

Cinzia Vinciguerra

IL TEMPO COME CONFINE Chiedere, dare e ricevere aiuto in un gruppo di psicodramma a termine

INTRODUZIONE

Questo lavoro nasce dall'esperienza di conduzione di un gruppo di psicodramma presso il Servizio ambulatoriale di un Dipartimento di Salute Mentale. Si tratta di un'esperienza estremamente ricca che mi ha permesso di mettere in pratica quanto maturato nei quattro anni di formazione presso la scuola di Specializzazione in Psicoterapia dello *Studio di Psicodramma* di Milano e che, data la coincidenza temporale con l'ultimo anno di frequenza, mi ha consentito di attivare contemporaneamente il ruolo di allieva psicodrammatista e quello di direttore, in una condizione di graduale e rassicurante accompagnamento verso una maggiore sicurezza professionale.

Ultimo anno di formazione. La conclusione (annunciata) del gruppo di tirocinio come condizione marcatamente presente fin dall'inizio del percorso. Ecco che il tema del *tempo come confine* comincia a prefigurarsi come lente di lettura dell'esperienza.

Inizio, nel mese di aprile 2005, a pensare il gruppo di psicodramma appena abbozzato nei miei pensieri, come un contenitore in cui ciascuno dei partecipanti potrà chiedere aiuto, lo riceverà e potrà fornirlo agli altri. Questo per me è il punto di partenza: mi appresto a condurre un gruppo in cui credo che al termine dell'esperienza, confrontando il punto di arrivo con quello di partenza, ci sarà un valore aggiunto per ciascuno dei partecipanti (me compresa) e per il Servizio in cui il gruppo sarà condotto. Parto quindi dal presupposto che il gruppo di psicodramma rappresenti un fattore di aiuto per coloro che vi partecipano. Ma *in che modo* lo fa? In base a *quali fattori* o meccanismi? Sono tutti fattori specifici attivati dall'approccio psicodrammatico o possiamo individuarne alcuni aspecifici (adducibili all'esperienza di gruppo in generale) che costituiscono un importante agente di crescita? E poi, soprattutto, mi chiedo rispetto al fattore tempo: quale sarà il valore aggiunto che questa esperienza potrà dare, nel tempo prestabilito, a ciascuno dei singoli partecipanti? E infine, riuscirò a garantire a tutti uno spazio di esplorazione e crescita adeguato (o meglio ancora, sufficientemente buono) muovendomi fra i bisogni individuali e le dinamiche di gruppo che emergeranno?

Questi sono gli interrogativi di fondo che hanno accompagnato il mio lavoro nel corso di questo anno e mezzo, per far fronte al desiderio di rispondere in modo professionale sia agli operatori del Servizio con i quali mi sono trovata a confrontare, sia alle persone che, diventando membri del gruppo, hanno stretto con me un rapporto di fiducia e di alleanza. Questi gli argomenti dai quali il presente lavoro prende avvio, e ai quali tenterò qui di dare risposta, con la consapevolezza della inevitabile parzialità nella descrizione dell'esperienza.

Nel primo capitolo, partendo da alcuni stimoli che negli anni mi sono stati rivolti da interlocutori incuriositi dal metodo, ho voluto provare, pur sapendo di poter offrire un modesto contributo, ad interrogarmi sulla psicoterapia condotta secondo l'approccio dello 'psicodramma classico', facendo riferimento ai fattori aspecifici e specifici dello psicodramma come psicoterapia di gruppo, e introducendo la *dimensione temporale* come filo rosso che attraverserà tutto il lavoro.

Il secondo capitolo comprende la descrizione del contesto in cui il gruppo è stato realizzato e i passaggi che mi hanno condotto a 'pensare' e progettare il gruppo, non solo nell'ottica descrittiva, ma anche per focalizzare l'attenzione sull'importanza di questa fase: solo definendo con chiarezza il confine entro cui avrei lavorato potevo pensare di agire professionalmente nella fase successiva.

Il terzo capitolo è dedicato ad una narrazione del percorso del gruppo nel suo insieme, individuando le tappe evolutive principali attraverso cui si è fondato, sviluppato e concluso.

Nel quarto capitolo focalizzo l'attenzione sul percorso di cambiamento del singolo all'interno del contenitore gruppale, per mettere in evidenza – riportando esempi clinici – il valore del gruppo di psicodramma come agente terapeutico.

Nel quinto capitolo mi soffermo a riflettere sull'efficacia clinica del 'gruppo a termine' concentrando l'attenzione sul concetto di *tempo come confine* e sull'importanza che questo venga utilizzato dal direttore in modo consapevole, con un'attenzione mirata ad alcune dimensioni, in special modo al momento del 'congedo'. Non a caso è il capitolo conclusivo del presente lavoro, che segna anche il termine di un periodo di formazione e costituisce un'occasione per riflettere a più livelli sul senso della 'fine' come limite e come risorsa. Una conclusione da considerarsi non come punto di arrivo ma come punto di partenza.

Per sostanziare l'esperienza il capitolo si conclude riportando il punto di vista delle partecipanti, raccolto a distanza di circa un mese dalla conclusione dell'esperienza. I contenuti e i riferimenti ai particolari sono stati trasformati in modo da non permettere il riconoscimento delle persone, dal momento che il materiale presentato riguarda un intervento vincolato alla riservatezza professionale.

1. LO PSICODRAMMA COME PSICOTERAPIA DI GRUPPO

1.1. Psicodramma e psicoterapia

"Psicodramma? Sì, l'ho conosciuto nella formazione... è quel metodo con le scenette..."

Dal momento che mi sono trovata a dover più volte descrivere il tipo di intervento che andavo proponendo in diversi Servizi alla ricerca di un contesto che potesse 'ospitami' come tirocinante - in un territorio, quello torinese, in cui lo psicodramma classico non è molto noto - mi è sembrato utile interrogarmi attorno ad un tema che considero centrale: in che senso e in che modo lo psicodramma è psicoterapia?

Attualmente il termine 'Psicodramma' appare come un concetto utilizzato in modo variegato nell'arena psicologica. Molti metodi hanno fatto propri alcuni elementi psicodrammatici. In alcune forme di psicoterapia di gruppo lo psicodramma è utilizzato come sistema principale di intervento, ma al servizio di modelli teorici di riferimento estranei alle sue origini (come ad esempio nello psicodramma analitico individuativo, di matrice junghiana). Anche nell'ambito di contesti educativi e formativi si fa molto spesso riferimento allo psicodramma, per lo più come tecnica. Come riporta G. Leutz (1985) i legami fra questi metodi (sia terapeutici che formativi) e lo psicodramma mostrano che l'utilizzo di tecniche psicodrammatiche si è rivelato un arricchimento anche per metodi dai fondamenti più diversi, a illustrare l'espressione di Moreno, spesso considerata eccessiva, *"lo psicodramma è la vetta operativa di ogni psicoterapia"*.

Mi sembra importante chiarire che nel presente lavoro con il termine *psicodramma* intenderò sempre l'approccio dello Psicodramma Classico o moreniano, che fa riferimento al modello teorico e filosofico elaborato da Jacob Levy Moreno ed in seguito sviluppato dai successori contemporanei. Anche a rischio di risultare superfluo, credo che come incipit sia d'obbligo ricordare che si tratta di un metodo originale in sé e non un insieme di metodologie e tecniche: la sua teoria e i suoi cardini concettuali di base sono specifici ed è necessario conoscerli per utilizzare al massimo le sue possibilità. Mi riferisco, limitandomi a citarle, alla teoria della spontaneità, alla teoria dei ruoli, alla teoria dello sviluppo del bambino, che intrecciate spiegano i fondamenti della pratica terapeutica dello psicodramma.

Diceva che mi interessa comprendere in che modo lo psicodramma è psicoterapia. Non è mia intenzione addentrarmi troppo nello spinoso discorso su cosa sia psicoterapia e cosa non lo sia, e sulla difficoltà di definirne i confini. Come è noto non esiste un modo univoco di intendere la psicoterapia: sulla psicoterapia si è scritto e detto di tutto. La definizione stessa è cambiata nel corso degli anni, e la parola, forse, è più vicina alla sua etimologia di base oggi che in passato. Psico-terapia, infatti, viene dal greco "psiché" (anima, soffio vitale) e "therapeia" (cura): in senso esteso 'fare psicoterapia' significa quindi 'curare/prendersi cura dell'anima'.

Eppure, nel senso comune, ma anche pensando ai molti 'addetti ai lavori' incontrati, parlare di *psicoterapia* significa parlare della *cura di una malattia della mente*. Come risultato, si pensa alla psicoterapia come ad un procedimento in cui il cliente è 'malato' e il terapeuta gli offre una 'cura'. Non è così nello psicodramma dove il terapeuta, seguendo il senso etimologico del termine, si mette 'al servizio' del paziente (terapeuta in greco significa *servitore*) per fare in modo che lui stesso trovi la via del cambiamento.

Interrogandomi su quale idea di salute/malattia/psicoterapia sia alla base della teoria psicodrammatica, trovo particolarmente suggestiva e chiara la metafora del fiume utilizzata da Moreno già nel 1914 in *Invito a un incontro*. Dice Moreno "se avanzo lentamente, o non avanzo affatto nel mio cammino, allora c'è nel mio incontro con te un'incrinatura, una frattura, un malessere, una contrarietà, un'inefficienza, un'imperfezione". Quando sorgono dei problemi nell'interazione, nelle relazioni, "allora l'incontro non ha potuto aver luogo, allora l'incontro mi trattiene come un fiume impedito nel suo corso tanto da scogli come da banchi di sabbia; allora io avanzo lentamente, o non avanzo affatto". Malattia, dunque, come immagine di stagnazione e di stallo, di blocco della spontaneità che impedisce l'interazione autentica con l'altro e lo sviluppo positivo della propria vita. Un concetto di salute considerata quindi come lo sviluppo di sé senza impedimenti, che consente di trovare soluzioni creative alle situazioni che la vita prevede, e che si esprime con un sentimento di *stare bene nel mondo*, di gioia, di slancio nei confronti degli altri. Questo caratterizza in maniera fondamentale il concetto psicodrammatico di salute, ed è alla realizzazione di questa condizione che mira il percorso terapeutico attraverso lo psicodramma.

Pensando al mio futuro professionale mi piace riferirmi al percorso terapeutico come ad una messa a punto del sistema mente-corpo, per migliorare la qualità di qualche aspetto della vita quotidiana, nel contesto della globalità della persona. Un miglioramento di aspetti non necessariamente da considerarsi patologici, anche se alla base di una richiesta di aiuto c'è il più delle volte una situazione di forte malessere. In questa ottica mi sono accostata alla conduzione del gruppo che esaminerò nei prossimi capitoli.

1.2. Psicodramma e psicoterapia di gruppo

"Psicodramma... è una terapia di gruppo?"

Per Moreno lo psicodramma comprende sia la nozione di psicoterapia che quella di psicoterapia di gruppo. È come se, come riporta De Leonardis (1994), per Moreno le tre nozioni - psicodramma, psicoterapia e psicoterapia di gruppo - fossero nate insieme. Il concetto moreniano di psicoterapia unisce infatti alla particolarità del metodo d'azione, la particolare forza dell'agire fra e insieme agli altri, e che permette a ciascuno di diventare agente terapeutico per gli altri. "La prima scoperta fu che l'interazione degli individui in un gruppo ha un potenziale terapeutico (...) Ne risultò il concetto di interazione terapeutica (una persona come agente terapeutico per l'altra) e di psicoterapia di gruppo interattiva, coattiva, che è divenuta il fondamento di ogni forma di psicoterapia di gruppo" (Moreno).

Può essere utile, per chiarire dove può essere collocato lo psicodramma all'interno dello scenario delle psicoterapie di gruppo, elencare le quattro grandi categorie in cui i gruppi di psicoterapia sono stati suddivisi (MacKenzie, 1990, cit. in Costantini, 2000):

-gruppi di addestramento alle abilità sociali: sono specificamente indicati per pazienti che presentano difficoltà rilevanti nelle abilità sociali di base, come per esempio pazienti psicotici, e fanno generalmente parte di articolati programmi di riabilitazione;

-gruppi con focus cognitivo: comprendono gruppi ad orientamento psicoeducativo e gruppi di matrice cognitivo comportamentale. Pur facendo leva sui fattori terapeutici supportivi del gruppo, molti di questi modelli non considerano l'interazione di gruppo l'aspetto centrale della terapia, ma utilizzano il formato di gruppo per ragioni di convenienza economico od organizzativa e prevedono l'applicazione di tecniche generalmente utilizzate nel setting individuale e sistematizzate in un manuale.

-gruppi interpersonali 'di recupero' o 'di supporto': si pongono come obiettivo principale quello di aiutare i membri del gruppo ad affrontare una situazione difficile dell'esistenza (un lutto recente, una malattia grave invalidante o che minaccia la vita, la malattia di un familiare ecc.) con maggiori risorse e minore sofferenza. Questi gruppi sono centrati su fattori terapeutici di supporto e sul lavoro interpersonale.

-gruppi interpersonali esplorativi: rientrano in questa categoria tutti i gruppi a orientamento interpersonale e psicodinamico che possono avere come obiettivo il sollievo dei sintomi e/o modificazioni nelle modalità di relazione interpersonale e/o modificazioni nei disturbi del carattere. Sono prevalentemente focalizzati sull'esplorazione delle modalità interpersonali ricorrenti insoddisfacenti, nelle relazioni intime. In questi gruppi è previsto un lavoro di introspezione e di interazione fra i membri. La durata può variare da pochi mesi ad alcuni anni.

Le prime due categorie si possono definire interventi *in* gruppo: la centratura è sul singolo e il gruppo è ad esso strumentale. Nelle altre due invece si delinea un setting *di* gruppo, in cui cioè lo sviluppo dell'individuo avviene attraverso il gruppo.

È evidente, tenendo conto di quanto detto sopra a proposito della concezione moreniana di psicoterapia, che lo psicodramma si prefigura essenzialmente come un intervento *di* gruppo, in cui cioè prevale una centratura sul lavoro interpersonale, dove vengono provocati accadimenti fra i partecipanti, e dove il potenziale terapeutico viene in buona parte trasferito dal terapeuta al gruppo. Il terapeuta non considera cioè solo i singoli individui ma si cura anche del rapporto fra di loro e dell'insieme interpersonale costituito dal gruppo.

Per quanto riguarda la finalità specifica, credo che lo psicodramma si possa collocare fra il 'gruppo interpersonale di recupero o di supporto' e il 'gruppo interpersonale esplorativo', a seconda del contesto specifico in cui sorge, del formato, degli obiettivi (continuativo, a termine, breve; eterogeneo o monosintomatico etc.). Come emerso prima a proposito del concetto moreniano di salute, la finalità del gruppo di psicodramma mira in ogni caso a promuovere il cambiamento affinché la persona possa conoscere, affrontare, reggere e infine integrare i disagi alla base della richiesta di aiuto, promuovendo la crescita nei vari ambiti della vita, non mirando solo alla scomparsa dei sintomi.

1.3. Fattori terapeutici aspecifici e specifici

Interessante... ma perché proporre un gruppo di psicodramma anziché altri interventi?

Questa è la semplice domanda postami dal direttore del Dipartimento di Salute Mentale alla mia proposta di collaborazione. Domanda alquanto semplice e scontata, a cui mi rendo conto, più ora che in quel momento, non corrisponde un'altrettanto scontata e semplice risposta (a dimostrazione del fatto che un *testimone* esterno aiuta a vedere le cose da prospettive diverse, e a chiarire aspetti che si danno per assodati!). Non ricordo esattamente ciò che risposi al mio interlocutore, certamente qualcosa che risultò a lui abbastanza chiaro e convincente perché il gruppo partì qualche mese dopo. Mi rimane però la sensazione di dover approfondire il discorso, in riferimento ai processi che vengono attivati in modo aspecifico da tutte le psicoterapie e, per confronto e differenza, in modo specifico dallo psicodramma. Vorrei quindi approfondire questo aspetto sul piano teorico, per poi addentrarmi più in particolare nell'esperienza di conduzione del gruppo nei capitoli seguenti.

I recenti dibattiti e la letteratura sulla psicoterapia evidenziano quanto vi siano molte somiglianze riguardo i processi che ogni approccio, attraverso la propria specifica metodologia, intende attivare, e che vi siano processi terapeutici aspecifici comuni a tutti. Proprio per questo si giustificerebbe la sostanziale uguaglianza di efficacia delle diverse psicoterapie, da alcuni addotta genericamente al fattore relazionale attivato fra terapeuta e paziente¹.

¹ Per approfondimenti consultare il sito www.psychomedia.it che riporta il dibattito pre e post congressuale avvenuto tra settembre 2001 e maggio

Per individuare l'insieme costituito da quegli aspetti dell'esperienza specificamente legati al processo terapeutico, cioè i meccanismi essenziali del cambiamento, comuni alle diverse modalità di fare psicoterapia, in particolare di gruppo, ho utilizzato come guida i fattori terapeutici individuati da Yalom (1997), inizialmente chiamati 'fattori di guarigione' (nella prima edizione del 1974) e poi ridefiniti 'fattori essenziali di cambiamento'. Secondo l'autore questi fattori sono alla base, il *nucleo* di tutti i processi terapeutici di gruppo, e si attiverebbero indipendentemente dal modello di riferimento. Come ribadisce l'autore stesso si tratta di costrutti arbitrari, che risultano interconnessi e non si manifestano distintamente, e che possono variare da gruppo a gruppo. La suddivisione è frutto della pratica clinica dell'autore e di numerose ricerche di colleghi di orientamenti diversi (compreso l'approccio dello psicodramma) a cui egli ha aggiunto il resoconto di pazienti il cui trattamento ha dato esito positivo. Mi è sembrata una trattazione interessante, utile sia nell'ottica di rendere confrontabile lo psicodramma con le altre psicoterapie di gruppo, sia per evidenziare per differenza gli aspetti specifici.

Yalom individua 11 fattori che cercherò di sintetizzare mantenendo il senso dato dall'autore. Si riconosceranno, senza la necessità di troppe puntualizzazioni, le attinenze fra tali fattori e quanto viene attivato nello psicodramma. Aggiungerò specifici commenti e precisazioni relative allo psicodramma quando necessario.

1. Infusione della speranza

Infondere e mantenere la speranza è un fattore trasversale molto importante: sia per motivare la persona a continuare il trattamento, consentendo agli altri fattori terapeutici di agire, sia di per sé, come fiducia nella possibilità di ottenere dei risultati positivi dal metodo terapeutico prescelto.

