

Alessandra BRUNO

## ANALISI DI UN'ESPERIENZA DI PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA CON UN GRUPPO DI PAZIENTI DIABETICI

### INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni si è rilevata sempre più all'interno delle istituzioni socio-sanitarie un'area di bisogno di assistenza, fino ad ora riservata principalmente ad un ambito familiare e privato, che richiede non più solo competenza nella cura del corpo malato ma coinvolgimento emotivo nella presa in carico della persona sofferente, impegnando gli operatori sanitari verso una rinnovata visione della malattia, nelle sue complesse valenze biologiche, psicologiche e sociali e, di conseguenza, verso una complessificata offerta delle prestazioni terapeutiche.

Emerge dunque un bisogno specifico di condivisione e di ascolto di chi si ammala della propria sofferenza, così come emerge sempre più frequentemente la richiesta di aiuto di gruppi di operatori sanitari, soprattutto se impegnati in aree ad alta tensione emotiva.

Il ricorso a gruppi omogenei in ambito medico trova così giustificazione nell'ipotesi che tale particolare applicazione di intervento possa proporsi come risposta adeguata e specifica a tale ordine di necessità, sia in ambito clinico (rivolta quindi a gruppi di pazienti affetti dalla medesima patologia), che in ambito formativo (rivolta quindi a gruppi di operatori che affrontano problematiche professionali simili).

Nelle istituzioni socio-sanitarie l'intervento gruppale si configura come opportunità di valore in virtù soprattutto di due aspetti che lo caratterizzano:

- L'essere in gruppo è di per sé agente terapeutico in quanto il gruppo è il contesto relazionale naturale dell'uomo. Le potenzialità dell'intervento psicologico clinico gruppale appaiono inoltre aumentate quando il gruppo è costituito da pazienti omogenei per patologia: in questo caso si attivano meccanismi di identificazione utili al processo di cura. Tale vantaggio clinico è determinato proprio dal gruppo terapeutico, il quale consente la condivisione di risorse psico-emotive dei partecipanti garantendo la possibilità di un lavoro di elaborazione e di cambiamento anche in coloro che, singolarmente, non dispongono di risorse adeguate.

- L'attivazione di gruppi garantisce una maggiore efficienza organizzativa in termini di ottimizzazione di tempo e di spazio rispetto alla presa in carico individuale. Si tratta di un vantaggio aziendale perché il gruppo permette di prendersi cura di più persone contemporaneamente nel medesimo contenitore temporale: a parità di risorse professionali, si lavora con più pazienti (Fossati I., pag. 23).

Questo lavoro fa riferimento alla mia esperienza di tirocinio svolta presso l'Azienda Ospedaliera XXX<sup>1</sup>, dove mi è stata data la possibilità di applicare l'epistemologia e la metodologia psicodrammatica in un contesto ospedaliero con l'attivazione di un gruppo psicoterapeutico omogeneo di pazienti diabetici.

### Capitolo 1

#### IL CONTESTO

*Il teatro è come una lente che può ingrandire e ridurre.*

*È un piccolo mondo.*

*È diverso dalla vita di tutti i giorni  
e quindi può facilmente esserne separato.*

*Il teatro condensa la vita e lo fa in molti modi.*

*Se il palcoscenico è in relazione con la vita,  
se il teatro è in relazione con la vita,  
allora le porte devono essere aperte  
e il passaggio dalla vita esterna  
al luogo di incontro deve essere fluido.*

Peter Brook

### 1.1 - Il Servizio di Psicologia dell'Ospedale XXX

All'interno dell'Azienda Ospedaliera XXX si è costituito un Servizio di Psicologia che si occupa di ricerca, formazione e clinica, in collaborazione con i diversi reparti e le strutture territoriali dell'Ospedale.

Lo staff del Servizio è composto da medici, psicologi e psicoterapeuti di differente formazione.

Per quanto riguarda l'attività clinica, il Servizio di Psicologia si rivolge primariamente ai pazienti ospedalieri e ai loro familiari, occupandosi con diversi interventi delle numerose variabili psicologiche implicate nelle situazioni di malattia (es. colloqui di sostegno per pazienti oncologici, gruppi psicoeducativi per pazienti diabetici, ecc.), in aggiunta a ciò, al Servizio di Psicologia accedono in modo diretto, attraverso l'ambulatorio dell'Ospedale, persone che presentano espressamente una richiesta di aiuto per una sofferenza psicologica e a cui il servizio risponde con una presa in carico che comprende una prima fase di consultazione (colloqui e somministrazione di test) e, in conseguenza all'esito di questa consultazione, una fase di trattamento con percorsi sia di tipo individuale che di gruppo.

### 1.2 - Il modello della *medicina centrata sul paziente*

La Cattedra di Psicologia Medica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di XXX promuove all'interno della cultura e della pratica medica un modello definito *medicina centrata sul paziente*, modello che oltre agli obiettivi tradizionali della diagnosi e della terapia, si pone anche quello di comprendere il vissuto di malattia dei pazienti.

Nella *medicina centrata sul paziente* il malato diventa protagonista. In questo modello hanno pari dignità sia la patologia, intesa in senso biologico, del malato sia il suo vissuto di malattia: la medesima malattia, pur presentando caratteristiche uniformi da malato a malato, è vista anche in ciò che distingue un paziente dall'altro (nel modo in cui ciascun malato la vive a seconda della propria storia).

In inglese si utilizzano due termini distinti: *disease* per indicare ciò che accomuna i malati (malattia), *illness* per indicare ciò che li distingue (sentirsi malati, vissuto della malattia).

Questo modello non rinnega gli obiettivi del modello *disease centred*, ma aggiunge alla necessità di individuare una malattia e di trattarla, la necessità di confrontarsi con il significato, puramente soggettivo, che la malattia acquisisce nel malato che ne soffre. Gli obiettivi del medico diventano quindi il trattamento della malattia e la cura del malato. Una visita medica *patient centred* coinvolge attivamente il paziente e garantisce che il suo punto di vista, i suoi bisogni, le sue preoccupazioni siano articolati nella relazione con il medico, al punto che la loro comprensione diviene uno scopo per l'agire del medico.

Esiste una distinzione tra essere malato (*illness*) e avere una malattia (*disease*). Il concetto di *disease* fa riferimento alla matrice biologica della malattia, complementare ad esso è il concetto di *illness*, che esprime la dimensione soggettiva del vissuto di malattia che è personale, appartiene al paziente e a lui solo, è l'altra faccia del *disease*, l'esperienza di chi vive il *disease*. Il medico è l'esperto del *disease*, il paziente è l'esperto dell'*illness*.

