

Studio di Psicodramma di Milano
Scuola di specializzazione di psicoterapia

Specializzanda
Dott.ssa Leone Loredana

Tesi di diploma

IO SPERIAMO CHE ME LA CAVO

*La sfida del cambiamento in età anziana: dalla dimensione della
perdita alla scelta di lasciare*

Anno Accademico 2020

***Ai miei amati figli Silvio e Rita Letizia
con l'augurio di una vita lunghissima
piena di incontri preziosi***

INTRODUZIONE.....	4
Capitolo primo	
IL GRUPPO DI PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA PER ANZIANI.....	8
Capitolo secondo	
IL SINGLE CASE: M.....	16
Capitolo terzo	
LO PSICODRAMMA E I FATTORI DI CAMBIAMENTO.....	31
Capitolo quarto	
L'UNIVERSO DELLA TERZA ETA'.....	46
Capitolo quinto	
ANZIANI E MEMORIA.....	55
CONCLUSIONI.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	66
RINGRAZIAMENTI.....	70

INTRODUZIONE



La danza, H. Matisse

Cosa ti lascio di me?

E di te io cosa prendo?

Cosa mi lasci di te?

E di me tu cosa prendi?

Accetto miracoli, Tiziano Ferro

INTRODUZIONE

Il presente lavoro nasce da un'esperienza, per me preziosa, di un'esperienza di conduzione con metodologia psicodrammatica classica di un gruppo psicoterapeutico per il trattamento di pazienti anziani over 65, in seno al mio tirocinio di specialità svolto presso la S.C. di Psicologia Clinica Polo Ospedaliero San Paolo - ASST Santi Paolo e Carlo, Milano. L'esperienza, condivisa con un collega psicoterapeuta in formazione come me presso la scuola di Specializzazione in Psicoterapia dello Studio di Psicodramma a Milano, si è protratta 13 mesi, dal maggio 2018 al giugno 2019. Attualmente, a seguito della conclusione del nostro percorso formativo, il gruppo è guidato da due nuovi conduttori.

L'obiettivo del presente lavoro è compiere alcune riflessioni sull'esperienza compiuta e sull'efficacia clinica del trattamento psicoterapeutico con pazienti anziani, a partire dalla presentazione di un single case di una donna 72enne con diagnosi di lutto complicato. In questa prospettiva si è rivelato utile soffermarsi sul concetto di cambiamento in ambito psicoterapico e sulla teoria di riferimento per individuare i fattori specifici e aspecifici che sembrano concorrere maggiormente all'efficacia dell'esperienza clinica.

I dati del single case sono stati analizzati usando il design ermeneutico (HASCED), approccio interpretativo non sperimentale che mira a determinare se si è verificato un cambiamento, se esso è stato determinato da particolari strategie terapeutiche ed, eventualmente, ciò che nella terapia ha determinato il cambiamento. (Carvalho, Faustino, Nascimento, 2008)

La presentazione del single case è stato accompagnato da un'analisi tematica dei contenuti dei trascritti verbatim di 45 sessioni.

Si è ritenuto inoltre importante riportare alcune evidenze riguardanti la specificità della fascia di età in oggetto e una sintesi della letteratura scientifica sulla possibilità di psicoterapia con persone anziane, con particolare riferimento ad alcuni spunti significativi riguardanti la memoria e il contributo delle neuroscienze.

Infine, il lavoro in oggetto ha permesso di compiere delle riflessioni sul mio ruolo di direttore di psicodramma e di psicoterapeuta al termine di un percorso di formazione professionale ed umano intenso ed appassionante.

Capitolo primo

**IL GRUPPO DI PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA PER
ANZIANI OVER 65**



La ronde des petites filles, P. Gauguin

Essere vecchi è una cosa splendida se non si è dimenticato cosa significa cominciare

Martin Buber

IL GRUPPO DI PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA PER ANZIANI OVER 65

L'esperienza di un gruppo di psicoterapia, per il trattamento di pazienti anziani over 65, condotto con metodologia psicodrammatica classica si snoda nell'ultimo anno e mezzo del mio tirocinio di specialità presso la S.C. di Psicologia Clinica Polo Ospedaliero San Paolo - ASST Santi Paolo e Carlo a Milano.

Il progetto di un percorso di gruppo nasce all'inizio del 2018 dall'esigenza di far fronte alle numerose richieste di presa in carico giunte al Servizio di Psicologia, anche da parte dei servizi territoriali.

In ambito istituzionale l'intervento gruppale viene sostenuto in virtù di due ragioni: in primo luogo in quanto la dimensione gruppale è di per sé agente terapeutico. In particolare, l'omogeneità di un gruppo pone in atto meccanismi di identificazione preziosi per il percorso terapeutico. In secondo luogo, l'attivazione di gruppi permette una razionalizzazione di risorse e una più efficace organizzazione di tempi e spazi rispetto alla presa in carico individuale. Insieme ad un collega, psicoterapeuta in formazione come me presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia dello Studio di Psicodramma a Milano, mi sono dedicata alla programmazione e formazione del gruppo, esperienza che, insieme con la presa in carico e con la conduzione dello stesso, rappresenterà un significativo stimolo per la mia formazione professionale ed umana.

Le fonti di reclutamento per il gruppo sono state molteplici: l'invio diretto da colleghi operanti in ambito ospedaliero e nell'ambito dei Servizi territoriali e l'accesso diretto attraverso contatto telefonico al Servizio di Psicologia.

Tutti i pazienti, in attesa di una presa in carico, sono stati da noi invitati ad un colloquio individuale per una prima fase di accoglienza e di consultazione. L'incontro è volto ad una reciproca conoscenza, all'informazione sulla possibilità di un percorso di gruppo e a valutarne la loro candidabilità.

I criteri che ci hanno guidato nella selezione sono stati la motivazione ad un percorso di psicoterapia, l'esclusione di pazienti con importanti compromissioni organiche, demenze e patologie psichiatriche gravi, la disponibilità ad assicurare una regolare frequenza.

Sette i colloqui preliminari effettuati, a seguito dei quali, due persone ritenute non in possesso dei prerequisiti da noi fissati, sono state inviate ad altri percorsi di psicoterapia; una paziente ha accettato la proposta di un percorso individuale di otto sedute con noi terapeuti, preliminare all'esperienza gruppale; con un altro paziente è stata concordata una fase di consultazione di tre sedute individuali al fine di avviare un rapporto di fiducia e di alleanza terapeutica in attesa dell'inizio del percorso; per i restanti pazienti è stato sufficiente un unico incontro conoscitivo.

Finalità del gruppo è stata quella di offrire ai partecipanti uno spazio di sostegno e di crescita personale con l'obiettivo di favorire l'esplorazione dei ruoli e delle modalità relazionali in un contesto di intervento psicoterapico.

IL SETTING

Il Servizio di Psicologia dispone di una stanza riservata alle attività di gruppo. La stanza, nonostante presenti alcuni limiti legati all'illuminazione (un anonimo neon e l'impossibilità di isolare l'ambiente dalla luce esterna) e ad uno scarso isolamento acustico, è attrezzata come setting psicodrammatico dal momento che vi si svolgono altri gruppi di analogo orientamento. L'ambiente dispone pertanto di sedie, cuscini, teli colorati, sgabelli, oggetti di vario genere e dimensioni.

COMPOSIZIONE DEL GRUPPO

Nel maggio 2018 prende avvio il percorso.

Si tratta di un gruppo terapeutico continuativo, aperto, con aspetti di omogeneità rispetto all'età in quanto condizione di persone anziane, over 65enni. La disomogeneità è data dalla diagnosi, dallo stato civile, dai fattori di personalità e dalla sintomatologia. I sintomi psichici che accomunano i componenti del gruppo sono ansia, tratti depressivi, insonnia e apatia.

Gli incontri sono settimanali, della durata di un'ora e 45 minuti.

Dal mese di maggio al settembre 2018 i pazienti sono cinque, quattro donne ed un uomo. Nel settembre 2018 una paziente decide di interrompere il trattamento per un miglioramento della sintomatologia e in ottobre si hanno due nuovi inserimenti, un uomo ed una donna. In novembre una paziente decide di sospendere il percorso per ragioni familiari. Ad aprile 2019 viene inserita una nuova paziente

75 anni è l'età media dei partecipanti. Riguardo allo stato civile due donne e l'uomo sono coniugati, due sono invece vedove. Tutti, ormai pensionati, hanno un'istruzione medio- superiore.

Le problematiche fonte della richiesta di aiuto sono di varia natura: un lutto non elaborato fonte di tristezza ed ansia, difficoltà nella relazione coniugale, fatiche relazionali con i figli, forte senso di solitudine, il cronicizzarsi di alcuni disturbi fisiologici che sembrano non trovare alcun rimedio nelle terapie farmacologiche in atto.

L'esperienza qui presentata si riferisce al periodo della mia conduzione e ricopre un periodo di tempo di tredici mesi, fino al giugno 2019 per un totale di 45 sessioni, con interruzioni nel periodo natalizio, pasquale e nei mesi di luglio ed agosto. Le contingenze di tali pause hanno rappresentato un'opportunità per considerare il percorso compiuto ed identificare i possibili nuovi obiettivi individuali e di gruppo.

Tutti i partecipanti sono stati assidui nella frequenza e le scarse assenze sono state sempre comunicate in precedenza o, comunque, giustificate.

Il consolidamento del gruppo ha subito un'apparente battuta di arresto con l'uscita della paziente in settembre e l'ingresso in ottobre delle due nuove persone. In realtà alle prime incertezze, rappresentate emblematicamente dalla domanda del paziente M.: «Ma a noi continuate a tenerci?», si è sostituito l'entusiasmo con cui è stato accolto anche l'ingresso della nuova paziente nell'aprile 2019.

La condivisione di frammenti di vita e di emozioni con il trascorrere del tempo ha permesso la costruzione del co-conscio e del co-inconscio.

Le contingenze che si sono presentate durante il percorso (il lutto per la perdita di una sorella, la malattia improvvisa e grave di un marito, alcune visite mediche) hanno rappresentato un'opportunità per esplorare i vissuti in merito. Sempre più evidente l'aspetto del prendersi cura degli altri e l'assumersi il ruolo di agente terapeutico.

Un momento importante è rappresentato a metà percorso dall'interrogativo del paziente M.: «È possibile cambiare a quest'età?» Ci si interroga sul cambiamento, su quanto sia faticoso ma anche voluto e desiderato e ciascuno è invitato a rimandare ai propri compagni i cambiamenti che ha visto prodursi, offrendo e ricevendo degli specchi nutritivi. Ritengo che sia stato un momento di azione e riflessione importante in quanto uno dei fattori terapeutici, è la fiducia e la speranza nel cambiamento (Yalom, 2016, pag. 22)

A fine maggio 2019 viene data la comunicazione che a fine giugno terminerò la conduzione del gruppo. E' questa una contingenza preziosa per mettere in scena il tema del congedo, della separazione e del cambiamento.

LE TECNICHE

I primi mesi sono stati dedicati alla formazione del gruppo e alla creazione di relazioni teliche che favorissero un clima di accoglienza e di fiducia. In questa prospettiva le attività relazionali proposte hanno avuto come obiettivo facilitare l'incontro con l'altro, così da promuovere la conoscenza tra i componenti e la costruzione della storia del gruppo. E' stato questo un tempo in cui si è cercato di transitare dalle singole individualità alla creazione di un noi. Progressivamente sono state introdotte le principali tecniche psicodrammatiche del doppio, dello specchio, dell'inversione di ruolo. Ciò ha permesso di attivare le corrispondenti funzioni mentali.

Curiosità, qualche incertezza ed imbarazzo, un bel pizzico di meraviglia e di stupore, le emozioni che hanno caratterizzato le prime sessioni in cui le attività proposte, condotte nel rispetto dei criteri di simmetria, circolarità, sospensione della risposta e rispetto della verità soggettiva, sono state lavori di gruppo, ispirati dai bisogni individuali via via affioranti. Particolarmente utili si sono rivelate le attività svolte con l'ausilio della "sedia vuota" e le sociometrie. A inizio ottobre si è ritenuto di poter rompere la simmetria, proponendo per la prima volta la conduzione di un protagonista.

Le strategie di conduzione hanno visto l'alternarsi di proposte di esperienze fusionali attraverso la condivisione di emozioni e vissuti intensi e profondi, e attività individuative e di differenziazione, in cui si è evidenziata l'unicità di ciascun componente.

Le specificità individuali e le peculiarità hanno rappresentato il valore aggiunto del gruppo.

STRUMENTI OGGETTIVI DI VALUTAZIONE

Per rilevare il grado di benessere del paziente e per la valutazione dell'efficacia clinica degli interventi terapeutici si è deciso di somministrare il questionario Core Om, strumento utile per la misurazione del cambiamento nella salute mentale degli adulti, particolarmente nella valutazione del cambiamento determinato da un trattamento psicologico.

Il Core Om è un questionario self report costituito da 34 item, valutati dal paziente su una scala a 5 punti che va da "mai" a "molto spesso o sempre" in relazione alla frequenza con cui sono stati sperimentati nel corso dell'ultima settimana i contenuti dei singoli item. Circa la metà delle affermazioni riguarda problemi definiti a "bassa intensità", ad esempio «*mi sono sentito infelice*», la restante metà riguarda problematiche definite ad "alta intensità" ad esempio «*ho progettato di mettere fine alla mia vita*». Gli item sono distribuiti in 4 domini specifici:

- benessere soggettivo (4 item), ad esempio: «*Ho avuto voglia di piangere*»;
- sintomatologia/problematiche (12 item), con riferimento a sintomi depressivi, ansiosi, fisici, ad esempio: «*Mi sono sentito totalmente privo di energia e di entusiasmo*»;
- funzionamento (12 item) riguarda il funzionamento generale nelle relazioni intime e sociali, ad esempio: «*Mi sono sentito terribilmente solo ed isolato*»;
- rischio (6 item), la possibilità di fare male a se stessi ed agli altri (aspetti auto ed etero-lesivi), ad esempio «*Sono stato violento fisicamente contro le altre persone*».

I primi tre domini sono in sintonia con il modello delle fasi del cambiamento, ossia la previsione che durante il processo psicoterapeutico vi sia un progressivo miglioramento delle aree relative alle diverse dimensioni: cominciando da un benessere soggettivo, dunque da una remissione dei sintomi, fino al miglioramento nel funzionamento complessivo (Howard et al., 1993).

Il livello di disagio psicologico, esperito al momento della compilazione del test, viene quantificato in base al punteggio totale, ottenuto sommando le risposte ai singoli item, e dividendo il risultato per il numero totale degli item. Punteggi maggiori sono rivelatori di problematiche progressivamente più gravi.

Il confronto, fra la misurazione prima e dopo l'intervento di terapia, indica se ed in che misura il livello di disagio del paziente è diminuito, mostrando quindi l'esito del trattamento.

L'analisi delle proprietà psicometriche del Core Om ha rilevato dai 34 item 6 punteggi: la media degli item totali per ognuno dei 4 domini, la media degli item appartenenti alla categoria "non rischio", la media di tutti i 34 item. Tra questi punteggi nel campione clinico vi è alta correlazione, con correlazione minore tra rischio e altri punteggi. Perché il questionario sia considerato valido non devono essere presenti più di tre dimenticanze nell'intero test. Inoltre per tenere una scala occorre che non ci siano due o più risposte non date nella stessa.

Aspetti che hanno reso per noi consigliabile la somministrazione del Core Om sono stati la rapidità del suo tempo di compilazione (5-10 minuti) e il suo essere svincolato da modelli o approcci psicoterapeutici specifici.

La somministrazione del Core Om ha interessato 7 pazienti. Il questionario è stato somministrato in accoglienza, per l'indicazione della gravità e del rischio; periodicamente (ogni 4 mesi) durante il trattamento, come bilancio dell'andamento della terapia ed in uscita.

