

Anna Rita Panetta

**“CI HAI FATTO SENTIRE
DELLE PERSONE...”**

**Esperienza di un gruppo di psicodramma
con pazienti psichiatrici**

INTRODUZIONE

E se cominciassi questa narrazione dalla fine? La tentazione e il coraggio di rompere gli schemi, i pregiudizi, la “conserva” come si direbbe in linguaggio psicodrammatico, costituiscono l’eredità più significativa che ho ricevuto dall’esperienza di due anni trascorsi con i pazienti che frequentano il Laboratorio L’Artificio di Pontasserchio (San Giuliano Terme in provincia di Pisa).

Pazienti perché in realtà hanno avuto nei miei confronti tanta pazienza, aspettando che mi liberassi pian piano di quei timori, di quelle insicurezze che l’avvicinarmi al mondo cosiddetto “psichiatrico” suscitavano in me.

E neanche posso dimenticare la spontaneità e creatività che a tratti emergevano balenanti nelle trame di relazioni in cui venivo accolta con calore e disponibilità.

Una curiosità genuina nei confronti di chi, pur essendo nel ruolo di terapeuta, scompigliava le carte dei paludamenti accademici o sanitari, modello unico finora rappresentato da chi doveva aver cura professionalmente della loro sofferenza.

Da qui “La fine è il mio inizio” come recita il titolo di un bellissimo libro di Tiziano Terzani e la chiusura del gruppo è la restituzione di P., una anziana quanto loquace partecipante, che mi dice candidamente, a conclusione dell’ultimo incontro, proprio la frase che ho voluto scegliere come titolo di questo elaborato “Ci hai fatto sentire delle persone..”.

Ritorna quindi il senso di capovolgere gli schemi, di arrivare ad un risultato che è solo un punto di partenza, forse fragile e ancora incerto, ma che è patrimonio di una esperienza che almeno una volta, anche solo per un tempo limitato ha riconosciuto una dignità troppe volte messa in discussione.

E gioco ancora con le parole “L’inizio è la fine” ovvero la trasformazione di una visione reciproca del rapporto terapeuta/paziente, la realizzazione compiuta dell’auspicio moreniano

*“E quando mi sarai vicino io prenderò i tuoi occhi
e li metterò al posto dei miei
e tu prenderai i miei occhi
e li metterai al posto dei tuoi,
e allora io ti guarderò coi tuoi occhi
e tu mi guarderai coi miei”*

La storia di questa esperienza è quindi la storia della possibilità di cambiamento della prospettiva con cui guardare ed essere guardati dall’Altro. Ed è questa forse l’intuizione più grande del messaggio moreniano, del cercare l’Altro, del provare ad essere l’Altro, per trovare alla fine noi stessi.

La mia ricerca è partita dal desiderio di conoscere prima di tutto le riflessioni che sul tema della follia e della malattia mentale erano state sviluppate da alcuni protagonisti del pensiero e della pratica in questo campo così complesso ed affascinante.

Nella miriade di possibili e qualificati esponenti della letteratura scientifica, ho voluto scegliere due protagonisti emblematici: Michel Foucault a cui mi riferisco ampiamente nel primo capitolo di questo elaborato e Franco Basaglia (indimenticabile paladino della storica riforma del servizio psichiatrico nel nostro Paese) di cui tratto nel secondo capitolo.

Per approssimazione in tappe successive, mi soffermo nel terzo capitolo sul rapporto tra Moreno (e il metodo psicodrammatico) e il trattamento della malattia psichiatrica (cap. 3), per giungere alla dettagliata narrazione (capp. 4 e 5) dell’esperienza vissuta presso il Laboratorio L’Artificio di Pontasserchio.

Le conclusioni ed i ringraziamenti costituiscono la fine (o forse l’inizio?) di questo personale quanto poco ortodosso racconto.

Capitolo 1

**LA FOLLIA E LA MALATTIA MENTALE:
IL PENSIERO DI MICHEL FOUCAULT**

Uno dei maggiori pensatori del panorama filosofico del dopoguerra, Michel Foucault, si è occupato in numerose sue opere della follia e della malattia mentale, sia da un punto di vista storico-filosofico che socio-etnografico. A lui ed alle sue illuminanti riflessioni (tratte dalle pubblicazioni citate in bibliografia) farò riferimento in questo capitolo.

Secondo Foucault esiste una fondamentale differenza fra la follia e la malattia mentale, posto che la prima è stata nel corso dei secoli trasformata, quantomeno nelle civiltà occidentali e mediterranee, nella seconda, seguendo un processo di medicalizzazione.

Foucault analizza questo passaggio con dovizia e varietà di riferimenti. In effetti, gli ambiti delle attività umane possono essere suddivisi in queste quattro categorie

- lavoro o produzione economica
- sessualità, famiglia ovvero riproduzione della società
- linguaggio, parole
- attività ludiche come giochi o feste

Coloro i quali sfuggono alle regole sociali previste in ciascun ambito, vengono ad essere per ciò stesso in qualche modo emarginati costituendo una minoranza più o meno discriminata. Accade ad esempio per chi non fa parte del circuito produttivo (disoccupati), per chi ha comportamenti sessuali ritenuti devianti (es. omosessuali), per chi usa il linguaggio fuori da una norma (i poeti) e così via. In tutti questi casi, coloro che sono esclusi generalmente cambiano da un ambito all’altro (si può essere disoccupato, ma non omosessuale), ma accade che la stessa persona sia esclusa permanentemente da tutti gli ambiti considerati: si tratta del folle.

Questa condizione era già presente in varie modalità nel passato, ma continua ad essere applicabile anche ai nostri giorni. Foucault identifica quindi cinque tratti che permettono di caratterizzare il fenomeno della follia e dei folli in tutte le civiltà:

- 1) Questi individui *a parte* non agiscono come gli altri, perché non hanno lo stesso statuto nelle attività di produzione. Non si chiede loro di fare lo stesso lavoro degli altri nel circuito generale del lavoro.
- 2) Nelle occupazioni della vita, nei giochi, nei divertimenti, nelle distrazioni, nelle feste, il folle non ha lo stesso statuto degli altri
- 3) Il folle non ha lo stesso statuto di qualunque altro individuo nei confronti della famiglia e in generale, a partire dal sistema delle regole sessuali, è un deviante dal punto di vista familiare e sessuale
- 4) Il folle è un individuo il cui linguaggio non ha lo stesso senso, lo stesso statuto rispetto alla funzione, al ruolo, alle possibilità di circolazione delle parole degli altri individui
- 5) I folli sono identificati in maniera spontanea, non istituzionale, senza che ci sia un rituale che li designa in maniera assolutamente certa.

In realtà queste definizioni non vanno intese in senso assiomatico, poiché in tutte le società esiste una categoria di individui del tutto particolari, al confine con categorie di tipo lievemente diverso.

I folli sono abbastanza simili ai malati per quanto riguarda l’occupazione lavorativa: ai folli non si chiede di lavorare, né tanto meno ai malati. Tuttavia il folle non può essere trattato e considerato come malato perché, ad esempio, il malato non è modificato nel suo statuto familiare, conserva all’interno della famiglia la stessa posizione e lo stesso ruolo, e il valore di quanto dice il malato, il discorso del malato, non è alterato come il discorso del folle.

Anche relativamente al gioco, il folle ha uno statuto singolare. A questo riguardo Foucault afferma “Si deve innanzitutto sottolineare che il folle è un oggetto di gioco, con il folle si gioca, mentre non lo si fa con il malato in quanto tale. Vale a dire che non si ride del malato, mentre il folle è un oggetto di cui ci si fa beffe, un oggetto di cui ci si prende gioco, di cui si ride”.

Dunque la follia è un oggetto di gioco, mentre la malattia non lo è.

In maniera ancora più singolare, il folle è un personaggio che si fa gioco degli altri, che gioca con la serietà della ragione, gioca con la serietà di quelli che non sono folli e se ne burla, e che detiene, fino a un certo tempo, la verità di quella famosa ragione che gli altri credono di possedere. In tutto il teatro occidentale e nel teatro arabo e maghrebino, si trova regolarmente il personaggio del folle, dell'individuo che ha perduto la propria ragione.

Essere folle in teatro significa saperne più degli altri, indovinare la verità là dove gli altri non la scorgono, essere dotati in un certo senso di una seconda vita, di una vita doppia, avere dietro gli sguardi dei ciechi della ragione uno sguardo penetrante che vede le cose, che smaschera. Dunque la follia è il gioco. Si ammira il folle in gioco.

In generale, in tutto l'Occidente, si trova storicamente la straordinaria parentela tra la follia e la festa. Peraltro, per tutto il Medioevo occidentale, la sola grande festa che non fosse religiosa, che non fosse legata al rituale cristiano, era la festa della follia, dei folli, la festa dell'anima come la si chiamava in Francia; nel corso di questa festa cosa accadeva? Ebbene, si *imitavano* i folli. Essi erano rappresentati come diversi dal loro personaggio, invertivano i loro ruoli sociali, e i loro statuti di lavoro e di occupazione. I poveri si travestivano e si facevano ricchi, i ricchi si travestivano da poveri. A questo ultimo riguardo, è immediata l'associazione con uno dei pilastri del metodo psicodrammatico, l'inversione di ruolo, con tutte le sue implicazioni e potenzialità.

Nella festa dei folli avveniva anche la liberazione del linguaggio. In quel giorno, si poteva dire quel che si voleva. Si trattava della grande rottura, della grande deriva delle istituzioni, che arrivava fino alla perdita d'identità degli individui poiché non si sapeva chi fosse mascherato.

Foucault continua riprendendo storicamente il fenomeno dello statuto familiare del folle. In effetti per molto tempo "nei secoli XVI e XVII era la famiglia e non il medico a designare quelli tra i suoi membri che erano folli e bastava che un padre di famiglia rivolgesse al re una domanda per ottenere una *lettre de cachet* oppure bastava anche rivolgersi al luogotenente di polizia perché l'individuo venisse subito mandato in una casa di pazzi. Si trattava essenzialmente di una sorta di espulsione dell'individuo dalla costellazione familiare".

Ma anche il linguaggio del folle è un linguaggio "altro".

Nel medioevo cristiano (ma con analogie anche nelle società musulmane) esisteva il personaggio del buffone. Era il "folle del re" che si trovava a vivere all'interno di società gerarchizzate, in cui ciascuno aveva il suo ruolo particolare. Il buffone aveva il suo posto, il suo ruolo specifico e ben definito. Perché c'era il buffone? Il buffone era là per parlare, per far circolare una parola strana che era la parola del folle. In cosa consisteva?

Ebbene, essa era, in un certo senso, sprovvista di potere; infatti, quando il buffone del re diceva una cattiveria o anche quando diceva la verità a uno che non era in grado di riceverla, questo non aveva importanza.

La parola del buffone non feriva, era una parola "nuda", senza importanza, benché carica di verità. Diceva la verità in maniera sottile. In maniera rovesciata, il folle diceva delle menzogne; si doveva sempre cercare una sorta di verità che questa menzogna nascondeva e quando il folle diceva la verità direttamente, la diceva in una maniera priva di serietà.

Secondo Foucault parte del ruolo un tempo assolto dal buffone è ora assunto dall'uomo di lettere che "inventa una storia, non racconta la storia, non dice le cose, dice qualcosa che non esiste, parla nel "vuoto" e crea una "prossimità tra letteratura e follia".

Abbiamo finora delineato alcuni riferimenti storici utili per una distinzione tra follia e non follia. Tuttavia, occorre precisare che altra cosa è l'istituzionalizzazione della separazione fra i folli e i non folli. Fino al XVI secolo il folle era sostanzialmente libero e se si agitava o ci si voleva sbarazzare di lui, si aveva l'abitudine di affidarlo a certa gente, o mercanti o marinai, non esistendo ancora i manicomi.

Quando e come è avvenuta quindi l'istituzionalizzazione? Foucault fornisce una tesi storica precisa.

Nel mondo europeo, la modificazione importante che si è prodotta nel XVI secolo e all'inizio del XVII non deriva da uno scrupolo di conoscenza più esatta del fenomeno così singolare della follia. I medici non hanno cominciato a interessarsi alla follia. Se hanno cominciato a cercare di separare i folli da quelli che non lo erano, questo è accaduto per ragioni economiche.

La grande crisi economica che si è protratta per la maggior parte del XVII secolo ha fatto emergere un enorme fenomeno di disoccupazione nelle città, disoccupazione che è stata accentuata dalla conclusione di tutte le guerre di religione che avevano insanguinato l'Europa: da cui era derivata la comparsa nelle città di tutta una serie di persone disadattate e senza lavoro.

D'altra parte, l'instaurazione di una politica mercantilista ha condotto all'internamento dei marginali. Così, questa enorme massa di popolazione fluttuante che nel Medioevo e nel XVI secolo si era lasciata circolare su tutte le strade è stata puramente e semplicemente rinchiusa negli ospedali.

L'intero sistema etico e morale del Medioevo si è trovato rovesciato quando nel mondo cristiano il peccato dell'ozio ha preso il sopravvento su ogni altro genere di colpa e su ogni altro genere di peccato.

Non tutte le persone rinchiusi sono folli, ma i folli si trovano assimilati, per la prima volta nel mondo occidentale, agli oziosi. Il folle ha perduto quella sorta di specificità sociologica che gli si riconosceva nel Medioevo, quando era ancora un personaggio pittoresco e altamente valorizzato. Bruscamente il folle si è trovato svalutato, neutralizzato.

Ma non esistono solo dinamiche derivanti dalla trasformazione dei sistemi economici. Anche nella famiglia cambia lo statuto del folle. Quell'elemento improduttivo che è il folle viene escluso dalla cellula familiare. Foucault analizza il processo di medicalizzazione della follia che porta alla nascita della "malattia mentale."

L'esclusione del folle dalla famiglia ha conferito all'internamento uno statuto medico e al manicomio uno statuto analogo a quello dell'ospedale, come se l'internamento fosse in realtà un processo di medicalizzazione, e come se si disponesse di rimedi per guarirli, quando in realtà si internava per sbarazzarsi degli indesiderabili. La casa di internamento è diventata poco a poco un ospedale psichiatrico.

Per tutto il XIX secolo, anche se l'internamento aveva cercato di darsi giustificazioni mediche, le cure prestate ai malati di mente erano di fatto nulle.

Si trattava essenzialmente di internare le persone, di farle calmare, di suddividerle a seconda della loro malattia, o di custodirle fino alla loro morte.

È solo nel corso del XX secolo che questa falsa istituzione dell'ospedale è diventata davvero terapeutica, e per questo è stato necessario attendere due grandi eventi.

Uno di questi risale alla fine del XIX secolo (anche se ha assunto importanza solo nel corso del XX) ed è la psicoanalisi, e in generale la psicoterapia; poiché è la psicoterapia ad aver fatto dell'ospedale psichiatrico qualcosa che risulti essere realmente un ospedale.

Il secondo evento è il progresso scientifico del XX secolo che ha permesso l'intervento strettamente medico sul fenomeno della follia.

Foucault giunge quindi ai due cardini fondamentali dell'intervento sulla malattia mentale: la psicoterapia e la clinica medica (e si può dire la farmacologia psichiatrica), due dimensioni che forse - mi sento di sottolineare - non sempre presentano quella sintonia di azione utile a generare la cura più adeguata per i pazienti seguiti.

L'exkursus storico di Foucault, di cui si è parlato, trova pertanto in una serie di eventi economici, politici, istituzionali e giuridici il meccanismo di trasformazione e medicalizzazione della follia che finisce per essere assimilata ed inglobata nel concetto comune di malattia mentale.

Capitolo 2

IL MALATO MENTALE DENTRO E FUORI LA SOCIETÀ: FRANCO BASAGLIA E LA SUA EREDITÀ'

Se Foucault si caratterizza come un raffinato pensatore e osservatore del "mondo della follia", Franco Basaglia testimonia con la sua azione di psichiatra all'interno di questo mondo le trasformazioni che ha pervicacemente perseguito per giungere alla deistituzionalizzazione della malattia mentale.

Basaglia non è stato però solo un uomo di azione. La sua produzione letteraria, di successo internazionale, si fonda su una analisi profonda di tutta la dimensione terapeutica e dei suoi strumenti di intervento.

Già nel 1953 Basaglia, sostenuto dalla sua formazione fenomenologia e superando l'approccio psicopatologico classico del primo Jaspers, afferma che il medico (il terapeuta si potrebbe dire più in generale) venendo a confronto con l'"incomprensibile" schizofrenico non può restarsene al di fuori come "esaminatore", ma deve partecipare interamente ed intensamente alla descrizione del sintomo "immedesimandosi nella vita del malato stesso".

Queste affermazioni risuonano familiari ad una visione dell'essenzialità costitutiva della relazione terapeutica e psicoterapeutica fondata sul concetto di empatia.

Ma ricordano anche il "guardare con gli occhi dell'altro" dei già ricordati versi di Jacob Levy Moreno.

Questa sensibilità resterà sempre presente nella teoria e nella pratica di Franco Basaglia.

In una delle sue *Conferenze Brasiliane*, a proposito di un ipotetico paziente affetto da insonnia, Basaglia descrive con queste parole l'ampiezza e l'importanza del rapporto medico/paziente: "devo cercare con questa persona la ragione per cui non dorme, posso dare anche il medicamento ipnotico, ma questo deve avere una ragione al di là del significato medico; devo creare una situazione di relazione con la persona".

Il bisogno di riconoscimento della soggettività è uno degli aspetti fondanti del pensiero basagliano che parte da un principio di realtà, il malato, e non più dalla sua malattia che resta in gran parte sconosciuta.

Questa considerazione è anche frutto dell'impatto quasi traumatico dello psichiatra Basaglia con la durissima realtà del manicomio di Gorizia di cui è nominato direttore, dopo l'abbandono della carriera accademica, nel 1961.

Qui ha modo di toccare con mano l'umiliante e degradata condizione degli internati, a cui possono riferirsi, quale tragica citazione, i dolenti versi di Primo Levi (tratti da *Se questo è un uomo*): "Si immagini ora un uomo a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, perché accade facilmente a chi ha perso tutto di perdere anche se stesso".

Riconoscimento di soggettività e dignità del malato mentale, prima di tutto. Affermazione non scontata, soprattutto in quegli anni, anzi affermazione quasi di portata rivoluzionaria in una psichiatria paradossalmente apostrofata da Basaglia come perversa "E' la stessa cosa del problema del malato mentale..il problema è che il medico crede di avere nelle sue mani una cosa, e invece ha una persona, e qui si comincia a vedere la perversione della psichiatria, perché il compito della psichiatria è rendere oggetto il soggetto".

Da questo punto di vita Basaglia parla più come uno (psico)terapeuta che uno psichiatra, quantomeno nella ordinaria tipologia riscontrabile in quegli anni.

D'altra parte, se ci si occupa della malattia separandola dalla soggettività del malato non si conduce forse un'operazione di mero controllo sociale, di riproduzione dei poteri e saperi dati (una "conserva" in termini moreniani) che prescinde dalla partecipazione del malato, dal suo coinvolgimento, e dimentica i suoi bisogni reali, malamente espressi dal sintomo?

Basaglia amplia la sua visione includendo le tematiche sociali e di potere che tanta influenza giocano nel trattamento di quella particolare categoria di emarginati costituita dai malati di ente.

Ne è talmente toccato da restare saldamente ancorato ad una energica avversione al disimpegno per sostenere invece una valorizzazione continua dell'indignazione.

Questi sentimenti sono la base per una riflessione accorata ed un impegno sociale e politico continuo, tanto che la legge 180/78 che sancisce la chiusura progressiva dei manicomi è nota appunto quale Legge Basaglia.