In qualità di unico esperto della propria malattia, il malato deve essere interpellato ed ascoltato e deve divenire, da oggetto di applicazione delle conoscenze scientifiche, a soggetto protagonista dell'incontro. Se all'interno di una visita si afferma la necessità di indagare come la malattia incida sulla vita (personale, sociale, sentimentale) di una persona, l'unico in grado di portare un contributo significativo in questo senso è il malato. Il medico, in quest'area, non ha competenze. Attribuire un ruolo attivo *anche* al paziente non significa né esautorare il medico del proprio ruolo né passare in second'ordine la diagnosi e il trattamento della patologia, ma c'è un riconoscimento dell'importanza di entrambi gli attori.

All'interno del Servizio tutti gli attori coinvolti, medici – psicologi – psicoterapeuti e tirocinanti, lavorano, studiano e fanno ricerca in un clima scientifico e culturale di grande respiro; potermi sperimentare in un contesto come quello appena descritto è stata

<sup>1</sup> I riferimenti sono stati omessi per questioni di privacy.

per me una grande opportunità di crescita personale e professionale.

Lo psicodramma, inoltre, è risultato essere una pratica terapeutica assolutamente in linea con il modello *patient centred*, come avrò modo di approfondire nella terza parte di questa tesi.

### 1.3 - Il gruppo di pazienti diabetici

#### *Perché un gruppo con in pazienti diabetici?*

Il diabete, in quanto patologia cronica, può comportare difficoltà psicologiche dal momento che si tratta di una condizione fisica con la quale ci si deve confrontare quotidianamente.

Il primo problema spesso è l'accettazione della diagnosi. Il paziente diabetico deve arrivare ad assumersi la responsabilità della propria salute avendo la consapevolezza che, se seguirà regolarmente la terapia, le norme di autocontrollo e i corretti comportamenti alimentari, sarà in grado di gestire bene la situazione. In altre parole, egli ha la possibilità di condurre una buona qualità di vita, ma questa possibilità è quasi interamente nelle sue mani.

Un ulteriore problema nasce nel rapporto con gli altri, i non-diabetici, nel timore di non essere accettati, di essere oggetto di sciocchi pregiudizi, di essere considerati "diversi". Può accadere quindi che la persona diabetica nasconda la propria condizione, e questo rischia di essere causa di maggior stress che parlarne apertamente.

È importante che tutti gli attori coinvolti, pazienti e familiari, arrivino alla consapevolezza che il diabete è una condizione che, se mantenuta sotto controllo, permette di svolgere una vita assolutamente normale, semplicemente osservando alcune precauzioni.

#### *I gruppi psico-pedagogici con pazienti diabetici*

Per affrontare il problema di una maggiore conoscenza e consapevolezza delle implicazioni legate alla patologia, il Servizio di Psicologia dell'Ospedale XXX ha progettato e programmato la conduzione di gruppi psico-pedagogici con pazienti diabetici. Si tratta di incontri quindicinali con gruppi a termine (10 incontri), della durata di due ore, condotti, in parte, con metodologia psicodrammatica. Questi incontri hanno come obiettivo una maggiore conoscenza della patologia e delle sue implicazioni e una esplorazione del vissuto personale in relazione alla malattia e ai suoi aspetti invalidanti.

Al progetto partecipano diverse figure professionali: psicologo, diabetologo, dietologo. Gli incontri sono tematici e si articolano attorno agli argomenti di maggior interesse per la persona diabetica: aspetti clinici e farmacologici del diabete, alimentazione, aspetti comportamentali, esercizio fisico, implicazioni psicologiche ed emotive.

Trattandosi di gruppi a valenza pedagogico-formativa, la partecipazione è consentita anche ai familiari dei pazienti che, come ho precedentemente sottolineato, si trovano indirettamente coinvolti nelle pratiche quotidiane da osservare per consentire al paziente una buona qualità di vita.

Durante il mio tirocinio, nell'anno precedente alla formazione del gruppo terapeutico oggetto di questa tesi, ho partecipato alla progettazione, programmazione e conduzione di questi gruppi. Nello specifico la mia presenza era legata alla conduzione, attraverso metodologia psicodrammatica, dei momenti di esplorazione del vissuto personale in relazione alla malattia propria o del proprio familiare. La mia presenza costante durante l'intero percorso però, mi ha consentito di approfondire personalmente le problematiche e le implicazioni legate alla patologia e di custodirle come bagaglio esperienziale e di conoscenza che mi ha poi accompagnato nell'esperienza oggetto di questa tesi.

#### *Il gruppo terapeutico con pazienti diabetici*

Nell'ultimo anno di tirocinio, a seguito dell'esperienza con i gruppi psico-pedagogici, è nata l'idea di costituire un gruppo terapeutico condotto con metodologia psicodrammatica rivolto a pazienti diabetici.

Le fonti di reclutamento per il gruppo sono state:

- invio diretto da parte del diabetologo;

- persone che, avendo partecipato ai gruppi psico-pedagogici, verbalizzavano la richiesta di un ulteriore percorso che permettesse loro di approfondire l'esplorazione del proprio vissuto psicologico ed emotivo.

Il gruppo terapeutico è stato condotto da me e da un collega al secondo anno della Scuola di Psicodramma. La scelta della co-conduzione è avvenuta per ampliare la possibilità di esperienza di tirocinio e garantire una continuità di conduzione al gruppo nel momento in cui io avrei concluso la mia esperienza formativa.

Le persone interessate ad accedere al gruppo sono state invitate ad un colloquio individuale con i due conduttori. Tale colloquio, finalizzato alla conoscenza reciproca, non era in alcun modo vincolante alla partecipazione al gruppo, ma si configurava come una occasione di incontro tra i conduttori e i candidati, occasione in cui le persone potevano esprimere bisogni e dubbi e ottenere chiarimenti e informazioni sul setting di gruppo. Questo consentiva alle persone di avvicinarsi in maniera più consapevole all'esperienza e ai conduttori di conoscere direttamente le persone e valutare la loro motivazione.

#### *Lo spazio utilizzato*

Il Servizio ha a disposizione una stanza adeguata alle attività di gruppo.