L'ESPERIENZA DI CO-CONDUZIONE

L'esperienza di condividere la conduzione con un co-terapeuta mi ha consentito di avere una maggiore possibilità osservativa sul gruppo, sui bisogni relazionali, sulle dinamiche intra-gruppali e un punto di vista altro per progettare interventi efficaci. Nella suddivisione dei ruoli, mai rigida, vi è stata molta fluidità senza precludere all'altro l'accesso alla gamma completa di situazioni e di interventi terapeutici. Essere affiancata da un co-terapeuta ha rappresentato per me anche una preziosa esperienza di apprendimento in quanto mi ha permesso di osservare ripetutamente uno stile di conduzione differente dal mio e di riflettere costruttivamente sul mio ruolo di direttore.

Sento inoltre che la condivisione è stata utile per equilibrarci e fornirci sostegno reciproco. (Yalom, 2016, pag. 477).

Capitolo secondo

IL SINGLE CASE: M.



Dipinto di donna anziana, G. Cipriano

Ho bisogno di te che hai bisogno di me per cambiare il tuo mondo.

Hai bisogno di me che ho bisogno di te per cambiare il mio mondo.

Polvere di stelle, Luciano Ligabue

IL SINGLE CASE: M.

M. è una donna di 72 anni, minuta, curata nell'aspetto. Il volto, sfiorito a causa dell'età, non ha tuttavia perso alcuni tratti infantili, presenti anche nel tono di voce. M., vedova da cinque anni, è pensionata. In passato ha svolto attività di promotrice finanziaria, attualmente è volontaria in un Comitato. Le presenze significative nella vita di M. sono un figlio separato, un nipotino di 11 anni, affidato ad entrambi i genitori, di cui si prende cura quando il padre è in trasferta di lavoro, il cagnolino del nipote a cui è molto affezionata. Ci sono poi l'ex nuora, difficile da gestire e la nuova compagna del figlio a cui sente di voler bene ma con cui fatica ad entrare in relazione temendo di essere poco accettata. Lutto complicato è la sua diagnosi. Dalla morte del marito, mai accettata, M. è in carico nel contesto ospedaliero per un percorso di psicoterapia individuale, attualmente con appuntamenti mensili. Dal collega inviante abbiamo ricevuto alcune preziose informazioni: M. vive in un'abitazione trasformata in una casa museo dove sono custoditi gelosamente tutti gli oggetti e gli abiti appartenuti al marito; nel frigorifero sono conservati ancora il vasetto di marmellata e le medicine del coniuge; sul bordo del lavabo il rasoio dell'uomo, come se da un momento all'altro dovesse ritornare e la vita riprendere dal punto in cui si è interrotta anche per M...

La paziente è incapace di nominare la morte del marito e sembra rifuggire dalla consapevolezza che la morte sia un qualcosa di irreversibile. Il dolore non le dà pace, la paralizza.

Il vissuto di grande sofferenza della donna è palpabile nel primo incontro individuale: M. racconta le giornate e le stagioni, trascorse nella cameretta del marito con le tapparelle costantemente abbassate. Lì riferisce di sentirsi meno sola: a tenerle compagnia le ceneri del defunto. Per lungo tempo M. ha trascorso intere giornate a letto, alzandosi soltanto per scrivere al marito o per sedersi di fronte all'armadio senza far nulla, sentendo precluso ogni slancio vitale.

M. verbalizza la sua difficoltà nel pensarsi in un percorso di gruppo, ad ogni modo accetta la proposta terapeutica. L'obiettivo terapeutico prioritario che concordiamo con lei è elaborare l'immenso vissuto di perdita lavorando anche sul senso della sua sofferenza. Altri possibili obiettivi: riuscire a giocare nuovi ruoli e favorire l'esplorazione di nuove possibilità relazionali per sgretolare ruoli cristallizzati e ripetitivi.

L'impressione, frutto del primo incontro, è che M. sia una paziente con tratti di fissità e rigidità e che il suo vissuto sia raggrumato intorno alla perdita del marito, con cui sembra avere avuto una relazione simbiotica. M. sembra avere una scarsa autostima e aver vissuto una grande povertà relazionale che attualmente si traduce in una profonda solitudine. Sono molto incuriosita dalla storia di vita della donna: dalla breve raccolta di informazioni anamnestiche mi sembra di comprendere che l'infanzia della donna sia stata priva di presenze significative e di sguardi nutrienti, favorenti un'identità solida e adulta.

Nel suo percorso di gruppo la prima modalità relazionale di M. è il pianto. Nella comunicazione con i compagni manifesta ritrosia, incertezza, timidezza, paura di sbagliare, senso di inadeguatezza. Nonostante ciò quando riesce a superare queste sue fatiche, riesce anche a raccontare qualcosa di sé. Il suo essere inibita e contratta nell'espressione di sé si manifesta in ogni ambito relazionale: fatica perfino nello scegliere i doni di Natale e nello scrivere biglietti di auguri alle persone care.

Nei primi mesi di percorso di gruppo M. porta come unico tema, la morte del marito, innominabile, tanto da usare l'espressione «è *volato in cielo*». Gli unici ruoli giocati quello di vedova, insieme a quello di persona disponibile all'ascolto e all'aiuto di chiunque si trovi in difficoltà. Sono ruoli ricorrenti che presentano caratteri di rigidità e fissità.

Anche alcune espressioni di M. sono ricorrenti: la sua modalità di saluto al termine di ogni sessione, per molte settimane, è invariabilmente «*io speriamo che me la cavo*», espressione trasformata poi in un «*noi speriamo che ce la caviamo*» quando il senso di appartenenza al gruppo consente di uscire dalla sfera angusta dell'individualità e permette di contemplare e coniugare la dimensione del "noi".

Un tema che stimola e sollecita M. è la possibilità del cambiamento: dapprima inesistente, poi inevitabile, sognato, temuto, respinto, ricercato, anelato. M. va in crisi quando deve cambiare un farmaco, il medico di base, il dentista.

Con il trascorrere dei mesi il gelo del lutto paralizzante sembra lasciare il posto al calore della speranza in una possibilità trasformativa. Frutto di questa speranza sarà una sorprendente frase di congedo: «*Vorrei che la prossima settimana ognuno di noi si trovasse qui con un piccolo sole in tasca*».

In linea con il suo ruolo di brava ascoltatrice, M. è un buon agente terapeutico per il gruppo: rimanda specchi nutrienti, doppia in modo attento e preciso i compagni e riesce a sintonizzarsi con le emozioni altrui, molto più che con il proprio mondo interno.

Nel gruppo di psicodramma, M. ha la possibilità di sperimentare modalità relazionali nuove, che non le sono mai appartenute e di rompere copioni cristallizzati e disfunzionali. Un copione che lei stessa riconosce di mettere in atto, in modo ricorrente, è fuggire dinanzi alle situazioni di fatica che la fanno sentire incapace o inadeguata. Ci prova anche con il gruppo di psicodramma! Nel settembre 2018, senza alcun preavviso M. si presenta pochi minuti prima dell'inizio della sessione comunicando la sua decisione di lasciare il gruppo. Una decisione accolta da me (il co-terapeuta non è presente al momento del dialogo con la paziente) con l'unico vincolo di partecipare alla sessione per comunicare la propria scelta e vivere il momento del saluto. M. accetta e fa l'esperienza di stare nella sua scelta, di entrarci in contatto e di cogliere le reazioni dei compagni alla notizia da lei comunicata, di guardarli negli occhi, di vedere i loro volti, ascoltare le loro parole che sanno di tristezza, di rammarico, ma anche di rispetto per il suo sentire. M. si concede di fare quest'esperienza

che le permette di porsi dinanzi alla sua decisione con responsabilità e presenza e la paziente sceglie di rimanere.

M. diventa progressivamente più capace di accedere al proprio mondo interno e di renderne partecipi i compagni: emerge un minimo di progettualità, alcuni sogni coltivati da lungo tempo (ad es. iscriversi ad un corso di inglese e di informatica) e la sua immensa solitudine esistenziale. M. racconta di non aver mai avuto amici.

Emergono, se pure con fatica, nuovi ruoli: quello di mamma e di nonna e, inevitabilmente, il suo ruolo di figlia di una madre, anaffettiva e trascurante.

Nel mese di marzo M. vive un periodo di trasformazioni: prima tra tutte, riuscire a sollevare le tapparelle. Nello stesso periodo la paziente si concede di pensare di riporre l'ormai consumato accappatoio del marito. M. sembra transitare da vissuti di perdita alla scelta di lasciar andare ciò che è mortifero per poter serbare in sé slanci di vitalità.

ANALISI TEMATICA DEI TRASCRITTI VERBATIM

La presentazione del single case è stata accompagnata da un'analisi tematica dei contenuti dei trascritti verbatim di 45 sessioni. Ho inoltre consultato anche le trascrizioni delle 14 sessioni successive alla fine della mia conduzione.

Ho ritenuto utile ricostruire le varie tappe del suo percorso all'interno del gruppo di psicodramma evidenziando particolari temi e mettendone in rilievo l'evoluzione nel tempo.

M. E LA SUA PRIMA SESSIONE

M. si presenta puntuale alla sua prima sessione di gruppo: sul volto e nella prossemica i segni evidenti di un atteggiamento difensivo ed estremamente introverso. Come conduttori proponiamo una semplice attività di conoscenza e chiediamo di fare un primo giro di presentazioni condividendo con il gruppo ciò che piacerebbe si sapesse di ognuno. Quando giunge il suo turno di parola M. piange, ricordando come anche il marito, durante la sua malattia oncologica avesse partecipato ad un'esperienza di gruppo. M., se pure esprima una grande fatica nel raccontare di sé, riesce comunque a condividere con i compagni delle informazioni precise e approfondite. Sarà una caratteristica ricorrente della sua modalità di entrare in relazione con gli altri. Questa la sua presentazione: *«Sono qui per la perdita di mio marito. Da allora sono crollata, vivo nella sua stanzetta, mangio lì, il resto della casa è chiusa, le sue ceneri sono lì. Dico che è volato in cielo perché non posso usare un altro termine. Lì in stanzetta penso che da un momento all'altro lui possa tornare e io lì mi sento meno sola. Sto facendo fatica a parlare perché io sono brava ad ascoltare. Di me non parlo mai».*

LA FATICA DI ESPRIMERSI

La difficoltà di M. ad esprimersi e ad entrare in contatto con il suo mondo interno ritornerà in modo costante nelle sessioni successive. Soltanto dopo alcuni mesi, questo suo tratto andrà facendosi progressivamente meno ricorrente e paralizzante, se pure tenderà a ripresentarsi nei momenti di fatica emotiva.

Nella sessione n. 21 del dicembre 2018 si esprime così: *«Anche scrivere un biglietto è difficile, scrivo un pensiero e poi lo straccio, lo butto nel cestino perché non è mai giusto, non va mai bene. Riempio il cestino di biglietti stracciati. Se penso è un disastro... un cestino pieno di biglietti stracciati... vorrei dire alla compagna di mio figlio che è una bella persona, che rende felice mio figlio, che sono felice ma poi straccio quello che scrivo...vorrei dire ma... continuo a scrivere e a buttare nel cestino perché non mi sembra mai adeguato. Quest'anno mi sono imposta di fare questo: mi sono detta adesso M. la pianti, se piace o non piace lo scrivi e va bene così».*

IO SPERIAMO CHE ME LA CAVO

Nei rituali di chiusura del gruppo, ogni settimana proposti in modo differente dai conduttori, M. pronuncia invariabilmente la frase: *«Io speriamo che me la cavo».*

Nel febbraio 2019 a testimonianza di quanto le singole individualità si siano trasformate in un noi, M. inizierà a congedarsi dal gruppo con la nuova frase *«Noi speriamo che ce la caviamo».*

Qualche settimana più tardi, M. condivide questo pensiero: *«La risorsa del gruppo è speriamo che noi ce la caviamo... Speranza che possiamo sperare, che possa succedere qualcosa... un'opportunità. Speranza non in un miracolo, ma la speranza che accada qualcosa, un pensiero che ci aiuti a trasformare la nostra situazione. Speranza che qualcosa possa aiutarci nel proseguire nel cammino. Speranza di incontrare qualcosa che allevi il cambiamento... una settimana con qualche nuova opportunità e che qualcosa di bello possa succedere ad ognuno di noi».*

Nella sessione n. 28, M. vive il momento del saluto a fine sessione con una frase dal sapore nuovo: *«Io vorrei che la prossima settimana ognuno di noi si trovasse qui con un piccolo sole in tasca».*

M. AGENTE TERAPEUTICO

Sin dalle prime settimane di percorso, M. tende a svolgere una funzione materna e nutritiva all'interno del gruppo, supportando i compagni, ai quali fornisce specchi, realistici e stimolanti. Un ruolo a lei congeniale, quello di recare

aiuto a chi ne ha bisogno, giocato costantemente nella realtà quotidiana della sua vita.

A poco più di un mese dall'inizio del percorso il gruppo si confronta con la contingenza di un lutto: viene meno la sorella di una paziente e viene dato spazio alle risonanze che il tema della morte muove in ognuno. In questa situazione, M. è buon agente terapeutico per la compagna e per l'intero gruppo, portando, se pure tra le lacrime continue, il suo contributo su un tema per lei "caldo". Per parecchi mesi M. è fissa sul tema del lutto e sul suo impegno in attività in cui è impegnata per "distrarsi" ma non gratificanti per lei.

M. DECIDE DI LASCIARE IL GRUPPO MA SCEGLIE DI RESTARE

Nel terzo incontro dopo la pausa estiva, M. giunge pochi minuti prima dell'inizio dell'attività di gruppo, annunciando che non parteciperà alla sessione perché ha deciso di lasciare il gruppo: *«Sono venuta di persona per comunicare questa mia decisione, sento che è un percorso molto faticoso per me...non ce la faccio»*. Le comunico il mio dispiacere per la sua decisione che, tuttavia accolgo e rispetto, facendole la richiesta di partecipare comunque alla sessione per dare diretta comunicazione ai suoi compagni. M. accetta il mio invito e, a differenza di tutti i precedenti incontri, riesce ad abitare lo spazio espressivo che le spetta.

Sorpresa e rammarico i sentimenti con cui i compagni accolgono la decisione di M. Chiediamo ad ognuno di condividere le emozioni suscitate dalla notizia e invitiamo M. ad ascoltare ed accogliere le parole che le saranno rivolte.

Queste le verbalizzazioni dei compagni:

M.: *«Mi spiace... mi spiace molto che tu abbia deciso di andare via... non me lo aspettavo proprio... Avevamo iniziato a conoscerci e ad aiutarci»*.

R.: *«E' un peccato che tu vada via, proprio ora che avevi iniziato ad aprirti un po' di più»*.

A.: *«Sei una donna molto sensibile e altruista e spesso ti dimentichi di te. Il gruppo era una bella occasione per pensare un po' a te stessa»*.

Terminato il giro di condivisione, diamo a M. la possibilità di condividere le emozioni mosse dalle parole dei compagni. M.: *«Faccio fatica a stare qui, a parlare di me...ma... mi sono commossa sentendovi parlare... ho deciso che devo rimanere qui... ci provo»*

Nella sessione successiva M. verbalizza di aver messo a fuoco come di fronte alle difficoltà e alle fatiche, soprattutto emotive, metta in atto un copione ricorrente: fuggire. In questa occasione è invece riuscita a non sottrarsi come suo solito.

