIRETTORE: *ora tocca a Roberto che ha scelto come genio Giustina. Ora, Giustina, quando ti siederai sulla poltrona diventerai il genio di Roberto. Buonasera signor genio. Come si chiama?*

GIUSTINA (genio) *Golem il genio. Golem in ebraico significa verità.*

DIRETTORE: *adesso sentirai il primo desiderio di Roberto.*

ROBERTO: *vorrei riuscire a smettere di fumare.*

GIUSTINA (genio): *Prendi le cose come vengono senza patemi. Cerca di stare tranquillo anche con la respirazione e gli esercizi di rilassamento.*

ROBERTO: *Vorrei avere più soldi e una casa.*

GIUSTINA (genio): *Per i soldi e per la casa sarà più avanti. Sarà una cosa fattibile perché le potenzialità ci sono.*

ROBERTO: *vorrei ritrovare la tranquillità e la serenità.*

GIUSTINA (genio) *puoi trovare la serenità già cominciando con lo smettere di fumare e ascoltare la musica con tranquillità e più emozione. Puoi dedicarti all'arte.*

DIRETTORE: *ora congeda il tuo genio come vuoi.*

ROBERTO: *ciao genio.*

DIRETTORE: *ora è il turno di Alex che ha scelto Claudio per interpretare il suo Genio. Quando ti siederai diventerai il genio di Alex.*

DIRETTORE: *buongiorno, signor genio. Come si chiama?*

CLAUDIO (genio): *Sri Scin Moi sono uno Shaolin Tibetano e monaco buddista. Mi hanno trovato in un'anfora antichissima.*

DIRETTORE: *Alex, è giunto il momento di dire i tuoi desideri.*

ALEX: *Vorrei guarire dalla depressione.*

CLAUDIO (genio): *Il mio invito è quello di venire a trovarmi in Tibet. Lì potrai trovare il modo di scongiurare la depressione.*

ALEX: *vorrei non peggiorare quando mia mamma morirà.*

CLAUDIO (genio): *Cerca di evitare tutte quelle medicine. Anche se soffri, la tua agitazione e la tua sofferenza ti arricchiscono. Creano un'interiorità che può essere apprezzata e che non è distruttiva come tu pensi.*

ALEX: *vorrei essere innamorato di Romina a vita.*

CLAUDIO (genio): *Non perdere mai il senso della saggezza delle cose: solo così potrai rinnovare l'amore.*

DIRETTORE: *è giunto il momento di congedarsi dal genio. Scegli tu il modo.*

DIRETTORE: *è arrivato il turno di Giustina. Hai scelto Marta per interpretare il tuo genio. Buongiorno Genio. Come si chiama e da dove viene?*

MARTA (genio): *mi chiamo Jasmina, che vuol dire gelsomino: sono un genio femmina e sono profumata. Mi hanno trovata in un bosco ai piedi di una betulla.*

GIUSTINA: *vorrei vincere le mie paure.*

MARTA (genio): *devi essere fortissima, devi avere più carattere e più polso e fregartene di cosa ti dicono dietro.*

GIUSTINA: *desidero la guarigione.*

MARTA (genio): *devi seguire il tuo cuore e lavorare e vivere la vita come tutte le persone normali.*

GIUSTINA: *vorrei essere capace di vivere nel mondo.*

MARTA (genio): *ce la farai, devi solo credere che questo sia possibile.*

DIRETTORE: *Giustina, saluta il tuo genio come vuoi tu.*

GIUSTINA: *grazie Jasmine. Arrivederci.*

DIRETTORE: *ora che tutti avete incontrato il vostro genio è giunto il momento di dire con una frase come vi sentite in questo momento. Comincia chi vuole.*

CLAUDIO: *rinfrancato verso un percorso che sento plausibile.*

ALEX: *triste perché so che non ce la farò mai.*

ROBERTO: *E' stato bello... speriamo si avverino i desideri.*

GIUSTINA: *vorrei essere più forte.*

DIRETTORE: *E' giunto il momento di salutarci e di darci l'appuntamento per la prossima settimana.*

### 14.3 L'atomo di Claudio: un lavoro con il protagonista

Questa sessione è indubbiamente molto significativa nel percorso di Claudio all'interno del gruppo. Abbiamo scelto di far lavorare i membri del gruppo sull'espressione delle diverse parti di sé. La sessione è iniziata con il solito rituale e con un breve aggiornamento sulle emozioni che hanno provato nella settimana in modo che si riscaldassero per l'attività principale della sessione: l'atomo culturale.