La forza di questo fattore, dice Yalom, è dimostrata dai numerosi casi di "guarigione per fede" e dai trattamenti placebo: sia l'uno che l'altro, infatti, agiscono grazie alla speranza e alla convinzione del paziente di poter guarire. Questo fattore, comune alle psicoterapie individuali e di gruppo, si attiva nel momento della presa in carico (senso di miglioramento che subentra nel periodo di attesa, nel periodo che intercorre fra il colloquio informativo e l'ingresso in gruppo) e continua ad agire nel percorso.

2. Universalità

Pensare di essere gli unici a soffrire di un particolare problema spesso diventa così spaventoso o inaccettabile che la propria sofferenza viene tenuta accuratamente nascosta agli altri. Partecipando ad un gruppo terapeutico finalmente le persone hanno l'opportunità di confrontarsi con altri individui che vivono situazioni problematiche simili, ricavandone grande conforto e attivando la fiducia nella possibilità di aprirsi ed esplorare sé stessi.

3. Informazione

Spesso le persone sono allarmate anche dall'incertezza sull'origine, il significato e la gravità dei loro problemi, oltre che dai problemi stessi. Yalom attribuisce valore alle spiegazioni e ai chiarimenti che il terapeuta offre: il lavoro in gruppo permette di dare un senso al loro disagio e di superare le paure che derivano da questo tipo di incertezza.

Nel gruppo di psicodramma l'obiettivo non è quello di fornire spiegazioni e istruzioni didattiche da parte del conduttore (diversamente da altri gruppi): nelle interazioni, attivandosi uno scambio reciproco, si creano effetti benefici che non derivano tanto dal contenuto delle comunicazioni ma dal fatto che si verifica un reciproco interessamento ed una reciproca cura.

4. Altruismo

Generalmente chi inizia un percorso di psicoterapia possiede un livello di autostima molto basso e per lo più è convinto di essere completamente inutile per gli altri. Durante la psicoterapia di gruppo accade invece che tutti i componenti si aiutino reciprocamente e scoprire che si è importanti per altre persone costituisce un'esperienza confortante e di notevole spinta per l'autostima. Questo è un aspetto che nello psicodramma è molto marcato e che

consente di sviluppare un ruolo talvolta mai sperimentato (essere di aiuto a qualcuno = avere un valore).

5. Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare

Capita spesso che le persone che chiedono aiuto abbiano vissuto esperienze insoddisfacenti all'interno di quello che può essere considerato il primo e più importante gruppo di ciascuno: la propria famiglia d'origine.

All'interno del gruppo, ogni paziente rivive in qualche modo i propri conflitti familiari, ma in maniera correttiva, cioè mettendoli in discussione ed elaborandoli con l'aiuto dello psicoterapeuta e degli altri membri del gruppo.

Aggiungerei, secondo la lente psicodrammatica, che l'atomo familiare non è che uno degli atomi relazionali che grazie al gruppo possono essere rivisitati in modo produttivo e trasformativo. Infatti in psicodramma si parla di ristrutturazione del *teatro interno individuale*, non solo di ricapitolazione del gruppo primario familiare.

6. Sviluppo di tecniche di socializzazione.

In alcuni gruppi l'apprendimento dei comportamenti sociali è l'obiettivo principale del percorso terapeutico (ad es. nei gruppi di 'addestramento alle abilità sociali'). In altri gruppi tale obiettivo è più indiretto. Certo, pensando allo psicodramma, più che di tecniche vere e proprie di socializzazione, si può pensare che attraverso le osservazioni provenienti dagli altri partecipanti al gruppo (*specchi*) ognuno può rendersi conto di proprie modalità di interazione sociale non adeguate al contesto e, conseguentemente, sperimentarne di nuove, migliorando considerevolmente anche la propria 'competenza sociale' fuori dal gruppo, il che costituisce un fattore terapeutico molto importante.

7. Comportamento imitativo (identificazione)

Yalom sostiene che un fattore terapeutico in genere sottovalutato sia proprio quello connesso al comportamento imitativo, che definisce come "il processo mediante il quale un membro del gruppo può assumere come modello alcuni aspetti positivi del terapeuta o degli altri partecipanti". L'importanza di questo aspetto nello psicodramma è centrale, basti pensare alla consuetudine di inserire *io-auxiliari professionisti* in gruppi di pazienti gravi, che nasce proprio dal considerare importante fornire modelli sani a chi non li ha interiorizzati. Per quanto riguarda questo fattore Yalom cita Moreno (parlando di terapia del *sostituto* o dello *spettatore*, *Who shall survive*, 1954) per riferirsi proprio al meccanismo di identificazione e rispecchiamento che si attiva nel gruppo di psicodramma e che rappresenta secondo lui un fattore terapeutico importante che agisce anche negli altri tipi di psicoterapia di gruppo, anche se con minor intenzionalità.

8. Apprendimento interpersonale

L'apprendimento interpersonale costituisce secondo Yalom un fattore terapeutico ampio e complesso che comprende diversi aspetti, certamente il più interessante dal punto di vista dello psicodramma. Mi limito ad elencare i principali processi attivati:

- acquisizione di maggior consapevolezza circa i proprie modalità di relazione e i propri atteggiamenti sociali;
- valutazione dell'impatto dei propri stili di comportamento sugli altri;
- acquisizione della consapevolezza di poter cambiare i propri atteggiamenti verso gli altri;
- sperimentazione della possibilità di stabilire relazioni interpersonali gratificanti e libere da distorsioni;
- possibilità di sperimentare in gruppo nuovi comportamenti e nuovi ruoli;
- possibilità di verificare le conseguenze dei nuovi comportamenti acquisiti all'interno del gruppo;
- utilizzazione delle nuove capacità acquisite al di fuori del gruppo.

Pur non utilizzando una terminologia psicodrammatica è evidente la corrispondenza fra gli aspetti indicati da Yalom e quelli che risultano basilari nello psicodramma, dove la dimensione relazionale è centrale.

9. Coesione di gruppo

Per Yalom la coesione di gruppo non costituisce un fattore terapeutico di per sé, ma risulta una condizione trasversale

2002, in relazione al I convegno Nazionale SEPI Italia "Integrità e integrazione in psicoterapia", Milano, 16 marzo 2002, Milano

necessaria affinché una psicoterapia sia efficace. I membri di un gruppo coeso, infatti, mostrando maggiore comprensione e accettazione reciproca, ma anche maggiore capacità di affrontare il conflitto, creano l'atmosfera idonea all'espressione e all'esplorazione di sé, non solo degli aspetti positivi ma anche delle aree conflittuali, e di conseguenza conducono ad un maggior grado di autoconsapevolezza e di crescita personale. Nello psicodramma questo fattore risulta centrale ed è strettamente collegato al livello di spontaneità che il direttore riesce a stimolare nel gruppo: solo favorendo il formarsi di uno stato di spontaneità fra i membri del gruppo si possono creare le condizioni per il cambiamento del singolo. Nello psicodramma c'è una costante attenzione alla qualità delle relazioni all'interno del gruppo che viene costantemente tenuta in considerazione e resa evidente attraverso attività specifiche..

10. Catarsi

Secondo Yalom la catarsi, cioè l'espressione intensa di emozioni a lungo represses, non costituisce di per sé un fattore di cambiamento fondamentale, ma acquista molto valore se associato ad altri fattori terapeutici, principalmente connessi alla dimensione interpersonale e alla coesione di gruppo (nel senso che potenzia l'effetto di questi): risulta terapeutica quando associata ad una qualche forma di apprendimento. Analogamente nello psicodramma la distinzione fra catarsi *abreativa* e catarsi di *integrazione* illustra molto bene che ciò che può essere considerato terapeutico non è tanto la liberazione intensa dell'emozione, che ha una funzione di sblocco (catarsi *abreativa*) ma il lavoro di ristrutturazione delle emozioni centrali che emergono nel lavoro psicodrammatico e che consente l'*integrazione* (catarsi di *integrazione*): dare senso all'emozione provata è cruciale affinché un'esperienza emotiva possa essere trasformata in esperienza terapeutica.

11. Fattori esistenziali

I fattori esistenziali, secondo Yalom non sempre riconosciuti per la loro importanza in psicoterapia, comprendono l'acquisizione di maggior consapevolezza di quegli aspetti fondamentali della nostra vita (la responsabilità, il senso dell'esistenza, la solitudine, la morte, il limite, ecc.) che ognuno, prima o poi, è costretto ad affrontare. Questi fattori rientrano senza dubbio nell'interesse dell'approccio psicodrammatico che si occupa dell'uomo e della sua capacità di vivere e *creare*, conducendo le persone a trasformare in modo consapevole il proprio destino, e lo fa sia considerando sia le tematiche soggettive e interpersonali che la dimensione transpersonale-esistenziale comune a tutti gli esseri umani, che agisce nel qui ed ora del gruppo e alimenta la matrice grupppale.

1.4. La specificità dello psicodramma

/psiko'dramma/ [comp. di psico- e dramma] s.m. (pl. -i). Metodo d'approccio psicologico che consente alla persona di esprimere, attraverso la messa in atto sulla scena, le diverse dimensioni della sua vita e di stabilire dei collegamenti costruttivi fra di esse. (Galimberti, dizionario di psicologia, 2006).

Ho trovato molto interessante leggere la ricerca di Yalom riconoscendo gli aspetti che agiscono in modo aspecifico nello psicodramma. A questi si aggiungono fattori specifici di cambiamento che ruotano attorno all'importanza assegnata all'azione [psico-dramma]. Non è mia intenzione fare qui una trattazione sugli assunti di base dello psicodramma ma mi piacerebbe, soprattutto pensando a chi legge questa tesi senza essere psicodrammatista, fare un cenno a quelli che recentemente sono stati individuati (Giovanni Boria, 2005) e meglio definiti come *meccanismi di cambiamento specifici* attivati dallo psicodramma.

Senza addentrarmi in una descrizione approfondita mi limito a citare come centrali:

- il valore che lo psicodramma assegna all'*espressività*, come strumento per stimolare in modo globale la persona (sul versante corporeo, cognitivo, affettivo, fisiologico);
- l'importanza assegnata alla *rottura del copione* come stile metodologico che produce contesti inconsueti in cui l'individuo deve inventare creativamente risposte nuove prodotte sul momento;

- l'intreccio fra *io-attore* e *io-osservatore*, che implica una dialettica complementare fra azione che si compie e auto-osservazione che attribuisce senso all'accaduto;

- la *ristrutturazione del teatro interno individuale*, che conduce le persone ad esplorare i personaggi significativi che compongono il proprio mondo interno, la relazione con essi, e a creare nuovi significati, distribuendo, dando nuova forma, organizzando le emozioni a questi connesse.

Con l'intento di riassumere in che cosa lo psicodramma si differenzia dagli altri interventi prendo, infine, a prestito una frase di A. Cocchi (2003) che a mio avviso sintetizza molto bene gli aspetti basilari dello psicodramma, rendendoli facilmente comprensibili anche ai non psicodrammatisti:

"Nello psicodramma si 'vive' globalmente un'esperienza che coinvolge corpo e mente, parola e azione, emozione e ragione, in uno spazio protetto che è il teatro terapeutico (in cui si è guardati); in una condizione di basso rischio, che è la semirealtà della rappresentazione scenica; in un contesto relazionale favorevole e protettivo, che è la collaborazione del gruppo dei compagni che sono, anche, io ausiliari; coordinati da un garante che sta sul bordo tra semirealtà e realtà che è il direttore e che, guidando il protagonista o il lavoro del gruppo, lo tutela e lo mantiene in una zona di protezione dove può sperimentare qualsiasi cosa senza correre rischi eccessivi".

1.5. Lo psicodramma a termine

Ma qual è la durata minima per ottenere dei risultati?

Chiudo il capitolo con questo altro interrogativo che si riferisce ad un gruppo a tempo limitato, e che verrà ripreso nel corso del lavoro e soprattutto in conclusione. Credo che il punto non sia la durata ideale ma il fatto che si cominci tutti insieme e si finisca insieme, e che la fine conosciuta in partenza faccia da sfondo al percorso. Questo deve orientare il direttore a condurre il gruppo tenendo conto di questa contingenza trasversale. Il metodo rimane lo stesso, ma risulta centrale l'attenzione particolare che il terapeuta deve avere per consentire a tutti i componenti del gruppo di raggiungere risultati positivi nel tempo dato, perché è di risultati che si parla, sono i risultati che le persone si aspettano dal gruppo: si chiede di intraprendere un percorso di terapia perché c'è qualcosa che non va, e si desidera che le cose vadano quanto meno meglio alla fine del percorso. Questo è il compito (sempre) del terapeuta, e in un gruppo con tempo prestabilito la questione si fa più delicata: non è detto che il numero di sessioni prefissate corrispondano a quelle di cui la persona avrebbe potenzialmente bisogno.

Il conduttore deve il più possibile evitare che l'esperienza si concluda per qualcuno con una frustrazione o peggio ancora con la sensazione di aver perso tempo. Non che in modo 'onnipotente' il direttore possa controllare e risolvere tutto (saremmo in un'ottica di guarigione miracolosa, ben lontana dalla concezione alla base dello psicodramma, a proposito di rispetto della soggettività!) ma tenere il timone del suo gruppo sì, questo è un suo preciso dovere: sapere dove sta andando e aiutare il gruppo a fare lo stesso, facendo sentire i singoli su una 'barca solida', una barca che parte, naviga e arriva con lo stesso equipaggio.

L'attenzione al tempo sarà la lente attraverso il quale si svilupperanno i prossimi capitoli, con l'obiettivo di mettere in evidenza alcune riflessioni circa la conduzione del gruppo di psicodramma a tempo limitato, sia nella fase di preparazione che nella fase di realizzazione.

2. IL TEMPO DELLA PROGETTAZIONE.

Il gruppo prima del gruppo

Organizzazione di un gruppo di psicodramma a termine con pazienti ambulatoriali di un Centro di Salute Mentale.

2.1. Un'esperienza di psicodramma a tempo limitato

Trovato l'Ente interessato ad attivare un gruppo di psicodramma, come prima cosa ho cominciato a pensare al confine che avrebbe avuto l'esperienza. Prima variabile: **il tempo**. L'esperienza pratica che stava per essere avviata, come tirocinio clinico nel corso dell'ultimo anno di specializzazione, avrebbe avuto un inizio e una fine, non tanto per una scelta metodologica quanto

per la mia temporanea disponibilità dettata dalla mia necessità di terminare questa esperienza nei tempi dettati dal tirocinio. Calendario alla mano il percorso si è prefigurato come un gruppo di psicodramma a termine (o a tempo limitato)², differenziandosi dal contesto a me più noto del gruppo di psicodramma continuativo. Tutti avrebbero iniziato insieme, tutti avrebbero concluso insieme.

Mentre nel gruppo di psicodramma continuativo a cadenza settimanale, più consueto nel contesto privato, il tempo a disposizione consente una maggiore adattabilità alle esigenze dei singoli riguardo alla possibilità di raggiungere gli obiettivi che i pazienti stessi si pongono, in un gruppo a termine il tempo prestabilito costituisce dei vincoli ineludibili e la necessità di far procedere il processo di crescita entro una specifica cornice. Questo ha determinato una serie di decisioni, sia nella fase di progettazione che in quella di conduzione. Per questo descriverò l'intervento, nelle sue fasi di progettazione in questo capitolo e di realizzazione in quelli successivi, tenendo in particolare conto la dimensione temporale e mostrando come questa ne abbia definito il processo.

La letteratura sull'efficacia degli interventi di psicoterapia di gruppo a tempo limitato (Costantini, 2000; MacKenzie, 2002) evidenzia quanto sia basilare nella pratica clinica considerare in modo specifico alcuni aspetti, come la scelta del target, la definizione degli obiettivi e del formato, l'attenzione al tempo nel processo, l'importanza della conclusione e la modalità di conduzione del terapeuta.

Prima di addentrarmi in questi temi, attraverso i quali leggerò l'esperienza del gruppo, mi sembra importante descrivere brevemente il contesto in cui il gruppo è sorto.

2.2. Il contesto

Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.) fa parte del Dipartimento di Salute mentale dell'A.S.L. È costituito da operatori psichiatrici (infermieri e psichiatri), assistenti sociali ed educatori che operano con il compito di garantire il coordinamento e la programmazione di interventi integrati di "prevenzione, cura e riabilitazione della sofferenza psichica nella popolazione adulta". Gli operatori psicologi operano per lo più come volontari o tirocinanti di specializzazione, ma non fanno parte dell'équipe stabile.

Il servizio ambulatoriale del Centro, come ho appreso da comunicazioni personali da parte del direttore, risponde alle richieste degli utenti con una fase di accoglienza e consultazione a cui segue, quando ritenuto necessario, la presa in carico. Gli interventi sono rivolti principalmente a pazienti con gravi forme di patologia e alle loro famiglie, in linea con la missione originaria dei servizi di psichiatria di cui il DSM è la naturale evoluzione. I trattamenti di psicoterapia (sia individuale che di gruppo) sono dosati con parsimonia e per lo più rivolti "a chi ne ha veramente bisogno" (comunicazione data in équipe, nella fase di progettazione).

Come si evince dalla carta dei servizi sanitari (V edizione, anno 2004) e come è piuttosto consueto in questo territorio, non è presente un Servizio specificamente rivolto all'assistenza psicologica in età adulta. Attraverso una breve intervista ad alcuni medici di base del territorio, svolta per interesse professionale, essendo lo stesso territorio in cui opero come libera professionista, alla domanda "se un suo paziente mostra i segnali non specifici di un malessere psicologico e chiede aiuto, come si comporta?" in media hanno risposto in quest'ordine: 1) prescrivono ansiolitici o antidepressivi; 2) invio a psicologi-psicoterapeuti privati; 3) invio al Centro di Salute Mentale del DSM.

La conclusione è che la persona che sperimenta un disagio psicologico e chiede aiuto, se decide di seguire la strada della sanità pubblica si trova ad accedere all'ambulatorio del CSM, dove rischia di non trovare risposta immediata di trattamento psicologico, per ragioni di priorità data ai pazienti con disagio grave.

² Secondo la letteratura (Costantini, 2000) si definisce *terapia breve* un percorso con una durata al di sotto dei sei mesi e un numero di sedute variabili al di sotto delle 25-30, mentre si definisce *terapia a tempo limitato* un percorso la cui durata è prevista fin dall'inizio, anche se talvolta vi è la possibilità di ripetere più volte il trattamento.

Alla luce di questo bisogno, con il direttore del Dipartimento si è concordato di rivolgere il gruppo di psicodramma a quelle persone con patologia 'non grave', che si presentano all'ambulatorio con una richiesta di aiuto per una sofferenza psicologica.