L'attenzione, l'ascolto (non disgiunto da una certa pietas) del malato - e non della malattia oggettivizzata - è il primo principio di contatto che deve liberarsi dai rassicuranti e freddi schemi medico-protocolлари.

"Se ricevo una persona che non ha un rapporto con me perché non capisco cosa dice, e che quindi io considero al di fuori della logica cioè folle, ho due possibilità: o mi metto nella posizione di Kraepelin che, dopo aver passato decine di anni a catalogare le domande di queste persone, le ha classificate in sindromi psichiatriche - e questo è un modo di etichettare, di rispondere all'aggressione che ti fa il malato con la sua follia - oppure, devo considerare cosa vuole questa persona".

Da queste considerazioni si evince l'impressionante attualità della visione basagliana, posto che ancora oggi è comune la ricerca ossessiva dell'identificazione nosografia del sintomo a scapito proprio della costruzione di relazione con il malato.

Ciò è presente nello stesso atteggiamento di alcuni psicoterapeuti talvolta più preoccupati di dare un "nome scientifico", la sospirata diagnosi, compiacendosi di un rapporto paritario con medici e psichiatri, che di stabilire e curare una pur primitiva alleanza terapeutica.

Basaglia identifica una sequenza lineare che parte dalla sofferenza psichica, ne definisce la diagnosi per poi giungere alla sua organizzazione sociale.

"Non si può eliminare la sofferenza psichica istituzionalmente, cioè settorializzandola nella categoria della malattia mentale. Quella che va affrontata è la sofferenza generale. Ma l'organizzazione sociale non può operare in questa direzione perché solo se affronta i problemi settorialmente può controllarli, altrimenti si distrugge. Schematizzando si può dire che esiste la sofferenza, la sua razionalizzazione nella diagnosi (la sua organizzazione come malattia) e, infine, l'organizzazione sociale della malattia".

Basaglia chiama in causa la società, la sua organizzazione che in una logica di controllo totale emargina in terribili condizioni negli istituti il "diverso" e "pericoloso" perché le conseguenze della pazzia, che sono il centro delle apprensioni dei nostri legislatori, superano il valore del malato mentale in quanto uomo.

Ma il manicomio e la sua dolorosa inutilità terapeutica è, nella visione di Basaglia, solo una parte di un sistema più ampio guidato dalle medesime logiche tese alla conservazione dello status quo e all'oppressione dei più deboli. "Smascherare nella pratica che la fabbrica è nociva alla salute, che l'ospedale produce malattia, che la scuola crea emarginati e analfabeti, che il manicomio produce pazzia, che le carceri producono delinquenti e che questa produzione "deteriore" è riservata alla classe subalterna, significa spezzare l'unità implicita nella delega data ai tecnici che hanno il compito di confermare, con le loro teorie scientifiche, che pazzi, malati, ritardati mentali, delinquenti sono ciò che sono *per natura* e che scienza e società non possono modificare processi connaturati nell'uomo".

Per contrastare tutto questo, Basaglia va oltre e instaura un dialogo diretto con la gente e da "tecnico" non collude con il potere, ma si pone quale mediatore per un rientro del malato nell'alveo sociale.

"Noi abbiamo detto: "guardate che il malato mentale è emarginato e in quanto tale non ha potere. Deve avere un trattamento diverso basato su rapporti di reciprocità. Dobbiamo eliminare i manicomi e dargli altre possibilità di esistenza". Ma la gente ha capito, come anche alcuni psichiatri hanno affermato, che "la malattia mentale non esiste". In realtà, invece, noi che cosa facciamo? Eliminando il manicomio diamo una dignità diversa alla persona che soffre e, contemporaneamente, assumiamo una nuova professionalità perché, se è vero che per affrontare una persona che soffre si deve tenere una certa distanza, questa non deve essere basata su uno squilibrio di potere che tradurrebbe il rapporto in una operazione oppressiva

di normalizzazione. Solo nel momento in cui mi pongo "dalla parte di" per avviare insieme una trasformazione, io posso riaffrontare il problema dell'altro, prescindendo dall'uso di qualsiasi tecnica".

Ciò perché nel pensiero di Basaglia la follia e tutte le malattie sono espressione delle contraddizioni del nostro corpo, e dicendo corpo intende corpo organico e corpo sociale.

La proposta di Basaglia per il superamento di questo sistema diventa rivoluzionaria, anche in senso sociale. "Noi vogliamo cambiare lo schema che fa del malato un corpo morto e tentiamo di trasformare il malato mentale morto del manicomio in persona viva, responsabile della propria salute. Non lasciamo la persona che sta male nelle mani del solo medico, ma cerchiamo di costruire un nuovo schema di vita insieme con altre persone, che non sono solo malati. Quando cerchiamo di coinvolgere la comunità nella cura del paziente, stiamo cercando di eliminare il corpo morto, il manicomio, e di sostituirlo con la parte attiva della società".

Di questo breve e parziale inquadramento del pensiero di Basaglia, restano alcune suggestioni importanti per volgere uno sguardo nuovo al mondo della follia e dei malati di mente. Il rispetto della dignità e soggettività della persona malata (e mi risuona ancora il titolo di questo elaborato), la responsabilità collettiva, addirittura sociale, della "presa in carico", perché come Basaglia stesso aveva sperimentato nella sua comunità terapeutica di Gorizia e così come accade nella società "il gruppo riesce a curare se stesso".

E' una proposta che dal linguaggio appassionato di questo psichiatra anticonformista italiano può essere tradotto nel linguaggio di un altro psichiatra altrettanto non convenzionale (Moreno) che parla dell'incontro, del superamento dei ruoli stereotipati, delle etichette diagnostiche che possono creare barriere, pregiudizi, del valore curativo del gruppo.

Il terapeuta è tecnico, ma non è portatore di una medicina apparentemente neutrale, egli è anche e soprattutto un essere umano che desidera entrare in relazione con il paziente e la sua sofferenza.

Basaglia e Moreno sono perciò accomunati nella teoria quanto nella pratica dallo stesso slancio di libertà nella relazione - che sia terapeutica o no - da entrambi nei fatti riconosciuta quale cura fondamentale di ogni male di vivere.

Capitolo 3

PSICOPATOLOGIE E TERAPIA PSICODRAMMATICA

Che esista una stretta connessione tra lo psicodramma e i cosiddetti folli è affermato dallo stesso Moreno in uno dei suoi scritti più noti (Manuale di Psicodramma- Il teatro come terapia) "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 dalla 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".

Questa cornice definitoria prese una forma embrionale, per la prima volta, nella pratica clinica di Moreno nel lontano 1921 quando, come racconta R. Marineau e riportato nel testo di G. Boria indicato in bibliografia, incontrò il suo primo "paziente residenziale", un uomo ricco ed infelice che aveva deciso di suicidarsi e che per farlo chiese aiuto allo stesso Moreno. Quest'ultimo cominciò un trattamento terapeutico, aiutato dalla compagna Marianne in un ruolo ausiliario prototipico, indagando il mondo interiore dell'aspirante suicida. Moreno cercò subito una relazione empatica con la sofferenza

dell'uomo, una sorta di messaggio che diceva "Accolgo l'immagine che mi stai comunicando. Io terapeuta voglio soffermarmi ad esplorarla insieme a te, anche se essa è carica di angoscia. E se io posso entrare in essa senza paura di perdermi o di perderti, significa che c'è, nel nostro stare insieme, una forza positiva che supera la negatività dei tuoi fantasmi. Noi, insieme, siamo più forti della tua angoscia".

In questo approccio il terapeuta si definisce assumendo una posizione attiva e propositiva, anziché neutra o di attesa, che gli consente di esprimere i propri punti di vista ed il proprio particolare modo di essere sia personale che professionale. L'attenzione va posta sulla necessità di non colludere con la realtà soggettiva del paziente, ma di sostenere un ruolo di accoglienza non giudicante che faciliti la relazione terapeutica. Moreno afferma "il soggetto deve agire la "sua verità" così come la avverte e percepisce, in modo del tutto soggettivo (a prescindere da quanto distorta essa appaia)".

Moreno negli incontri che seguirono con questo paziente "giocò" il "gioco del suicidio" in un "come se" continuo del progetto autosoppressivo, da un lato depotenziandolo energeticamente nella messa in scena dei preparativi, dall'altro utilizzando tecniche, anche se ancora non codificate, assimilabili a quelle che successivamente chiamerà doppio, specchio e inversione di ruolo. Non si trattò verosimilmente di una terapia psicodrammatica vera e propria, quanto di un episodio riferibile alla pratica del teatro reciproco che Moreno in quegli anni svolgeva a Bad Voslau.

La evoluzione della teoria e della pratica consentì a Moreno di meglio definire le difficoltà che la terapia psicodrammatica incontra nel seguire pazienti affetti da particolari psicopatologie rispetto a soggetti meno disturbati. "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 a un 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 allucinazioni sono così finemente intrecciate e così ben nascoste che la comprensione del regista di psicodramma e dei suoi lo ausiliari è insufficiente. E' 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".

Ma quali sono gli obiettivi generali perseguibili in pazienti psichiatrici, a prescindere dalla tipologia patologia presentata, con una psicoterapia psicodrammatica? Mazzara ne identifica cinque:

- 1) permettere al paziente di entrare in contatto concreto e realistico con i nuclei della propria sofferenza
- 2) rappresentazione degli stessi, nel qui e ora, attraverso il gioco dei ruoli e le tecniche specifiche dello psicodramma
- 3) riaggancio con la memoria personale e di gruppo, con la possibilità di ricostruire parti della propria storia
- 4) esplicitazione "organizzata" di sentimenti e di emozioni che riemergono attraverso il coinvolgimento globale dell'individuo nell'azione scenica
- 5) individuare la percezione di sé in relazione agli altri, così come la propria collocazione sociale ed affettiva all'interno del gruppo.

Il conseguimento di questi obiettivi va incontro, soprattutto con pazienti psichiatrici, a diversi ostacoli, già a partire dal regolare svolgimento di una sessione. Appare fondamentale al riguardo il sostegno che può venire al direttore da parte degli ausiliari professionisti (es. operatori dei servizi psichiatrici) che spesso possono sia proporsi come modelling di riferimento che attivarsi nel contenimento all'interno delle dinamiche di gruppo.

In effetti, come sostiene Mazzara, alcune difficoltà possono derivare dallo stato psico-fisico dei pazienti partecipanti al gruppo. "Ansia, instabilità motoria, incontinenza, non sono che alcune delle possibili cause che stanno alla base di richieste di uscire dal gruppo

o dalla stanza. Si innesca anche qui quel gioco di "dentro e fuori" che mette a dura prova gli operatori ma che può fornire al paziente riscontri concreti circa la possibilità che i suoi bisogni siano recepiti e di ottenere delle risposte realistiche. Talvolta il paziente si può trasformare in un vero agente di disturbo nei confronti del gruppo. Entro certi limiti le sue "proposte" intemperanti vanno raccolte nel loro significato di messaggi con una precisa valenza comunicativa. In questi casi tutto il gruppo – pazienti e operatori – viene impegnato in un lavoro di appoggio e contenimento che spesso costituisce la struttura all'interno del quale il "disturbatore" può trovare una sua collocazione, evitando di ricorrere ad un allontanamento, momentaneo o definitivo, che non va certamente drammatizzato, ma che è, comunque, un arrendersi che toglie una interessante opportunità di giocare le proprie parti consistenti, quelle che potremo chiamare "dentro", cioè visibili e adeguate al qui e ora dell'azione" (Mazzara)

Uno dei temi più significativi nel contesto del trattamento psicodrammatico di psicopatologie concerne la definizione di una diagnosi e il suo influsso sulla tecnica eventualmente da adottare nel corso delle sessioni.

Il modello moreniano è principalmente di tipo esistenziale e per questo resiste all'integrazione nel suo approccio di rigidi aspetti terapeutici. Nello psicodramma l'etichetta psicopatologica potrebbe impoverire la drammatizzazione, condizionando la possibilità per il soggetto stigmatizzato di essere spontaneo. Più che lavorare con "persone affette da psicopatologia", gli psicodrammatisti focalizzano il proprio intervento sulle "relazioni psicopatologiche". In altre parole, la malattia diagnosticata può essere considerata uno dei ruoli che un soggetto ha sviluppato in una maniera rigida e fuori dal contesto. E' il ruolo di paziente e da questo deriva lo schema di relazione che ostacola l'emersione di altri ruoli o relazioni. Da un punto di vista psicodrammatico, in una persona malata il ruolo rigido psicopatologico maschera e prevale su altri ruoli sani o più adeguati. La terapia di gruppo può essere una modalità che modifica il ruolo di paziente per renderlo meno rigido, creando alternative spontanee di funzionamento. Peraltro occorre sottolineare che non sempre è possibile intervenire con una psicoterapia psicodrammatica, come ad esempio in presenza di grosse manifestazioni isteriche o paranoiche, come pure in casi di deficit neurologici o rilevanti ritardi mentali.

Quando possibile, però, il metodo psicodrammatico è in grado di stimolare il riequilibrio di asimmetrie patologiche come nel caso di pazienti con disturbi ossessivo/compulsivi in cui si evidenzia la tendenza a pensare troppo e ad agire troppo poco (disequilibrio lo osservatore/lo attore).

La diagnosi può essere quindi utile ad orientare l'intervento dello psicodrammatista sebbene, più in generale, si ha comunque presente che il bisogno di codificare in modo rigoroso la psicopatologia assume, in genere, valore proporzionale alla centralità del farmaco nel processo terapeutico.

Seguendo la lettura comparata tra psicopatologie e modalità di intervento psicodrammatico, si propone di seguito una sintesi della classificazione elaborata da Fernando Vieira e Marta Risques per grandi cluster psicopatologici.

Tossicodipendenza e altre dipendenze

L'uso dello psicodramma con persone dedite agli stupefacenti è associato, ai nostri giorni, principalmente al setting presso comunità terapeutiche. La sessione psicodrammatica crea l'ambiente terapeutico. Esso introduce, più che verbalizzazioni, la corporeità del protagonista. Ciò è importante perché in molti tossicodipendenti il corpo è vissuto come "frontiera di scambio" con la sostanza. In questo quadro clinico, lo psicodramma, invece di bloccare la tendenza all'azione, cerca di stimolarla in un contesto specifico – la messa in scena – dando spazio a diversi impulsi o appagamenti, insegnando nel contempo al protagonista come affrontare la frustrazione. Il ruolo principale è del protagonista tossicodipendente che può osservare i propri aspetti narcisistici, per poi ascoltare la condivisione e i rimandi degli altri membri del gruppo. Nel ruolo di tossicodipendente il protagonista (che è tossicodipendente) può criticare il ruolo senza danneggiare la propria autostima. Inoltre, durante la drama-

tizzazione, grazie all'inversione di ruolo, il tossicodipendente fa esperienza di come si sta dall'altra parte, di quanto sia difficile nella realtà avere a che fare con un tossico, e ciò possiede una evidente valenza terapeutica. Attraverso la "macchina del tempo" si può andare nel passato, alla prima volta che si è assunta una sostanza e alle cause esistenziali dell'abuso di droga; oppure in alternativa, si può andare nel futuro, sia nel ruolo di disintossicato, sia come detenuto per spaccio o come morto per overdose. Sarà il tossicodipendente stesso a scegliere quale percorso sperimentare. Anche l'atomo sociale è una tecnica utile nell'intervento su tossicodipendenti perciò il terapeuta deve essere consapevole dell'importanza della esplorazione della matrice familiare per questi pazienti.

Depressione

In presenza di pazienti depressi, lo psicodrammatista presta molta attenzione alla persona più che alla depressione in sé. Da un punto di vista psicodrammatico, il paziente depresso collega in maniera rigida e stereotipata, falsi ruoli in tutte le sue matrici e relazioni (sociali, familiari, professionali). Al fine di rompere queste rigide risposte comportamentali, è necessario che il depresso liberi la propria spontaneità e creatività, esercitandosi nella sessione psicodrammatica in nuovi ruoli o meglio, stimolando quelli atrofizzati o meno sviluppati, superando gli stereotipi depressivi. Nello psicodramma, il gruppo è un fattore chiave di trattamento, perché la coesione e la condivisione aumenta l'autostima, fornendo modelli di apprendimento e/o sviluppo dei ruoli, procurando sostegno ed empatia che mitigano la sensazione di isolamento del depresso.

Il depresso presenta anche una diminuzione nel ritmo e nella velocità del proprio comportamento, come se la depressione possa essere un lento e passivo adattamento nell'affrontare un problema, impedendo libere interazioni con le situazioni della vita. D'altra parte, i depressi non riescono a far fronte alla propria aggressività, talvolta rivolgendola contro se stessi attraverso tentativi di suicidio. L'atteggiamento lento e attendista e l'aggressione incanalata verso se stessi possono essere elaborati in un contesto psicodrammatico stimolando ed esplorando comportamenti temuti dal paziente che con la condivisione del gruppo può essere sostenuto e rinforzato. Il protagonista deve riapprendere le risposte aggressive, prima reindirizzandole verso l'esterno e non verso di sé, per poi trasformare l'aggressività in assertività.

Ci sono vari modi di articolare una sessione psicodrammatica allo scopo di riformulare la sofferenza esistenziale di una persona depressa: rivolgendosi all'istintivo "ritiro" con la comprensione dei processi difensivi, tendendo la mano ed invitando empaticamente il paziente sul palcoscenico, usando il soliloquio per rivelare i pensieri del paziente, usando la tecnica della sedia vuota e, al bisogno, la tecnica dello specchio (solo in contesti specifici).

Il modello psicodrammatico può essere di sostegno nella elaborazione del lutto, assistendo il bisogno di esprimere emozioni penose, come il processo di adattamento ad una perdita (per esempio con la messa in scena di rituali funebri). Per questa ragione, la drammatizzazione dell'"addio" ad una persona morta (lasciare andare...) la promozione di nuove relazioni e il rafforzamento della rete di legami con la vita dovrebbero essere le tecniche da usare in questi casi, stante la fiducia e la coesione assicurate dal gruppo.

Disturbi di ansia e panico

Con pazienti affetti da attacchi di panico, spesso si mettono in scena le specifiche situazioni in cui il panico si manifesta. Attraverso l'uso di tecniche quali il soliloquio o l'inversione di ruolo con la sedia vuota, è possibile per i pazienti apprendere a gestire il proprio dialogo interiore quando si verifica la crisi. Nel contempo, vi è l'addestramento alla gestione dei pensieri disfunzionali, sia con la messa in scena che con la partecipazione verbale (specchi) dell'uditorio. E' anche importante smitizzare la severità delle crisi attraverso ad esempio la spiegazione dei meccanismi fisiologici implicati. E' stata provata l'utilità dell'umorismo, del rilassamento e di esercizi di respirazione che possono aiutare a smascherare "la paura di avere paura".

Fobie e DPTS (Disturbi Post Traumatici da Stress)

Un trattamento usuale ritenuto efficace per fobie e DPTS è l'esposizione allo stimolo fobico effettuata in situazione reale o simulata. Questo è ciò che viene indicato dalla teoria comportamentale. Nell'approccio psicodrammatico viene utilizzato qualcosa di simile quando si incoraggia il protagonista a mantenersi calmo interiormente mentre sperimenta eventi che lo portano a reazioni di fuga o evitamento. Ciò porta a un decondizionamento della risposta ansiosa. Più che immaginare una situazione fobica, lo psicodramma promuove l'esposizione in una specie di immaginazione "sperimentata" posto che il protagonista lavora all'interno di una totale gestalt (di spazio e di tempo).

Disturbi ossessivo-compulsivi

I pazienti ossessivi tendono a parlare con gran dettaglio e forza argomentativa e richiedono un significativo riscaldamento all'inizio della sessione per poter esprimere dei cambiamenti emotivi. La promozione di un linguaggio affettivo ed emotivo, bloccando la propensione ad eccessive elaborazioni cognitive, è ottenuta con l'espressione del corpo e l'uso di oggetti simbolici, insistendo sul metodo di improvvisazione spontanea (invitando il paziente ad assumere ruoli inventati o immaginari, piuttosto che focalizzando la sua vita reale).