Nei mesi successivi M. rievocherà più volte la sua scelta di rimanere nel gruppo: nel dicembre 2018: *«Qui ho incontrato i compagni di gruppo, ho fatto otto incontri a piangere solo lacrime (sorride)... veramente otto incontri di lacrime, solo lacrime. Ho deciso di lasciare il gruppo poi la dottoressa mi ha chiesto di salutare i compagni e poi ho visto il volto di R. ed M. e ho deciso di*

non andare via, dopo otto incontri di lacrime»; ad aprile 2019: «Ho pianto otto settimane... volevo scappare. Poi ho guardato M. e R. che con gli occhi mi chiedevano perché vai via. E ho deciso di provare e sono qua. Mi ha aiutato questo percorso perché io ho problemi ad esprimermi perché non voglio raccontare e invece sono qui e ci raccontiamo e condividiamo le nostre miserie... Io non ho mai fatto amicizia con nessuno...non ho amici né amiche». Nel giugno 2019: «Ricordo quando ho guardato quella porta lì e volevo scappare, ma... non era giusto e ho detto proviamo ancora un po'».

LA RICERCA DI UN TEMPO PER SE'

Nelle settimane successive, M. progressivamente inizia ad entrare in contatto con i propri bisogni e desideri. Ai temi legati al lutto si sostituisce una sia pur minima progettualità e M. trova alcune semplici parole per dare forma al desiderio di trovare del tempo per sé, dal momento che non le basta più essere colei che aiuta chi ha problemi. A fine novembre, nella sessione n. 30: *«Io voglio sempre dare aiuto dove c'è disagio, ma sono sola, mi sento sola. Mi piacerebbe fare un corso di inglese. Sto cercando di mettere qualche paletto e di tener fuori dalla mia vita una parte di lavoro che non riesco a gestire».*

Un paio di settimane dopo comunica al gruppo di essere felice per essere stata accettata al corso di inglese che, da una vita, sognava di frequentare. Comunica inoltre di aver scelto di iscriversi ad un corso di computer di cui ha già seguito la prima lezione.

La sua quotidianità continua ad essere riempita dalla frequentazione di un circolo ricreativo e dal gioco del burraco.

LA DISPERAZIONE DOPO LA GIOIA

Nella sessione n. 22 nel gennaio 2019, al rientro delle vacanze di Natale, M. per la prima volta contatta vissuti di gioia. Nell'aggiornamento infatti, per la prima volta dopo otto mesi, M. racconta di aver vissuto momenti felici. Al contempo riferisce di essere ora disperata e di aver sofferto moltissimo il ritorno alla solitudine della sua casa, una volta terminato il periodo natalizio: *«Ho passato dei bellissimi giorni di Natale da mio figlio, mi sono divertita tantissimo, ho fatto grandi risate. Abbiamo passato dei splendidi giorni...mi ha rallegrato il senso di famiglia... la famiglia è una cosa bella...io sono una donna di famiglia. Poi sono rientrata a casa ed è partito il disastro... (piange) ho apparecchiato per me e mio marito... non sopporto la casa vuota... sono stata benissimo a casa di mio figlio e della sua compagna e proprio per questo è stato più traumatico... ora non ho voglia di vedere nessuno... di alzarmi... sono apatica... non sopporto la casa vuota... la casa vuota è una cosa che mi rattrista. Quest'anno è stato pesante, pesantissimo proprio perché sono stata felicissima ed è stato più pesante andare avanti nella solitudine. In questo*

periodo sto mettendo di tutto dentro: il corso di inglese, le partite di burraco. E non riesco... non riesco ad andare avanti. Non ce la faccio... (piange) riesco ad andare avanti momentaneamente. E' troppo difficile... non sopporto proprio la casa vuota. Questi giorni sono molto, molto pesanti (piange). In questa settimana ho proprio sentito una vita che non vuoi fare, un non senso... Non voglio ritornare a guardare l'armadio».

M. E IL SUO RUOLO DI MADRE E DI NONNA

Con il trascorrere delle settimane, diventa meno frequente il riferimento al lutto ed emergono nuove tematiche. M. condivide le sue preoccupazioni legate al ruolo di madre e, soprattutto, di nonna.

Nella sessione 21 (dicembre 2018) racconta: *«Per me è un periodo difficile... la cosa sgradevole di questa settimana è il disastro che ha messo in piedi mia nuora nei confronti di mio nipote. Lunedì mi ha chiamato mio figlio che non lo fa mai per cercare di lasciarmi tranquilla... forse ha sentito il bisogno di farlo. Mi ha detto che mia nuora lo sta screditando agli occhi del figlio. E' ormai un ragazzo grande e lei sta raccontando delle cose sgradevoli sul papà. La fortuna è che il ragazzo ha fatto le sue valutazioni da adulto perché è maturo. Però tutto questo mi fa male. Mia nuora ha tanti problemi e riversa tutto sul figlio. Lui è seguito da uno psicologo. E' una cosa brutta che una mamma riversi i suoi problemi sul figlio. Questa è una cosa molto spiacevole che mi fa male e mi crea sofferenza».*

Nel marzo 2019: *«Rispetto a mio figlio dico che è un bravissimo papà e ho notato che usa lo stesso metodo che ho usato io con lui e questo mi fa pensare che sono stata brava».*

Sessione n. 46 del settembre 2019: *«Ho avuto un'infanzia difficilissima, non ho avuto una mamma... vedere un bambino con una mamma che non è una mamma mi mette a disagio...sto male per mio nipote, ho paura dei danni che la sua mamma può fare... nel vedere il viso triste di F. che dice di dover andare dalla mamma ho un turbinio. In passato non ha mai voluto parlare della mamma ma ultimamente mi ha detto ne voglio parlare perché di te nonna mi fido. Io no...da bambina non potevo contare su nessuno».*

L. SI INTERROGA SUL CAMBIAMENTO

M. affronta spesso il tema del cambiamento.

Nella sessione n. 19 del dicembre 2018 M. si descrive nel modo seguente: *«Sono una stanziale, faccio fatica a stare nei cambiamenti e se non va bene so che sarò infelice a vita... ho perso il senso della mia vita quando se ne è andato in cielo mio marito (piange)... è tutto difficoltoso e la vita non ha molto senso... cerco di dar un senso alla mia vita e inserire più cose che posso così*

non trovo tempo per pensare... cerco di fare quello che posso per andare avanti... cerco di farcela... altrimenti non si riesce ad andare avanti... quindi mi trovo a fare cose faticose ma che devo fare. Ho perso il senso della mia vita quando mio marito se n'è andato in cielo...quando hanno detto che non c'era più lui, affrontare il percorso è stato molto difficoltoso e la vita non aveva più senso... Questo è un periodo particolare perché arrivano i giorni di Natale e, solitamente, vado in crisi... Ieri sera ho dovuto chiamare un'amica che si trova in difficoltà. Sono rimasta sulla seggiolina per un po' perché non ne avevo voglia. Poi l'ho chiamata ed era felice. E io ho sentito che era una cosa che potevo fare. Il mio problema è quello della riservatezza».

Nel consegnare al gruppo un messaggio sul tema del cambiamento, così come richiesto dai terapeuti, M. sussurra: *«Il cambiamento va preso a piccole dosi, quindi piccoli cambiamenti. Ecco! Mi sono liberata».*

Nella sessione n. 20 del dicembre 2018 i terapeuti propongono un'attività in cui ognuno condivide con il resto del gruppo il bilancio dei primi mesi di gruppo. Ecco lo sguardo di M. sul proprio percorso: *«I progressi ci sono stati... quando finiscono gli impegni ritorno a casa mia...non guardo più l'armadio ma il vuoto è tanto... (piange) per il 2019 che cosa possiamo fare? Andiamo avanti perché non possiamo tornare indietro... Prima stavo a letto fino alle 12 poi mi alzavo (piange) andavo a scrivere a mio marito poi tornavo a letto e poi mi rialzavo per scrivere a mio marito. Guardavo l'armadio... ora faccio tante cose: il corso di inglese, il martedì vado al circolo di XXX. Ma quando torno a casa c'è il vuoto... ho paura di andare fuori argomento... ho avuto la possibilità di conoscere un'amica che ha dato una svolta alla mia vita. Condivido con lei momenti di serenità e anche di tristezza, cosa che non avevo mai fatto nella mia vita... mi sono resa conto che gli altri mi raccontavano i loro fatti personali e io invece ero restia perché è parte del mio carattere... mio figlio spera che io mi trasferisca in XXX ma qui c'è la mia casa e l'essenza di mio marito (piange) io non ho superato ancora questo distacco anche se dovunque vai ti porti tuo marito... io non mi sono distaccata ancora dalla camera. Io sono una lenta nelle decisioni. Sono reattiva quando devo aiutare qualcuno ma lenta quando devo scegliere per me».*

M. nel gennaio 2019 ha consapevolezza di dovere e volere introdurre dei cambiamenti nella sua vita, se pure le costino una fatica immensa: *«Mi sono detta devo andare, le cose devo risolverle e non trascinarle».*

A fine febbraio M. riesce a contattare le emozioni legate alla sua partenza, per recarsi, una volta al mese, in casa del figlio: *«Nel prendere la valigia e nell'andare mi sono sentita felice e nel prendere la valigia per tornare mi sono sentita triste... so che dovrei fare un cambiamento nella mia vita ma non riesco*

a farlo... potrei prendere un cagnolino... ma poi mi dico che è un bell'impegno... io sono vecchia... quando non ci sarò più che fine farà poi?».

Sempre in febbraio, sessione n. 25: «Si vuole fare diversamente ma non ce la si fa. Ti imponi e dici che devi fare qualcosa. Sono andata al centro anziani. Avevo promesso che avrei alzato le tapparelle e ora quella della cameretta dove sto è alzata (sorride) Al centro anziani avevano scommesso che non sarei sopravvissuta senza mio marito... è talmente difficile da descrivere. Praticamente ho passato degli anni non vivendo. Per tanto tempo ho sperato che potesse tornare... negli anni ti rendi conto che non è possibile... (piange) negli anni forse dici che era meglio andar via tutti insieme... anche per mio figlio è stato pesante perdere il papà perché non ha mai voluto accettare la malattia di suo papà. Lui mi ha detto mamma tu devi stare veramente bene. Non avrebbe potuto accettare la perdita del papà e della mamma. Avevo un grande dolore un giorno pensavo che mio marito mi sarebbe venuto a prendere poi ti domandi qual è il senso della vita, cosa servo, cosa ci faccio io ora qui, cosa devo fare».

Nel marzo 2019, sessione n. 30 M. arriva in sessione con un libro sul cambiamento. Mi dimostro curiosa rispetto alla sua lettura. M. commenta: «Il cambiamento... lo ho fatto tanti cambiamenti per poter stare bene e per migliorare la situazione. Ho colto tutte le possibilità che si sono presentate: il comitato, il corso di inglese, il burraco e questi giorni ho valutato anche di partecipare alcune volte a un incontro comunitario gestito dalla società dove abito. Organizza incontri sociali per fare conoscere le persone tra di loro...Mi hanno detto devi risorgere... io faccio le cose e se manca l'entusiasmo le faccio comunque...»

Il cambiamento si concretizza anche nella conquista di una maggiore spontaneità nello scrivere i messaggi alle persone care. Sempre nella sessione n. 30 la paziente racconta: «P., la compagna di mio figlio a Natale mi ha regalato un tablet e io le ho scritto un messaggio ringraziandola e lei mi ha risposto. Io ho sempre fatto fatica a scrivere anche un semplice messaggio di auguri... li scrivevo e li cestinavo... E ieri mattina P. mi ha mandato un messaggio con le primule e mi ha detto condividiamo questo bel regalo e senza pensarci su ho risposto ... le ho scritto facciamo passi avanti anche qui... Quante cose vi ho detto stamattina?».

In questo stesso periodo M. inizia ad accarezzare l'idea di cambiare casa: «Forse sarebbe giusto dare una svolta ma non sono pronta... una svolta nel senso di cambiare casa... andare via... però una volta fatto non puoi tornare indietro... Sento che in questo momento ho il sogno del cambiamento... ma non è facile anche pensare al trasloco perché ho tenuto tutta la roba di C. La casa è piena di valigie sigillate con la sua roba...in questi giorni ho fatto una

discussione con il suo accappatoio... Stavo pensando di comprarne uno nuovo perché il suo ormai è consumato. E' un passo troppo difficile da fare... sono giorni che ci penso».

Viene proposto un incontro in semirealtà con l'accappatoio logoro. M. rivolgendosi ad esso: *«Per andare oltre dovrei metterti nel cassonetto ma poi sembra che metto anche il padrone nel cassonetto e quindi cosa dovrei fare? (Piange) Mi attacco agli oggetti».* A fine sessione la paziente si rivolge al marito con la tecnica della sedia vuota: *«Ti voglio dire che mi manchi tanto e che voglio trovare un modo per tenerti».*

M. riceve dai terapeuti le risonanze sul lavoro svolto: io restituisco alla paziente la mia emozione nel vederla fare i conti con il passato. Sottolineo inoltre come alcuni ricordi possano essere mortiferi perché impediscono di vivere e altri invece vivi perché attivano una dimensione di presenza e vitalità. Il co-terapeuta rimanda a M. come un oggetto così importante, non vada buttato di nascosto e che va riconosciuta l'importanza di questo gesto perché è un peso che va... quasi un funerale, qualcosa che si consegna e si lascia andare.

M. conclude: *«Ho pensato che dopo questo incontro potrei fare il passo di metterlo nell'armadio e di non tirarlo fuori. Stamattina mi avete fatto dire tutti gli arretrati... sono sopravvissuta».*

Nella sessione n. 31, nel raccontare ai compagni l'esperienza della settimana precedente, in cui è stata l'unica ad essere presente in gruppo M. si riconosce una nuova modalità di reagire alle situazioni per lei difficili: *«Non sono neanche scappata la scorsa volta... se fosse stato tanto tempo fa, sarei scappata».*

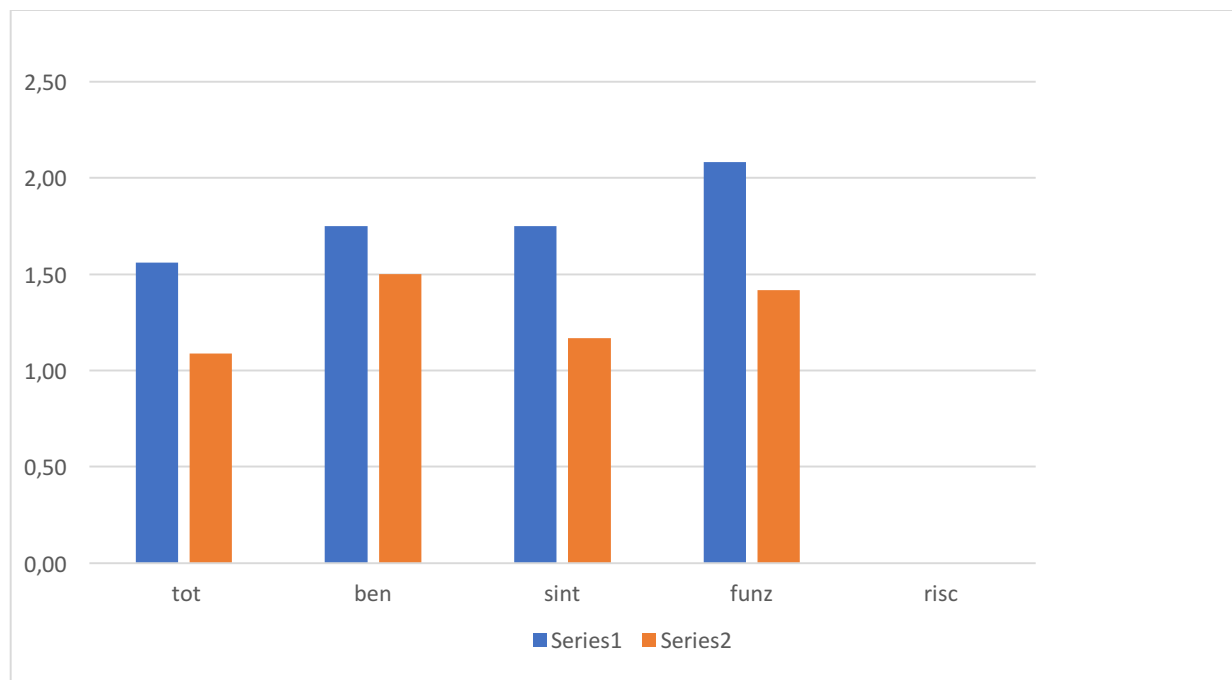
A maggio 2019, riflette sulle risorse che l'hanno aiutata a continuare a vivere dopo la morte del marito: *«In un momento di grande disperazione volevo andarmi a schiantare contro un muro perché non ce la facevo più... sono momenti di grande solitudine... uno dice non ce la faccio più, poi si va avanti... l'amore verso mio marito per me è stata una risorsa... dovevo andare avanti, non potevo appoggiarmi su nessuno, una delle cose più importanti è che mi sono fatta coraggio e sono andata avanti...»*

Nella sessione n. 43 del giugno 2019 M. così si esprime: *«Il cambiamento è qualcosa che non so gestire. E' un tema molto caro con cui ci si confronta molto spesso».*

Nella medesima sessione, in inversione di ruolo con il marito, la paziente rivolge a se stessa questo messaggio: *«Piantala dai! Vivi un po' più serena perché hai visto che in un attimo ti ho lasciato».* Ritornata nei suoi panni, M. ascolta il messaggio del marito e queste sono le parole del suo soliloquio: *«Vivere più serena significa vivi alla giornata, non stare a pensare a settimana ventura perché non sai neanche se ci sei tra un'ora. Cerchi di modificarti, però è abbastanza difficile... se guardo indietro, tante miglorie le ho portate in questi sei anni...ad esempio frequentare le persone, cosa che non ho mai fatto... ho*

arricchito un po' la mia vita, sempre con discrezione, un po' di vuoto si è riempito... anche se faccio fatica».