2.3. Il setting

Al momento della progettazione sono state prese alcune decisioni sugli aspetti più pratici, come la durata e la frequenza degli incontri, la dimensione e il formato del gruppo, il luogo fisico.

Per quanto riguarda durata e frequenza degli incontri, ho fatto riferimento alla tradizione dello psicodramma: incontri settimanali di due ore ciascuno. Il numero massimo di partecipanti, inizialmente fissato ad otto, è stato successivamente ridotto a sei per limiti di spazio della stanza assegnata.

Rispetto al formato del gruppo invece si è stabilito che il gruppo avesse un formato semiaperto: a differenza di quanto accade nei gruppi continuativi di psicoterapia, che sono sempre aperti all'ingresso di nuovi pazienti, in questo gruppo si è scelto di inserire eventuali nuovi pazienti, fino al raggiungimento del numero massimo o per sostituzioni, solo nella prima fase (fino al mese di dicembre) per evitare un eccessivo *tour over* e garantire una stabilità al gruppo per almeno sei mesi.

Per quanto riguarda lo spazio fisico, è stato necessario predisporre un luogo che riproducesse almeno in parte le caratteristiche del teatro di psicodramma: il gruppo è stato condotto nella struttura ospedaliera, in una stanza attigua al reparto ospedaliero che, se pur con alcuni limiti (legati essenzialmente alle interferenze acustiche in alcuni momenti) ha consentito la creazione di un ambiente sufficientemente adatto, nei suoi elementi sostanziali, con: 1) uno spazio per l'azione (**palcoscenico**) contraddistinto da un tappeto circolare, per il movimento e interazione del gruppo e lo svolgimento del lavoro del protagonista; 2) uno spazio per il decentramento del protagonista (**balconata**) ricavato con una piccola pedana; 3) uno spazio di osservazione (**uditorio**) da cui assistere al lavoro del singolo, grazie alla disposizione da un lato di un materasso e di cuscini; 4) **l'isolamento dalle interferenze luminose** dell'ambiente esterno per facilitare il coinvolgimento nella situazione psicodrammatica, e la possibilità di modificare artificialmente l'intensità della luce (con piantana alogena e faretto colorati) in sintonia con il clima emozionale del gruppo; 5) la presenza di **materiale** da utilizzare sul palcoscenico (cuscini, foulard, alcune coperte, un materasso, sgabelli, sedie, materiale simbolico di vario genere) per permettere un maggiore coinvolgimento nella situazione psicodrammatica.

2.4. I criteri per la composizione del gruppo

Come prima accennato, il gruppo è stato pensato per offrire un'opportunità di intervento in più alle persone che chiedevano aiuto al Centro per una situazione di malessere psicologico ritenuto dagli operatori 'non grave'.

La letteratura sulla psicoterapia a tempo limitato è concorde sul fatto che, ancor più per i gruppi a termine, la composizione del gruppo sia uno dei fattori determinanti per il raggiungimento di risultati soddisfacenti. Interrogandomi sulla modalità di comporre il gruppo, oltre ad escludere in linea di massima le persone con patologie psichiatriche gravi, mi sembrava importante fornire agli inviati qualche riferimento per la prima selezione, riguardo il focus del percorso e i possibili criteri di omogeneità.

Esistono opinioni diverse sui criteri di composizione del gruppo a tempo limitato, grosso modo è presente la grande distinzione rispetto al criterio *omogeneità* vs. *eterogeneità*: se per alcuni è preferibile il criterio di omogeneità perché "pazienti che condividono problemi simili o hanno aspetti in comune avranno maggiori facilità a coinvolgersi l'un altro, a identificarsi, con conseguente vantaggio per il lavoro interpersonale nelle fasi del gruppo" (MacKenzie, 2002) per altri, e anche secondo la tradizione psicodrammatica, la composizione eterogenea è preferibile, in quanto favorisce una migliore interazione di gruppo, offre maggiori opportunità di confronto e rappresenta un valore aggiunto, sia dal punto di vista sostanziale (per il riconoscimento della diversità e della unicità di ciascuno) che metodologico (per la moltiplicazione dei punti di vista e la possibilità di rivestire come ausiliario ruoli poco sviluppati).

Credo che la dicotomia di per sé non sussista davvero, visto che si tratta di una distinzione del tutto ambigua: omogeneo o eterogeneo in base a cosa? Età, sesso, diagnosi, stato civile, professione, condizione socio-economica, capacità cognitive o verbali, introspettive, bisogni prevalenti? Anche all'interno di una presunta omogeneità (ad esempio diagnostica) ci sarà sempre un livello di eterogeneità: lo stesso gruppo può essere definito omogeneo in base ad una delle variabili, ma potrà essere eterogeneo in base alle altre.

In sintesi, tenendo come riferimento i criteri normalmente adottati per la composizione dei gruppi di psicodramma (Boria, comunicazioni personali) e quelli individuati per i gruppi a termine (Yalom, 1997; MaCKenzie, 2002), ho ritenuto che i prerequisiti necessari fossero i seguenti:

- motivazione al percorso di psicoterapia;
- possesso di un adeguato senso di realtà (esclusione di patologie gravi con particolare attenzione ai vissuti persecutori);
- possibilità di assicurare una frequenza regolare, elemento importante per lo sviluppo della coesione di gruppo, soprattutto in un gruppo a termine;
- disponibilità ad impegnarsi a comunicare a fondo con gli altri, e ad entrare in relazione;
- possibilità di partecipare al processo attivo proprio del gruppo di psicodramma (muoversi nello spazio o entrare in contatto tonico con gli altri);
- possesso di un livello minimo di mentalità e intuito psicologici, inteso come capacità comunicative e introspettive, sensibilità interpersonali, capacità di identificare dinamiche intrapsichiche e di collegarle alle proprie ed altrui difficoltà³.

Riguardo gli altri molteplici aspetti (sesso, professione, età, sintomatologia, stile di interazione, tono dell'umore prevalente...) è stato invece scelto un criterio di eterogeneità cercando il più possibile di non creare, nella composizione del gruppo, condizioni di un potenziale rischio di isolamento (ho avuto dei dubbi, ad esempio, riguardo l'inserimento di un uomo solo in un gruppo di donne).

La finalità del gruppo, similmente a quella dei gruppi di psicodramma continuativo, è stata quella di offrire ai partecipanti un'esperienza di crescita personale e di supporto emotivo, con l'obiettivo specifico di favorire l'esplorazione delle modalità di relazione interpersonale, sia all'interno sia all'esterno del gruppo, in un'ottica di intervento psicoterapeutico ma anche di prevenzione di un ulteriore malessere psicologico.

2.5. Il colloquio preliminare e il contratto

Naturalmente, come è quasi scontato dire che una buona terapia ha inizio con una buona selezione dei pazienti, lo è altrettanto dire che è irrealistico pensare di tenere sotto controllo tutti i problemi di composizione: la buona prassi dei criteri si incrocia con i dati reali determinati dal contesto (pazienti in numero non sufficiente per fare un'abbondante selezione, poco tempo a disposizione, filtro pre-invio talvolta approssimativo).

Tuttavia credo che spendere qualche energia in più nella fase del *contratto* sia molto utile per le fasi successive del lavoro: soprattutto nello specifico dei gruppi a termine potrebbe essere vantaggioso dare maggiore spazio alla fase di preparazione, proprio per ridurre i rischi di drop-out in un contesto in cui le rinunce possono essere vissute in modo negativo dal gruppo: se ad esempio due o tre sessioni vengono impiegate occupandosi di una persona che si rivela non idonea e che poi abbandona il gruppo, il costo risulta molto alto, poiché la coesione di gruppo e la fiducia si sviluppano con maggiore lentezza.

Molti terapeuti di gruppo dedicano, a seconda del contesto, uno o più colloqui. Altri preferiscono utilizzare, oltre ai colloqui di preparazione dei pazienti, anche workshop esperienziali di addestramento/valutazione, per poter vedere direttamente in azione (o meglio in relazione) le persone nel contesto grupale.

³ Questo non significa che i pazienti con bassa capacità comunicativa e introspettiva debbano essere necessariamente esclusi da un percorso di psicodramma, ma che avrebbero necessità di un tempo più prolungato.

L'approccio psicoterapeutico di Otto Kernberg con i pazienti borderline fonda addirittura la sua efficacia terapeutica proprio sul momento del contratto⁴.

Nella mia esperienza, una volta chiariti i criteri di selezione e stabilite le coordinate spazio-temporali, la modalità di selezione per valutare la compatibilità delle singole persone con il percorso di gruppo (e viceversa) ha previsto: una primo filtro da parte dell'operatore del servizio, e presentazione del percorso ai possibili pazienti; un secondo momento di incontro con me, per una reciproca conoscenza, informazione ed eventuale adesione al percorso. Un colloquio mi sembrava necessario, sufficiente e verosimilmente applicabile, rispetto ai tempi.

L'obiettivo principale del colloquio era quello di avviare un processo di conoscenza reciproca e uno scambio di informazioni per consentire a me, da un lato, di conoscere le persone, approfondirne la motivazione e verificare l'idoneità rispetto al percorso in gruppo (in base criteri di inclusione precedentemente esposti) e agli altri partecipanti; a loro, dall'altro, di conoscermi, porre domande, raccogliere informazioni, immaginare insieme a me uno scenario più concreto del gruppo di psicodramma, per valutarne la compatibilità con i propri bisogni, timori, risultati attesi, ma anche la compatibilità con la propria organizzazione quotidiana.

Purtroppo i colloqui non si sono svolti nella stessa stanza in cui sarebbe stato condotto il gruppo, ma all'interno della struttura del CSM. Nonostante l'ambiente medicalizzato (lettini, manuali di psichiatria, scrivania, pareti spoglie) non molto accogliente, ho cercato di predisporre un contesto rassicurante, mantenendo una dimensione di ascolto e di sostegno, per favorire un incontro il più spontaneo possibile. Le domande che ho posto (diverse a seconda della storia della persona e della relazione che si instaurava) avevano l'obiettivo di cogliere non tanto il contenuto delle risposte, a scopo diagnostico (i sintomi, la storia personale) quanto il processo e il modo di stare in relazione: lo stile di comunicazione, la disponibilità a raccontarsi, la ricchezza o povertà del teatro interno e il livello di qualità delle relazioni. Soprattutto, trattandosi di un percorso a termine, mi interessava mettere a fuoco le loro aspettative (guarigione? Sollievo del malessere? Crescita personale? Tentativo come ultima spiaggia?) per chiarire insieme gli obiettivi dell'intervento.

Riguardo il secondo obiettivo era mia intenzione fornire il maggior numero di informazioni circa il metodo e le regole del gioco psicodrammatico, per esemplificare il più possibile l'opportunità che veniva loro offerta, accogliere ed esplorare i loro timori ma anche definire l'impegno che la partecipazione al gruppo avrebbe comportato, in termini di energia personale da investire sul percorso sia per il proprio interesse che come responsabilità nei confronti dei futuri compagni di gruppo.

Al termine dell'incontro, se la persona era motivata e interessata, annunciavo che avremmo potuto iniziare a lavorare insieme: sarebbe arrivata entro breve una lettera con la conferma ufficiale da parte dell'ASL, con il luogo preciso e la data di inizio, insieme al documento da firmare per il consenso informato, in cui venivano ricapitolate le informazioni sul percorso e le regole relative alla partecipazione.

Non da ultimo: obiettivo trasversale e basilare era quello di avviare un'alleanza terapeutica per il lavoro futuro, un po' come nella fase della presa in carico del protagonista con cui il direttore, attraverso varie modalità comunicative, gli pone più o meno esplicitamente la domanda "hai voglia di lavorare come me? Ti fidi?", riscaldandolo così al lavoro che seguirà.

2.6. La composizione del gruppo: uno sguardo d'insieme

Nei mesi di giugno e luglio, sono stati segnalate undici persone per le quali era stato ipotizzato un invio al gruppo. I nove colloqui preliminari hanno portato all'esclusione di due persone, non ritenute adatte sia per difficoltà a prendere parte al processo attivo (troppo coinvolgente sul piano dell'azione, a fronte di un'età avanzata) sia

⁴ Cfr. Paolo Migone, *Riflessioni sulla tecnica del contratto nella psicoterapia per i pazienti borderline proposta da Kernberg*, pubblicato su *Il ruolo terapeutico*, Psychomedia Telematic Review, www.psychomedia.it

per una difficoltà comunicativa e introspettiva. Un'altra persona ha rinunciato poco prima dell'inizio del percorso, non sentendosi più motivata.

Delle sei persone inserite nel gruppo altre due hanno rinunciato nel corso delle prime settimane, senza mai partecipare alle sessioni: la prima per difficoltà lavorative sopraggiunte nel periodo fra il colloquio e l'inizio del gruppo; la seconda per un aggravamento della sintomatologia durante l'estate che ha reso troppo ansiogena la partecipazione al percorso.

Il gruppo è stato avviato quindi con quattro persone, e altre due sono state inserite entro il mese di dicembre, appena in tempo prima della chiusura dei termini previsti, con una notevole preoccupazione della sottoscritta e un vissuto di mancanza e di attesa da parte del gruppo. Come sa chiunque abbia esperienza di nascita di nuovi gruppi, si può osservare dunque che la realtà si è discostata dall'ideale.

Il gruppo ha acquisito una omogeneità di genere, pur senza intenzionalità: tutti gli inserimenti (e la quasi totalità degli invii) hanno riguardato pazienti di sesso femminile. Per quanto riguarda gli altri fattori è risultato un gruppo piuttosto eterogeneo: età adulta variabile e ben distribuita fra i 28 ai 50 anni; professioni diverse (studentessa, casalinga, operatrice socio sanitaria, educatrice, impiegata, pensionata); diversi stili di relazione; differente livello di energia e vitalità portati nel gruppo; varietà di ruoli e problematiche relazionali alla base della richiesta (difficoltà coniugali, difficoltà professionali, sintomi di ansia in reazione ad un lutto, malessere generale nelle relazioni con gli altri) e diverse sfaccettature che ciascuna, nella sua soggettività, ha portato in gruppo, un gruppo che, fin dall'inizio mi ha dato l'impressione (immaginando e poi osservando le interazioni fra le persone) che potesse amalgamarsi bene.

3. IL TEMPO DELLA REALIZZAZIONE

Il gruppo nel divenire del tempo

Dopo aver attraversato la fase di preparazione del gruppo e mostrato gli aspetti del 'pensare e progettare il gruppo' prima del suo inizio, vorrei in questo capitolo descrivere alcuni aspetti del percorso di gruppo che riguardano la fase di realizzazione. Dico alcuni perché si tratta di un'esperienza complessa e articolata di cui potrò evidenziare solo una parte.

Mi concentrerò in questo capitolo nel dare una visione d'insieme del gruppo focalizzando l'attenzione sulle fasi del percorso. Trattandosi di un'esperienza a termine risulta spontaneo, come criterio di lettura, proporre la dimensione temporale, attraverso cui il gruppo si è fondato, sviluppato e concluso.

Il percorso ha avuto una durata di nove mesi, dal settembre a giugno, per un totale di 33 incontri complessivi, a cadenza settimanale, di due ore ciascuno. I passaggi fra una fase e l'altra coincidono temporalmente con le pause per le festività natalizie e pasquali, entrambe abbastanza lunghe da rappresentare una contingenza significativa che hanno permesso di lavorare in entrambe le occasioni sulla separazione e sulla verifica *in itinere* del percorso. Naturalmente alcuni aspetti non sono da ritenersi esclusivi di una fase o dell'altra, ma sono stati presenti trasversalmente.

Tutte hanno partecipato costantemente, tranne una persona che nei tre mesi successivi all'interruzione natalizia ha frequentato il gruppo "a singhiozzo", per poi decidere, dopo un incontro individuale con me ed uno con lo psichiatra di riferimento, di tornare in gruppo almeno per un incontro conclusivo, e in seguito al quale ha deciso invece di partecipare in modo regolare fino alla conclusione. Per le altre persone le assenze che si sono verificate, variabili per numero (da nessuna a cinque) e sempre motivate con preavviso, non hanno avuto conseguenze particolari sul percorso nell'insieme.

Gli operatori invianti, tutti psichiatri del Servizio, hanno continuato ad essere disponibili con le pazienti per le visite di controllo. Con loro ho mantenuto i contatti per un confronto sull'andamento del percorso, individualmente (nel caso di criticità) e in équipe negli incontri di verifica e restituzione previsti (a metà percorso e nella fase conclusiva).

3.1 Prima fase: fondazione del gruppo e consolidamento

La prima fase del percorso, riconducibile al periodo in cui il gruppo è rimasto 'aperto' a nuovi ingressi (da settembre a dicembre, 12 sessioni) è stata quella dedicata alla formazione del gruppo e alla creazione di un clima favorevole alla condivisione e al disvelamento.

La caratteristica principale di questa fase, come emerge anche dalla letteratura sugli stadi attraversati generalmente dai gruppi (Yalom, 1997) ruota attorno al tema della sicurezza e della fiducia: testare i confini del gruppo e del direttore, capire in che realtà sono capitati, verificare se possono fidarsi, conoscersi poco a poco. E compito del conduttore è quello di prendersi cura delle relazioni nascenti e garantire la sicurezza del contesto, alimentando la matrice gruppale, la storia del gruppo.

Il metodo dello psicodramma facilita intenzionalmente questo processo, attraverso le attività specifiche che facilitano l'interazione, la condivisione e la conoscenza reciproca in un contesto rassicurante.

Il primo obiettivo, trasversale a tutto il percorso ma specifico di questa prima fase, è stato quindi quello di fare in modo che ciascuna delle partecipanti si sentisse accolta, al sicuro, sia in relazione a me che alle compagne di gruppo, per acquisire una progressiva sensazione di familiarità.

Un secondo obiettivo è stato quello di consentire al gruppo di prendere confidenza con il nuovo stile di lavoro, introducendo gradualmente le diverse tecniche dello psicodramma (doppio, specchio, inversione di ruolo; regola della sospensione della risposta) facendo attenzione alla chiarezza e semplicità delle consegne e proponendo io stessa un codice di regole per definire il setting (ad esempio arrivando in orario e iniziando la sessione nei tempi stabiliti, indipendentemente dal numero dei presenti).