Negli ultimi tre anni, grazie alla presenza di alcuni psicodrammatisti impegnati a diverso titolo nel Servizio, questo spazio è stato attrezzato rispetto alle esigenze di un setting psicodrammatico, ma facilmente riadattabile anche per altri utilizzi (gruppi psico-pedagogici, gruppi formativi, gruppi terapeutici ad indirizzo non psicodrammatico).

#### *Composizione del gruppo*

Il gruppo terapeutico è cominciato nel mese di ottobre 2007.

Si è trattato di un gruppo omogeneo continuativo, aperto, con incontri settimanali, della durata di un'ora e mezza.

Dal mese di ottobre al mese di dicembre 2007 i partecipanti al gruppo sono stati tre. Nei mesi di gennaio 2008 e febbraio 2008 sono avvenuti altri due inserimenti.

Le partecipanti sono state donne diabetiche (il gruppo ha avuto infatti una caratterizzazione di genere non voluta, ma occasionale), tutte di età superiore ai 60 anni, con problemi di peso.

L'esperienza qui descritta si riferisce ad un arco temporale che va dall'ottobre 2007 al giugno 2008.

## Capitolo 2

### IL VALORE DEL GRUPPO DI PSICODRAMMA CLASSICO COME DISPOSITIVO DI CURA

*Nel teatro della spontaneità è presente tutta la comunità:  
esso è un nuovo tipo di istituzione, quella che vuole celebrare la  
creatività.*

*È il luogo in cui si mette alla prova la vita, il forte e il debole,  
mediante il teatro,  
è il luogo delle verità senza potenze,  
poiché ognuno vi possiede il potere che è capace di mostrare...  
...è il teatro di tutti e per tutti*

Jacob Levi Moreno

Il gruppo di psicodramma si configura come un nucleo societario governato da regole particolari, dettate dalla metodologia, che mirano all'instaurarsi di relazioni funzionali ai fini terapeutici del gruppo. In questo senso, all'interno del gruppo di psicodramma, si instaura una realtà relazionale, non riproducibile nella vita quotidiana che mira ad un allenamento delle relazioni, frustrando la tendenza impulsiva e favorendo modalità spontanee, nell'accezione moreniana del termine, di relazione con l'altro (Carrirò P., pag. 14).

In questo capitolo analizzerò alcuni di questi principi metodologici in considerazione del valore che hanno avuto nel gruppo da me condotto.

#### 2.1 - La dimensione telica

Il tele costituisce per Moreno la struttura primaria della comunicazione interpersonale, è il cemento che tiene unito ogni

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

Nello psicodramma le relazioni di tele hanno un valore terapeutico fondamentale.

Il direttore si trova continuamente impegnato nel trasformare le relazioni interpersonali dallo stato in cui sono in un determinato momento in relazioni di tele, ovvero in relazioni di autentica reciprocità e comprensione. Egli, inoltre, cerca di trasformare il tele negativo in tele positivo, e questo per creare un dispositivo dove il gruppo si caratterizzi come *mondo ausiliario*, un contesto che favorisca l'intimità e la fiducia tra le persone e che le porti ad un *incontro*, inteso in senso moreniano.

Questo sforzo, da parte del direttore, comincia fin dalla prima sessione.

I primi incontri, infatti, sono finalizzati alla *formazione del gruppo* e alla creazione di un clima favorevole e rispettoso delle singole individualità. Questo significa creare i presupposti per un contesto accudente e soprattutto non giudicante, indispensabile per consentire ad ogni componente del gruppo di mostrarsi all'altro e mettersi in gioco anche nelle sue parti più intime e fragili.

Faccio qui riferimento ad uno dei fattori descritti da Yalom come terapeutici nella terapia di gruppo: l'*universalità*. Molti pazienti intraprendono la terapia convinti di essere gli unici a vivere certi problemi o certi disagi e spesso questo senso di unicità è rinforzato dal loro isolamento sociale. Nel gruppo terapeutico viene smentita questa sensazione di unicità, non esistono azioni o pensieri umani totalmente estranei all'esperienza di altre persone: i pazienti normalmente esprimono grande sollievo nello scoprire che non sono soli e che anche altri condividono gli stessi dilemmi ed esperienze di vita. Nonostante la complessità dei problemi umani esistono determinati denominatori comuni e i membri di un gruppo terapeutico percepiscono rapidamente queste somiglianze (Yalom I., pag. 22).

Un altro importante fattore descritto da Yalom è la *coesione di gruppo*. La coesione nella terapia di gruppo corrisponde alla relazione nella terapia individuale. La coesione comprende la relazione del paziente con il terapeuta, con gli altri membri del gruppo e con il gruppo come un tutto. Il termine coesione si riferisce all'attrattiva che un gruppo esercita sui suoi membri; essa non è di per sé un fattore terapeutico, ma una condizione necessaria per una terapia efficace. L'appartenenza ad un gruppo, l'accettazione e l'approvazione sono della massima importanza per lo sviluppo dell'individuo (Yalom I., pag. 67).

Per questo motivo le attività sollecitate dal conduttore fin dai primi momenti sono attività che offrono alle persone la possibilità di presentarsi, di attivare empatia e rispecchiamento e la consapevolezza che l'altro non è così tanto diverso da sé ed è possibile condividere emozioni, stati d'animo e pensieri. Ogni persona può trovare nel gruppo una cassa di risonanza, una "sala di specchi", ma anche tante identità che possono confrontarsi arricchendosi nel processo reciproco di riconoscimento e differenziazione.

Il conduttore deve favorire un clima di crescente familiarità rispetto all'altro, che gradualmente, da essere sconosciuto e potenzialmente pericoloso da cui difendersi, diventa una persona con cui condividere un percorso.

Nel caso del gruppo da me condotto, la condivisione di una patologia organica, si è rivelata all'inizio una base comune che ha permesso alle partecipanti di identificarsi reciprocamente. Le attività stimolate nei primi incontri hanno concesso, inoltre, di trovare altri punti di condivisione che avevano a che fare con stili di vita, quotidianità, problemi familiari, relazioni con i figli. Si sono avuti fin da subito momenti in cui le partecipanti si riconoscevano nelle parole e nei sentimenti che ognuna di loro portava come "biglietto da visita" per presentarsi alle altre.