I RISULTATI DEL CORE OM



data	tot	ben	sint	funz	risc
17/05/2018	1,56	1,75	1,75	2,08	0,00
27/06/2019	1,09	1,50	1,17	1,42	0,00

cutt off clinical - non clinical population		
	M	F
MEDIA TOT	1,19	1,29
BENESSERE	1,44	1,62
SINTOMI	1,37	1,7
FUNZIONAMENTO	1,29	1,3
RISCHIO	0,43	0,31

Come si evince dal grafico, tenendo conto che punteggi maggiori sono rivelatori di problematiche progressivamente più gravi, nell'arco dei 13 mesi di processo terapeutico vi è stato un progressivo miglioramento delle aree relative alle diverse dimensioni: a partire dal benessere fino al miglioramento nel funzionamento complessivo ed una diminuzione del disagio della paziente.

PERCHE' IL SINGLE CASE DI M.?

Molte le motivazioni che mi hanno portato a scegliere di presentare il caso di M.

In primo luogo ho ritenuto che la sua storia di vita e il suo percorso terapeutico potesse stimolare interrogativi, riflessioni e possibili risposte su vari temi riguardanti la possibilità di percorsi psicoterapici con gli anziani e, in particolare, percorsi di gruppo ad orientamento psicodrammatico classico. Ritengo che gli interrogativi più interessanti riguardino gli obiettivi psicoterapici che ci si può porre con pazienti in terza età, le possibilità trasformative che un percorso psicoterapico può avviare nelle loro vite e l'efficacia degli interventi. Proprio in merito alle possibilità trasformative, "cambiamento" è stata la parola più ricorrente nelle verbalizzazioni di M.

In secondo luogo ho ritenuto che il caso di M. fosse rappresentativo di una fatica collegata all'età, in quanto forte in lei il tema della perdita di un compagno, esperienza frequente tra i pazienti over 65. Al tempo stesso, ancor più interessante in quanto l'evento di vita ha riproposto questioni antiche e lontani lutti, essendo mancate nella storia di vita di M. relazioni importanti e contro-ruoli significativi. Inoltre più che in altri pazienti in M. sono state evidenti le cristallizzazioni e le rigidità per erodere le quali lo psicodramma si è rivelato metodo d'elezione in quanto ha costituito una sorta di palestra e di allenamento alle relazioni.

Inoltre M. è stata una delle pazienti con cui è stato più laborioso attivare la spontaneità e la creatività: ciò ha rappresentato per noi conduttori una sfida per facilitare il realizzarsi di cambiamenti nel mondo interno della paziente.

Infine entrare in contatto con la tristezza paralizzante di M. e con le sue fatiche espressive e relazionali ha richiesto ai due conduttori una flessibilità e sensibilità particolari: ho sentito che il confine tra l'accogliere e il tutelare la sua verità soggettiva e l'allineamento collusivo era molto labile e poteva rendere arduo il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico di rompere copioni e cristallizzazioni disfunzionali. Ciò ha richiesto un'attenzione particolare nel creare situazioni in cui M. potesse accrescere la conoscenza di sé, delle proprie modalità comunicative e relazionali.

Capitolo terzo

LO PSICODRAMMA E I FATTORI TERAPEUTICI DI CAMBIAMENTO



Dipinti musicali...parlanti, F. Botero

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'inettitudine, un'imperfezione

J. L. Moreno

LO PSICODRAMMA E I FATTORI TERAPEUTICI DI CAMBIAMENTO

Interrogandomi sull'efficacia di percorsi psicoterapici con pazienti in terza età mi è stato utile compiere alcune riflessioni sui meccanismi di cambiamento, cioè su quegli elementi intrinseci al percorso terapeutico che portano ad una trasformazione del mondo interno degli individui e ad una loro crescita personale. Nello specifico, nel ripercorrere le tappe del percorso di M., ho ritenuto utile provare ad individuare i fattori che si sono dimostrati rilevanti ed efficaci. All'interno di questa riflessione è stato necessario distinguere i fattori terapeutici propri di ogni terapia di gruppo dai fattori specifici riconducibili ai principi metodologici della pratica terapeutica dello psicodramma. Ho poi ritenuto utile soffermarmi su alcune tecniche che sembrano essere state più significative di altre nel produrre delle situazioni nuove in cui M. si è potuta sperimentare nella ricerca di risposte creative e adeguate.

Alla base di queste considerazioni, ritengo di assoluta evidenza la centralità della relazione intesa come incontro, propria dell'approccio psicodrammatico e lo straordinario potenziale trasformativo in essa insito.

FATTORI TERAPEUTICI DELLA PSICOTERAPIA DI GRUPPO

«Il cambiamento terapeutico è un processo particolarmente complesso che avviene attraverso un'intricata interazione di esperienze umane a cui farò riferimento usando l'espressione "fattori terapeutici" (...) Nelle prime due edizioni di questo libro, ho definito fattori di guarigione questi meccanismi di cambiamento. Negli anni successivi sono stato costretto a ricredermi e oggi so che il risultato della psicoterapia non è la guarigione... ma si tratta invece di cambiamento, di crescita. Per questo motivo parlo di fattori terapeutici» (Yalom, 2016, pag. 11)

Yalom individua nell'esperienza terapeutica 11 fattori fondamentali che concorrono al cambiamento: infusione della speranza, universalità, informazione, altruismo, ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare, sviluppo di tecniche di socializzazione, comportamento imitativo, apprendimento interpersonale, coesione di gruppo, catarsi, fattori esistenziali. Fattori interdipendenti che, all'interno del processo di cambiamento, agiscono su piani differenti: cognitivo, emotivo, comportamentale e tutti concorrono ad attivare forze risanatrici che permettono ai pazienti di migliorare. (Yalom, 2016, pagg. 22.23)

Ritengo che tutti i fattori individuati da Yalom abbiano in qualche modo concorso a produrre dei, se pur minimi, mutamenti nel teatro interno dei componenti del gruppo in generale e della paziente nello specifico. Penso tuttavia che alcuni fattori siano stati maggiormente significativi di altri. In

particolare l'universalità, l'altruismo, l'infusione della speranza, lo sviluppo delle tecniche di socializzazione che, come avrò modo di esporre, sono principi che, con altro nome, si ritrovano anche nella metodologia psicodrammatica.

In primo luogo l'universalità: i pazienti anziani vivono tendenzialmente una diminuzione di ruoli sociali. Il pensionamento, l'allontanamento dei figli da casa, talvolta la morte del proprio coniuge o di familiari e amici coetanei conduce a solitudine relazionale. L'isolamento porta gli individui a ritenere di essere gli unici a vivere determinate fatiche e problematiche. M., per la sua storia di vita e le caratteristiche personologiche, vive ancor più questa dimensione di solitudine sociale ed esistenziale e, sin dalla prima sessione, fa esperienza della dimensione dell'universalità: al termine dell'incontro infatti verbalizza di aver sentito di non essere sola. In una sessione successiva dirà: «*Oggi mi porto a casa che anche gli altri hanno il mio stesso problema del non mi fido*». La scoperta che gli altri condividano analoghe situazioni, l'opportunità di confrontarsi con persone che vivono situazioni problematiche simili e il porsi in relazione con dei contro-ruoli ha offerto a M. un vissuto di confronto che ha determinato anche un vissuto di conforto.

Un secondo fattore importante di cambiamento è l'altruismo: «La terapia di gruppo è l'unica a dare l'opportunità ai clienti di essere di beneficio agli altri. Incoraggia anche una versatilità di ruolo, dato che i clienti possono passare dal ruolo di colui che riceve aiuto a quello di colui che lo fornisce e viceversa (...) i clienti si aiutano enormemente l'un l'altro nel processo terapeutico. Possono offrire appoggio, suggerimenti, intuizioni, rassicurazioni o dividere con altri membri del gruppo problemi simili». (Yalom, 2016, pag. 35) Dalla dimensione dell'altruismo deriva il concetto di agente terapeutico, Jacob Levy Moreno scrive a tal proposito che l'interazione degli individui in un gruppo ha un potenziale terapeutico. (Moreno, 1914) Ne risulta il concetto di interazione terapeutica (una persona come agente terapeutico per l'altra) e di psicoterapia di gruppo interattiva. Nel gruppo ognuno può essere agente terapeutico nei confronti degli altri e ognuno può potenzialmente prendersi cura dell'altro ed essere a sua volta oggetto di cura. M. è spesso stata agente terapeutico per i componenti del gruppo e gli altri sono stati agenti terapeutici per lei, in un rapporto di reciprocità.

Terzo fattore di cambiamento l'infusione della speranza: «Infondere e mantenere la speranza è di importanza decisiva in tutte le psicoterapie (...) la speranza è flessibile (...) speranza di conforto, di dignità, di legame con gli altri o di soffrire il meno possibile». (Yalom, 2016, pag. 26) M., anche nei momenti più bui, ha sempre mantenuto vivo in sé, un piccolo frammento di speranza nella possibilità di adattarsi alla realtà amara della sua condizione di vedova.

Stimolante anche il fattore dello sviluppo delle tecniche di socializzazione: «L'apprendimento della socialità, ovvero lo sviluppo delle doti essenziali per il vivere sociale, è un fattore terapeutico che agisce in tutti i gruppi (...) Spesso il gruppo, per individui che non hanno mai instaurato relazioni di una certa

profondità, rappresenta la prima occasione di un serio feedback. Molti lamentano un'inesplicabile solitudine: la terapia di gruppo fornisce un'eccellente occasione per apprendere come si contribuisce ad isolarsi e vivere in solitudine (...) queste acquisizioni sono molto più che benefici effetti collaterali e spesso sono enormemente utili nella fase iniziale del cambiamento terapeutico (...)». (Yalom, 2016, pag. 39) Per M. il gruppo è stato una palestra in cui compiere un allenamento alle relazioni e lei stessa dirà: «*Il mio obiettivo sarebbe saper portare quello che sono qua anche fuori*».

Infine la coesione di gruppo, condizione necessaria per una terapia efficace più che fattore terapeutico. «La coesione è definita come la risultante di tutte le forze che agiscono su tutti i membri del gruppo per trattenerli nel gruppo (...) o più semplicemente l'attrattiva che un gruppo esercita sui suoi componenti. I membri di un gruppo coesivo percepiscono calore e si sentono a proprio agio nel gruppo, sentendo di appartenervi; apprezzano il gruppo e a loro volta si sentono apprezzati, incondizionatamente accettati e sostenuti dagli altri membri» (Yalom, 2016, pag. 80). Il senso di appartenenza al gruppo è stato determinante per la scelta di M. di non abbandonare il gruppo e di proseguire il suo percorso.

FATTORI TERAPEUTICI DELLA METODOLOGIA PSICODRAMMATICA

Quali sono i fattori della metodologia psicodrammatica che si sono rivelati efficaci nell'attivare cambiamento?

Ritengo utile partire dall' assunto di base che lo psicodramma è un orientamento che permette di attivare le infinite potenzialità dell'animo umano, avendo come obiettivo il facilitare lo sviluppo di una personalità capace di inventare ruoli autentici e adeguati.

Il gruppo di psicodramma ha già in sé una potenzialità terapeutica in quanto offre un contesto caratterizzato da ricchezza di relazioni. Il gruppo diventa il luogo dove ciascuno diventa agente terapeutico per l'altro e la sua dimensione materna e nutritiva permette ai componenti di condividere risorse psico-emotive, strategie ed esperienze attraverso una dimensione partecipativa attiva. Inoltre lo psicodramma con le sue tecniche di doppio, specchio ed inversione di ruolo consente di vedersi e considerarsi in modo nuovo attraverso lo sguardo altrui. Questo consente di accedere più facilmente e in modo inedito al proprio mondo interno. «Il gruppo è lo spazio nel quale possono nascere legami di similarità, appartenenza, rispecchiamento (...) dove si può condividere un percorso con persone da cui ci si sente comprese, che hanno vissuto o stanno vivendo esperienze simili» (Boria, 2006, pag. 23).

CIRCULARITA', SOSPENSIONE DELLA RISPOSTA E PRIMATO DELLA SOGGETTIVITA'

Considerando in modo specifico principi e tecniche della metodologia psicodrammatica, ritengo che la circolarità simmetrica, la sospensione della risposta e il primato della soggettività siano gli assunti tecnici di base che, in primis, hanno facilitato il superamento di atteggiamenti stereotipati e cristallizzati della paziente.

Il criterio della circolarità, assegnando ad ogni componente uno spazio ed un tempo di espressione, consente alla soggettività di ciascuno di esprimersi. Ne consegue la simmetria, cioè il fatto che tutti godano di pari opportunità espressive. (Boria, 2005 pag. 82) È stato fondamentale riconoscere, garantire e tutelare lo spazio e il tempo di espressività a M. che tendeva a sottrarsi all'autoespressione, incapace di abitare lo spazio assegnatole: la paziente per parecchi mesi piangeva o cedeva ad altri l'oggetto usato per segnare il turno di espressione. E' stato importante che i terapeuti la richiamassero al diritto/dovere di assumersi la responsabilità di essere presente, occupando lo spazio che le spettava. Di fronte all'affermazione «*Non so cosa dire...*» e all'agito di cedere l'oggetto segna-turno, la consegna è stata sempre quella di tenere in mano l'oggetto entrando in contatto concreto e diretto con la consapevolezza che c'è un tempo e uno spazio per sé da colmare e consumare con responsabilità e senso di presenza in un contesto sicuro, non giudicante e non svalutante. E' accaduto così che M. si sia poi lasciata andare a comunicazioni anche importanti.