Fobia Sociale e Ansia Sociale

Con questi pazienti l'enfasi terapeutica dovrebbe essere posta sull'espressione corporea e sulla comunicazione non verbale. L'obiettivo è quello di conseguire (tra le altre) le seguenti abilità:

- abilità di mantenere il contatto visivo in una maniera socialmente accettabile;
- nozione del proprio status e di quello degli altri con cui ci si relaziona;
- conoscenza di cosa si offre ai membri del gruppo e comprensione di cosa sono pronti ad accettare;
- diversificazione di assertività e limiti di prossimità corporea, incluso il contatto socialmente accettato e la questione dello "spazio personale";
- percezione del linguaggio corporeo, sempre teso alla capacità di gestione adeguata dei problemi quotidiani.

Tecnicamente, il direttore di psicodramma può usare la procedura dello specchio per fornire un feedback al protagonista. Il direttore può anche essere modello di una abilità (o avere membri del gruppo che lo siano) e può invitare il protagonista ad esercitarsi nell'abilità a livelli crescenti di difficoltà. Il direttore può anche esortare il protagonista ad un dialogo interiore (self talk) con il soliloquio o l'inversione di ruolo con la sedia vuota.

Disturbi psicosomatici

Nel linguaggio psicodrammatico, la malattia psicosomatica è vista come "l'espressione fisica di un ostacolo esistenziale".

Uno degli scopi dello psicodramma in questo contesto clinico sarà quello di aumentare la possibilità di insight del paziente sulla relazione fra la situazione interpersonale/le reazioni emotive e i sintomi somatici. Si tenderà cioè a promuovere il passaggio verso l'esterno, sul palcoscenico, di ciò che è scaricato all'interno. Lo psicodramma invita all'uso della metafora, ispira la creatività e spinge verso una spontaneità curativa, oggettivizzando (rendendo cioè esteriore e concreto) il dialogo interiore del paziente. Per questo è importante focalizzare sia l'alesitimia che i vantaggi secondari derivanti dal sintomo somatico. Ciò può essere fatto usando il linguaggio simbolico e metaforico delle sculture e di drammatizzazioni mute (con il solo movimento del corpo).

Isterismo e ipocondria

La persona affetta da isterismo vive in un costante simbolismo e dà priorità alle sensazioni corporee/emotive. Per una persona isterica le sensazioni sono più importanti del pensiero e sono al vertice di tutto, mentre l'Altro è visto come freddo, razionale e insensibile. E' per questo motivo che nelle rappresentazioni delle scene le persone isteriche adottano di frequente un atteggiamento seduttivo, esagerando l'apparenza e la forma, cercano ammirazione, sempre pronte

ad andare in scena, ma anche pronte a cambiare repentinamente stato d'animo. Nell'approccio psicodrammatico, la cosa importante è aiutare la persona isterica a smettere il ruolo di paziente, ruolo che fornisce vantaggi primari (riduzione di ansia ed evitamento) e secondari (richiesta di attenzione e compassione). E' importante approfondire altri ruoli, sempre attenti però alla seduzione, gentilezza e persino suggestione delle scene, piene di sintomi da superare. Attraverso l'inversione di ruolo con altri significativi si può attuare un addestramento a ruoli assertivi adulti. La tecnica dello specchio aiuta nell'osservazione di comportamenti immaturi, inadeguati e infantili. E' essenziale mettere in scena situazioni che esaminano le conseguenze future o le aspettative di cambiamento, interrogando il paziente isterico sul suo bisogno di immaturità o sulla sua domanda sistematica di sensazioni esaltanti.

Lo stato di ansia nell'ipocondria, invece, deriva dalla creazione cognitiva di pericoli o minacce (malattie) come nelle fobie. In questo caso è rilevante esporre, nella vivida esperienza dell'immaginazione, scene derivanti dalle conseguenze ipotetiche della malattia temuta o della paura provata. Il paziente può inoltre essere aiutato a scoprire, con la tecnica del soliloquio, i pensieri automatici di tipo catastrofico. Lo psicodrammatista può dirigere la costruzione di sculture che esprimano la malattia temuta o gli organi colpiti, mettendo in scena dialoghi del paziente con il proprio sintomo.

Disturbi del comportamento alimentare

Come nei disturbi psicosomatici, l'approccio psicodrammatico ai disturbi del comportamento alimentare tenta di portare il corpo all'interno della terapia, con la concretizzazione delle emozioni. Per far questo, è necessario sviluppare un linguaggio simbolico e metaforico che sia chiave di accesso alle sensazioni cristallizzate, integrando creativamente la personalità del paziente. Il focus è sull'incoraggiamento dato al paziente nel cercare e sviluppare la propria autonomia in una nuova costellazione di relazioni interpersonali. Il paziente viene aiutato a lavorare direttamente con i disturbi relazionali focalizzati sul corpo ed aiutato anche ad esplorare nuovi ruoli personali e sociali, come il ruolo di donna e le aspettative sulla femminilità. In questi casi sono utili le sculture: toccare ed essere toccati, metafore sul corpo piuttosto che di tipo psicologico affinché l'immagine del corpo non sia più soggetta a distorsioni. All'occorrenza, queste ultime possono essere comunque messe in scena, sia con riferimento al presente che al passato o al futuro.

Sindromi schizoidi

Nella teoria psicodrammatica le psicosi vengono concettualizzate come disordini emergenti ad uno stadio evolutivo precoce. Alcuni disturbi affiorano nel passaggio dalla matrice di identità indifferenziata (in cui il bambino non distingue se stesso dal mondo esterno) alla matrice di identità differenziata in cui si stabilisce una differenza tra il sé e la mamma (o la prima figura di accudimento). I disturbi che emergono in questo stadio possono portare a una confusione tra ciò che è reale e ciò che è immaginario. Moreno era solito procurare agli psicotici gli strumenti e il contesto utile all'espressione del loro disinganno poiché più l'organizzazione mentale risulta disturbata, maggiore è l'aiuto che deve essere fornito con gli ego-ausiliari. In alcuni casi è richiesto un intero "mondo ausiliario" in cui il terapeuta ha il ruolo di "riferimento teatrale" come ancoraggio alla realtà per condurre il paziente verso la sua parte sana. La messa in scena delle alterazioni e delle allucinazioni permette di convertirle in oggetti esterni, accessibili all'intervento terapeutico e, soprattutto, al controllo da parte del protagonista. Bermudez sviluppa il concetto di oggetto intermediario usando, con gli psicotici, delle marionette al fine di facilitare la comunicazione e consentire il superamento di barriere psicologiche, senza causare quelle reazioni di allarme tipiche di questi pazienti. Anche la musica e la danza sono ausiliari preziosi nell'approccio terapeutico. La scena è costituita dal protagonista che impersona *qualcuno che non è* sapendo di non essere quella persona. La forma scenica è particolarmente utile nella schizofrenia perché il terapeuta può aiutare il paziente a mantenere e differenziare i limiti tra il reale e il non reale.

Capitolo 4

IL CONTESTO LA ASL 5 DI PISA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ADULTI

Più recentemente lo psicodramma si è focalizzato, per i pazienti psicotici, sull'area della riabilitazione. In questo contesto, lo psicodramma può intervenire come terapia correttiva, sviluppando ruoli e ampliando la tolleranza e la conoscenza dei limiti, stimolando l'interazione personale nelle forme più adeguate (addestramento al controllo della rabbia o per il superamento dell'ansia nelle relazioni).

Disturbi della personalità

Secondo il modello moreniano, i disturbi della personalità concernono le interazioni con l'Altro/i vissute in maniera rigida e inflessibile. Si è in presenza, cioè, di falsi ruoli piuttosto che ruoli autentici, semplici modelli o conserve culturali.

Nei disturbi della personalità, l'espressione del vero sé è limitata, ciò dovuto al malfunzionamento del fattore spontaneità per cui il soggetto non è capace di rispondere in maniera libera, nuova e adeguata. Esiste anche una incongruità fra il teatro interno e la rappresentazione esteriore. Il setting psicodrammatico rende evidenti i disturbi di personalità poiché riproducendo la rappresentazione esterna del protagonista, diventa visibile la sua contraddizione con il teatro interno. Ciò che lo psicodramma tenta di fare con questi pazienti è facilitare la crescita, l'evoluzione di ruoli e non ultima la lotta contro la loro rigidità, sviluppando la spontaneità all'interno del contenitore gruppale che stabilisce una atmosfera adeguata di coerenza, comprensione e condivisione empatica.

Attraverso il gruppo, inoltre, le scariche emotive vengono contenute; l'elaborazione cognitiva (verbale) di comportamenti di acting out viene incoraggiata con la tecnica del soliloquio. Le credenze disfunzionali e i pensieri automatici vengono discussi, ma soprattutto vengono resi manifesti e consapevoli con l'azione della messa in scena.

I comportamenti improduttivi e i lamenti stereotipati e ripetitivi vengono portati nel contesto scenico e in alcuni casi emergono come insight dalla loro caricatura (attuata con la tecnica dello specchio).

Quando si propone una scena, ci si sforza di aiutare il soggetto ad esplorare i meccanismi di difesa inappropriati, sviluppandoli ad un livello più adeguato. I processi di scissione, proiezione e identificazione proiettiva possono essere rapidamente visualizzati con il doppio o l'inversione di ruolo. Ad esempio, l'ego ausiliario può aiutare l'integrazione di un ego scisso costruendo un dialogo fra le parti. Gli altri membri del gruppo possono essere chiamati a doppiare il protagonista, agevolando l'insight.

Oppure, con l'inversione di ruolo, il protagonista assume il ruolo delle caratteristiche proiettate su altri, identificandosi con queste caratteristiche. Il protagonista scopre che non è più conveniente proiettare gli elementi negativi sull'Altro perché il direttore lo mette nel ruolo della persona proiettata: l'affermazione "Lui si è arrabbiato" diventa "IO sono arrabbiato con lui".

La negazione è un altro meccanismo di difesa che diventa insostenibile in una drammatizzazione davanti al gruppo. L'idealizzazione di sé che contribuisce alla negazione può essere elaborata con un dialogo fra un ausiliario e il protagonista, rappresentando l'io reale e l'io ideale. In alternativa, un effetto simile si può ottenere con un dialogo vivace fra il sé e un personaggio fantastico tipo "Grillo Parlante". Queste tecniche possono svelare non solo aspetti di negazione, ma anche di onnipotenza narcisistica.

Questo breve excursus sulle tecniche psicodrammatiche associate a determinate categorie psicopatologiche proposto da Vieira e Risques non può essere certamente di uso schematico. Spesso le diverse psicopatologie si intrecciano e/o variano nel tempo: compito del terapeuta sarà l'individuazione, di volta in volta, del disagio prevalente per focalizzare e adattare il trattamento agli specifici bisogni del paziente. In questa delicata funzione il terapeuta potrà fare riferimento alla relazione empatica stabilita ed alla sensibilità/abilità posseduta nella lettura delle dinamiche presenti in tutto il gruppo terapeutico.

La città di Pisa possiede un polo sanitario di rilevanza nazionale: oltre all'Azienda Ospedaliera Pisana - Ospedale S. Chiara - fra i più grandi della Regione Toscana, vi è anche un avanzato Centro di Ricerca del CNR sulle tematiche della neurobiologia e delle patologie cerebrali genericamente intese.

Queste caratteristiche hanno influenzato e consolidato una prospettiva fortemente legata al versante medico-biochimico della psicopatologia.

Non a caso proprio a Pisa opera il celebre psichiatra Giovan Battista Cassano, fautore della preminenza dell'intervento farmacologico aggressivo (incluso l'elettroshock) sui disturbi psicopatologici rispetto a quello più propriamente psicoterapeutico.

In questo panorama, anche nell'Azienda Sanitaria Locale appare nei fatti egemonico il ruolo dello

psichiatra e negletto quello dello psicoterapeuta, al di là delle affermazioni di principio sulla opportunità di una concertazione fra i diversi operatori che sono chiamati a seguire le persone affette da disturbi e quindi in carico al Servizio.

È significativo che nei quattro anni di tirocinio che ho effettuato, non ho mai avuto la possibilità di partecipare a riunioni di equipe, né ho potuto visionare le cartelle cliniche relative ai pazienti con cui ero in contatto.

Escludendo il rapporto mensile con il tutor indicato dall'Azienda (uno psicoterapeuta estremamente disponibile e accogliente), la struttura si è sostanzialmente disinteressata del mio operato, né ha ritenuto di venire incontro alle pur minime esigenze che avevo rappresentato per svolgere al meglio il mio lavoro.

Ad esempio, nell'ultimo anno di tirocinio ho dovuto seguire in terapia individuale un giovane paziente, usufruendo di una angusta stanzetta mentre non è stato concesso uno spazio più grande ed idoneo, pur disponibile, con motivazioni che tuttora mi rimangono incomprensibili.

Il misconoscimento dell'utilità di una psicoterapia è quindi base comune e trasversale nel pensiero e nella filosofia della struttura, nonostante l'esperienza sul campo ed il feedback positivo che ho ricevuto dagli utenti dimostrino il contrario.

Ritengo che questa situazione non sia, purtroppo, infrequente e che molto cammino resti da fare per un rapporto di riconoscimento reciproco dei rispettivi ruoli di tutte le professionalità attive nell'intervento sul disagio psichiatrico.

Ciò è necessario perché al centro di tutto va posta la persona sofferente verso la quale gli sforzi di tutti devono essere rivolti.

Questo è quello che Franco Basaglia sosteneva diversi decenni fa (superare l'oggettivizzazione del paziente fatta dalla psichiatria per renderlo soggetto con pari dignità dei cosiddetti "normali"), ma che ancora non si è del tutto compiuto nella teoria e nella prassi di alcuni influenti operatori del settore.

Peraltro, devo sottolineare che la mia "solitudine operativa" è stata notevolmente mitigata dalla preziosa e accogliente collaborazione che ho ricevuto nel Laboratorio L'Artificio di cui narro di seguito in questo elaborato.

Il Laboratorio L'Artificio

Fino alla fine degli anni '90 i pazienti in carico al Servizio di tutta la provincia pisana potevano usufruire di un solo Centro Diurno (il Centro di Igiene Mentale) situato in centro città.

I pazienti dei Comuni limitrofi venivano seguiti, su base strettamente individuale e a domicilio, in media per 4 ore alla settimana.

Gli operatori provvedevano sia a fornire supporto nelle attività ordinarie (accompagnare a fare la spesa, controllo delle situazioni igieniche personali e ambientali), sia ad assolvere il ruolo di "ponte" con la realtà esterna.

Questa formula, pur costituendo una assistenza di base soddisfacente per i bisogni minimi, non permetteva però al paziente di creare a sviluppare una socialità che potesse fungere da piattaforma per l'apprendimento di nuove abilità e capacità autonome.

Il rapporto esclusivo e privilegiato con l'operatore che settimanalmente faceva visita a casa, poteva innescare una dinamica chiusa di dipendenza sia in termini funzionali che relazionali.

Il passaggio quindi da un approccio individuale ad uno di gruppo, collettivo (quale training verso una dimensione sociale) si imponeva quale chiave di lettura per un intervento finalizzato al massimo ampliamento possibile dell'autonomia di questi pazienti.

Per questo motivo, il Laboratorio L'Artificio venne fondato e presentò nel 2000 un progetto specifico al Piano di Zona della Azienda Sanitaria Locale.

La proposta era appunto quella della creazione, sul territorio, di uno spazio di socializzazione strutturato per i pazienti in carico al Servizio presenti nel Comune di San Giuliano Terme.

Nel corso di questi anni il Laboratorio - con l'eccellente apporto di due operatrici a tempo pieno e il contributo parziale di altre figure per determinate esigenze - ha attirato nella sua orbita un gruppo oscillante tra i 10 e 14 pazienti in carico al Dipartimento di Salute Mentale.

Attualmente risultano affidate dalla ASL 11 persone provenienti dalle diverse frazioni di San Giuliano Terme che frequentano tutti i giorni (con il trasporto assicurato da un apposito pulmino) in orario mattutino le attività proposte dal Laboratorio.

I locali sono ampi, spaziosi e molto luminosi con una grandissima sala, una cucina e due locali più piccoli per gli uffici.

In particolare, sin dall'inizio, fra le diverse attività, è stata privilegiata la forma di espressione artistica (una delle operatrici è diplomata all'Accademia di Belle Arti di Brera) mettendo a disposizione materiali per la pittura e il disegno.

Alle pareti sono appese numerose opere, molto colorate, realizzate dai frequentatori del Centro che rendono l'ambiente caratteristico e gradevole.

Nella sala, da qualche tempo, è presente anche un "bigliardino" che spesso viene utilizzato per memorabili e coinvolgenti sfide sportive.

Nel Laboratorio è disponibile un computer collegato ad Internet che, oltre per la gestione amministrativa, viene utilizzato anche per fornire, generalmente agli utenti più giovani, una prima alfabetizzazione informatica.

Per le donne quest'anno è stata attivata una convenzione con una palestra per un corso di ginnastica "dolce" (l'età media degli utenti è abbastanza elevata e in ogni caso diversi sono affetti, anche per gli effetti collaterali della terapia farmacologica, da sovrappeso e obesità).

Il lunedì è di solito dedicato alla spesa collettiva per l'approvvigionamento di ciò che verrà utilizzato per la preparazione dei due pranzi (settimanalmente, il martedì e il venerdì) che vengono consumati comunitariamente.

In particolare, quest'ultima attività appare dotata di un significato pratico e simbolico rilevante.

Gli utenti infatti vengono coinvolti in questa situazione fin dalla fase appunto della spesa al supermercato (con tutte le abilità che sono richieste dalla scelta dei prodotti, la valutazione della qualità alla programmazione e organizzazione di quanto occorre).

Analogamente, la dimensione del "fare insieme" e fare non solo per sé, ma anche per gli altri, viene stimolata per apparecchiare la tavola, sparecchiare, lavare i piatti, pulire la sala (la gestione della cucina invece è affidata ad un operatore).

Si sollecita in questo modo la responsabilità, la divisione dei compiti, con benefici influssi sull'incremento di abilità pratiche, ma anche di relazione di ciascuno.

Non ultima è l'atmosfera di "essere con" gli altri che si crea nel consumare il pasto insieme (per il quale è previsto un modesto contributo monetario, di valore più "educativo" che sostanziale).

Ho partecipato in numerose occasioni a questi momenti conviviali in cui si rinforza la "matrice di gruppo" per dirla in termini moreniani.

Ho notato l'attenzione che viene data ai bisogni dell'Altro (ad esempio se non può sbucciare la frutta) e il continuo stimolo ad entrare in relazione, uscendo dall'isolamento regressivo indotto da molte psicopatologie.

Nelle altre mattinate della settimana, compatibilmente con le condizioni atmosferiche, il Laboratorio propone delle "passeggiate" o "uscite" nel circondario (la visita di una mostra a Pisa o una passeggiata per raccogliere castagne o altre escursioni nell'entroterra pisano, ricco di bellezze paesaggistiche e artistiche). Il Laboratorio ha a disposizione allo scopo un pulmino guidato da uno degli operatori.

Poiché la spiaggia di Marina di Vecchiano, all'interno del Parco Naturale di San Rossore, dista meno di venti chilometri dalla sede del Laboratorio, nel mese di giugno viene solitamente affittato un gazebo al mare. Quando il tempo lo permette, la spiaggia però è meta anche di passeggiate invernali.

