

Sara Fumagalli

PERCORSO DEL GRUPPO E PERCORSO DEL SINGOLO

Fasi e processi terapeutici in un gruppo di psicodramma a termine

Premesse

Questa tesi nasce dall'esperienza di conduzione di un gruppo di pazienti del Servizio di Psicologia presso l'Ospedale "S. Paolo" di Milano, in cui è stato per me possibile concretizzare quanto maturato durante la formazione alla scuola di specializzazione in psicoterapia dello Studio di Psicodramma.

Il desiderio di rispondere in modo professionale sia ai colleghi ed ai tutor con cui ho potuto lavorare al "S. Paolo", sia alle persone che prendevo in carico e che, entrando a far parte del gruppo, diventavano "miei pazienti", mi ha condotto fin dall'inizio ad interrogarmi in modo generale sullo psicodramma come psicoterapia.

Domandarsi in che senso ed in che modo lo psicodramma è una psicoterapia significa tuttavia affacciarsi su questioni di ampia portata, relative alla natura stessa della psicoterapia, al confronto con altri approcci teorici, alla possibilità di conoscere ed indagare gli accadimenti umani, alle quali le riflessioni raccolte in questo lavoro non possono che offrire un contributo molto modesto.

Nei limiti, dunque, di questa specifica esperienza, ho tentato di capire se e come quello che andava accadendo potesse definirsi una psicoterapia, e mi sono trovata a:

- osservare che cosa succedeva al gruppo: se si formava un gruppo, come si sviluppava, come era percepito da ciascuno;

- osservare che cosa succedeva alle singole persone: come stavano, cosa succedeva di nuovo, di diverso o di "terapeutico" a ciascuno di loro.

Venivano così a prendere forma nel mio pensiero due percorsi, il percorso del gruppo e il percorso del singolo, tra loro strettamente intrecciati.

La tesi contiene dunque, nella prima parte, la descrizione del progetto costruito con il Servizio di Psicologia del "S. Paolo" e del gruppo che è stato realizzato. Una parte successiva è quindi dedicata al percorso del gruppo, ed intende proporre una descrizione dei processi di gruppo attraverso la definizione di alcune fasi. Un'altra parte ancora riguarda invece il percorso del singolo, ed esplora quindi i processi con valenza terapeutica che lo psicodramma può aver attivato in ciascun paziente, e che saranno descritti senza ricorrere necessariamente ad un linguaggio psicodrammatico, in modo da renderli più facilmente confrontabili quelli di altri approcci psicoterapeutici.

L'esperienza è stata per molti aspetti sorprendente e memorabile, per me ed anche per tante delle persone che vi hanno preso parte. A chiunque leggerà questa tesi raccomando di considerare che il materiale presentato riguarda un intervento vincolato di norma ed eticamente alla riservatezza professionale, del cui uso corretto a tutela della privacy delle persone coinvolte debbo essere garante.

Capitolo 1

LO PSICODRAMMA COME PSICOTERAPIA

Lo psicodramma si è sviluppato come psicoterapia di gruppo a partire dalle molteplici esperienze ed intuizioni di J.L. Moreno (1889-1974), confluite e rielaborate nel lavoro degli psicodrammatisti contemporanei (Boria, 2005; De Leonardis, 1994). Tuttavia il patrimonio ereditato da Moreno continua a trovare numerose applicazioni, oltre a quella psicoterapeutica, in interventi di formazione, di didattica, di educazione/prevenzione, di teatro sociale. Diventa quindi importante, a mio avviso, definire in che senso e in che modo lo psicodramma è anche una psicoterapia, sia attraverso il confronto con altre psicoterapie, sia attraverso la

differenziazione da altri ambiti di intervento. L'aspetto discriminante tra ambiti di intervento diversi, come sostiene Dotti (1998), è costituito, in primo luogo, dal contratto iniziale che il professionista, i destinatari ed eventualmente i committenti dell'intervento stesso stabiliscono tra loro, contratto che include innanzitutto delle finalità condivise.

Quale è dunque la finalità della psicoterapia?

Il termine psicoterapia deriva etimologicamente da *psyché*: "soffio vitale", inteso come "anima" e poi storicamente "mente", "comportamento", etc. e da *therapéia*: "cura", dal verbo "assistere, curare, guarire", e dal sostantivo "servo". Psicoterapia significa allora "cura dell'anima", ma non esiste un modo univoco di intendere né la cura né l'anima, né tantomeno la psicoterapia.

Nel Dizionario di Psicologia, Galimberti (1992) fornisce la seguente definizione. Psicoterapia: "*processo interpersonale, consapevole e pianificato, volto ad influenzare disturbi del comportamento e situazioni di sofferenza con mezzi prettamente psicologici, per lo più verbali, ma anche non verbali, in vista di un fine elaborato in comune, che può essere la riduzione dei sintomi o la modificazione della struttura della personalità, per mezzo di tecniche che differiscono per il diverso orientamento teorico a cui si rifanno*".

In questa definizione troviamo riuniti linguaggi diversi e distanti ("disturbi del comportamento" e "situazioni di sofferenza"), che derivano da rispettive ed altrettanto distanti correnti psicologiche, cui affluiscono diverse scuole psicoterapeutiche che si differenziano non solo per le tecniche che utilizzano, ma anche per le finalità che si propongono: si tratta di "ridurre i sintomi" o di "modificare la struttura della personalità"? Marhaba e Armezzani (1998) ci ricordano che i diversi approcci psicoterapeutici, così come più in generale le correnti della psicologia, vivono all'interno dell'antinomia tra "oggettivo-soggettivo" e "naturalistico-filosofico", e che la psicoterapia, dunque, può essere connotata sia come disciplina "umanistica" che "scientifica". La psicoterapia può dunque muoversi dal versante della "comprensione" a quello della "spiegazione", dal "prendersi cura di" al "guarire da". Ciononostante tra i diversi approcci si moltiplicano occasioni di dialogo, di confronto, di sovrapposizione, a testimonianza di una tensione verso un sapere il più possibile integrato, seppur complesso.

Per rendere conto delle diverse finalità della psicoterapia spesso vengono utilizzate anche alcune classificazioni. Lo stesso Galimberti ad esempio distingue tra:

- terapie d'appoggio o di sostegno (supporto emotivo)
- terapie rieducative (riadattamento)
- terapie ricostruttive (ricostruzione della personalità)

In modo simile Gabbard (2000), in ambito psicodinamico, propone l'esistenza di un continuum, piuttosto che di una netta distinzione, tra polo "supportivo" e polo "espressivo" della psicoterapia. Supportivo è l'intervento finalizzato al ristabilirsi di un equilibrio che è stato alterato da una crisi, e quindi principalmente rivolto al sostegno dell'io (terapie d'appoggio o rieducative), mentre espressivo è l'intervento diretto all'emersione ed allo svelamento dell'inconscio, all'insight ed alla ristrutturazione della personalità (terapie ricostruttive). L'autore riconosce come, nella maggior parte degli interventi psicoterapeutici, coesistano momenti supportivi e momenti espressivi, calibrati a seconda del bisogno del paziente.

Il termine paziente, anche se culturalmente legato ad un modello medico di cura, rimanda, a mio avviso, ad un aspetto importante della psicoterapia e del contratto che la caratterizza: c'è una persona "che soffre" e che chiede aiuto per "stare meglio", e che, in linguaggio psicodrammatico definiremmo lo specifico controruolo dello psicoterapeuta.

Ritornando alle finalità della psicoterapia, potremmo quindi ritenere che esista anche un continuum dell'intervento psicoterapeutico che va dalla risoluzione di un problema alla trasformazione della persona. Per questo la psicoterapia può essere di volta in volta intesa come eliminazione di un sintomo, alleviamento della sofferenza psichica, ricerca di un adattamento, induzione di un cambiamento, realizzazione della piena espressione soggettiva, aumento della consapevolezza di sé, degli altri e della realtà esterna, modificazione della modalità di relazionale

* In tutto il presente lavoro il termine psicodramma si riferisce all'approccio dello psicodramma classico moreniano.

interpersonale, creazione di nuove connessioni di senso, attribuzione di nuovi significati alla propria esperienza, mentalizzazione.

Ognuna di queste espressioni mi sembra poter essere a buon diritto utilizzata per descrivere ciò che si intende fare in psicodramma, all'interno di una specifica cornice teorica ed avvalendosi di una specifica metodologia.

Nel suo specifico l'approccio psicodrammatico, che non considera il singolo individuo indipendente e quindi isolabile dalle sue relazioni interpersonali, sia interiorizzate che reali, privilegia coerentemente un setting di psicoterapia di gruppo. Il setting "di gruppo" non soltanto distingue un intervento terapeutico da quelli svolti in setting "individuale", ma lo differenzia anche dai cosiddetti interventi "in gruppo". Si parla di terapia "in gruppo" quando i singoli individui che hanno mosso una richiesta di aiuto si trovano riuniti insieme ad affrontare, in una situazione collettiva, ognuno il proprio percorso terapeutico. Si definisce "di gruppo" quella terapia in cui, in aggiunta, si crea una interazione, anzi come sottolinea De Leonardis (1994) una relazione tra le persone che diventa un fattore terapeutico: il potenziale terapeutico viene quindi in buona parte trasferito dal terapeuta al gruppo. In altri termini, in una psicoterapia di gruppo lo psicoterapeuta si cura non solo delle singole persone, ma anche del rapporto tra di loro, ed anche l'insieme interpersonale dato dal gruppo diventa destinatario della terapia.

Nonostante le difficoltà nel condurre ricerche sull'efficacia della psicoterapia, mi sembra importante riportare il seguente dato quantitativo: in un recente articolo (Kipper e Ritchie, 2003), una meta analisi condotta su studi con disegno sperimentale relativi all'efficacia dello psicodramma come psicoterapia, ha riscontrato la presenza di un effetto globale paragonabile o superiore a quello generalmente riportato per le altre psicoterapie di gruppo. Anche criteri più "scientifici" sembrano dunque legittimare lo psicodramma come psicoterapia.

Capitolo 2

PSICODRAMMA CON PAZIENTI DI UN SERVIZIO DI PSICOLOGIA OSPEDALIERO

2.1 Il contesto: il Servizio di Psicologia dell'Ospedale "S. Paolo" di Milano

All'interno dell'Azienda Ospedaliera "S. Paolo" di Milano (Polo Universitario della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano), la Cattedra di Psicologia Medica diretta dal Prof. E.A. Moja ha costituito un Servizio di Psicologia che si occupa di ricerca, formazione e clinica, in collaborazione con i diversi reparti e le strutture territoriali dell'Ospedale.