Un altro obiettivo è stato quello di consentire a tutte di dare un senso al loro essere lì: esplicitare i propri obiettivi, le proprie aspettative, i propri timori rispetto al percorso, come punto di partenza a cui tornare successivamente per rifare il punto della situazione. Nelle prime dodici sessioni il tema degli obiettivi è stato affrontato più volte, con lo scopo di aiutarle a definire meglio le attese: se al primo incontro, ognuno ha manifestato aspettative generiche (mi aspetto di "stare meglio" "ricevere sostegno" "conoscermi meglio") in una sessione successiva ho cercato di far esplicitare in modo più concreto le aree, attraverso un'attività che prevedeva l'individuazione di quei nodi critici che il gruppo avrebbe potuto aiutare a dipanare (*in inversione con un altro significativo, attraverso il quale ciascuna si presentava al gruppo, definendone le caratteristiche e i punti salienti su cui lavorare*).

È stata una fase delicata, soprattutto per l'attesa che il gruppo diventasse stabile, sia per i due pazienti rimasti a lungo in sospenso (che hanno rinunciato definitivamente solo alla quinta sessione) sia per l'incognita legata all'assegnazione di una stanza più ampia che consentisse l'inserimento di altre persone, per raggiungere il numero di otto pazienti come inizialmente previsto.

La *mancanza* di qualcuno è stata una variabile rilevante, a dimostrazione di come il gruppo immaginato e atteso sia determinante: non è stato facile per me garantire comunque il setting e cominciare in orario senza aspettare i ritardatari, pur avendo in mente un'attività di accoglimento proprio di quel compagno che all'ultimo minuto annunciava di non riuscire a venire (oppure non lo annunciava affatto) e inventare qualcos'altro da proporre. Ma è stato importante riconoscerlo come evento che non avrebbe compromesso il gruppo, non mettendo in alcun modo in dubbio la prosecuzione del percorso.

In questa fase le sessioni sono state prevalentemente dedicate al lavoro con il gruppo, impegnando in modo simmetrico tutte le partecipanti, avendo cura di proporre attività semplici, con un progressivo livello di impegno e complessità, in maggioranza finalizzate alla definizione dell' 'io' di ciascuno che cominciava a intrecciarsi con il 'noi' del gruppo, ancora in divenire. Ho preferito proporre la conduzione del protagonista, che richiede la presenza di un certo livello di coesione e conoscenza, a partire dalla quarta sessione.

L'atmosfera generale che ho potuto cogliere è stata di curiosità

e graduale apertura verso l'altro. Gli stimoli offerti hanno fatto emergere domande, contatti, movimenti di delimitazione del proprio spazio e della distanza di avvicinamento consentita. Ognuno a suo modo ha preso le misure e comunicato le proprie regole del gioco, chi mettendo in chiaro che avrebbe 'baciato' e 'toccato' le compagne solo quando avrebbe raggiunto confidenza, chi svelando particolari intimi fin dal primo incontro.

Hanno cominciato a vivere l'esperienza del gruppo, allenandosi a porsi nei panni di un altro in prima persona, a guardarsi da altri punti di vista, a sperimentarsi in un contesto di gioco, a sperimentare che *scegliere* di rivolgersi ad un compagno non è la stessa cosa che parlare a tutti indistintamente, ad attivare empatia o rispecchiamento nell'entrare in contatto con le vicende degli altri, a ritrovarsi via via sempre meno estranei.

Le persone nuove, attese a lungo, sono state accolte con un misto di entusiasmo e timore di perdere l'intimità conquistata. La suddivisione fra le 'quattro fondatrici' e le 'aggiunte' è rimasta presente per tutta questa prima fase per poi diventare sempre più tenue nel corso della seconda fase, in cui altri movimenti hanno contrassegnato la vita del gruppo.

Dopo l'inserimento dell'ultima persona il processo avviato nelle prime sessioni si è trasformato in un progressivo consolidamento: il numero di presenze in attivo, la mancanza o il ritardo di una persona, l'attesa delle compagne per entrare o uscire dalla stanza, le chiacchierate nel parcheggio, hanno cominciato a rappresentare un segno tangibile di appartenenza al *gruppo del lunedì pomeriggio*, diventato una ricorrenza importante per tutte. Nell'ultima sessione prima delle vacanze natalizie, ufficializzato che non ci sarebbero stati più nuovi ingressi né l'assegnazione della stanza più grande, si sancisce ulteriormente il confine del gruppo. Chi c'è, c'è!

3.2 Seconda fase: il lavoro centrale

Il lavoro di gruppo prosegue e si consolida nel periodo che va dalla ripresa degli incontri dopo le vacanze fino alla pausa successiva per le festività pasquali. In tutto 13 sessioni.

Ritrovarsi dopo un periodo di pausa ha reso evidente l'attenzione sempre maggiore per le vicende reciproche e la disponibilità ad entrare in maggiore profondità, ad essere più dirette nelle comunicazioni, a correre il rischio di esporsi di più, uscendo dal clima un po' 'sabauda' e prudente che ha caratterizzato i primi momenti.

Il gruppo ora è al completo e approda così al momento centrale, complesso e articolato, in cui le vicende individuali interne ed esterne al gruppo si intrecciano con i vissuti connessi alla rete di relazioni che si sviluppa tra le persone. Cresce quello che Moreno chiama il co-conscio e co-inconscio, in riferimento ai contenuti che vengono condivisi e che diventano patrimonio *consapevole* del gruppo (le storie di vita e di relazione di ciascuno, le conoscenze e i contenuti condivisi dal gruppo) o *inconsapevole* (le emozioni percepite, le risonanze interne, il clima e lo stile relazionale, il patrimonio emotivo e simbolico che costituisce il tono di fondo del gruppo).

Le persone (me compresa) si muovono con maggiore scioltezza sul palcoscenico, sentendosi a casa loro: predispongono lo spazio, spostano cuscini e materassi, usano coperte, prendono iniziative con maggiore libertà, forzando talvolta i confini della consegna per verificare la mia 'tenuta'. E per me ogni occasione è buona per utilizzare come spunto quello che emerge, in un dialogo che si fa più fluido.

Ognuna mette in comune con il gruppo la propria storia e il proprio stile interpersonale, vengono svelati i modelli di relazione e riproposti i propri copioni talvolta non funzionali. È qui che il gruppo assolve la funzione terapeutica centrale, permettendo di giocare con nuove regole, in un contesto che consente a ciascuna di guardarsi dentro in modo nuovo e di cogliere un'immagine di sé attraverso lo specchio rimandato dal gruppo.

Tenendo conto del contesto (tempo, contingenze, storia del gruppo) propongo via via attività con maggiore complessità, sia per le tecniche che per le funzioni mentali attivate: il gruppo è pronto ad impegnarsi nelle attività che contraddistinguono la ricchezza del metodo psicodrammatico che, come dice Maria Caterina Boria

(2006) nel suo recente testo *"consentono di vivere tutta l'ampia gamma di esperienze che vanno dall'intenso e caldo vissuto di fusionalità intragruppale, dato dalla condivisione profonda di momenti emotivamente coinvolgenti, al rassicurante senso di individuazione, dato dal sentirsi unici nelle propria specificità"* sia nella condizione di semirealtà che contraddistingue la dimensione del gioco psicodrammatico, sia in condizione di realtà, che coinvolge le persone nel 'qui ed ora' del gruppo. Vengono improvvisati ruoli nuovi, sperimentate situazioni di comunicazione inconsuete, misurata la *temperatura* intragruppale e la qualità delle relazioni attraverso attività di sociometria, che consentono di attivare il confronto e la riflessione sulla realtà di gruppo.

I lavori con il protagonista diventano più frequenti (7 sessioni su 13): essere al centro del palcoscenico è un'esperienza intensa che, pur vissuta in principio con fatica e dolore, viene affrontata in modo costruttivo e cementa ulteriormente il gruppo. Certo, c'è chi ha tempi più lunghi e preferisce cedere il passo per un po', lavorare attraverso il contenuto portato dagli altri, rimanere in posizione più marginale. Ma come sappiamo dalle partecipazioni ai lavori dei protagonisti emerge che anche chi assiste in uditorio o partecipa come ausiliario, viene coinvolto emotivamente attraverso i processi di identificazione e rispecchiamento, ed è comunque impegnato in un costruttivo lavoro di elaborazione.

Nella prospettiva di un'attenzione al limite temporale, e più in generale ai dati di realtà come il metodo insegna, vengono introdotti nel gruppo dei momenti di verifica: i cambiamenti e le trasformazioni avvenuti all'interno e all'esterno del gruppo (assenze protratte di una componente, la gravidanza di un'altra, un episodio grave capitato ad un familiare di una partecipante, che ha creato una situazione di rapporto privilegiato con me, la scelta di cambiare professione) sono eventi significativi che hanno costituito preziose opportunità non solo per arricchire la matrice gruppale, ma anche per portare tutto il gruppo a ridefinire e riformulare gli obiettivi.

Cogliendo come spunto quanto accade nel 'qui ed ora', il gruppo diventa sempre più in grado di prendersi cura dei singoli in senso ampio: sia rispondendo ai bisogni fusionali, svolgendo una funzione contenitiva ed accogliente, che rispondendo a quelli individuali, svolgendo una funzione di stimolo che aiuta a differenziarsi. Ognuno diventa agente terapeutico dell'altro, mostrando un reale interessamento al benessere della persona, sentendosi legittimato a praticare un' *"affettuosa brutalizzazione che aiuta a crescere"*, come definisce una partecipante rivolgendosi ad una compagna in riferimento a quanto 'ricevuto' da lei nella sessione precedente.

Soprattutto in questa fase il gruppo è cresciuto e maturato, diventando capace di prendersi cura dei singoli non solo nella dimensione materna di accudimento e accettazione incondizionata, ma proponendosi come stimolo trasformativo e critico, offrendo il proprio punto di vista con specchi nutritivi ma anche schietti e per questo estremamente stimolanti. Occuparsi in modo diretto dei sentimenti spiacevoli ha provocato una certa dose di preoccupazione e disagio, ma ha consentito al gruppo di fare esperienze importanti: ha permesso di vivere in prima persona, ad esempio, che la rabbia, se ben canalizzata, non è necessariamente distruttiva; che se si corrono rischi e ci si espone i risultati possono essere una maggiore comprensione e accettazione reciproca e non necessariamente il rifiuto.

Siamo alla fine di marzo, ognuno ha assunto un proprio specifico valore, sono state riconosciute e apprezzate le differenze, riflettuto sulla ricorrenza dei ruoli giocati come ausiliari, e anche la conclusione del percorso ha cominciato ad essere più presente, alternativamente come fantasma (*"ce la farò da sola?"*) e come stimolo per capitalizzare nel migliore dei modi gli incontri rimasti (*"devo usare bene i prossimi incontri"*). Giunto il tempo per un primo bilancio prima di salutarsi, e per la ridefinizione degli obiettivi per il tempo restante, la lunga pausa delle vacanze pasquali viene utilizzata come 'prova di autonomia', anche se stemperata attraverso l'accordo di incontrarsi fuori per una pizza.

2.5 Terza fase: la chiusura

Ci si ritrova per gli ultimi otto incontri dopo le vacanze avendo

ben chiaro che il percorso finirà. Il discorso sulla fine, già evidente dai discorsi informali e dall'organizzazione di vedersi fuori, ora viene presentificato dal conto alla rovescia, provando a prevedere chi mancherà a quell'incontro o a quell'altro (per visite mediche o per vacanze) e chi ci sarà all'ultima sessione.

L'incontro in pizzeria, che ha coinvolto quasi tutte, viene utilizzato come prima occasione per riflettere sul *dentro* e sul *fuori*, per creare un collegamento importante: a partire da una domanda su quale sia la dimensione che permette di esprimere la 'vera' natura di ciascuna ("siamo vere qui dentro oppure là fuori?"). Propongo un'attività di specchi che consente di lavorare sul senso di continuità, sul collegamento fuori/dentro. L'esterno ha fornito materiale importante e ha permesso ad esempio di chiarire una dinamica fra due compagne, esplicitando vissuti che se fossero stati taciuti avrebbero agito in modo sotterraneo nel gruppo.

Le attività continuano a guidare il gruppo ad affrontare i bisogni dei singoli, quando emergono, ma soprattutto mirano intenzionalmente a recuperare il senso del percorso, a tessere i fili delle relazioni, a dare il tempo ad ognuno di salutarsi e congedarsi dall'esperienza riconoscendo i progressi, le rigidità, i punti inesplorati, e aprire una porta verso il futuro. Si fa largo l'interrogarsi sul percorso, sugli ostacoli superati o almeno messi a fuoco, su ciò che rimane in sospeso e che potrebbe essere affrontato in una sperata prosecuzione, sul timore di non farcela da soli, di avere ancora bisogno del gruppo.

È la fase conclusiva, si semina ancora ma è soprattutto tempo di raccogliere. Alcuni tuffi a capofitto su vicende personali molto intime e dolorose, che richiederebbero di riaprire alcune profonde ferite, danno il segnale che per qualcuno il timore della separazione è forte. E allora si immagina il futuro, si fanno ipotesi prognostiche su di sé e sugli altri, si fa il punto sui desideri, sulle proprie ed altrui risorse, sulle possibilità di richiedere aiuto intraprendendo altri percorsi.

Ognuno ha la possibilità, nell'ultima sessione soprattutto, di trasformare un evento della vita del gruppo (l'approssimarsi alla conclusione, i saluti, il congedo) in un accadimento che si colloca nella propria storia, come momento significativo del proprio percorso di crescita. Ognuno si separa a modo suo, nel suo stile. Chi cerca di sdrammatizzare proponendo di vedersi altrove. Chi si dispiace per aver in parte sabotato l'esperienza ma è soddisfatta per non essere fuggita come al solito. Chi chiede di non essere dimenticata e porta un regalo per tutte. Chi versa lacrime calde e abbracciando ognuno, recupera il senso di ciascuna relazione⁵.

4. IL TEMPO DELLE RIFLESSIONI

Il gruppo come agente terapeutico

Il gruppo è definito da Moreno come *locus, medium e agente* terapeutico, per lo sviluppo della spontaneità, condizione essenziale per esprimere la dimensione creativa della vita, vale a dire per conseguire la piena realizzazione delle proprie potenzialità come essere umano. Ma in che modo il gruppo facilita l'acquisizione di tale risultato? Che tipo di esperienza offre ai partecipanti?

Il gruppo *come contenitore di esperienze* diventa in questo capitolo oggetto di attenzione per comprendere in che modo l'individuo, che partecipa attivamente al ricco contesto relazionale offerto dal gruppo di psicodramma, riceve aiuto offrendolo al contempo agli altri.

Rileggerò quindi l'esperienza dei singoli e del gruppo (o meglio, parte di essa) attraverso tre dimensioni che qualificano la 'forza terapeutica' del gruppo di psicodramma e che rimandano per lo più all'attivazione delle fondamentali funzioni psicologiche attraverso le quali, secondo la teoria moreniana, le persone si mettono in relazione fra loro nella vita quotidiana (le funzioni di doppio⁶,

⁵ Riprenderò l'argomento, in particolare l'importanza del 'congedo', nel capitolo 5

⁶ La funzione di *doppio* è data da quell'insieme di meccanismi che consentono a una persona di definire e riconoscere i propri contenuti mentali profondi e di renderli intelligibili dall'esterno. Tali meccanismi producono nell'individuo un atteggiamento auto-osservativo (riflessione, introspezione) che coglie e dà forma al vissuto, per poi esprimerlo con gli strumenti

specchio⁷, decentramento percettivo⁸).

Nella psicoterapia psicodrammatica queste funzioni, che corrispondono ai bisogni centrali dell'individuo, nel continuum fusionalità-individuazione-alterità⁹ vengono attivate intenzionalmente dal direttore nel qui ed ora del gruppo, nella relazione ruolo/controruolo.

La suddivisione che segue non è da intendersi in modo netto, come si vedrà anche dagli esempi: le esperienze sono strettamente interconnesse e complementari e si richiamano l'una all'altra. Il mio intento, tuttavia, è stato quello di seguire un criterio per leggere l'esperienza esemplificando, nei casi specifici, in che modo il gruppo abbia rappresentato per i singoli un'occasione per recuperare e riattivare processi di crescita fondamentali per uno sviluppo sano, a partire dalla sperimentazione di vissuti ed esperienze relazionali significative.

4.1 Il gruppo che accoglie e contiene

Il gruppo di psicodramma ha risposto prima di tutto al bisogno dei singoli di sentirsi accolti nella loro richiesta di aiuto: la presa in carico ha costituito una risposta alla loro domanda, ed ha permesso che il loro ruolo di 'persona che porta una sofferenza' trovasse un controruolo nel gruppo di terapia 'che accoglie'. Come dicevo nel primo capitolo, uno dei fattori terapeutici che agiscono in tutti i tipi di psicoterapia è connesso alla fiducia nel cambiamento. Nel corso delle prime sessioni è emerso che un primo sollievo era stato già determinato dall'aver espresso una richiesta di aiuto: il fatto stesso di nutrire speranze e aspettative di cambiamento aveva di per sé avviato il processo già nell'intervallo fra i colloqui e la partenza del gruppo. In seguito la sensazione di essere stati inseriti in un gruppo (con la sensazione di essere le "fortunate prescelte") ha rappresentato un tema di fondo per tutta la durata del percorso.

Questa dimensione può essere sovrapposta alla funzione 'materna' del gruppo, assolta cioè attraverso l'attivazione di quei processi che hanno messo i singoli in condizione di sperimentare la sensazione di essere contenuti, protetti, sostenuti, compresi, senza essere giudicati. Il gruppo ha offerto ad ognuno la possibilità di sperimentare la dimensione fusionale, che si esprime attraverso ruoli che cercano soddisfazione e completamento nell'affidamento all'altro¹⁰.

Il luogo fisico di per sé, il tappeto a contatto con i piedi scalzi, la possibilità di creare atmosfere contraddistinte da una dimensione di 'morbidezza' (sia diminuendo la luminosità che predisponendo ambienti soffici) costituisce una cornice facilitante e predispone alle attività in cui è centrale l'esperienza di accadimento, anche mediante il contatto tonico. Il direttore stesso, in prima persona, nella presa in carico del gruppo e del protagonista, contribuisce a fare sperimentare a ciascuno la sensazione di essere protetto, nutrito e sostenuto.

comunicativi, verbali e non, di cui egli dispone (G. Boria, 2005, p.98)

⁷ Parliamo di *specchio* quando si viene a produrre una dinamica mentale grazie alla quale un individuo coglie aspetti di se stesso nelle immagini relative alla sua persona costruite dagli altri ed a lui rimandate. Mentre nel caso del doppio l'individuo arricchisce la rappresentazione di se stesso orientando l'attenzione verso il suo interno, nel caso dello specchio l'individuo guarda fuori di sé per constatare come egli sia percepito dagli altri (G. Boria, 2005, p.99)

⁸ Questa funzione è più abitualmente chiamata *inversione di ruolo*. Viene attivata sia nel momento in cui una persona si mette nei panni di un altro e ne percepisce il peculiare modo di sentire, sia nel momento in cui vede se stessa con gli occhi di un altro (L. Dotti, 1998, p.198). La ricchezza di questa funzione scaturisce proprio dalla sua idoneità a far cogliere 'nuove verità', aggirando e superando in modo naturale blocchi emotivi e pregiudizi cognitivi anche cristallizzati. (G. Boria, 2005, p.100).