Esempi di attività condotte nelle prime sessioni per facilitare la reciproca conoscenza<sup>2</sup>:

- Lavoro in semirealtà sulla propria terra di origine: viene costruita dalle partecipanti con l'ausilio di materiali (teli, cuscini, ecc.) una cartina geografica rappresentante l'Italia. Ogni partecipante si colloca nel luogo dove sente avere le proprie radici e viene intervistata sul significato di quel luogo, della gente, dei cibi, dei paesaggi, ecc., per arrivare a condividere con il gruppo quali elementi di quella terra le appartengono e riconosce come significativi nella relazione con gli altri.

- Inversione di ruolo con un altro significativo della propria vita che possa raccontare ai membri del gruppo qualcosa su di sé.

- Vengono disposte quattro sedie rappresentanti quattro fasi della vita: infanzia, adolescenza, età adulta, maturità. A turno ognuna sceglie una sedia e un'età ben definita. Nel momento in cui si siede torna all'età scelta e si racconta in quel preciso momento di vita con l'aiuto di domande fatte dalle compagne.

Successivamente ai primi incontri, il direttore continua nello sforzo di mantenere e incrementare questo clima accogliente e di fiducia reciproca. La circolarità, la simmetria, l'intersoggettività e la sospensione della risposta, sono tutti aspetti riguardanti la metodologia che rispondono a questa esigenza, ma di questi aspetti tratterò nello specifico più avanti.

Le relazioni vengono curate anche attraverso semplici accorgimenti che consentono frequenti momenti di incontro, relazione e scambio in intimità o nel gruppo allargato.

Nella mia esperienza ho potuto verificare quanto siano importanti i momenti in cui le persone hanno l'opportunità di incontrarsi e scambiarsi reciprocamente nel qui ed ora della realtà del gruppo.

È ben noto ad esempio, il valore della *sociometria* sia come momento individuativo per i singoli membri del gruppo che come momento di ristrutturazione percettiva del gruppo. Faccio qui riferimento non solo alle attività sociometriche propriamente dette, ma ad ogni momento in cui in una sessione viene chiesto di operare una scelta tra i membri del gruppo; questo perché, in un anno di lavoro e con due inserimenti in corso, le occasioni di lavoro sociometrico puro sono state limitate<sup>3</sup>. Anche la tipologia di gruppo ha reso difficoltoso un utilizzo puro della sociometria: le partecipanti, infatti, faticavano anche solo a scegliere una compagna per una confidenza, con l'implicito timore di offendere chi non veniva scelto. Il riconoscimento continuo da parte del conduttore della fatica ma anche del valore della scelta nella relazione, ha consentito gradatamente di inserire questi momenti all'interno del lavoro di gruppo.

Esempi di attività per promuovere relazioni teliche positive e/o momenti di scelta sociometrica:

- Scegliete una persona nel gruppo con cui formare una coppia e all'interno di ogni coppia stabilite chi inizia. Chi inizia racconterà alla compagna come è stata in questa settimana. La compagna non potrà parlare di sé o fare commenti, ma dovrà solo ascoltare e fare domande di approfondimento su quanto le viene raccontato. Vi verrà detto quando scambiare i ruoli. Tornati in cerchio, ciascuna diventa la propria compagna e aggiorna il gruppo sulla sua settimana. Tornati nei propri panni, ciascuna racconta le impressioni suscitate nel sentire la compagna che parlava come se fosse lei e se c'è qualcosa che ritiene importante aggiungere o correggere.

- A turno ognuna sceglie la persona nel gruppo che sente di conoscere di meno per raccontare la propria settimana.

- Ognuna sceglie due persone: quella che la conosce di più e quella che la conosce di meno. La persona che sentite che vi conosce di più parlerà di voi alla persona che sentite che vi conosce di meno. Al termine ognuna avrà la possibilità di integrare o correggere ciò che è stato detto di lei.

<sup>2</sup> Gli esempi presenti in questo capitolo fanno tutti riferimento ad attività effettivamente svolte nel gruppo con pazienti diabetici.

<sup>3</sup> Per le sue caratteristiche la sociometria intragruppale viene adottata in condizioni ben consolidate di coesione di gruppo.

Altri momenti significativi, implicitamente collegati alle attività sociometriche appena descritte, si sono rivelati quelli in cui veniva attivata la *funzione di specchio*.

La funzione di specchio permette di cogliere aspetti di se stesso nelle immagini relative alla sua persona costruite dagli altri ed a lui rimandate (Boria G., pag. 99). È una funzione che consente un confronto tra auto ed eteropercezione; facilita il processo di individuazione e attiva l'io-osservatore favorendo la consapevolezza attraverso l'autosservazione.

Anche in questo caso ho potuto osservare una lenta modificazione negli atteggiamenti e nelle espressioni delle partecipanti al gruppo. Inizialmente, infatti, gli specchi avevano un valore essenzialmente positivo e di rinforzo e, in qualità di conduttore, ho lasciato che questo accadesse anche per consentire in fase di creazione del gruppo lo stabilirsi di un clima accogliente e di rinforzo positivo. Con il passare del tempo però, ho spesso esplicitato al gruppo come anche aspetti di critica costruttiva potessero essere di grande aiuto per i singoli individui e per la loro crescita personale. Questo ha concesso momenti di confronto (sempre in una dinamica intersoggettiva) critico tra le partecipanti, anche se, ogni volta dovevano essere stimolati e incentivati dal conduttore.

Esempi di attività per promuovere la funzione di specchio:

- Consulto. A turno ognuna si allontana e si colloca in una posizione tale da sentire le compagne ma non vederle. Il gruppo formula dei pensieri rispetto alla compagna "assente" e a come la percepisce in questa fase della sua vita. Al termine di una breve discussione il gruppo formula un pensiero che metta in evidenza le risorse personali individuate nella compagna assente e che possano esserle d'aiuto nei momenti di difficoltà. Il pensiero viene scritto su un foglio di carta, la compagna viene richiamata e un portavoce legge il pensiero del gruppo. Quando tutte avranno ricevuto il consulto, ognuna avrà la possibilità di verbalizzare sentimenti e pensieri suscitati in lei nel sentire parlare le compagne.

- Ognuna sceglie una foto<sup>4</sup> che la rappresenti in questo momento di vita. Effettuata la scelta, individuare una compagna che possa spiegare al gruppo il perché di quella scelta ("lettura a specchio" della foto). Al termine ognuna avrà la possibilità di dire in che cosa si è riconosciuta nella lettura della compagna e il motivo della scelta di quella foto.