Il Servizio è composto da un gruppo di medici, psicologi, psicoterapeuti di differente formazione.

Per ciò che riguarda l'attività clinica, il Servizio di Psicologia si rivolge primariamente ai pazienti ospedalieri e ai loro familiari, occupandosi con diversi interventi delle numerose variabili psicologiche implicate nelle situazioni di "malattia medica" (es. colloqui di sostegno per pazienti oncologici, gruppi psicoeducativi per pazienti diabetici, etc.).

In aggiunta a ciò, al Servizio di Psicologia accedono in modo diretto, attraverso l'ambulatorio dell'Ospedale, persone che presentano espressamente una richiesta di aiuto per una sofferenza psicologica. A questa ultima casistica il Servizio risponde con una presa in carico che consiste in:

- una fase iniziale di consultazione, che si svolge nell'arco di alcuni colloqui e che può comprendere la somministrazione di test. Questa fase si conclude con una restituzione ed una indicazione da parte dell'operatore sull'eventuale opportunità di proseguire il lavoro con una psicoterapia o un sostegno psicologico;

- in conseguenza all'esito della fase precedente, una fase di trattamento con percorsi sia di tipo individuale che di gruppo.

Con il responsabile e gli operatori del Servizio è stata discussa la proposta di avviare un gruppo di psicodramma rivolto a quest'ultima categoria di pazienti, che potrebbero essere definiti "psicologici-ambulatoriali", come una ulteriore modalità di

trattamento a carattere psicoterapeutico da affiancare a quelle già presenti.

In aggiunta ai criteri di tipo teorico e clinico che possono sostenere la scelta di un certo tipo di approccio terapeutico, l'utilizzo di interventi con gruppi di pazienti si va diffondendo all'interno delle strutture sanitarie pubbliche in quanto il gruppo, consentendo di raggiungere un maggior numero di utenti con una stessa prestazione, rappresenta un vantaggio anche in termini di bilancio tra costi e benefici. Più in generale si può ritenere che l'orientamento di una istituzione verso il lavoro con i gruppi rifletta la condivisione di una certa visione dell'uomo in cui è data importanza alla dimensione relazionale e sociale delle esperienze, compresa quella del disagio, ed alla ricchezza del confronto interpersonale. All'interno del Servizio di Psicologia del S. Paolo questa "cultura" del lavoro con i gruppi viene promossa da tempo, sia nell'ambito della ricerca, che della formazione, che della clinica: in questo ultimo ambito, ad esempio, era già avviato presso il Servizio un gruppo di psicoterapia ad orientamento analitico.

A partire da questi presupposti, e grazie alla disponibilità al confronto degli operatori già presenti, la collaborazione con il Servizio si è costruita progressivamente ed è stata, a mio avviso, consolidata attraverso due significativi passaggi, che hanno consentito un approfondimento della conoscenza reciproca e di un rapporto di fiducia professionale.

Il primo è stato quello della realizzazione di una sessione aperta rivolta specificatamente agli operatori del Servizio e dell'Ospedale più in generale, che ha dato loro modo di sperimentare, con una modalità diretta ed attiva come consueto in psicodramma, l'approccio che si andava a proporre.

Il secondo è stato quello di accogliere la richiesta di inserire un operatore del Servizio all'interno del gruppo di pazienti che si intendeva creare, con funzione di lo ausiliario: in questo modo, oltre ad offrire al gruppo stesso una ulteriore risorsa, si costituiva di fatto una piccola équipe di lavoro ed una maggiore integrazione dell'esperienza all'interno del Servizio stesso.

2.2 Il progetto: un percorso a termine

Il progetto del gruppo di psicodramma si è progressivamente delineato attraverso alcune scelte condotte a priori e in parte vincolate a dati di realtà che non potevano essere ignorati, che ritengo importante riferire.

Che durata avrà il gruppo?

La questione del tempo, nonostante potrebbe apparire secondaria all'interno di un progetto, o per lo meno subordinata alle finalità e agli obiettivi dello stesso, nel senso che in genere si dovrebbe decidere prima che cosa si vuole fare e dopo quanto tempo è necessario per farla, è stata viceversa prioritaria in questa situazione, dal momento che la mia permanenza presso il Servizio risultava garantita soltanto fino alla scadenza del periodo di tirocinio, stabilito nei termini di 150 ore nell'arco di un anno accademico.

Un primo vincolo di realtà era dunque rappresentato dalla temporaneità della presenza del conduttore, e ciò ha indotto una importante scelta: si sarebbe trattato di un **gruppo a termine** (o a **tempo determinato**) piuttosto che continuativo. Vale a dire che si stabiliva in partenza che il gruppo avrebbe avuto una fine, un momento di chiusura unico ed uguale per tutti i partecipanti (ovviamente stabilito entro il termine della mia presenza).

Nonostante potessi ipotizzare che probabilmente un nuovo tirocinante psicodrammatista sarebbe potuto arrivare al Servizio l'anno successivo, non mi appariva così semplice poter "passare" un gruppo ad un collega, sia perché le modalità e gli stili nella conduzione sono diversi per ogni direttore, sia e soprattutto per non sottovalutare il valore del contratto e dell'alleanza terapeutica che si stabilisce tra terapeuta e paziente. Ho ritenuto più opportuno e professionale assumermi la responsabilità di quello che realmente potevo garantire, immaginando che, in inversione di ruolo con il paziente, sia più facile affidarsi ad una persona ed una proposta che si presentano in modo ben definito.

Questa scelta comportava di rinunciare al modello di gruppo di psicoterapia che si è sviluppato e che prevale attualmente in ambito

psicodrammatico all'interno del contesto privato (Boria, 2005) quello del **gruppo continuativo**, in cui ogni paziente intraprende e conclude il proprio percorso terapeutico seguendo i propri tempi, entrando ed uscendo da un gruppo che esiste prima e continuerà ad esistere dopo di lui.

Il gruppo a termine introduce dunque una rilevante differenza rispetto al gruppo continuativo dalla quale possono discendere numerose conseguenze, basti pensare ad esempio al tipo di investimento e di impegno richiesto a ciascuna persona e a come la presenza di una fine potrà essere inizialmente percepita da ciascuno: un sollievo? un limite? una rassicurazione?

In letteratura non solo viene dimostrata l'efficacia degli interventi di psicoterapia di gruppo a tempo determinato (Piper e Joyce, 1996) ma vengono anche discusse ed approfondite le peculiarità, le relative indicazioni per la pratica clinica ed i problemi da considerare rispetto a questo formato (Costantini, 2000; Corbella 2003): particolarmente rilevanti divengono i temi del limite, della separazione, l'importanza del focus dell'intervento e della sua conclusione, nonché della direttività del conduttore.

La scelta di realizzare un gruppo a termine ha determinato una serie di decisioni successive, sia nella fase di progettazione che di conduzione vera e propria del gruppo.

Se il gruppo avrebbe dunque avuto un inizio ed una fine, di conseguenza ci sarebbe stato un numero di incontri prestabilito. Ma quanti sarebbero stati o avrebbero dovuto essere questi incontri? Quale può essere la lunghezza adeguata per un percorso a termine? Secondo le esperienze più diffuse di gruppi di psicodramma a carattere terapeutico una ottimale frequenza per gli incontri è quella settimanale. Un altro vincolo di realtà ha contribuito a stabilire il numero degli incontri. Osservando il calendario si è infatti considerato che nel periodo estivo avrebbe sicuramente avuto luogo una interruzione della cadenza settimanale, dovuta alle vacanze, che segnano in genere, sia a livello collettivo che individuale, una sorta di conclusione rispetto all'organizzazione lavorativa, sociale etc. La prosecuzione del gruppo dopo tale interruzione avrebbe rappresentato di fatto più che una ripresa un nuovo inizio, e non è apparso sensato avere due inizi in un percorso a termine, avremmo di fatto creato due percorsi. Così, è stato stabilito che il gruppo si sarebbe concluso con l'arrivo del periodo di vacanza e, dal momento che alcuni mesi si erano resi necessari non solo per l'organizzazione burocratica del tirocinio, ma soprattutto per la conoscenza del Servizio, la formulazione del progetto, la selezione dei pazienti, di fatto il percorso si è strutturato in 18 incontri, nell'arco dei mesi da marzo a luglio.

In letteratura una terapia con una durata al di sotto dei 6 mesi e un numero di sedute variabili al di sotto delle 25 -30 (MacKenzie, 1990) viene considerata come **terapia breve**: non necessariamente terapia a termine e terapia breve coincidono, dal momento che il termine può essere prestabilito anche dopo un arco di tempo più ampio.

Quale sarà la finalità del gruppo?

Posto che si intendeva proporre un gruppo a carattere psicoterapeutico, che significato assume questa intenzione con un gruppo a termine di breve durata? In che senso si può ritenere una psicoterapia?

È importante ribadire che la scelta di un intervento breve e/o a termine può essere dettata da criteri teorici, metodologici, clinici piuttosto che da fattori esterni contingenti come quelli sopra descritti. Esistono sia approcci psicoterapeutici che si definiscono brevi anche nel nome (es. Psicoterapia Breve Strategica di G. Nardone e P. Watzlawick), piuttosto che metodologie che utilizzano percorsi predefiniti a termine (es. Training Autogeno di J.H.Schultz), o ancora varianti brevi o a termine di approcci che contengono anche percorsi senza termine predefinito (es. la Psicoterapia Breve di Individuazione di T.Senise, di origine psicoanalitica) ed infine indicazione di trattamenti brevi o a termine per determinate categorie di pazienti.

Fermo restando che sulla definizione di psicoterapia, come esposto nel primo capitolo, possano esserci diverse alternative, tutti i riferimenti bibliografici nel precedente paragrafo attestano l'esistenza di un concetto di psicoterapia di gruppo breve, declinato

in diverse forme (Costantini, 2000; MacKenzie, 1990):

- gruppi di addestramento alle abilità sociali;
- gruppi con focus cognitivo, psicoeducativi, di matrice cognitivo comportamentale;
- gruppi interpersonali di recupero o di supporto;
- gruppi interpersonali esplorativi.

Potrebbe quindi risultare legittimo darsi una finalità psicoterapeutica anche in un percorso di 18 incontri di psicodramma.

