

Studio di Psicodramma di Milano
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia



Specializzanda
dott.ssa Annalisa Moretto

VIVA IL RE!

Esperienza di psicodramma classico
in un Centro di Salute Mentale



Anno Accademico 2020

a Venicio, mio zio

Indice

Presentazione	pag.	5
----------------------	------	---

Parte prima

DI QUESTA STORIA NON VA PERSA LA MEMORIA

*evoluzione del concetto di malattia mentale
dai popoli primitivi a J.Levi Moreno*

1. Premessa etnologica: "SE NON TUTTO, MOLTO È RELATIVO"	pag.	7
2. Psichiatria greco-romana: "LA CAUSA È NATURALE"	pag.	9
3. Medioevo e Rinascimento: "LA FOLLIA DELLA NORMALITÀ"	pag.	11
4. Il Seicento: "L'ETÀ DELL'INTERNAMENTO "	pag.	12
5. Il Settecento: "TRA RIFORMISMO E CONTRADDIZIONI"	pag.	13
6. Prima metà dell'800 in Francia: "UNA NUOVA ISTITUZIONE: IL MANICOMIO"	pag.	15
7. Prima metà dell'800 in Germania: "TREMATE, LE STREGHE SON TORNATE"	pag.	16
8. Seconda metà dell'800: "PIÙ DI TUTTO ... OSSERVARE "	pag.	17
9. Inizi del '900: "DALLA NEUROBIOLOGIA ALLA PSICOANALISI"	pag.	18
10. J. Levi Moreno: "LO PSICODRAMMA: AZIONE E POTENZA DEL GRUPPO"	pag.	21

Parte seconda
IL LABORATORIO DI PSICODRAMMA NELLE SUE FASI
differenti inquadrature focali del percorso

1. Azioni propedeutiche	pag. 26
2. 12 marzo: “PRESENTAZIONE DEL LABORATORIO DI PSICODRAMMA ALL’ÈQUIPE SANITARIA DEL CSM”	pag. 28
3. 26 giugno: “A METÀ STRADA. PRIMA RESTITUZIONE DI BILANCIO ALL’ÈQUIPE SANITARIA DEL CSM”	pag. 30
4. 21 dicembre: “RESTITUZIONE FINALE ALL’ÈQUIPE SANITARIA DEL CSM”	pag. 31
5. Protocolli di sessione (scaletta, annotazioni metodologiche, report):	pag. 34
5a sessione 3 – il tempo del gruppo	pag. 35
5b sessione 16 – attività di protagonista	pag. 38
5c sessione 19 – attività di microprotagonisti	pag. 42
6. Cos’è rimasto: “IO AUSILIARI PROFESSIONISTI A DISTANZA DI DUE ANNI”	pag. 45
7. Considerazioni finali	pag. 50
8. Bibliografia	pag. 51
9. Ringraziamenti	pag. 53

PRESENTAZIONE

*Seduta sui gradini lo guardava con curiosità.
Guardava quello zio da cui le avevano detto di stare alla larga.
Lo zio era un uomo giovane e di bell'aspetto. Era strano, questo sì.
Alle 14.00 di ogni giorno, camminava sul selciato fumando
forsennatamente la pipa.
E parlava, parlava e parlava... a voce alta.
Pareva proprio che anime invisibili gli rispondessero.
Lo zio rideva, litigava, urlava...qualche volta piangeva...con gli
spiriti dell'aria.
E la bambina seduta sui gradini osservava...*

Ho conosciuto la malattia mentale come aspetto della mia famiglia.

Qualcosa da accettare, qualcosa di misterioso da proteggere e, a volte, da difendere. Un destino che non meritava troppe parole, quasi che ogni verbo proferito potesse solo aggravarlo. Anche da qui, forse, viene la mia attenzione per chi è "strano", per chi è "diverso", per quelle persone da cui, in genere, si ritiene importante stare distanti. Il Laboratorio di Psicodramma che ho condotto da aprile a dicembre 2018 presso un CSM dell'Azienda Sanitaria Locale e che presento in queste pagine lega, quindi, i fili di un aspetto della mia vita e stimola riflessioni di psicodramma e altro.

"VIVA IL RE" vuole essere una tesi d'orchestra. A più voci. Le parole dei pazienti, che pazienza ne hanno davvero, le parole degli io ausiliari professionisti del CSM, le parole degli io ausiliari professionisti psicodrammatisti, le parole dell'équipe sanitaria sullo sfondo e le parole del direttore promotore e regista dell'azione.

"VIVA IL RE" è un'espressione che R., uno dei partecipanti al laboratorio, utilizzava spesso. La usava quando voleva farsi guardare, quando era in imbarazzo, quando era annoiato. Una frase che, alle volte, pareva non voler dire

nulla e altre volte sembrava dire molto. Parole che alle volte parevano allegre e altre volte infinitamente tristi.

Le scelgo come titolo della mia tesi per la connessione con il concetto moreniano di Io-Dio, conseguenza del quale è il rispetto per la diversità, per quanto particolare, strana o assurda possa sembrare. Ciascuno porta in sé una facoltà creatrice, una facoltà creatrice che è fisica, sociale e psicologica. Lo psicodrammatista moreniano stimola o desta, qualora fosse addormentata, questa facoltà. Lo fa attraverso un allenamento alla spontaneità e creatività.

E così ci ho provato anch'io e in queste pagine lo racconto.

Parte prima
DI QUESTA STORIA NON VA PERSA LA MEMORIA
evoluzione del concetto di malattia mentale
dai popoli primitivi a J.Levi Moreno

Nello scrivere di questa esperienza, ho sentito utile uno sguardo, seppur rapido e breve, ai vari modi con cui è stata considerata nel tempo la questione della salute mentale. Credo aiuti a capire quanto l'idea di follia sia variabile e collegata alle credenze della società e delle epoche. Spesso, immersi nel presente, riteniamo che le nostre questioni abbiano sempre la stessa faccia, e naturalmente non è così. Ciò succede anche per l'idea di follia. Non è per soddisfare una curiosità artificiosa ma per riflettere come anche noi, innamorati dello psicodramma, ci poniamo nei confronti del disturbo mentale¹.

1. Premessa etnologica: “SE NON TUTTO, MOLTO È RELATIVO”

Il generale Jack Ripper, brillantemente interpretato da Peter Seller, nel film “*Dottor Stranamore*” è una persona sospettosa, manca di umorismo e possiede idee di grandiosità. Personalità paranoide, senza dubbio. Proietta sugli altri quelle qualità personali che considera negative e ciò che non riconosce come proprio viene percepito come una minaccia esterna. Il tutto accompagnato da un senso di sé megalomane. Disturbo mentale di tipo paranoide.

Eppure, se Il generale Jack Ripper fosse vissuto nella tribù dei Dobuani, popolazione della Melanesia, vicino alla Nuova Guinea, sarebbe probabilmente nell'ordine della norma. Sarebbe uno dei tanti che lotta per esistere e che ritiene la vita una realtà in cui gli antagonisti sono proiettati l'uno contro l'altro nel combattimento dei beni della vita stessa. Sospetto e crudeltà sono le armi di questa battaglia².

Un pensiero, quindi, sulla relatività dei sintomi viene dall'etnologia.

Ciò che è psichicamente normale, dipende profondamente dalla società di appartenenza. Il giudizio della società sulla sanità mentale di uno dei suoi

¹ Mi guiderà in questa analisi, il lavoro di Ackerknecht E. H. – “*Breve storia della psichiatria*” Ed. Massari, Roma, 1999

² Maritain J. “*Nove lezioni sulla legge naturale*” Ed. Jaka Book, Milano, 1985

membri, non dipende tanto da una serie di sintomi estrinseci, quanto dal fatto se la persona in questione, possiede un minimo di funzionamento e integrazione sociale. Quando il dobuano medio ha idee di persecuzione e il kwakiutl³ idee di grandezza, nessuno dei due le ha in quanto individuo privato ma piuttosto essi stessi, con queste loro idee, non escono dalla visione del mondo della propria cultura d'origine.

L'individuo che, tra noi, possiede idee di persecuzione o di grandezza non si trova, con questo suo comportamento, nell'ambito concettuale della nostra cultura ma è al contrario, incapace di uniformarvisi. La difficoltà consiste nel fatto che ci troviamo a diagnosticare le malattie mentali in base ai loro sintomi e all'incapacità di inserimento sociale cui si accompagnano.

Detto questo è importante sottolineare che il concetto di malattia mentale, come noi lo conosciamo, non esiste presso i popoli primitivi. Non esiste presso di loro quella scissione tra corpo e mente, che tormenterà e tormenta la storia della psichiatria e della psicologia. La malattia è malattia quali che ne siano i sintomi, e si verifica ad opera di forze soprannaturali: spiriti maligni, divinità stregoni.

Questa spiegazione è, di fatto, molto convincente fintanto che si può credere agli spiriti. Rende conto di come mai un individuo può, più o meno improvvisamente, divenire strano, estraniato, privo di senso. E a trattare le malattie, "mentali e non", sono chiamati il mago o lo stregone come più tardi e in altre culture, saranno chiamati sacerdoti, medici generici oppure medici specialisti. Osservare la terapia dei popoli primitivi è inoltre di straordinario interesse. A loro sono note alcune droghe efficaci, alcuni metodi di terapia fisica, come ad esempio il massaggio, e anche alcuni interventi terapeutici. Queste azioni sono accompagnate da tutta una serie di rituali, scongiuri, formule magiche, preghiere, canti e balli la cui efficacia è sicuramente in relazione alla loro componente psicoterapeutica. Come queste popolazioni regolassero e regolino il difficile problema del collocamento

³ Società nativa americana stanziata nel Nord dell'isola di Vancouver. I K. divennero celebri nei primi decenni del Novecento grazie agli studi compiuti dall'antropologo americano F. Boas. Società gerarchica divisa in tre ordini (nobili, gente comune, schiavi) i K., originariamente pescatori, cacciatori di mammiferi marini e raccoglitori, praticavano nella stagione invernale grandiose feste competitive, note come potlatch, nel corso delle quali i capi rivaleggiavano ostentando la propria generosità e persino distruggendo le ricchezze (coperte, lastre di rame scolpite ecc.). Proibite dallo Stato canadese, queste feste sono oggi nuovamente praticate.

delle persone pericolose a sé e agli altri non è molto noto. Non vi sono molti studi a riguardo⁴.

Quel che è certo è che etnologia e psichiatria possono beneficiare l'una dell'altra pur con il riguardo e rigore necessario ad ogni posizione sia speculativa che pratica.⁵

2. Psichiatria greco-romana: “LA CAUSA È NATURALE”

“...per quanto riguarda la cosiddetta malattia sacra (l'epilessia) ... a me sembra non essere per niente più divina e sacra delle altre malattie. Essa mi sembra avere, al pari delle altre malattie, una causa naturale, a seguito della quale insorge...

Coloro che hanno, originariamente, posto la malattia in collegamento con i demoni, e che l'hanno qualificata come sacra, mi danno l'impressione di essere state delle persone che, al pari dei maghi e dei ciarlatani, simulano una grande devozione e un cospicuo sapere. Essi, però, non fanno altro che coprire la loro mancanza di risorse e la loro incapacità a portare aiuto, sotto il velo del divino”.

Questo scritto d' Ippocrate⁶ mostra un nuovo e deciso punto di vista circa l'origine e la spiegazione delle malattie mentali. I greci si espressero in modo molto chiaro circa le cause naturali di ogni problema mentale e il punto di vista greco-romano è sopravvissuto inalterato fino al 1700 inoltrato e una parte della nomenclatura greca è tutt'ora utilizzata.

La persona posseduta dagli spiriti maligni diventa, semplicemente, una persona che ha una malattia fisica. I due grandi capiscuola della medicina greca, pur avendo lasciato solo osservazioni casuali sulle malattie mentali, sono Ippocrate (460-377 a.C.) e Galeno (130-201 d.C.). Le nostre principali fonti circa le idee e posizioni del tempo sono Celso (30 d.C.), Areteo di Cappadocia (150 d.C.) e soprattutto Sorano di Efeso (100 d.C.).

Significativo il fatto che, in realtà, nessuno di questi autori ha scritto opere specifiche, ma ognuno di essi ha incluso il proprio punto di vista in opere mediche

⁴Ackerknecht E. H. – “Breve storia della psichiatria” op.cit.

⁵ Emblematico il caso del “kuru” (encefalopatia spongiforme) della Nuova Guinea. Nel 1958 Berndt e Mitscherlich lo definirono una condizione psicogena, mentre cinque anni più tardi Gajudsek (premio Nobel 1976) ne scoprì l'origine virale.

⁶ Grimm J. F. C. (a cura di), “Opere di Ippocrate”, Ed. Glogau 1838

a carattere generale. Tutti e tre questi autori presentano un punto di vista somatico estremo e il dualismo corpo-anima è a loro estraneo.

Le malattie mentali conosciute vengono trattate come malattie corporee, anche se il cervello non viene quasi mai nominato. Questo non stupisce: i greci non conoscevano sufficientemente la funzione cerebrale così come non conoscevano quella dei nervi. Del tutto in contrasto con la tendenza della medicina generale greca, la psichiatria greco romana non parla della prognosi delle malattie mentali. Areteo parla della frequenza delle ricadute che porta spesso la malattia a durare tutta la vita.

DAL MOMENTO CHE LE MALATTIE MENTALI SONO SPESSO INGUARIBILI,
IL MEDICO HA IL DIRITTO MORALE DI RIFIUTARSI DI TRATTARLE.

E si tratta di un diritto che persistette fino alla fine del Settecento.

Forse chissà, la fatica di alcune prese in carico attuali porta il retaggio di questo “diritto”, di questa “conserva” per dirla in termini psicodrammatici.

Il trattamento proposto in questi tempi consiste essenzialmente nell’isolamento, nella dieta, nel salasso, nel massaggio e nel trattamento locale di testa e scarificazione. Autori più brutali prevedono minacce, torture, uso della frusta e improvvisa immersione del paziente sott’acqua.

Non sappiamo molto relativamente all’eventuale ricovero dei malati mentali. Alcuni passaggi del diritto romano fanno supporre che possa essere stato nelle prigioni. Ospedali non ce n’erano proprio.

La psichiatria greca romana ci ha lasciato, in ogni caso, le prime descrizioni cliniche e i primi tentativi di classificazione delle malattie mentali e sebbene i suoi successi non si possano paragonare a quelli conseguiti dalla medicina del tempo in altri settori, essa rimane assolutamente meritevole anche in relazione allo sviluppo della psichiatria/psicologia nelle epoche successive.