⁹ P. De Leonardis (1994, p.166-171) parla di *bisogno di alterità* che si esprime attraverso ruoli che, invece di ricercare la vicinanza dell'altro (bisogno di fusionalità) oppure l'allontanamento dall'altro (bisogno di individuazione) muovono la persona ad una curiosa ed autonoma ricerca dell'altro per il solo piacere della scoperta del nuovo e dello sconosciuto.

¹⁰ Mi riferisco qui al concetto di fusionalità come lo intende P. de Leonardis (1994) non in un senso regressivo affine al concetto di simbiosi, che presuppone interdipendenza e con-fusione con l'altro, ma nel senso di una modalità relazionale corrispondente al bisogno di *essere con, essere insieme, co-essere*.

Questa dimensione è caratterizzata dal mettere le persone in condizione di sperimentare esperienze in cui si sfumano i confini fra sé e gli altri, in cui la sensazione prevalente è quella di essere un 'noi', in cui tutto è accettato e permesso, in cui si possono esprimere le parti più oscure o dolorose, a cui si possono affidare le parti fragili di sé, in cui il tema di fondo è la fiducia di entrare in contatto (tonico, ma non solo).

Questa esperienza, importante per tutte, è stata centrale in particolare per chi è giunto in gruppo portando proprio la sua difficoltà ad entrare in contatto, a fidarsi, a farsi accogliere, a mostrare le sue parti fragili senza difendersi. Mi soffermerò in particolare su Alessandra.

Alessandra si presenta al gruppo, già avviato da 11 sessioni, con questo biglietto da visita: "sono Alessandra, sono qui come ultima spiaggia dopo un'analisi individuale, non so se sono nel posto giusto perché io non riesco ad entrare in contatto con gli altri. Ho visto che vi siete bacciate, vi dico subito che non dovete baciarvi fino a che non ve lo dirò io. E non vi avvicinate troppo".

Come è prevedibile, quando ad esempio viene richiesto di aggombrare una compagna avvicinandosi o facendosi accogliere, emerge il suo bisogno di tenere le distanze: mi guarda, sospira, ed esegue la consegna mantenendo uno spazio di sicurezza (distanza, postura, oggetti messi in mezzo).

È evidente che in una situazione di partenza simile, visto che il nodo è proprio lì, nella difficoltà di contatto fisico ma non solo, il direttore si deve muovere a cavallo fra il rispetto per la soggettività (che corrisponde alla richiesta di 'attesa': "non vi avvicinate se non sto male o vi faccio male") e il mandato terapeutico (che corrisponde alla richiesta di aiuto: "dammi una mano a vincere la mia diffidenza"). Rompere il copione disfunzionale, in questo caso specifico, significa aiutare la persona a sperimentare, in un contesto sicuro, modalità diverse di relazione, per sentire gli altri meno minacciosi. La dimensione materna del gruppo e la sua capacità di contenimento, tematizzata dalla omogeneità di genere (femminile) e di ruolo (predominanza di mamme) è stata ulteriormente attivata in particolare nei suoi confronti dalla gravidanza da lei annunciata a metà percorso. Essere accolta nonostante la sua forza respingente, sentirsi accettata e non giudicata, le ha dato l'opportunità di poter mostrare finalmente la sua parte piccola e fragile, bisognosa di essere contenuta e 'doppiata' dalle altre mamme, senza l'obbligo di difendersi. Questo le ha reso più pensabile il suo ruolo 'in fieri' di mamma che pensa ed accoglie la creatura che porta dentro di sé. L'opportunità di sperimentare in semirealtà il ruolo di mamma, di muoversi lungo l'asse temporale recuperando il suo vissuto di bambina (gemella) non pensata e respinta, non scelta, sempre seconda, insieme alla possibilità di sperimentare nel qui ed ora del gruppo la sensazione di essere pensata, tenuta, accettata senza giudizio (pur nel suo stile evitante) e infine abbracciata e tenuta in braccio, ha rappresentato un grande momento di crescita. Grazie a questa circostanza ha potuto sperimentare che il contatto fisico è caldo e nutriente, che all'intimità non segue necessariamente il rifiuto. Il gruppo viene vissuto come un corpo materno, una matrice - utero, sia per la sua forma che per le funzioni che a volte assolve. Il corpo, per lei così difficile da usare, diventa un medium importantissimo (catene, contatti tonici, lavori al buio) che viene utilizzato proprio per stimolare la funzione materna e soddisfare bisogni di tipo fusionale.

Come direttore, se inizialmente mi ponevo in una posizione di rispetto quasi collusivo del suo stile evitante, per timore di procurarle dolore, pian piano mi si è chiarita l'idea che il punto cruciale, per lei, era quello di vivere un'esperienza correttiva grazie all'incontro concreto con le persone. Ed era evidente che nel qui ed ora del gruppo pensando ai suoi bisogni e alla sua storia personale (insieme agli anni di analisi che l'avevano portata ad una ottima capacità introspettiva ma ad un altrettanto sviluppato controllo razionale) prima di poter incontrare l'altro in modo spontaneo e autentico avrebbe dovuto sperimentare la dimensione della fiducia e della soddisfazione nell'affidarsi all'altro, facendo emergere le sue parti fragili e bisognose di contatto.

È stato d'obbligo rispettare i suoi tempi e proporre gradualmente attività che la facessero entrare maggiormente in

intimità con le compagne, pur garantendole un margine di libertà per non spaventarla e non farla fuggire. Le sue distanze di sicurezza, man mano che l'intimità aumentava e la storia di gruppo si intrecciava, si sono progressivamente accorciate, fino a permetterle di essere abbracciata, di sedersi in braccio ad una compagna e farsi accarezzare lasciando andare lacrime e respiro.

4.2 Il gruppo che stimola e provoca

L'accudimento sano e costruttivo, esercitato da una persona che ha a cuore il benessere di un altro (come quello della mamma nei confronti di suo figlio) prevede sia una buona dose di protezione e accettazione incondizionata, sia un'altrettanto presente spinta affinché l'altro si separi e si renda autonomo. Come si sa i ritmi del bambino vanno rispettati, ma la subordinazione incondizionata alle sue richieste non è mai funzionale al suo sviluppo.

La soddisfazione del bisogno fusionale, per una crescita sana, deve quindi essere controbilanciata dalla soddisfazione del bisogno opposto, quello individuativo, grazie al quale la persona può separarsi dall'altro e così facendo definisce la propria specificità. Come dice G. Boria (2005) *"l'alternarsi armoniosa oppure imperfetta dei ruoli capaci di soddisfare questa duplicità di bisogni determina nella persona equilibrio oppure disagio"*.

Il direttore di un gruppo ha quindi il compito di predisporre e farsi garante di un ambiente in cui ciascuno dei partecipanti, oltre a sperimentare un clima facilitante e coeso, possa aggiungere elementi nuovi alla conoscenza di sé, della propria storia, e dei propri modi di funzionare nelle relazioni, del proprio modo di sentire, anche attraverso esperienze che aiutino a differenziarsi e autodefinirsi: un'esperienza terapeutica data quindi non solo dal sentirsi capiti e accettati totalmente.

Questa dimensione che risponde al bisogno individuativo (intrecciata a quella precedente che risponde al bisogno fusionale) è un aspetto fondamentale dei gruppi in generale, e quello di psicodramma in particolare. Il gruppo esercita questa funzione di 'stimolo' in diversi modi: il direttore può ad esempio far lavorare sulla qualità delle relazioni nel qui ed ora del gruppo, rendendole visibili attraverso lavori sociometrici, mettendo in evidenza i ruoli di ciascuno all'interno del gruppo. Le stesse regole del metodo rappresentano il contesto 'delimitante' che costringe la persona a fare i conti con il proprio confine: tener conto degli altri e dei limiti dati dal contesto (rispetto del tempo, delle consegne, delle regole) aiuta le persone a riconoscere e limitare il proprio stile. Vorrei soffermarmi a riflettere in particolare sulla centralità dello specchio come occasione di stimolo, sia come funzione psicologica-relazionale che come tecnica, che consente di operare un confronto fra l'immagine che si ha di se stessi e quella che gli altri rimandano. Le opinioni, le percezioni, i pensieri, i sentimenti che il gruppo offre nelle interazioni sono fondamentali per la crescita delle persone e per il loro senso di identità, perché consentono ad ognuno di aggiungere molti punti di vista al proprio, di ridefinirsi in base alle informazioni che vengono dall'esterno. Nel gruppo venire a conoscenza di come si è percepiti dagli altri, e poter confrontare questa immagine con l'idea che si ha di se stessi, costituisce un'esperienza estremamente arricchente, anche se talvolta non facile da affrontare. Significa confrontarsi con la diversità, imparare a tener conto degli altri, come realtà indipendente dal proprio desiderio o controllo. Significa crescere.

Questo confronto talvolta può rivelarsi troppo minaccioso, e può mettere in pericolo la partecipazione alla terapia, tuttavia risulta fondamentale per la buona riuscita della terapia stessa. Penso in particolare all'effetto di questa dimensione su una delle partecipanti, Jessica, molto sensibile ai rimandi delle compagne e al tempo stesso estremamente bisognosa di un confronto con la realtà che, nella piccola realtà del gruppo, è potuta avvenire.

Jessica è la persona più giovane del gruppo ed entra in gruppo fin dall'inizio. Assume da subito il ruolo di 'mascotta' da accudire e coccolare. È la più disorientata fra le quattro e manifesta un grande desiderio di essere accolta e contenuta. Nel corso delle prime sessioni investe moltissimo nel gruppo: lavora bene al servizio delle compagne, porta molto della propria storia, si crea nel corso delle prime sessioni una buona coesione, in un clima in cui prevale la

dimensione materna, e in cui Jessica riveste il ruolo della piccolina che viene accolta e sostenuta nelle sue debolezze. L'ingresso della nuova compagna, all'ottava sessione, le provoca una reazione di rifiuto, sia per la difficoltà ad accogliere il nuovo che rompe l'equilibrio idilliaco ("un po' mi dispiace che arrivi, si stava così bene noi quattro...") sia per le caratteristiche specifiche della persona che entra in gruppo (Alessandra, di cui ho parlato sopra) che fa della comunicazione diretta ed autentica la sua bandiera, costituendo per il gruppo una preziosissima funzione di stimolo costruttivo, sia attraverso specchi rinforzanti che ruvidi e pungenti, ma sempre puntuali e mai giudicanti. Alessandra rappresenta però per Jessica uno specchio scomodo, difficile da tollerare, che tende ad evitare. Nella fase centrale il lavoro si fa più intenso complesso, insieme alle conduzioni di protagonista le attività che stimolano la funzione di specchio diventano centrali, e Jessica si mostra in più occasioni insofferente ai rimandi che talvolta interpreta in modo distorto. A circa metà del percorso propongo un'attività sociometrica (utilizzando come criterio di vicinanza o lontananza l'identificazione rispetto ai temi portati dalle compagne: QUANTO PENSATE DI RIUSCIRE A METTERVI NEI PANNI DI...) con la finalità di arricchire la conoscenza di se stessi e del gruppo in funzione delle singole relazioni (TI HO MESSO QUI PERCHÉ...).

Jessica mostra irrequietezza soprattutto durante il lavoro di Alessandra ma nella verbalizzazione finale non porta vissuti di esclusione. Da questa sessione comincia però a fare delle assenze intermittenti, non avvisando in anticipo e mostrando un disinvestimento nei confronti del gruppo: non rispondendo alle telefonate delle compagne, fornendo al gruppo motivazioni poco credibili, e ripetendo più volte la stessa modalità (assente, non avvisa, non si fa trovare, ritorna dando poco peso all'assenza). Inoltre, quando presente, si mostra comunque più assente del solito, dando rimandi poco costruttivi sia ai singoli che al gruppo nel suo insieme, inviandomi messaggi indiretti ("forse dovrei chiedere una terapia individuale"), partecipando in modo distratto ai lavori delle compagne, se non viene scelta come protagonista.

Jessica ha ripetuto in gruppo il suo copione relazionale: l'altro viene visto come prolungamento di sé, e l'uscita dalla fusionalità le provoca un disorientamento e una rabbia che controlla attraverso la fuga dalla relazione. Di fronte alle regole poste dall'esistenza degli altri, fa saltare il legame. Di fronte al timore di essere rifiutata, rifiuta per prima. Di fronte alla dissonanza che prova confrontando l'immagine di sé con quella che vede allo specchio negli occhi degli altri, non si riconosce e fugge.

La presenza/assenza di Jessica è stata piuttosto rilevante per i primi mesi dell'anno. Due sessioni presente e una assente; così per due mesi e mezzo circa. Piuttosto rilevante per un percorso di nove mesi complessivo. Il limite temporale mi pone di fronte all'esigenza di intervenire senza attendere troppo, sia per consentire a lei non uscire dall'esperienza con un senso di ulteriore fallimento (la sua storia è costellata di esperienze iniziate e non portate a termine) sia per garantire al gruppo di proseguire il percorso senza essere ostacolato dai suoi ritmi irregolari. La centralità che il suo esserci/non esserci stava assumendo all'interno del gruppo (riferimenti a lei in sua assenza) mi porta in una sessione a far verbalizzare alla 'sedia vuota' i vissuti di rabbia nei confronti dell'assente e a pormi più volte gli stessi interrogativi sulla modalità di intervento (chiamarla? Aspettare? Non dare troppo peso alle assenze per non colludere con il suo intento di monopolizzare il gruppo? Farle al contrario sentire la mia presenza e quella del gruppo per aiutarla a non replicare la solita modalità di relazione).

Innanzitutto mi sono accertata della sua condizione di salute per escludere gravi malesseri. Nulla di serio: impegni e circostanze inaspettate che hanno reso impossibile venire al gruppo. La dinamica si ripete più volte. Di fronte al progressivo disinvestimento il gruppo vede tramutare i primi sentimenti di protezione e preoccupazione per questa compagna in sottile malessere, virato poi, dopo le ripetute assenze non annunciate, in forte ambivalenza: da un lato la preoccupazione nel dubbio che intenda interrompere un percorso, rinunciando al cambiamento; dall'altro lato il risentimento per avere in qualche modo danneggiato il clima del gruppo.

Occuparsi di questo dato di realtà è basilare. Pensando al gruppo utilizzo l'ambivalenza nei confronti di Jessica come occasione per lavorare sull'ambivalenza di ciascuno nei confronti del proprio percorso di terapia, sulla fatica di esserci e di guardarsi dentro, che è legittimo provare anche se si è decisi a cambiare: ognuno, dopo essersi rivolto alla sedia vuota, in inversione di ruolo con Jessica assente, fa emergere i suoi timori, desideri, le sue paure, entrando in contatto con la sua ambivalenza nei confronti del gruppo e del percorso; questo lavoro conduce poi a lavorare sulla propria difficoltà di ricevere rimandi che non corrispondono alla propria immagine di sé e all'approfondimento di una situazione (attraverso la conduzione di una protagonista).

Anche nei confronti di Jessica, al di là dei dubbi sull'opportunità di farla rimanere nel gruppo o meno, mi è sembrato essenziale centrare il lavoro sull'esplicitazione e sul chiarimento. Mi rendo conto che è necessario come prima cosa attivare una riflessione sulla responsabilità, non nel senso moralistico ma nel senso di 'risponderÈ a quello che si fa e si decide di fare, essendone consapevole, per capire che la sua presenza in gruppo è determinante, che non è indifferente esserci o non esserci. Le faccio sentire la mia presenza: la convoco per un colloquio e le dico che è necessario decidere insieme se stare dentro o fuori. La invito a venire in gruppo almeno per salutare.

L'accoglienza che il gruppo le rivolge, appena la vedono, è di attesa curiosa.

Inizio l'aggiornamento dando la parola a Jessica, dicendo che ha una cosa importante da comunicare al gruppo. Lei si rivolge ad ognuna e per ogni relazione ricostruisce con incredibile autenticità un pezzo di storia: l'aggravamento dei sintomi di cui al telefono preferiva non parlare, la collera nei confronti di Alessandra per essersi sentita offesa nell'attività di sociometria, la rabbia nei confronti di se stessa per essersi dimenticata di venire al gruppo, le difficoltà legate al nuovo lavoro che la facevano di nuovo sentire una fallita, la vergogna di venire in gruppo dopo non essersi comportata correttamente. Conclude dicendo che vuole tornare in gruppo regolarmente, che non vuole più sprecare tempo. Il giro continua e molte delle compagne la scelgono come interlocutore. Nell'attività seguente lavora come protagonista sulle dinamiche familiari e in particolare sulla relazione ambivalente con la mamma.

La possibilità di confronto diretto attivato grazie al metodo, ha permesso di chiarire i 'non detti', in un contesto in cui i punti di vista di ciascuno sono stati resi espliciti e hanno cessato di essere 'agiti'. C'è stato un grande momento di verità, complesso e molto intenso, con uno spazio alle storie dei singoli (centrate sul vissuto di esclusione, di rabbia, di timore del giudizio) e alle relazioni tra i membri del gruppo. È emersa la fatica di Jessica e la sua ambivalenza (esplicitata) nei confronti di Alessandra, che rappresenta per lei uno specchio scomodo, perché la sua puntuale capacità di analisi le rimanda qualcosa che le provoca dolore soprattutto, come dice lei stessa, "perché coglie nel segno".

Oltre ai benefici per Jessica (la messa a fuoco della riattivazione di un copione relazionale consueto e intrappolante, che le impedisce di fidarsi, la sperimentazione di un contesto autentico in cui il gruppo ha resistito all'attacco) è stato spunto per consentire al gruppo di riflettere sulle modalità di relazione di ciascuno.

4.2...Il gruppo che fa giocare e sperimentare

Lo sviluppo del potenziale creativo delle persone è stato l'obiettivo terapeutico centrale di Moreno: nello psicodramma viene stimolata sistematicamente la creatività, l'immaginazione, l'improvvisazione, per indurre il più possibile le persone a giocare ruoli inconsueti, ad ampliare la gamma di quelli fino ad allora giocati, per imparare a riconoscere e a non utilizzare più quelli ritenuti non funzionali.