Di fronte ad un certo grado di incertezza sugli obiettivi e sugli esiti che si sarebbero potuti raggiungere, e con l'intenzione di presentare, soprattutto ai futuri partecipanti al gruppo, un progetto chiaro, mi sembrava che fosse in ogni caso importante, proprio perché il gruppo era a termine, definire di che cosa ci si occupasse, al di là del fatto che si utilizzasse come metodologia lo psicodramma. Mentre nel gruppo continuativo il tempo a disposizione probabilmente consente maggiore tranquillità sul raggiungimento, prima o poi, di quella/e finalità che i pazienti stessi si pongono ("stare meglio", "conoscermi di più", ...) e che li indurranno a valutare di concludere la loro terapia, nel gruppo a termine diventa forse necessario prestabilirsi, oltre al termine stesso, anche l'obiettivo a cui si vuole o si può arrivare.

Una risposta interessante ed in un certo modo risolutrice per questi interrogativi mi è stata offerta dalla posizione, da molti condivisa, di Budman e Gurman (1988) che, riferendosi ai gruppi a termine li definiscono singole **esperienze di trattamento**, che possono affiancarsi, sommarsi, alternarsi nel tempo ad altri trattamenti, ognuno dei quali offre un intervento efficace ma non necessariamente in sé del tutto esaustivo rispetto alle richieste del paziente.

Mi sembra che questa posizione ben traduca la difficoltà di applicare in psicoterapia un modello medico ideale che per ogni malattia individua l'intervento più adatto ad eliminare, risolvere, a guarire in modo definitivo dalla malattia stessa. Pur volendo offrire alle persone una strada efficace alla risoluzione delle loro sofferenze psicologiche, la complessità dell'esperienza umana è tale per cui, per ora, ogni psicoterapia riesce a considerarne soltanto un aspetto, o al massimo alcuni, alla volta (Marhaba e Armezani, 1988).

Rispetto alla classificazione appena riferita, il gruppo sembrava comunque collocarsi tra il "gruppo interpersonale di supporto" e "il gruppo esplorativo", che può "avere come obiettivo il sollievo dai sintomi e/o cambiamenti nelle modalità di relazione interpersonale e/o modificazioni nei disturbi del carattere" (Yalom, 1995).

A chi sarà rivolto?

Come prima accennato, il gruppo di psicodramma intendeva diventare una risorsa del Servizio per i pazienti "psicologici-ambulatoriali", persone che chiedevano un aiuto per una sofferenza, un malessere di tipo psicologico. Ma a quali, tra tutte le persone che accedevano in questo modo al Servizio avremmo proposto il gruppo?

Dal momento che veniva considerata una esperienza di trattamento, in primo luogo doveva essere rivolta ai pazienti con i quali si era già svolta la prima fase di consultazione, fase che non soltanto garantiva una prima presa in carico, ma offriva ulteriori elementi di valutazione. Inoltre, non si è escluso che potessero essere coinvolti pazienti che avessero già avuto una fase di trattamento con un percorso di tipo individuale, ma che si riteneva utile poter inviare ad una esperienza di gruppo. In questo modo, attingendo da un numero più ampio di pazienti già in carico, si rendeva più probabile l'avvio del gruppo di psicodramma in tempi brevi.

La scelta di utilizzare ulteriori criteri per la selezione dei pazienti, anche di tipo psicodiagnostico, si inserisce all'interno della più ampia questione della composizione del gruppo in termini di **omogeneità** versus **eterogeneità**.

Secondo la tradizione dell'approccio psicodrammatico, i gruppi di psicoterapia continuativi sono composti preferibilmente nel modo più eterogeneo possibile (Boria, 2005); vale a dire che si ritiene opportuno riunire in un gruppo persone differenti innanzi tutto secondo variabili quali sesso, età (restando in ogni caso all'interno

della fascia "adulti"), stato civile, professione, etc., ovvero secondo i "ruoli sociali" per usare un linguaggio psicodrammatico (Dotti, 1998); inoltre si tendono a bilanciare in senso eterogeneo anche caratteristiche psicologiche quali il tipo di sintomo o problematica riferito, la modalità relazionale, il tono dell'umore prevalente, per come si manifestano in fase di contratto preliminarmente all'inserimento al gruppo. Si cerca cioè in qualche modo di riprodurre in piccolo nel gruppo di terapia la variabilità che appartiene al vivere quotidiano. Questa variabilità è considerata un valore ed una ricchezza, sia da un punto di vista teorico (riconoscimento dell'unicità di ciascuno) che da un punto di vista metodologico (moltiplicazione dei punti di vista e di confronto con gli altri).

Allo stesso tempo, sempre attingendo alle esperienze di psicodramma, pur non essendo particolarmente incoraggiata una categorizzazione psicodiagnostica, vengono spesso realizzati gruppi di tipo più omogeneo (es. pazienti tossicodipendenti, con disturbi alimentari, psicotici). Senza poter approfondire la riflessione su ciascuna di queste esperienze, mi interessa evidenziare che per i pazienti psicotici in particolare si sono strutturati gruppi omogenei e si sono sviluppate specifiche indicazioni metodologiche (es. presenza di lo ausiliari professionisti nel gruppo). Mi sembra che si sia stabilita una prassi nell'uso dello psicodramma con pazienti psicotici e forse più implicitamente un suggerimento a non mescolare pazienti psicotici con altri pazienti.

Ho ritenuto dunque di dover seguire da un lato una indicazione all'eterogeneità e dall'altro quella di scegliere a monte tra le categorie "psicotico/nevrotico", che ho inteso secondo la differenziazione di Kernberg (1980). Un riscontro a questo tipo di posizione mi sembra che venga da Yalom (1995) che consiglia "eterogeneità per le aree conflittuali e omogeneità per la forza dell'io".

In questo senso si è deciso di lavorare con pazienti classificabili in un'area di tipo nevrotico, esplicitando come criterio di esclusione dal gruppo la presenza di sindromi psichiatriche o disturbi gravi della personalità.

In ultimo mi appariva importante la riflessione di Corbella (2003) sui movimenti di fusionalità/individuazione in terapia di gruppo, e i gruppi omogenei a tempo determinato: se da un lato, per i gruppi omogenei, l'omogeneità dei componenti favorisce la fusionalità ed è necessario introdurre un termine per innescare movimenti individuativi, dall'altro, se ho un termine prestabilito, deve essere introdotta una qualche omogeneità per accelerare movimenti di formazione del gruppo, per cui "ogni gruppo a tempo determinato dovrebbe essere caratterizzato da un aspetto omogeneo pregnante".

Si trattava dunque, avendo un gruppo a termine, di trovare eventualmente un ulteriore elemento di omogeneità, oltre ad aver circoscritto l'area nevrotica, riprendendo in qualche modo l'esigenza di dare un obiettivo terapeutico più chiaro al gruppo, una sorta di criterio di inclusione oltre a quello di esclusione prima riferito, una indicazione di specificità ed appropriatezza per il gruppo di psicodramma.

Il gruppo è stato quindi dedicato a pazienti "con problematiche nelle relazioni interpersonali", una definizione forse un po' generica, ma in grado di garantire, proprio perché così ampia, sia una sufficiente eterogeneità, sia la possibilità per i pazienti di riconoscersi e di identificarsi con il gruppo. Questa definizione appariva inoltre ben calzante rispetto al lavoro psicodrammatico, centrato sulla intersoggettività e sulla concretizzazione delle relazioni interne.

Nella sua effettiva realizzazione, come dirò in seguito, il gruppo ha avuto poi un ulteriore forte elemento di omogeneità inaspettato.

Vorrei precisare che, a mio avviso, numerose categorie diagnostiche garantiscono ugualmente una grande eterogeneità, data semplicemente dal fatto che le persone e le loro vicende sono sempre, inevitabilmente, una diversa dall'altra. Diventa quindi preziosa l'indicazione più pratica di Corbella (2003) di pensare, caso per caso, a quel paziente, per quel gruppo, con quel terapeuta, in quel momento.

Un altro aspetto legato alla composizione del gruppo è quello

della sua numerosità: avendo un percorso a termine, si è valutato che il gruppo avesse una numerosità massima di 8 persone.

Ancor più importante è stato stabilire che il gruppo avesse un formato **semiaperto**: a differenza di quanto accade nei gruppi continuativi di psicoterapia che in genere sono **aperti** all'avvicendamento dei pazienti, in questo caso i pazienti avrebbero potuto essere inseriti nel gruppo soltanto nell'arco del primo mese a partire dall'avvio del percorso, dopodiché, terminato il mese o raggiunto il numero massimo di persone, il gruppo sarebbe diventato **chiuso**, non ci sarebbero stati più nuovi ingressi o sostituzioni. Il gruppo raggiungeva quindi una composizione stabile e definitiva di persone fino al termine dei 18 incontri.

Anche in questo caso la scelta è stata motivata dalla presenza di un termine. Sappiamo che ad ogni nuovo inserimento il gruppo si trasforma e diventa un altro gruppo: continuare ad inserire persone avrebbe comportato il rischio per il gruppo di rimanere sempre in una fase iniziale, di formazione, senza possibilità di procedere nel percorso. Una composizione più stabile, invece, sembrava offrire alle persone la possibilità di conoscersi e di riconoscere il gruppo e di potersi affidare, per arrivare ad attraversare insieme ogni fase, ognuna portando la sua specificità individuale. In un gruppo a composizione stabile credo inoltre che ciascuno possa arrivare a sentirsi più direttamente parte costitutiva, essenziale ed insostituibile del gruppo stesso.

Come inviare i pazienti al gruppo?

Questo interrogativo riguardava più in generale la modalità con cui il percorso del gruppo di psicodramma andava ad integrarsi con la presa in carico complessiva e le procedure del Servizio.

Come abbiamo visto, i pazienti cui sarebbe stato proposto il gruppo avevano già avuto una prima presa in carico (consultazione o presa in carico individuale). E' risultato quindi conseguente che, una volta definito in linea di massima il progetto del gruppo di psicodramma, fossero i colleghi del Servizio a fare una prima valutazione rispetto a chi tra i loro pazienti poteva essere inviato.

Si è stabilito quindi che per ogni ipotesi di invio, il collega avesse un momento di scambio e confronto con me, in modo da valutare insieme l'adeguatezza dell'ipotesi, rispetto alle caratteristiche del paziente in relazione al progetto e agli altri pazienti eventualmente già candidati al gruppo.