3. Medioevo e Rinascimento: “LA FOLLIA DELLA NORMALITÀ’ ”

*La chirurgia nelle mani dei barbieri,
l'ostetricia nelle mani di donne prive di istruzione,
la psichiatria nelle mani di esorcisti, cacciatori di streghe che si professano
ministri di Dio.*

Il Medioevo ha prodotto ben poco di positivo, anzi molto di negativo. Unica conquista, ed è comunque difficile chiamarla così, sono gli ospedali. Fondazioni ospedaliere nascono già nel 300 d.C. ma che, in tali ospedali, vi siano reparti per malati mentali è noto solo a partire dalle strutture arabe. Gli arabi sono stati i primi a creare ospedali speciali per i malati di mente (Damasco '800) e presso loro si trova, anche oggi, una benevolenza, altrove sconosciuta, nei confronti dei malati mentali che si rispecchia anche nel Corano.

Per quanto riguarda il mondo occidentale abbiamo notizia di reparti specifici all'interno degli ospedali dal XIII secolo, ad esempio a Parigi, Lione, Montpellier, Londra, Monaco, Basilea e altri.

Resta il fatto comunque, che, quel poco che i greci erano riusciti a capire delle malattie mentali, andò in buona parte perduto nel Medioevo che fu dunque caratterizzato da una triste regressione a stadi culturali di gran lunga più primitivi. L'orologio della storia si trovò collocato indietro di mille anni. I malati mentali erano molto spesso, e la cosa durò più di mille anni, o persone possedute dal diavolo e da spiriti maligni oppure streghe e maghi, ossia persone in grado di provocare la malattia anche in altri. Tutto era opera del diavolo e la malattia mentale divenne l'oggetto di studio dell'inquisitore. Il medico venne escluso da ogni tipo di intervento e di pensiero. Sul piano psichiatrico un'altra specificità del Medioevo è la frequenza di epidemie psichiche o psicosi di massa come quella dei flagellati, il tarantismo, le crociate dei bambini, la persecuzione degli ebrei e lo stato di possessione di interi gruppi, specie nei conventi.⁷

Questa “follia della normalità” non ebbe fine nel brillante periodo del Rinascimento oppure all'inizio dell'età moderna, ma al contrario, è proprio in questo tempo che essa raggiunse la sua massima espressione. Non furono

⁷ Calmeil L.F. “*De la Folie, Considérée Sous Le Point de Vue Pathologique, Philosophique, Historique Et Judiciaire: Depuis La Renaissance Des Sciences En Europe Jusqu'au Dix-Neuvième Siècle*” Ed. Creative Media Partners, LLC, 2018

bruciate tante streghe come nel XV secolo⁸. Anche i medici più famosi del Rinascimento, come Fernel, Paré, o Johannes Lange, credevano fermamente in questo sanguinario delirio.

Solo un piccolo numero di medici si oppose a ciò che andava accadendo, affermando che le persone possedute o streghe, in realtà erano malate di mente e avrebbero dovuto essere curate e non messe al rogo.

A questi medici va il merito della “prima rivoluzione psichiatrica”⁹ nonostante il tono medievale di molte loro affermazioni.

Il Rinascimento, in effetti, è un tempo di intense contraddizioni.

A tal proposito è impossibile non nominare Paracelso, medico più famoso del suo tempo (1493-1541) Nel 1520, egli scrisse “*Delle malattie che ci derubano della ragione*” (pubblicato nel 1567) dove affermò che le malattie mentali non sono causate da spiriti e demoni ma sono processi naturali e curabili. La terapia consiste nel ricorso a mezzi chimici (oppio, mandragora, olio arcano, canfora, polvere di cranio grattata, unicorno, erbe e radici...) preparati non da medici ma da alchimisti. Nel 1531, undici anni dopo, scrisse “*Delle malattie invisibili*” e “*De lunaticis*”. In questi testi, improvvisamente, Paracelso prescrive di eludere la pazzia attraverso la penitenza oppure di bruciare i malati affinché non divengano strumento del diavolo. Dice altresì che le persone possedute dal diavolo hanno da essere trattate con la forza di Cristo, con la preghiera e il digiuno.

Queste incredibili contraddizioni di Paracelso sono state considerate dagli studiosi sia come segno di grandezza e profondità che, semplicemente, come mancanza di logica e confusione.¹⁰

4. Il Seicento: “L’ETA’ DELL’INTERNAMENTO”

Nel corso del 1600 la credenza alle streghe si ridimensiona anche se occorre attendere il 1680 per l’abolizione della pena di morte per le streghe in Francia e il 1793 per l’ultimo rogo in Polonia. Al tempo stesso, non appena il malato di mente smise di essere considerato posseduto dagli spiriti o indemoniato, fu bollato come essere asociale, pericoloso e trattato come tale.

⁸ “*Il manuale dei cacciatori di streghe*” dei domenicani Kramer e Sprenger fu pubblicato nel 1476

⁹ Zilborg, G., W. H. George “*Storia della Psichiatria*”, Ed. Feltrinelli, Milano 1963

¹⁰ Ackerknecht E. H., “*Breve storia della psichiatria*” op.cit.

Intorno alla metà del XVII secolo, i regimi assolutistici decisero di rimuovere la crisi sociale attraverso l'internamento dei poveri¹¹ in quelle che divennero delle vere e proprie prigioni¹². La collocazione dei malati nelle prigioni diventa la regola. Non desta meraviglia che, in queste istituzioni, fossero utilizzate le catene e che i medici in pratica non venissero mai consultati.

Esquirol¹³ dopo aver ispezionato alcune carceri francesi scriverà:

“Li ho visti nudi, coperti di stracci, senza altro che un po' di paglia per proteggersi dall'umidità del selciato sul quale sono distesi. Li ho visti grossolanamente nutriti, privati d'aria per respirare, d'acqua per spegnere la loro sete e delle cose più necessarie. Li ho visti in balia di veri carcerieri abbandonati alla loro brutale sorveglianza. Li ho visti rinchiusi in antri in cui si temerebbe di chiudere le bestie...”

Se le psicosi nel corso del Seicento non riescono ad essere considerate dal punto di vista medico, il Seicento è anche il secolo che vede iniziare uno studio proficuo e produttivo delle nevrosi. Thomas Sydenham¹⁴, ad esempio, nel 1680 esprime l'opinione che la malattia mentale non è puramente somatica né puramente psichica.

5. Il Settecento: “TRA RIFORMISMO E CONTRADDIZIONI”

Nel 1700 secolo la psichiatria diviene una disciplina autonoma. Questo accadde in seguito all'influenza della filosofia dell'Illuminismo. L'illuminismo libera innanzitutto il campo, in maniera radicale e definitiva, dal concetto di possessione demoniaca: diviene possibile uno studio su base scientifica dei dolori dell'apparato mentale. Gli illuministi erano animati da un grande senso filantropico ed erano decisamente ottimisti circa la possibilità di

¹¹ Foucault R. “*Storia della follia nell'età classica*” Milano Ed. Bur-Rizzoli, Milano 2011

¹² Si chiamarono mendacemente “Hopital General” in Francia, più realisticamente “Zuchthaus” (penitenziario) in Germania e “Workhouse” in Inghilterra

¹³ Esquirol J. E. D. (1772-1840) medico psichiatra francese

¹⁴ Thomas Sydenham, medico inglese (1624 – 1689)

miglioramento dell'uomo. Per gli appartenenti a questa corrente filosofica, la ragione era il massimo dei beni e la più umana delle caratteristiche della specie. Chi ha perso la ragione deve essere oggetto di particolare compassione. In questo periodo viene, quindi, superata la fatalistica rassegnazione circa l'inguaribilità dei folli e vengono anche messi in crisi i metodi carcerari per il trattamento dei malati mentali.

L'illuminismo ha anche il merito di far entrare lo psichiatra nei tribunali e di stimolare un grande interesse per la prevenzione delle malattie mentali. Da ricordare la teoria nosologica di Sthal che ebbe molta influenza in psichiatria: l'animismo. Secondo Sthal è l'anima a svolgere una funzione diretta nelle reazioni fisiche e chimiche del corpo umano. La malattia è una lotta dell'anima contro tutta una serie di influssi nocivi. Egli distingue tra malattie simpatiche (causa organica) e patetiche (senza base organica).

Nel corso del XVIII secolo l'orientamento somatico non fu semplicemente affiancato da quello mentale/psicologico ma ne subì esso stesso una modificazione. Il Settecento è il secolo in cui venne coniata la parola "nevrosi"¹⁵, è il secolo in cui si comincia a considerare che impressioni psicologiche possono avere conseguenze di rilevanza fisiopatologica¹⁶ ed è anche il secolo che incomincia a vedere la considerazione e lo sviluppo della psicoterapia.

Interessante sottolineare che la psicoterapia entrò a far parte della psichiatria anche da tutt'altra fonte che non le opere speculative e teoriche. Nelle istituzioni la cura dei malati psichici non era, nella maggior parte dei casi, nelle mani dei medici, ma dei sovrintendenti. Tra questi, vi erano uomini intelligenti e umani che compresero, ancor prima dei medici stessi, che con la psicoterapia era possibile andare più lontano che non con i lassativi e i salassi.

Il Settecento rappresenta anche, purtroppo, il secolo dello sviluppo e attivazione di metodi di trattamento fisico che possiamo considerare come varietà del trattamento di shock. A fianco del vecchio "trattamento" attraverso l'immersione in acqua subentrò la cosiddetta sedia di Darwin (inventata dal padre di Charles, Erasmus) su cui i malati venivano fatti girare finché sgorgava loro il sangue da

¹⁵ Il termine fu coniato dal medico scozzese William Cullen nel 1769 in riferimento a disordini psichici causati da un'affezione generale del sistema nervoso, che provocano a vari livelli disagio o sofferenza sull'individuo. "*Neurosis and nervous diseases*" (*Nevrosi e malattie nervose*)

¹⁶ Pierre Cabanis medico, filosofo e fisiologo francese (1757-1808)

bocca, naso, e orecchie e alla quale per decenni furono ascritti tutta una serie di successi terapeutici. In voga era anche la castrazione e la cura del digiuno. Antichi principi vegetali come la belladonna, la datura e la canfora furono riportati in auge, e la digitale da poco scoperta fu utilizzata in grande quantità. Le cure magnetiche del XVII secolo andarono incontro ad ulteriore diffusione e la stessa elettricità entrò a far parte dei metodi di trattamento.

Per quanto il movimento della psichiatria nel Settecento debba essere considerato progressista, non possiamo però sopravvalutare il fatto che esso, in linea con lo spirito dei tempi, ha dato origine a molte più speculazioni, teorie e classificazioni che approcci concretamente efficaci.

6. Prima metà dell'800 in Francia: “UNA NUOVA ISTITUZIONE, IL MANICOMIO”

Nel suo “*Traité Médicophilosophique sur l'Aliénation Mentale*” del 1801, Pinel¹⁷ comunica al lettore che il suo impegno sarà:

- la ricerca dei fatti, osservabili con il metodo delle scienze naturali;
- mettere ordine tra il caos dei metodi di trattamento, attraverso indagini statistiche.

Pinel prende le distanze da ipotesi sulla ragione umana, sulla sua sede anatomica e sulla sua natura. Avrà, assieme ai suoi allievi, un atteggiamento improntato all'attesa, all'osservazione ed a una visione etica della vita. Per lui saranno molto importanti le regole in base alle quali organizzare e dirigere istituti per malati psichici.

Nasce il manicomio.

Questa nuova istituzione che si diffonderà in tutta Europa, costituisce un passo in avanti rispetto ai reclusori del passato, perché è basata su principi di cura e di ricerca medica. Rappresenta, tuttavia, la continuità con i luoghi di segregazione precedenti, dal momento che la “cura” coincide con il “controllo” dei malati.

Alcuni convincimenti di Pinel che Esquirol, suo allievo, saprà ulteriormente mettere a punto sono:

- a. gli istituti hanno da essere grandi per dividere i malati per categorie;
- b. non si debbono usare le catene¹⁸

¹⁷ Philippe Pinel, psichiatra francese (1745-1826)

¹⁸ P. Pinel, riesce ad ottenere la liberazione dalle catene prima nell'asilo di Bicêtre (1793) e poi nel grande complesso psichiatrico della Salpêtrière (1795)

- c. esercizio fisico e lavoro meccanico sono principio essenziale di ogni istituto;¹⁹
- d. occorre separare i malati dalle famiglie²⁰
- e. alimentazione artificiale, se necessaria;
- f. occorre sorvegliare il personale degli istituti altrettanto quanto gli stessi malati;
- g. salassi, docce d'acqua, violenza fisica sono deliri medici;
- h. solo i malati più eccitati vanno legati (camicia di forza) e solo per breve tempo;
- i. il suicidio è un'eventualità sempre da temere;
- j. è straordinariamente difficile stabilire se una persona sia guarita o meno.

7. Prima metà dell'800 in Germania: "TREMATE, LE STREGHE SON TORNATE"

La psichiatria tedesca, nella seconda metà del XIX secolo, diventerà dominante sul piano internazionale ma, nei primi decenni del secolo, condizionata e avvinta al movimento romantico, vive una profonda e oscura regressione. La malattia mentale viene, ancora, considerata come risultato del peccato, molti medici eminenti²¹ credevano nuovamente alla possessione demoniaca e raccomandavano l'esorcismo.

La più pura espressione della psichiatria romantica, sono i cosiddetti *Psychiker*²² contrapposti ai *Somatiker*. I primi considerano la malattia mentale come una malattia di un'anima senza corpo e i secondi intendono le malattie mentali come una situazione esclusivamente somatica, accompagnata da più o meno importanti sintomi psichici.

Kraepelin²³ riporta la carenza della psichiatria romantica al fatto che i suoi esponenti non avessero contatti con i malati. E. H. Ackerknecht accoglie in parte questa spiegazione rimarcando la poca umiltà del tempo e la tendenza a considerare l'esperienza diretta assolutamente inferiore rispetto alle costruzioni idealistiche e speculative.

¹⁹ I nobili, rifiutano una tale forma di attività. Per questo guariscono per questo con minor facilità (Pinel).

²⁰ Le famiglie sono incapaci di curare i propri malati e, spesso, tendono semplicemente ad eccitarli in maniera del tutto innecessaria. Il collegamento con il mondo esterno, per i malati, deve essere assolutamente limitato (Pinel).

²¹ Justin Kernere (1786-1862) - K.K. Eschenmeyer (1768-1852)

²² Il termine "*Psychiker*" (Psichici) è assolutamente adeguato. Sarebbe fuori strada classificarli come "psicologi". Ciò che essi ritenevano psichico era in realtà morale, ed è curioso che, ciò che i francesi, all'epoca, chiamavano morale fosse in realtà psicologico.