Ritorna l'importanza dell'uscire, del muoversi (anche se si torna in luoghi che già si conoscono..) quale espressione di una interruzione di un circolo esistenziale che si ripete sempre uguale, ai margini della vita "reale". In effetti la noia, la ripetizione è molto temuta, anche a causa della sostanziale inaccessibilità ad un ruolo lavorativo (con picchi di frustrazione per chi magari lo ha avuto per un certo periodo, ma poi, a causa della malattia, lo ha perso).

Il Laboratorio in questo caso ha il grande merito di avere spezzato l'isolamento individuale. Infatti, tutte queste attività consentono, diversamente dalla precedente formula dell'assistenza individuale, di creare un gruppo - piuttosto stabile da alcuni anni - di persone che altrimenti sarebbero fortemente limitate negli scambi relazionali e relegate in casa con minima possibilità di spostamento (non disponendo di macchina o altri veicoli anche per la precaria condizione economica di pensionati per inabilità).

Capitolo 5

LE FASI DEL PROCESSO

La fase propedeutica

La proposta di un gruppo continuativo per alcune persone che frequentano il Laboratorio L'Artificio ha richiesto un periodo di preparazione piuttosto prolungato, ma indispensabile per definire il ruolo che avrei svolto e costruire una relazione empatica significativa.

Questo periodo è stato caratterizzato da diversi aspetti relazionali, a partire da quello di una specie di osservazione/partecipante, per usare un termine comune nella ricerca antropologica.

L'obiettivo è stato, in prima battuta, quello di una raccolta di dati utili alla programmazione successiva (dai profili di personalità degli utenti, alle matrici relazionali già esistenti, alle sociometrie, dalla ciclicità delle fasi critiche alla emersione di desideri e fantasie).

Per fare questo, ho ritenuto appropriato partecipare alle attività del gruppo con semplicità e disponibilità all'ascolto.

In effetti, posto che la figura della psicoterapeuta era per la maggior parte degli utenti dotata di contorni e contenuti indefiniti, mi è sembrato proficuo un avvicinamento morbido e graduale, ma empaticamente caldo.

Con la frequentazione regolare, questa sorta di acclimatamento reciproco ha permesso di abbassare difese preconcepite nei confronti della "psicologa", genericamente intesa come ennesima forma di personaggio "sanitario" inviato (se non imposto) dalla struttura e comunque con un ruolo gerarchicamente sovraordinato.

Il fine, raggiunto con paziente applicazione, è stato invece quello di essere sì la psicologa con cui si potevano fare cose che potevano far star meglio, ma anche una persona (Anna Rita) che era lì, in quel luogo e in quel momento.

In sintesi, ho mirato a concretizzare il concetto di incontro moreniano, nel qui e ora, quale presupposto propedeutico di qualsiasi relazione, a maggior ragione se di tipo terapeutico.

Essere con l'Altro (in questo caso il paziente e il gruppo di pazienti) per essere nel ruolo di terapeuta e non viceversa.

In questa fase, pertanto, ho lasciato ampio spazio alla varietà dei ruoli che potevo assumere (compagna di gioco a carte, sfidante al bigliardino, ma anche organizzatrice di giochi con metodi attivi e psicodrammatista) quasi per proporre un modeling flessibile che rompesse la stereotipata immagine fantasmatica in cui il solo ruolo di psicologa poteva ingabbiarmi.

Il messaggio implicito era: "Esistono tanti ruoli da poter giocare, e come io non sono solo la psicologa, così tu puoi essere anche altro che un paziente psichiatrico".

Nonostante il timore di potenziali effetti confusivi, il risultato è stato raggiunto, come dimostra il riconoscimento del mio ruolo terapeutico, quando lo assumevo, e l'affidarsi delle persone che avrebbero partecipato al gruppo.

In buona sostanza, credo di aver promosso una specie di autoinserimento all'interno di questa comunità, prestando la massima cura e attenzione ai tempi e ai modi in cui favorire l'accoglimento di me come persona e della proposta che portavo.

Dopo alcuni mesi di questo delicato lavoro preparatorio, è stato messo appunto, anche con l'indispensabile collaborazione delle operatrici, un programma di massima teso alla costituzione di un gruppo selezionato di utenti cui proporre una attività continuativa di tipo psicodrammatico.

In particolare, è stato individuato un numero variabile da 5 a 7 elementi, preferibilmente con sufficiente capacità cognitiva ed espressiva.

Tuttavia, per evitare vissuti di emarginazione da parte degli esclusi, ho deciso di cominciare con una esperienza prevalentemente a carattere ludico, da offrire a tutti coloro che frequentano il Laboratorio, con l'avviso che il gruppo definitivo sarebbe stato composto successivamente da un numero limitato di membri.

Obiettivo di questo primo gruppo allargato a tutti è stato la progressiva familiarizzazione con le tecniche psicodrammatiche (azione scenica, inversione di ruolo ecc.) su tematiche relazionali ed espressive tese alla creazione di una accogliente matrice di gruppo in cui favorire creatività e spontaneità.

Nel primo incontro, ad un gruppo di 6 utenti incuriositi (essendo rotto il pulmino utilizzato per portare in sede gli utenti più lontani, il numero era conseguentemente ridotto) ho proposto una sessione particolarmente semplificata e della durata di circa un'ora.

Ad una prima fase di attivazione psicomotoria (camminare, salutarci, gioco con la palla "Oggi mi sento" e "Oggi ti vedo"), ho fatto seguire - seduti in cerchio con le sedie - una serie di inversioni di ruolo con un animale (a scelta: reale, ad es. quello dell'infanzia o immaginario) a cui i compagni potevano rivolgere domande sul soggetto umano di riferimento (ovvero il compagno).

L'attività è stata decisamente fluida, accettata (salvo pochissima resistenza da parte di un membro, subito rientrata) ed ha permesso, anche a coloro con maggiori difficoltà cognitivo-espressive, di partecipare e arricchire la reciproca conoscenza in maniera creativa.

L'elemento in parte inatteso di questo primo incontro ha riguardato l'evidenziazione di alcuni aspetti biografici o di personalità che le persone, pur frequentandosi da anni, non avevano mai svelato in precedenza.

Ciò ha fatto acquisire la consapevolezza della possibilità di conoscere/esplorare l'Altro e, nello specchio, anche se stessi al di là della routine e delle immagini fisse riflesse dalla ordinaria quotidianità.

La curiosità così indotta ha costituito una efficace spinta motivazionale, ulteriormente rafforzata dall'imprevedibilità del "gioco psicodrammatico".

Questa tensione elettrizzante è stata pressoché costante anche durante i successivi incontri allargati.

Nel secondo, in particolare, ho introdotto il medium delle stoffe colorate per esprimere gli stati d'animo, prima nel qui e ora, e poi in relazione ad episodi significativi della propria storia, arricchendo in questo modo il co-conscio grupppale.

Nel terzo incontro, ho utilizzato un giornale con la consegna di trovare una notizia che riguardasse ciascuna persona.

In questo caso, sono stati immaginati - complice l'atmosfera ludica - solo eventi positivi, tra i quali ad esempio la vincita della lotteria o il matrimonio con un attore famoso.

Per passare da una dimensione individuale ad una collettiva, ho chiesto di "leggere" una notizia che riguardasse il gruppo ed anche in questo caso la fantasia creativa non è mancata (come la cronaca di un viaggio fatto insieme su uno splendido e lussuoso yacht).

Il sentire del qui e ora, la plusrealtà guidata hanno evitato vissuti di frustrazioni di desideri inappagati, ma piuttosto hanno lasciato, secondo quanto si è potuto evincere dallo sharing, la sensazione di potere (ovvero di darsi il permesso di...) sognare quello che si voleva in piena libertà e irrazionalità, senza per questo ricadere nel ruolo stigmatico di folle o visionario.

L'ultimo incontro preparatorio ha riguardato una telefonata che si aveva desiderio di fare, ma che finora non si era mai fatta.

In questo caso, diversi membri del gruppo hanno portato situazioni niente affatto giocose.

Una di essi, anzi, ha "telefonato" a suo figlio che, proprio a causa del suo disagio psichiatrico, le era stato tolto appena nato, circostanza di cui non ero peraltro a conoscenza.

Nonostante l'intensità tragica della scena e lo struggente, commovente dialogo (realizzato con inversioni di ruolo) fra una madre e un figlio mai visto, il gruppo è stato sorprendentemente adeguato nel contenere queste forti emozioni.

La protagonista ha potuto dire ed ascoltare parole semplici ("Ti voglio bene") con l'aiuto di un compagno che si è prestato come ausiliario.

La condivisione affettuosa dei compagni ha rinsaldato ancora di più la matrice del gruppo con altri racconti di relazioni genitori/figli penose, ma anche intrise, a volte, di delicata tenerezza.

Nel complesso questi primi incontri si sono sviluppati con fluidità crescente e con l'ausilio di tecniche psicodrammatiche (specchio, doppio, inversione di ruolo ecc.)

Sono stati dissipati i timori preconetti su eventuali difficoltà con pazienti dal quadro clinico diversificato e talvolta più che compreso.

I partecipanti hanno infatti manifestato di gradire quello che pian piano stava diventando l'"appuntamento" con lo psicodramma. Ad ogni incontro, peraltro, ho sempre precisato come queste attività fossero da considerarsi esperienze estemporanee, visto che il gruppo definitivo sarebbe partito dopo la pausa estiva.

Il Gruppo

Nel mese di settembre 2007, alla riapertura del Laboratorio dopo l'estate, ho cominciato i colloqui individuali concernenti la proposta di partecipazione al gruppo continuativo.

Nel corso di questi incontri sono stati concordati i termini del "contratto", l'impegno richiesto e la riservatezza delle tematiche sarebbero state affrontate.

Un aspetto particolare è stato quello della presenza di un nucleo familiare (marito, moglie e fratello di lei, tutti conviventi nella stessa casa) fra le persone interpellate.

Al fine di evitare che le dinamiche del gruppo nascente potessero risentire di dinamiche familiari, ho precisato che solo uno dei componenti avrebbe potuto partecipare all'esperienza proposta.

La scelta è stata lasciata ai tre membri in questione che alla fine hanno indicato L. (il più giovane, ovvero il fratello della moglie) con una decisione condivisa e non conflittuale, pur essendo tutti interessati allo psicodramma.

Un problema strategico di fondamentale importanza è stato quello della indisponibilità di ausiliari professionisti, come generalmente previsto nel caso di gruppi di pazienti psichiatrici.

In effetti, le operatrici durante la mattinata dedicata all'incontro psicodrammatico, sarebbero state impegnate ad accompagnare i restanti frequentatori del Laboratorio nelle "uscite" sul territorio.

Ciò anche per lasciare libera la sala dove si svolgeva il lavoro del gruppo selezionato.

Nonostante venissi investita della totale responsabilità con grande atto di fiducia da parte della Presidente del Laboratorio, non ho ritenuto indispensabile ricercare altri ausiliari da coinvolgere nell'esperienza.

Ciò anche sulla base di quanto emerso nella fase preparatoria precedentemente descritta che mi aveva rinforzato sia in termini di ruolo che di relazione con i membri del gruppo.

Ancora adesso, non so dire se la scelta di condurre un gruppo di pazienti da sola senza ausiliari sia stata troppo azzardata per una

tirocinante, ma nel complesso delle sessioni non ho mai dovuto affrontare difficoltà insormontabili di contenimento.

Anzi, la sensazione è stata – quando è capitata una situazione più critica per la fragilità e/o aggressività di uno dei partecipanti – che sia stato proprio il gruppo a farsene carico e a fornire con me il contenimento necessario.

In effetti, il sostegno da parte di chi è più simile è anche, spesso, più adeguato sia nel linguaggio verbale che in quello non verbale.

Si potrebbe dire che così come le persone si sono fidate/affidate di/ a me, così anch'io mi sono fidata/affidata della/alla forza del gruppo.

Ciò è stato possibile, ritengo, grazie anche al lavoro preparatorio svolto nel corso dell'anno precedente.

Un altro aspetto significativo è stato quello dell'organizzazione logistica del setting.

Ho dovuto rinunciare all'uso del tappeto e utilizzare per la definizione dello spazio il cerchio delle sedie.

Questa scelta è stata dettata sia dalla difficoltà che a lavorare sul tappeto avrebbero avuto le persone più anziane e in sovrappeso, sia per i problemi di igiene personale, non sempre ottimale, di alcuni che lavorando scalzi si sarebbero scatenati.

Tuttavia, questa limitazione nelle possibilità di espressione psicorporea non sembra aver determinato condizionamenti rilevanti nel lavoro.

La sala utilizzata, molto grande, è stata delimitata da alcuni tavoli.

Tale compito è stato solitamente assolto dai membri più giovani.

In effetti l'allestimento dello spazio (sistemare i tavoli, le sedie in cerchio, posizionare il faretto, tirare fuori cuscini e oggetti) – una volta partiti gli altri compagni per le "uscite" – ha finito per costituire una specie di rituale di riscaldamento per sessione.

Si creava il "nostro" spazio per cominciare il "nostro" tempo nel qui e ora dell'incontro.

Il gruppo definitivo è stato formato da sei persone (tre maschi e tre femmine) di cui si tracciano di seguito dei brevi profili:

P. (femmina, 66 anni). Casalunga, coniugata con due figli. Ha cominciato a frequentare da poco il Laboratorio. Ha lavorato per molti anni come sarta, ha la licenza elementare. L'esordio del disagio risale a quando aveva 35 anni, dopo la nascita del primo figlio (per i parametri dell'epoca, P. è giunta tardi al matrimonio). La sua diagnosi ufficiale è di psicosi schizoaffettiva con crisi cicliche imprevedibili. E' molto attiva e loquace (ai limiti della logorrea). E' anche molto preoccupata per gli effetti della terapia farmacologica cui è sottoposta: la problematica relazione con il farmaco sarà tema ricorrente del suo vissuto nel gruppo. Più in generale, dice di sentirsi inadeguata e insicura, così come sistematicamente viene considerata in famiglia.

PG (maschio, 43 anni) Vive con la mamma. E' diplomato alla Scuola Alberghiera e in passato ha anche lavorato in alcuni ristoranti come cameriere. L'esordio della malattia diagnosticata (ufficialmente Disturbo Ossessivo Compulsivo, ma si potrebbero aggiungere anche sintomi psicotici) risale a quando aveva 22 anni, subito dopo la fine del servizio militare, durante il quale si presume abbia avuto esperienze omosessuali.

Le sue crisi risentono spesso del cambio delle stagioni: in tali occasioni smette la terapia farmacologica (che invece di solito segue puntigliosamente) e scappa di casa, allontanandosi a piedi anche per molti chilometri. E' piuttosto taciturno e introverso, ma attento e sensibile alle esigenze dei compagni.

L. (maschio, 28 anni). Vive con la sorella e il cognato (entrambi in carico al Servizio e frequentatori del Laboratorio). L. ha cominciato a partecipare alle attività da un paio di anni. Proviene da una famiglia molto disagiata. La madre era paziente psichiatrica e il padre pare abbia più volte abusato della sorella (da tempo però si è allontanato e non ha più contatti con la famiglia). L. ha la licenza media, ha fatto saltuariamente piccoli lavoretti ed è continuamente alla ricerca di una occupazione. La sua diagnosi ufficiale è di Disturbo affettivo bipolare misto con esordio intorno ai 21 anni. Ha una personalità molto ansiosa, si muove spesso nervosamente, ma è generalmente attento e curioso delle attività e delle persone. Parla

spesso di amici e amiche (ha avuto probabilmente un gruppo di pari con cui usciva e si relazionava), da cui però si è (o è stato) allontanato.

G. (femmina, 55 anni). Vedova, ha avuto tre figli, ma ne ha allevato solo uno (altri due sono stati affidati alla nascita a dei familiari). Proviene da un ambiente di origine molto degradato e per molto tempo si è prostituita. G. ha la licenza elementare e vive sola, ma ha molti contatti con la figlia e il nipotino ai quali è particolarmente legata (gli altri figli invece non vengono mai nominati). L'esordio del disturbo risale all'età di 18 anni. La diagnosi ufficiale dichiara un Disturbo affettivo bipolare misto, ma non mancano evidenti sintomi depressivi. E' piuttosto diffidente e con mezzi espressivi limitati. Soffre molto la solitudine ed è per questo che ha cominciato a frequentare il Laboratorio fin dalla sua fondazione, una decina di anni addietro.

W. (maschio, 27 anni) Vive con la mamma, ha la licenza media e una lieve insufficienza mentale. W ha anche qualche difficoltà di deambulazione ed una lieve limitazione motoria ad un arto superiore. Epilettico, ha avuto un esordio psichiatrico a 12 anni con manifestazioni di violenza verso la madre. Il padre è assente e diverse problematiche familiari derivano anche dalle relazioni con i successivi compagni della madre (solo recentemente la composizione del nuovo nucleo è divenuta più stabile). E' molto legato ad una sorella più grande, non convivente, che è abbastanza presente nella sua vita. La diagnosi ufficiale parla di un Disturbo psicotico non specificato conseguente a danno organico cerebrale con trattamento farmacologico modesto. W è molto attivo e socievole, sensibile e altruista per i bisogni dei compagni. A tratti emerge la consapevolezza depressiva della malattia e dei limiti fisici che gli impediscono di "essere come tutti gli altri" (e per questo rifiutato). Parla spesso di fidanzate, che sono in realtà del tutto immaginarie.

V. (femmina, 36 anni). V ha un vissuto particolarmente doloroso: abbandonata alla nascita, è stata accolta in diverse famiglie adottive da cui però è stata sempre alla fine rifiutata (da ultimo è stata mandata via anche da una nota comunità di ispirazione religiosa). Ha un ritardo mentale che però non le ha impedito di conseguire la licenza media. Attualmente vive in una casa famiglia nei pressi del Laboratorio. E' molto grassa, si muove a fatica e soffre di diverse patologie legate all'obesità. Frequenta il Laboratorio da poche settimane anche per allargare le possibilità di socializzazione. L'esordio del disagio psichiatrico risale ai 18 anni di età con una diagnosi di Psicosi affettiva. V richiede infatti di essere continuamente al centro dell'attenzione, è spesso insofferente ed ha un bisogno continuo di contenimento per limitare la sua invadenza. Piange, anzi piagnucola, al solo fine di farsi consolare e attrarre l'interesse di chiunque si stia dedicando ad altro o altri. Passa repentinamente dall'euforia alla lamentosità petulante.

Storia di un percorso: le 22 Sessioni

Qui di seguito tratterò gli elementi più significativi della serie delle 22 sessioni che si sono tenute tra il mese di ottobre 2007 e il mese di maggio 2008.

La forma è volutamente narrativa allo scopo di costruire una cronaca che definirei storico/emotiva di un percorso che ha avvolto in una atmosfera di calda condivisione tanto i membri del gruppo, quanto chi ne aveva la responsabilità di conduzione.

Più che una relazione tecnica, ho focalizzato l'interesse sugli aspetti inerenti la "lettura" del gruppo e del suo percorso.

I Sessione

Presenti: G, PG, W, L, P.

Nasce il gruppo, ma non si può dimenticare che un po' è già nato: le persone si conoscono ed hanno anche condiviso in occasioni precedenti il metodo psicodrammatico negli incontri allargati che si sono tenuti prima dell'estate.

Dopo un breve, semplice riscaldamento con il lancio della palla in risposta alle domande "Oggi mi sento" e "Oggi ti vedo", propongo un viaggio nell'infanzia.

A turno, ciascuno si accomoda su una sedia al centro del cerchio, chiude gli occhi e batte la mano sulla gamba tante volte quanti sono gli anni di età dell'io bambino in scena.

Riaperti gli occhi e assunto il ruolo, ho cominciato una breve intervista.

Domanda: Come ti chiami? Risposta: Mi chiamo L. Dom: E sai perché ti hanno chiamato così? Ris: Sì, perché è il nome di un attore. Dom: E tu vuoi fare l'attore? Ris: Sì, voglio fare Zorro così vado a cavallo.