In caso di riscontro positivo, la proposta di partecipare al gruppo sarebbe stata posta dal collega che, avendo già instaurato con il paziente una relazione, in alcuni casi anche di natura psicoterapeutica, poteva dunque declinarla con il significato ed i tempi adeguati al lavoro in corso. In questo modo, inoltre, il collega rimaneva, all'interno del Servizio, il referente per il paziente del progetto terapeutico complessivo, al quale poter continuare a riferirsi anche dopo il termine dell'esperienza di gruppo. Ha senso infatti pensare ad episodi di trattamento come prima accennato se viene assicurato un lavoro di rete tra i responsabili dei singoli interventi (Costantini, 2000).

Se il paziente prendeva in considerazione la proposta del gruppo, lo si invitava ad un colloquio individuale con me, in qualità di referente e conduttrice dell'esperienza di gruppo. Il colloquio non era vincolante in alcun modo alla partecipazione al gruppo, anzi era viceversa finalizzato ad una ulteriore valutazione reciproca, fatta con il paziente, che poteva condurre o meno alla formulazione di un contratto terapeutico per il gruppo. Il paziente dal suo canto aveva infatti l'occasione di incontrare direttamente la persona che avrebbe condotto il gruppo, di esprimere i suoi pensieri e i suoi dubbi sulla proposta e di ottenere i relativi chiarimenti, nonché una serie di altre informazioni anche di tipo organizzativo sul setting di gruppo: in questo modo poteva formulare una scelta il più possibile consapevole. Anche dal mio versante si trattava di conoscere in un modo diretto la persona e valutare se la sua motivazione verso il gruppo mi appariva di qualità appropriata. Più in generale potremmo dire che si trattava di una occasione di "incontro" in senso moreniano, per stabilire eventualmente una alleanza terapeutica con ciascun partecipante al gruppo.

Che spazio verrà utilizzato?

All'interno dell'Ospedale, il Servizio ha messo a disposizione delle attività di gruppo una stanza piuttosto grande prima destinata

alla degenza ospedaliera. Questo spazio è stato allestito in un modo sufficientemente attrezzato rispetto alle esigenze dello psicodramma, ma facilmente riadattabile per gli altri scopi del Servizio.

Gli elementi fondamentali per garantire un setting adeguato sono stati:

- delle tende scure a scorrimento che hanno permesso di oscurare in modo pressoché totale la stanza, rendendola nello stesso tempo esteticamente accogliente;
- una piantana alogena per illuminare artificialmente la stanza con una luce più calda del neon e soprattutto modulabile in intensità; alcuni faretti colorati per poter ulteriormente diversificare la luce dell'ambiente;
- un tappeto di moquette circolare di 4 m di diametro a fungere da palcoscenico e riavvolgibile;
- alcune sedie disposte da un lato del palco come auditorio;
- materiale da utilizzare sul palcoscenico, soprattutto cuscini colorati, foulard colorati, alcune coperte, un materasso.

All'interno della stanza inoltre i partecipanti avevano modo di appoggiare giacche, borse e scarpe.

Come valutare l'esito del percorso?

Il Servizio di Psicologia, come attualmente la maggior parte dei servizi, non solo pubblici, si propone di valutare gli interventi che attua, con l'intento di rendere il suo operare sempre più qualitativo. Un sistema di verifica infatti rende qualsiasi azione più consapevole, controllabile, trasparente, e migliorabile in termini di efficienza e di efficacia.

In generale il problema della valutazione dell'efficacia della psicoterapia è molto ampio e tuttora aperto (per un quadro della storia e delle problematiche della ricerca in psicoterapia vedi Migone 1996, pubblicato anche sul sito www.psichomedia.it nella Sezione Italiana della Society for Psychotherapy Research).

Anche limitandosi al percorso a termine del gruppo di psicodramma, non è semplice capire cosa valutare e in che modo, soprattutto se l'intento è trovare una procedura ed uno strumento che siano affini e congruenti all'approccio che si andrà ad utilizzare, e al tipo di relazione che si ritiene opportuno instaurare tra conduttore del gruppo e partecipanti. All'interno del sistema teorico e metodologico dello psicodramma non esiste una modalità consolidata, né tantomeno standardizzata, di verifica dell'esito di un percorso psicoterapeutico.

Consapevoli di non poter rispondere ai requisiti di una corretta metodologia di ricerca, si è deciso di raccogliere una valutazione a fine percorso utilizzando il "Questionario sul Clima di Gruppo", versione italiana del "Group Climate Questionnaire" di MacKenzie (1981), validata da Costantini et al. (2002). Questo strumento non indaga direttamente un esito, ad esempio un cambiamento, quanto piuttosto aspetti del processo di gruppo, che tuttavia l'autore ritiene siano legati ai meccanismi che inducono cambiamenti.

Si tratta di un questionario ad autosomministrazione, composto, nella prima parte, da 12 item che contengono affermazioni sul clima del gruppo, cui ogni paziente può assegnare un punteggio su una scala a 7 punti, sulla base della corrispondenza con quanto sperimentato nel gruppo; nella seconda parte una domanda aperta chiede al paziente di indicare l'evento che durante il gruppo è risultato per lui più significativo e il perché. È stato pensato per essere somministrato al termine di ogni seduta/sessione di gruppo in modo da consentire una valutazione in itinere dei processi: nel nostro caso, abbiamo sperimentato un uso differente, adattando la formulazione delle consegne per l'intero percorso piuttosto che per i singoli incontri (allegato 1). Leggendo gli item è possibile riscontrarne l'adeguatezza per verificare il buono stato di un gruppo di psicodramma.

2.3 La realizzazione

Un riassunto di tutte le caratteristiche del gruppo prima riferite si ritrova nel volantino che è stato affisso al Servizio e distribuito tra gli operatori per illustrare il progetto e costruire il gruppo (allegato 2).

La selezione dei pazienti e i colloqui preliminari

Sono stati discussi un totale di 10 casi per i quali era stato ipotizzato un invio al gruppo, che hanno portato all'effettivo svolgimento di 8 colloqui preliminari all'inserimento: in un caso, infatti, la persona non si è sentita di accettare la proposta, in un altro si è valutato che la persona "non era adatta" al tipo di gruppo che si andava costituendo dal momento che era al 3° mese di gravidanza e che questo dato rischiava di diventare un elemento troppo pregnante nell'equilibrio del gruppo.

Immediatamente è emerso che tutti gli invii riguardavano pazienti donne, che peraltro rappresentano la maggioranza nel campione di persone che accedono ambulatorialmente al Servizio. Su questa base si è deciso che l'eventuale candidatura di un singolo uomo non sarebbe stata presa in considerazione, per evitare di creare un "isolato" (Yalom, 1995). Il gruppo, come prima accennato, acquisiva così inaspettatamente questo forte elemento di omogeneità di genere.

I colloqui preliminari hanno avuto principalmente due tipi di obiettivi. Il primo era valutare la qualità della motivazione della persona a partecipare al percorso, che poteva essere colta da come la persona si presentava al colloquio, quale atteggiamento e pensieri esprimeva rispetto alla proposta del gruppo, quanto si riconosceva nella definizione di un gruppo rivolto alle difficoltà di relazione interpersonale. Ogni persona è arrivata al colloquio con domande diverse, manifestando già la propria soggettività: chi doveva incastrare il gruppo tra mille impegni, chi temeva di mettersi troppo al servizio degli altri e di avere poco spazio per sé, chi sentiva di essere troppo timido o troppo influenzabile dalla sofferenza altrui, chi temeva di essere costretto a parlare. È stato discriminante per dare una valutazione in positivo cogliere se il gruppo veniva comunque pensato in qualche modo e se tra i pensieri, oltre ad aspetti ansiosi, emergeva anche un piccolo barlume di interesse e di curiosità per questa possibile nuova esperienza.

Mi è sembrato opportuno non gestire le domande dei pazienti con una modalità da intervento terapeutico, volto ad aprire alle persone ulteriori interrogativi sul perché di queste loro preoccupazioni, ma avere un atteggiamento il più possibile di sostegno e di rassicurazione, accogliendo le domande come legittime e rispondendo in modo chiarificatore. Il secondo obiettivo del colloquio infatti era per me quello di dare il maggior numero di informazioni che potessero rendere la decisione di partecipare al gruppo il più possibile condivisa e consapevole.

Per esemplificare, le risposte sono state andate nelle seguenti direzioni:

- nessuno sarebbe stato chiamato a fare nulla che non si sentiva pronto a fare;
- sarebbe stato garantito spazio per tutti;
- il gruppo avrebbe potuto rappresentare una risorsa per quegli stessi motivi che creavano incertezza;
- in ogni caso il gruppo era una occasione ulteriore ed una esperienza da aggiungere al proprio percorso terapeutico;
- a tutti sarebbe stata richiesta verso gli altri quella riservatezza che avrebbe desiderato ricevere.

Inoltre aggiungevo elementi fondamentali di conoscenza e di realtà:

- avremmo utilizzato uno specifico metodo di lavoro, chiamato psicodramma, che rispetto ad altre terapie, è caratterizzato non soltanto dal parlare o dal raccontare, ma anche dal fare delle esperienze insieme nel gruppo, agendo e muovendosi; per questo avremmo lavorato su un tappeto senza scarpe;
- fornivo in modo preciso giorno, ora e durata del percorso, chiedendo ad ognuno di valutare la compatibilità di tale impegno con la propria organizzazione quotidiana, sottolineando l'importanza di non mancare prima di tutto per se stessi, ma anche rispetto alla presenza di altre persone;
- anticipavo la presenza nel gruppo di un lo ausiliario, ovvero di una persona che faceva parte del gruppo non per una motivazione personale, ma professionale, in quanto psicologa in formazione: avrebbe preso parte al lavoro a tutti gli

effetti, mettendosi in gioco come ogni altro partecipante e nello stesso tempo al servizio del gruppo.

In caso di riscontro reciproco positivo, il colloquio si poteva concludere con l'accordo di iniziare a lavorare insieme.

Delle 8 persone con cui si è svolto il colloquio due sono state escluse dall'inserimento nel gruppo: in un caso è emerso che la candidata aveva un rapporto di conoscenza ed amicizia con una persona già inserita nel gruppo; in un altro caso la paziente non mostrava una motivazione reale al passaggio dalla presa in carico individuale a quella di gruppo, in un assetto generale depressivo che appariva piuttosto strutturato. La mancanza di investimento di questa persona sul gruppo e forse in generale sulla possibilità di prospettive future migliori, mi è apparsa in quel momento troppo faticosa da reggere per un gruppo ed un progetto che dovevano ancora iniziare e costruirsi: a mio avviso poteva risultare più opportuno un inserimento in un gruppo già avviato e di tipo continuativo.