- Al termine di una attività di "incontro con un altro significativo": scegli una compagna di gruppo da cui hai voglia di sentirti dire come ti ha vista in questo incontro.

Un momento particolare in cui il conduttore deve essere attento alla dinamica telica è quello dei nuovi ingressi. Una persona che entra in un gruppo lo cambia nella forma e nella sostanza e un direttore deve garantire attraverso la sua conduzione che il clima di accoglienza e fiducia venga mantenuto e che il gruppo continui a caratterizzarsi come mondo ausiliario.

Nel gruppo da me condotto ho dovuto affrontare due momenti di inserimento che si sono qualificati in maniera molto differente, ma di questo tratterò nel prossimo capitolo.

Esempio di attività per promuovere l'inserimento di nuovi ingressi:

- Presentazione delle "anziane" del gruppo alla nuova compagna: ognuna verrà presentata dalle altre due compagne che parleranno di lei alla nuova arrivata. Al termine ognuna avrà la possibilità di integrare o correggere ciò che le altre hanno detto di lei. La persona nuova si presenterà al gruppo e il gruppo potrà farle delle domande.

## 2.2 - Parola consapevole vs chiacchiera

"Le cose stanno così perché così si dice", cito Heidegger perché ritengo assolutamente significative in questo contesto le sue parole in relazione al fenomeno del *Si* ("*si* dice che..."; "in questi casi *si* dovrebbe fare così...", ecc.). Esso si verifica quando l'essere assieme agli altri confonde l'esserci del singolo nel modo di essere degli altri; nel fenomeno del *Si*, infatti, ognuno è gli altri, nessuno è

se stesso (Heidegger, pag. 164). Il se-Stesso dell'Esserci quotidiano è il *Si-stesso*, che va distinto dal se-Stesso autentico, cioè posseduto in modo appropriato (Heidegger M., pag. 166).

Una delle possibilità inautentiche del *si* è la *chiacchiera*, che implica un modo di comprendere e interpretare l'esserci nella quotidianità. Nella chiacchiera non si sente il bisogno di chiedersi se ciò su cui si sta discorrendo, sia conquistato con consapevolezza oppure sia frutto di semplice ripetizione. La chiacchiera, trascurando di risalire al fondamento di ciò che si è detto, si caratterizza come una forma di chiusura alla comprensione. Questa chiusura è ulteriormente aggravata dal fatto che la chiacchiera, con la sua presunzione di aver raggiunto la comprensione di ciò di cui parla, impedisce ogni riesame e ogni nuova discussione.

Nel gruppo da me condotto, forse anche in virtù del fatto che le partecipanti erano donne di una certa età e con pochi strumenti e occasioni di autoosservazione e di autoanalisi, la chiacchiera ha trovato spesso un fertile terreno a cui attecchire.

La stessa patologia, il rapporto con i farmaci, una quotidianità in cui si rispecchiavano, le relazioni familiari, i figli, le responsabilità legate alle cure domestiche, tutti argomenti condivisi che in alcuni momenti venivano fusi in un "*si*" collettivo che accomunava le partecipanti.

Nello psicodramma, grazie alla direttività che lo caratterizza e alle attività che vengono proposte, sono pochi i momenti di chiacchiera spontanea e, anche quando emergono, il conduttore invita sempre ad uscire da un "*si*" impersonale per parlare in prima persona. Nel gruppo in cui ho lavorato, però, ho notato che c'era un momento in particolare in cui la chiacchiera aveva la tendenza ad emergere prepotentemente ed era il momento dell'aggiornamento.

Generalmente ogni sessione di psicodramma prevede un'attività denominata *situazione di ognuno*. Essa consiste in un aggiornamento in cui si chiede ai partecipanti di condividere con il gruppo qualcosa in relazione ad avvenimenti accaduti nella vita quotidiana e ai conseguenti risvolti emotivi.

La *situazione di ognuno* ha le seguenti finalità:

- aumentare la conoscenza reciproca tra i membri del gruppo. Le persone hanno la sensazione di appartenere ad un gruppo quando percepiscono di poter attingere ad un patrimonio comune e condiviso di esperienze. Un gruppo si sente tale anche grazie a questa condivisione di conoscenze relative alle storie personali, grazie alle quali ognuno percepisce i compagni come soggetti "noti" e si sente "noto" agli altri (Boria G., pag. 146). È ciò che Moreno chiama *co-conscio*;

- consentire al direttore di cogliere l'atmosfera emotiva del gruppo per poter proporre attività adeguate ai bisogni del momento;

- verificare la presenza di situazioni di particolare urgenza su cui lavorare;

- stimolare le capacità di autoosservazione nelle singole persone;

- riattivare relazioni teliche tra i membri del gruppo consentendo a ciascuno, ad ogni incontro, di sentirsi in un contesto di condivisione, accogliente e non giudicante (Boria Migliorini M.C., pag. 53)

Tutte queste finalità hanno trovato uno spazio nell'esperienza del gruppo da me condotto, ma vorrei sottolineare l'importanza che ha avuto l'aggiornamento sulle capacità di autoosservazione delle partecipanti.

Ad ogni incontro, infatti, la loro tendenza era quella di sottovalutare le esperienze vissute nella quotidianità appiattendolo tutto e presentando in maniera stereotipata e ripetitiva gli accadimenti avvenuti nella vita di tutti i giorni. L'essere "costrette" da una consegna, o l'essere facilitate da un doppio del conduttore, ad approfondire ciò che in un altro contesto si sarebbe presentato in maniera superficiale o addirittura si sarebbe taciuto considerandolo di poca importanza, ha permesso alle persone del gruppo di esercitarsi continuamente nella lettura dei propri sentimenti e delle proprie sensazioni rivalutando anche momenti della routine quotidiana e appropriandosene in maniera più consapevole.

Esempi di attività di aggiornamento:

<sup>4</sup> Per questa attività ho utilizzato un set di fotografie che uso spesso nei gruppi in formazione.

- A turno ognuna racconta al gruppo come si sente oggi e ogni compagna ha a disposizione una domanda di approfondimento.

- Ciascuna pensa ad un evento piacevole e ad un evento spiacevole che gli è accaduto questa settimana. Si faranno due giri: nel primo giro ciascuna racconta uno dei due eventi a cui ha pensato, scegliendo da quale partire; nel secondo giro racconterà l'altro evento.