Ho poi lasciato la possibilità ai compagni di fare domande.

Il protagonista ha poi potuto chiamare in scena un Altro significativo con uno scambio di messaggi.

Lo sharing finale evidenzia l'obiettivo originario. E' stato arricchito il co-conscio visto che sono emersi aspetti e notizie che le persone, molte delle quali si frequentano da anni, non immaginavano l'uno dell'altra.

Lo psicodramma dunque come possibilità di "apertura" nella conoscenza dell'Altro.

Un altro aspetto è il modeling fornito dal conduttore nell'intervista con domande semplici, ma che diventavano via via più articolate.

I partecipanti infatti hanno a loro volta formulato domande anche con una certa dose di originalità, sperimentando anche in questo caso una nuova "possibilità" al di fuori degli stereotipi ordinari.

Le attività proposte sono state piuttosto semplici (inversione di ruolo, doppio), ma hanno denotato una buona fluidità.

In chiusura, spontaneamente in cerchio tenendosi per mano, è stata chiesta una parola da rivolgere a tutto il gruppo e le parole sono state Amicizia, Amore, Fiducia, Dolcezza, Serenità.

II Sessione

Presenti G, PG, W, P, L, V.

Questa sessione comincia con l'accoglienza di V che è al suo primo incontro e organizzo un gioco sul suo nome.

Ognuno prende una lettera dal nome di V e dice qualcosa di carino per lei (es. V per vivace, A per Amicizia ecc).

Poi V restituisce prendendo una lettera di ciascuno nome dei compagni e dice a sua volta qualcosa di carino.

Nel gioco W non riesce a dire niente così gli offro la possibilità, in alternativa, di fare a V un gesto di saluto e lui accetta dandole la mano.

Proseguo prendendo un cuscino rosso che rappresenta il "cuore del gruppo" e lo metto al centro del cerchio.

A turno ciascuno assume il ruolo di "cuore" e da un messaggio al gruppo.

L'attività è abbastanza fluida, tutti partecipano. I messaggi sono di augurio e di incoraggiamento.

Nel giro di restituzione (cosa hai provato nel sentire queste parole?) emergono temi interessanti: l'amicizia, la forza di non abbattersi anche se si sa di essere malati, il bisogno di dirsi tutto all'interno del gruppo.

Stimolo la ricerca di ricordi sulla base di questo riscaldamento.

W porta il tema dell'amicizia con l'episodio di un amico (Andrea) con cui ha perso i contatti senza sapere perché.

Organizzo la scena per permettere a W di incontrare psicodrammaticamente il suo amico (PG viene scelto come ausiliario).

Intervista di Andrea. Emerge che Andrea si è allontanato da W dopo la morte del padre e che ora vive lontano.

Alla fine di uno scambio di battute, si congedano dicendosi l'un l'altro che si vogliono bene.

Il momento più complesso della sessione si è avuto però poco dopo l'inizio quando V ha cominciato a piangere. Contengo la situazione dicendo a V che quello che è successo fuori (la crisi è sul ricordo dei diversi abbandoni subiti) in questo momento non conta, perché quello che conta è ciò che sta accadendo qui e ora.

Inoltre, qui e ora ci sono i compagni e chiedo a questi ultimi, se vogliono, un gesto di sostegno per V che è in difficoltà, per far sentire che le sono vicini.

A turno, ciascuno si alza e va da V per darle la mano (il gesto è ripetuto stereotipatamente, ma è quanto le persone sono in grado di

fare e sembra ad ogni modo sufficiente). V si tranquillizza e non ha più crisi fino alla fine del gruppo.

La sessione è stata abbastanza fluida, ho dovuto quasi subito affrontare il pianto di V che è stata adeguatamente sostenuta dal gruppo (che non si è spaventato, ma ha assunto ruolo di contenitore emotivo).

C'è ancora ovviamente una quota significativa di difese stereotipe "buoniste", ma appaiono segnali di vissuti autentici condivisi.

Sul fronte del non verbale, l'espressività è ancora molto contenuta (il gesto di sostegno per V è porgere la mano), ma è già rilevante se si pensa alla difficoltà presente in materia da parte di pazienti psicotici (il toccarsi è percepito come qualcosa di molto invasivo e allarmante e qui si preferisce un gesto più neutro).

Dopo la sessione V mi manifesta il suo euforico entusiasmo per lo psicodramma, credo anche perché ha avuto comunque il suo pezzettino di attenzione esclusiva da parte del gruppo.

Prova del difficile equilibrio tra accoglienza di una sofferenza reale ed il limite da dare al suo uso come strumento di potere per dirottare l'interesse di tutto e tutti su di sé.

III Sessione

Presenti G, W, L, P, PG, V.

Arrivo al Laboratorio e percepisco che è successo qualcosa che riguarda L (che appare parecchio inquieto) e la sua famiglia.

Solo dopo la sessione saprò che si tratta di una sottrazione di denaro avvenuta all'insaputa degli operatori e scoperta casualmente.

Inizio con una breve attivazione psicomotoria (camminare, guardarsi, salutarsi).

Prendo un gomito di filo rosso e do la consegna di fare un aggiornamento (sono due settimane che non ci vediamo). Il primo avrà il capo del gomito e finito il suo aggiornamento lo srotolerà per passarlo al compagno che vuole, mantenendo il filo nella mano.

Comincia P che si dilunga sul difficile rapporto con suo marito.

Successivi aggiornamenti sono quelli di L che è contento perché sta prendendo la patente del motorino, PG che ha riposato molto perché non si è sentito bene e W che ha la ragazza gelosa.

Comincia a disegnarsi fra le persone sedute in cerchio una specie di tela fra e del gruppo.

Dopo un paio di giri, chiedo di dire a un compagno a scelta qualcosa su quello che ha sentito.

P nota che lei (che è stata la prima a parlare) non è stata scelta in questa attività.

Le chiedo come si sente per questo e lei dice che forse è perché lei è quella che ha più facilità nel parlare: gli altri confermano.

Sottolineo che forse il gruppo stimola proprio chi è meno propenso a parlare, scegliendolo.

Propongo il gioco della matassa che va sbrogliata.

Ingarbuglio un po' il filo rosso, quindi lo consegno, a turno, a ciascun membro seduto al centro del cerchio con un pezzettino di cartoncino da cui cominciare ad avvolgerlo.

Chiedo di chiudere gli occhi, di cominciare a sbrogliare ed avvolgere e nel frattempo stimolo a parlare, ad alta voce, di quello che sentono sia ingarbugliato (confuso) nella vita e a cosa si può fare per superarlo.

L'attività fluisce abbastanza bene.

Ogni volta che il protagonista di turno finisce il compito di avvolgimento, chiedo un giro di specchi ai compagni.

W dice di non avere matasse da sbrogliare nella sua vita, ma mentre è ad occhi chiusi trova un nodo e non riesce ad andare avanti.

Gli offro di scegliere un compagno e poi un altro ancora per farsi dare un consiglio. W sceglie L e PG. L dice "insisti!" e PG dice "Non devi avere paura". W non riesce a sbrogliare la matassa, ma sembra superare con questo sostegno la frustrazione.

I messaggi sono abbastanza stereotipati, ma mi sorprende L (in genere sempre timoroso) che sembra spontaneo e diretto.

V vorrebbe portare, come al solito, il suo vissuto abbandonico, ma la contengo sul tema. Tuttavia, per sostenerla, decido nel saluto finale che il gruppo la legghi con il "filo rosso dell'amore e dell'amicizia". V. è raggiante per essere al centro dell'attenzione.

Per simmetria le chiedo di dire qualcosa al gruppo e dice "grazie di tutto".

Il gruppo, dopo uno-due-tre, ripete in coro "grazie di tutto!".

L'attività è stata semplice, ho preferito l'uso di doppi e specchi.

La manualità esercitata ad occhi chiusi con l'uso del gomitollo si è rivelata molto riscaldante.

P ha potuto esprimere la sua preoccupazione per la precarietà del lavoro del figlio, preoccupazione in cui L si è sentito rispecchiato.

PG ha parlato del bisogno di stare solo, ma anche riconosce il valore della compagnia di cui ha espresso forte desiderio G (che riesce ad esprimersi in questa occasione con un certo calore accorato).

La sensazione è che pian piano fluisce nel gruppo una buona comunicazione telica.

Si intravedono anche dati sociometrici come la tendenza di W a privilegiare la scelta degli altri membri maschi del gruppo.

IV Sessione

Presenti W, L, G, P, V Assente PG.

Prima della sessione: V è più ansiosa del solito, piange, non vuole fare la sessione, riprende sempre il tema dell'abbandono da parte dei genitori, poi si calma e accetta di partecipare. Anche W è più nervoso del solito.

All'inizio della fase di riscaldamento (camminate, stiracchiatevi, salutatevi) ad un certo punto vedo W per terra: L lo ha spinto perché W per salutarlo lo ha toccato.

L'atmosfera è tesa, ma mantengo la calma.

Dico che nella relazione ci può essere incomprensione e che un gesto può essere interpretato in maniera diversa da chi lo fa e da chi lo riceve.

L sembra ora dispiaciuto per l'accaduto, ma rivendica di aver sentito violenza nel tocco di W e per questo ha reagito.

L si calma e organizzo un dialogo su quanto accaduto, con rispetto dei tempi e senza battibecco.

L chiede scusa a W (che è ancora un po' stranito e sorpreso).

Chiedo a tutti di esprimere la propria emozione in quel momento nella forma che preferiscono.

Ho presente che c'è bisogno di evitare qualsiasi non detto.

Una volta seduti in cerchio, invito al giro di aggiornamento (ancora un po' stereotipato) e comincio da G che ha sempre paura di non sapere cosa dire e che invece porta un articolato vissuto di solitudine, anche se non angosciato.

Mentre parla P, V comincia a piangere. Le faccio esprimere il suo dolore, poi propongo di scegliere un alter-ego (sceglie P) e la de-centro facendole vedere e ascoltare la "V sofferente". V da un messaggio alla V sofferente "Devi pensare alle cose belle, non a quelle brutte". Ritorna seduta e ascolta il messaggio. Sembra tornare tranquilla. Le domando se ha da chiedere qualcosa al gruppo. V dice "Chiedo aiuto" e chiedo la gruppo se è disponibile.

Le persone rispondono di accettare e spontaneamente le si avvicinano facendole dei gesti di sostegno.

Ritorno da P per riprendere e concludere l'aggiornamento.

Inizio poi un gioco sul tema dell'acqua (fuori sta piovendo forte). "L'acqua è fuori, ma noi la faremo entrare dentro, in tutto le sue forme".

Invito a fantasticare sulle forme dell'acqua: viene fuori ruscello, sorgente, mare, piscina.. Con la "magia" dello psicodramma comincio un rituale di trasformazione.

Prendo un bicchiere di plastica e faccio intingere, ad occhi chiusi, il dito dentro per trasformare ciascuno in una goccia.

Il gioco della trasformazione gira e comincio le interviste alle gocce.

Faccio fare a turno uno scambio con un controruolo a scelta.

V dice di essere la goccia di una piscina e sceglie come controruolo un delfino che (in inversione di ruolo) la ringrazia per la scelta.

P sceglie di essere una goccia di pioggia, il controruolo è il tetto che dice "Non ho paura di te che mi vieni addosso, io faccio il mio mestiere che è di proteggere la casa".

L sceglie di essere la goccia di un torrente e come controruolo chiama un pesce che dice "Io ho bisogno di te per vivere".

G sceglie di essere una goccia del mare, in controruolo è un cane che mangia il pesce sulla riva e che ringrazia il mare.

W sceglie di essere una goccia dell'Arno a Firenze e come controruolo un isolotto che gli dà "compagnia e tranquillità".

Il gioco è stato abbastanza fluido, W è stato scelto più volte per interpretare i ruoli.

Vedo il gruppo piuttosto stanco e, dopo un breve sharing che si incentra sulla relazione, invito a salutarsi come gocce che si uniscono.

L mentre gli altri sembrano più distanti, mette per primo e con naturalezza le mani sulle spalle dei compagni e da l'avvio ad un abbraccio collettivo (proprio lui che era stato all'inizio aggressivo per il rifiuto del contatto fisico!).

Il gruppo procede e dimostra una crescente dimestichezza con le inversioni/assunzioni di ruolo e con i doppi.

Anche G che afferma sempre di "non sapere cosa dire" ed è resistente, a tratti comincia a dare segni di espressività autonoma più articolata con una buona ideazione creativa.

V Sessione

Presenti PG, P, G, L, W (V è al Laboratorio, ma dice di sentirsi male e non partecipa).

Dopo una attivazione psicomotoria, comincio il giro di aggiornamento.

G è preoccupata perché aspetta notizie sugli accertamenti medici del suo nipotino (resterà abbastanza tesa per tutta la sessione).

W comincia dicendo di stare bene, ma poi riferisce di contrasti con la madre. Racconta poi di un vicino che ha scacciato di casa i suoi figli e questo episodio sembra averlo turbato non poco (come una sorta di scena temuta, ma non ritengo sia il momento di proporla e che basti per ora il suo doppio).

PG racconta di alti e bassi, ma come novità riporta quella di aver ricominciato a scrivere.

P è abbastanza "lenta", diversamente dal solito non è particolarmente propensa a parlare e fornisce solo accenni della sua vita ordinaria.

L invece è stato in discoteca e sembra abbastanza "gasato" per questo.

Ho portato un mazzo di carte dei simboli e faccio scegliere a ognuno tre carte.

In realtà solo P le sceglie con cura, gli altri prendono a caso.

Metto due sedie al centro del cerchio, contrapposta all'altra, e a turno ciascuno si siede e dispone sulla sedia di fronte le tre carte scelte.

Chiedo cosa dicono/sono le tre carte, di sceglierne una e di associare ad essa una persona.

Comincia P che sceglie il sole, fatica a chiamare una persona, è incerta fra il figlio e il marito, ma alla fine sceglie il marito.

Serie di inversioni di ruolo con scambio di messaggi (piuttosto stereotipati, più volte P ha difficoltà a entrare nel ruolo, è poco riscaldata). Alla fine viene fuori un messaggio di rimprovero del marito.

L sceglie il cuore, chiama la sua ex, dice di volerle bene, ma lei ribadisce che ha un altro, anche se gli vuole bene come amico. L. sembra ancora soffrirne, anche se poi ribatte che nel mare ci sono tanti pesci (mi viene in mente la sessione precedente e la sua scena) e che cercherà un'altra (prima ha detto di aver conosciuto ben 4 ragazze in discoteca).

W sceglie la luna, chiama la sua ex Kelly (che non vede da 7 anni!) che gli dice che sta con un altro che la porta in chiesa tutti i giorni.

W sembra abbattuto, gli chiedo se c'è qualcuno che può aiutarlo.

Prima parla di un amico, ma poi chiede a PG che lo rinfranca con parole pacate.

PG sceglie la "mano di sé" (la sua mano). In inversione di ruolo la mano dice che sta seminando, è stanca, ma è una prova.

Tornato se stesso, PG chiede alla mano idee e fantasia per andare avanti. Chiudo dicendo che vedremo in futuro se la mano darà quello che ha chiesto.

G è molto tesa, ripete di non sapere cosa dire. Sceglie la spiga.

La rinforzo sottolineando che è stata generosa nel condividere con il gruppo le sue preoccupazioni (pensa sempre al nipotino).

Chiedo a P (chiamata nel ruolo di spiga) di sostenere G. P la avolge con le braccia e la conforta.

Nello sharing finale, L dice di sentirsi offuscato (chiamare la sua ex è stato coinvolgente), ma gli ricordo l'immagine, di trasformazione della situazione, che lui ha portato di nuove possibilità (il mare con tanti altri pesci).

W dice di essere tranquillo. PG comunica che ha avuto una nuova idea guardando una delle carte non scelte. Sottolineo che forse è già una prima risposta alla sua richiesta e che si riferisce a qualcosa che era stato messo da parte (una carta non scelta).

G è sempre molto preoccupata, ma la invito a riprendere e "mettere dentro" ciò che ha sentito nell'abbraccio della sua spiga.

Alla fine si salutano tutti con un abbraccio collettivo.

Questa sessione è stata improntata alla facilitazione dell'espressione del sé (doppi) e della possibilità di cambio di prospettiva, soprattutto attraverso il decentramento.

Più di tutto è stato significativo l'abbraccio, prima della spiga che conforta G e poi esteso a tutto il gruppo.

Si nota una crescente confidenza e disinvoltura nel lasciarsi andare, anche con il contatto fisico, nella relazione con l'Altro.

VI Sessione

Presenti L, G, P, V Assenti PG e W.

Prima della sessione. L mi dice che si iscriverà in palestra. Vuole cercare di dimenticare la sua ex e mi fa leggere una lettera che le ha scritto, ma non spedito.

Le operatrici mi aggiornano sulla situazione. Hanno sentito commenti sul gruppo, più che altro G sembra accusare la sua limitata espressione verbale.

L è abbastanza teso e V ancora di più: domani tornerà in visita nella comunità dove ha vissuto alcuni anni presso una famiglia che poi l'ha allontanata. V mi dice però che vuole fare il gruppo e mi abbraccia e bacia affettuosamente.

Si forma il cerchio, quasi subito V si mette a piangere, è nervosa, vuole andare via.

Le blocco l'uscita dalla porta e alla fine le propongo di restare come semplice osservatrice garantendo che non le verrà chiesto nulla (sarà poi tranquilla per tutto il resto della sessione).

Il gruppo è dispiaciuto e in parte infastidito per l'atteggiamento di V ("piange sempre..").

Faccio fare un rapido giro chiedendo a ciascuno di esprimersi sulla tristezza, il sentimento portato da V.

Viene fuori che la tristezza viene spesso nascosta. G afferma più volte che non riesce a piangere. Anche L annuisce.

Comincio poi una attività psicomotoria (ognuno interpreta il vento, leggero, impetuoso ...). Segue il giro di aggiornamento.

P è come sempre loquace, anche L è ricco di particolari nel racconto del suo sabato sera in discoteca. Ha abbordato un paio di ragazze, ma non ha fatto conquiste. G è particolarmente espressiva (diversamente da solito) sulla sua solitudine.

Propongo un lavoro con le foglie. Prendendo spunto dal vento interpretato prima che ha scombuscolato le foglie, metto su una sedia al centro del cerchio alcune foglie, diverse tra loro, che ho raccolto dal mio giardino.

Chiedo di sceglierne una e di dire a turno il perché.. Propongo poi una inversione di ruolo con la foglia e scambi di messaggi. Faccio notare che ci sono foglie che sono rimaste escluse. Chiedo una inversione di ruolo con le foglie escluse che parlano alle foglie scelte.

L'attività procede abbastanza fluidamente. Emerge P che dice alle foglie scelte "Siete state scelte, ma non sapete cosa vi accadrà".

L invece le accarezza più volte, quasi a voler dimostrare di non aver rancore. A G (che dice sempre di non sapere cosa dire) propongo di mettere in scena un incontro non verbale fra la sua foglia e

le foglie escluse. G costruisce con cura un bellissimo mazzetto. Chiedo agli altri membri del gruppo di esprimere cosa sentono vedendo quel mazzetto.

L dice che esprime armonia nella diversità, P che le piace che al centro vi sia una foglia che sembra una rosa e che ha la sensazione di bellezza. Noto ad alta voce che la foglia scelta fa da appoggio a tutte le altre che così possono chiederle sostegno.

Gira una bella atmosfera.

Nello sharing finale, risulta proprio il mazzetto delle foglie l'elemento più significativo e che ha colpito di più.

Chiamo nello sharing anche V che dice che anche a lei è piaciuto guardare l'attività del mazzetto.