Mi sembra importante riportare che, una volta iniziati i colloqui, man mano che i componenti del gruppo diventavano persone concrete che avevo conosciuto, visto ed ascoltato, con le quali avevo fatto un contratto e soprattutto avevo iniziato ad instaurare un rapporto, diventava assolutamente predominante la preoccupazione, nei colloqui successivi, di scegliere persone che potessero in qualche modo "stare bene insieme", "piacersi", sulla base di una impressione piuttosto immediata e globale che credo abbia a che fare anche con il *tele* moreniano. In molti approcci terapeutici si ritrova trasversalmente l'indicazione che per decidere la presa in carico di un paziente il terapeuta deve sentire se "ha voglia di lavorare con quella persona". Probabilmente per il gruppo si tratta non solo di percepire il *tele* tra terapeuta e paziente, ma anche di immaginare il possibile *tele* con gli altri membri del gruppo, o almeno, come sostiene Corbella (2003), con il *Genius Loci* del gruppo.

Il gruppo nel percorso

Il gruppo è risultato così complessivamente composto da 7 persone: 6 pazienti più l'io ausiliario, tutte donne, di età compresa all'incirca tra i 25 ed i 40 anni.

Si trattava sia di persone che erano già state seguite abbastanza a lungo individualmente che di persone che avevano invece avuto una presa in carico più breve, anche solo di consulenza iniziale. Il gruppo diventava così per alcune una esperienza per iniziare una psicoterapia, mentre per altre per avvicinarsi a concluderla.

Il percorso è stato inizialmente avviato con le prime 4 persone scelte dopo il colloquio preliminare più l'io ausiliario, mentre nel frattempo si svolgevano gli altri colloqui. Al secondo incontro è avvenuto immediatamente un ulteriore inserimento. Un successivo inserimento è avvenuto al quinto incontro, con il quale si è raggiunta la composizione definitiva ed il gruppo è stato chiuso.

Il contratto iniziale sulla partecipazione al percorso è stato mantenuto da tutte le partecipanti tranne una, l'ultima inserita, che ha interrotto la frequenza al gruppo 3 incontri prima del termine. Per le altre pazienti, le assenze che si sono verificate, variabili per numero e motivazione da persona a persona, non hanno compromesso la partecipazione al percorso nell'insieme.

Alcuni imprevisti

Mi sembra interessante riportare alcuni aspetti della vita e della gestione del gruppo che si sono manifestati in itinere che non erano prevedibili o non erano stati approfonditi in fase di progettazione iniziale.

Ci sono stati alcuni riscontri rispetto all'orario ed alla durata prevista per le sessioni, nonché rispetto al calendario. Le sessioni erano state fissate dalle 17.00 alle 19.00, ipotizzando di trovare un compromesso tra generici orari di lavoro, impegni familiari delle persone e contesto ospedaliero. Alcuni ritardi hanno fatto poi pensare che posticipare l'inizio semplicemente di mezz'ora forse avrebbe permesso alle persone di arrivare più agevolmente. Inoltre le 2 ore di sessione si sono rivelate talvolta un po' scarse, valutazione confermata da Boria (comunicazione personale) che stabilisce una durata di 2 ore e 15 minuti per le sue sessioni di psicodramma. Infine, l'arrivo della bella stagione e del caldo ha reso

le ultime due sessioni della prima metà di luglio un po' più faticose per il clima atmosferico e psicologico: forse sarebbe stato meglio, potendo scegliere, terminare prima.

Altri imprevisti hanno invece riguardato alcune pratiche relative al Servizio, quali la compilazione del modulo di richiesta di prestazione per il pagamento del ticket, piuttosto che del nuovo modello di modulo relativo al consenso per il trattamento dei dati personali, che sono state gestite volta per volta a ridosso della sessione stessa.

Infine la richiesta, partita da alcuni componenti del gruppo, sempre all'inizio o al termine della sessione, se fosse lecito incontrarsi in altri momenti diversi dalle sessioni, nonché l'invito esteso anche a me a partecipare a questi ritrovi.

Fasolo (2000) sottolinea come porre la cosiddetta regola dell'astinenza sia in realtà poco congruente con il fatto di avere un approccio interpersonale alla realtà umana. In ambito analitico, quello che si richiede è di riportare ciò che accade fuori dal gruppo all'interno del gruppo in modo che il materiale relazionale non sia disperso o sprecato in un altro contesto. Se da un lato questa richiesta non è abituale in psicodramma, dall'altro mi è sembrato già positivo e segno di un funzionamento costruttivo e "sano" del gruppo che i ritrovi fossero annunciati esplicitamente ed estesi al gruppo nell'insieme. Dal mio canto, mi sono giustificata nel rifiutare l'invito con l'importanza per me di mantenere un unico ruolo, quello di conduttrice del gruppo.

I risultati del questionario

Il Questionario sul Clima di Gruppo precedentemente presentato contiene 3 sottoscale:

- la sottoscala COINVOLGIMENTO, indicatore di coesione del gruppo, di un clima positivo di lavoro paragonabile all'alleanza terapeutica in psicoterapia individuale
- la sottoscala CONFLITTO, indicatore di conflitto interpersonale, di un'atmosfera caratterizzata da rabbia, diffidenza o tensione
- la sottoscala EVITAMENTO, indicatore di riluttanza ad affrontare i problemi nel corso del lavoro psicoterapeutico

Di queste sottoscale, la validazione italiana ha rilevato la validità ed attendibilità soltanto delle prime due, mentre la terza risulta la più fragile dal punto di vista psicometrico.

Sono stati raccolti soltanto 5 questionari su 6, dal momento che una paziente, come riferito, ha interrotto il percorso prima del previsto.

La media dei punteggi assegnati in risposta agli item di ciascuna sottoscala è risultata la seguente:

COINVOLGIMENTO: punteggio medio complessivo 5,36. Le partecipanti al gruppo hanno riconosciuto la presenza di un clima di lavoro positivo e di coesione in una misura compresa tra *molto* ed *estremamente*.

CONFLITTO: punteggio medio complessivo 0,8. Le partecipanti al gruppo hanno indicato che *per niente* o *molto poco* l'atmosfera è stata caratterizzata da conflitto.

EVITAMENTO: punteggio medio complessivo 3,03

Per le partecipanti c'è stata *moderatamente* riluttanza ad affrontare il lavoro terapeutico.

Capitolo 3 IL PERCORSO DEL GRUPPO

Lo psicodramma, come già accennato nel primo capitolo, ha assunto sempre più la forma di una terapia di gruppo oltre che in gruppo (Boria, 2005; De Leonardis, 1994). Moreno aveva riconosciuto e definito il gruppo come il locus, il medium e l'agente per lo sviluppo nelle persone della spontaneità, condizione essenziale per una dimensione creativa della vita, ovvero per la piena realizzazione della natura umana. In tale concezione, l'evoluzione del singolo individuo diventa dunque strettamente dipendente dal contesto gruppale e, al fine di sostenere i processi terapeutici individuali, diventa necessario comprendere e prendersi cura di ciò che accade al gruppo nel suo insieme.

Avendo condotto una esperienza di gruppo a termine, secondo

quanto descritto nel capitolo precedente, è risultato per me spontaneo guardare al gruppo proprio nella sua dimensione temporale, ipotizzandone una evoluzione lungo un percorso. Secondo molti autori, infatti, i gruppi attraversano delle fasi, intese come periodi di tempo contraddistinti da un significato, che possono susseguirsi, alternarsi, ricorrere, etc. MacKenzie (1996), che fa riferimento a gruppi ad approccio analitico, sostiene che "i gruppi a tempo limitato dedicano gran parte del tempo a formarsi e a separarsi".

Generalmente si concorda che per i gruppi a termine esista:

- una fase iniziale di formazione del gruppo
- una fase di lavoro effettivo del gruppo
- una fase di chiusura

Vorrei sovrapporre questa traccia al lavoro svolto con il gruppo al "S. Paolo", per riferire alcune osservazioni e riflessioni ed evidenziare come la metodologia psicodrammatica si specifichi in ciascuna fase.

3.1 La formazione del gruppo

Con il primo incontro, la prima sessione, il gruppo che era stato progettato, nominato, immaginato, che era quindi già nato come realtà psichica per il conduttore e per i partecipanti, si trasforma in una realtà anche esterna, si materializza in un insieme di persone riunite in un particolare luogo. L'insieme delle persone non è ancora di per sé un gruppo in senso psicodrammatico, ma si avvia a diventarlo: per questo si parla di una fase di formazione del gruppo.

Pontalti (2000) sostiene l'importanza di curare questa fase iniziale di costituzione del gruppo altrettanto e forse più di quella della selezione dei pazienti, per prevenire gli abbandoni e garantire una buona prosecuzione del gruppo.

L'atmosfera che ho potuto cogliere nei primi istanti della prima sessione è stata quella dell'attesa e della curiosità verso l'altro e verso quello che andava ad accadere. Le persone tendevano ad avviare, ognuna a suo modo e secondo le abitudini consuete, una conoscenza reciproca attraverso sguardi, domande, dialoghi. Sappiamo che compito del direttore è, fin dall'inizio, quello di incanalare quanto inizia a muoversi nel gruppo, connotando la sua presenza come attiva e direttiva. Mi sembra che in questa fase si tratti, dunque, di iniziare ad "accudire" le relazioni nascenti, tenendo una attenzione continuamente fluttuante tra singolo e gruppo nell'insieme.

Da un lato il direttore cura *il modo* in cui avvengono le relazioni: lavora per costruire l'intersoggettività, introducendo i principi di circolarità e di simmetria, la regola della verità soggettiva e della sospensione della risposta. In questo modo, la fase della formazione del gruppo è anche una fase di istruzione e di apprendimento ad una nuova modalità di lavoro. Dall'altro cura *la finalità* delle relazioni, favorendo e facilitando la conoscenza reciproca, necessaria ad avviare ulteriori processi: nel momento in cui le persone diventano meno estranee tra loro, si possono sentire più sicure e mettersi in gioco ulteriormente. Come direttore mi ripenso dunque somigliante ad un padrone di casa, occupato a mettere a proprio agio gli invitati, badando sia a ciascuno singolarmente che al clima d'insieme, e a dare le informazioni su come ci si può comportare.