A tutti i membri del gruppo è stato consegnato un foglio nel quale era raffigurato un nucleo con le diverse orbite che lo circondano. La consegna che è stata data è la seguente: *"il centro dell'atomo siete voi... nelle orbite in cui circolano gli elettroni dovrete mettere quelle caratteristiche di voi che in questo momento della vostra vita sono molto presenti. Le distribuirete nello spazio con il criterio di quanto le sentite vitali in voi (e quindi le metterete più vicino se vi danno molta vitalità e più lontano se ve ne danno poca).*

Una volta che tutti hanno svolto il lavoro su carta abbiamo scelto il protagonista mediante auto-candidatura. Claudio si è auto-candidato. In dettaglio il suo percorso (l'atomo di Claudio è allegato in appendice B).

DIRETTORE: *Claudio, ti senti in forma? Hai voglia di vedere più da vicino quello che hai fatto sulla carta?*

CLAUDIO: *sono pieno di energia.*

CLAUDIO: *in questo momento sento molto forte il bisogno di relazionarmi con le persone della comunità. Ho incontrato una persona che mi piace ma non mi sento pronto per dichiararmi.*

DIRETTORE: *immagina che il palcoscenico sia come il tuo foglio. Scegli tra i tuoi compagni di gruppo chi può interpretare la timidezza.*

CLAUDIO: *scelgo Giustina.*

DIRETTORE: *come vitalità chi scegli?*

CLAUDIO: *Marta*

DIRETTORE: *La generosità?*

CLAUDIO: *Saverio*

DIRETTORE: *stress adrenalinico?*

CLAUDIO: *Alex.*

DIRETTORE: *entusiasmo cognitivo.*

CLAUDIO: *Roberto.*

DIRETTORE: *ora prendi il posto della timidezza. Quando ti siederai diventerai la timidezza di Claudio. Buongiorno, timidezza di Claudio. E' da tanto tempo che convive con lui?*

CLAUDIO (timidezza): *da tutta una vita.*

DIRETTORE: *visto che lo conosce da tanto tempo, mi dica in una frase come lo vede.*

CLAUDIO (timidezza): *Claudio si sopravvaluta, è una persona vulnerabile e fragile.*

DIRETTORE: *signora timidezza le chiedo di inviare un messaggio a Claudio che sia per lui consiglio per il suo futuro.*

CLAUDIO: *Claudio, voglio dirti che hai ragione a disprezzarmi. Devi imparare a relazionarti con me ed io diventerò risorsa.*

DIRETTORE: *ora prendi il posto della vitalità. Buongiorno. Come si manifesta lei in Claudio?*

CLAUDIO (vitalità): *buongiorno. Io mi manifesto facendogli fare tante cose e facendolo partecipare a tutte le attività della comunità.*

DIRETTORE: *mandi un messaggio a Claudio.*

CLAUDIO (vitalità): *c'è un buon rapporto tra noi, ti affianco e ti affiancherò sempre nelle tue attività.*

DIRETTORE: *ora prendi il posto della generosità. Buongiorno, signora generosità di Claudio. Come si manifesta nella sua vita?*

CLAUDIO (generosità): *mi manifesto facendo sì che Claudio ascolti tutte le persone della comunità e si prodighi per loro e nel cercare di dare dei buoni consigli quando richiesti.*

DIRETTORE: *un messaggio per Claudio.*

CLAUDIO (generosità): *so che mi mandi tanti accidenti perché ti faccio perdere tempo. Devi credermi che questo è tempo speso bene.*