Il gruppo si chiude con un caldo abbraccio collettivo.

Sento che qualche stereotipia pian piano cede il passo ad un racconto più autentico del vissuto (G oggi è stata particolarmente intensa e coinvolta). Il tema dello scegliere/essere scelti o non scelti (emarginazione) è stato affrontato sul piano simbolico con gradualità e dolcezza, facendo emergere risorse spontanee.

Accedere ad una realtà così dolorosa di rifiuto (portato da V in maniera disperante) è possibile, così come è possibile recuperare abilità e sentimenti positivi nell'incontro e riconoscimento reciproco.

Le inversioni di ruolo e i doppi hanno raggiunto un buon livello di intensità dimostrando che il gruppo ha voglia di mettersi "seriamente" in gioco.

Post sessione. V è combattuta fra restare o meno nel gruppo e continuare l'esperienza. Mi accusa dicendo che penso più al gruppo che a lei (è molto possessiva). Spiego che ci sono regole e che devo proteggere il gruppo. "Tu proteggi il gruppo e non proteggi me..". Rispondo "Se sei nel gruppo, sto proteggendo anche te insieme agli altri". Penso stia tentando di far convergere come sempre l'attenzione su di sé. Le dico di pensarci durante la settimana e di darmi una risposta, se vuole continuare, la prossima volta. Alla fine la rassicuro che qualsiasi cosa deciderà di fare, noi continueremo a volerle bene e ci abbracciamo. Anche P che arriva nel frattempo e sente l'ultima frase, la abbraccia e la bacia.

VII Sessione

Presenti W, L, G, P, V. Assente PG per fisioterapia.

Prima della sessione. V gioca con me, non dice nulla sulla sua eventuale decisione di lasciare, ma mi fa capire che oggi farà il gruppo.

Breve attività psicomotoria (camminate alla velocità che esprime il vostro stato d'animo). L è piuttosto agitato, ma si vede che cerca di controllarsi.

Comincia l'aggiornamento. I più espressivi sono L (che racconta di avere parlato con la sua ex e di quanto abbia sofferto) e P che parla del suo difficile rapporto in famiglia, soprattutto con il marito che la umilia di continuo. Tuttavia, narra di una scena familiare in cui il figlio le ha dato ragione davanti al padre.

W è invece piuttosto assente (lo sarà per buona parte della sessione) mentre V appare cauta, si autocontrolla molto, ha voglia di partecipare e vuole "fare la brava".

Anche G è particolarmente loquace nell'aggiornamento (meno nelle attività successive). Racconta ancora, con dovizia di particolari, del suo vissuto di solitudine e la sua preoccupazione per la figlia e il nipotino.

Propongo di entrare nel fantastico Regno di Ora. E a turno nominare con lo scettro magico un Re o una Regina.

Il protagonista può scegliere di dare consigli, fare domande o e-largire doni a ciascuno dei sudditi (gli altri compagni).

Per far calare meglio nella parte, ogni volta che si presenta un nuovo Re o Regina, i sudditi devo fare omaggio con un inchino.

P è particolarmente a suo agio nei panni di Regina e nomina L Cavaliere della Luce. W eccede (vorrebbe che L gli baciasse i piedi), ma faccio notare che se si chiedono cose inadeguate non si viene riconosciuti nel ruolo.

Alla fine W nomina L Cavaliere della Fortuna e V Principessa della Dolcezza.

Il gioco prosegue nel divertimento generale.

L nomina W Cavaliere a protezione della Luce. Faccio un doppio per esplicitare quanto simbolicamente sia importante curare la luce perché nel buio c'è paura e pericolo. L apprezza molti il doppio.

G è piuttosto stereotipata, ma partecipa.

Nello sharing finale il gruppo rinvia a P uno specchio sul suo ruolo disinvolto e appropriato di Regina. P risponde divertita e incredula "Ma io faccio sempre la servetta.. ma è bello sperimentare ruoli nuovi!" Risposta assolutamente psicodrammatica...

V è stata didascalica nel suo ruolo, ma il gruppo comunque spontaneamente la rinforza. L si è sentito particolarmente in sintonia con P e si alza per darle un bacio sulla guancia. Diventa rosso e tutti sembrano divertiti.

In generale mi sembra che l'attività abbia portato qualche scoperta sulle risorse potenziali di ruoli nuovi che possono essere vissuti, visti e rispecchiati dal gruppo. L'appuntamento è sufficientemente ritualizzato (dopo 7 sessioni) e ci sono segnali di progressivo coinvolgimento soprattutto da parte di L e P, mentre G ha maggiori difficoltà.

W invece si lascia un po' "tirare dentro" da L. In questa sessione V ha avuto un atteggiamento interlocutorio, ma sembra non voglia perdere la possibilità, per ora, di partecipare, anche se le costa sacrificio doversi contenere.

Nel saluto finale (che chiedo ad occhi chiusi) riassumo le fantasie sui titoli e attributi fantastici dati ai compagni nel gioco. Il gruppo converge spontaneamente verso un caldo abbraccio.

VIII Sessione

Presenti W, L, G, P, V. Assente PG per fisioterapia.

Prima della sessione. L è agitato e mi dice che deve parlare di un episodio importante al gruppo. Gli dico che ci sarà la possibilità di dire tutto quello che vuole. P è un po' tesa e abbacchiata: suo figlio ha lasciato la sua compagna e anche con il marito ci sono molte difficoltà.

Dopo i saluti iniziali, comincio l'aggiornamento. V è tranquilla, ma un po' dolorante per il mal di pancia. P racconta del ricatto sessuale di suo marito (lei si è rifiutata perché stava poco bene e lui l'ha messa in punizione e non la porta fuori). L racconta di aver conosciuto una ragazza sbronza in discoteca, di aver fatto sesso con lei e questa cosa gli dispiace molto perché ama sempre la sua ex e pensa di aver approfittato della situazione. G dice sempre di sentirsi molto sola e quindi invito il gruppo a fare qualcosa per lei (a turno si alzano e le fanno un gesto di saluto affettuoso). G dice che comunque nel gruppo sta bene, in compagnia. W racconta che sua madre ha un nuovo compagno che gli fa molti regali. Lo incontrerà domenica, è contento perché invece l'uomo precedente lo maltrattava e lo rinchiudeva a chiave in casa.

Ci sono due scene (quella di P e quella di L). Si comincia da P

P sceglie G come alter ego e L per la parte del marito N. La scena è ambientata nella vigna. E' una specie di scena del desiderio. P riesce finalmente a parlare con suo marito, rivendicando di averlo rifiutato perché non stava bene e protestando per la punizione. P in inversione di ruolo: chiedo a N se per caso il rifiuto della moglie lo ha ferito perché la desidera molto (le ha appena detto: "Non sei vecchia con i capelli bianchi..") e quindi lo invito a fare un gesto che dimostri eventualmente questo desiderio. P nel ruolo di N si alza e bacia sulla guancia sua moglie. Faccio rivedere a P due volte la scena interpretata dagli ausiliari (la seconda volta quasi al rallentatore, gli ausiliari, soprattutto L sono efficaci). Chiedo un soliloquio a P che dice solo che è bella questa tenerezza e questo desiderio che non immaginava. Chiudo la scena.

Decido di prolungare (anche se alla fine saranno tutti molto stanchi) con la scena dell'incontro di L con E, la ragazza con cui ha fatto sesso. L sceglie W come alter ego e P per la parte di E.

L'incontro avviene con le due sedie poste una di fronte all'altra.

L ha la possibilità di chiedere perdono (si sente molto in colpa) ad E che risponde in inversione "Ti sei comportato come un verme, ma ora mi chiedi perdono e torni un essere umano con la tua sensibilità". L ascolta nei suoi panni il messaggio dall'ausiliario e sembra sollevato. Gli chiedo un soliloquio finale e dice "mi sono tolto un peso dal cuore" L saluta E con una stretta di mano.

Nello sharing sono tutti stanchi, L dice addirittura di essere "sfatto". V ha bisogno di attenzioni (le do prima la mia sciappa da mettere sulla pancia e poi le do un paio di baci "terapeutici"). V partecipa poco (si copre il volto con le mani) ma dice che è stato "bellino". Restituisco che le scene sono state incentrate sulla relazione uomo-donna, incluso il rapporto fisico, la sessualità di P che rifiuta e di L che la usa).

W dice che la scena di L gli ha fatto tornare in mente la sua ex ragazza, mentre P dichiara che è importante la giustizia. Il gruppo si chiude con un abbraccio e un urlo liberatorio.

Sono contenta che il gruppo abbia voluto lavorare e bene su scene realistiche e intense. C'è una bella matrice. Dopo la sessione, L è euforico per il "melodramma" (!) che ha fatto, V dice che la prossima volta le piacerebbe essere la protagonista per parlare dei suoi problemi. P invece mi raggiunge e mi parla dello spavento che ha provato il giorno prima nel non ricordare il volto di un venditore al mercato che aveva visto pochi minuti prima. E' ansiosa, teme che tutto questo sia effetto degli psicofarmaci. Le suggerisco di tenere un diario dei sintomi così potrà mostrarlo alla psichiatra che potrà aiutarla meglio per il dosaggio delle medicine.

IX Sessione

Presenti PG, V, P, G, L. Assente W (va via e torna a casa perché sta poco bene).

Inizio con una piccola camminata per sgranchirsi, faccio fare a turno un "suono" che esprima il gruppo. Non c'è molto entusiasmo, ma pian piano l'atmosfera sembra scaldarsi.

Nell'aggiornamento faccio cominciare PG che manca da diversi incontri. Racconta piuttosto didascalicamente della sua fisioterapia e aggiunge che comunque sta continuando a scrivere.

Gli faccio fare domande ai compagni su quello che è successo nel gruppo durante la sua assenza. P risponde poco (riferisce solo di sé nell'ultima volta cioè della scena con suo marito) mentre L parla della sua avventura in discoteca. V è piuttosto laconica, nonostante il bisogno di protagonismo più volte manifestato. G continua nella sua stereotipia, ritorna sulla solitudine e parla anche della difficoltà di relazione con le persone del suo paese.

Traggo spunto da questo per cominciare una attività.

Ognuno si posiziona secondo il suo sentire di solitudine rispetto ad Altri significativi. Se c'è desiderio di modificare la distanza, si può fare un movimento senza parlare.

Poi faccio vedere la scena da fuori con l'ausilio dell'alter ego.

Comincia G (con difficoltà, perché preferirebbe la parola all'azione). Alla fine decide di fare un giro intorno al cerchio dei suoi "compaesani", dall'esterno, senza guardarli, ma sfiorando solo loro la spalla.

Continua V che chiama in scena i suoi compagni della casa-famiglia. Si mette quasi sempre di lato e da messaggi di amicizia, peraltro piuttosto stereotipati.

L chiama in scena due suoi amici (F e A) e va loro incontro un po' scattoso (noto che gli tremano le mani, ma potrebbe essere l'effetto dello psicofarmaco che gli infermieri gli hanno somministrato). L li saluta frontalmente in maniera affettuosa.

P chiama delle sue parenti (cugina e cognata), molto premurosa, abbraccia, bacia, accarezza le gambe di una di loro che ha le varici. Stenta a contenersi verbalmente. PG chiama un amico in generale (lo invito a dare un nome, anche inventato e decide per Paolo). Lo saluta avvicinandosi lentamente e allontanandosi senza voltarsi.

Restituisco qualche osservazione. G gira intorno all'esterno, ma non "guarda" i suoi compaesani. L differenzia il saluto per i due amici (la relazione è rispettosa della diversità, ascolta l'altro e cerca di essere adeguata alle sue esigenze). Così P accarezza le gambe malate e riconosce la sofferenza dell'altro. V invece si mette di lato e fa fatica a guardare negli occhi. PG invece ha bisogno di tempo (si è mosso molto lentamente), ma non perde il contatto visivo.

Mi sembra sia stata una buona scelta lavorare sul non verbale e sulla consapevolezza del gesto. Nello sharing sembrano abbastanza concentrati sulla attività svolta (P e L anzi ne sono entusiasti). Emerge la sorpresa nello scoprire quanto cose semplici e apparentemente irrilevanti possano invece avere significato. Ribadisco che

non esiste un gesto/saluto giusto o sbagliato, fatto bene o fatto male, ma che possiamo esaminare cosa può voler dire.

E' stata una sessione con una specie di apprendimento sulle caratteristiche della relazione non verbale. Il saluto finale è un abbraccio caloroso.

V, nonostante sia stato toccato il tema sensibile della solitudine, non ha pianto. Mi sembra abbia voluto proteggere la fragilità di G nei cui confronti ha assunto un ruolo di supporto (mentre prima dell'inizio lo aveva chiesto lei). V è comunque soggetta a forti oscillazioni (o è la "forte" che sostiene o è quella che piange a dirotto).

X Sessione

Presenti L, P, PG, V. Assenti W e G.

Prima della sessione noto che l'atmosfera è abbastanza elettrica. P si sente male, dice che è colpa delle medicine. Mi confida che il marito la maltratta, anche con violenza (schiacci, le ha anche rotto gli occhiali che ora sono a riparare). P va a parlare al telefono con la psichiatra che è disponibile ad ascoltarla per qualche minuto, ma P non sembra tranquillizzarsi. Anche L è nervoso. Deve cominciare un lavoro in un posto fuori Pisa (è un esperimento di inserimento organizzato dal Servizio). Vorrebbe andarci in motorino, ma gli è stato imposto di andarci in autobus. Inoltre pare ci sia in corso una diatriba con W per uno scambio di cellulari. W non è venuto al gruppo, è in crisi perché è andata via una operatrice di cui si era praticamente infatuato.

Fin dal riscaldamento sento che l'atmosfera è carica. Chiamo in causa l'energia (chi ne ha di più, chi meno) e chiedo di esprimerla con un movimento del corpo.

Dall'aggiornamento non viene fuori nulla di significativo, anche perché il gruppo è concentrato su P che sta male. Propongo una scena psicodrammatica per dare modo a P di dare forma alla sua emozione (rabbia contro lo psicofarmaco). Le faccio incontrare la sua medicina *cattiva* Haldol. P è energica (urla, dice parole forti) nell'esprimere i suoi sentimenti verso la medicina interpretata da PG. Alter ego è L. Chiamo in scena la psichiatra. In inversione di ruolo P la fa agire come persona competente e disponibile all'ascolto. Rinforzo con specchi questa caratteristica. Il gruppo sembra partecipare (solo V a tratti si appisola). Faccio dare un messaggio della dottoressa a P che ascolta la sua disponibilità ad aiutarla. Nel soliloquio finale P sembra più tranquilla. La scena viene chiusa e comincia la condivisione.

Il tema è sentito e più volte devo intervenire per correggere (non bisogna dare consigli o giudizi). L è particolarmente adeguato nel restituire la propria esperienza con gli psicofarmaci. Anche PG è su questa linea, sebbene si mantenga più sulle generali. V è affettuosamente supportiva. Chiedo al gruppo di chiudere con un augurio e viene spontaneamente scelto quello di una buona salute, per tutti, ma soprattutto per P.

P ha avuto modo di esprimere la sua rabbia in maniera strutturata e di fare riferimento alla figura della psichiatra e del suo ascolto. Il gruppo si è dimostrato molto supportivo nei confronti del suo membro più debole nel qui e ora. E' circolata la sensazione della responsabilità nel rapporto con gli psicofarmaci, sebbene siano molto temuti (P dice "bruciano il cervello").

C'è stato quindi uno spazio protetto per esprimersi, per dare voce e azione a emozioni forti e il gruppo ha sostenuto con la sua matrice il tema dell'emergente gruppale.

XI Sessione

Presenti PG, P, V, G, L. Assente W.

Prima della sessione. Una operatrice mi avverte che G sta attraversando un periodo di crisi: ha scatti nervosi, urla, allucinazioni visive e uditive. Mi avvicino a G, è inquieta, le chiedo come sta e mi risponde "così..". Le dico che può scegliere se fare il gruppo oppure no. G decide di partecipare, ma so che devo stare attenta a contenere il suo malessere e a proteggere adeguatamente il gruppo.

Comincio con un'attività psicomotoria sul volo. A turno, ciascuno immagina di essere qualcosa che vola (uccello, insetto, aeroplano..) e gli altri lo imitano nei gesti e nel suono. L'attività fluisce abbastan-

za bene. Invito poi a sedere, a stare con gli occhi chiusi e a continuare il "volo".

Chiedo cosa vedono e la sensazione che provano. Poi invito a "volare" sugli ultimi giorni (cioè dall'ultimo incontro) e di raccontare al gruppo l'aggiornamento.

PG non ha molta voglia di parlare, ma dopo averlo stimolato un po', racconta che sta studiando l'apparato digerente per prepararsi meglio nel suo lavoro di cameriere che gli piacerebbe riprendere.

L racconta dell'inizio del suo nuovo lavoro e accenna alla sua ex ragazza. P racconta di sentirsi meglio, è andata dalla psichiatra che le ha modificato la prescrizione degli psicofarmaci. Colgo l'occasione per farle raccontare a G (che la volta scorsa non c'era) del suo lavoro psicodrammatico sui farmaci. G ascolta, è presente e questo è già un risultato.

V dice di essere triste per le difficoltà di relazione all'interno della casa-famiglia e chiede l'aiuto del gruppo. Chiede espressamente di conoscere cosa pensa il gruppo della sua situazione. Il gruppo la sostiene, sia verbalmente che con i gesti (rimane lo stereotipo della stretta di mano). G racconta della sua solitudine (che è il leit motiv di sempre, ma che è acuito dalla sua crisi attuale). Anche P parla della solitudine e della necessità di uscire fuori, anche da sola, sebbene sia meglio in compagnia.

P racconta con ironia l'inizio della sua malattia e il suo primo ricovero nel reparto di Psichiatria. Visto che ora si sente meglio (anche se ogni tanto si assopisce) comunica al gruppo la possibilità di miglioramento.

Considerato che è emerso il tema del movimento (dal dentro al fuori..) propongo che chi vuole può indossare il telo azzurro del cielo e volare per un incontro con una persona a cui comunicare qualcosa.

Comincia P che chiama suo marito N (ausiliario PG, alter ego L). P chiede al marito di andare a fare una passeggiata, ma lui non vuole, è stanco e gli fa male un ginocchio. P chiude dicendo che andrà fuori lo stesso.

L chiama il suo ex datore di lavoro (ausiliario P), gli dice che gli dispiace di non essere andato a lavorare per tanto tempo, ma che stava male. Il datore di lavoro gli dice che dispiace anche a lui, ma ormai ha preso un altro operaio. I due si salutano senza rancore.

Vi chiama S (ausiliario P) che è una sua amica, assistente nella casa-famiglia. Le dice di volerle bene e di essere felice di essere sua amica. S ringrazia (questo incontro sembra più il frutto di un "voler esserci" di V.)

Vedo che il gruppo è stanco e faccio cominciare la condivisione.

P dice di sentirsi con le gambe molli e di aver bisogno di riposare: faccio notare che è proprio quello che ha sostenuto suo marito nella scena dell'incontro.

Il gruppo ha retto bene (considerato come stava G e in parte PG). G in particolare ha partecipato, ha sperimentato la possibilità di stare nel gruppo (che era consapevole del suo stato) senza essere forzata, rispettata nel suo spazio, per quello che poteva e per come si sentiva.

Il gruppo ha capito che si può stare anche stando male. Si può essere accolti con i propri limiti. Apparentemente non è stata una sessione eclatante, ma quest'ultimo spetto credo sia circolato, senza essere esplicitato direttamente. Noto che quando vanno via, i componenti del gruppo mi dicono, uno a uno, grazie.

XII Sessione

Presenti P, W, L, V, PG. Assente G.