A garantire qualsiasi forma di espressione, la tecnica della sospensione della risposta, elemento caratterizzante l'approccio psicodrammatico. «E' una tecnica che, funziona da cuscinetto temporale tra due messaggi. In questo tempo- cuscinetto colui che ha ricevuto il messaggio, anziché esprimere la sua risposta (...) non può fare a meno di riflettere e di dare un senso più ponderato allo stimolo ricevuto» (Boria, 2005, pag. 124). La sospensione della risposta è essenziale nel permettere di transitare da modalità relazionali interdipendenti, tipiche di situazioni dialogiche in cui inevitabilmente si sfocia nella contrapposizione "botta e risposta" a modalità relazionali intersoggettive. Queste ultime spezzano copioni disfunzionali, fonte di fatica se non di sofferenza e facilitano l'instaurarsi di relazioni funzionali. L'intersoggettività consentendo uno scambio relazionale in cui la verità soggettiva ha dignità di esistenza senza timore che venga confutata dall'altro, offre la possibilità di nutrirsi dell'incontro con la soggettività dell'Altro.

Dall'intersoggettività deriva il primato della soggettività, altro principio cardine della metodologia psicodrammatica. Il primato della soggettività riconosce il «valore primario del particolare e sempre unico mondo interiore di ogni individuo, in conseguenza del quale ogni contenuto mentale va riconosciuto ed accettato per quello che è senza contrapposizioni» (Boria, 2005, pag. 28). In virtù del primato della soggettività, ogni membro del gruppo ha diritto di

esprimere la propria verità senza il timore di essere giudicato dagli altri componenti del gruppo e dal terapeuta.

La circolarità, la sospensione della risposta e il primato della soggettività hanno posto M. in una situazione nuova in cui ha avuto la possibilità di guardarsi ed essere vista in modo del tutto inaspettato. Creare pari opportunità di esperienza e di espressione per ogni membro del gruppo favorisce la costruzione di una visibilità nuova per ognuno. (Dotti, 2013). M. che ha sempre ritenuto le sue condivisioni fuori luogo, poco adeguate se non addirittura errate, ha ricevuto la grande opportunità di sentirsi libera di dar forma ai propri moti interiori senza timore di essere giudicata e considerata non adeguata o sbagliata. M. ha potuto scoprire la sua unicità e ha potuto conoscere ed incontrare l'Altro in modo più autentico.

RUOLI E CONTRO-RUOLI

Caposaldo del modello psicologico moreniano è la centralità del ruolo. «Il ruolo può essere identificato con le forme reali e percepibili che il sé prende. Pertanto definiamo il ruolo come la forma operativa che l'individuo assume nel particolare momento in cui egli reagisce a una situazione specifica nella quale sono coinvolte altre persone e oggetti. La rappresentazione simbolica di questa forma operativa, percepita dall'individuo e dagli altri è chiamata ruolo. La forma è creata dalle esperienze passate e dai modelli culturali della società in cui la persona vive, ed è sostanziata dalle caratteristiche specifiche delle capacità produttive della persona stessa». (Moreno, 1961, pag. 520)

Il ruolo è «imprescindibile unità esperienziale che rende percepibile, osservabile e modificabile la relazione e la situazione interpersonale». (Boria, 2005, pag. 46) Proprio in quanto percepibile e descrivibile il ruolo è suscettibile di interventi che rendono possibili trasformazioni e cambiamenti. «Attraverso il ruolo è agevole dare corpo a strategie d'intervento più di quanto non accadrebbe se facessimo diretto riferimento alla relazione, entità astratta che può essere individuata soltanto a conclusione di un processo interpretativo dei dati conosciuti». (Boria, 2005, pag. 47)

Il ruolo, per sua definizione, inevitabilmente si colloca all'interno di una relazione con l'Altro. Se non esistesse l'Altro, non si darebbe alcun ruolo. L'entità con cui il ruolo interagisce all'interno della relazione è il contro-ruolo. «I contro-ruoli sono incarnati dalle persone o dagli oggetti con cui la persona interagisce e sono gli altri significativi in relazione con lui... nelle sue diverse dimensioni in termini di complementarità di significato» (Moreno, 1964, pag.38).

La relazione ruolo/contro-ruolo è fondamentale perché il Sé emerga e si sviluppi a partire dai ruoli. «Il giocare un ruolo viene prima dell'emergere del Sé. Il ruolo non emerge dal Sé, ma il Sé emerge dai ruoli». (Moreno, 1964, pagg. II e III) Sono le relazioni a dar significato all'esistenza e a contribuire a formare e dar sostanza all'identità individuale.

Partendo da questi assunti è interessante notare come M., quando arriva in gruppo, giochi pochissimi ruoli nel suo ambito di vita e come ciò sia riconducibile alla sua solitudine. M. è sola da quando il marito è morto, ma anche da molto tempo prima, con una madre anaffettiva e trascurante, un padre che insegna alle figlie a subire le situazioni, delle sorelle molto diverse da lei con cui non è mai riuscita ad avere un gran feeling, senza amici, con un marito, come lei stessa dice “complicato”. Possiamo comprendere come la fragile identità della paziente e la sua scarsa autostima affondino le radici nella povertà relazionale insita nella sua storia di vita.

Nello snodarsi delle sessioni psicodrammatiche M., è stata sollecitata a sperimentarsi in situazioni nuove che l'hanno posta in condizione di inventare risposte creative e di agire ruoli inediti, rompendo cristallizzazioni e schemi rigidi, nel tentativo di liberare spontaneità e potenzialità creative. Come terapeuti si è cercato di considerare i ruoli da lei prevalentemente giocati e quali situazioni avrebbero potuto favorire l'accesso a ruoli nuovi e adeguati, reso possibile dal fattore S/C, fondamento della teoria psicodrammatica.

SPONTANEITA' E CREATIVITA'

Le potenzialità trasformative dell'individuo e la scoperta di nuove realtà sono rese possibili dall'attivazione e dal potenziamento della spontaneità e creatività (Tartaglini, 2015, pag. 69)

«La spontaneità si disvela all'uomo attraverso la percezione intima di sentire viva la disponibilità a mobilitare le proprie energie intellettuali, affettive, fisiche per mettersi in un rapporto adeguato (che tenga cioè nel giusto conto le esigenze intrapsichiche e le richieste ambientali) con la realtà , “inventando” risposte adatte alla situazione (...) L'uomo, qualunque sia la sua storia, è sempre riconducibile ad uno stato di spontaneità attraverso adeguate esperienze di riscaldamento della sua vitalità, della sua energia psichica e fisica (...) La spontaneità gioca nella dinamica psichica dell'individuo, una funzione antitetica a quella dell'ansia ». (Boria, 2005, pag. 31) La spontaneità può essere attivata nella relazione con l'Altro e si configura come condizione imprescindibile per liberare le potenzialità creative individuali. Spontaneità e creatività si manifestano e si consumano nell'atto concreto, stimolando l'individuo a fornire risposte adeguate a situazioni per lui nuove o inaspettate o risposte nuove a situazioni già affrontate o che si ripetono. (Moreno, 1953, pag. 42) «L'uomo è spontaneo mentre cerca comportamenti nuovi e adeguati a situazioni specifiche; è creativo quando li trova». (Boria, 2005, pagg. 32-33) Nel ruolo di direttori abbiamo sempre avuto bene in mente quanto l'emergere di comportamenti spontanei possa essere facilitato «da condizioni ambientali che facilitano l'assunzione di ruoli insoliti o liberi o meglio più liberi del solito, come sono i ruoli assunti nella dimensione del gioco, del come se». (De Leonardis, 2016, pag.31) La dimensione del come se e della semirealtà rende la metodologia psicodrammatica molto prossima al gioco. Il gioco, come anche lo psicodramma, ha delle regole che lo fondano e delimitano e con cui

l'individuo deve fare i conti, in quanto lo vincolano. Il "gioco psicodrammatico" è utile per lo sviluppo del mondo interno della persona in quanto permette alle facoltà mentali di esprimersi uscendo dallo stato di potenzialità e consente all'individuo di sviluppare quelle funzioni e quelle conoscenze che l'incontro con la realtà quotidiana può avere sacrificato.

In questa sede non descriverò le attività proposte nell'arco dei miei 13 mesi di conduzione, ma mi soffermerò semplicemente a ricordare come per creare delle situazioni giocosamente spontanee in un contesto in cui, data l'età dei partecipanti, l'attivazione corporea è stata limitata, bastasse ai partecipanti di chiedere, una volta seduti ai loro posti, di alzarsi, andare a sedersi sulla sedia di un altro compagno e di parlare nei panni proprio di quel compagno per creare delle situazioni inaspettate. «Oh Madonna!» la ricorrente risposta immediata di M. che tuttavia, si metteva in gioco stando nella consegna. In ciò sento che ci ha aiutato la dimensione rituale dello psicodramma che ho sentito tutelante e fonte di sicurezza per M. La cerimonialità rituale che segna il passaggio da una fase all'altra del lavoro terapeutico, scandendo i tempi della sessione ha rappresentato un contesto sicuro per M. ed è stato più facile all'interno di questa cornice, proporre delle variazioni sul tema che avessero il sapore della sorpresa e dell'inaspettato.

II TELE

Terzo caposaldo dello psicodramma moreniano è il tele, struttura primaria della comunicazione interpersonale.

«E' il cemento che tiene unito ogni gruppo ed il principale strumento del processo terapeutico e dell'incontro tra le persone. Il tele costituisce la più semplice unità di sentimento che viene trasmessa da un individuo ad un altro, ed è l'espressione della naturale tendenza dell'essere umano a porsi in relazione emozionale con altri esseri umani». (Boria, 2005 pagg.38-39) Il tele consente di porsi in relazione emozionale con l'Altro.

La dimensione telica rappresenta uno dei fattori più importanti del processo terapeutico, in quanto consente di porsi in relazione emozionale con l'Altro e favorisce l'incontro autentico con la realtà dell'Altro, in un clima di intimità e di fiducia. In questa prospettiva sono estremamente importanti le scelte registiche del terapeuta che mirano alla creazione di relazioni teliche, rendendo così possibile la creazione di un mondo ausiliario, da cui ogni componente del gruppo si sente sostenuto nell'esplorazione del proprio mondo interno.

È stato impegnativo costruire le relazioni teliche di M. con il resto del gruppo. Sebbene, la paziente fosse portata per sua disposizione a prendersi cura degli altri e ad aiutarli era inibita, trattenuta, metteva in atto meccanismi di fuga e, nelle prime sessioni, faceva fatica ad incontrare i compagni. La sua difficoltà ad entrare in contatto con le proprie emozioni, le rendeva difficoltoso comunicare emotivamente con il resto del gruppo. Con il trascorrere del tempo M. è riuscita a percepire l'umanità dei suoi compagni ed è stata capace di reciprocità.

L'INTRECCIO DIALETTICO DI IO ATTORE E IO OSSERVATORE

All'interno della metodologia psicodrammatica, la vita intrapsichica vede una produttivo intreccio dialettico tra l'io attore ed lo osservatore, tra azione e riflessione. «Lo psicodramma è quella metodologia che, in prima istanza, mette in azione le persone in un contesto relazionale significativo in modo che la loro energia esca da uno stato di latenza e diventi vissuto, esperienza; come istanza successiva interviene la riflessione che guarda il vissuto, lo definisce e grazie alla parola gli dà una forma pensabile e comunicabile (...) In altre parole la metodologia psicodrammatica mobilita l'io attore (che è luogo di emozioni, sensazioni, contatto e memoria sia corporea che emotiva) per poi far sì che tale performance venga colta dall'io osservatore (il quale ha il compito di riflettere su di essa, definirla, darle forma di pensiero verbale, memorizzarla, comunicarla ad altri». (Boria, 2005, pag.157). L'auto-osservazione permette di ottenere degli insight importanti e in ciò risiede il potenziale del cambiamento. Nel caso di M., bloccata ed inibita, l'intenzionalità terapeutica è stata quella di liberare la sua capacità di azione, per poi stimolare e valorizzare le sue capacità di auto-osservazione nell'immediatezza del qui ed ora. L'intreccio tra lo attore ed lo osservatore si rende evidente nel decentramento percettivo operato dall'inversione di ruolo. La funzione di decentramento percettivo è data dall'insieme di meccanismi che permettono alla persona di assumere la prospettiva di un altro e quindi di osservarsi da quel punto di vista e di cogliere il vissuto dell'altro. In tale prospettiva il decentramento percettivo è prerequisito per la possibilità di incontro tra due soggettività.

«La ricchezza di questa funzione scaturisce proprio dalla sua idoneità a far cogliere all'osservatore "nuove verità", aggirando e superando in modo naturale blocchi emotivi, e pregiudizi anche cristallizzati». (Boria, 2005, pag. 100)

Per evidenziare come l'intreccio dialettico di lo attore e lo osservatore contribuisca a preziosi insight sul proprio mondo interno mi soffermo sulla sessione n.23. A M. viene chiesto di andare in inversione di ruolo con S., una delle sue sorelle. Nei panni della sorella, M. descrive sé stessa come una donna attaccata alla sua famiglia, che non discute mai ma vuol tenere tutto sotto controllo. Viene chiesto a (M.) S. di rivolgere un messaggio significativo alla sorella.

(M.) S.: «*Conduci una vita squallida, potresti accettare l'invito di venire in XXX da me, ma trovi sempre una scusa, potresti uscire un po' di più, potresti smettere di aspettare tuo marito che non torna. Potresti prenderti più cura di te stessa. Una risorsa che ti riconosco è che non ti arrendi mai. Sei sempre pronta ad aiutare gli altri ma non aiuti te stessa*».

Il Direttore chiede ad (M.) S. di far arrivare ad M. un messaggio che la aiuti a mettere a frutta la risorsa del non arrendersi mai per provare a fare un piccolo passo nella direzione del cambiamento. (M.)S.: «*Sei una testona... non cambierai mai... sei una persona che fa fatica a fare dei cambiamenti. Non so*

più cosa dirti perché stai sempre lì ancorata alle tue cose e non accetti i cambiamenti che ti riguardano in prima persona. I cambiamenti che servono ad aiutare gli altri li accetti ma non accetti quelli che riguardano il tuo modo di vivere».

All'azione segue il momento auto-osservativo del soliloquio, in cui M. ritornata nei suoi panni, ascoltando il messaggio della sorella, dà forma di parola alla sua verità soggettiva rispetto al tema del cambiamento: «I cambiamenti che riguardano la mia anima non riesco a farli... Cerco sempre di darmi da fare ma quando faccio i conti con me stessa... sono sempre al punto di partenza. Un po' come ubriacarsi per allontanarsi dal problema ma... il problema è sempre lì perché se non lo risolvi continua ad arrivare... lo poi faccio fatica a chiedere. Non sono abituata a chiedere e non sono abituata a ricevere...».

LE FUNZIONI MENTALI DI DOPPIO E SPECCHIO

La tecnica del doppio e dello specchio, frequenti nell'esperienza psicodrammatica, rendono possibile l'attivazione delle corrispondenti funzioni mentali.

«La funzione di doppio è data da quell'insieme di meccanismi che consentono ad una persona di definire e riconoscere i propri contenuti mentali profondi e di renderli leggibili all'esterno. Tali meccanismi producono nell'individuo un atteggiamento auto-osservativo (...) che coglie e dà forma al vissuto, per poi esprimerlo con gli strumenti comunicativi - verbali e non - di cui egli dispone».

(Boria, 2005, pag. 98)

Nel corso delle sessioni M. ha ricevuto spesso dei doppi talvolta molto significativi in cui poi si è riconosciuta traendone l'emozione rassicurante e nutriente del sentirsi compresa.

M., a sua volta, è spesso riuscita ad assumere in modo adeguato il ruolo di "doppio" per i propri compagni, a dar voce cioè al loro mondo interno, grazie alla capacità di identificazione con essi. Ha rappresentato così uno stimolo e un sostegno alla loro auto-osservazione.