In psicodramma, quando un gruppo è all'inizio e le persone si devono conoscere, il direttore propone intenzionalmente attività finalizzate a che ognuno si presenti agli altri; alcune modalità e tecniche risultano così adatte a questo scopo da essere diventate "attività tipiche": l'intervista a coppie e la presentazione del compagno, la presentazione in inversione di ruolo, etc. Secondo i principi della metodologia psicodrammatica, le attività devono da un lato essere ben strutturate, dall'altro devono introdurre un elemento di novità e di imprevisto capace di rompere schemi precostituiti. Sia la strutturazione che l'imprevisto assumono in queste circostanze uno specifico valore ed utilità poiché intervengono, in misura diversa ed a seconda delle persone, a facilitare il superamento dell'ansia iniziale, del timore di aprirsi, del non saper cosa dire o a contenere derive fuori luogo.

Mi sembra particolarmente appropriato alle finalità di questa fase prestare attenzione ad una certa gradualità nelle proposte: una

richiesta non corrispondente a quanto le persone sono pronte/disponibili a fare, rischia in questo momento di compromettere del tutto la possibilità di affidarsi a questa esperienza. Bisogna a mio avviso tener conto non solo del fatto che le persone non si conoscono ancora tra loro, ma che anche per il direttore possono essere ancora abbastanza sconosciute. Direi che lo psicodramma è talmente ricco e potenzialmente coinvolgente che ne basta poco per volta: si può introdurre un nuovo aspetto metodologico per ogni attività (la realtà, la semirealtà, i doppi, gli specchi, le inversioni di ruolo) per offrire ogni volta alle persone una esperienza nuova, un modo nuovo per farsi conoscere e conoscersi.

Seguendo anche questo criterio di gradualità, ho dunque condotto i primi tre incontri interamente come tempo del gruppo, con attività prevalentemente finalizzate alla presentazione e conoscenza reciproca. Queste attività potrebbero somigliare a dei riti di fondazione del gruppo, così come esistono in psicodramma dei riti per l'accoglimento di un nuovo compagno. A questo proposito, nello specifico del percorso, i nuovi inserimenti sono avvenuti tutti esclusivamente nell'arco dei primi incontri, diventando anch'essi parte della fase di costituzione del gruppo ed ulteriore occasione per far circolare conoscenza reciproca. Soltanto al quarto incontro ho proposto il lavoro con il protagonista: come riportato in letteratura, è necessario creare un minimo di gruppo perché il singolo accetti di esporsi e perché possano funzionare al meglio quelle correnti teliche che rendono il lavoro di una persona, in realtà, una opportunità di lavoro per tutti, ausiliari ed uditorio.

Concludendo, il processo di formazione del gruppo mi sembra essere il passaggio dall'ignoto iniziale alla conoscenza, alla possibilità di fidarsi, all'affidarsi e al sentirsi parte, al senso di appartenenza a quel gruppo. Mi sono sembrati particolarmente importanti quei momenti in cui le persone hanno scoperto che condividevano qualcosa, che avevano qualcosa in comune (Corbella, 2003, descrive la fase dell'*anch'io*). I gruppoanalisti lo definiscono anche come passaggio dall'alleanza con il terapeuta alla coesione del gruppo. Dalla mia esperienza le singole persone sono diventate parte ed hanno "fatto" il gruppo nel momento in cui, indipendentemente dall'attività che si stava svolgendo, hanno detto ed affidato agli altri qualcosa di autentico riguardo al loro essere lì, un'autenticità che non saprei definire in altro modo, ma che è stata sempre immediatamente riconosciuta dai compagni. La formazione del gruppo non giunge ad un compimento netto ad un dato istante, ma si trasforma in un processo di costante e progressiva crescita del gruppo stesso.

3.2 Il lavoro del gruppo

Poco a poco, dunque, il gruppo si forma: si sa chi c'è, si sa che cos'è, anche se non si sa mai bene che cosa si farà, e ciascuno ha più o meno deciso di continuare ad esserci. Un segnale della avvenuta costituzione del gruppo mi sembra il fatto che le assenze vengano annunciate e rilevate: anche contare il numero delle assenze diventa un segno di appartenenza, la mancanza di una persona cambia la percezione del gruppo, inizia a svilupparsi interesse intorno alle vicende di ciascuno.

Il processo avviato nella fase precedente si trasforma in un processo di arricchimento, sessione dopo sessione, di quelli che Moreno definisce il co-conscio e il co-inconscio del gruppo da un lato e la matrice di gruppo, dall'altro: come precisa De Leonardis (1994), nel primo caso Moreno fa riferimento soprattutto ai contenuti che vengono espressi e che diventano patrimonio conscio ed inconscio di tutti, nel secondo caso indica la rete di relazioni che si sviluppa tra le persone ed intorno a quei contenuti. La trama (co-conscio e co-inconscio) e l'ordito (matrice) del tessuto-gruppo.

Il gruppo approda o sfocia dunque nella fase che viene definita di consolidamento e di lavoro effettivo del gruppo, in cui ci si può dedicare al compito che il gruppo si è dato. In che cosa consiste il lavoro del gruppo, attraverso il quale il gruppo stesso si arricchisce e cresce? Compito del gruppo era prendersi cura delle problematiche relazionali di ciascuno, che equivale a dire, in una concezione interpersonale dell'uomo, prendersi cura di ciascuno.

Ha inizio dunque l'esplorazione del mondo psichico di ogni

componente del gruppo, del versante interiore delle esperienze di vita e di relazione di ognuno, degli affetti, dei vissuti, delle immagini di sé e degli altri significativi, legati a presente, passato e futuro. E con l'esplorazione ha inizio anche l'elaborazione. Possiamo dire che tutte le attività dello psicodramma hanno questa finalità, è ciò in cui consiste lo psicodramma stesso, in una gamma di possibili modi che vanno dall'aggiornamento durante la cosiddetta "situazione di ognuno" al lavoro in semirealtà con il protagonista, per citare soltanto due momenti in cui ciò accade in modo particolarmente esplicito.

Ognuno può iniziare ad "usare" il gruppo per i propri bisogni e ognuno inizia a diventare agente terapeutico per l'altro. Il gruppo, come sappiamo può "essere usato, essere utile" come mondo ausiliario, un mondo di altri capaci di fare da doppio e da specchio. Pur essendo in genere doppio e specchio due processi sottilmente collegati e sempre presenti in ogni attività di gruppo, vorrei soffermarmi sul fatto che, nell'arco del percorso, il gruppo può svolgere queste due funzioni, di doppio e di specchio, in misura diversa. Inizialmente mi sembra più importante che il gruppo funzioni prevalentemente da doppio, e che le persone possano fare esperienza in primo luogo dell'essere capiti dagli altri, del fatto che gli altri possano riuscire a tradurre, anzi a volte ad esprimere ancor meglio che loro stessi, quello che stanno dicendo o vivendo; successivamente diventa più naturale offrire da un lato, ed accogliere ed accettare dall'altro, gli specchi, i rimandi. In questo modo il gruppo-mondo ausiliario si troverebbe così a ripercorrere lo stesso ordine con cui queste funzioni si manifestano evolutivamente nella relazione tra mamma e bambino (Dotti, 2002). L'esperienza dello specchio è fondamentale per le persone e per il loro senso di identità, e lo si può cogliere dall'interesse e dalla tensione con cui ciascuno si predispone ad accogliere il responso degli altri. Tanto fondamentale quanto delicata: mi ha colpito in particolare una persona del gruppo che spesso faceva specchi che risultavano piacevoli, nel senso che le persone non vi si riconoscevano, e che erano molto spesso "proiettivi"; ho pensato che in qualche modo, gli specchi posso essere fatti "con amore" o meno, a seconda che la persona che dà lo specchio sia in grado di tenere realmente conto e in considerazione l'altro, come una mamma sufficientemente buona. In alcuni momenti gli specchi hanno luogo più implicitamente (da un alter ego, dalla partecipazione), in altre attività sono dati in modo più esplicito. Anche il direttore può in qualche occasione dare piccoli specchi, a sostegno del lavoro dei singoli ed anche di tutto il gruppo. Ritengo che la possibilità di offrire numerosi specchi sia una delle caratteristiche terapeutiche più rilevanti del setting di gruppo. Nel procedere di questa fase di lavoro del gruppo lo scambio tra doppi e specchi diventa sempre più continuo. E riflette il continuo movimento del gruppo tra momenti fusionali (doppio) e momenti individuativi (specchio).

Per perseguire il compito del gruppo, mi sembra importante che nella fase di lavoro prevalgano inizialmente momenti dedicati alla storia di ciascuno esterna al gruppo: il gruppo diventa tanto più ricco quanto più i componenti del gruppo offrono coraggiosamente i loro apporti. Il momento per eccellenza dedicato al mondo interno dei singoli è il tempo del protagonista: per questo, mi sembra importante che, trattandosi di un gruppo a termine, ciascuno abbia almeno una occasione per diventare protagonista. E' anche questo un rito, che le persone del gruppo riconoscono come un "oggi tocca a te". Mi sono posta forse inutilmente un problema rispetto a quali contenuti esplorare: in un percorso a termine quali temi potevano essere aperti, quanto si poteva risvegliare del passato? Probabilmente l'interrogativo nasceva da una preoccupazione più generale: sarà una esperienza utile, servirà a qualcosa, avrò fatto abbastanza? Il timore di non avere abbastanza tempo ha rischiato di indurmi una eccessiva cautela che poteva non farmi utilizzare il gruppo fino in fondo. Ciò che invece probabilmente è stato importante è che le occasioni in cui ognuno, a turno, è diventato protagonista abbiano segnato una fase di intimità e di confidenza, e la continua riscoperta che l'evento che riguarda una persona risuona in ognuno, e che attraverso queste risonanze si stabiliscono nuove connessioni di senso. Ciò che ho osservato è che il gruppo diventa capace di sostenere, di incoraggiare, a volte anche

schierandosi su alcune posizioni che forse il protagonista non condivide, ma attraverso le quali il gruppo manifesta il suo interessamento al benessere della persona.

In parallelo a questo lavoro sulle vicende di ciascuno, mi sembrava importante ritornare ad un certo punto al qui ed ora del gruppo, per soffermarsi sia sulle relazioni che si stavano venendo a creare sia sul percorso che ciascuno stava facendo insieme agli altri. La letteratura sui gruppi a termine contiene l'indicazione di lavorare sul tempo anche nel senso di evidenziare il momento in cui ci si trova a metà percorso, per consentire alle persone di fare un primo bilancio. In psicodramma esiste inoltre l'indicazione di introdurre nella vita del gruppo delle attività di tipo sociometrico, che consentano di fare una fotografia sulle relazioni tra i membri del gruppo, su come e dove sta andando il gruppo e ciascuno al suo interno. Ho quindi proposto, poco dopo la metà degli incontri, attività che consentissero a ciascuno di esprimere come si stava sentendo dentro al gruppo e nel percorso, di collocarsi sociometricamente rispetto agli altri e di esprimere un obiettivo per il lavoro rimanente. In questo modo mi è anche sembrato che le persone potessero diventare più consapevoli e più responsabili rispetto a come stavano utilizzando l'esperienza che gli era stata proposta. L'obiettivo era di ricollocare l'esperienza di gruppo nella sua giusta prospettiva rispetto alle singole esistenze delle persone, salvaguardando il fatto che il gruppo non diventasse un rifugio dal mondo esterno. Come sostiene De Leonardis, la sociometria garantisce verità ed autenticità a quello che si sta facendo.