L'espansione della capacità di giocare¹¹ costituisce l'obiettivo ultimo del processo terapeutico, poiché questo consente

¹¹ I termini francesi *jeuer* e *to play* fanno riferimento sia a ciò che nella lingua italiana si intende per 'giocare' che a ciò si intende per 'rappresentare'. Qui il termine viene usato volendo abbracciare entrambi i significati, vale a dire sia la dimensione dell'azione che produce divertimento, sia l'azione che permette di interpretare un ruolo.

all'individuo di sviluppare nuove modalità di funzionamento, più adeguate alla propria realtà interna ed esterna, e a metterle in pratica nelle situazioni interpersonali, che consentono ulteriormente l'espansione di sé e l'autorealizzazione.

Il gruppo di psicodramma consente ai partecipanti di sperimentare (e sperimentarsi in) una dimensione inconsueta, in cui è possibile – grazie alla liberazione della spontaneità intesa come catalizzatore del processo – accedere alla propria capacità di creare, immaginare, inventare, trovare soluzioni, naturalmente non dal nulla ma attingendo dalle proprie risorse interne, dal proprio mondo interiore.

Si accede così alla possibilità di rivestire i panni di qualcosa che è 'altro da sé' (persone, oggetti, animali, parti di sé, sogni, personaggi di fantasia) decentrandosi dalla propria collocazione abituale, attraverso l'attivazione della funzione psicologica-relazionale del decentramento percettivo, su cui si costruisce l'azione psicodrammatica: il racconto viene trasformato in accadimento, e il proprio teatro interno prende vita sul palcoscenico in modo variegato.

È così che nel teatro vengono proposti giochi di ruolo in cui ciascuno, liberato da vincoli convenzionali e legittimato dal direttore – che propone attività finalizzate a creare un clima il meno ansiogeno possibile – consente a se stesso di giocare una realtà diversa utilizzando nuovi canali espressivi; è così che ognuno può dare forma, definire e incarnare i personaggi che popolano il proprio teatro interno, rivivendo avvenimenti distanti nel tempo (sia nel passato che nel futuro); è così che ognuno può, dopo aver lasciato agire l'io-attore, mettere a fuoco le emozioni, le ambiguità, le corrispondenze o differenze del ruolo giocato da quelli abituali, ed elaborare ed integrare il risultato dell'esplorazione in nuovi significati, per operare cambiamenti.

Spesso la sofferenza e il disagio psicologico sorge dalla cristallizzazione dei ruoli, vale a dire dalla consuetudine delle persone di agire sempre gli stessi copioni in una ripetizione quasi automatica. La dimensione del gioco crea invece uno spazio intermedio che aiuta le persone ad esprimersi in modo diverso, più spontaneo ed autentico, a dare forma simbolica al proprio mondo interno attraverso il linguaggio, il movimento, il pensiero e l'affetto, e a "pescare" dentro di sé la propria energia in modo più mobile. Il ruolo terapeutico del gioco richiama la concezione di Winnicott (1971) che lo definisce come "il principale atto creativo, che alberga fra la realtà e la fantasia e opera per aiutare le persone a negoziare i paradossali confini tra la vita quotidiana e l'immaginazione, tra 'ciò che sono io' e 'ciò che non sono io'".

Essere calati nei panni di un altro ed agire spontaneamente in un ruolo inconsueto (se adeguatamente riscaldati e dunque disponibili) determina sensazioni, vissuti ed immagini che presentano aspetti di novità e diventano oggetto di riflessione ed elaborazione. Così come entrare in contatto tonico con gli altri componenti del gruppo in un'atmosfera giocosa e inconsueta favorisce la liberazione di spontaneità indispensabile per affrontare con autenticità il lavoro di esplorazione e di auto-osservazione che segue i momenti di azione.

Tornando all'esperienza del mio gruppo, per le componenti imparare a giocare tanti diversi ruoli, attraverso attività che le ha guidate ad uscire dalla rigidità e dalla consuetudine della modalità interpersonale abituale, ha rappresentato una dimensione attivante fondamentale. In tutte le sessioni la dimensione del gioco spontaneo ha dato la possibilità di entrare in contatto con aspetti del proprio mondo interiore che la sola verbalizzazione non sarebbe stata in grado di evocare. In particolare per Silvia.

Silvia è una delle persone del gruppo che ha tratto maggiore vantaggio dal gruppo, riuscendo a capitalizzare in modo sorprendente i lavori svolti all'interno con una visibile ricaduta sulla sua vita quotidiana.

Si propone al gruppo come una persona autonoma, solare, che non vuole appesantire gli altri: per lei è difficile chiedere aiuto, tende a fare buon viso a cattivo gioco, a mostrarsi brillante sempre. Emerge in breve tempo che la sua parte sofferente, le sue ambivalenze, la sua componente fragile e non sempre coerente, sono aspetti che tenta di soffocare, ma che a tratti le 'scappano' dal

controllo, manifestandosi in modo prorompente e non mediato attraverso sintomi somatici (attacchi di ansia, tremore, episodi di svenimento). Nonostante le difficoltà porta in gruppo la sua componente nutritiva: il ruolo di colei che accudisce e si preoccupa per gli altri, che offre sostegno e offre stimoli.

Di conseguenza Silvia è molto amata dalle compagne: a livello sociometrico si è guadagnata quasi subito una posizione centrale. Sempre sorridente, accogliente, sensibile, capace di fornire specchi nutrienti e stimolanti, è stata in effetti molto rilevante per il gruppo, portando materiale ricco e di forte risonanza per le altre. È la persona più scelta, sia come protagonista che come alter ego. L'aspetto che subito mi ha colpito è che a fronte di una apparente rigidità e ipercontrollo, manifestato con comportamenti compiacenti e di circostanza (che emergono ad esempio nel comportamento prima dell'inizio della sessione) e dalla tendenza a razionalizzare nelle verbalizzazioni, le bastasse un'attivazione minima a livello corporeo e di immaginazione per liberare spontaneità e per metterla in grado di attingere dal proprio mondo interno in modo produttivo, abbassandoli controllo e consentendole di esplorare e comprendere aspetti nuovi di sé. L'azione e la dimensione del gioco, all'interno di un clima percepito come rassicurante, le hanno consentito di accedere alla sperimentazione di ruoli nuovi, partendo dai quali è riuscita a trarre nessi importanti legati alla sua vita.

Ricordo in particolare un'attività proposta nel periodo del carnevale ('la festa in maschera') nella quale ho sfruttato il clima ludico e frizzante emerso dalla situazione di ognuno e che ha consentito a tutte, in particolare a lei, di esplorare in modo inconsueto alcuni aspetti di sé. In un clima di spontaneità e divertimento ognuno ha dato vita ad un personaggio di fantasia. Travestendosi e poi utilizzando l'identità attribuita da una compagna, Silvia dà vita ad un personaggio di fantasia (Mme Jolie, una madamina piemontese) e narra la sua storia. Incarna un personaggio che nella prima presentazione mostra la sua vivacità, ironia, simpatia, leggerezza, ma che via via assume aspetti più cupi: abita in un palazzo bellissimo ma inaccessibile, è costretta alla solitudine, ha solo relazioni formali con la servitù, può fare a meno degli altri. Nel corso del gioco e delle interazioni il suo stile diventa antipatico, rigido, respingente. Tornata nei propri panni, al momento della verbalizzazione (la cosa in comune, come storia, vita e personalità con il personaggio) Silvia è stupefatta per aver inventato e giocato una storia tanto particolareggiata e individua connessioni importanti con la sua vita reale, sia per somiglianza che per differenza.

Con questo lavoro ha inaugurato il momento centrale del suo percorso, fondato sull'esplorazione della propria rabbia paralizzante e sulla paura della propria distruttività; sulla sperimentazione di ruoli desiderati, centrati sull'esercizio di una maggiore assertività e sulla comunicazione autentica.

L'accesso alla sua creatività, grazie alla dimensione di 'gioco', all'immersione nel regno dell'immaginario, l'ha messa in condizione di utilizzare al meglio il gruppo, mobilitando le energie necessarie per la ricerca di nuove soluzioni e la sperimentazione di nuove modalità di relazione, portando all'interno del gruppo e nella vita quotidiana non solo più il timore di affrontare le sue fragilità e la sua modalità di facciata, ma anche la parte più autentica di sé.

5. IL TEMPO DELLA VALUTAZIONE DEGLI ESITI

Efficacia clinica del gruppo di psicodramma a termine

5.1 Il 'termine' come contingenza

In riferimento a quanto esposto posso affermare che i processi attivati dall'esperienza di questo gruppo coincidano con i quelli che il gruppo continuativo permette di sperimentare, con la differenza che, in assenza di un limite temporale condiviso e conosciuto in partenza, ciascuno può seguire in modo soggettivo i propri ritmi e ri-attraversare le medesime esperienze più volte, in momenti diversi, per aggiungere un pezzo in più alle sue conquiste. Con la metafora della spirale Corbella (2003) esemplifica bene il movimento di crescita a più livelli che ognuno può compiere nel percorso di terapia: nell'arco del tempo c'è possibilità di ripercorrere la stessa tappa più volte, spostandosi sulla spirale ma rimanendo sullo stesso asse, e arricchendo via via l'esperienza, esplorando più volte in

modo nuovo, a un livello superiore, tematiche importanti, aggiungendo sempre nuovi tasselli. Sia i singoli che il gruppo ripercorrono le tappe fondamentali della vita durante il percorso terapeutico, affrontando in modo costruttivo gli aspetti di sé poco funzionali, fino a trovare modalità nuove e più evolute rispetto al modo consueto di essere, attivando ruoli inediti e potenziando ruoli poco sviluppati.

Giovanni Boria (*comunicazione personale*) utilizza, per spiegare ai pazienti il percorso in un gruppo di psicodramma continuativo, la metafora del treno: ognuno può salire e scendere alla 'fermata' desiderata, in base ai propri tempi di viaggio e la propria destinazione. Ogni componente entra in un gruppo che ha una propria storia, ed esce da un gruppo che continuerà ad esistere dopo di lui, a differenza del gruppo a termine dove si inizia insieme e si finisce insieme. I tempi sono uguali per tutti e soprattutto la conclusione è conosciuta fin dall'inizio del percorso. E conoscere in partenza la data della fine di qualsiasi attività (la data per la consegna di un lavoro, la durata di un corso, la durata di un viaggio in treno, la durata di un percorso di gruppo) fa una notevole differenza. Permette di organizzarsi, di prevedere l'impegno, di valutare in anticipo se si vuole o si può 'imbarcarsi' nell'impresa.

La letteratura sull'efficacia dei percorsi di psicoterapia a tempo limitato mette in evidenza due tendenze contrastanti: da un lato evidenze di molte ricerche (MacKenzie, 2002) mostrano come la curva di miglioramento durante il percorso sale rapidamente entro le prime 26 sedute, per poi appiattirsi fino al centoquattresimo incontro. Da questo punto di vista: perché dunque proporre percorsi più lunghi di sei mesi? Altri autori, come riporta Yalom, osservano invece che se per cambiamento, aumento di consapevolezza e nuove acquisizioni rileviamo solo ciò che si manifesta nel gruppo, non necessariamente a questo corrisponde un successo terapeutico, che può essere misurato solo attraverso le ricadute nelle relazioni e negli approcci interpersonali esterni alla terapia. Da questa prospettiva le ricadute positive sulla vita quotidiana esterna al gruppo si possono ottenere solo in un tempo lungo, che non si può ridurre¹².

Senza avere la pretesa di trovare qui una risposta univoca, quello che è certo è che la crescente tendenza delle organizzazioni sanitarie ad orientarsi verso trattamenti brevi o a tempo limitato, derivante dalla necessità di una gestione razionale delle risorse economiche e professionali, è un dato di cui occorre tener conto se ci si trova ad operare in tali contesti. Credo che non sia da intendere di per sé come uno svantaggio né come un vantaggio. È quello che è: un dato di realtà di cui tener conto per impostare un buon lavoro cercando di ottenere il massimo.

Il punto è, riprendendo la metafora del primo capitolo, che il direttore deve 'tenere il timon' e sapere dove sta conducendo la sua imbarcazione-gruppo. E intenzionalmente produrre accadimenti relazionali che conducano al cambiamento, vale a dire ottenere buoni frutti nel tempo dato, contenendo il più possibile gli errori (perché non c'è tempo per rimediarli). Per questo è importante che il direttore che conduce un gruppo a termine sappia dosare molto bene gli ingredienti, per evitare che il gruppo sia squilibrato nella crescita dei suoi componenti (in particolare evitando che la crescita di qualcuno rimanga marginale) o che lavori solo su alcune tematiche o sperimenti al suo interno solo alcune dimensioni.

Tenendo presente questa dimensione il direttore si trova a dialogare con il gruppo dovendo mantenere un equilibrio: il ritmo di ciascuno, viene talvolta accelerato ma sempre rispettato. Il direttore, al pari di un Maestro che dirige il suo coro, determina melodia e armonia, ritmi e coloriture, stabilisce i tempi del 'solista' e tempi 'corali', decide quando leggere la partitura e quando procedere con improvvisazioni creative, ma sempre entro il confine dato dal tempo più oggettivo, vincolato in particolare dall'inizio, in cui occorre accordarsi sul 'la', e la conclusione, ben scandita dall'ultima

'battuta'.

Credo che il ruolo del direttore, nel suo sintonizzarsi con il gruppo, sia l'elemento cruciale per produrre dinamiche che consentono di operare in modo soddisfacente in un tempo limitato. Prima di tutto deve tenere in mente quali sono gli obiettivi terapeutici che si pone.

5.2 Obiettivi terapeutici del gruppo a termine

Vorrei riprendere qui il filo lasciato in sospeso al termine del primo capitolo, dove ho anticipato il tema dell'efficacia della psicoterapia a tempo limitato e dei fattori di cambiamento, dove ho parlato di risultati positivi attesi e di responsabilità del direttore nel creare le condizioni ottimali per perseguirli, e del rischio per i pazienti che, al termine del percorso, possono sperimentare un certo grado di frustrazione rispetto alle aspettative iniziali (*stare meglio, conoscersi meglio, guarire, trasformarsi...*).

Soprattutto avvicinandomi alla conclusione, fase del bilancio anche per me, dopo aver seguito in prima persona le vicende del gruppo e dei singoli, ho cercato di mettere a fuoco i benefici ottenuti dalle persone nel corso dei mesi di lavoro. Dal punto di vista soggettivo, oltre al buon livello di coesione del gruppo, ho potuto notare un considerevole cambiamento individuale in tutte, anche se con grado differente: in termini di modalità di comunicazione, di capacità auto-osservativa, di ampiezza dei ruoli giocati, di ricadute nella vita al di fuori del gruppo. Ognuna ha aggiunto qualcosa nella sua valigia: ha imparato a raccontarsi e a definire meglio il proprio mondo emotivo, a sentirsi utile per le altre, ha rivisitato la propria storia, ha scoperto aspetti del proprio modo di relazionarsi e a comunicare in un contesto nuovo, ha preso le misure con gli altri significativi che popolano il proprio mondo interno, ha condiviso valori esistenziali, ha messo a fuoco un orizzonte futuro. E per questo mi sembra di averle accompagnate attraverso un percorso importante di crescita.

D'altra parte, tenendo conto dello sfasamento fra ritmi soggettivi e tempo delle sessioni, è naturale pensare che alla fine del percorso a termine rimangano dei 'sospesi', delle aree inesplorate, degli aspetti non risolti, ma come dicevo all'inizio, credo sia importante che tutti concludano con la sensazione di aver fatto qualcosa di utile per sé, di aver aggiunto/raggiunto qualcosa. Proverò a vedere quelli che ritengo essere gli obiettivi 'guida' che valgono per tutti i percorsi di terapia, ma che nel percorso a termine devono essere considerati con particolare attenzione: quali sono i risultati da attendersi in conclusione del percorso, necessari per dire che il gruppo abbia avuto un'efficacia terapeutica?

Per ritenere soddisfacente il percorso credo che innanzitutto sia essenziale che la persona conquisti una maggiore capacità di fare una **diagnosi di se stessa**, nel senso di avviare un *processo di conoscenza, di comprensione e inquadramento dei propri bisogni/necessità/desideri*, 'guardarsi dentro' per mettere a fuoco e riconoscere sia i successi che le cose rimaste in sospeso, per eventualmente occuparsene in un secondo momento, magari in un altro contesto. In questa luce una nuova richiesta di aiuto, quindi, non è da leggersi come insuccesso terapeutico ma come frutto di un lavoro che ha avviato un processo di cambiamento che necessita di una prosecuzione (con terapia di gruppo, individuale, altro...). È l'ottica del percorso a termine come *episodio di trattamento* (Budman et al. 1988) : in questo senso il percorso di gruppo avrebbe una *"valenza episodica, costituirebbe un 'episodio' di un processo di cambiamento che può essere costituito da interventi diversi, anche in tempi diversi, e non è confrontabile con un modello ideale di cura"*.

Un altro aspetto che mi sembra importante indicatore di risultato positivo, strettamente collegato al primo, riguarda l'attivazione di un processo che porti le persone a **continuare a lavorare su loro stesse** quando il gruppo si concluderà. Se la persona ha sviluppato una buona fluidità di funzionamento e capacità di auto-osservazione, continuerà a dotare di significato ciò che gli capita e che vive, anche dopo la conclusione del gruppo, man mano che le esperienze e le acquisizioni assimilate in gruppo verranno applicate alla vita quotidiana, e potrà riproporre i ruoli appresi in gruppo. Questo, se è vero che per alcune persone può

¹² Yalom (1997) riporta, citando le ricerche cliniche di Lorr, che *"la durata del trattamento è un parametro importante, più che il numero delle sedute: pare che il cambiamento richieda il trascorrere del tempo. I nuovi modi di reagire nelle relazioni interpersonali vengono verificati più volte in situazioni naturali prima che gli apprendimenti siano stabilmente acquisiti"* (p.305)

richiedere molto tempo, è altrettanto vero che almeno in parte deve accadere anche in un gruppo a termine.

Il rischio più grosso è infatti dato dalle situazioni contrarie, in cui 'non c'è stato il tempo' per interiorizzare e metabolizzare l'esperienza vissuta: nel congedo possono prevalere vissuti di perdita e frustrazione legati ad aver perso una dimensione idilliaca e protettiva in cui la persona è stata accolta, compresa, sostenuta, e di colpo abbandonata, riconducendola ad utilizzare i consueti copioni relazionali riattivando i vissuti di incomprensione e di rifiuto.