Mi allontano un attimo verso l'ufficio, quando torno in sala il gruppo sta autonomamente predisponendo lo spazio per lavorare. Mi sembra un buon segno, anche se percepisco che P e PG sono abbastanza stanchi, mentre L è sempre scattoso nei movimenti.

Comincio con una blanda attività psicomotoria (camminare, familiarizzare con lo spazio, salutarsi..). Comincia l'aggiornamento, PG ha bisogno di essere stimolato ("non è successo niente"). Poi racconta di non sentirsi molto bene e di stare per questo molto a casa, non vuole uscire. Passa la parola a W. W non viene al gruppo da alcuni incontri, ha dovuto "elaborare il lutto" della partenza dell'educatrice di cui si era invaghito che si è trasferita a Roma.

Anche lui non racconta niente di particolare, sua madre ha un nuovo compagno (lo aveva già detto un paio di mesi fa), ma questa volta dice che oltre a fargli regali, spesso lo lasciano solo in casa perché vanno a ballare.

A questo punto comincia la crisi di V che piange e respira a fatica, rossa in viso, lamentandosi delle angherie che subisce in casa-famiglia. So che è il suo modo di attirare attenzione, ma il gruppo è insofferente e nervoso. Devo intervenire perché L reagisce con veemenza, più volte devo togliere la parola ad un paio di membri che "attaccano" V. Con calma, creo l'ambiente per accogliere il dolore e le lacrime di V che minaccia di andarsene. Faccio avvicinare i compagni (sempre seduti) in un cerchio raccolto e propongo di aiutare V con il respiro del gruppo, Guido una respirazione lenta e profonda, con la mano sul cuore. Il gruppo sembra scaricare nel compito la tensione, anche se L interrompe per un attimo dicendo che respirare così può far male. Rassicurato, si continua tutti nel silenzio e V pian piano si tranquillizza.

Le dico che il gruppo ha fatto qualcosa per lei e quindi se vuole può ricambiare con un gesto. Lei dà la mano a ogni compagno. Ora vorrebbe parlare, ma le dico che avrà il suo tempo, prima c'è W che deve finire il suo aggiornamento. W parla di suo cugino camionista, vorrebbe fare un viaggio con lui per andare fino a Napoli. Finito il suo aggiornamento, passa la parola a V che ricomincia a raccontare di come in casa-famiglia non le diano più da mangiare, le rubino i soldi, le fanno i dispetti. P e L vorrebbero ribattere mettendo in dubbio queste cose, ma li freno dicendo che quello è il tempo di V che può dire quello che vuole e il gruppo deve solo ascoltare. La parola passa a P che è molto stanca, si lamenta dei farmaci e degli effetti che le danno. Poi aggiorna L che parla di passeggiate al mare e della palestra, ma è abbastanza distaccato, anche se il corpo continua a muoversi a scatti, sembra piuttosto inquieto.

Propongo di alzarsi, di guardare con attenzione la propria mano e poi di tenderla centro accanto a quella dei compagni e di osservarle tutte insieme. Chiedo poi una verbalizzazione.

P dice che ha avuto voglia di accarezzarle tutte. W dice di aver notato che la sua mano è più piccola di quella di L, ma che questo non gli crea disagio. V dice di provare tenerezza. L dice di aver notato la mano di P che è sottile e piena di grinze e lui non vorrebbe che la sua mano diventasse così.

Propongo un incontro, per chi vuole, con la propria mano e si offre L. Sceglie come alter ego P e come ausiliario per la mano PG.

L dice alla mano che non vuole che diventi con le grinze, la mano risponde "Il tempo passa, non è colpa mia". L ascolta questo messaggio e poi gli chiedo cosa vuole fare. L dice alla mano che avrà cura di lei mettendo la crema.

Nella condivisione emerge il tema della richiesta di cose impossibili (fermare il tempo) e della responsabilità di fare la propria parte (avere cura, di sé e degli altri). Il gruppo è in chiusura, si avvicinano intorno a V che ha sempre difficoltà ad alzarsi a causa della sua mole, e si salutano.

In questa sessione i miei interventi hanno riguardato prevalentemente il rispetto della regola della sospensione della risposta e per affermare il primato della verità soggettiva.

XIII Sessione

Presenti PG, V, P, G, L. Assente W.

Prendo spunto dall'invasione delle formiche avvenuta in sala in giorno prima, per un breve riscaldamento con un role playing sugli insetti. L'aggiornamento è abbastanza blando, si raccontano cose fatte senza particolari colori emotivi. Devo intervenire più volte perché il gruppo appare (e lo sarà per quasi tutta la sessione) abbastanza elettrico e va contenuto. Chiedo a ognuno cosa avrebbe voglia di fare visto che nello psicodramma tutto è possibile. G è nel gruppo, un po' ombrosa (già all'inizio ha premesso che non ha niente da dire) e vorrebbe fare una passeggiata al mare. Chiamo i compagni ad allestire con i materiali disponibili la scena di G. L è molto attivo, prende un cuscino che diventa il mare e poi un telo giallo che diventa un ombrellone sopra la testa di G. Invito la protagonista a verbalizzare e dice "sento protezione, è bello..".

Si susseguono le diverse scene (PG prende il sole in spiaggia, V che incontra una formica, P a una festa al Santuario, L che fa ginnastica in palestra). Ogni volta i compagni aiutano ad allestire la scena, improvvisando.

Prendo spunto dai movimenti della scenda della palestra, per proporre una attività sulla consapevolezza del movimento del corpo. Ciascuno farà un movimento, ma sarà "pensato" oltre che agito (non automatico, cioè) e reso consapevole sapendo che si può essere grati al nostro corpo che si muove.

Sono seduti (così tutti possono lavorare più facilmente, compresa V che starebbe per cominciare a piangere, ma la coinvolgo per prima per fare il suo gesto che è di battere le mani). Ogni volta il gruppo ripete l'esercizio concentrandosi sulla "consapevolezza".

Nello sharing L dice di sentirsi tonico e anche P afferma di sentirsi più sciolta e di essersi divertita. G fa un po' fatica a parlare, ma si sforza comunque di esserci. Sottolineo la parola "grazie" (V infatti vuole dire grazie al gruppo) che è risuonata diverse volte nel corso del lavoro. Essere grati a se stessi, al proprio corpo, ma anche agli altri.

Invito al saluto finale: l'inizio è darsi la mano, ma stimolo un po' dicendo che mi sembra un po' pochino, così alla fine si abbracciano sorridendo.

E' stata una sessione interlocutoria. Anche se non sono emersi temi specifici, penso che comunque la riflessione sul corpo possa aver raggiunto il gruppo, con attività creative e giocose.

XIV Sessione

Presenti P, L, V. Assenti G, PG e W (per analisi mediche).

V propone di usare la palla e si comincia un gioco lanciandola ai compagni con lo scambio di parole in libertà.

Nell'aggiornamento P dice di sentire una forte spinta ad andare fuori di casa, che stare dentro la rende triste e la fa star male. Rinforzo commentando positivamente il desiderio del movimento.

L dice di dormire molto, gli chiedo se sogna, ma risponde di no.

Allora lo invito a giocare a sognare, chiude gli occhi e immagina il suo matrimonio con la sua amata su una spiaggia delle Hawaii. Alla fine però, afferma che è più forte il desiderio di dormire (è probabile l'effetto degli psicofarmaci). V parla della sua gita allo stadio per vedere una partita del Pisa di cui è grande tifosa. Ha visto un giocatore che è stato ammonito, ma ci è rimasta male perché secondo lei non era giusto. Prendo spunto da questo episodio per introdurre il tema della "frustrazione" e chiedo cosa si può fare per migliorare le cose di fronte a un'ingiustizia. V dice che bisogna fare un passo verso l'Altro. Le chiedo di mettere questo in azione, ma invece di fare un solo passo ne fa tre. Sottolineo questo aspetto, ripete l'azione e poi va verso i compagni per stringere loro la mano ("per costruire armonia").

Organizzo tre piccole scene con inversioni di ruolo sul desiderio di P (andare verso il fuori e poi tornare), il dormire di L e il movimento verso gli altri di V. Alla fine propongo un scultura complessiva mobile, ma non emerge nulla di significativo. Inoltre P ogni tanto si appisola (mi dirà poi che è sotto cura anche per l'insonnia e che sta assumendo altri farmaci per questo).

Nella condivisione do una restituzione su come il movimento di P verso il fuori acquista ancora più senso attraverso l'incontro con l'Altro proposto da V, ma con la consapevolezza della importanza del riposo e del sonno (scena di L), visto che c'è un tempo per ogni cosa.

L si dice sorpreso piacevolmente per aver visto V muoversi e anche il movimento di P gli ha lasciato una sensazione positiva, visto che in questo periodo tende a essere inattivo e a dormire tanto.

In generale è stata una sessione un po' spenta (anche il tempo è freddo e grigio) con poca vitalità. Tuttavia percepisco che il gruppo ha un suo movimento, a volte più espansivo ed energetico, mentre altre volte c'è bisogno di rallentare e riposare. Questa lettura è propria quella che deriva dalle scene di questo lavoro: è proprio vero che c'è un tempo per ogni cosa.

XV Sessione

Presenti PG, P, L, V. Assenti G e W (le operatrici riferiscono che sono in crisi).

Comincio il gruppo (c'è poca energia) con una blanda attività psicomotoria. Propongo a turno di far diventare i tre compagni il primo, il secondo e il dolce di un pranzo energizzante. L'attività viene accolta con divertimento. Faccio interpretare con l'azione l'assunzione di ruolo.

Nell'aggiornamento V è particolarmente felice perché ha festeggiato il suo compleanno con tanti amici e ha ricevuti molti regali. L racconta di aver aiutato a zappare in campagna un suo amico e questo gli è piaciuto molto perché gli ha fatto ricordare quando era bambino. PG dice di non aver fatto molto, ma di aver scritto sulla "lingua" (prenderò questa immagine per imbastire il lavoro successivo). E' sempre un po' contratto, ma poi un po' si scioglie. P riferisce di un grande pranzo che ha organizzato a casa, con tanta confusione perché tutti erano molto eccitati e parlavano contemporaneamente. Faccio giocare con la ricostruzione della confusione di persone che parlano tutte insieme, anche per sottolineare l'importanza del rispetto del turno di parola.

Nell'attività successiva prendo un telo rosso che srotolo a terra e che rappresenta la "lingua". Organizzo una serie di piccole scene. Comincia L che chiama P come ausiliario. In inversione di ruolo, L è la sua lingua, intesa come strumento per comunicare. Viene fuori che quando si sentiva male, non veniva usata e quindi L non poteva comunicare. La lingua da a L un messaggio "Trattami bene, fuma di meno perché ti servo per esprimerti e comunicare". Ritornato nei suoi panni L ascolta il messaggio e risponde "Va bene".

A PG chiedo di identificare tre punti sulla lingua (il dolce, l'amaro e il salato) e di associare ad essi tre persone.

Per il dolce sceglie A, un'amica che in inversione di ruolo gli dà il messaggio "Cerca di essere un po' più dolce quando parli". Per l'amaro sveglie l'amico R con sui ci sono state incomprensioni "Non ci siamo capiti bene". R lascia un messaggio "Mi dispiace che il nostro rapporto sia così". Per il salato sceglie un conoscente, D. In inversione di ruolo D afferma "Il sale va usato con equilibrio, né troppo né poco. Il nostro rapporto va bene così".

Ritornato nei suoi panni PG ascolta i tre messaggi e dice "Va bene" e si congeda dai tre ausiliari con una stretta di mano.

V comincia a dire di non sentirsi bene, come al solito credo voglia attirare l'attenzione. E' inquieta, inizia a piangere e dice di avere male alle gambe. Le offro di essere semplice osservatrice (e infatti non svolgerà l'attività).

P sceglie di incontrare la sua lingua di quando era piccola (già allora era una chiacchierona). L'ausiliario è L. In inversione di ruolo, la lingua bambina lascia il messaggio "Vorrei che tu mi fossi grata perché sono importante, per dialogare ed esprimerti".

Ritornata se stessa P ascolta il messaggio e risponde "Sono grata, ora capisco".

Le interruzioni disturbanti di V continuano e cerco di contenerla per portare a termine il lavoro.

Nello sharing non emerge nulla di rilevante, c'è comunque qualche ricordo (la sessione pur essendo abbastanza ordinaria, ha comunque arricchito il co-conscio gruppale con la rievocazione di episodi personali).

Ritengo importante dosare sempre le proposte in funzione dell'energia che circola nel gruppo, stimolando ma senza forzare.

XVI Sessione

Presenti V, W, L, PG. Assenti P e G.

Prima della sessione. Una operatrice mi avvisa che W vuole lasciare il gruppo e anche V ha in mente di farlo. Spiego che è necessario che vi sia una ritualizzazione dell'uscita. Poco dopo W mi annuncia ufficialmente la sua decisione e gli chiedo di comunicarlo a tutto il gruppo per fare un saluto di congedo.

W dice al gruppo che vuole lasciare perché sta male, ha scatti di violenza contro sua madre e problemi con il fratello, quindi non se la sente di continuare. Gli chiedo di dare un messaggio di saluto a ciascun compagno; ognuno restituisce un saluto e un augurio. Il

commiato termina con un augurio a tutto il gruppo da parte di W. Mi sembra che l'attività sia fluita, anche se aleggia una certa tristezza.

V dice che anche lei sta male nel gruppo. L è nervoso perché pensa che il gruppo possa scomparire e lui ci tiene molto. Lo rassicuro dicendo che anche se siamo di meno, il gruppo si può fare, che il nostro contratto prevede che ci vediamo fino a fine primavera e che si potrà continuare anche se resta una sola persona, al livello individuale (L sgrana gli occhi, ma mi crede e sembra tranquillizzato).

Nell'aggiornamento PG dice di sentirsi stanco, a velocità ridotta, ma sente che ci sta lavorando. Propongo di fargli incontrare il PG più energico di un periodo positivo. Posiziono due sedie una accanto all'altra e comincio una serie di inversioni di ruolo. Il PG energico lascia un messaggio al PG di oggi "Curati, prendi le pasticche, le cose possono cambiare". PG ascolta il messaggio, è un po' rigido, ma il contenuto di speranza che è stato trasmesso sembra averlo almeno un po' nutrito.

Intanto V si agita. Le dico che se ha intenzione di lasciare il gruppo, potrà fare il suo saluto a fine sessione.

L cede il suo turno di parola a V che ritorna sui suoi problemi di relazione nella casa-famiglia. Uno degli ospiti le ha brutalmente detto che hanno fatto bene ad abbandonarla. V parla anche dei dispetti che le fanno quando ci sono le uscite in macchina (C prende il posto davanti e a V tocca andare dietro). Organizzo la scena.

C (ausiliario L) spiega che va davanti perché è più anziano e ha problemi alle gambe. V ascolta l'ausiliario e sembra realizzare che effettivamente c'è un motivo per il comportamento dominante di C, sento però che siamo sempre su un livello cognitivo e poco emotivo. Chiudo la scena con il saluto.

L riferisce di una cena con alcuni ex compagni di lavoro. E' dispiaciuto perché furono costretti a licenziarlo per le frequenti assenze dovute alla sua malattia, ma ha conservato un buon rapporto. Il tema dell'amicizia è quello predominante (sentimento che prova anche per la sua amica E). L ritorna alla sua ex ragazza B che ora è fidanzata con il suo migliore amico O. L è combattuto perché B è sempre nel suo cuore, ma vorrebbe anche dimenticarla. Metto un cuscino rosso su una sedia di fronte a lui e dico che quello è il suo cuore e di osservarlo bene. Poi gli chiedo di posizionare due pupazzetti (B ed E). B va al centro del cuore ed E di lato. Gli chiedo di osservare ancora, poi se vuole può cambiare la disposizione. L dice di no. Sottolineo che evidentemente quella è la situazione, ha avuto la possibilità di cambiare ma non lo ha fatto, quindi va bene così.

Lo sharing è modesto (come l'attivazione della sessione, segnata dalla partenza di W e di quella che si sta per concretizzare di V). V saluta affettuosamente e dice che comunque è stata una esperienza "bellina" e che porterà i ricordi nel cuore.

Il saluto finale è un abbraccio collettivo dei membri del gruppo ed io che girello interno distribuendo carezze.

Tutta la sessione è stata condizionata dalla contingenza degli abbandoni. Il gruppo sta cominciando la sua parabola discendente, anche considerata l'impossibilità di inserire nuovi membri. Tuttavia ritengo che sia già un buon risultato essere giunta a questo punto: come mi confermano le operatrici, sorprese della durata del gruppo. Se l'attività non fosse stata apprezzata dagli utenti, ci saremmo fermati già da tempo.

XVII Sessione

Presenti PG, P, L.

Prima della sessione. G mi dice che non vuole più fare il gruppo perché preferisce andare a fare le uscite con il pulmino insieme agli altri. Le chiedo di congedarsi ad inizio sessione. Il saluto è abbastanza tranquillo, forse un po' di maniera negli auguri reciproci, me è comunque fondamentale ritualizzarlo per evitare fantasie di vario genere.

Chiedo al gruppo, dopo che G è andata via, di esprimere il sentimento che provano rispetto all'uscita di alcuni compagni (in particolare P era assente la volta scorsa e non ha potuto congedarsi da W e V). Aleggia il sentimento, soprattutto da parte di L che ha un su-

per-io imponente, dell'impegno che non viene mantenuto, quasi si sia trattato di una diserzione.

Faccio fare una breve attività psicomotoria per abbassare l'ansia che percepisco (camminare sentendo bene la pianta dei piedi, poi sulle punte e infine sui talloni) sia per giocare, sia per simboleggiare l'adattamento. Si può andare, camminare, anche se c'è qualcosa in meno (un gruppo più piccolo) per tornare alla fine a camminare normalmente.

Nell'aggiornamento PG, che è in tuta, dice di sentirsi in progressione, ma con fatica. Gli chiedo di esprimere questo stato d'animo con una camminata: si muove con rigidità nelle ginocchia e nella postura ha le spalle curve.

L è abbastanza elettrizzato dall'idea di cominciare il lavoro nelle stalle a contatto con gli animali. Visto che torna il tema dell'impegno, invito a rievocare dalla memoria un episodio della propria vita in cui non è stato rispettato un impegno preso.

La prima scena è di P che peraltro aveva dichiarato, poco prima, di non aver trovato niente nei suoi ricordi.

P alla fine parla dell'impegno di stare zitta (in effetti è abbastanza logorroica) che aveva preso con suo figlio T e che non riesce a mantenere. Organizzo la scena con L scelto come ausiliario. P dice a T "Voglio parlare per sapere come stai, cosa ti succede" e il figlio risponde "Se ho qualcosa da dirti, ti telefono io. Voglio decidere io quando voglio parlarti": Alla fine aggiunge il messaggio "Dammi tempo e le cose te le dico". P ascolta il messaggio di suo figlio e afferma di sentirsi più tranquilla.

Nella scena successiva, PG torna a quando aveva circa 12 anni e faceva parte della squadra esordienti della Juventus. Il suo allenatore decide, stante il suo rendimento insoddisfacente, di passarlo a un'altra squadra. PG nella scena ha modo (dopo essere stato un po' stimolato, perché è sempre un po' frenato) di esprimere la sua rabbia per l'impegno non rispettato dalla Società che ha frustrato il suo desiderio di restare alla Juve. PG bambino dice con forza "Sono arrabbiato e dispiaciuto. Potevate darmi più tempo!". Penso che sia stata una buona occasione per PG per esprimersi perché teme molto i sentimenti "forti", quasi ne possa perdere il controllo.