Come esempio scelgo la sessione n. 30 in cui M. doppia un compagno che attraversa un periodo difficile e fatica al mattino ad alzarsi. M. (*doppiando F.*): «Spero che possa succedere un miracolo e che la mia vita possa cambiare... è l'unica cosa che può portarci avanti. Mi sento triste e non riesco a visualizzare una possibilità di cambiamento i tentativi che ho fatto ... l'unica cosa che mi auguro è che accada un miracolo e questo è quanto... un miracolo è una possibilità che si apre».

Con il trascorrere del tempo, M. è diventata capace anche di essere doppio di se stessa.

LA FUNZIONE DI SPECCHIO

La funzione di specchio è fondamentale perché facilita il processo individualizzato, favorisce l'auto-osservazione e attiva l'io osservatore.

«La funzione di specchio si attiva quando si viene a produrre una dinamica mentale grazie alla quale un individuo coglie gli aspetti di se stesso nelle immagini relative alla sua persona costruite dagli altri e a lui rimandate». (Boria, 2005, pag. 99). Come funzione psicologica ed anche come tecnica, lo specchio è un agente terapeutico in quanto prezioso stimolo che permette di operare un confronto tra l'immagine che si ha di se stessi e quella che gli altri ci rimandano, consentendo di aggiungere punti di vista altri rispetto 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, significa confrontarsi con la diversità, imparare a tenere conto degli altri (...) significa crescere» (Vinciguerra, 2006, pag. 10)

Riporto un paio di esempi riferiti a due differenti sessioni. Nella sessione n. (manca il numero, inserirlo) chiedo a F. di rimandare alla compagna l'immagine che si è fatta di lei, durante il percorso di gruppo. F. fornisce il seguente specchio: «M. nonostante tu sia timida sei una donna molto socievole. Sei una donna forte, una determinata, di carattere che fa quello che deve ma con garbo. Devi imparare a sentire ciò, il tuo valore... Tu sei una donna forte, vivere sola e portare avanti la giornata... quella lì è già una forza. Io ti ammiro... io sarei perso senza mia moglie e i miei figli... Tu hai la forza di venire qui da sola, tu hai la forza di fare il corso di inglese che fai da sola magari con tua sorella che ti manda cose per imparare e fare meglio... hai la forza di vivere... è anche normale avere delle piccole crisi e vivere dopo tutto quello che è successo. Tu hai la forza di alzarti la mattina metterti tutta a posto e fare le tue cose e anche venire qui e fare la terapia con gli altri. E coltivare non il miracolo ma quella forza di vivere meglio... Il miracolo è la tua scelta». M. così commenterà: *«Ciapa su e porta a cà... oggi mi sono presa della socievole... io sono una che mi critico molto... mi dà conforto sentire parole affettuose».*

Nella sessione n. 28 del 7 febbraio 2019 viene proposto un consulto. Quando arriva il turno di M. ecco lo specchio che riceve: *«Ci ha colpito la sua sofferenza. E' una bellissima persona e fa dispiacere nel vederla così triste. Ora la vediamo più sorridente prima piangeva in continuazione. E' una persona molto sensibile e si dà da fare. E' sempre positiva e poi impegna il suo tempo per aiutare le persone. Aiuta anche noi, parla poco di sé ma quando parla dice delle cose mirate che rimangono nell'animo. Ha la forza di reagire perché è molto attiva.*

E' cambiata... prima continuava a piangere faceva fatica anche a star qui con noi, voleva lasciare ora vedo che viene volentieri, forse è più tranquilla e le fa bene. Prima si isolava un po' di più. C'è un gancio di vita, un aggancio a vivere meglio». Sarà al termine di questa sessione che il saluto di M. avrà un sapore nuovo: *«Io vorrei che la prossima settimana ognuno di noi si trovi qui con un piccolo sole in tasca».*

MOVIMENTO DIALETTICO TRA FUSIONALITA', INDIVIDUAZIONE ED ALTERITA'

In ogni percorso psicodrammatico è presente un movimento dialettico tra fusionalità, individuazione e alterità.

Fusionalità e individuazione, due aspetti contrapposti che rispondono a bisogni profondi della persona: quello dell'intimità sconfinante e quello affermativo dell'individuazione, che, se bilanciati, assicurano un equilibrio sano all'individuo. «L'alternarsi armonioso oppure imperfetto dei ruoli capaci di soddisfare questa duplicità di bisogni determina nelle persone equilibrio oppure disagio». (Boria, 2005, pag.145)

«Il bisogno di fusionalità sta ad indicare la tendenza della persona (del ruolo) a portarsi verso un altro essere (il contro-ruolo) fino a giungere ad un intimo contatto con lui, smarrendo il senso dei propri confini e confondendosi con lui. Tale bisogno è controbilanciato dal bisogno opposto quello d'individuazione grazie al quale la persona si separa dall'altro per affermare la propria specificità e distinzione». (De Leonardis, 2016, pag. 145) I direttori con le loro consegne hanno creato e hanno fatto accadere delle situazioni attraverso cui le persone potessero ripercorrere le principali tappe evolutive dell'esistenza in un processo che si è snodato dalla simbiosi alla fusionalità, dalla differenziazione e individuazione fino a giungere alla scoperta e complementarità con l'altro. Tappe evolutive, forse mancate nel percorso di vita di M. E' stato importante per M., la cui storia si caratterizza per l'assenza di una madre empatica e accogliente e un matrimonio in cui come lei stessa dice non «*ha scelto nulla, neppure l'abito da sposa*» e che sembra avere avuto caratteristiche simbiotiche, compiere l'esperienza di un gruppo che realizza la dimensione fusionale non simbiotica del contenere, sostenere, nutrire. Ad esempio nella sessione n. 51, di fronte alla difficoltà emotiva di M., il direttore rimanda l'idea che le cose che si dicono nel contesto grupppale non cadono nel vuoto e chiede al gruppo una parola, un gesto non verbale, un rispecchiamento. M. ha così sperimentato una modalità relazionale di vicinanza e prossimità che le ha permesso la scoperta dell'essere insieme e dell'essere con, ben diverso da modalità interdipendenti e confusive con l'altro.

M. ha poi compiuto delle esperienze individuative (le numerose attività sociometriche proposte sono state preziose in tal senso) che hanno portato alla scoperta della propria specificità ed unicità per giungere poi al bisogno di alterità che si esprime attraverso ruoli che muovono «la persona ad una curiosa ed autonoma ricerca dell'altro per il solo piacere della scoperta del nuovo e dello sconosciuto» (De Leonardis, 1994 pagg. 166-171). L'impegno di noi terapeuti è stato quello di tenere sempre in mente quanto fosse importante far sperimentare a M. la sicurezza derivante dal senso di presenza nelle situazioni per far poi emergere il bisogno di alterità che si manifesta «ogni qualvolta si sia raggiunta in una situazione nuova la percezione della sicurezza di esserci come facenti parte del tutto e di esserci come entità autonoma: solo tale

percezione sembra infatti in grado di aprire la porta di accesso all'universo del nuovo, dell'ignoto, al paese della non- esperienza o dell'esperienza ancora non avvenuta» (De Leonardis, 1994, pagg. 169-170) E' stato così che gradualmente al senso di una solitudine disperante si è sostituita la possibilità di un'esperienza nuova: l'incontro con i propri compagni e il senso di appartenenza ad un gruppo formato da persone da cui M. si è sentita vista, compresa e accettata per quello che è.

LA TECNICA DELLA SEDIA AUSILIARIA

Tra le numerose altre tecniche utilizzate, ritengo utile soffermarmi sulla sedia ausiliaria, nel caso specifico, sulla sedia vuota, M. ha avuto la possibilità di incontrare figure significative della sua vita, in particolare, nella sessione n. 34, un'amichetta delle scuole elementari che, prestandole un fazzoletto ha rappresentato per M. la cura e il riconoscimento di un bisogno in un periodo di vita in cui a lei mancava del tutto la dimensione dell'attenzione e dell'accudimento. Con la tecnica della sedia vuota, le abbiamo chiesto di incontrare la sua amica di allora e di rivolgersi direttamente a lei. *«Oggi ti ho portato qua perché eri gentile e abbastanza affine... simile a me... di poche parole, ricordo come se fosse ora. Sei stata una persona che mi ha aiutato. Sei gentile... mi hai aiutato... una persona che ti aiuta in un momento di difficoltà e ti ricordo con affetto e non ti dimenticherò mai... ti sarò grata a vita (si commuove). Mettiamo F. nella borsa?»*

Noi direttori abbiamo rimandato a M. come ci fosse sembrato significativo che fosse emerso un aspetto nuovo, cioè che avesse recuperato il ricordo di un aiuto ricevuto. Abbiamo anche restituito alla paziente come la sua richiesta di mettere il fazzoletto in borsa, ci sembrasse un modo nuovo di riappropriarsi di presenze importanti, legate al passato e di interiorizzarle, collocandole nel proprio mondo interno.

La sedia vuota ha permesso ad M. di dialogare anche con il nipote (sessione n. 44): *«Vorrei che tu non dovessi avere un ricordo così brutto della tua mamma. Sai che puoi contare su di me. Io sono riuscita a perdonare la mia mamma ma i danni sono rimasti, non vorrei che tu avessi delle brutte basi, cose che ti destabilizzano e ti restano addosso. Ti voglio bene e sono sempre qua».*

Capitolo quarto

L'UNIVERSO DELLA TERZA ETA'

Quanto più invecchio... e tanto più cerco rifugio nella semplicità dell'esperienza immediata

C.G. Jung



Ritratto di anziani

L'UNIVERSO DELLA TERZA ETA'

Può essere efficace la psicoterapia in terza età? È possibile il cambiamento e l'adattamento a transizioni importanti in questa stagione della vita?

Nel ragionare su questi interrogativi ho ritenuto utile considerare le tematiche proprie di questa specifica fase del ciclo di vita. Ho inoltre evidenziato i mutamenti nella considerazione dell'età anziana in generale e in ambito psicologico nello specifico e come l'apporto delle neuroscienze abbia favorito un differente approccio alla possibilità della psicoterapia con persone anziane.

TRATTI CARATTERISTICI DELLA TERZA ETA'

Come in ogni altra fase del ciclo di vita, per comprendere il processo di invecchiamento è necessario considerare la persona nella sua globalità: nella sua dimensione biologica, caratterizzata da trasformazioni corporee e da una maggiore fragilità psicofisica; nella sua dimensione psicologica con le modificazioni dell'adattamento alla vita quotidiana e nella sua dimensione sociale con il cambiamento del ruolo dell'anziano nella società. Si può rilevare come questi mutamenti siano, complessivamente, caratterizzati da una dimensione di perdita, più che in altre fasi del ciclo di vita: il pensionamento e il venir meno dello status connesso con il ruolo di lavoratore, la maggiore vulnerabilità fisica, i lutti all'interno della cerchia affettiva e la diminuzione di relazioni intime, il conseguente mutamento dei ruoli sociali. Le minori possibilità di relazione spesso si traducono in vissuti di solitudine, di inutilità, di vuoto, di mancanza di prospettive e di risorse, in una minore capacità di motivazione e di adattamento alle nuove situazioni di vita, talvolta nella difficoltà a trovare nuovi obiettivi e interessi. (B. G. Bara, 2006, p. 167) Per queste ragioni può accadere che il disagio psicologico si acuisca o si slatentizzi in terza età. In ogni caso si tratta di eventualità che vengono mediate dalla storia di ciascun individuo, dalle risorse e dalle strategie che ha messo in campo nel resto della sua vita. Ne deriva che ciascun individuo incarna diversamente i tratti propri dell'invecchiamento a seconda della propria personalità, del proprio stile di vita, delle interazioni ambientali. (Bara, 2006, pag. 171)

INVECCHIAMENTO

Fino a pochi decenni fa l'invecchiamento veniva considerato come un fenomeno naturale caratterizzato esclusivamente da processi involutivi, in quanto il ciclo di vita, era rappresentato come una parabola in ascesa, culminante nell'età adulta e discendente nella fase anziana. In quest'ottica l'anziano veniva visto come un adulto che non funziona più, portatore di un decadimento fisico e intellettuale. Frutto di ciò il termine senilità che identificava l'età anziana con un declino legato ad un andamento patologico. (Bara, 2006,

pag.171) Tale concezione ha portato ad una diffusa medicalizzazione dell'invecchiamento, spesso considerato come una malattia e, pertanto, di esclusiva pertinenza dell'ambito medico (Scortegagna, 2005)

I recenti significativi cambiamenti demografici, determinati da un'economia più prospera e da progressi in campo socio- sanitario hanno imposto un nuovo sguardo nei confronti della terza età. L'aumento esponenziale della popolazione anziana e l'allungamento della vita media ha posto delle sfide al singolo e alla collettività. Per l'individuo la sfida è rappresentata dalla possibilità di cogliere l'opportunità di una maggiore scoperta e realizzazione di sé. Per la comunità la sfida è rappresentata da politiche di invecchiamento attivo, secondo il principio sostenuto dall'OMS che ventila soluzioni per contrastare gli effetti negativi dell'invecchiamento della popolazione, favorendo tutte quelle azioni in grado di contrastare il rischio di solitudine e di fragilità, tese a promuovere la salute, l'autonomia, la produttività, incoraggiando stili di vita più salutari. Ciò si traduce in una nuova sensibilità e attenzione verso i nuovi bisogni, anche psicologici, emersi tra gli anziani. Al termine senilità si è iniziato a preferire il termine senescenza ad indicare un andamento di continua crescita individuale.

TRA AGEISMO E GERAGOGIA: LA VECCHIAIA COME DECLINO IRREVERSIBILE O COME POSSIBILITA' DI EVOLUZIONE?

L'ipotesi deficitaria della terza età (Woods, 2003) ha dato vita all' "ageismo", termine introdotto per la prima volta nel 1969, da Butler, gerontologo statunitense, per indicare la *discrimination against seniors*, un atteggiamento discriminante e penalizzante dell'anziano, basato sulla rappresentazione di questa fase di vita come decadente e deterioro. Nello stesso periodo veniva coniato dal medico Francesco Maria Antonini il termine geragogia, ad indicare la scienza che studia le opportunità per invecchiare bene e che concepisce la vecchiaia come una stagione della vita in cui vi sono possibilità evolutive. A sostegno di questa prospettiva, il progressivo aumento di anziani con mantenute capacità cognitive ed autonomie funzionali ha permesso di parlare di *successful ageing*, invecchiamento di successo e di *active ageing*, invecchiamento attivo. Parallelamente, il contributo delle neuroscienze alla maggiore comprensione dei processi di apprendimento e di adattamento, mediante il concetto di plasticità neuronale, ha favorito il diffondersi di una cultura geriatrica (Nygaard 2009) che porterà alla proclamazione del 2012 "Anno dell'invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazionale". di *successful ageing*, invecchiamento di successo e di *active ageing*, invecchiamento attivo.

IL CONTRIBUTO DELLE NEUROSCIENZE: LA PLASTICITA' NEURONALE

Il progresso delle neuroscienze dimostra che l'invecchiamento intellettuale non è un processo irreversibile in virtù della plasticità neuronale che rende il cervello plastico per l'intera durata della vita. La scoperta della plasticità delle strutture cerebrali ha permesso il tramonto della concezione delle "tre n: nessun nuovo neurone".