²³ Emil Kraepelin, psichiatra, (1856-1926)

Sul piano organizzativo in questo tempo, in realtà, vi è, in Germania, una grande crescita e vengono aperti ben 30 ospedali “moderni”: I direttori di questi istituti vedono continuamente le loro teorie messe alla prova dal contatto quotidiano con i malati. Essi diventano così, tra il 1830 e il 1860 la forza trainante della psichiatria tedesca: una generazione di transizione tra il romanticismo e il meccanicismo della seconda metà del secolo.

Anche i metodi di trattamento in questo tempo sono quelli del passato: la sedia girevole (chiamata molte volte in altro modo), la doccia, la terapia del dolore e della vergogna. Ernest Horn rovesciava sui pazienti della Charité di Berlino circa duecento secchi d’acqua fredda per seduta.

Un nome importante di questo tempo è Wilhelm Griesinger (1817 – 1868) al cui lavoro tutti gli orientamenti odierni della psichiatria possono in qualche modo riferirsi²⁴. Griesinger è conosciuto per essere il padre della neuropsichiatria ma, anche come psicologo, ebbe profonde e acute intuizioni.

Egli sviluppa gli stimoli avuti dal filosofo Johann Friedrich Herbart (1776–1841) in concetti geniali e di sapore moderno, come il ruolo dell’inconscio, della struttura dell’io, della frustrazione, e della realizzazione del desiderio nel sintomo e nel sogno. Griesinger potrebbe dire di sé di aver messo coi piedi per terra la psicologia romantica²⁵.

8. Seconda metà dell’800: “PIÙ DI TUTTO ... OSSERVARE”

Passando alla seconda metà dell’800, uno studioso a cui guardare e che ebbe molta influenza, fu Emil Kraepelin.

Kraepelin viaggiò molto nel mondo con l’intento di studiare le malattie mentali nei vari paesi e la relativa assistenza psichiatrica.²⁶ Il concetto che lo guida è la necessità dell’osservazione clinica. È fondamentale, sostiene Kraepelin, conoscere le forme cliniche delle malattie ed è altrettanto importante stabilirne una prognosi. Asserisce questo nonostante non si aspetti molto dai metodi di trattamento e, forse, proprio in conseguenza di ciò, è particolarmente interessato

²⁴ Ackerknecht E. H., “Breve storia della psichiatria “ op.cit.

²⁵ ibidem

²⁶ Kraepelin è anche conosciuto per la sua lotta all’alcolismo.

all'aspetto preventivo delle malattie. Egli ha, inoltre, una chiara visione dei problemi sociali e giuridici.

Kraepelin nel suo lavoro presenta una descrizione e suddivisione delle singole forme cliniche. Non fa riferimento né a criteri anatomico-patologici, né a criteri eziologici e neanche a criteri sintomatici. Egli si fa condurre dall'osservazione globale del quadro complessivo dei quadri clinici. Nella sua opera si trova comunque ben poca psicologia e ancor meno psicoterapia. Va ribadito che l'apporto di Kraepelin all'evoluzione della psichiatria, al di là del suo orientamento somatico e delle sue contraddizioni, consiste nell'aver dato valore all'osservazione diretta e nell'aver applicato con precisione e scrupolo il metodo sperimentale.

La stessa reazione che il lavoro di Kraepelin ha provocato, ha un sapore evolutivo. In questa direzione possiamo ricordare sia la psicobiologia di Adolf Meyer (1873-1941), che la scuola fenomenologica. La scuola fenomenologica ha contribuito con forza alla comprensione del singolo caso clinico e nella sua reazione al sistema kraepeliano appare talvolta estrema. L'espressione di K. Jasper²⁷ *"la diagnosi è la cosa meno essenziale"* è emblematica in questo senso.

9. Inizi del '900: "DALLA NEUROBIOLOGIA ALLA PSICOANALISI"

Lo psichiatra del 1900 non si trovava affatto in una bella situazione.

Certamente, rispetto all'800, classificazioni e prognosi delle malattie mentali erano migliorate ma conoscenze eziologiche e strumenti terapeutici continuavano ad essere scarsi, contraddittori e confusi.

Lavorando in una clinica o in un'istituzione psichiatrica, lo psichiatra vedeva solo casi gravi e gravissimi, senza speranza.

Il suo paziente era come prigioniero.

Anzi, dice Erwin H. Ackerknecht, lo psichiatra stesso in qualche misura era tale, prigioniero della difficile materia che si era scelto.²⁸

²⁷ Karl Theodor Jaspers, filosofo e psichiatra tedesco (1883 –1969)

²⁸ Ackerknecht E. H., *"Breve storia della psichiatria Viterbo"* op.cit

L'aiuto che sbloccò questa situazione venne da una direzione inaspettata: dalla neurologia. J.R. Charcot, il più grande neurologo ed il più grande medico francese del tempo, dedicò tempo ed energie allo studio di una nevrosi funzionale facendo ricorso all'ipnosi. La cosa più importante, non sono tanto i risultati conseguiti, quanto il fatto che l'isteria divenne un nuovo legittimo oggetto di studio e che, anche l'ipnosi, approccio fino ad allora disprezzato e trascurato, divenne oggetto di terapia e ricerca.

Si uscì così da quell'apatia e mancanza di speranza che avevano cominciato a diffondersi nell'intero ambito neuropsichiatrico.

Qualche parola circa la preistoria dell'ipnosi.

Dobbiamo tornare al 1770. Il medico viennese F.A. Mesmer in quel tempo diede vita ad un metodo che da lui prese il nome di "mesmerismo". Mesmer era convinto che l'atmosfera fosse piena di un fluido magnetico, dalla cui necessaria quantità dipendeva la salute dell'uomo. La salute poteva venir conseguita attraverso la posa delle mani del magnetizzatore oppure attraverso il contatto con oggetti da lui caricati con la forza magnetica, come, ad esempio, il famoso "baquet"²⁹. Era, naturalmente, facile confutare le ingenue affermazioni di Mesmer sul magnetismo. Un fatto però era inconfutabile: il mesmerismo poteva contare su effetti terapeutici di grande portata. Questo metodo non scomparve con il fondatore ma, al contrario, conobbe diffusione in Francia, Germania, Gran Bretagna e negli Stati Uniti. È da qui che la vera e propria storia dell'ipnosi ebbe inizio. Divenne presto chiaro che in gioco non erano forze magnetiche, ma psicologiche e che i successi terapeutici potevano essere conseguiti anche senza posa delle mani.

La moderna psicoterapia trasse soprattutto origine dalla scuola di Nancy. H. Bernheim (1840-1919) docente dell'Università di Nancy studiò, utilizzò e diffuse con successo i metodi di un medico di famiglia di Nancy: il dott. A.A.

²⁹ "È la nota la tinozza di Mesmer, intorno a cui sedettero Maria Antonietta, le prime dame della Corte di Francia, il Conte d'Atois, il marchese Lafayette, il duca d'Orleans. Quella tinozza era piena d'acqua, limatura di ferro, frantumi di vetro, sabbia, piante aromatiche; e perpendicolarmente era situato un conduttore di acciaio, da cui partivano dei cordoni di lana del diametro di circa tre linee. I malati si collocavano attorno alla tinozza prendendone i cordoni di lana e circondandone la parte malata. Mesmer aveva poi in mano una bacchetta di ferro e portava tutto il suo pensiero sul vaso, che trasmetteva, secondo lui, la sua azione ad un gran numero di malati, che potevano esser magnetizzati in una sola volta. In questo modo si stabilivano le catene magnetiche di Mesmer". da "*L'ipnotismo e gli stati affini*" Giulio Belfiore, Editore Napoli 1888

Liebeault. Questo medico applicava il mesmerismo ai suoi pazienti e concludeva come fosse la suggestione del metodo a rappresentare l'elemento di efficacia.

I lavori di Berneheim e dei suoi colleghi ebbero un'eco enorme.

Giovani psicoterapeuti di tutti i paesi come ad esempio S. Freud (1856-1939) e A. H. Forel (1848-1931), si recarono in pellegrinaggio nella piccola ed addormentata città di Nancy. Attraverso l'ipnosi e la suggestione sembrava finalmente rinvenuto lo strumento non solo per curare le nevrosi, ma anche per indagarne la struttura. I pazienti nevrotici erano nella maggior parte dei casi pazienti ambulatoriali. E, ambulatorialmente, poteva venir esercitata anche la psicoterapia. Fu così che la psichiatria divenne in maniera rilevante, ambulatoriale. Gli studi sull'ipnosi degli anni '80 portarono sulla scena un'altra grande personalità: Pierre Janet (1859-1947). Egli scoprì che i ricordi traumatici che il paziente ha dimenticato, producono sintomi nevrotici e possono impedirgli di adattarsi alla realtà. Con l'ipnosi si poteva stabilire di quali ricordi si trattasse. La presa di coscienza di tali ricordi portava con sé la guarigione.

Janet è senza dubbio il padre della terapia catartica.

Nonostante tutte le sue intuizioni, egli rimase una persona priva della capacità di penetrazione del dogmatico e del sistematico che si troverà, invece, in Freud.

Freud, infatti, diede ai nuovi concetti psicopatologici provenienti dalla Francia una forma tale da far nascere intorno a loro un intero nuovo movimento di idee e persone.³⁰

Non mi fermo a presentare il pensiero di Freud che è ben noto.

Riporto le riflessioni di E.H. Ackerknecht sulla potenza e sui limiti del sistema freudiano. Ackerknecht sostiene che non può essere messo in dubbio come tutti gli psichiatri contemporanei, anche i più scettici e critici, abbiano imparato qualcosa dalla teoria freudiana. In una medicina che rischiava di continuare a percorrere la strada della disumanizzazione e meccanicizzazione, Freud operò una grande rivoluzione: i medici, in qualche modo, ascoltavano i loro pazienti. Prima non era così. Continuando con il pensiero di Ackerknecht:

³⁰ Ackerknecht E. H., *"Breve storia della psichiatria"* op.cit.

“... certamente Freud fece anche degli errori³¹, e molti possono essere ricondotti al suo essere iperdeterminista. Non dimentichiamo che i primi studi importanti di Freud sono con Breuer, un celebre neurofisiologo del tempo. Il rigido determinismo di Freud rende conto, almeno in parte, del suo dogmatismo che, in virtù della sua capacità letteraria e della sua intelligenza non suona così ridicolo come in alcuni dei suoi allievi.

La sua passata esperienza di fisiologo e scienziato fece sì che egli sapesse ben poco dell'opera di coloro che prima di lui avevano elaborato concetti analoghi ai suoi, cosa che lo portò a crearli tutti, più o meno ex novo. Sarebbe stato meglio se li avesse citati, i suoi predecessori, nelle sue opere. Ciò, forse, gli avrebbe permesso di incontrare meno resistenza e, chissà, di diventare costruttivamente più critico nei confronti delle sue idee invece che promuoverle come fossero rivelazioni”.

10. Jacob Levi Moreno: “LO PSICODRAMMA, AZIONE E POTENZA DEL GRUPPO”

Come ricorda Ottavio Rosati nella sua introduzione al secondo volume del manuale di psicodramma scritto da Moreno, lo psicodramma nasce come alternativa alla psicoanalisi. Lo stesso Moreno del resto, quando nel 1912, a 23 anni incontrò Freud gli disse:

“Ebbene, dott. Freud, io comincio da dove lei finisce. Lei incontra le persone nel setting artificiale del suo studio, io le incontro per strada e a casa loro, nel loro ambiente naturale. Lei analizza i loro sogni. Io do loro il coraggio di sognare ancora. Lei le analizza e le scompone. Io consento loro di agire i loro ruoli conflittuali e le aiuto a comporre le parti separate”.
(Moreno, 1989;)

E trovo interessante specificare, con Enrico David Santori³², il contesto di questo incontro.

³¹ “È ad esempio evidente che Freud dilatò in maniera eccessiva il concetto della sessualità, che sopravvalutò l'importanza delle esperienze infantili, che si mosse in maniera del tutto unilaterale per quanto riguarda l'interpretazione dei simboli, e che il complesso di Edipo nella forma da lui descritta, è valido solo per una determinata località, casta ed epoca” Ibidem

³² Sogni e metodi attivi. “Una conversazione socio play” di Santori E.D: con Laino P. e Avena A. 10 giugno 2011 Libreria Bibli Roma

Moreno, iscritto alla facoltà di medicina, durante il suo terzo anno di tirocinio presso la clinica psichiatrica del professor Wagner Von Jauregg, diventa assistente del professor Poltz.

Otto Poltz, in quel tempo, conduce uno studio scientifico sulla struttura dei sogni degli alcolisti. Moreno lavora con lui e insieme pubblicano i risultati della ricerca. Una firma a doppio nome: evento rarissimo. Otto Poltz era docente nella stessa università in cui insegnava Freud. Questo significa che Freud non poteva non conoscere Moreno. Così, probabilmente, quando Freud gli va incontro, non lo fa solo perché Moreno è un personaggio bizzarro e stravagante. Gli va incontro per conoscerlo, e la domanda: *“Cosa stai facendo?”* è traducibile con *“Di cosa ti stai occupando in questo momento?”*. In questa dinamica, la risposta di Moreno acquista un ulteriore significato. La risposta esce da una coloritura puramente romantica e poetica, diventando anche empirica e concreta.

“Ebbene, dott. Freud, quello di cui mi sto occupando è il lavoro sui sogni e lo faccio in un modo completamente diverso da lei”.

Moreno, in quel momento, già intuisce quello che farà successivamente. Più avanti nella sua biografia, Moreno stesso darà un significato a questo incontro.

*... ci fu un elemento sorprendente nel nostro incontro, anche se non fu mai detto. Era naturale per Freud, credo, cercare nuovi discepoli e il fatto che mi avesse scelto fra molti non era insolito perché io al tempo avevo una certa reputazione nella comunità universitaria e per via del mio mantello ero facilmente riconoscibile. Era anche caratteristico del mio impeto giovanile pensare che io potessi conquistare alle mie idee un uomo più grande di me ... ma al di sopra di tutto ciò c'era qualcosa che sia io che Freud ignoravamo. Al di là della mia condizione biologica di figlio io ero sempre stato incapace di essere un figlio per chiunque. Nei miei primi anni avevo cercato ed ero riuscito ad essere un padre. Benché giovane ero ostinato quanto Freud. Eravamo entrambi dei padri, dei dominatori, nel mio caso in aspettativa... all'epoca il regno di Freud era più grande del mio ma abitavamo nello stesso pianeta...
(Moreno 1989)*

Detto questo, e riconoscendo in Moreno un “*padre*” è possibile dire che egli respingeva l’idea che la psicoanalisi fosse l’unica forma possibile di analisi e riteneva irragionevole che tutta l’analisi dovesse chiamarsi “psicoanalisi”³³.