Oppure può prevalere la sensazione di non aver ricevuto adeguate attenzioni e trattamento meritato, di non essere stati sollecitati e stimolati e sufficienza, di aver perso tempo. Talvolta è molto terapeutico sperimentare la frustrazione di non essere sempre al centro dell'attenzione, oppure comprendere che non si è stati in grado di utilizzare adeguatamente il tempo a disposizione. Ma come ci insegna il metodo psicodrammatico non basta *sperimentare*: è necessario portare sempre i singoli a *riflettere* sulla propria modalità di *essere* e *sentire* in gruppo, in modo che sia un utile elemento sia per chi possiede uno stile accentratore che per chi ha difficoltà ad affermarsi. Questo fa parte della consueta attenzione che il direttore di psicodramma ha nei confronti delle dinamiche relazionali, ma lo sottolinea in particolare perché mentre in un gruppo continuativo un'ipotetica svista del direttore, soprattutto se alle prime armi, può essere riparata nel tempo, nel gruppo a termine concludere l'esperienza con questi vissuti, senza aver messo a frutto il lavoro fatto in gruppo, può rappresentare per il singolo più un danno che un beneficio, riconfermando cioè un copione relazionale anziché interromperlo.

5.3 Il ruolo del direttore

Quali strumenti ha il direttore per guidare il processo di crescita del gruppo e dei singoli tenendo conto della dimensione temporale? Tutti quelli che gli servono e che il metodo gli offre. Il punto è riconoscere *quali* gli servono e utilizzarli intenzionalmente e creativamente in funzione del gruppo che ha di fronte.

Ho già esplorato quanto sia importante la fase di **preparazione** che precede l'inizio del gruppo: una buona selezione e un buon 'contratto' in cui si chiariscono i limiti temporali, il focus dell'intervento e le 'regole del gioco', sono passaggi indispensabili per ridurre al minimo i rischi di abbandono, particolarmente deleteri in un gruppo a termine.

Altro elemento fondamentale, su cui concordano tutti coloro che si occupano di gruppi a termine, è che il conduttore non pensi il 'terminare' esclusivamente come 'limitare', non consideri cioè il gruppo a termine come un gruppo 'troncato' a cui manca qualcosa, che farebbe sperimentare a lui e ai partecipanti un vissuto di perdita e di incompletezza, ma come **'confine'** che delimita l'esperienza. Del resto, come dice Yalom (1997), il fatto stesso prendere di parte ad un processo delimitato da una cornice temporale ha il grosso beneficio di stimolare tutta una serie di tematiche riguardanti proprio la dimensione esistenziale del tempo (*il tempo non è eterno, tutto ha una fine, non esiste nessuno in grado di risolvere i nostri problemi magicamente, la responsabilità finale sta in noi, non è al di fuori*). Inoltre, come sottolinea anche Andrea Giannelli (comunicazione personale, articolo in pubblicazione su *Gli Argonauti*) per alcune categorie di pazienti che temono di impegnarsi per lunghi periodi, consente di intraprendere un percorso di terapia, che al di fuori di una cornice temporale sarebbe considerato troppo ansiogeno.

Metodologicamente, l'aspetto che evidenziano tutti coloro che si occupano di gruppi a termine è la necessità di una **maggiore direttività** del terapeuta nella conduzione dei gruppi a termine, rispetto ai gruppi continuativi che invece vengono condotti con dinamica più libera. Nello psicodramma questo avviene di consueto. La dinamica non è libera ma è strettamente vincolata alle consegne del direttore: nel gruppo succede quello che il direttore intende fare accadere. Il termine stesso che identifica il terapeuta come *direttore* indica il suo ruolo attivo e propositivo. Ciò che deve costantemente guidare le sue scelte è racchiusa nella risposta alla domanda "cosa voglio che accada?" O meglio "qual è l'accadimento relazionale adatto che io posso favorire o direttamente provocare in questo

momento nel gruppo?". Il direttore però sceglie di attivare il gruppo muovendosi lungo un continuum che va dalla massima definizione del contesto di azione, a cui il gruppo risponde con limitato margine di libertà, alla massima apertura, in cui il gruppo si può muovere con maggiore autonomia e creatività. In entrambi i casi il direttore esercita la sua direttività definendo intenzionalmente il contesto (più o meno aperto) all'interno del quale il gruppo si muove e cresce.

E come guida il gruppo tenendo conto del fattore tempo e degli obiettivi terapeutici che si è prefissato? Il direttore di un gruppo a termine non deve far altro che utilizzare il metodo che conosce, considerando il *fattore tempo* come elemento ancora più determinante, che a mio avviso richiede di porre una maggiore attenzione ad alcuni aspetti, già normalmente rilevanti ma particolarmente significativi nel caso di un gruppo a termine.

5.3.1 Attenzione allo scorrere del tempo

Innanzitutto si deve preoccupare di portare la dimensione temporale all'attenzione del gruppo nel corso del 'processo': nel gruppo a termine è importante che il direttore funzioni come una sorta di **'cronometro'** ricordando periodicamente al gruppo che il tempo sta passando, per consentire di tirare le fila, e per rendere consapevoli del tempo ancora a disposizione. È importante che le persone possano definire le aspettative che nutrono nei confronti del gruppo nelle diverse fasi del percorso, facendo ipotesi sugli ostacoli che pensano di incontrare: sicuramente all'inizio, per poi riportare periodicamente l'attenzione sul processo più volte e con modalità sempre nuove (rispondendo a domande quali: *mancano 10 incontri, siamo a metà, ci avviciniamo alla fine... e io cosa ho sto seminando/cosa ho seminato? cosa voglio ancora esplorare? e, alla fine, cosa raccolgo? cosa mi porto via?*).

È ciò che normalmente in psicodramma si fa in occasione del congedo di un compagno o talvolta in prossimità delle interruzioni temporanee (il Natale, la Pasqua, le vacanze estive). Uno 'scandire esplicitamente i passaggi' del percorso terapeutico tenendo presente il tempo che scorre, che aiuta quindi a dare un senso all'esperienza, ritmando le fasi di passaggio come un rituale che favorisce momenti individuativi. Questo lavoro di auto-osservazione del proprio percorso rinforza e responsabilizza la persona che si pone in modo più attivo e consapevole nei confronti del proprio lavoro, e prepara ad affrontare la fase della conclusione del percorso.

Un esempio di attività che ho utilizzato nella fase intermedia, con questa finalità, è quella che ho denominato *"la mia vetrina di primavera"*: ognuno aveva il compito di comporre creativamente la propria 'vetrina' da mostrare alle compagne, pensando al lavoro fatto in gruppo, scegliendo diversi oggetti simbolici per rappresentare le cose chiare di sé, sui cui aveva lavorato in gruppo e che erano ben definite; le cose che cominciavano ad essere a fuoco, su cui dover lavorare ancora un po'; le cose confuse e ancora critiche. Nella verbalizzazione finale le compagne proponevano il loro punto di vista nell'aver guardato la vetrina delle altre, fornendo nuovi punti di vista e stimoli utili per proseguire il lavoro.

5.3.2 Attenzione al lavoro dei singoli

Oltre a ricordare quanto tempo è passato e quanto ne resta ancora, il direttore si pone in ascolto dei bisogni dei singoli, rispetta i ritmi individuali e i ruoli che ciascuno assume nel gruppo ma, nell'ottica di dover far lavorare tutti in modo adeguato e soddisfacente – cioè, come dicevo, per evitare che qualcuno finisca il percorso con troppi 'sospesi' e con una eccessiva frustrazione – deve essere attento in particolare a due aspetti: che le tematiche psicologiche più importanti vengano affrontate dal gruppo, e che qualcuno, per il ruolo stesso che gioca in gruppo o per la minore urgenza delle problematiche portate, non rimanga troppo marginale (o viceversa che qualcuno non accenti troppo su di sé l'attenzione). O per lo meno che questo non avvenga a sua insaputa.

Mentre in un gruppo continuativo il direttore (soprattutto se alle prime armi e prudente) può seguire maggiormente i temi portati dal gruppo, le urgenze, lasciare più spazio all'autonomia del gruppo, ritengo che nel gruppo a termine debba essere più propositivo, stimolando maggiormente i temi su cui lavorare. L'approccio metodologico è identico, con le medesime attenzioni, ma me lo

prefiguro con un livello di vigilanza maggiore, con una posizione direttiva che ancora di più avvia, stimola le interazioni, propone le tematiche su cui lavorare, esorta chi è defilato, limita chi abitualmente 'chiede palcoscenico', per garantire uno spazio per tutti, tenendo in equilibrio i bisogni dei singoli e del gruppo. Questo è già implicito nella funzione del direttore di psicodramma, ma per quanto mi riguarda avere in mente lo scorrere del tempo mi ha dato maggiori possibilità ed energie per mettere a fuoco il processo, per proporre attività specifiche in considerazione delle funzioni da attivare ("è il momento di stimolare la funzione di doppio o di specchio?"), per fare attenzione al percorso dei singoli, in particolare modo a quelle persone che sembravano non avere mai particolari urgenze o temi rilevanti da affrontare, ma che tendevano a lavorare attraverso l'identificazione e il rispecchiamento. In un caso particolare, con Elisa, mi sono chiesta se e quando intervenire per dare la possibilità anche a lei di lavorare come protagonista, oppure quanto fosse opportuno non forzarla. In un altro caso, quello di Jessica già presentato nel precedente capitolo, mi sono chiesta con quanta tempestività intervenire per dare maggiore o minore rilevanza al suo modo discontinuo di venire in gruppo e di dare poco peso all'assenza stessa ("tanto per gli altri è uguale...").

In entrambi i casi mi sono domandata: fino a che punto, all'insegna del rispetto della soggettività, dovevo assecondare le loro 'attesÈ, il loro 'prendere tempo', rischiando di colludere con specifiche difficoltà, tanto più che il tempo era contato? Il timore che qualcuno non avesse abbastanza tempo e che potesse concludere l'esperienza con un senso di frustrazione per non essere riuscita a utilizzare lo spazio (con la mia collusione) ha attratto la mia attenzione.

Per un altro lavoro stavo leggendo un libro che si intitola *Non accettarmi come sono*, di R. Feurstein¹³, che al primo sguardo mi appariva in netta contrapposizione con il principio moreniano del rispetto della verità soggettiva, ma che invece mi ha fatto molto riflettere sulla funzione di stimolo che il direttore, come l'educatore-mediatore, deve avere per non allearsi con la componente "passiva" e disfunzionale del soggetto. L'altro, ha sì bisogno del nostro supporto, sostegno e comprensione, ma al contempo ha necessità di essere stimolato ad uscire dalle trappole che lui stesso (a causa delle esperienze precedenti ed attuali) si è costruito, sempre nel rispetto della sua persona. E questo non ha nulla a che vedere con la violenza, la coercizione e la manipolazione che detesto così tanto nelle relazioni e che rifugio, talvolta in modo così forte da rendermi prudente in modo eccessivo.

Tornando al gruppo, credo quindi che sia stato indispensabile riuscire a leggere fra le righe, non prendere alla lettera le rinunce di Elisa, il tentativo di nascondersi e di rimanere in disparte. Pensando a lei, che non si sarebbe mai candidata né avrebbe attratto su di sé la votazione in base a criteri legati al contenuto, ho creato delle situazioni in cui il gruppo potesse sceglierla, sulla base ad esempio di un criterio di maggiore e minore conoscenza (dopo un lavoro sul livello di trasparenza e opacità reciproca ho dato questo criterio per far emergere il protagonista: SCEGLIETE LA COMPAGNA CHE SENTITE DI CONOSCERE MENO E CHE VORRESTE VEDERE LAVORARE COME PROTAGONISTA) e che le hanno dato la possibilità di mostrare la piena capacità di utilizzare lo spazio del palcoscenico, una volta 'doppiata' nel suo bisogno/desiderio di lavorare.

Lo stesso è capitato nei confronti di Jessica: è stato importante farle sentire in modo deciso che le sue assenze e il suo modo di essere in gruppo erano elementi che il gruppo notava e a cui non era indifferente. Le ho fatto sentire la mia comprensione ma non un'accettazione incondizionata, e in modo attivo l'ho posta di fronte alla responsabilità di scegliere se stare dentro o stare fuori. In un gruppo continuativo non l'avrei (magari a torto) chiamata dopo poco per sollecitare una decisione, non le avrei chiesto di venire a colloquio individuale per aiutarla a chiarire la sua posizione, le avrei

certamente lasciato più tempo e maggiore autonomia. In questo caso invece, richiamandola al contratto condiviso, sono stata molto presente sia pensando a lei e al suo bisogno/diritto di lavorare in gruppo, sia per tutelare le altre partecipanti. Rilevo quindi una maggiore attenzione e tempestività nel rispondere agli imprevisti esterni.

5.3.3. *Attenzione alla connessione dentro/fuori*

Come dicevo, un obiettivo del percorso terapeutico è l'acquisizione di nuove modalità che aiutino la persona a stare meglio e soprattutto che continuino ad agire dopo la conclusione del gruppo. Per fare questo il direttore di psicodramma cerca di facilitare le connessioni fra ciò che accade e viene acquisito nel 'qui ed ora del gruppo', e ciò che accade fuori, creando un movimento non solo *da fuori a dentro* ma anche *da dentro a fuori*. Si può dire che questo sia l'obiettivo ultimo del direttore: attivare un processo di cambiamento che stimoli le persone a sperimentare 'fuori' le acquisizioni fatte in gruppo, e quello che ho potuto notare è che le persone hanno cominciato a stare meglio quando hanno cominciato a portare il gruppo con sé fra una sessione e l'altra.

È un aspetto trasversale, che viene perseguito attraverso diverse attività: da quelle che consentono di mettere a fuoco aspetti rilevanti degli accadimenti o delle emozioni della settimana (nella situazione di ognuno) e che mettendo in moto la capacità auto-osservativa, stimolando l'attitudine a creare nuovi collegamenti fra il *qui ed ora* (in cui sono impegnato a recuperare, ricostruire, selezionare, scegliere a chi rivolgermi) e il *là ed allora* degli accadimenti e le emozioni provate; a quelle che consentono di far emergere le modalità di relazione intragruppale e che permettono di trovare connessioni con le modalità relazionali abituali; a quelle in cui si va a 'pescarÈ in che cosa le acquisizioni in gruppo sono state (o saranno) utili fuori, e con chi. (es. sedia vuota, ad es. intervista ad altro significativo testimone di privilegiato di cambiamenti, inversione di ruolo con psichiatra inviante...).

Anche in questo caso non si tratta di un aspetto ad esclusiva attenzione del conduttore di gruppo a termine, ma di un aspetto che il direttore deve tenere avere sempre presente per poter concludere l'esperienza al meglio.

5.3.4 *Attenzione al congedo*

Riprendo in conclusione il tema della 'scansione esplicita dei passaggi' occupandomi in particolare del passaggio più significativo, quello del congedo, già affrontato dal punto di vista descrittivo al termine del capitolo 3.

Generalmente si concorda sulla necessità di dare un senso compiuto al termine della psicoterapia. Lo psicodramma pone particolare attenzione al tema, tanto che il congedo di un compagno viene sempre vissuto come momento di grande valore, sia per il singolo che per il gruppo, in cui chi se ne va e chi resta colgono l'occasione per riflettere su di sé, singoli e in relazione, sui compagni e sul gruppo nel suo insieme.

Nel gruppo a termine, in particolare, ognuno si congeda da un gruppo che non esisterà più. Forse ne inizierà un altro, forse le persone si incontreranno in un altro contesto e continueranno ad essere vicine, ma il gruppo, così com'è, cesserà di esistere. È estremamente importante quindi che il direttore utilizzi lo spazio delle ultime sessioni per accompagnare ciascuno a recuperare il senso dell'esperienza, nel momento della restituzione al gruppo e ai singoli, per fare in modo che venga conclusa non con un senso di perdita ma con un senso di nutrimento, creando un ponte fra l'esperienza passata, quella condivisa nel presente e il prossimo passo verso cui la progettualità tende, attivando la capacità di guardare-verso, dando legittimità e consistenza agli scenari verso cui la persona si muove.

Anche in questo caso il direttore propone attività mirate per consentire l'elaborazione di una vera e propria separazione.

Come già detto più volte nel gruppo in questione la 'finÈ non è arrivata come una sorpresa. Ed è stato importante puntare sulla coesione di gruppo e far vivere loro un'esperienza di vicinanza, di reciproco riconoscimento e rinforzo, proprio nel momento in cui si preparavano a salutarsi, per contrastare la tentazione di sfilacciare l'esperienza. La 'fine' è entrata in gruppo in varie forme: sia come richiamo a tematiche più generali sulla conclusione di esperienze di

¹³ Reuven Feurstein è il padre della teoria della *modificabilità cognitiva strutturale* e propone un approccio di 'modificazione attiva', una modalità di intervento con i soggetti a rischio, basata sulla convinzione che l'uomo ha una struttura modificabile e che l'accettazione della "anormalità" deve essere considerata una ingiustizia verso l'individuo e la qualità della sua vita futura.

vita di ciascuno (lutti, separazioni, conclusione di percorsi) che come vera e propria occasione per confrontarsi sul valore dell'esperienza, nel 'qui ed ora' del gruppo.

Proprio nella convinzione che fosse decisivo come passaggio, nella prima sessione dell'ultimo mese (la quart'ultima), cogliendo nell'aria un clima vacanziero che faceva ipotizzare per qualcuna un congedo anticipato, ho ritenuto utile fare uno specchio diretto al gruppo (OGGI VI SENTO IN AGITAZIONE PER LA CONCLUSIONE...) aggiungendo un commento come prevenzione di una conclusione preventiva (A QUALCUNO POTREBBE VENIRE IN MENTE DI INTERROMPERE PRIMA, MA COSÌ FACENDO EVITEREBBE SÌ IL DISAGIO DI SEPARARSI MA ANCHE IL NUTRIMENTO CHE SALUTARSI COMPORTA). Rimanendo sul tema, è seguito un lavoro proprio sui congedi dalle persone care, che ha portato a far emergere una protagonista su un aspetto determinante. Emanuela infatti, con la partecipazione molto intensa di tutto il gruppo, e partendo da una situazione di lutto alla base del suo ingresso in gruppo, ha esplorato con nuovi occhi aspetti della sua vicenda familiare, costellata da vissuti di abbandono e privazione affettiva. La fine è stata in questo caso punto di partenza per occuparci di una vicenda molto delicata, già accennata in altre sessioni ma qui finalmente affrontata in modo più significativo.