- Aggiornamento a tema: famiglia, salute, amicizia/tempo libero. Ognuna aggiorna il gruppo su tutti e tre gli argomenti. Vengono disposte tre sedie con cuscini di colore diverso che rappresentano sentimenti positivi, negativi o neutri (nel senso di poco significativi). A seconda del tema e del sentimento collegato la persona sceglie su quale sedia sedersi e si racconta al gruppo.

- Ognuna sceglie una compagna con cui sente di potersi confidare, si siede di fronte a lei e le racconta come è andata la settimana. Quando avrà finito, la compagna potrà fare delle domande.

### 2.3 - Sospensione della risposta, intersoggettività e verità soggettiva

La *sospensione della risposta* è una regola dello psicodramma che consente a ciascuno di riflettere e di dare, in conseguenza, un senso più ponderato allo stimolo ricevuto. Si cerca di evitare lo stabilirsi di una dinamica del tipo "botta e risposta", tipica dei gruppi a dinamica libera, che innescherebbe una dannosa scarica di impulsi piuttosto che una salutare presa di coscienza di contenuti appartenenti all'altrui soggettività (Boria G., pag. 124).

In una sessione di psicodramma ogni membro del gruppo ha diritto di esprimere la propria personale verità, *verità soggettiva*, senza che questa possa essere sottoposta a critica o a giudizio dagli altri membri del gruppo o dal terapeuta stesso. La regola non implica l'accettazione incondizionata dell'altrui verità, ma un atteggiamento, a volte difficile o frustrante, di rispetto e di condivisione di punti di vista diversi dal proprio.

Questo porta ad un tipo di relazione che noi qualificiamo come *intersoggettiva*. L'intersoggettività costituisce un allenamento costante alla gestione degli impulsi che di fatto mirano alla immediata soddisfazione, attraverso verbalizzazioni controindipendenti nella relazione con l'altro e che producono nel gruppo una situazione dialogica che conduce alla contrapposizione o, viceversa, all'assoggettamento.

Senza la sospensione della risposta, si svilupperebbe naturalmente una tendenza impulsiva che indurrebbe alla verbalizzazione di punti di vista, sotto forma di giudizio, positivo o negativo, circa quanto sta avvenendo nel lavoro psicodrammatico. La regola dell'intersoggettività al contrario propone un allenamento, frustrante l'impulso, ad un adattamento a regole sociali accettate all'interno del gruppo di psicodramma. L'accettazione di tali regole da parte dei membri del gruppo soggiace al soddisfacimento del bisogno di appartenenza al gruppo stesso, senza il quale nessuno probabilmente le condividerebbe mai (Carrirolo P., pag. 14).

Parlare di "verità" in ambito psicoterapeutico non significa riferirsi a categorie come giusto e sbagliato o veritiero e falso (in psicodramma è una norma metodologica acquisita che "chi non ricorda o non sa, inventa"), ma stabilire nuove connessioni di senso. L'accento terapeutico si sposta dal svelamento di una verità più vera, sottostante a quella manifesta, all'espressione più articolata di un modo d'essere. Il continuo sforzo a nuove verità si riferisce, quindi, non a verità sottostanti ma a nuovi modi di esserci, che non negano i primi ma vi si affiancano e vi si intrecciano, creando nuove connessioni di senso sia nel soggetto singolo sia, con effetto moltiplicatore, nei compagni di gruppo (De Leonardi P., pag. 128).

Il metodo psicodrammatico quindi rinuncia a far passare il gruppo attraverso un'esperienza di riattualizzazione nel gruppo stesso di antichi conflitti (nevrosi da transfert e sua elaborazione in situ), ma non rinuncia al confronto indiretto delle rispettive verità interiori dei singoli. Le condizioni di setting che portano ad una relazione intersoggettiva fra i membri del gruppo consentono e favoriscono l'esplorazione della verità soggettiva e l'amplificazione

di quell'effetto specchio riconosciuto come agente terapeutico nei gruppi di terapia.

Devo riconoscere che verità soggettiva, sospensione della risposta e intersoggettività, sono state una ardua e lenta conquista nel gruppo di cui sto trattando in questo lavoro.

Nei primi mesi, quando il gruppo era composto solo da tre persone, dovevo spesso intervenire e in qualche modo anche "riprendere" le partecipanti, per evitare l'instaurarsi di una modalità interdipendente di relazione. La loro tendenza era quella di interrompere continuamente, di porre domande e formulare giudizi e, in alcuni momenti, ho anche avuto la sensazione di pormi come una "maestra" che riprendeva le "allieve indisciplinate" (sensazione estremamente spiacevole per me in generale, ma in particolare in questo contesto trovandomi di fronte a donne di un'età superiore alla mia).

Una svolta è avvenuta con l'inserimento delle due nuove compagne. Ho potuto infatti constatare come, con l'ingresso delle "nuove", le "anziane del gruppo" sono diventate un modello di riferimento attraverso il loro atteggiamento. È come se con l'arrivo delle nuove si fosse verificata quella che possiamo considerare una ristrutturazione del campo gruppale, all'interno della quale coloro che erano le portatrici della storia del gruppo e della sua cultura, acquisita nel corso delle sessioni precedenti, sono diventate portatrici di questo mandato nei confronti di chi è stato accolto. La funzione di questa nuova strutturazione dei ruoli nel gruppo di psicodramma, ha comportato un'asimmetria virtuosa tra le partecipanti che ha garantito una maggiore consistenza ai confini del gruppo stesso e ha consolidato il senso di appartenenza in esso.

### 2.4 - Circolarità e simmetria

Nei gruppi di psicodramma spesso il lavoro richiede che ognuno, in un tempo che gli viene assegnato, possa esprimersi con le modalità indicate dalla consegna del direttore. Questa assegnazione del tempo risponde ad un criterio che sta alla base di tutto il lavoro dell'attività con il gruppo: quello della *circolarità*, per la quale tutti a turno hanno un proprio spazio che consente alla soggettività del singolo di esprimersi. Conseguenza della circolarità è la *simmetria*, cioè il fatto di aver goduto tutti di pari opportunità espressive (Boria G., pag. 82).

Offrire a tutti i membri le stesse opportunità di espressione e di comunicazione è una regola fondamentale nei gruppi di psicodramma. È il direttore che fin dall'inizio con il suo comportamento e attraverso le sue consegne, deve aver cura di offrire e sollecitare l'espressione di ciascuno, per garantire, come dice P. de Leonardi, "appartenenza nella parità".