Pur partendo da un modello sano, non patologico della psiche umana, Moreno individua le possibilità applicative dello psicodramma in ambito psichiatrico. Nel 1936 apre a Beacon (cittadina a nord di New York) una clinica psichiatrica che diviene di fatto la culla dello psicodramma: le sessioni che si svolgono hanno per la prima volta una precisa e sistematica finalità terapeutica³⁴.

Nel Manuale di Psicodramma (vol. 2), Moreno espone il caso di Mary, un caso di paranoia e argomenta l’efficacia che hanno, per i disturbi psichiatrici l’agire spontaneo, la catarsi, la possibilità di rappresentare sulla scena parti di sé e delle proprie relazioni.

Moreno si ritiene autore della terza rivoluzione psichiatrica dopo Pinel e Freud³⁵, e principalmente per due grandi novità:

- il passaggio dalla parola all’azione
- il passaggio dall’individuo al gruppo

La comunicazione verbale, dice Moreno, è rispetto all’azione, un processo secondario. La parola compare molto dopo nello sviluppo dell’uomo, sia in quello ontogenetico che filogenetico. Ogni essere umano ha bisogno di due o tre anni per imparare a parlare e, fino ad allora comunica con il corpo, attraverso l’azione. Anche la razza umana, per millenni, non ha parlato. La parola è limitata, non è sufficiente per esprimersi, non lo è mai stata. Ed è proprio per l’uso esclusivo della parola che Moreno riteneva la psicoanalisi limitata e limitante mentre, invitato ad agire sul palcoscenico, il corpo umano si rivela il magazzino della memoria per eccellenza.³⁶

Ne scaturisce un metodo che *“esplora il mondo psichico e le relazioni mediante l’azione scenica guidata. Questa azione scenica guidata...è un’articolata sequenza di accadimenti relazionali intenzionalmente stimolati e guidati da un*

³³ Moreno J.L. (1969, II ed 1975), in collab. Con Z.T. Moreno, *Psychodrama Third Volume, Action Therapy and Principles of Practice*, Beacon House, New York, (trd. It: *Manuale di psicodramma. Tecniche di regia psicodrammatica*, Astrolabio, Roma, 1987)

³⁴ G. Boria *“Psicoterapia psicodrammatica: sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti”* Ed. Franco Angeli 2005

³⁵ F. Pivano, *“Intervista a Zerka Toeman Moreno”* in 'Atti dello psicodramma', K. 6, Astrolabio, Roma, 1982

³⁶<https://www.psicolab.net/moreno-e-freud>

conduttore...(per) attivare specifiche funzioni mentali promotrici del cambiamento, utili a progettare e formulare nuovi pensieri produttivi da applicare alla vita quotidiana³⁷.

La seconda grande innovazione di Moreno sta nell'aver superato l'approccio individualista spostando il locus della terapia dal singolo al gruppo.

Dalle elaborazioni di Freud emerge una visione unipersonale: i conflitti sono concettualizzati all'interno del paziente, nel suo spazio intrapsichico. Moreno analizza i rapporti tra le persone: si occupa dei conflitti interpersonali.

La psicoanalisi postula che la libido è alla ricerca del piacere. Nella concezione relazionale, l'uomo invece cerca relazioni.³⁸

Moreno parte dal presupposto che l'evento psicologico e quello sociale siano profondamente interconnessi: la personalità si struttura attraverso l'interazione con il contesto fisico e sociale in funzione delle modalità relazionali richieste, delle frustrazioni e dei conflitti che si incontrano.

Nella terapia, Moreno riteneva limitante il rapporto duale, caratteristico della psicoanalisi e delle psicoterapie individuali in genere. È la dimensione grupppale che può coinvolgere, produrre e potenziare il cambiamento.

Il gruppo, nello psicodramma, rappresenta uno strumento fondamentale, sia ai fini della comprensione dei vissuti delle persone, sia ai fini terapeutici di sostenere e stimolare queste ultime verso il cambiamento. Il gruppo, infatti, se ben riscaldato, crea quell'atmosfera di spontaneità e creatività necessaria ad ogni membro per esprimersi liberamente e accrescere, così, la propria autoconsapevolezza. Inoltre, l'esperienza grupppale consente al soggetto di rendersi conto di non essere solo in una situazione difficile unica, ma di trovarsi, sia pure nella specificità dei propri vissuti personali, in una situazione comune ad altri e da altri "partecipata"³⁹.

Lo spostamento dell'ottica dall'individuo al gruppo ha portato anche ad altri cambiamenti che differenziano lo psicodramma dalle psicoterapie individuali. Prima di tutto cambia anche l'agente terapeutico.

³⁷ Boria G., Muzzarelli F. *“L'intervento psicodrammatico. Il metodo moreniano dal gruppo al trattamento individuale”* Ed. FS, 2018 – pag. 39

³⁸ J. Fonseca *“Lo psicodramma contemporaneo. Contributi alla teoria e alla tecnica”* Ed. Franco Angeli 2004

³⁹ Yalom I. D. con Leszcz R. *“Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo”* Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2009

Nelle psicoterapie individuali l'agente terapeutico è uno solo: il medico o lo psicoterapeuta. Nello psicodramma, invece, ciascun membro del gruppo funge da agente terapeutico per gli altri, e il ruolo del terapeuta diventa quello di catalizzatore e regista.

"I valori terapeutici sono diffusi tra tutti i membri del gruppo: un paziente cura l'altro."⁴⁰

E così questi due principi, quello dell'azione e quello della potenza del gruppo, oltre ad un confronto settimanale con il maestro di psicodramma, Giovanni Boria, mi hanno accompagnato nell'esperienza al Centro di Salute Mentale di Villorba.

⁴⁰ Moreno J.L. (1946, IV ed 1977), *Psychodrama First Volume*, Beacon House, New York, (trd. It: *Manuale di psicodramma. Il teatro come terapia*, Astrolabio, Roma, 1985)

Parte seconda
IL LABORATORIO DI PSICODRAMMA NELLE SUE FASI
differenti inquadrature focali del percorso

1. Azioni propedeutiche:

Febbraio 2018: vengo contattata dal Coordinatore del Servizio Diurno. Una collega, psicodrammatista analitica, che da anni conduceva il laboratorio di psicodramma, lascia l'incarico, che mi viene proposto.

Attratta dalla proposta, incontro il medico psichiatra responsabile del Servizio Diurno e la sua équipe. Conosco i due operatori (T., educatore coordinatore del Centro Diurno e P., infermiera) che parteciperanno al laboratorio e apprendo che il gruppo dei pazienti è un gruppo strutturato che si conosce da tempo. Un gruppo reale che ha già un'esperienza di psicodramma analitico. Tranne due persone che arrivano al Centro Diurno unicamente per il gruppo, le altre pranzano insieme e partecipano insieme, durante la settimana, ad altre attività (montagnaterapia, yoga, gruppi di ristrutturazione cognitiva...)

Lo psichiatra mi presenta, una ad una, le persone che parteciperanno al gruppo, ciascuno con la propria storia:

F.: uomo di 55 anni

A.: donna di 45 anni;

R.: uomo di 30 anni;

B.: donna di 40 anni;

C.: donna di 50 anni;

D.: uomo di 39 anni

E.: uomo di 32 anni.

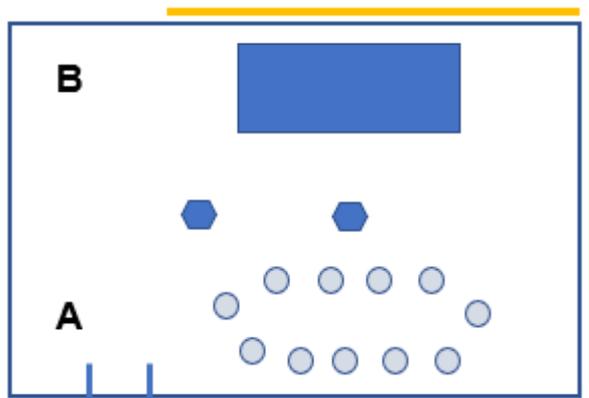
R.: donna di 40 anni.

In questo incontro di conoscenza e programmazione vengono stabiliti i tempi di lavoro e modalità di contatto con l'équipe allargata di tutto il distretto (medici psichiatri del Centro, del servizio ospedaliero, infermieri, oss, educatori...) Il desiderio, da parte degli operatori del Centro Diurno, è quello di condividere con tutti i colleghi del distretto il progetto di psicodramma per una maggiore adesione al progetto stesso. Precisamente:

INIZIO LABORATORIO:	09 aprile
TERMINE LABORATORIO:	17 dicembre (21 sessioni totali)
TEMPO DELLA SESSIONE:	dalle 9.00 alle 10.30. A seguire 30 minuti di confronto con gli io ausiliari professionisti
13 MARZO:	incontro di presentazione mia e del percorso a tutti gli operatori del distretto
26 GIUGNO:	restituzione sull'andamento del laboratorio a tutti gli operatori del distretto
21 DICEMBRE:	relazione finale sull'esperienza a tutti gli operatori del distretto

Chiedo, e mi viene accordato, di poter partecipare come osservatore ad uno dei gruppi di parola che si tengono presso il Centro. Così, prima quindi dell'inizio del laboratorio di psicodramma, sarò presente ad un Gruppo di Ristrutturazione Cognitiva tenuto dal responsabile del Centro Diurno. Ho ritenuto importante poter osservare il gruppo riunito e potermi far conoscere dal gruppo stesso dichiarando il mio desiderio di "essere psicodrammaticamente" presto con loro. Ciascuna persona aveva la possibilità di farmi quelle domande che, incontrandomi per la prima volta, sarebbero venute "sulla punta della lingua". È stato un passaggio importante. Il clima era di curiosità e interesse reciproco.

Sempre durante l'incontro di conoscenza ho preso visione del luogo riservato al laboratorio. Una stanza seminterrata, molto grande, con finestre su due lati e con le pareti grigie.



(fig. 1)

La stanza era separata da due colonne che di fatto creavano due spazi ben distinti, lo spazio A e lo spazio B (fig.1). Lo **spazio A** è divenuto, spesso, lo spazio di parola e delle sessioni di tutto il gruppo, mentre lo **spazio B** è stato prevalentemente usato per il riscaldamento iniziale di attivazione psicomotoria e per i lavori da protagonista. Il rettangolo blu (fig. 1) rappresenta un tappeto di moquette che ben si prestava ad essere palcoscenico.

Da settembre il tappeto è stato tolto ed ho delineato lo spazio con dello scotch colorato. Mi è stato chiaro, da subito, che avrei dovuto rinunciare a quegli attivatori artificiali che tanta parte hanno nel creare l'atmosfera del "qui ed ora" che la scena psicodrammatica richiede. Non avrei potuto controllare l'intensità della luce (oscurità/brillantezza) né tanto meno usufruire di luci colorate. Il riscaldamento sarebbe stato stimolato dagli altri due tipi di attivatori: attivatori corporei e attivatori mentali.

a. 12 marzo: "PRESENTAZIONE DEL LABORATORIO DI PSICODRAMMA ALL'ÉQUIPE SANITARIA DEL CSM"

Un tavolo rettangolare con attorno circa 15 persone: gli operatori del Distretto Sanitario (infermieri, educatori, psichiatri, oss).

Così mi sono presentata e così ho delineato i miei obiettivi:

"... ciò che guiderà il mio lavoro sarà la volontà di offrire alle persone che vi parteciperanno un'esperienza gruppale di significato entro cui sperimentare stabilità. È un livello importante pensando a persone la cui sofferenza psichica determina quasi sempre problematiche di tipo relazionale e sociale. Mostrare che il gruppo esiste, che il gruppo permane e funziona anche se la persona stessa non funziona è un'esperienza di per sé sanante. Il gruppo esiste indipendentemente da ciascuno: "se io non funziono, il gruppo non si disfa ma mi tiene".

C'è un appuntamento settimanale, un posto che continua ad esistere, delle persone che continuano ad esserci.

Per far questo conditio–sine qua non è la presenza dell'io–ausiliario professionista (l'ideale va dalla metà ad un terzo delle persone presenti).

Saranno con me due operatori del centro e due colleghe psicodrammatiste. La loro presenza sarà importantissima perché non è pensabile che un gruppo di persone disturbate possa dal nulla costruire una nuova matrice di gruppo.

L'io ausiliario professionista è un membro del gruppo che può attivare processi identificatori e risorse nascoste nei pazienti.⁴¹

Relativamente al timore che un percorso di questo tipo possa portare a scompensare la persona:

- *si lavora in un clima in cui l'ansia è tenuta ad un livello molto basso, l'approccio è molto contenitivo e ha la forma del gioco. Le attività non richiedono prestazioni, il messaggio è che "tutti vanno bene".*

In modo schematico i livelli di utilizzo dello psicodramma possono essere tre⁴², certamente interconnessi ma con caratteristiche diversificate:

COME DIAGNOSTICO:

Lo psicodramma può realizzare un'integrazione delle informazioni già raccolte durante i colloqui o durante la frequenza al centro, definendo con ulteriore precisione una dimensione storica ed evolutiva che magari non è stato possibile considerare del tutto;

COME MEZZO DI FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE:

Spesso la comunicazione risulta carente sia sul piano della quantità che della qualità. Tra gli stessi pazienti la comunicazione è frammentata, caratterizzata da stereotipie, dall'assunzione del ruolo di malato.

Durante il processo psicodrammatico si concretizza una circolarità efficace. Significa che ciascuno ha il proprio tempo e il proprio spazio. Questo fa sì che il gruppo sia

- *amplificatore dei sentimenti e desideri;*
- *contenitore dei timori e delle angosce legati al mostrarsi agli altri;*
- *e ciò permette di condividere difficoltà, emozioni, problemi.*

Il clima della sessione spesso si traduce in una prosecuzione, al di fuori della sessione stessa, delle rinnovate e migliorate modalità comunicative.

*E questo è già **TERAPEUTICO:***

che è il terzo livello di utilizzo dello psicodramma. Terapeutico nel senso che poter esprimere, attraverso relazioni facilitanti, il proprio mondo interno, permette una più precisa delineazione di immagini mentali specifiche e in qualche misura, a seconda della storia di ciascuno, permette di ritrovarne il significato emotivo".

⁴¹ Boria G. "Psicoterapia psicodrammatica. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti" Op. cit.

⁴² Mazzara G. "Per aprire la mente. Psicodramma in ambiente psichiatrico" Borla, Roma 1994

Ho chiuso la mia presentazione mostrando alla platea qualche minuto dell'audio visivo "MI PORTO VIA". È un audiovisivo che racconta un percorso di psicodramma realizzato presso le Ulss di Forlì e Cesena, presso il CSM di Cesena e il Dipartimento di Salute Mentale di Forlì⁴³ nel 2011.