L riporta l'episodio (peraltro già raccontato in passato) del suo ex datore di lavoro Sig. Rossi che lo ha licenziato per le troppe assenze per malattia.. L sembra molto rigido nel ruolo del Sig. Rossi ("L'impegno deve essere mantenuto!") e nei suoi panni si colpevolizza. In inversione di ruolo, stimolo il Sig. Rossi a considerare che il suo dipendente L ha un problema (la malattia) che ha cambiato le circostanze. La rigidità però permane. Induco allora una esperienza diretta. Chiedo al Sig. Rossi di spiegarmi il suo lavoro. Dice che coordina gli operai, risponde al telefono alle chiamate dei clienti. Gli faccio chiudere gli occhi e gli dico che quando li riaprirà una malattia gli avrà paralizzato entrambe le braccia. Faccio squillare (con il drin drin in coro dei compagni) un telefono immaginario e lo incalzo a rispondere, senza poter usare le braccia. L'azione concreta sembra migliorare la consapevolezza dell'impossibilità che può sopravvenire nell'impegno. Alla fine il Sig. Rossi lascia un messaggio a L. "Capisco che la tua malattia non ti ha permesso di mantenere un impegno".

Lo sharing è piuttosto limitato (sono stanchi, siamo andati ben oltre l'ora di lavoro). Il saluto finale è un arrivederci affettuoso.

Mi sembra sia stata una buona sessione, era necessario recuperare il gruppo dal "tradimento" percepito nei confronti dei compagni usciti. Mi sembra sia stato evidenziato, nell'azione, un modello meno rigido di relazione, con alcune fasi nutrienti.

L mi sembra abbia ottenuto materiale per riconsiderare la sua pervasiva rigidità. PG alla fine, invece, dopo la manifestazione della rabbia, sembra conservare un sentimento di tenerezza per l'incontro con se stesso ragazzino.

XVIII Sessione

Presenti PG, P, L.

E' una magnifica giornata di primavera. Il gruppo propone di andare fuori nel parco. Dopo qualche titubanza, accetto. Mi rendo conto che potrebbero esserci delle difficoltà, ma sento che la voglia di stare all'aperto è davvero impellente. Troviamo il "nostro spazio"

circondato dagli alberi ed una panchina, posta da un lato. Non c'è nessuno a disturbarci. Comincio un riscaldamento sul respiro dell'aria di primavera. Nell'aggiornamento L è piuttosto laconico, Pasqua è andata bene, ma pioveva. Gli chiedo quali odori sente, ad occhi chiusi, pensando al periodo appena passato e viene fuori quello della cioccolata e del pranzetto preparato dal cognato (ho cercato di riportare il focus sul sensoriale). P è preoccupata, suo marito è in ospedale, ha un tumore all'intestino e deve essere operato. Chiedo cosa il gruppo può fare per sostenerla, ma lei si schermisce ("è più una cosa di famiglia"). Le ricordo che il gruppo è uno spazio di condivisione, anche del dispiacere e lei ha condiviso con fiducia. In effetti quando P ha affermato di non voler rattristare i compagni con le sue preoccupazioni, gli altri due hanno reagito per dire che erano solidali.

PG oggi è particolarmente loquace. Racconta di quando faceva parte di Scientology e di come abbia deciso di lasciar perdere perché non era una cosa che sentiva. Doppio rinforzando l'importanza della libertà di fare la propria scelta. A partire dalla scelta e del fatto che è appena cominciato il mese, dico che Aprile/Aprire è anche una porta (della primavera, del risveglio) e invito a trovare un episodio della vita in cui si è aperta oppure chiusa una porta.

P comincia a lamentarsi per il mal di testa (in effetti appare un po' svagata), ma la rassicuro e anche se non parteciperà attivamente, potrà essere osservatrice e contribuire al lavoro per quello che può.

L improvvisamente sbotta e dice di essere molto nervoso perché ancora non sa quando comincerà a lavorare e vuole chiederlo, psicodrammaticamente, all'assistente sociale signora Z.

Organizzo un incontro in cui L, in inversione di ruolo, esprime l'impotenza dell'assistente sociale ("Non dipende da me, ma dall'INPS, bisogna aspettare l'INPS") e anche il dispiacere che prova la Signora Z di non poter aiutare quel ragazzo che vuole lavorare. Alla fine la Signora Z promette di impegnarsi ancora per risolvere il problema.

L, nei suoi panni, ascolta e poi ringrazia e saluta la Signora Z.

Riprendo il tema della scelta e dell'immagine: PG dice di aver pensato a tanti fa, a una ragazza con cui doveva uscire, ma con cui poi non è più uscito. Propongo di fare la scena, ma alla fine dice di non sentirselo e non insisto.

L, dopo aver ascoltato PG, rievoca di quella volta, molti anni prima, che ha "chiuso la porta" rinunciando a mettersi con la fidanzata del suo più caro amico. Siamo a una specie di impasse. Dico che vorrei ora semplicemente vedere l'azione di come ciascuno apre e poi chiude una porta.

Utilizzo come spazio scenico due alberi i cui tronchi sono paralleli e accostanti.

L apre la porta, ma solo uno spiraglio e poi richiude. Chiedo un soliloquio, ha paura, gli dico che può chiedere aiuto a un compagno. Sceglie P, ripete il movimento con accanto P e questa volta alza un po' lo sguardo per vedere al di là. Sollecito uno specchio da parte di PG che vede soprattutto la paura della scelta.

Poi tocca a PG che apre e chiude subito. Gli faccio ripetere l'azione con accanto un compagno (sceglie L) e PG resta, dopo aver chiuso, fermo sulla soglia, pensieroso. Doppio "Ho fatto bene a chiudere, sono giovane e avrò altre possibilità".

P entra nella stanza (supera la soglia) chiedendo scusa. Ripete insieme al compagno L ed è sempre decisa.

Nella condivisione, colpisce molto la possibilità di vedere in sé e nei compagni azioni così diverse in un gesto apparentemente semplice (aprire, stare sulla soglia, chiudere la porta), ma che può significare tante cose.

Il saluto finale è un girotondo fra gli alberi sotto il cielo azzurro.

E' stata una sessione un po' fuori dagli schemi, ma l'azione ha contribuito a far emergere la diversità fra io-attore ed io-osservatore, con la messa in discussione di movimenti, interiori ed esteriori, stereotipati o ritenuti superficiali.

XIX Sessione

Presenti PG,P, L.

Prima della sessione. P è in piena crisi, lo Zyprex della mattina le fa molto male e ha dolore alla testa. Oggi operano suo marito. In

effetti con lui ha un rapporto molto conflittuale, lui la disprezza e le fa dare molte medicine. P mi rivela che nei colloqui con la psichiatra lui è sempre presente e non può mai parlarle da sola. Cerco di ascoltarla e contenerla per quasi un'ora. Le offro la possibilità di non fare il gruppo, ma alla fine decide di restare.

L'inizio è tutto per P che racconta del suo malessere. Non vorrebbe prendere le medicine perché vuole essere efficiente nel tenere bene la casa, altrimenti teme di essere mandata all'ospizio.

Dopo l'aggiornamento degli altri (ma l'atmosfera è comunque dominata dall'ansia di P) decido di "staccare" e, dopo una breve attivazione psicomotoria, propongo un viaggio all'indietro di 10 anni.

La prima scena è di L con un suo ex datore di lavoro, il Sig. Bianchi, quando nel 1998 faceva l'apprendista muratore. E' il tempo in cui da poco L ha perso sua madre ed è quindi molto addolorato. Nell'inversione di ruolo, il suo datore di lavoro gli dà un messaggio di speranza "Ho fiducia in te, impegnati e farai grandi cose".

Nella scena successiva PG incontra al bar, dieci anni prima, suo cugino U. PG è a suo agio nella parte, parla del non aver nessun posto dove andare (il Laboratorio verrà inaugurato l'anno dopo). Suo cugino gli lascia il messaggio "Se ti accorgi che le cose non vanno, chiedi aiuto, anche andando dallo psicologo".

La scena di P è ambientata a Livorno, a casa di sua cognata. Il figlio di P, R, è allievo dell'Accademia Navale. I personaggi sono R (figlio), N (marito), S (nipote) e I (cognata). P riceve messaggi da ciascuno.

Figlio: "Dai mamma, io ci sono"

Marito "Hai visto, sei con tuo figlio adesso, puoi parlare"

Nipote "Coraggio zia, vedrai che migliori"

Cognata "Sei una bella persona, non sei agitata come dicono"

Per far ascoltare i messaggi a P, non uso gli ausiliari (che oltretutto sono solo 2), ma preferisco, nascosta da teli colorati che faccio scegliere a P, essere io a dare la voce ai personaggi.

P risponde ai messaggi pacatamente, al marito dice "sei un po' cattivello". A volte devo contenerla perché tenderebbe a piagnucolare per "l'effetto delle medicine".

Nello sharing sono tutti molto caldi e attivi. P alla fine dice di aver capito quanto è importante stare con le persone care e questo concetto viene condiviso da tutti.

Nella mia restituzione sottolineo come il tema del "fare" per stare bene sia emerso sia nel lavoro di L (che quando lavorava si sentiva meglio, attutiva il dolore per il lutto materno), sia per PG (che non facendo nulla stava male, mentre oggi ci sono sempre problemi ma può "darsi da fare" nel Laboratorio). Anche P all'inizio aveva sottolineato l'importanza del suo "fare" nel tenere la casa.

Nel saluto, con un abbraccio collettivo, chiedo una parola da dire ad alta voce tutti insieme e PG propone "roccia" che viene subito scandito con forza per tre volte.

E' stata una buona sessione, sono state attivate emozioni e recuperate risorse positive ("il fare", "stare insieme" "le persone care") con alcuni spunti creativi e arricchendo ancora il co-conscio gruppalmente.

XX Sessione

Presenti P, L. Assente PG.

Prima della sessione. PG viene chiamato a casa, ma dice che vuole riposare e che non verrà. P invece vuole andare al mare (è una bellissima giornata e gli altri compagni del Laboratorio stanno per partire per la spiaggia) perché, dice, ne ha bisogno per la salute, per fissare il calcio. P è irremovibile, vuole stare all'aperto. Propongo di andare al parco, ma risponde che piuttosto lascia il gruppo. In compenso L diventa sempre più nervoso, dice con rabbia "Gli impegni vanno rispettati!". Propongo allora di seguire gli altri con la mia macchina: faremo il gruppo sulla spiaggia.

Arriviamo, la spiaggia è molto grande e deserta, ancora non ci sono bagnanti. Camminiamo a piedi nudi sulla sabbia come riscaldata. Troviamo un gazebo tutto per noi, lontano da occhi indiscreti, corredato di sedie. Il mare è liscio come l'olio e aiuta a rilassare e ad abbassare l'ansia.

Chiedo di guardare con attenzione l'orizzonte per vedere cosa c'è al di là. L vede un'isola tropicale dove incontra la sua ex fidanzata.

Lei vorrebbe andare via dall'isola, tornare alla sua famiglia, mentre L desidera restare. Scambio di messaggi e alla fine L accetta la decisione della ragazza.

P invece è una pesciolina che incontra un pesciolino bambino di nome Matteo che la invita a giocare. Decentrata, P dice che in questo modo, le passa la tristezza del ricordo di quando, anni prima, suo marito la picchiava sempre.

Nel mare in cui nuota come pesciolina può vivere l'incontro giocoso con il pesciolino Matteo. Al termine esprime il desiderio di venire al mare con i figli (non succede più da molto tempo). Le dico che è importante anche solo esprimere i desideri, senza nasconderli.

L è inquieto. Nella condivisione, ritorna il tema dell'espressione del desiderio. Non è presente la frustrazione, ma la forza vitale che un desiderio comunque innesca, una forza che può potenzialmente anche portarlo ad essere esaudito.

Questa sessione, breve, è stata segnata da ampi spazi silenziosi di immersione nella natura. La bellezza del qui e ora ha attenuato la tristezza abbandonica di L e la solitudine, unita al ricordo di un periodo complesso, di P. Il gruppo è ad ogni modo avviato al suo epilogo, ma ciò sta avvenendo con sufficiente naturalezza.

XXI Sessione

Presenti P e L. Assente PG

Inizio con il lancio della palla che viene scambiata dicendo "Voglio liberarmi di..." e poi "Vorrei che..." Il gioco procede abbastanza fluidamente.

Propongo il tema della fiducia che si dà o si riceve (ho preso spunto da una diatriba tra L e sua sorella a cui ho assistito prima della sessione). Invito ad andare con la memoria ad un episodio su questo tema.

La prima scena è di L, 6 anni prima, che è a casa, sta male ed è depresso. Arriva il suo amico M, gli chiede in prestito dei soldi e lui glieli dà. Dopo sette mesi, M si ripresenta e vorrebbe altri soldi. L rifiuta e chiede indietro quelli già dati. Nella scena corretta M dice che gli dispiace di non poter restituire il prestito ed L ribatte che "così non si deve fare" (nella realtà M se ne era andato senza dire niente ed L non aveva potuto esprimere il suo disappunto).

Nella scena di P, di dieci anni prima, suo figlio R di 20 anni vuole andare a vivere da solo. P è preoccupata, gli chiede perché e R risponde che è grande e vuole la sua indipendenza. A questo punto P chiede consiglio alla sua amica che le dice "Anche mia figlia voleva fare lo stesso, le ho detto "Vai! Se ti troverai bene, sarò contenta, ma se ti troverai male non entrerai da quella porta!" P segue il consiglio e dice la stessa frase a suo figlio che risponde "Mamma, hai ragione, è meglio che rinunci a questa idea".

Nella condivisione, P dice di aver recuperato un episodio in cui, con l'aiuto di un'amica, ha saputo affrontare una situazione difficile e questo la conforta. Dice anche che però altre volte, come L, è stata delusa dal comportamento di alcune persone che le erano vicine.

L è rincuorato dalla scena di P perché almeno non sempre le cose vanno male nell'amicizia come è capitato a lui.

Comunque con lo psicodramma si è tolto la soddisfazione di dire a M quello che pensava, visto che non lo aveva fatto a suo tempo.

Alla fine, prima dei saluti, ricordo che la prossima volta sarà, come da calendario, la nostra ultima sessione di psicodramma. Percipisco un po' di malinconia, ma questa considerazione è assolutamente necessaria.

E' stata una sessione partecipata, anche se con qualche contenuto un po' moralistico. L'effetto della scena corretta sembra essere stato positivo soprattutto per L che è particolarmente fragile nella propria autostima. Anche P sembra essere stata nutrita dalla riattivazione di un episodio in cui è stata assertiva e non passiva.

XXII Sessione

Presenti PG, P e L.

E' il nostro ultimo incontro, c'è un'aria un po' triste, ma cerco di sdrammatizzare presentandomi con una bacchetta magica e un cappello da fata.

Dico che ora posso fare una grande magia che è quella di andare tutti nel futuro, tra dieci anni e sarà un futuro bellissimo. Faccio

chiudere gli occhi e dopo una formula magica li faccio riaprire e solennemente proclamo "Siamo nel 2018!"

Chiedo a ognuno di parlare della sua vita di oggi. PG dice che da quando ci eravamo lasciati, ha trovato lavoro prima come cameriere, ma poi, con una vincita al Lotto, ha comprato un ristorante tutto suo, con 100 coperti. Si improvvisa una scena al ristorante con L e P che sono venuti a cena.

PG è molto divertito, si sente gratificato per come gestisce la situazione e dei consigli accurati per i suoi clienti. Quando L e P si siedono a tavola, li riconosce come i compagni del gruppo di psicodramma e decide di offrirgli la cena gratis. La scena si chiude con tutti che mangiano tante cose buone.

Nella scena successiva P è al mare, sta facendo una passeggiata con la sua nipotina che ha 16 anni ed è diventata una bellissima ragazza. Mentre passeggiano, incontrano per caso un grande regista, PG e un attore famoso L. che devono girare il film di Cenerentola. P riconosce PG e L che sono stati i compagni del gruppo di psicodramma. Alla fine P viene scelta per essere nel film la fata buona e sua nipote sarà Cenerentola che diventa Principessa.

Nella terza scena L è diventato il proprietario di un impianto sportivo. Un giorno decide di fare una pubblicità in televisione in cui presenta la sua palestra. La pubblicità viene vista da P e L che lo riconoscono e vanno da lui per festeggiare il suo successo.

Il clima è fantasioso e creativo, forse per scaricare la tristezza incombente. Dopo il festeggiamento finale e chiassoso, riprendo la bacchetta magica e riporto indietro l'orologio del tempo, al qui e ora della nostra sala.

La condivisione è molto affettuosa. PG dice che lo psicodramma gli ha permesso di lasciarsi un po' andare, di fare viaggi nel passato e nel futuro, ma sempre in compagnia, con il sostegno degli altri compagni.

L dice di aver sentito nei vari lavori che c'era una possibilità di cambiare le cose e che questo dipendeva non solo da lui, ma anche in parte dagli altri.

Da ultimo P, leggermente commossa, mi viene incontro, mi abbraccia e dice "Lo sai che sono una chiacchierona, ma questa volta riesco solo a dire grazie, perché ci hai fatto sentire delle persone.."

Ci abbracciamo tutti in silenzio, con intensa gratitudine reciproca, c'è un cuore solo, il cuore del gruppo, che batte all'unisono per l'ultima volta.

Capitolo 6

CONCLUSIONI

La fine è il mio inizio...

Il gruppo di psicodramma presso il Laboratorio L'Artificio è finito da tempo, ma è stato per me l'inizio di un percorso nuovo, spontaneo e creativo.

Ho imparato molto da questa esperienza, a partire dal modo in cui arrivare al gruppo, "senza memoria e senza desiderio" come suggeriva W. Bion.

Far prevalere l'ascolto, la lettura del gruppo, lo spirito di servizio e di accoglienza, il tutto scervo dalla diabolica tentazione di onnipotenza che sempre è dietro l'angolo in ogni attività che si dica terapeutica.

E' vivo il ricordo e immensa la gratitudine per tutti coloro che mi hanno aiutato a giungere fin qui.

Condividere un cammino di vita, questo è stato il senso ultimo di questa esperienza che mi ha portato ad immaginare nuove mete e nuovi compagni da incontrare, persone da guardare, come poeticamente descriveva Jacob Levy Moreno, occhi negli occhi...

BIBLIOGRAFIA

Baim C., Burmeister J., Maciel M. (2007) *Psychodrama. Advances in theory and practice*. Routledge London

Basaglia F. (2000) *Conferenze Brasiliane*. Raffaello Cortina Editore. Milano

Basaglia F. (1998) *L'Istituzione negata*. Baldini e Castaldi. Milano

Boria G. (2005) *Psicoterapia Psicodrammatica*. Franco Angeli Milano

Boria G. (1997) *Lo psicodramma classico*. Franco Angeli Milano

Durante G, Nicolini L. *Psicodramma in un centro di salute mentale*. Quaderni AIPSIM vol. 3 anno 2001

Figusch Zoltan (2009) *Form one-to-one psychodrama to large group socio-psychodrama*. Lulu. Manchester

Foucault M. (2006) *Follia e Psichiatria. Detti e scritti*. 1957-1984. Raffaello Cortina Editore. Milano

Foucault M. (1997) *Malattia mentale e psicologia*. Raffaello Cortina Editore Milano

Mazzara G. (1994) *Per aprire la mente. Psicodramma in ambiente psichiatrico*. Borla Editore Roma

Moreno J.L. (2007) *Who Shall Survive?* Di Renzo Editore Roma

Moreno J. L. (1985) *Manuale di Psicodramma. Il teatro come terapia*. Astrolabio Roma

Terzani T. (2006) *La fine è il mio inizio*. Longanesi. Milano

Vieira F. Risques : *Psychodrama and Psychopathology. Purposefully adapting the method to address different pathologies*. In Baim C., Burmeister J., Maciel M. (2007) *Psychodrama. Advances in theory and practice*. Routledge London

Yalom I.D. (1970) *Teoria e Pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri Torino

Per contattare l'autore

annaritapanetta@libero.it