Questo aspetto metodologico si è rivelato prezioso nel gruppo da me condotto principalmente per tre motivi:

- 1) ha creato una dinamica positiva tra i membri del gruppo, che si sono sentiti riconosciuti ciascuno nel proprio diritto di partecipare ed anche nel proprio impegno a lasciar partecipare, fattore questo che ha rapidamente consentito lo sviluppo di una cultura collettiva ispirata al principio del rispetto intersoggettivo;

- 2) ha consentito uno spazio di parola e di lavoro anche a chi in un'altra situazione avrebbe avuto la tendenza a ritirarsi e a non esporsi;

- 3) ha facilitato l'avvicinamento di ciascuna ai lavori in semirealtà (ad esempio, interviste in inversione di ruolo, sedia vuota, ecc.), sentiti inizialmente sia come situazioni difficoltose sia come occasioni rischiose per lo svelamento della propria intimità. Per le caratteristiche del gruppo, infatti, il lavoro in semirealtà non è stato così semplice, ma vedere reciprocamente le compagne che si sperimentavano in qualcosa di così faticoso per loro ha concesso a tutte di cimentarsi: "se ci riesci tu, posso provarci anche io!"

Capitolo 3  
I GRUPPI OMOGENEI

*"L'uomo porta in sé un numero quasi infinito di possibilità di scoprire il mondo.*

*Egli, ed egli soltanto, è responsabile della realizzazione del massimo numero di tali possibilità.*

*Quando accetta questa responsabilità, esercita la sua libertà.*

*L'uomo è libero di esser ciò che vuole essere".*

Medard Boss

### 3.1 - La monosintomaticità come fenomeno storico-sociale

Per *monosintomaticità* si intende la tendenza sociale a fare del sintomo una sorta di insegna identificatoria che raggruppa soggetti simili, uniti da un tratto comune. L'omogeneità che istituisce il legame tra soggetti è a fondamento del gruppo monosintomatico.

La clinica della monosintomaticità si sviluppa nel contesto storico-sociale degli anni '80-'90 in seguito alla diffusione crescente di nuove configurazioni del sintomo (ad esempio anoressie e bulimie, tossicomanie, ecc.) che hanno dato luogo a raggruppamenti monosintomatici. Abbiamo assistito in questi anni ad un proliferare di Associazioni che utilizzano il sintomo come criterio di ammissione del "socio" (associazioni di malati di AIDS, di alcolisti, di DAP, ecc.), dove il sintomo diventa un'insegna identificatoria per la costituzione di nuove comunità neo-segregative (Recalcati M., pag. 50). Se il sintomo, inteso classicamente, divideva la persona e sottolineava la sua non integrazione sociale, la monosintomaticità "promuove invece un raggruppamento dei soggetti attraverso il tratto identico costituito dalla *riduzione del sintomo all'insegna*. [...] il legame reso possibile dall'identificazione al simile è un legame che anziché mettere in connessione con l'Altro tende a rafforzare la segregazione. L'etimologia del prefisso 'mono' viene infatti dal greco e significa 'solo'. Il fenomeno monosintomatico è il luogo di una solitudine segregativa; è il luogo dello Stesso isolato dall'Altro. In esso non c'è esperienza dell'esteriorità, dell'alterità, ma del comune. 'Mono' significa anche 'uguale per tutti', tipico, omogeneo" (Recalcati M., pag. 51). Il sintomo rischia così di non costituire più la "particolarità" del soggetto, ma, al contrario la sua omologazione.

### 3.2 - I gruppi omogenei nelle istituzioni socio-sanitarie

Nelle istituzioni socio-sanitarie in ambito pubblico i gruppi di lavoro e di cura sono frequentemente caratterizzati da una qualche omogeneità.

Omogenea può essere la richiesta da parte degli utenti (per esempio familiari di pazienti che si riuniscono per affrontare i cambiamenti, le ansie e le angosce indotte dall'insorgere della malattia; persone che hanno subito eventi traumatici che necessitano di una elaborazione; membri di un gruppo di lavoro accomunati dalla medesima richiesta formativa); omogenea può essere la diagnosi che caratterizza i membri del gruppo che si andrà a costituire (diagnosi relativa a problemi psichici, somatici o psicosomatici); omogenee possono essere l'appartenenza di genere, la fase della vita da affrontare (adolescenza, vecchiaia) o le specifiche problematiche dei partecipanti al lavoro di gruppo (Corbella S., pag. 292).

I gruppi omogenei o monosintomatici si caratterizzano come spazio di condivisione, crescita e sostegno per persone in condizione di sofferenza e "la funzione del gruppo omogeneo si rivela preziosa nella cura, nella prevenzione del burnout e nella costruzione della qualità della vita" (Corbella S., pag. 292). La presenza di un'esperienza emotiva condivisa, infatti, attiva nel gruppo specifici fattori terapeutici.

La proposta del gruppo in ambito medico per pazienti con malattie organiche croniche è motivata dalla necessità di fornire un intervento integrato che consideri anche gli aspetti psicologici che vi sono legati. La visione medica della malattia è la rappresentazione dominante nella nostra cultura; secondo questa prospettiva, nel fatto morboso è assente la dimensione del significato ed esso è ridotto ad una modificazione strutturale, o funzionale, verificatasi nell'organismo malato. Tale rappresentazione non rispecchia la

realtà esperita soggettivamente dal paziente e per questo motivo egli avanza una richiesta di senso che va tenuta in considerazione. Questo problema evidenzia la necessità di una presa in carico che non sia parziale, limitata alla parte malata del paziente, ma che consideri il disturbo all'interno della globalità della sua esperienza.

Attualmente, nel contesto di cura della patologia organica, si assiste ad una crescente richiesta di interventi che considerino la persona malata nella sua globalità; conseguentemente a ciò la figura dello psicologo si sta progressivamente inserendo nel Servizio Sanitario Nazionale per accogliere e contenere le implicazioni emotive presenti nella manifestazione e nello sviluppo di queste patologie.