2. 26 giugno: "A METÀ STRADA. PRIMA RESTITUZIONE DI BILANCIO ALL'ÉQUIPE SANITARIA DEL CSM"

"... da aprile a giugno le sessioni sono state dieci.

In specifico, durante i primi quattro incontri ho lavorato per costruire e costituire unità, perché il gruppo potesse essere percepito come realtà permanente e funzionante al di là del singolo e del suo stato di salute del momento.

È un processo questo che, in realtà, accompagnerà costantemente il divenire del gruppo ma, nelle fasi iniziali, è particolarmente importante. Così come particolarmente importante, e lo sarà per tutto il percorso, il supporto-apporto degli io ausiliari professionisti.

T., P. I., L. e P. (successivamente A.) sono stati disponibili ad essere presenti nel "qui e ora". Hanno vissuto il gruppo pienamente, in modo integrato e attivo evitando la tentazione di schermarsi nel ruolo di professionisti.

Ho lavorato per realizzare intersoggettività, ho introdotto i principi di circolarità e simmetria, la regola della verità soggettiva e della sospensione della risposta. Certamente, i primi incontri sono stati anche un tempo di istruzione e apprendimento alla modalità di lavoro. Ricordo come F. e D., durante i primi incontri, precisarono: "Questo psicodramma è diverso dall'altro, da quello dell'anno scorso". Rilevavano così la differenza tra psicodramma classico e psicodramma analitico e, naturalmente, la diversa personalità dei conduttori.

Ho pensato e proposto sessioni che, gradualmente, potessero favorire e facilitare la profonda conoscenza reciproca cosicché il gruppo divenisse "serbatoio nel quale ogni persona deposita le vicende della propria storia, vicine o remote che siano".⁴⁴

In tabella i titoli dei dieci incontri:

⁴³ Lisa Pazzaglia "MI PORTO VIA" 2011- Vimeo

⁴⁴ Boria G. "Psicoterapia psicodrammatica. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti" Op.cit.

Sessione	Titolo		
1	1,2,3 PRONTI, PARTENZA...VIA!	6	ATOMO FAMILIARE
2	UNA PERSONA IMPORTANTE PER ME	7	SONO GRADEVOLE- SONO SGRADEVOLE
3	ESPERIENZA DI SPECCHI	8	ATOMO SOCIALE
4	I MIEI NONNI	9	ALLASCUOLAELEMENTARE (VIGNETTA)
5	PASSEGGIATA IN INVERSIONE	10	ARRIVEDERCI A SETTEMBRE

Nel rispetto dei tempi del gruppo e dei tempi di ciascuno, le persone sono state preparate a sostenere un lavoro da protagonista. I lavori da protagonista sono stati tre, e tutti e tre particolarmente emozionanti. L'emozione, di qualsiasi segno fosse, è stata vissuta come elemento prezioso da condividere.

Un bilancio di metà strada positivo: il gruppo si è formato. Si sa chi c'è, si sa cos'è anche se non si sa mai bene che cosa succederà. Ognuno ha deciso, in qualche maniera e come può, di esserci “.

3. 21 dicembre: “RESTITUZIONE FINALE ALL'ÉQUIPE SANITARIA”

Qualche giorno prima di Natale, allo stesso tavolo rettangolare erano accomodate, più o meno, le stesse persone di alcuni mesi prima. Pronte ad ascoltare la restituzione del lavoro svolto.

“... da settembre a dicembre le sessioni sono state 12.

Alla ripresa degli incontri le prime sessioni sono state dedicate all'accoglienza e alla ricostituzione del gruppo che si presenta diverso rispetto alla prima fase di lavoro:

- *presenza di nuovo operatore del Centro Diurno (io ausiliario professionista) in seguito al pensionamento del precedente;*
- *inserimento di due nuove persone*
- *tre persone non hanno ripreso gli incontri (due perché hanno iniziato a lavorare, una per decisione dei curanti)*

Significativo il saluto di B.al gruppo. Durante la sessione di ripresa, B. entra in gruppo per salutare e concludere il suo percorso. Ciascuno lascia un messaggio a B. e B. lascia questo messaggio al gruppo: “Tenete duro. Anche quando si vede tutto nero, tenete duro. Lo psicodramma aiuta perché ci fa esprimere”

Relativamente ai due nuovi ingressi:

K. è al posto giusto. Riesce ad entrare nel gruppo, gradisce il contatto, usa lo spazio per esprimersi sia a livello corporeo che verbale (Sarà sempre presente agli incontri). G. mostra di essere perplesso e sospettoso. Si sente osservato e scrutato. Abbandona dopo due sessioni.

Anche durante questa fase i lavori da protagonista sono stati tre. Nello psicodramma il momento dedicato per eccellenza al mondo interno dei singoli è il lavoro da protagonista. Ho avuto cura che ogni partecipante avesse dedicato a sé un tempo speciale, o come protagonista appunto o almeno come microprotagonista.

Relativamente ai tre livelli di utilizzo dello psicodramma che mi hanno orientato nel lavoro e di cui avevo detto nella presentazione del progetto:

DIAGNOSTICO:

Durante entrambi le fasi dell'esperienza sono emersi contenuti nuovi che hanno definito con ulteriore precisione la dimensione storica ed evolutiva integrando informazioni già a disposizione degli operatori.

ad es: Strategia della fotografia – D. protagonista
(doppiando la mamma): sono L., ho 40 anni. Sono molto stanca perché lavoro tanto. Io lavoro lontano. Parto la domenica sera e torno il venerdì sera. I figli li tira su mia suocera che vive con noi... sì vado d'accordo con lei ma mi vizia i bambini. Fa fare loro quello che vogliono. (QUESTA DIMENSIONE FAMILIARE È UN CONTENUTO BIOGRAFICO INEDITO)

Il livello diagnostico dello psicodramma è presente anche nelle sessioni di gruppo in cui sono stati proposti temi quali ad esempio:

- IO NEL TEMPO DELLA SCUOLA – INSEGNANTI SIGNIFICATIVI (ruoli e controruoli interiorizzati)
- LA MIA CASA – LO SPAZIO IN CUI ABITO (casa come immagine del sé, spazio che mi porto dentro)
- LA MIA PRIMA SIMPATIA (affettività e innamoramento)

COME MEZZO DI FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE/TERAPEUTICO

Gli operatori del Centro Diurno si stupiscono di come il gruppo esegua le consegne in modo preciso e attento. Osservano che, se qualcuno non comprende ciò che viene chiesto, domanda spiegazioni senza difficoltà.

“Di solito non succede così”, dicono gli operatori, “di solito i pazienti si innervosiscono e, o rischiano di litigare, o si ritirano”.

Gli operatori osservano i pazienti, e si sentono essi stessi, impegnati in un percorso di relazione creativo e spontaneo.

CONSIDERAZIONI GENERALI:

- *Le presenze sono state continue e costanti. Le assenze (poche) erano preannunciate e motivate;*
- *La pausa, che pareva condizione indispensabile per poter svolgere gli incontri, in realtà non è mai stata fatta perché non più richiesta;*
- *La preoccupazione, che talvolta accompagna l'approccio allo psicodramma, che i pazienti possano scompensarsi non ha avuto ragione d'essere. L'ansia, come preannunciato, è sempre stata tenuta ad un livello molto basso, l'approccio è molto contenitivo e ha la forma del gioco. Le attività non richiedono prestazioni.*
- *La presenza degli io ausiliari professionisti è stata fondamentale; preziosa la sinergia con T., P. ed A., operatori del Centro Diurno nonché la partecipazione delle colleghe psicodrammatiste, L. e P.”*

Al termine dell'incontro, per raccontare l'atmosfera condivisa in gruppo, mostro agli operatori un video realizzato con alcune foto scattate durante le sessioni.

4. Protocolli di sessione (scaletta, annotazioni di metodo, report)

Di seguito presento tre sessioni indicative del percorso.

Ho scelto una sessione dedicata al tempo del gruppo (sessione 3), una dedicata al lavoro con micro-protagonisti (sessione 19) e una al tempo del singolo-protagonista. (sessione 16). Al termine di ogni incontro, due anni fa, registravo quanto successo scrivendo “a caldo” strategie utilizzate e accadimenti significativi. Ho ripreso, per questa tesi, il materiale di allora e, dopo averlo organizzato e strutturato, lo presento. È stato materiale particolarmente utile anche per il lavoro di supervisione con il dott. Giovanni Boria. Ha reso possibile, facendo dei pensieri sullo “srotolamento” di ogni sessione, articolare i passaggi per quella successiva. Nella psicologia psicodrammatica, infatti, le attività sono sia ben strutturate che capaci di introdurre elementi di novità e imprevisto così da rompere schemi precostituiti. La strutturazione da una parte e l’inatteso dall’altra sono particolarmente utili in quanto aiutano a superare l’agitazione, il timore di aprirsi, il non saper cosa dire o a contenere derive fuori luogo. Sottolineo, infine, che ho utilizzato consegne semplici, lineari, chiare ed essenziali. Anche le strategie registiche sono semplici e adattate a ciò di cui le persone hanno generalmente bisogno: contenimento dell’ansia, contatto con la realtà, possibilità di nuove esperienze.

5a

PROTOCOLLO SESSIONE 3 – il tempo del gruppo

PRESENTI: R., V., D., R., E., F., B, C.

ASSENTI: //

IO AUSILIARI PROFESSIONISTI: L., P., T., P.

12 persone presenti

1ª attività- Mettiamoci in moto (azione)

Buongiorno a tutti e ben arrivati ...

Ci salutiamo e ci diciamo come stiamo in questo modo: “T. (io ausiliario prof.) ti do la palla. La lanci a chi vuoi, dici il nome della persona che la riceverà e completi la frase: OGGI MI SENTO ... (3 o 4 persone) A seguire: “OGGI TI VEDO ...” e “OGGI MI PIACEREBBE CHE ...”

Annotazioni metodologiche sulla prima attività

L'attività di riscaldamento invita le persone a comunicare in modo specifico con un compagno, il racconto non è generico ma è veicolato dal discorso diretto. Parlare ad un “tu” crea nel qui ed ora un accadimento relazionale che si realizza e concretizza momento per momento. Il lancio della palla introduce un'azione giocosa che, richiedendo una semplice attivazione motoria, coinvolge la persona in modo globale.

“oggi mi sento...” —————> apre il mondo interno individuale al gruppo

“oggi ti vedo...” —————> offre specchi ai compagni e stimola ad essere attenti all'altro

“oggi mi piacerebbe che...” —> stimola ad essere presenti nel qui e ora

2ª attività – Oggi mi piaci perché...

È già la terza volta che stiamo insieme e cominciamo a conoscerci sul serio, cominciamo a sapere da chi è formato e come funziona questo gruppo. Oggi facciamo un'attività che porta ad una conoscenza ancora più profonda e che metterà in circolazione i sentimenti ... è un po' difficile ma ho visto che questo gruppo funziona proprio bene ...

Guardate i vostri compagni di gruppo e pensate a chi tra di loro, oggi, in questo momento, vi colpisce, nel senso che vi sentite proprio in sintonia con lui/lei. Oggi quella persona vi ispira, vi piace proprio. Sentiamo, per ognuno, chi è questa persona.

GIRO DI TUTTI

Ora vi alzate e vi disponete in ordine alfabetico.⁴⁵ Sedetevi mantenendo questo ordine. A., tu sei la prima. A chi hai pensato?

Metto seggiolino davanti al compagno nominato e A. va a sedersi.

A., sei seduta di fronte alla persona che hai scelto, prendi un contatto. Tu, (compagno scelto), senti se ti va bene ...Ora, A., puoi dire a (compagno scelto) quello che vuoi.

Puoi dire, ad es., “Cosa ti piace di lui/lei, cosa ti ha colpito positivamente oggi per cui l'hai scelto ...cosa vorresti fare con lui/lei ...puoi proprio dire quello che senti e pensi.

GIRO DI TUTTI

Annotazioni metodologiche sulla seconda attività

L'attività mira a stimolare la possibilità di “rimandi nutritivi” tra i compagni. In questo modo il gruppo diviene sempre più mondo ausiliario, un mondo di altri capaci di fare da doppio (prevalente nelle sessioni precedenti) e da specchio. Ogni partecipante ha la possibilità di cogliere aspetti di sé stesso nelle parole che gli altri gli rivolgeranno (processo di individuazione). Altrettanto importante è la funzione attivata nel dare gli specchi: occorre

⁴⁵ spazio A, dentro l'area delimitata dalle sedie. Vedi figura 1 pag. 27

uscire dalla sfera dell'indistinto e dell'indifferenziazione. Occorre avere consapevolezza del dato esterno (matrice sociale). Questa attività, richiedendo di scegliere la persona a cui rivolgersi, ha anche una valenza sociometrica.

3ª attività – Nella piazza del paese

Ora vi alzate, ci spostiamo di là⁴⁶ Questo spazio diventa la piazza del paese. Passeggiate come si passeggia nella piazzetta, magari di domenica, dopo la messa o prima dell'aperitivo. Siete tranquilli, senza impegni, senza fretta e incontrate un amico. Siete proprio contenti di incontrarlo e lo salutate con calore. Gli amici che incontrate sono tanti, salutateli tutti.

Annotazioni metodologiche sulla terza attività

A comunicazioni verbali seguono comunicazioni non verbali, in un'ottica dell'inatteso e dell'inaspettato. L'attivazione psicomotoria, infatti, interrompe la relativa staticità del lavoro precedente. Ad un tempo di "individuazione" segue un tempo di "fusione" e contatto con tutto il gruppo.

4ª attività- La sedia vuota

Disponetevi e sedetevi adesso secondo il mese di nascita. Pensate adesso ad una persona a cui volete bene, una persona con cui vi sentite a vostro agio, da cui vi sentite stimati e che voi stessi stimiate. Pensato? D., chi è per te questa persona?

GIRO DI TUTTI

Metto il seggiolino davanti a chi è nato in gennaio e do la seguente consegna:

"Ora qui non viene nessuno in carne ed ossa ma viene lo "spirito" di (persona pensata). Te la devi immaginare. Qui c'è (persona nominata) e le racconti cosa è successo oggi a psicodramma. Le racconti cosa ti è successo, se è stato bello, brutto, noioso, divertente, difficile ..."

Che belle cose che abbiamo fatto ... ora vi alzate e trovate voi un modo per salutarvi!