Sessione dopo sessione il gruppo arriva così ad avere anche una storia (Corbella, 2003), fatta da un insieme di episodi, alcuni memorabili per tutti, altri più per ciascuno, che lo caratterizza come esperienza unica ed irripetibile; in questa vicenda si è costruito un sapere, una cultura di gruppo, che non è una verità, ma più probabilmente un complesso di verità, un patrimonio di esperienze e di moltiplicazione di punti di vista.

Nell'arco di questa fase il gruppo diventa sempre più autonomo dal direttore, che non smette di essere attivo e direttivo, ma che può stare sempre più sullo sfondo. I componenti del gruppo hanno assunto ognuno il proprio specifico valore per il gruppo, le differenze individuali sono riconosciute ed apprezzate, la cura della intersoggettività, che non è mai cessata, ha fatto sentire più vicina la possibilità di un incontro in senso moreniano.

Mi è sembrata appropriata a questa fase l'immagine del *grooming*, utilizzata da Fasolo (2000) "dei pazienti che in gruppo possano *spulciarsi* tra loro, in un'atmosfera ludica, rilassata, curiosa e perfino pettegola..."

3.3 La conclusione

Sapendo che l'esperienza andrà a finire, ad un certo punto diventa naturale occuparsi di questa fine. Pur essendo il termine conosciuto fin dall'inizio, il suo approssimarsi si annuncia nei discorsi, nell'organizzazione di occasioni per vedersi fuori dal gruppo, nelle conferme reciproche sulla presenza all'ultima sessione ("ci saremo tutte?"). Nel nostro caso specifico, il sopraggiungere anche dell'estate e del caldo alimentava la voglia di arrivare alla fine, bilanciando forse il timore della separazione espresso dai segnali precedentemente elencati.

A mio avviso il desiderio tra le persone di continuare a potersi a vedere anche fuori dal gruppo non è di per sé negativo, soprattutto quando il gruppo ha effettivamente consentito a persone che vivevano una condizione di isolamento e di solitudine, di incontrarsi e di trovarsi bene. Ciò che mi sembra importante è che le persone non sostituiscano questi rapporti e la loro prosecuzione alla scelta, una volta terminato il gruppo, di portare avanti o meno il loro percorso personale terapeutico. Nel nostro caso mi è sembrato che questo rischio sia stato evitato, dal momento che ogni persona avrebbe in ogni caso incontrato il proprio referente individuale per fare il punto sulla propria presa in carico.

Occuparsi della fine è significato a mio avviso mantenere la consapevolezza sull'avvicinarsi di questo termine, consentire alle persone di fare un bilancio finale dell'esperienza che avevano fatto, dare il tempo necessario alle persone per salutarsi tra loro e per congedarsi dall'esperienza ed infine aprire un immaginario sul

futuro. Credo che si possa considerare a tutti gli effetti un processo di elaborazione di una separazione.

Anche in questo caso il conduttore può proporre delle attività appositamente finalizzate a questa elaborazione. Nel caso specifico, ho trovato utile attività come il "consulto" e "la proiezione nel futuro", adattate alle circostanze specifiche di quel gruppo. Ritengo che anche queste siano stati in qualche modo delle attività/rituali. Le persone hanno così potuto esprimere la loro valutazione su di sé alla luce di quanto sperimentato e ricevere la valutazione dei compagni, formulare nuovi desideri e progetti per il futuro, con un bagaglio nuovo con il quale affrontare il mondo esterno. Come sottolineato da molti autori, il vissuto di perdita o di interruzione alla conclusione del gruppo può essere positivamente trasformato in un "avercela fatta", essere arrivati fino in fondo ad una esperienza importante e di valore, che lascia dei doni da custodire preziosamente anche quando il gruppo non ci sarà.

Non avevo pensato ad un modo con cui congedarmi dalle persone in veste di conduttore: mi sono ritrovata a salutare ciascuno al termine dell'ultima sessione con un grande affetto che sentivo ricambiato ed anche con molto orgoglio per il lavoro fatto insieme.

Capitolo 4 **IL PERCORSO DEL GRUPPO**

4.1 I processi terapeutici: specifici o aspecifici?

Dopo aver provato a descrivere il cammino che compie il gruppo nell'arco delle sessioni del percorso a termine, vorrei provare a considerare quale sia il percorso che, all'interno del gruppo, può compiere ogni singola persona. Tenendo presente che ogni persona è diversa dall'altra, e che quindi ognuna ha compiuto un cammino differente, il mio obiettivo è provare a fare un elenco di quelli che, alla luce dell'esperienza svolta, mi sembrano essere i processi terapeutici che lo psicodramma può attivare. Non si tratta quindi, in questo caso, di ricostruire un percorso che deve svolgersi necessariamente passo dopo passo, ma piuttosto di individuare delle possibilità a cui ogni singolo può accedere, a seconda delle proprie caratteristiche, dei propri tempi e della propria storia precedente.

Per processo terapeutico intendo ciò che succede alle persone, soprattutto in termini di vissuti e di eventi/esperienze psichiche, in virtù di ciò che accade durante la sessione, e che contribuisce al raggiungimento di quelle finalità della psicoterapia descritte nel primo capitolo. In altre parole i processi terapeutici sono quelli che intendiamo attivare con il nostro intervento professionale, quello per cui le persone si affidano a noi piuttosto che al semplice trascorrere del tempo o ad altro.

Nel suo più recente testo Boria (2005) individua e definisce quali meccanismi di cambiamento specificatamente innescati con lo psicodramma:

- *l'espressività*
- *la rottura del copione*
- *l'intreccio di io attore ed io osservatore*
- *la ristrutturazione del teatro interno individuale*

In queste aree mi sembrano poter essere effettivamente riassunti gran parte dei processi osservati e riferiti dalle persone durante l'esperienza che ho condotto e che cercherò di seguito di articolare, in confronto anche a quelli di altri modelli psicoterapeutici.

La letteratura sulla psicoterapia, infatti, evidenzia come spesso vi siano molte somiglianze riguardo ai processi che ogni approccio, attraverso la propria metodologia, intende attivare, e che vi siano addirittura dei processi terapeutici aspecifici comuni a tutti: proprio per effetto di questi ultimi si giustificerebbe la sostanziale eguaglianza di efficacia delle diverse psicoterapie. Ci si potrebbe dunque chiedere se lo psicodramma promuove dei processi specifici o se invece attiva, con una modalità specifica, processi che altri approcci attivano in altro modo. In questo lavoro vorrei quindi definire i processi più che il modo utilizzato per ottenerli, facendo ricorso ad un linguaggio non necessariamente psicodrammatico, con la finalità di rendere confrontabile lo psicodramma con altre

psicoterapie.

4.2 Processi legati alla presa in carico

Si ritiene che vi siano alcuni processi che si innescano nelle persone dal momento in cui concepiscono di ricorrere ad una psicoterapia fino ai primi colloqui di consultazione, e che sono ritenuti aspecifici in quanto potenzialmente comuni a tutte le prese in carico, sia per psicoterapie individuali che di gruppo. Su tali processi si innesta la costruzione dell'*alleanza terapeutica*, da molti ritenuta un fattore fondamentale per il buon esito della psicoterapia. Ritengo importante considerare la presenza di questi movimenti anche durante una presa in carico con un approccio psicodrammatico in cui, pur lavorando in un setting di psicoterapia di gruppo, si costruisce sempre anche un contratto terapeutico individuale. Esempi di processi legati alla presa in carico con valore terapeutico:

- riconoscere l'esistenza di un bisogno, o di uno stato di bisogno, più o meno chiaramente definito, di tipo psicologico
- legittimarsi a chiedere e ricevere un aiuto di tipo psicologico
- affidarsi a qualcuno
- esprimere il proprio stato emotivo
- sentirsi accolti ed ascoltati rispetto alla propria richiesta di aiuto
- attivare una speranza, delle aspettative positive di cambiamento, un investimento sul futuro

Questi processi appaiono quasi dei prerequisiti per lo svolgimento di una psicoterapia, ma nel momento in cui hanno luogo sono già capaci di per sé di alleviare la sofferenza, di rappresentare un cambiamento, di promuovere il benessere. Ne ho avuto riscontro sia durante i colloqui preliminari che nel resto del percorso di gruppo: si tratta infatti di processi che possono continuare a confermarsi ulteriormente nel successivo proseguimento della psicoterapia.

4.3 Processi legati all'esperienza relazionale del gruppo

Considerando quanto accaduto durante il percorso, ritengo che una componente terapeutica rilevante per le persone sia stata costituita dalla specifica esperienza relazionale offerta dal gruppo, che generalmente in psicodramma si definisce come l'esperienza di realtà del qui ed ora del gruppo. I processi terapeutici legati all'esperienza di gruppo appaiono per molti aspetti in continuità con quelli prima elencati, e consentono di:

- uscire dall'isolamento, dal ripiegamento su di sé, dal senso di solitudine che il disagio può aver prodotto
- scoprire di "non essere i soli" ad avere sofferenza
- scoprire di avere in comune con altri non solo le difficoltà, ma anche tutta la possibile gamma di esperienze ed affetti umani e quindi di poter condividere
- potersi esprimere davanti agli altri, come azione importante di per sé indipendentemente dal contenuto espresso, ma ancor più rilevante se si esprimono vissuti emotivi, la propria intima verità soggettiva
- fare esperienza di un contesto relazionale diverso da quello abituale, connotato da ascolto, accoglienza e rispetto della verità soggettiva
- provare/riuscire a comunicare con gli altri, cioè ad instaurare una relazione reciproca attraverso diversi canali (verbali e non verbali)
- sentire di essere di aiuto agli altri, di avere una ricchezza da dare al gruppo, di essere una parte attiva della sua realizzazione;
- confrontarsi con la diversità, la molteplicità, la complessità
- trovare o ritrovare se stessi attraverso gli altri, attraverso un gioco di confronto tra somiglianze e differenze, di movimenti tra la fusionalità e l'individuazione
- venire a conoscenza di come si viene visti o percepiti dagli altri e poter confrontare questa immagine con l'idea di sé
- imparare a tener conto degli altri, che sono risorsa ed anche limite, realtà indipendente dal desiderio e dal controllo, e a relazionarsi a seconda del modo di ciascuno
- diminuire le distorsioni transferali nelle proprie relazioni con gli altri

Questi processi possono aver luogo in psicodramma come in altre psicoterapie di gruppo. La specificità dello psicodramma rispetto alle relazioni tra i membri del gruppo è quella di promuovere e lavorare in un contesto di intersoggettività piuttosto che di interdipendenza.