Fino alla prima metà del Novecento imperava la teoria della staticità del cervello, una volta che fosse stato compiuto lo sviluppo. Il cervello dunque come un organo destinato ad un declino irreversibile. Si riteneva che le differenti aree del cervello umano fossero immutabili e che la produzione di neuroni terminasse con il raggiungimento dell'età adulta, unica eccezione l'area della memoria che si riteneva continuasse a produrre neuroni. A partire dalla seconda metà del XX secolo, grazie al contributo delle tecniche di neuroimaging si è arrivati ad affermare che il cervello possiede una plasticità che gli permette di riorganizzarsi anche in età adulta: la corteccia cerebrale, le reti sinaptiche e i circuiti neuronali sono modificabili dalle esperienze compiute in qualsiasi età e tendono ad una riorganizzazione funzionale. Interessanti a questo proposito gli studi di Kandel, premio Nobel 2000 per la medicina, rispetto alla memoria cellulare della *Aplysia californica* in base ai quali si può affermare che gli stimoli che l'ambiente fornisce possono modificare in modo permanente l'espressione proteica dei geni e la loro fissazione nelle sinapsi, creando una situazione di plasticità neuronale e sinaptica che permette di memorizzare l'esperienza dal punto di vista organico. Enorme il portato di ciò in quanto permette la possibilità di *continuing education* e di *life long learning*, cioè di una continuativa crescita mentale e di un apprendimento permanente che dura tutta la vita e che può riguardare qualsiasi ambito del sapere, comprese le strategie per affrontare al meglio i mutamenti della fase di vita. Ne deriva che la terza età non determina la perdita globale di tutte le funzioni e non è una stagione contrassegnata esclusivamente da perdite ma un periodo in cui si può imparare a stare in equilibrio tra le perdite e le opportunità a cui l'esistenza ci espone. Inevitabilmente alcune funzioni si riducono, ma altre si conservano immutate e stabili. Se ci si rifà alla distinzione operata dagli studiosi Horn e Cattell nel 1966, tra intelligenza fluida e intelligenza cristallizzata possiamo affermare che alcune funzioni psicologiche riconducibili all'intelligenza fluida si riducono sensibilmente, ad esempio la memoria di lavoro e la velocità di elaborazione dell'informazione. Altre capacità connesse con l'intelligenza cristallizzata e con la conoscenza tendono a rimanere stabili e inalterate.

Nel 2009 si afferma la STAC, Staffolding Theory of Aging and Cognition, un modello concettuale, basato su evidenze rese possibili dalle tecniche di neuroimaging, per spiegare come il cervello crei reti neurali alternative per mantenere un buon livello di funzionamento cognitivo. La capacità di scaffolding, letteralmente “impalcatura”, consiste nel reclutare circuiti alternativi che vanno a sostituire le funzioni cerebrali divenute insufficienti. Tali capacità sono potenziate dalla risposta neuronale alle esperienze interne. (Patricia Lorenz,). A sostegno dell'importanza dell'esperienza, la tesi del neuroscienziato statunitense M. Merzenich il quale sostiene che le mappe cerebrali si trasformano in base a ciò che facciamo durante la nostra esistenza e sono passibili di mutamenti per l'intero corso di vita.

ANZIANI E PSICOTERAPIA

La possibilità che le esperienze vissute modifichino le nostre mappe cerebrali riconduce all'interrogativo iniziale. Di fronte ad anziani in condizioni di solitudine, emarginazione, insicuri rispetto all'ambiente in cui vivono, che «preferiscono svolgere compiti abituali e ripetitivi, temono e subiscono i cambiamenti, si deprimono, sono disorientati, perdono autonomia». (Hercek De Leo e Bahro, 2001, pag. 7) può allora essere terapeutico offrire loro un contesto relazionalmente significativo in cui poter sperimentare cambiamenti e adattamenti?

La psicoterapia dell'anziano è un tema che, negli anni, è stato poco affrontato. In questa sede farò un breve riferimento alla posizione di tre grandi padri della psicologia in merito a questo argomento per poi evidenziare i contributi di alcuni psicoterapeuti dei nostri giorni.

Se guardiamo a Freud, il padre della psicoanalisi evidenzia le rigidità proprie della persona anziana e non crede nella possibilità di fare psicoterapia con pazienti anziani: «Nelle persone vicine o al di là dei cinquant'anni viene di solito a mancare la plasticità dei processi psichici, sulla quale la psicoterapia fa assegnamento». (Freud, 1904, pagg. 435-436) E ancora: «Nelle persone molto anziane si riscontra una sorta di inerzia psichica: tutti i processi, tutte le relazioni appaiono immutabili, fissati e irrigiditi e si assiste a un esaurirsi, per una sorta di entropia psichica, delle capacità ricettive». (Freud, 1976, pag. 32) Di ben altra convinzione Jung ed Erikson che vedono nella terza età una possibilità di maturità e saggezza. In particolare, Jung vede una grande potenzialità trasformativa in età anziana. «Jung apre all'invecchiamento un orizzonte positivo. A differenza di Freud, Jung si è reso conto che l'invecchiamento e le vicende della vita possono dare grandi sofferenze, di fronte alle quali non ci resta che l'accettazione; compito della psicologia del profondo è superare la rimozione della prospettiva angosciante della vecchiaia e della morte, interrogarsi e prendere finalmente coscienza anche di questa

fase dell'esistenza, sempre più lunga, in modo da goderne e apprezzarne la potenziale pienezza» (Spagnoli, 2019). Jung così scrive: «Il problema è allora questo: giunto alla fine della mia vita che cosa mi ritrovo tra le mani? Se trovo solo il rimpianto per ciò che avrebbe potuto essere e non è stato non è una gran cosa. Ma potremmo trovare ben di più e ben di peggio (...) Ogni vita non vissuta accumula rancore verso di noi, dentro di noi: moltiplica le presenze ostili (...) La vita non può essere, in alcun modo, pura rassegnazione e malinconica contemplazione del passato (...) E' nostro compito cercare quel significato che ci permette ogni volta di continuare a vivere». (Jung, 1999, pag. 35) Se si lavora in questa direzione allora davvero la vecchiaia, come dice lo stesso Jung diventa «Il tempo della raccolta preziosa». Anche l'approccio di Erik Erikson apre possibilità alla terza età, in quanto riconosce opportunità di sviluppo all'intero arco di vita. Tale processo di sviluppo viene a declinarsi in fasi. Per Erikson la vecchiaia è la fase di bilancio di tutta la vita: di ciò che si è riusciti a compiere e realizzare. E' anche il periodo in cui l'uomo è chiamato ad accettarsi per ciò che è, pena il sopraggiungere della disperazione. Molto tempo dopo, negli anni Ottanta, Baltes e Reese (1986), tra gli autori più rappresentativi della *life span psychology*, sostengono che lo sviluppo ontogenetico è un processo che dura tutta la vita, in controtendenza con quanti ritengono che i processi evolutivi si completino con l'ingresso nell'età adulta. Assunto di base importante in quanto se lo sviluppo interessa l'intero ciclo di vita, ogni anziano può mettere in atto strategie creative e adattive alle richieste dell'ambiente. (Cristini, 2014) In questa prospettiva, la psicoterapia può rivelarsi efficace nella misura in cui accompagna l'anziano a gestire «i cambiamenti dell'età avanzata che richiedono nuove abilità, sollecitano cambiamenti e differenti assetti relazionali, impongono un processo di adattamento creativo, di continuo apprendimento e sviluppo (Cesa Bianchi, 2014). Centrale dunque il concetto di adattamento, inteso come possibilità di scoprire strategie per gestire e tollerare i cambiamenti imposti dall'età. L'uomo, anche se anziano, ha sempre nuove possibilità: possibilità di essere curioso, di imparare, di essere creativo, dunque di invecchiare con maggiore serenità. In questo senso ha sempre possibilità di adattamento ad una realtà contrassegnata dalla dimensione della perdita. Vero è che ogni tappa evolutiva e ogni fase di vita hanno un lutto da elaborare in quanto impone una dimensione di perdita, un lasciarsi alle spalle ciò che è diventato ormai superato: si lascia qualcosa d'altro per diventare qualcos'altro. La terza età contiene ancor di più di questo vissuto di perdita, strettamente legato al bilancio di tutta un'esistenza. «In qualsiasi età per superare le crisi che connotano l'adempimento a scopi evolutivi oramai raggiunti e articolarsi in modo più flessibile verso i nuovi, passiamo attraverso la perdita di elementi conosciuti e rassicuranti. (...) Nella vecchiaia la perdita viene sentita come particolarmente sofferta perché inserita in un contesto di passività». (Bara, 2006, pag. 198) Anche in questa prospettiva la psicoterapia può risultare efficace nella misura in cui aiuta la persona anziana ad assumere una posizione attiva di fronte alla

e trasformazioni della propria esistenza, attraverso il riconoscimento e il recupero di potenzialità creative.

Erich Fromm, in proposito, ci offre uno stimolo interessante parlando della possibilità di educare a completare la realizzazione personale attraverso la creatività: «Ogni uomo è tormentato dal desiderio di regredire fino a rientrare nell'utero materno e dal desiderio di essere nato completamente... Ogni atto natale esige il coraggio di abbandonare qualcosa, di abbandonare l'utero, (...) di abbandonare il grembo, di sciogliersi dalla madre che ci tiene (...), di affidarsi ad una cosa sola: ai propri poteri di essere consapevole e fiducioso nella propria creatività (...) essere creativi significa considerare tutto il processo vitale come un processo della nascita e non interpretare ogni fase della vita come una fase finale. Molti muoiono senza essere mai nati completamente. Creatività significa aver portato a termine la propria nascita prima di morire (...) educare alla creatività significa educare alla vita». (Fromm, 1959, cit. in Cesa Bianchi).

In tal senso la psicoterapia con gli anziani può essere considerata una possibilità percorribile ed efficace in quanto si pone come esperienza correttiva e integrativa attraverso la risoluzione di fasi di sviluppo precedenti e attraverso l'analisi di tematiche connesse ad eventi critici specifici di questa fase di vita. (Knight, 1996)

Anche per Moreno l'obiettivo terapeutico centrale è «lo sviluppo del potenziale creativo delle persone: 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». (Vinciguerra, 2006, pag. 11)

Potenziale creativo presente e attivabile anche in persone over 65.

Capitolo quinto
ANZIANI E MEMORIA



Io e il mio villaggio, M. Chagall

Conoscere è ricordare
Platone

ANZIANI E MEMORIA

Una componente essenziale del lavoro psicoterapico con gli anziani è la memoria: la capacità di ricordare ciò che si è vissuto, è non solo elemento dell'intelligenza ma anche componente fondamentale della vita, delle relazioni affettive e del senso della propria identità. (Dal Sasso, Pigatto, 2001) E' dunque inevitabilmente collegata con i processi di revisione della propria vita. (Hercek De Leo e Bahro, 2001) In quanto permette di mantenere traccia delle esperienze e degli accadimenti della nostra vita, la memoria è quanto di più personale si possa possedere, rende viva e custodisce la storia individuale, fornendo ad essa continuità: è ciò che sopravvive nel mutare degli eventi, ciò che rimane intatto al cambiamento, ciò che consente di rimanere se stessi dinanzi alle trasformazioni che il ciclo di vita comporta. La memoria permette di ricordare chi si è e, quando viene meno, la nostra identità si indebolisce.

In terza età ha dunque una funzione ancora più importante perché permette la capacità di riconoscimento di sé attraverso il trascorrere del tempo. (Dal Sasso, Pigatto, 2001).

La memoria, è anche un meccanismo adattivo indispensabile in quanto la sopravvivenza dell'individuo e della specie dipendono dall'apprendimento e dal ricordo di determinati tipi di comportamento. In quest'ottica i processi di revisione della propria vita contribuiscono alle varie forme di adattamento richieste dalla vecchiaia favorendo processi di integrazione (Birren e Deutchman, 1991)

LA MEMORIA AUTOBIOGRAFICA

Fu Tulving nel 1972 a distinguere nell'ambito della memoria a lungo termine due diversi tipi di memoria, episodica e semantica: la prima in cui si può rintracciare una memoria autobiografica in quanto riguarda le esperienze personali avvenute in tempi e luoghi precisi; la seconda invece riguardante le conoscenze sul mondo che ci circonda. Secondo alcuni autori (Wheeler e collaboratori, 1997) la memoria episodica e semantica non si differenziano tanto per il tipo di informazioni che processano quanto perché la memoria episodica si qualifica come esperienza soggettiva.

La memoria autobiografica è la funzione umana che permette di integrare tra loro i pensieri, le rappresentazioni, gli affetti, i bisogni, le intenzioni e le ambizioni dell'individuo. (Rubin, 2003). In essa si intrecciano le funzioni cognitive, le componenti del sé, le capacità narrative e di regolazione affettiva dell'individuo (Conway & Rubin, 1993). La memoria autobiografica consente il ricordo degli eventi e delle esperienze di vita in una struttura che lega il passato, il presente e il futuro e dunque costruisce un senso di continuità nel tempo: ricordi, esperienze di vita, informazioni, relazioni sociali vengono immagazzinati, unificati, attraverso la ricostruzione di frammenti di vita, percezioni visive, uditive, olfattive e, infine, dotati di significato. Per questo ha un ruolo importante nella definizione e rappresentazione di sé.

La memoria rende l'esperienza delle reminiscenza inscritta nel nostro corpo. In questa prospettiva, la metodologia psicodrammatica, in quanto approccio olistico che premette di prendere in carico la persona nella sua globalità di soma e psiche, attraverso interventi mirati permette di recuperare e di riattualizzare, su un piano di semirealtà, gli eventi passati e "il bagaglio di ricordi personali che possono essere coscientemente evocati in teatro con un lavoro di concentrazione su di sé e presa di contatto con il proprio mondo interiore" (De Leonardis, 2016, pag. 30). "L'attore è memoria corporea ed emotiva". (Boria, 2005, pag. 157)

MEMORIA AUTOBIOGRAFICA E STILI DI ATTACCAMENTO

Mi è stato utile nel seguire il percorso di M. e nell'accostarmi al tema del ricordo e della memoria così centrale nel lavoro psicologico con gli anziani ricordare come la memoria episodica si sviluppa nel periodo compreso tra i 3 e i 6 anni, età in cui inizia ad affiorare la coscienza auto-noetica che permette di immagazzinare le esperienze vissute. In questo periodo il bambino conserva e classifica eventi ed emozioni sulla base della decodifica che gli viene offerta dalla figura di attaccamento. E' questa una chiave di lettura che il bambino conserva nella sua memoria, di cui si serve per definire situazioni ed emozioni. Accade così che le risposte che il bambino riceve dalla figura di attaccamento alla sua ricerca di prossimità in situazioni in cui è triste, spaventato o affamato, vengono memorizzate in strutture cognitive che vanno a costituire le aspettative e le convinzioni su ciò che gli potrà accadere ogni qualvolta avrà bisogno di aiuto. Le risposte concrete fornite dai genitori alle richieste del bambino vanno a depositarsi nei due tipi di memoria: nella memoria semantica vengono conservate le espressioni verbali che il bambino ha ascoltato su di sé, sui genitori, sugli altri di cui conserva ricordo; nella memoria episodica invece fatti e avvenimenti riguardanti l'interazione con i propri genitori, soprattutto quando il bambino si trovava in situazioni di disagio, bisogno e difficoltà. L'insieme di queste conoscenze determina nel bambino la rappresentazione interna del Sé e della relazione con i genitori (Del Castello, 2010).

M. E I SUOI RICORDI

Nello specifico la paziente M. ha sempre fatto molta fatica a recuperare ricordi d'infanzia.

Nella sessione n. 16 del novembre 2018 in cui viene proposta la condivisione dei ricordi legati alla propria terra di origine, questo è il contributo di M.: «*Non so che dire...*».