Annotazioni metodologiche

Scelgo la tecnica della sedia vuota come attività finale, di integrazione. Ciascuno ha modo di depositare le proprie percezioni, le proprie paure, le proprie proiezioni nello spazio della sedia. Uno spazio "concretamente vuoto" e "immaginarariamente pieno".

REPORT

E.: sceglie come persona con cui si sente in sintonia P. Gli piace che lei ami gli animali e pensa che lei sia vegetariana, cosa che vorrebbe essere anche lui.

Sedia vuota: chiama un amico e gli dice che psicodramma gli è piaciuto ma che si sente stanco, che per lui è difficile stare tanto concentrato. "*Ce la sto mettendo tutta*" mio doppio

Durante l'attivazione psicomotoria (camminata nella piazza del paese e saluti reciproci) viene a salutare, con calore, anche me.

D.: Sceglie V. Oggi era piuttosto sopra le righe, interveniva con molte battute. È stato scelto da molte persone che gli hanno rimandato che lui sa scherzare, che sa alleggerire la situazione, che è bello parlare con lui.

Fatica molto ad accettare questi specchi positivi, mi avvicino, gli metto una mano sul cuore e gli dico che per fare entrare nel cuore queste belle parole occorre silenzio ... che capisco che per lui può essere molto difficile ma che, forse, può

⁴⁶ Spazio B. Vedi figura 1 pag 27

provare. Mi guarda molto serio e mi dice “ho capito” e sta in silenzio ad ascoltare ciò che gli viene detto.

Sedia vuota: dice che non gli viene in mente nessuno a cui vuole bene e da cui si sente voluto bene, poi nomina un amico che si chiama R. A questo amico, dice di sé, di essere più abituato a dare che a ricevere. Dice anche che venire a psicodramma gli piace molto, che è diverso dall’anno scorso.

V.: Sceglie D. da cui è stata scelta. Ricambia i complimenti senza però prendergli le mani.

R.: Sceglie D. e dice che gli piace la sua allegria. È stato scelto da molti. Gli è stato rimandato che è bravo con il computer, che è facile parlare con lui, che sarebbe bello fare una passeggiata con lui, che è fisicamente bello. R. ascoltava serio. Oggi R. era senza cappellino, di solito lo porta e cala la visiera sugli occhi. Durante la passeggiata e i saluti reciproci rimane appoggiato alla colonna e non si muove. Aspetta che gli altri vadano da lui. Sedia vuota: chiama la mamma O. e le dice che l’incontro è stato stressante ed interessante.

R.: sceglie D. Non viene scelta. Sedia Vuota: amica R. che ringrazia per averle indicato di venire al centro diurno. “Mi piace molto fare psicodramma e stare con gli altri. E ora sono agitata perché devo andare a parlare con lo psichiatra”.

R.: sceglie L. Non viene scelto. Sedia vuota: nonna A. Le dice di essere diventato meno timido di parlare di più. “Oggi sono stato bene”.

F.: sceglie A. Scelto da T. Sedia vuota: mamma.

All’inizio del gruppo ho notato come fosse un po' sotto tono. Quando le persone si sono distribuite secondo il mese di nascita, si è scoperto che il giorno prima era stato il suo compleanno. Gli ho chiesto se accettava gli auguri dal gruppo in un modo speciale. A risposta affermativa l’ho invitato a mettersi in centro, ho chiesto agli altri di avvicinarsi e di fargli un gesto di augurio, una carezza, un buffetto ... quello che veniva.

Prima di dare il via ho chiesto ad F. se gli andava bene di essere toccato, accarezzato. “Profondamente” è stata la sua risposta

F. aveva lo sguardo contento, era proprio felice, raggiante. Ha ringraziato.

A.: Sceglie R. ed è scelta da F. che le dice di apprezzare il suo nuovo taglio di capelli e il suo nuovo colore, perché questo significa che “ti stai dando una mossa”. Sedia vuota: porta marito a cui chiede perdono se qualche volta si arrabbia e gli dice che quando sta in gruppo con gli altri si rasserena. Dice che quando sarà il suo compleanno vuole anche lei gli auguri che ha ricevuto F.

Il gruppo si saluta prendendosi per mano e fa una ola al centro, poi applauso.

5b PROTOCOLLO SESSIONE 16 – attività di protagonista

PRESENTI: R., K., D., E., B

ASSENTI: F.

IO AUSILIARI PROFESSIONISTI: L., P, T., P.

9 persone presenti

1ª attività- Ritorno all'ovile

Dopo sei sessioni in cui era stato assente, a sorpresa di tutti, compresi gli operatori del Centro Diurno, si presenta R.⁴⁷. È dimagrito e piuttosto trasandato nell'abbigliamento. Riservo un momento di accoglienza.

Direttore: "Oggi è con noi R. Ben arrivato. Ci hai fatto una piacevole sorpresa! Hai voglia di darci un saluto? Di dare un saluto al gruppo? "

R.: "Ciao a tutti"

Direttore: "Con quale spirito sei qui?"

R.: "Uno spirito contento di rivedere tutti"

Direttore: "Conosci tutti tranne K. che è una new entry. Per rompere un po' il ghiaccio. K., racconta qualcosa di te a R."

K.: "Mi chiamo K., abito a e sono una persona piuttosto solitaria"

Direttore: "R., anche tu..."

R.: "Mi chiamo R. Abito a ... e sono un tipo tranquillo"

Annotazioni metodologiche

Ad ogni inserimento il gruppo si trasforma e diventa un altro gruppo. Ogni "ritorno" è una sorta di inserimento, di re-inserimento. Il tempo di accoglienza di un nuovo compagno o di un compagno che ritorna, definisce e ristrutturata i confini del gruppo stesso.

2ª attività- Coinvolgimento globale

Camminata d'inizio ...

Vi salutate con la punta delle dita, con i gomiti, con la schiena, con le ginocchia.

Al mio via, vi salutate con la voce. Prima un saluto sussurrato, poi il saluto ha da diventare sempre più forte! Una parola per il sentire di questo momento: "Mi sento ..."

Annotazioni metodologiche

Propongo un'attività che ha una connotazione prevalentemente corporeo/motoria con l'obiettivo di mobilitare l'energia psicofisica per l'attività successiva. L'aspetto giocoso dell'attività, fatto circolare efficacemente dagli io ausiliari professionisti, riesce a coinvolgere anche le persone più ingessate e coartate.

3ª attività- La fotografia

Accomodatevi sulle sedie.

Avete fotografie a casa? Tante o poche? Dove le tenete? In una scatola? In un cassetto?

GIRO DI TUTTI

Andate con la mente alle vostre foto. Ripensate alle vostre foto, di quando eravate piccoli, di quando andavate a scuola, di quando eravate con gli amici, in vacanza, al mare in montagna. Lasciate che le vostre foto vi vengano in mente.

⁴⁷ Frequenterà con costanza fino al termine del laboratorio.

Tra le foto a cui avete pensato ne scegliete una in cui, naturalmente, dovete esserci voi e almeno altre tre persone. Quando l'avete trovata alzate la mano.

Per ognuno:

“Quale foto hai scelto? A che tempo risale? È un interno o un esterno? Quante persone ci sono? Chi sono queste persone? È una foto in bianco e nero o a colori? Se questa foto avesse un titolo, che titolo avrebbe? “Ora che la rivedo provo ... “GIRO DI TUTTI

Presenza in carico

Direttore: “D., la foto di cui hai parlato è proprio interessante ... cosa dici se andiamo ad esplorarla un po' di più? Insieme? (D. annuisce sorridendo e accetta la proposta)

Costruzione e popolamento della scena

Ci spostiamo di là (spazio B- fig. 1) e sai cosa facciamo? Ricostruiamo qui la tua foto”
È una foto che hai intitolato “Un'estate al mare” e che ti dà gioia. (D. continua a sorridere e annuire). È una foto di quanto tempo fa?

D.: “Avevo 6 anni”

Direttore: “Fatta in quale occasione? Chi l'ha scattata?”

D.: “Tutta la mia famiglia era in vacanza al mare, l'ha scattata un fotografo in spiaggia ... di quelli che passano per la spiaggia, forse era un marocchino ...”

Direttore: “Cominciamo dallo sfondo. Cosa c'è nello sfondo?”

D. COSTRUISCE LA FOTO CON CREATIVITÀ SENZA PARTICOLARI RESISTENZE. METTE IL TELO AZZURRO PER IL MARE, GIALLO E DORATO PER LA SABBIA, COSTRUISCE UN CANNETO CON DELLE SEDIE E CANNE DI BAMBÙ CHE SONO PRESENTI NELLA STANZA. UN TELO VERDE E UNO MARRONE PER DUE PALME. L'EFFETTO È MOLTO COLORATO E SUGGESTIVO.

Direttore: “In primo piano? Quali sono le persone presenti? Scegli gli ausiliari e posizionali come sono nella foto”

Papà: A. (ausiliario professionista) posizionato a sinistra della foto con le braccia conserte

Sé stesso: R. con un telo giallo ai fianchi che rappresenta una gonnellina hawaiana, vicino a papà.

Mamma: P. (ausiliario professionista), all'altro lato della foto con in braccio il fratellino

G., fratellino di un anno: R.. Per rendere l'idea che è in braccio mette due sedie davanti alla mamma, R. seduto su una e con i piedi sull'altra. La mamma dietro con un braccio sulle spalle, con gli occhiali da sole.

Presentazione dei personaggi e azione scenica

Direttore: “Andiamo a conoscere queste persone. Ce le presenti con un doppio. Ti ricordi come si fa il doppio? Diventi la loro voce.”

D. (doppiando il papà): “Sono T. Ho 42 anni. Sono un lavoratore. Sono di poche parole. Voglio bene alla mia famiglia”

D. (doppiando sé stesso di sei anni): “Sono un bambino vivace e contento, mi piace tanto giocare...porto allegria anche se faccio un po' dannare”

D. (doppiando la mamma): “Sono L, ho 40 anni. Sono molto stanca perché lavoro tanto. Io lavoro lontano. Parto la domenica sera e torno il venerdì sera. I figli li tira su mia suocera che vive con noi... sì vado d'accordo con lei ma mi vizia i bambini. Fa fare loro quello che vogliono.

D. (doppiando il fratellino): “Io sono G., sono un bambino buono. Ho un anno. Sto bene con la mia mamma. Mio fratello mi tormenta. Mi tira le orecchie, il naso e i capelli ...”

Direttore: “Ora succede una cosa speciale. A tutte le persone della foto, compreso te stesso viene voglia di dire qualcosa ... chissà cosa ci dicono. Nello psicodramma le foto possono parlare e si animano. Vediamo cosa dicono queste persone ... come un fumetto. Hai presente i fumetti di Topolino, Tex, Dylan Dog... Vediamo cosa dicono”

D.: “Il papà non dice niente ... perché lui sta sempre zitto”

Direttore: "Ma qui siamo nello psicodramma e anche le persone che di solito non ci riescono, diventano capaci di esprimersi ... ascolta bene, anche il papà riesce a dire un suo pensiero..."

Papà (D.): "Avrei preferito essere con gli amici mi piace di più andare con gli amici che stare qui al mare...però lo faccio per la mia famiglia, sono qui per loro, non sono pentito però è più bello andare stare con gli amici."

D. bambino di sei anni (D.): "Papà, portami a comperare la noce di cocco. Comperami la noce di cocco."

Giulio (D.): "D. è peggio di una zanzara...mi toglie la vita, sempre a tormentarmi."

Mamma (D.): "Sono contenta di essere in vacanza, finalmente mi riposo e sono con la mia famiglia."

Direttore: "Ora D. esci dalla foto. Adesso sei adulto, hai esperienza, hai saggezza dovuta all'età, alle esperienze che hai fatto ... ti faccio vedere una foto che oggi ti è venuta in mente."

LO PORTO DIFRONTE E APPENA LA VEDE D. ESCLAMA "ah, però!" SI EMOZIONA, ARROSSISCE E HA GLI OCCHI LUCIDI

Direttore (doppiando): "Quello che provo, vedendo questa foto è ..."

D.: "Niente, normale ..."

Direttore (doppiando): "Il pensiero che faccio è..."

D.: "Penso che erano dei bei tempi"

Direttore: "Sai che le persone della foto, grazie allo psicodramma possono anche parlare? Senti cosa dicono. Ascoltate."

AUSILIARI RIPETONO IL FUMETTO

D. SI EMOZIONA ANCORA. OCCHI LUCIDI. FATICA A TRATTENERE LE LACRIME. E RIPETE PIÙ VOLTE LA PAROLA "NORMALE, È TUTTO NORMALE" COME PER RASSICURARSI

Integrazione

Direttore: "D., metti in parole quello che gira dentro di te."

D.: "Erano bei tempi, eravamo felici. Una bella famiglia. Io ero contento, ero quello che portava allegria."

Direttore: "Anche ora, che sei adulto, hai questa funzione."

D.: "Si è vero. Io porto allegria anche oggi... Però sono cresciuto e sono cresciuto bene. Basta non ho più niente da dire."

Direttore: "Ora chiudi gli occhi, portati nel cuore questa foto che si dissolverà, ritornerà nel cassetto ... quando li aprirai non ci sarà più ma resteranno impresse nel cuore le emozioni che hai provato. (ausiliari disfano la scena)

Partecipazione dell'uditorio

Ora ti riposi. Ti siedi qui e senti quello che hanno da dirti i tuoi compagni. (Rivolto all'auditorio) Ognuno, dopo aver visto questo lavoro di D. dice quello che gli è venuto in mente, anche ripensando alla propria foto. Ognuno ripensa alla propria foto e la collega al lavoro di D."

Dello sharing sottolineo:

K.: D., tu hai portato una bella famiglia, la mia non era così. Litigavano tanto e allora io andavo a giocare a pallone per non sentirli. Ho portato una foto dove c'ero io che giocavo a pallone con i miei amici.

A. (ausiliario professionista): dopo aver detto della sua foto, delle sue emozioni nel fare il ruolo del papà di D., dà uno specchio a D.:

"D. forse non riesci a mettere parole alle tue emozioni, ai tuoi sentimenti ... ma le comunichi con gli occhi, gli occhi parlano per te e sono dolci e teneri ... "

Osservazioni:

- D., forse per la prima volta da quando lo conosco, appare più adulto. Più serio e presente al suo mondo interno. Chiede se può dare una mano nel piegare i teli
- noto il bisogno di tanti componenti del gruppo di "salvaguardare" il proprio ambiente familiare, pur avendo delle realtà di origine oggettivamente disgregate e conflittuali. Le persone appaiono pienamente dentro il ruolo di sintomo. Ciascuno ritiene di essere il problema della propria famiglia difendendo, così, le persone a cui vogliono bene

4ª attività- Chiusura

Alzatevi in piedi e trovate un modo per salutarvi e darvi appuntamento a lunedì prossimo

Il gruppo si prende prima per mano e poi si abbraccia con intensità.