4.4 Processi rivolti ai contenuti intrapsichici

Altri processi con valore terapeutico si sono verificati a livello dei contenuti del mondo interno di ciascuno, terreno elettivo di molte psicoterapie, anche se ogni approccio considera alcuni contenuti piuttosto che altri, ad esempio le terapie di matrice psicoanalitica "il profondo, l'inconscio", quelle di stampo cognitivista "le convinzioni erranee" etc. Lo psicodramma teoricamente considera qualsiasi contenuto che il paziente riferisce, ma si occupa soprattutto delle componenti emotive ed affettive delle rappresentazioni interne di sé e delle proprie relazioni.

I processi che vengono promossi rispetto a questi contenuti sono:

- far emergere ed esprimere il mondo interno di ciascuno, inteso come verità soggettiva indiscutibile
- dare forma, definire, discriminare ciò che emerge dal mondo interno, riconoscere i vissuti, le emozioni, le ambiguità, le ambivalenze, i conflitti
- esplorare quanto emerso in un modo diverso da quello abituale, in modo da arricchirlo di nuovi contributi, sviluppi, punti di vista alternativi
- elaborare ed integrare il risultato dell'esplorazione in nuovi significati, nuovi insight, trasformazioni e cambiamenti di contenuto
- riprodurre e rivivere esperienze passate interiorizzate (in situazione di semirealtà) e se necessario modificarle attraverso esperienze nuove e "riparatrici" (in situazione di plusrealtà)
- sperimentare situazioni nuove, mai vissute, desiderate, temute, immaginate
- ricostruire una immagine di sé e degli altri significativi della propria esistenza

Ciò che caratterizza lo psicodramma è che l'espressione e la rielaborazione del contenuto interno non avviene attraverso il racconto o la riflessione, ma attraverso l'azione, che consente il trasferimento del mondo interno all'esterno, attualizza e concretizza quanto viene espresso conferendogli caratteristiche proprie di una esperienza vissuta.

4.5 Processi rivolti alle funzioni psichiche

Al di là dei contenuti, lo psicodramma come psicoterapia promuove dei processi psichici importanti relativamente alle modalità di funzionamento di ciascuno, quali:

- attivare simultaneamente corpo, mente, emozione, consentendo l'integrazione tra queste componenti e la riappropriazione di una dimensione globale ed unitaria di sé
- consentire l'abbandono delle difese, del controllo, di schemi precostituiti di comportamento e di ruoli cristallizzati
- liberare tensioni emotive interne (catarsi abreativa) e trasformarle in un agire significativo (catarsi di integrazione)
- mettere in relazione ciò che si fa con ciò che si sente e ciò che si pensa, in quello che viene definito l'intreccio tra lo attore ed lo osservatore

- sperimentare un modo di essere spontaneo e creativo in senso moreniano, ossia la capacità di far fronte a situazioni nuove ed impreviste, di trovare nuove risposte, affidandosi alle proprie risorse per raggiungere un adattamento soddisfacente
- vivere situazioni di tipo fusionale ed individuativo
- accrescere il senso del proprio valore e della propria capacità, attraverso l'esperienza di essere protagonista
- assumere e giocare ruoli diversi dagli abituali, esplorare nuovi aspetti del sé, da poter esportare anche in altri contesti
- allargare ed accrescere la consapevolezza di sé

In questo versante la terapia non si indirizza in modo diretto al "problema", al contenuto, ma guarda alla persona nella sua globalità e nel suo modo di essere generale.

4.6 Intreccio di processi e percorso a termine

Provare ad elencare e classificare i processi, se da un lato

risponde ad un bisogno di raggiungere una maggiore chiarezza conoscitiva, dall'altro produce un risultato di valore relativo e sicuramente semplifica qualcosa di estremamente più ricco e complesso.

Anche considerando valide queste definizioni, ciò che in realtà accade in psicodramma è un intreccio molto stretto di questi processi che diventa l'effettiva forza terapeutica di questo metodo.

L'esplorazione e la revisione di sé, che possono rappresentare dei macroobiettivi della terapia, hanno luogo sia attraverso la rivisitazione del proprio mondo interno, sia attraverso l'incontro ed il confronto con i compagni di gruppo, sia attraverso una diversa attivazione delle proprie funzioni. Così come vi contribuisce l'esperienza di prendere parte ad un percorso capace di dare un nuovo valore alla persona. Passato, presente e futuro si collegano continuamente, così come mondo esterno al gruppo, mondo interno di ciascuno e mondo intersoggettivo del gruppo.

Nel percorso che è stata condotto mi sembra di aver pienamente riscontrato questo lavoro a più dimensioni, su più livelli difficilmente districabili. Ritengo importante tuttavia riferire l'impressione che, nel complesso del percorso a termine, l'esperienza relazionale del gruppo abbia rappresentato il contributo terapeutico più significativo.

A testimonianza di queste impressioni riporto le risposte raccolte nel questionario alla domanda aperta in cui si richiedeva di "descrivere brevemente l'evento che è stato più importante per lei durante il percorso".

"La cosa che ricordo con più piacere è quando mi sono nascosta dietro il materasso e i membri parlavano di me come se non ci fossi, è stato sorprendente ricevere l'immagine che do di me stessa e mi ha aiutata a capirmi di più e ad accettarmi"

"Un giorno dovevamo mettere per iscritto un messaggio da consegnare ad una persona della nostra vita e poi dovevamo parlare di questo messaggio con una componente del gruppo. La mia compagna aveva scritto un messaggio diretto al padre e per coincidenza anch'io ne avevo scritto uno diretto al mio. Quello che mi ricordo è che lei ha detto che dal mio messaggio si capiva che comunque, nonostante la scarsa comunicazione, tra me e mio padre in realtà, tra di noi c'era un rapporto di fiducia e stima"

"Tutte le esperienze portate dai membri del gruppo sono state ugualmente importanti ed hanno fatto da specchio al mio vissuto"

"E' stato importante l'esercizio della fotografia. Si è trattato di ricordare una foto, di mettere in scena con l'aiuto delle compagne e soprattutto di farla parlare. E' stato utile per capire cosa c'era in quella foto che ora non c'è più ma che vorrei che ci fosse. Un altro esercizio fondamentale è stato quello del raggiungimento dell'ostacolo. E' stato molto bello sia mettere in scena i miei ostacoli (molto duro ma utile), sia vedere quelli degli altri. E' stato un bell'esercizio perché richiedeva più di altri il fatto di farsi spazio/forza anche fisicamente"

"L'ultimo incontro durante il quale ho ricevuto la visione completa che di me ha ricevuto il gruppo. Quello che io trasmetto. La fragilità, le forze. E il gruppo mi ha rimandato consigli e considerazioni assolutamente preziosi, su cui riflettere e lavorare."

BIBLIOGRAFIA

BORIA G. (2005). *Psicoterapia psicodrammatica. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti*. Franco Angeli, Milano.

BUDMAN S.H., e GURMAN A.S. (1988). *The theory and practice of brief therapy*. New York: Guilford Press.

CORBELLA S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

COSTANTINI A. (2000). *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica*. McGraw-Hill Libri Italia, Milano.

COSTANTINI A., PICARDI A., PODRASKY E., LUNETTA S., FERRARESI G.,

BALBI A. (2002). "Questionario sul Clima di Gruppo: validazione di una misura di processo per le psicoterapie di gruppo". *Rivista di psichiatria*, 37,1, 14-19.

DE LEONARDIS P. (1994). *Lo scarto del cavallo. Lo psicodramma come intervento sui piccoli gruppi*. Franco Angeli, Milano.

DOTTI L. (1998). *Forma e azione. Metodi e tecniche psicodrammatiche nella formazione e nell'intervento sociale*. Franco Angeli, Milano.

DOTTI L. (2002). *Lo psicodramma dei bambini. I metodi d'azione in età evolutiva*. Franco Angeli, Milano.

FASOLO F. (2000). "L'organizzazione dei gruppi in un Dipartimento di Salute Mentale" in COSTANTINI A. (2000).

GABBARD, G.O. (2000). *Psichiatria psicodinamica*. Trad. it. Raffaello Cortina, 2002, III ed.

GALIMBERTI, U. (1992). *Dizionario di psicologia*. UTET, Torino.

KERNBERG O. (1980). *Mondo interno e realtà esterna*. Trad. it. Boringhieri, Torino 1985.

KIPPER D.A., RITCHIE T.D. (2003). "The effectiveness of psychodramatic techniques: a meta-analysis". *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 7, 1, 13-25.

MACKENZIE R. (1990). *Time-limited Group Psychotherapy*. Washington: American Psychiatry Press

MACKENZIE R. (1996). "La conclusione nelle terapie di gruppo a tempo limitato". Trad. it. di "Time-limited group psychotherapy". *International Journal of Group Psychotherapy*, 46(1), 41-60; in COSTANTINI, A. (2000).

MACKENZIE R. (1981). "Measurement of group climate". *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 287-295.

MIGONE P. (1996). "La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo". *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXX, 2: 182-238.

MARHABA S., ARMEZZANI M. (1988). *Quale psicoterapia? Gli indirizzi psicoterapici in Italia: confronto ed analisi*. Liviana Editrice, Padova.

PONTALI C. (2000). "Problemi nella fondazione di un gruppo a tempo limitato: confronto con i modelli nordamericani" in COSTANTINI A. (2000).

PIPER W.E., JOYCE A.S. (1996). "Evidenze dell'efficacia e dell'efficienza delle terapie di gruppo brevi a tempo limitato". Trad. it. di "A consideration of factors influencing the utilisation of time-limited, short-term group therapy". *International Journal of Group Psychotherapy*, 46(3), 311-328; in COSTANTINI A. (2000).

YALOM I.D. (1995). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Trad. it. Boringhieri, Torino 1997, IV ed.

**Per un contatto con l'autore, scrivere a:
sara.fuma@tin.it**