DIRETTORE: *ora prendi il posto dello stress adrenalinico. Buongiorno, signor stress adrenalinico di Claudio. Come si manifesta*

*nella sua vita?*

CLAUDIO (stress): *lo costringo a stare sveglio tutta la notte per preparare gli esami universitari.*

DIRETTORE: *un messaggio per Claudio.*

CLAUDIO (stress): *Io e te abbiamo un rapporto molto stretto. Io continuo ad essere la tua fonte di alimentazione. Continua ad apprezzarmi.*

DIRETTORE: *ora prendi il posto dell'entusiasmo cognitivo. Buongiorno signor entusiasmo cognitivo. Lei, invece, come si manifesta nella vita di Claudio?*

CLAUDIO (entusiasmo cognitivo): *mi manifesto ogni qual volta entro in relazione con le altre persone. Sono la sua armatura per proteggerlo dalle delusioni emotive.*

DIRETTORE: *un messaggio per Claudio.*

CLAUDIO (entusiasmo cognitivo): *Claudio ti dico che forse le parole della tua psichiatra hanno un senso. Dovremmo vederci un po' meno e tu dovresti dedicare un po' più di tempo alle altre parti di te.*

DIRETTORE: *Ora ritorna al tuo posto e ascolta in silenzio i messaggi che le parti di te ti inviano. Poi metti in parole come ti senti dopo aver ascoltato i messaggi.*

CLAUDIO: *mi sento rinvigorito dalle parole che ho sentito. Ho deciso che dedicherò più tempo per stare con gli altri. La preoccupazione più grande che mi resta è di non riuscire a laurearmi.*

DIRETTORE: *adesso tu ti siedi qui e ascolterai i tuoi compagni che ti racconteranno le loro suggestioni emerse durante il tuo lavoro di oggi.*

## CAPITOLO 15

### Conclusioni

Nell'affrontare questo gruppo, e più in generale nella nostra esperienza presso il C.R.T. / C.R.A., il dott. Locati e io ci siamo trovati di fronte a una duplice sfida: da un lato il compito, tutt'altro che facile come dimostrato nella parte teorica della tesi, di doversi confrontare con la sfida ("La psicoterapia come sfida esistenziale", titola un libro di Benedetti) costantemente posta da un tentativo d'Incontro con la realtà psicotica; dall'altro, il doverlo fare con uno strumento che non maneggiavamo, evidentemente, essendo noi in fase di formazione, e per di più con la necessità di doverlo adattare sia rispetto alla realtà di Moreno, che lavorava con un'equipe di ausiliari qualificati, sia rispetto alla realtà di ciò che apprendevamo e sperimentavamo a scuola, la quale non era realisticamente applicabile nel nostro contesto.

In particolare, a proposito dei pazienti psichiatrici scrive Moreno: "Nel caso del paziente più grave, la realtà, come viene abitualmente esperita, è rimpiazzata da elementi illusori e allucinatori. Il paziente richiede più che un lo ausiliario, ha bisogno anche di un mondo ausiliario." (1946, trad. it. Pag. 292)

Ritengo che, pur non avendo a disposizione un'intera equipe di ausiliari professionisti, il compito in cui siamo riusciti, con il fondamentale aiuto di Marta, sia stato proprio questo. Da contratto, l'obiettivo che avevamo non era terapeutico, bensì riabilitativo: questo perché un gruppo di un anno con pazienti così gravemente compromessi non può avere ambizioni terapeutiche, perché l'esperienza richiesta ai conduttori dev'essere senz'altro maggiore di quella che avevamo noi e infine perché la comunità, in quella fase, necessitava di un intervento di quel tipo. Ciò non significa, ovviamente, che il gruppo non possa aver avuto ripercussioni anche terapeutiche sui partecipanti, semplicemente quello non era l'obiettivo.