Annotazioni metodologiche

La tecnica della fotografia, insieme a quella della scultura è tra le strategie registiche che utilizzano un'immagine visiva statica. Consente a chiunque di trovare un'immagine da cui partire per un lavoro come protagonista. Ed è una tecnica, in qualche modo, rassicurante. La fotografia con il suo carattere definito e non ambiguo consente al protagonista di entrare sul palcoscenico sapendo come muoversi.⁴⁸

Ogni fotografia è un vissuto, ogni vissuto è una storia ed ogni storia è un copione. Lo psicodramma mette in scena questo copione. "Le fotografie personali, grazie al loro potere di suscitare memorie, immagini ed emozioni sono uno strumento che presenta enormi potenzialità in ambito del benessere psicologico"⁴⁹

L'obiettivo in questa sessione è quello di invitare il protagonista e il gruppo stesso a riflettere sulle proprie relazioni significative, con un occhio privilegiato alle dinamiche e agli schemi di interazione familiare.

⁴⁸ Boria G. "Psicoterapia psicodrammatica. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti" Ed. Franco Angeli, Milano 2005

⁴⁹ Berman L. "La fototerapia in psicologia clinica" Ed. Erickson, Trento 1993

5c PROTOCOLLO SESSIONE n° 19 – attività di microprotagonisti

PRESENTI: F., R., K., D., E., B, C.

ASSENTI: F.

IO AUSILIARI PROFESSIONISTI: L., P., A., P.

11 persone presenti

1ª attività- Dal mio corpo al corpo del gruppo

Camminate e salutatevi. Immaginate che una delle vostre mani diventi un pennello ... è un pennello che colora l'aria, lo spazio... Qual è il colore del tuo pennello? Giro di tutti. Adesso questo pennello colora voi stessi. Ora questo pennello si avvicina a un compagno, non lo tocca ma lo colora da una distanza di qualche centimetro. Ora con il vostro pennello toccate i compagni facendo delle macchie, tipo dalmata. E ora questo pennello ha deciso di colorare tutto il corpo dei compagni. Tornate a camminare... lasciate andare il pennello. Fermatevi dove siete. Ho qui dei cartoncini. Ognuno ne prende uno. Su ogni carta sono segnate due parti del corpo. L. (ausiliario professionista) sceglie uno. Cosa c'è scritto? "MANO – PIEDE". Dovrai mettere la tua mano sul piede di un tuo compagno di gruppo. Così per tutti, mano a mano dovrete legarvi a questa prima coppia.

GOMITO – SPALLA / POLLICE – GINOCCHIO / POLSO – COLLO / SPALLA – SPALLA / INDICE – NASO / TESTA – TESTA / CAVIGLIA – GINOCCHIO / SCHIENA – SCHIENA / GOMITO – CAVIGLIA.

Ne risulta un'articolata statua di gruppo. Al termine ognuno mette in parole il proprio sentire.

Annotazioni metodologiche

L'incontro ha inizio con un gioco inaspettato ed incuriosente che, con gradualità, avvia alla coscienza del proprio corpo, del corpo degli altri e del corpo del gruppo. È un'attività di riscaldamento che può essere proposta sentendo il gruppo saldo e capace di accettarla (terz'ultimo incontro, siamo vicini all'arrivo!). La vicinanza e il contatto fisico che si crea tra le persone determinano infatti risonanze emotive importanti. Verbalizzare le proprie risonanze, al termine del riscaldamento, permette di portare in superficie eventuali disagi, ridimensionandoli.

2ª attività-Gli insegnanti importanti

Vi riaccomodate. Oggi verranno in mente delle persone che tutti noi abbiamo incontrato quando eravamo bambini: GLI INSEGNANTI.

Fermatevi su quegli insegnanti da cui avete ricevuto delle cose buone, dalla scuola materna, per chi l'ha fatta, alla scuola elementare ... fino ai 10 -11 anni circa...

Qual è l'insegnante, dalla materna alle elementari, che ricordate con maggior piacere?

Nome e classe d'insegnamento – GIRO DI TUTTI

Ora pensate ad un insegnante che è stato importante per voi durante l'ADOLESCENZA. Quindi nel tempo delle medie ... gli anni delle superiori per chi le ha fatte ... insomma fino ai 18/ 19 anni ... chi ce l'ha ci metta dentro anche l'università.

Nome e classe d'insegnamento – GIRO DI TUTTI

Ciascuno metta in ordine di piacere i due insegnanti ricordati. All'insegnante ricordato con maggior piacere attribuite il numero 1, all'altro il numero 2.

Abbiamo il tempo di conoscere meglio due o tre insegnanti numero 1.

Scelta di due micro-protagonisti

Il protagonista fa inversione di ruolo con il proprio insegnante numero 1.

Intervista del direttore e domande dall'uditorio.

L'insegnante importante (protagonista in inversione) lascia un "messaggio prezioso" al protagonista.

Soliloquio del protagonista, dopo aver ricevuto il messaggio e partecipazione dell'uditorio

Annotazioni metodologiche

La scuola è un contesto importante per lo sviluppo cognitivo, comunicativo, affettivo, emotivo e sociale di ciascuno. Decido di esplorarne le dimensioni della positività e della piacevolezza usando la tecnica dell'inversione di ruolo. La condizione di semi realtà che si realizza quando il protagonista entra nel ruolo dell'insegnante significativo permette al direttore e ai compagni di gruppo di porre domande per ottenere informazioni e punti di vista inediti su aspetti di vita e personalità del protagonista stesso. La tecnica dell'inversione di ruolo per eccellenza mette in circolo materiale non ancora organizzato dalla mente e stimola nuove verità nell'interiorità di chi è protagonista.

Chiedere, alla fine dell'inversione di ruolo, un messaggio prezioso è un modo utile per orientare propositivamente e positivamente il pensiero di chi si sta esprimendo.

3ª attività- saluti liberi, liberi saluti

Siamo arrivati al termine del nostro incontro, alzatevi in piedi e trovate un modo per salutarvi e darvi appuntamento alla settimana prossima.

Annotazioni metodologiche

I saluti finali, da più di qualche sessione, hanno una forma autogestita e in qualche misura attesa. Il gruppo è divenuto assolutamente in grado di movimenti autonomi e creativi. Non manca mai il contatto corporeo che si traduce, spesso, in uno spontaneo, armonico, talora divertito, abbraccio corale.

REPORT

La sessione è stata fluida, i passaggi si sono succeduti gli uni agli altri senza grandi intoppi. La statua del riscaldamento è stata vissuta sia come divertente che "scomoda", così, a seguire, ho chiesto al gruppo di trovare un modo "comodo" di salutarsi. Le persone sono rimaste sedute, si sono prese spontaneamente per mano e ciascuno ha detto una parola di saluto al gruppo.

Il saluto di R.: "Viva il re!".

Hanno lavorato K. e R.. Entrambi invitati da me, erano gli unici, fino ad ora, a non essere mai stati protagonisti sulla scena.

D. e E. dicono di non aver voglia di lavorare. E. dice di non avere una buona giornata perché ha dormito poco, dice di sentirsi stanco. Gli operatori restano colpiti perché solitamente per lui è difficile dire di sé spontaneamente.

K. in inversione di ruolo con l'insegnante delle scuole superiori.

"Sono diventato insegnante perché l'azienda agricola di mio padre non rendeva. Ho dovuto adattarmi e cambiare mestiere. Sono capace di ascoltare i miei alunni e di accettare i loro punti di vista. K. era uno studente poco volenteroso, senza troppa voglia di studiare, un po' indolente. Sempre negli ultimi banchi per non farsi notare. Era benvenuto dai compagni che lo aiutavano. Lui non aiutava perché non era in grado. Molto timido con le ragazze. La madre non è mai venuta a colloquio, qualche volta è venuto il papà che era una persona gentile e piacevole. K. era capace di sostenere le sue idee quando veniva coinvolto. Una volta ha detto di sostenere il partito Lega Nord anche se io sono meridionale. K. mi ha stupito agli esami di maturità. Ha studiato e ce l'ha fatta. Non avrei creduto. Mi ha proprio stupito".

Messaggio: "SE TI IMPEGNI PUOI FARCELA"

Nota del direttore: "Mi ha stupito, e anche commosso che, dopo aver ricevuto il messaggio, K. abbia continuato a guardarlo. Non ha tolto un attimo gli occhi dal biglietto".

Nella condivisione K. dice che sente importante il messaggio ricevuto dall'insegnante. Anche ora ha un esame da sostenere: la successione relativa alla recente morte del padre. Un passaggio impegnativo sia per la burocrazia, sia perché la pratica rimanda al dolore del lutto. "Se ti impegni puoi farcela" mi dà coraggio, dice K..

K. sta in inversione di ruolo senza grosse difficoltà. Il suo eloquio è lento e prima di rispondere ci sono lunghi silenzi.

R. in inversione di ruolo con un insegnante delle superiori.

"Sono un insegnante simpatico perché invito gli studenti a discutere delle cose della vita, sia sociali che personali. R. era uno che interveniva molto e diceva la sua. Era uno coinvolto. Era bravo a scuola e aiutava gli altri. Era in primo banco. Ha lasciato la scuola perché si ammalava spesso. Era troppo magro ed era sempre influenzato. Era un tipo allegro, che aveva passione per quello che studiava. Non so se riprenderà gli studi, forse lo farà se arriverà a stare meglio. La classe di R. era tutta maschile ma del resto per lui era meglio così, perché le ragazze sono un impiccio, non servono a molto ... Non conosco i suoi hobby, forse sta in camera davanti al computer (questa è la risposta alla domanda di D. che gli aveva chiesto se conosceva le attività di R. fuori da scuola. Reazione di D. "ho capito, è uno che si rincoglioniva davanti al computer")

Messaggio: "CONTINUA A FARE IL TUO DOVERE E RICORDA CHE TU HAI L'ALLEGRIA E LA PASSIONE"

Alla mia domanda "qual è il suo dovere?" risponde "essere di aiuto in casa"

Quando R. riceve e legge il biglietto, in modo coartato e stereotipato dice: "È vero, sono d'accordo, devo fare il mio dovere. Non provo niente ... nella mia vita di oggi non mi dice niente di particolare... tutto a posto.

Sono allegro: Viva il re!"

Nella condivisione ciascuno dice di sé e i saluti sono calorosi e rilassati.

6. Cos'è rimasto:

IO AUSILIARI PROFESSIONISTI A DISTANZA DI DUE ANNI

Nello scrivere questa tesi ho un'emozione viva. Torno, quasi in una dimensione di semi-realtà, in quella stanza di color grigio in cui si è tenuto il laboratorio e che ora vedo colorata, brillante e vitale. "Come se ... fossi lì".

Mi sono chiesta: "E a loro, agli io ausiliari professionisti, a quelli del distretto sanitario, a quelli in formazione psicodrammatica, a distanza di due anni, cosa sarà rimasto? Quali corde vibreranno nel ricordare i 21 incontri di psicodramma moreniano?"

Così gliel'ho chiesto: timidamente, con il timore che il percorso fosse passato nel dimenticatoio. Ho chiamato ognuno spiegando il mio lavoro di tesi e chiedendo le loro parole, dopo due anni. Ho chiesto di scrivere ciò che ricordavano, ciò che era rimasto in loro della strada fatta insieme.

Li ringrazio con il cuore. Mi hanno accolto "come se ci fossimo salutati il giorno prima" e tutti, nel giro di poco tempo, hanno raccolto e inviato i loro pensieri.

Sono questi:

P. (infermiera CSM)

Ricordo che al tempo, all'inizio, ero con T., che poi è andato in pensione. Ed è arrivato A.. Ricordo anche che, nel gruppo, è stato importante avere P. e L., due io ausiliarie professioniste e psicodrammatiste! Sono state di grande aiuto anche per noi operatori.

Ricordo il gruppo come molto unito. Pazienti e operatori avevano voglia di stare insieme, di mettersi in gioco in un clima giocoso: perché lo psicodramma è anche gioco. Eravamo veramente tutti alla pari e credo che questo sia stato di grande aiuto per gli utenti. Ha permesso l'emergere di temi molto profondi, emotivamente forti e coinvolgenti per tutti.

Personalmente, come infermiera e come persona, non vedevo l'ora che arrivasse il giorno dello psicodramma, perché stavo veramente bene, mi piaceva e mi apriva il cuore vedere gli utenti felici.

Ricordo le parole di un paziente: "Non servono delle storie eccezionali, possono essere anche storie normali che però sono speciali dentro di noi." Questa frase mi colpì e la porto ancora dentro di me... perché in effetti è proprio così.

Era importante il fatto che eravamo liberi di parlare, senza essere giudicati, senza che nulla uscisse dalla stanza e dal nostro gruppo: c'era una forte intesa tra noi. Questo è stato unico ed è difficile trovarlo in altri gruppi.

È stato un progetto efficace: ha sicuramente aperto, per ognuno di noi, positività e speranza.

A. (educatore CSM)

È un po' difficile parlare di qualcosa successo due anni fa...Molti fatti sono avvenuti. La mente elabora e mette in un cassetto. Ma, sicuramente, posso dire che la prima esperienza di partecipazione ad un gruppo di psicodramma è, per me, un ricordo ancora abbastanza nitido. Ricordo le sensazioni, i timori, le emozioni e le curiosità che hanno contraddistinto la mia partecipazione all'attività.

Per me, aderire ad una proposta del genere era qualcosa di totalmente nuovo. Non avevo idea di cosa potesse essere un gruppo di psicodramma. Non sapevo cosa fosse lo psicodramma: era una totale novità e come tale portava anche qualche timore.

Ero appena arrivato a lavorare nel centro diurno, non conoscevo le modalità di lavoro del nuovo ambiente e conoscevo relativamente poco anche gli utenti.

Il mio dubbio era quale dovesse essere la mia modalità di porsi all'interno del gruppo, quanto dovevo e potevo espormi, come cercare di far coesistere nella giusta maniera la mia figura di educatore e la mia persona. Inoltre, devo ammettere che un po' temevo l'attività, non essendo io una persona a cui piace molto parlare di sé e condividere i propri vissuti.

In realtà l'attività di psicodramma è stata una notevole scoperta, personale e grupppale. Personale perché mi ha permesso, pur mantenendo il mio ruolo professionale, di rielaborare alcune dinamiche passate o presenti, anche solo tramite il confronto con gli altri e la condivisione di esperienze. Grupppale perché mi ha dato modo di conoscere in modo più profondo ed "intimo" le persone con cui avrei condiviso spazi e tempi all'interno del centro diurno.