Nelle ultime due sessioni ho trovato utile proporre attività come *il consulto* in cui è stato possibile ritualizzare la 'finÈ e mettere a fuoco le proprie risorse alla luce di quanto sperimentato, attraverso i punti di vista dei compagni sui propri cambiamenti, gli sforzi fatti e i risultati raggiunti; e *la proiezione nel futuro* con un momento finale di scambio di regali simbolici, come ulteriore occasione per portare con sé qualcosa di concreto, segno tangibile del percorso fatto insieme, che rappresenti ciò che è stato riconosciuto come bisogno o desiderio basilare di ciascuno.

In questa fase conclusiva non è stato facile per me mantenere il giusto equilibrio, nel dialogo con il gruppo, fra tematiche portate dalle partecipanti – forti ed evocative, che tendevano a *riaprire* – e la necessità di seguire il mio filo mentale che poneva come priorità la necessità di *chiudere*. Il tema della tristezza e della privazione è stato portato in gruppo più volte ed evidenziato da richieste esplicite di proseguire il percorso, identificando l'Istituzione sanitaria come poco nutritiva, o con la richiesta di colloqui individuali. In alcuni momenti per me è stato difficile non sperare che potesse esserci un seguito, una prosecuzione del percorso, ritrovarmi a pensare "*peccato, proprio adesso che stavamo cominciando a lavorare bene dobbiamo salutarci...*" vivendo anch'io la mia ambivalenza.

Riflettendo sull'esperienza del gruppo e ai temi emersi in riferimento alla 'finÈ, riconosco quanto determinante si sia rivelato l'aspetto del congedo: anticipato, vissuto, evitato, sofferto, verbalizzato, collegato ad altre separazioni e utilizzato come momento di crescita. Anche per me.

Nell'ultima sessione, ho salutato tutte proponendo per ciascuna il mio specchio, come rimando a sostegno dei singoli e di tutto il gruppo, per un percorso iniziato e concluso insieme. È circolato un grande calore e affetto.

5.4 Per concludere: il punto di vista delle partecipanti

Per concludere questo capitolo dedicato alle riflessioni sull'efficacia clinica del gruppo a termine vorrei presentare i riscontri delle partecipanti, raccolti a distanza di circa un mese dalla conclusione del gruppo.

Vista l'attenzione dell'ASL alla questione della valutazione della qualità dei servizi erogati, si è deciso in previsione del un momento conclusivo di 'restituzione' all'ASL, di predisporre una valutazione dell'esito del percorso che prevedesse, accanto alle mie impressioni circa l'andamento del gruppo, il punto di vista delle partecipanti, per stabilire se il trattamento proposto fosse stato soggettivamente percepito come soddisfacente.

Non volendo adottare strumenti complessi, in accordo con il responsabile del servizio si è scelto di utilizzare un questionario che rileva indirettamente l'efficacia del *processo di cambiamento* attraverso l'indagine di tre dimensioni ad esso connesse: il *livello di coinvolgimento* che indica un clima positivo paragonabile all'alleanza di lavoro; il *livello di conflitto* che indica un'atmosfera

caratterizzata da rabbia, diffidenza o rifiuto; il *livello di evitamento* di responsabilità personale per il lavoro di gruppo. Per approfondire e rendere meno generici i risultati, agli item, misurati in una scala di valori da 0 a 6, sono state aggiunte tre domande aperte su aspetti salienti del gruppo: l'evento più importante, la propria rappresentazione del percorso, eventuali aspetti critici¹⁴.

Ho consegnato il questionario al termine dell'ultima sessione, dando indicazione di lasciare trascorrere qualche settimana prima di compilarlo e restituirlo presso il Centro di Salute Mentale¹⁵. Ci tengo a precisare che proprio perché la compilazione è avvenuta a distanza di tempo, questo ha comportato il rischio che l'operazione di rievocazione di momenti specifici ritenuti più significativi avvenisse a freddo, in modo approssimativo, con scarso coinvolgimento e in assenza di spontaneità. Si tratta di una variabile di cui tener conto nella lettura dei risultati, anche se le verbalizzazioni riportate appaiono tutt'altro che superficiali e distaccate e confermano le impressioni emerse nel gruppo.

Dalle risposte al questionario, emerge che le partecipanti:

- rispetto al livello di *coinvolgimento* hanno riconosciuto la presenza di un clima di lavoro positivo e di coesione; (con valori compresi fra molto ed estremamente);

- rispetto al livello di *conflitto* hanno rilevato un'atmosfera che talvolta è stata caratterizzata dall'espressione di aggressività e da tensione (valori compresi fra molto poco e moderatamente);

- rispetto al livello di *evitamento* hanno evidenziato un grado molto basso (fra per niente e molto poco) di riluttanza ad affrontare il lavoro terapeutico.

Anche se, come evidenziato prima, il cambiamento all'interno del gruppo non corrisponde necessariamente al successo terapeutico – inteso come ricadute positive nelle relazioni e negli approcci interpersonali esterni alla terapia – confrontando i risultati con quanto verbalizzato dalle partecipanti in risposta alle domande aperte, e aggiungendo anche le mie impressioni soggettive, ritengo che il percorso si possa ritenere soddisfacente. Nel complesso infatti c'è stata una buona coesione e un clima di lavoro positivo che ha permesso a ciascuna di esplorare il proprio mondo interno, le proprie modalità relazionali e gli elementi contingenti della storia singola e del gruppo, affidandosi agli altri in un clima autentico e di fiducia. L'omogeneità di genere, tematizzato inoltre dalla gravidanza di una delle componenti, ha portato il gruppo a delinearci in modo particolare come contenitore accudente e materno, come luogo di appartenenza, condivisione e confronto, in cui "*sentirsi capiti e supportati*", in cui poter portare aspetti piacevoli e spiacevoli di sé. Ciononostante vi sono stati momenti in cui il percorso è stato percepito come faticoso: tensioni e attriti intragruppali sono stati portati all'attenzione del gruppo e, presi in esame, hanno rappresentato importanti occasioni di confronto e maturazione del gruppo e dei singoli.

Riporto qui di seguito, in conclusione, le risposte alle domande aperte, che permettono di 'sentire' più direttamente il clima di gruppo e la portata terapeutica dell'esperienza, e che attraverso il loro linguaggio esemplificano in che modo il gruppo sia stato significativo nelle sue diverse dimensioni, che non appaiono qui così nettamente distinte ma intrecciate fra loro, a più livelli di complessità. Senza più aggiungere commenti le trascrivo integralmente, organizzandole in base alle consegne: l'evento più significativo, la rappresentazione del gruppo, le criticità.

¹⁴ Si tratta della versione italiana del "Group Climate Questionnaire" di Roy Mac Kenzie (1981) validata da Costantini et al. (2002) che ho in parte modificato nella terminologia adattandola al contesto dello psicodramma. Cfr. allegato 3.

¹⁵ Come suggeriscono Pontalti e Costantini (2000) per la valutazione di un percorso è utile far trascorrere un intervallo di tempo per evitare l'effetto prevedibile di risposte polarizzate sul versante positivo, sull'onda dell'entusiasmo del percorso appena concluso. La maggior parte delle verifiche di follow-up sul mantenimento dei risultati positivi del trattamento infatti vengono realizzati attraverso colloqui o incontri di gruppo a distanza di 4 mesi.

nelle solite chiacchiere, si cresce e si cerca di correggere i propri errori” (Bruna)

L'evento più significativo per me...

“Vi sono stati parecchi eventi importanti durante il percorso di gruppo che hanno modificato e in alcuni casi completamente cambiato il mio comportamento e il mio stato d'animo nell'affrontare le problematiche di vita di relazione. Uno in particolare è quando come protagonista ho affrontato la mia immobilità che poi si è trasformata in rabbia. Mi ha fatto paura subito. Ero terrorizzata perché era una cosa nuova. Ma ci sono entrata dentro, sapevo che potevo, che lì non era poi così pericoloso. È stato faticoso ma sapevo che mi sarebbe servito e così è stato”. (Silvia)

“quando ho lavorato sulla relazione con mia figlia e alla fine le mie compagne mi hanno circondata dicendomi parole calde e standomi vicine, toccandomi. Ho sentito un calore addosso, un senso di benessere, e ho pensato che lì, in quel posto, tutti mi volevano bene”. (Bruna)

“io a un certo punto non volevo più venire perché mi sono sentita offesa. E infatti non sono venuta per un po'. Quando sono tornata, solo per salutare, il gruppo mi ha ripreso. Di solito quando faccio così poi gli altri mi cacciano, invece qui è stato diverso. Sono stata stupida a sprecare quel tempo: pensavo di fare un dispetto a loro e invece l'ho fatto solo a me. Quello che ha detto A.. che mi aveva fatto arrabbiare poi è la verità... lei l'ho odiata, ma quando ho potuto dirglielo mi sono accorta che è stata quella che mi ha fatto più crescere là dentro”. (Jessica)

“mi viene in mente quando abbiamo parlato delle altre come se non ci fossero, che a turno si mettevano dietro al materasso, e dovevamo fare onestamente il punto della situazione... io ho detto solo cose positive, mentre a me le cose più utili che mi hanno detto sono state quelle che mi hanno un po' scrollato. Allora ho pensato al mio modo di comunicare, che il mio modo di stare con gli altri è tutto gentile e pacato perché ho paura che gli altri mi rifiutino, e allora mi comporto come credo che gli piaccia. Nel gruppo ho potuto esercitarmi, sforzarmi, di dire le cose che pensavo, e quando ci ho provato anche fuori mi sono accorta che non è che gli altri non mi vogliono più...” (Elisa)

“ci sono stati alcuni momenti particolari, ma per me è stato importante l'insieme, il fatto di sentire il gruppo nei miei pensieri e di sentirmi nei pensieri delle altre fra un incontro e l'altro. Mi ha fatto capire che la dimensione del gruppo mi piace di più, rispetto a quella individuale, anche se all'inizio la vedevo come un tentativo di ripiego, un modo dell'asl di risparmiare tempo e denaro” (Alessandra).

“tutte le volte che si è toccato l'argomento del rapporto madre/figlia per me è stato intenso emotivamente. Specialmente perché due compagne del gruppo erano mamme speciali, io ho capito che ero più egoista (...). Ho cercato di prendere esempio da entrambe e di scusare mia madre per le mancanze. Sto meglio perdonandola e ho imparato a usare in modo diverso la mia rabbia, ad avere un rapporto diverso con lei, a farci pace, a pensare che ha fatto quello che ha potuto. E così riesco anche ad essere una mamma migliore per mio figlio.” (Emanuela)

Il gruppo di psicodramma: per spiegare di cosa si tratta e a cosa serve direi...

“lo suggerirei a tutti coloro che hanno problemi di socializzazione, timidezza, che non si fidano del prossimo o che vogliono comunicare e non sono ascoltati abbastanza. È un luogo ovattato che ti dà tanta sicurezza, ti fa vedere aspetti nuovi di te, ti innalza l'autostima perché c'è uno spazio solo tuo in cui ti esprimi e qualcuno capisce o semplicemente qualcuno è lì con te. C'è la sensazione di far parte di un gruppo quindi di essere invincibili, forti” (Silvia)

“Direi che ci sono un numero di persone con difficoltà personali. Sentendo raccontare e raccontando le proprie esperienze si riesce ad esternare e rendere concrete cose che con sofferenza se ne stanno giù in fondo nell'intimo, e con l'aiuto di un'esperta che ti guida nel rivivere le esperienze, senza perdersi

“direi che chi ci entra deve essere pronto a sentirsi dire delle cose che non sempre gli piacciono, e soprattutto a scoprire che quelle cose che non gli piacciono forse sono proprio i suoi nodi centrali da risolvere. Le cose più particolari sono che si sta scalzi e spesso ci si muove e si fanno cose un po' strane che, senza che te ne accorgi, ti mettono in condizione di scoprire delle cose nuove di te stesso.” (Jessica)

“È un gruppo dove puoi imparare a conoscerti meglio e a ritrovare dentro di te la voglia di vivere, grazie alle persone, che ti stanno vicine, che ti scrollano, che giocano con te... Il gruppo è un po' una mamma, un po' un papà e un po' una camerata di amici-fratelli” (Elisa)

“Un insieme di incontri che permettono di sperimentare l'appartenenza ad un gruppo, la solidarietà, la condivisione della sofferenza. Ci si ritrova a scavare in se stessi, ad esternare paura e dolore con sconosciuti che diventano familiari; nonostante l'eterogeneità delle persone si trova man mano la motivazione al lavoro interiore. Non si racconta solo, si fanno delle cose, e il fare limita le difese. Chi conduce il gruppo fa in modo che le difficoltà o i punti di forza di ciascuno stimolino l'introspezione. Può essere uno strumento utile più incisivo e forse più veloce rispetto ad un lavoro di analisi singolo là dove non vi è emergenza grave” (Alessandra)

“Si tratta di persone con problemi di diversa natura, che vicissitudini disparate hanno portato a soffrire fino ad ammalarsi, non riuscendo più ad affrontare la realtà. Ogni partecipante al gruppo ha il suo spazio, nel quale nessuno può entrare (parlare, intervenire) sul momento. In questo spazio può raccontarsi, può rivivere concretamente situazioni del passato, del presente o del futuro, immaginando ciò che il momento suggerisce senza vincoli, senza remore... Nel gruppo questo genera sintonia, comprensione, forza, comunione nella sofferenza, nella vulnerabilità. Il gruppo si amalgama in un susseguirsi di dare e ricevere. È questa l'utilità: le situazioni fanno da specchio e ci si sente compresi e capaci di comprendere e aiutare gli altri.” (Emanuela)

Gli elementi critici, per me...

“Qualche volta sono stata confusa, ripensavo alle cose dette e fatte e mi sembrava che il tempo fosse troppo poco. Adesso sto bene ma mi chiedo se è sufficiente il percorso che ho fatto o se ne avrò ancora bisogno. Mi manca.” (Bruna)

“Sono molto contenta di aver potuto far parte di questa esperienza, di aver avuto questa opportunità. Mi piacerebbe suggerire che, anche se è stata una valida esperienza, i partecipanti avrebbero bisogno di un riscontro individuale saltuario. So che lo psicodramma ha come scopo di far crescere e amalgamare il gruppo, e che non è consigliato, ma il fatto di poter avere un riscontro, anche solo telefonare alla dottoressa per avere una conversazione...” (Elisa)

“forse, per me che sono entrata dopo, un po' poco tempo” (Alessandra)

“il fatto che se ti capita qualcosa e non puoi andare al gruppo non puoi recuperare, perché il gruppo va avanti senza di te” (Jessica)

“Mi sento fortunata. È stato talmente bello e ben gestito che non ho critiche da esporre, ho solo provato una sensazione di perdita l'ultimo giorno, mi ha riportato al mio grosso tema di perdita... ho pensato poi alla valigia che avevo riempito, tutte le cose che avevo messo dentro grazie ad ognuna delle mie compagne, alla forza che mi portavo dentro col lavoro fatto nel gruppo e ora so che c'è sempre un momento in cui uno deve continuare a camminare da sola. Ora faccio nuovi progetti e sento di poterci provare” (Emanuela)

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. , dibattito pre e post congressuale in relazione al I convegno Nazionale SEPI Italia "Integrità e integrazione in psicoterapia", Milano, 16 marzo 2002. www.psychomedia.it

Boria M.C., *Arte-terapia e psicodramma classico*, Milano, Vita e Pensiero, 2006

Boria G., *Psicoterapia psicodrammatica*, Milano, Franco Angeli, 2005

Budman S.H., Simeone P.G., Redondo, J., et al. Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1988, p.63-86

Cocchi A., *Psicodramma, riflessioni in forma di dialogo*. Milano, Studio di Psicodramma, 2003

Corbella S., *Storie e luoghi dei gruppi*, Milano, Cortina, 2003

Costantini A., *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*, Milano, McGraw-Hill, 2000

De Leonardis P., *Lo scarto del cavallo*, Milano, Franco Angeli, 1994

Dotti L. , *Forma e azione*, Milano, Franco Angeli, 1998

Dotti L., *Lo psicodramma dei bambini*, Milano, Franco Angeli, 2002

Feuerstein R., *Non accettarmi come sono*, Firenze, Sansoni, 1995 (ed. originale: *Don't accept me as I am*, Skylight, 1997)

Galimberti U., *Dizionario di psicologia*, Torino, UTET, 2006

Leutz G. , *Rappresentare la vita*, Roma, Borla, 1999 (ed. originale *Mettre sa vie en scene. Le psychodrame*, Paris, Desclée de Brower, 1985)

MacKenzie K. R., *Psicoterapia breve di gruppo*, Trento, Erikson, 2002 (ed. originale: *Time-managed group psychotherapy: effective clinical application*, A. P. Press, 1997)

Migone Paolo, "Riflessioni sulla tecnica del contratto nella psicoterapia per i pazienti borderline proposta da Kernberg", in *Il Ruolo Terapeutico*, 1999, 81, 52-58, www.psychomedia.it

Moreno J.L., *Il teatro della spontaneità*, Firenze, Guaraldi, 1980 (ed. originale: *The theatre of spontaneità*, Beacon N.Y., Beacon House, 1947)

Moreno J.L., *Principi di sociometria, di psicoterapia di gruppo e sociodramma*, Milano, Etas Kompass, 1964 (ed. originale: *Who Shall Survive?*, Beacon N.Y., Beacon House, 1954)

Moreno J.L., *Manuale di psicodramma. Il teatro come terapia*. Roma, Astrolabio, 1985 (ed. originale: *Psychodrama, First volume*, Beacon N.Y., Beacon House, 1946; IV ed.1977)

Moreno J.L., *Gli spazi dello psicodramma*. Roma, Di Renzo, 1995 (ed. originale: *Psychodrama, Second Volume*, Beacon N.Y., Beacon House, 1959;II ed.1975).

Moreno J.L., *Manuale di psicodramma.Tecniche di regia psicodrammatica*. Roma, Astrolabio, 1987 (ed. originale: *Psychodrama, Third volume*, Beacon N.Y., Beacon House, 1969; II ed.1975)

Moreno J.L., *Il profeta dello psicodramma*, Roma, Di Renzo, 2002

Winnicott D., *Gioco e realtà*, Roma, Armando, 1999 (ed. originale: *Playing and reality*, London, Tavistok, 1971)

Yalom I. D., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo,IV ed*. Torino, Bollati Boringhieri, 1997 (ed. originale: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, N.Y., Basic Books, 1974; IV ed. 1995)

Per un contatto con l'autore, scrivere a:
ciz.vinci@virgilio.it