Ad oggi, non sono in grado di dire con certezza se siamo riusciti - come da richiesta - nel compito di far elaborare in conflitti legati alle paure di una vita autonoma, in una realtà che non fosse quella protetta dalla comunità; però posso affermare sicuramente che, per il periodo del gruppo, siamo stati in grado prima di essere io, Luca e Marta mondo terapeutico per i pazienti; poi, grazie al nostro esempio, alle attività proposte e al clima che siamo riusciti a creare, abbiamo potuto far sì che i partecipanti potessero essere reciprocamente mondo ausiliario gli uni per gli altri, diventando così non solo un insieme di persone ma un vero e proprio gruppo. Ritengo che,

ripensando al concetto di "sfida", possiamo senza timore di apparire immodesti considerare questo un successo che abbiamo ottenuto con il nostro intervento: la possibilità per ciascun partecipante di sperimentarsi in un ruolo nuovo, non solo di malato – sofferente – bisognoso di aiuto ma anche di persona che ha delle risorse per fornire sostegno a un altro.

#### BIBLIOGRAFIA

- ARMEZZANI M. – (1998). *L'enigma dell'ovvio*. Unipress, Padova.
- BENEDETTI G. - (1996) *Sogno e schizofrenia*. In Sbraccia F. (a cura di) *Schizofrenia: labirinti e tracce*, atti del convegno su Sogno e Schizofrenia. La Garangola, Padova.
- BERGSON H. – (1986). *Saggio sui dati immediati della coscienza*. In H. Bergson, *Opere 1889- 1896*. A cura di Sassi F. e Rovatti. Mondadori, Milano.
- BORGNA E. – (1988). *I conflitti del conoscere. Strutture del sapere ed esperienza della follia*. Feltrinelli, Milano.
- BORGNA E. – (1999). *Noi siamo un colloquio*. Feltrinelli, Milano.
- BORIA G. - (2005), *Psicoterapia psicodrammatica. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro clinico con i gruppi di adulti*. Franco Angeli, Milano.
- BORIA MIGLIORINI M.C. - (2006) *Arte terapia e psicodramma classico*. Vita e pensiero, Milano.
- DEVOTO G, OLI G.C.- (2006) *Il Devoto – Oli. Vocabolario della lingua italiana 2007*. Le Monnier, Firenze.
- DOTTI L. - (1998) *Forma e azione. Metodi e tecniche psicodrammatiche nella formazione e nell'intervento sociale*. Franco Angeli, Milano.
- DOTTI L. - (2002) *Lo psicodramma dei bambini. I metodi d'azione nell'età evolutiva*. Franco Angeli, Milano.
- FERLINI G.M. - (1995) *Psicoterapia psicoanalitica e religiosità*. In Conci M., Marchioro F. (a cura di) *Totem e tabù. Psicoanalisi e religione*. Media, Bolzano.
- JASPERS K. – (1959). *Allgemeine Psychopathologie*. (Trad. it. *Psicopatologia Generale*. Il pensiero scientifico, Milano, 1964).
- JUNG C.G. - (1961) *Erinnerungen, Traume, Gedanken von Carl Gustav Jung*. (Trad. it. *Ricordi, sogni, riflessioni. Raccolti ed editi da Aniela Jaffé*. Bur, Milano, 1992).
- LOCATI L. - (2009) *Cometa. Un gruppo di psicodramma con pazienti psichiatrici*. Studio di Psicodramma di Milano, tesi di specializzazione in psicoterapia.
- MINKOWSKI E. – (1933). *Le temps vécu*. (Trad. it. *Il tempo vissuto*. Einaudi, Torino, 1971).
- MINKOWSKI E. – (1953). *La schizophrénie*. (Trad. it. *La schizofrenia*. Einaudi, Torino, 1998).
- MINKOWSKI E. – (1966). *Traité de psychopathologie*. (Trad. it. *Trattato di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano, 1973).
- MORENO J.L. - (1947) *The theatre of spontaneity*. (Trad. it. *Il teatro della spontaneità*. Di Renzo editori, Roma, 2007).
- MORENO J.L. - (1946) *Psychodrama, vol.1* (Trad. it. *Manuale di psicodramma. Il teatro come terapia*. Astrolabio, Roma, 1985).

Per contattare l'autore

[davotta@libero.it](mailto:davotta@libero.it)