È stato possibile una relazione trasparente basata sulla fiducia che, sicuramente, mi ha permesso di accelerare l'incontro con gli utenti, migliorando anche la possibilità di lavorare con le singole persone.

Penso sia proprio il tipo di rapporto e condivisione "profonda" che si crea all'interno del gruppo la maggior forza dello psicodramma: una fiducia reciproca, un momento in cui si possono abbassare le difese e le maschere per essere sé stessi, uno spazio in cui stare bene con sé e con gli altri.

Sicuramente è stata un'esperienza positiva e propositiva, di riflessione e di crescita, per ciascuno.

T. (educatore CSM)

Il gruppo operatori/pazienti del Centro Diurno era da poco uscito da un'esperienza di psicodramma che aveva esaurito la sua spinta propulsiva per vari motivi. Visti comunque i benefici ottenuti, nel piano di lavoro, come educatore responsabile, ho proposto di continuare ad inserire questa attività. E ne sono contento.

- Il gruppo che si è andato formando ha creato uno spazio esperienziale comune, dove operatori e utenti hanno avuto modo di esprimere il proprio vissuto rispetto alle proposte di lavoro della terapeuta, in modo paritetico.

- L'incontro di giugno era in prossimità del mio pensionamento: dopo tanti anni chiudevo il mio servizio al Centro Diurno. In quell'incontro è stato possibile, per me e per il gruppo, elaborare il mio saluto. Ognuno ha avuto modo di esprimere il proprio sentire, ha condiviso emozioni, ha ricevuto sostegno così da riposizionarsi nel gruppo stesso.

Grazie all'inversione di ruolo, al clima collaborativo e non giudicante, alla condivisione dell'esperienza nel qui ed ora, il tutto in uno spazio "franco" e protetto, è stato possibile superare la chiusura nel parlare di sé.

- la metafora a cui la mente mi rimanda pensando a questa esperienza è la seguente: "Lo psicodrammatista è colui che conduce il gruppo in un territorio in cui ognuno si muove con la propria mappa. Nel condividerla con gli altri si scoprono nuovi percorsi, nuovi paesaggi e nuovi passaggi da poter percorrere. Ciò dà alle persone la possibilità di superare la paura, di accrescere l'autostima, di trovare la forza per andare avanti"

Credo che l'esperienza dello psicodramma sia stata molto importante per tutte le persone che vi hanno partecipato. Il gruppo è diventato evento terapeutico.

L. (psicodrammatista in formazione)

Alla proposta di Annalisa di fare da io ausiliario in un gruppo di malati mentali ho risposto subito di sì perché l'idea mi stuzzicava parecchio. Quando è stato il momento, ho provato un po' di paura perché non sapevo cosa mi aspettava. Gli incontri, però, hanno avuto una gradualità e un accompagnamento tali da mettere in condizione di spontaneità i partecipanti e da rendere possibile la creazione del gruppo.

A due anni di distanza, posso dire che mi sono rimaste dentro tante emozioni.

Ripenso con tanta tenerezza a D. che cominciava l'aggiornamento con: "Io non so cosa dire, non ho niente da dire." E poi, stimolato, ci raccontava del tempo che dedicava ad un amico in difficoltà, delle pazzie che aveva combinato e della sua passione per la moto. Ed infine è riuscito a mettersi in gioco e a rappresentare la sua foto nel cassetto.

Mi è rimasto nel cuore il saluto toccante di B. quando ha dovuto abbandonare il gruppo perché aveva trovato lavoro.

Quanta pena vedere R. La prima volta si è presentato nel gruppo col berretto calato sulla fronte in modo da nascondere gli occhi. Col tempo quegli occhi, tra l'altro molto belli, siamo riusciti a vederli!

Commovente è stato il momento in cui E. è riuscito a condividere col gruppo il fatto che sentiva le voci.

È stato bello vedere il cambiamento di F. che all'inizio era diffidente e sospettoso e poi si è fidato al punto da mostrarci in scena una delle sue famiglie disastrose.

Mi ha stupito piacevolmente A. che, dopo una mia assenza, mi ha detto che aveva sentito la mia mancanza ed era contenta che fossi tornata.

Ricordo la dolcezza di R. mentre raccontava con un certo orgoglio che era riuscito ad andare al bar a bere un caffè.

Rivedo con gioia la scena in cui siamo seduti uno sopra l'altro e ridiamo come bambini.

È stato un piacere essere accolta ogni volta dal sorriso caldo di P., l'operatrice.

Un momento molto emozionante è stato il saluto di T., l'operatore, che andava in pensione. Le sue lacrime parlavano di quanta passione e quanta cura ci mettesse nel rapporto con i ragazzi del centro. Passione e cura che i ragazzi percepivano.

Sono stati incontri che mi hanno regalato emozioni forti e mi hanno fatto conoscere belle persone! Mi chiedo se è lo psicodramma che rende quasi invisibile il confine tra salute e malattia mentale!

P. F. (psicodrammatista in formazione)

Se chiudo gli occhi e mi predispongo ad accogliere i ricordi, mi torna in mente il primo incontro con il gruppo.

La stanza era stata allestita e preparata con dei teli che creavano movimento e rendevano l'ambiente colorato e inusuale. Alcuni di essi erano stati posati in modo sparso sul pavimento, al centro del cerchio fatto con le sedie che poi avremmo utilizzato.

Ricordo lo sguardo di alcuni dei ragazzi e i commenti di altri. Quei teli per qualcuno erano una bella novità che catturava l'attenzione, per altri erano un disordine che metteva a disagio, per altri ancora rappresentavano qualcosa di inatteso di cui comprendere il senso.

Ognuno, a suo modo, ha reagito a questi stimoli visivi condividendo il proprio sentire: è iniziato così il viaggio del gruppo.

Un viaggio in cui si sono rotti molti schemi che, piano piano, hanno lasciato il posto ad una maggiore autenticità e spontaneità.

Rimangono ancora impressi in me i volti delle persone, le loro storie che man mano si disvelavano nei racconti, nelle condivisioni dei vissuti e nei lavori con il protagonista.

Momenti a volte fortemente emozionanti che toccavano la profondità del sentire di ognuno di noi e ci permettevano di percepirci come un'umanità in cammino che si esprime, condivide, accoglie le fatiche e sa godere di un gioco vissuto insieme, di una risata o una battuta fatta per rompere la tensione.

Un clima di gruppo che si è andato man mano creando anche grazie alla presenza costante degli operatori del Centro che, come me e L., si sono messi a servizio del gruppo vivendo l'esperienza senza risparmiarsi nella condivisione dei loro vissuti e delle emozioni che man mano emergevano.

Dopo due anni, trovo nei miei ricordi l'affiatamento e la grande sinergia tra noi tutti. Trovo l'incontro autentico con le persone che, prima ancora di essere pazienti di un Centro di Salute Mentale, sono soggetti unici, con storie personali normali che nella condivisione hanno arricchito tutti noi.

7. Considerazioni finali

Nelle intenzioni, la conclusione di quanto raccontato fino ad ora, è semplice:

CIASCUNO PUÒ DIVENIRE ATTORE SPONTANEO DELLA PROPRIA ESISTENZA e per Moreno “è attore spontaneo colui che, nel teatro della vita, trova una sua maniera di cavarsela, anche se, talvolta ha bisogno di aiuto, come tutti”.⁵⁰

Ho visto questo accadere.

Sessione dopo sessione, il gruppo è divenuto, sempre più, luogo, mezzo e agente di terapia. In specifico:

Luogo di terapia: il gruppo è cresciuto nella sua funzione di grembo. Sempre più locus nascendi, pronto ad accogliere e a proteggere i presenti.

Mezzo di terapia: la verità soggettiva di ciascuno ha trovato forza e fondamento. Ciò ha permesso ad ognuno di individuarsi e di riconoscere al contempo la verità altrui.

Agente di terapia: il gruppo ha favorito l'interazione sociale, le relazioni tra le persone, l'incontro inteso come relazione intima, autentica e profonda.

Essere dentro questi movimenti è stato emozionante e appassionante.

Anche per il direttore/terapeuta stare nel gruppo è un percorso, un'evoluzione.

E lo psicodramma fa bene anche al terapeuta. Lo aiuta ad usare il proprio fattore S/C e a partecipare al processo gruppale in modo creativo. Il direttore di psicodramma moreniano ha un compito importante: favorire ed alimentare quella carica emotiva che fa percepire alla persona l'umanità reale, fattore decisivo di ogni strada terapeutica.

*Tutti tornano dove si sono sentiti amati.
Presto. Tardi. Fra tanto tempo.
In un ricordo, in un pensiero.
In un abbraccio, in un sogno.*

Linda Valentinis

⁵⁰ Moreno J.L. (1969, II ed. 1975) in collab. con Z.T. Moreno, Psychodrama Third Volume. Action Therapy and Principles of Practice, Beacon House, New York, (trad. It. Manuale di psicodramma. Tecniche di regia psicodrammatica, Ed. Astrolabio, Roma, 1987)

Bibliografia

- Ackerknecht E. A. *“Breve storia della psichiatria”* Ed. Massari, Napoli, 1999
- Belfiore G. *“L’ipnotismo e gli stati affini”* Ed. Luigi Pierro, Napoli, 1887
- Berman L. *“La fototerapia in psicologia clinica”* Ed. Erickson, Trento 1993
- Borgna E. *“La follia che è anche in noi”* Ed. G. Einaudi, Torino, 2019
- Boria G. *“Psicoterapia psicodrammatica. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti”* Ed. Franco Angeli, Milano 2005
- Boria G., Muzzarelli F. *“L’intervento psicodrammatico. Il metodo moreniano dal gruppo al trattamento individuale”* Ed. FS, 2018
- Bour P. *“Psicodramma e vita”* Ed. Rizzoli, Milano, 1973
- Calmeil L.F. *“De la Folie, Considérée Sous Le Point de Vue Pathologique, Philosophique, Historique Et Judiciaire: Depuis La Renaissance Des Sciences En Europe Jusqu’au Dix-Neuvième Siècle”* Ed. Creative Media Partners, LLC, 2018
- Cavallo R. (a cura di) *“Artiterapie, tra clinica e ricerca”* Ed. Universitarie Romane, Roma, 2007
- Dotti L. *“La forma della cura. Tecniche socio e psicodrammatiche nella formazione degli operatori educativi e della cura.”* Ed. Franco Angeli, Milano, 2013
- F. Pivano, *“Intervista a Zerka Toeman Moreno”* in 'Atti dello psicodramma', K. 6, Astrolabio, Roma, 1982
- Fonseca J. *“Lo psicodramma contemporaneo. Contributi alla teoria e alla tecnica”* Ed. Franco Angeli, Milano, 2004
- Foucault R. *“Storia della follia nell’età classica”*, Ed. BUR, Milano 2018
- Freud S. *“Opere. Vol. 1: Studi sull’isteria e altri scritti (1886-1896)”* Musatti C.L. (a cura di) Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 1989
- Grimm J. F. C. (a cura di), *“Opere di Ippocrate”*, Ed. Glogau 1838
- Maritain J. *“Nove lezioni sulla legge naturale”* Ed. Jaka Book, Milano, 1985

- McWilliams K. *“La diagnosi psicoanalitica”* Ed. Astrolabio, Roma, 2011
- Moreno J.L. (1946, IV Ed.1977), *Psychodrama First Volume*, Beacon House, New York, (trd. It: *Manuale di psicodramma. Il teatro come terapia*, Ed. Astrolabio, Roma, 1985)
- Moreno J.L. (1969, II ed 1975), in collab. Con Z.T. Moreno, *Psychodrama Third Volume, Action Therapy and Principles of Practice*, Beacon House, New York, (trd. It: *Manuale di psicodramma. Tecniche di regia psicodrammatica*, Astrolabio, Roma, 1987)
- Nivoli G. *“Medea tra noi. Le madri che uccidono il proprio figlio”* Ed. Carrocci, Roma, 2002
- Nudel B.W. *“Princípios e Fundamentos do Pensamento Filosófico do Criador Psicodrama”* Ed. Agorà Brasile 1994
- Rossellini R., Moreno J.L. *“Psychodrame”* Paris 1956 – Versione ritrovata e restaurata, Istituto Luce Cinecittà, Parigi – Ivrea 2018
- Yalom I. D. con Leszcz R. *“Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo”* Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2009
- Zilborg, G., W. H. George *“Storia della Psichiatria”*, Ed. Feltrinelli, Milano 1963

7

Bibliografia on line

<https://www.psicolab.net/moreno-e-freud>

www.treccani.it

<https://www.youtube.com/watch?v=EPrAUwC7fh8>

Ringraziamenti

Vado con il pensiero e con il cuore a tutti i gruppi che c'entrano con questa tesi, i gruppi di cui ho fatto e faccio parte. Ogni gruppo, ogni persona di quel gruppo mi ha aiutato e sostenuto. Mi ha voluto bene ... ed è vero, si torna sempre dove ci si sente voluti bene.

Il mio gruppo famiglia.

Mio marito, Rudy... che crede in me, ha fiducia in quello che sono e che faccio. Delle sue parole mi fido fortissimamente.

I miei figli, Leonardo e Veronica. Sono diventati "gattini" nel soggiorno di casa per farmi provare le contee di un riscaldamento aspecifico.

Il mio gruppo "Scuola di psicodramma".

Giovanni Boria, il maestro di psicodramma. Che orgoglio conoscerlo, un maestro che conduce fino alla porta delle decisioni, e lascia la scelta a ciascuno.

Il sapere e la libertà insieme. Onore ed emozione ad essere formata da lui.

Le mie didatte di Treviso, Maria Silvia e Lucia. Capaci di insegnare senza mai mortificare, armoniche e complementari.

I didatti di Milano. Ivan Fossati, preciso, chiaro e caldo. Ivan Togni, la pratica della teoria...con intensità. Antonio, sulle note di una canzone.

E tutti didatti di Salso Maggiore, presenti sulla scena.

Il mio gruppo EPG

Una fonte inesauribile di autostima.

Relazioni importanti che durano nel tempo. Barbara, divenuta l'amica del cuore.

Marco, solido e generoso. L., capace di fare "banda". P., su cui si può sempre contare. Luisa, un po' matta...come me. Silvia, un vulcano di passione. Valeria, un profumo, una nota di campana tibetana. Laura, un sorriso sempre e comunque.

E altri, presenti nel cuore.

Il mio gruppo di studio a Milano.

Chiara, Valeria, Elena, Loris, condivisioni di sapere, condivisioni di pensiero. Tifo reciproco per il futuro.

... e ultima, ma non ultima, Anna. La fata madrina delle foto, immagini che restano negli occhi, nel tempo e nell'anima.

Con riconoscenza, grazie.