La aiuto dicendole: «Possiamo partire dal luogo in cui sei nata. Prova a ricordare se ci sono colori, odori che ti fanno tornare alla tua terra natale». M.

prende a raccontare: *«Io sono nata a Milano... i colori di Milano sono così (risatina) Tanti anni fa c'era molta nebbia: ora è migliorato. La primavera era bella una volta perché era primavera non è come ora che si passa dall'inverno all'estate. C'era la brezza, i colori che sbocciavano pian piano... era una bella stagione e poi ci portava verso l'estate che io adoro perché soffro il freddo e l'inverno è grigio. Io vivevo in un condominio... no no i colori non li vedevo dove abitavo io. I colori della primavera li vedevo ai giardinetti. E poi... non so... i colori del sole... non so... io faccio fatica... mi viene da piangere quando non riesco a esprimermi».*

Il tema del ricordo emerge nuovamente nella sessione n. prima della pausa natalizia. In quell'occasione si chiede di chiudere gli occhi e di pensare a una persona cara che lo spirito del Natale fa arrivare al cuore e al ricordo. M. sceglie il marito e ricorda con affetto il Natale in cui erano in attesa del loro figlio ed il marito le scrive un biglietto di auguri molto affettuoso. M. sembra nutrirsi molto di quel ricordo così caldo e vivido.

Nel febbraio 2019 quando viene data la consegna di pensare ad uno dei propri familiari, M. riferisce: *«Io faccio fatica anche a far emergere ricordi riguardanti persone significative della mia vita...».* Recupera poi la figura di una delle sue sorelle e, in inversione di ruolo con lei dice di non aver alcun ricordo della propria infanzia e della loro relazione fraterna.

Nella sessione n. 34 dell'aprile 2019, viene data la seguente consegna: proposto di curiosare nelle proprie borse o tasche e di scegliere un oggetto che racconta qualcosa del suo proprietario *«Ora curiosate nelle vostre borse o tasche e scegliete un oggetto, uno in particolare... quello che dice qualcosa di significativo di me».* M. sceglie un pacchetto di fazzoletti e così racconta: *«A scuola da piccola un giorno non avevo i fazzoletti... ora che sono grande nelle mie tasche ci sono sempre... Ero veramente in difficoltà... la mia compagna di banco mi ha detto: - Ti presto un pezzo di fazzoletto -... lo ricordo con tanto affetto questa bambina che mi ha visto in difficoltà... Mi porto dall'infanzia questa cosa dei fazzoletti».* M. si commuove profondamente nel recuperare il ricordo della sua amichetta. E' la prima volta che la paziente riesce a recuperare un ricordo che risale alla sua infanzia. *«Non ricordo come si chiamava, ma mi è rimasta impressa la sua bontà e gentilezza... io ero sempre senza fazzoletto (molto mesi dopo M. riuscirà a condividere con i suoi compagni di gruppo, la trascuratezza della madre) e una mattina mi ha aiutato. Questo episodio mi commuove molto».*

In inversione di ruolo con la sua compagna di scuola, parlando di sé M. dirà: *«M. era una bimba molto sola... non so nulla della sua famiglia, ma credo fosse molto sola... era timida».*

Nella sessione riportata, M. recuperando un ricordo, l'unico ricordo della sua infanzia ha avuto la possibilità di recuperare una figura significativa e nutriente del suo mondo e di agire un nuovo ruolo.

CONCLUSIONI



Painter of transformation, E. Hila

Se io potessi vivere un'altra volta la mia vita, nella prossima avrei commesso più errori... Non cercherei di essere perfetto, sarei più rilassato... avrei corso più rischi, avrei viaggiato di più, contemplato più tramonti, scalato più montagne, nuotato in più fiumi... Avrei mangiato più gelati e meno lenticchie... avrei avuto più problemi reali e meno immaginari... Io ero uno di quelli che non andava da nessuna parte senza un termometro, una borsa di acqua calda, un ombrello e un paracadute. Se tornassi a vivere, viaggerei più leggero... Se io potessi tornare a vivere inizierei a camminare a piedi nudi all'inizio della primavera e così fino alla fine dell'autunno... farei più giri nei dintorni del mio quartiere, contemplerei più albe e giocherei con più bambini, se avessi avuto un'altra volta una vita davanti a me... Ma io ho 85 anni e so che sto morendo.

J. Borges

Le riflessioni compiute grazie all'analisi dei trascritti verbatim delle sessioni del gruppo, dei risultati del questionario Core Om e dei contributi delle ricerche in ambito psico-gerontologico e neuroscientifico, permettono di affermare che i percorsi di psicoterapia con pazienti anziani over 65 possono essere considerati efficaci in quanto forniscono alle persone una possibilità di crescita, e un accompagnamento ad affrontare le richieste di cambiamento che l'età impone, attraverso una migliore conoscenza di sé. In questa prospettiva si ritiene altresì che per essere dei terapeuti efficaci è necessario comprendere le esigenze e le problematiche degli anziani ma anche le loro potenzialità.

In particolare, si può affermare che la psicoterapia ad orientamento psicodrammatico classico si rivela efficace, in primis, perché pone le persone in azione in un contesto relazionale significativo e in uno spazio tutelante. Il terapeuta psicodrammatista è il professionista che offre stimoli evolutivi mettendo le persone in situazioni relazionali in cui poter inventare e giocare dei nuovi ruoli. Partendo dall'assunto che anche l'individuo anziano è dotato di possibilità creative e trasformative del suo teatro interno e della sua storia, lo psicodramma «permette di rompere le cristallizzazioni, liberare la spontaneità, far moltiplicare creativamente i ruoli dell'individuo in modo che possa raggiungere una mobilità psicologica che gli permetta di accordare senza eccessive rinunce le proprie esigenze interne con i limiti e le richieste imposti dal mondo esterno». (Boria, 2005, pagg. 123-124) In terza età può essere un'opportunità importante poter confrontarsi con una molteplicità di contro – ruoli che le specifiche problematiche della condizione anziana limitano invece nella realtà quotidiana.

Nello specifico, l'analisi del single case ha permesso di giungere ad alcune conclusioni che ritengo interessanti nella prospettiva di proseguire ed approfondire lo studio e l'esperienza rispetto al tema in oggetto. Complessivamente M. ha seguito un percorso evolutivo di crescita significativo in quanto ha potuto fare l'esperienza di affidarsi all'Altro per poi incontrare l'Altro in modo autentico. Ciò ha permesso a M. una maggiore individuazione e la valorizzazione di facoltà metacognitive come l'autostima e l'autoefficacia. M. ha potuto esplorare in un contesto tutelante ruoli potenziali e ha potuto confrontarsi con ruoli interiorizzati, rivedendoli e integrandoli.

La metodologia psicodrammatica ha sollecitato la paziente a rompere copioni cristallizzati, ad esprimersi e ad agire ruoli adeguati e ritenuti da lei stessa impensabili. L'esperienza centrale per M. incapace nel raccontare di sé, nell'affidarsi e nel mostrarsi nella sua autenticità, si è sperimentata nell'esprimere la propria fragilità e le proprie sofferenze. L'accoglienza dei compagni le ha permesso di sperimentare nel qui ed ora del gruppo una dimensione materna di attenzione, di sguardo, conforto, sostegno e comprensione e ciò ha rappresentato una fonte di nutrimento per M.

M. inoltre ha potuto assumere consapevolezza dei propri stili relazionali e delle modalità di interazione e di sperimentarne di più funzionali ed efficaci. Si può concludere che l'esperienza terapeutica di gruppo ha accompagnato M. nei

tentativi di trasformare in modo creativo la propria esistenza, uscendo dalla rigidità di modalità stereotipate.

In ultimo ritengo che la psicoterapia e, in particolare, la psicoterapia con metodologia psicodrammatica possa aiutare le persone anziane ad abbandonare un atteggiamento passivo caratterizzato dalla dimensione triste e malinconica della perdita e del declino per poter assumere responsabilmente un ruolo attivo e sereno rispetto al compito evolutivo di elaborare e lasciare andare le spinte mortifere per operare preziosi vitali lasciati alle generazioni successive.

Per me, accompagnare gli anziani in questo percorso di gruppo psicodrammatico, ha rappresentato una straordinaria esperienza professionale ed umana: mi ha posto in contatto con le specifiche fatiche della terza età, con le potenzialità affettive e creative di questi pazienti e ciò ha permesso di sviluppare in me una sensibilità particolare per poter entrare in sintonia con le loro storie.

BIBLIOGRAFIA

- Bara B. G., *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino, 2006
- Birren J.E., Lubben J.E., Rowe J.C., & Deutchman D.E. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Academic Press, 1991
- Boria G. *Psicoterapia psicodrammatica*, Franco Angeli, Milano, 2005
- Boria M.C., *Arte-terapia e psicodramma classico*, Vita e Pensiero, Milano, 2006
- Carvalho M. J, Faustino I., Nascimento A. & Sales, *Understanding Pamina's recovery: An application of the hermeneutic single- case efficacy design*. *Counselling & Psychotherapy Research*, 8(3), pagg. 166-173, 2008
- Cristini C. & altri *Il pensiero anziano verso l'ultima creatività* in *Ricerche di Psicologia 4*, Francesco Angeli, Milano, 2014
- Cesa Bianchi M., *L'ultima creatività. Luci nella vecchiaia*, Springer Verlag, Milano, 2011
- Conway M.A. & Rubin D.C., *The structure of autobiographical memory*, 1993 in Collins A.F., Gathercole S.E., Conway & Morris P.E. (Eds), *Theories of memory* Lawrence Erlbaum Associates
- Dal Sasso F. Pigatto S, *L'anziano e la sua memoria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2001
- De Leonardis P., *Lo scarto del cavallo*, Franco Angeli, Milano, 1994
- De Leonardis P., *Il processo di riscaldamento alla spontaneità e lo sviluppo dei ruoli*, in *Rivista di psicodramma classico*, anno XVIII, numero 1-2, dicembre 2016
- Del Castello E. *La memoria autobiografica*, Milton H. Erickson Institute of Capua, 2010
- Dotti L., *La forma della cura*, Franco Angeli, Milano, 2013
- Dotti L., *Lo psicodramma dei bambini*, Milano, Franco Angeli, Milano, 2002
- Knight B.G. *Psychotherapy with Older Adults*, Thousand Oaks, 1996

- Jung C. G., *Jung parla: interviste ed incontri*, Adelphi, Milano, 1999
- Freud S., (1904) *Psicoterapia*, in Opere IV, Bollati Boringheri, Torino, 1980
- Freud S. *Caducità*, in Opere VIII, Bollati Boringheri, Torino, 1976
- Moreno J. L., *Il concetto di ruolo: un ponte tra la psichiatria e la sociologia* in *American Journal of Psychiatry*, pag. 520 in Boria G. *Psicoterapia psicodrammatica*, Milano, Franco Angeli, 2005
- 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*. Astrolabio, Roma, 1987 (ed. originale: *Psychodrama*, Third volume, Beacon N.Y., Beacon House, 1969; II ed. 1975)
- Moreno J. L., *Il profeta dello psicodramma*. Di Renzo, Roma, 2002
- Reuter- Lorenz A. & Park D.C., *How does it STAC Up? Revisiting the Scaffolding Theory of aging and Cognition*, in *Neuropsychology Review*, vol. 24, pagg. 355-370, 2014
- Rubin D.C. Schrauf R.W., Greenberg DL, *Belief and recollection of autobiographical memories*, *Memory & cognition*, Springer, 2003
- Scortegagna R, *Invecchiare*, Il Mulino, Bologna, 2005
- Spagnoli A., ... *E divento sempre più vecchio*, Bollati Boringheri, Torino, 2019
- Tartaglioni M. R. *“Dove portano i passi che facciamo?”* *Rivista psicodramma classico*, anno XVII, numero 1-2, novembre 2015

Vinciguerra C., *“Il tempo come confine”* Tesi di specializzazione in Psicoterapia Psicodrammatica presso la Scuola dello Studio di Psicodramma di Milano (dir. G. Boria)

Yalom I.D., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, V ed. Torino, Bollati Boringheri, 2016 (ed. originale: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, N.Y. Basic Books/The Perseus Books Group 1974; V ed. 2005)

**Quanto sbagliano gli uomini nel pensare che si smette di innamorarsi
quando si invecchia, senza sapere che si invecchia quando si smette di
innamorarsi**

Gabriel Marquez

RINGRAZIAMENTI

Nel momento straordinario della gratitudine verso le persone che mi sono state vicino, a vario titolo, in questo percorso di formazione come psicoterapeuta psicodrammatista, mi rendo conto di quanto sono fortunata per i tanti ruoli e contro-ruoli presenti nella mia vita!

In primo luogo, sento di porgere un caloroso, affettuosissimo, commosso grazie al Maestro Gianni Boria, spontaneità e creatività incarnata. A lui la gratitudine per avermi insegnato la bellezza del mestiere dello psicodrammatista.

Un grazie di cuore a tutti i miei didatti psicodrammatisti: Tiziana Bianchi, Antonio Conte, Ivan Fossati, Sara Fumagalli, Marco Greco, Maria Silvia Guglielmin, Lucia Moretto, Letizia Nicolini, Paola Palumbo, Ivan Togni, Cinzia Vinciguerra. Di ognuno porto con me un frammento prezioso di professionalità e di umanità.

Desidero porgere un grazie speciale

ad Antonio Conte che mi ha insegnato quanta grandezza e sensibilità umana ci possa essere dietro ad una immensa umiltà. A lui la gratitudine di avermi insegnato la bellezza di incontrare ogni paziente con la pienezza dell'essere oltre che terapeuti delle persone a tutto tondo

a Ivan Fossati, che ho avuto la fortuna di avere come tutor del tirocinio di specialità e co-conduttore nel gruppo oncologico. A lui la riconoscenza per avermi insegnato sessione dopo sessione ad essere spontanea e creativa

a Sara Fumagalli e Ivan Togni che mi hanno accompagnata nelle Epg ogni lunedì per oltre quattro anni e mi hanno visto crescere

a Stefano Pirovano, con cui ho condiviso la bella esperienza del gruppo over 65 e da cui ho imparato la pacatezza e l'esserci con il cuore

ai miei fantastici amici, colleghi compagni delle Epg del lunedì con cui sono cresciuta come terapeuta psicodrammatista e come donna: Anna, Chiara, Chiaretta, Daniela, Doriana, Giulia, Ramona, Wilson e, ritornando indietro nel tempo, Silvia Mastrantonio, Cristina, Silvia Rovetta, Paola, Chiara.

ai carissimi straordinari colleghi del mio anno di corso: Alice, Alfred, Angela, Elisabetta, Francesca, Ioana, Luigina, Luisa, Marco, Marta, Stefano, da ognuno dei quali ho imparato qualcosa e di ognuno dei quali porto con me un senso di preziosa vitalità nel mio percorso umano e professionale.

Pensando alla mia famiglia un affettuoso grazie

a mio marito Antonio che ha condiviso con me l'impegno di questo percorso

ai miei figli Silvio e Rita Letizia che si sono lasciati incuriosire dai miei studi e mi hanno comunicato il loro fresco giovanile entusiasmo

a mia sorella Maria Grazia, cara dolce mia interlocutrice.

Volgendo uno sguardo al passato sempre vivo e presente in me, il mio pensiero grato va verso i miei genitori, Antonio e Rita, mio papà e mia mamma, che sarebbero stati fieri ed orgogliosi di questo mio percorso. A loro devo l'origine della mia vita e della mia storia

Un grande grazie alla preziosa Concetta Martusciello che, per prima, ha intravisto come la mia vera vocazione fosse quella di diventare una psicoterapeuta

A Maria Caterina Boria, che mi ha accompagnato nei primi anni di questo percorso e mi ha aiutata a ritrovare il senso delle mie scelte.

Infine un grande specialissimo grazie a me stessa che ho voluto e saputo scegliere e portare a compimento quello che, da sempre, è stato il mio sogno: diventare una psicologa psicoterapeuta. Il valore aggiunto preziosissimo è stato scoprire e innamorarmi dello psicodramma