Il gruppo viene istituito con la funzione di occuparsi del vissuto del paziente nei confronti della propria malattia. Il Reparto, all'interno della struttura ospedaliera, propone naturalmente un raggruppamento di pazienti con la stessa patologia, ma ciò che permette il passaggio da una serie disomogenea di pazienti ad un gruppo omogeneo è la presenza di un conduttore/terapeuta il quale si fa garante della capacità e della possibilità di pensare la malattia. Essa, per il paziente, si presenta come un evento traumatico improvviso e, nel caso delle patologie croniche, va a costituire una caratteristica fondante la sua identità poiché le prescrizioni mediche occupano gran parte della giornata e si assiste ad un mutamento radicale delle proprie abitudini di vita.

### 3.3 - Dalla malattia alla sofferenza: un percorso di cura

Ho concluso il paragrafo della monosintomaticità come fenomeno storico-sociale dicendo che il sintomo, in questi gruppi, non costituisce più la "particolarità" del soggetto, ma, al contrario la sua omologazione.

Questo si rivela ancor più vero nel caso di patologie organiche dove la malattia si presenta alla porta come un ospite non invitato e non desiderato che occupa la nostra casa e, nel caso di patologie croniche, vi si stabilisce a tempo indeterminato. È un ospite che non si è cercato, nessuno lo ha invitato, e questo può far emergere sentimenti di rabbia ed impotenza che ostacolano l'assunzione di responsabilità nei confronti della condizione patologica. La persona si sente invasa, impotente, in alcuni casi sfortunata, costretta ad indossare un abito-uniforme che, da questo momento in poi, lo identificherà uniformandolo a chi indossa la stessa divisa e differenziandolo da tutti gli altri.

Nella prima parte di questo lavoro ho accennato al modello *patient centred* e alla distinzione tra *avere una malattia* ed *essere malato*, come dimensione soggettiva del vissuto di malattia. Ritengo che lo psicodramma, lavorando sul senso della sofferenza personale, rispecchi puntualmente questo modello epistemologico.

In un gruppo monosintomatico di pazienti organici le persone che si incontrano condividono una comune origine: la malattia, nel nostro caso il diabete.

La malattia, inizialmente, parla la sua lingua che è la lingua stereotipata, è la lingua dei luoghi comuni, è la lingua medico-scientifica, è la lingua dell'omologazione (*l'insegna* di cui parlava Recalcati) e, in quanto tale, una lingua che parla ma dice poco o nulla. È la lingua del *Si*, citando nuovamente Heidegger, dove il *Si* sgrava il singolo esserci del proprio essere perché alleggerisce l'esserci della propria responsabilità. Nel fenomeno del *Si*, infatti, "Ognuno è gli altri, nessuno è se stesso".

È, per dirla in termini moreniani, una lingua "cristallizzata", una lingua che si ripete, sempre uguale a se stessa e che, come tale, non dice nulla di nuovo.

La malattia, in senso biologico, è un aggressore esterno che si è impossessato della persona, modificando il suo pensiero, il suo corpo, le sue abitudini, il suo modo di stare con le altre persone, il suo *essere nel mondo*. Nel mio gruppo questo estraneo si chiama diabete ed è all'origine dell'incontro delle partecipanti. Ma l'origine, come dice la parola stessa, è solo l'inizio del percorso, un percorso che attraverso la malattia raggiunge la sofferenza.

La malattia non consente interrogazione, perché ha già in sé tutte le risposte, risposte che chiudono ogni possibilità di cambiamento. Il diabete è una malattia cronica. Ecco alcuni sinonimi di cronico: permanente, incurabile, inguaribile, irreversibile,

persistente, radicato, irrimediabile, ecc., tutti termini che non ammettono spazi di azione o di trasformazione.

La sofferenza, invece, interroga, è soggettiva e apre nuovi spazi e nuove possibilità di creazione che la malattia aveva chiuso. Attraverso la sofferenza la persona può uscire dalla cristallizzazione della malattia e sperimentare nuove possibilità e nuove risorse, può finalmente interrogarsi sul senso e sul significato della propria esistenza.

Il gruppo di psicodramma, in questa cornice, diventa un luogo privilegiato dove le persone possono lavorare sul senso della sofferenza individuale. Attraverso un orientamento esistenziale, infatti, la metodologia psicodrammatica assegna un valore privilegiato alla *verità soggettiva* come momento di presa di coscienza e di assunzione di responsabilità dell'individuo nei confronti della sua esistenza: dalla verità oggettiva del sintomo alla verità soggettiva della sofferenza. È nella sofferenza che si afferma l'unicità della condizione umana. Ma affermare la propria unicità rischia di essere un passaggio estremamente doloroso per l'individuo, poiché essere unici può venire interpretato come essere soli.

È proprio attraverso questa dolorosa consapevolezza che assume valore l'*Incontro* moreniano. Per accedere ad un'esperienza individuale occorre attraversare una situazione di incontro con l'altro: essere a contatto con altre persone che condividono un percorso nella sofferenza consente il passaggio dallo stato di malato alla condizione di persona sofferente, condizione che apre ad altre dimensioni (affettive, familiari, interpersonali, spirituali, ecc.) che non appartengono più solo alla dimensione biologica della malattia. Nella relazione intersoggettiva con un altro da me, in questa relazione privilegiata, si realizza l'incontro come momento di individuazione della persona, di riconoscimento, anche faticoso, della sua specificità.

La singolarità di ciascun individuo rappresenta un compito, e non un dato biologico da assumere semplicemente, e, come tale, questa singolarità si costruisce nello scambio incessante con l'altro, scambio che appare irrinunciabile per la costituzione della soggettività di ciascuno.

Quando ho iniziato a lavorare con il gruppo mi sono subito accorta di quanto il tema del diabete fosse il "grande assente" dei nostri incontri. Le partecipanti difficilmente lo introducevano spontaneamente come tema di riflessione o di lavoro. Era ben chiaro al gruppo questo elemento di condivisione, ma sembrava che nessuno sentisse la necessità di esplorarlo.

La mia inesperienza mi ha portato in diverse occasioni ad interrogarmi su questo. All'inizio ho pensato che dovevo assumermi io per loro questa responsabilità e inserire delle attività che consentissero alle partecipanti di "portare in scena" il diabete. È stato un errore che mi ha insegnato molto, perché le volte che è accaduto il *fenomeno del Sì* ha fatto capolino e le partecipanti hanno ripreso a parlare la lingua stereotipata della malattia. È proprio grazie a questa esperienza che ho capito che non dovevo far parlare la malattia, ma dovevo lasciare parlare la sofferenza che comunica nella lingua della verità soggettiva.

Devo ringraziare particolarmente due persone, partecipanti del gruppo che, attraverso la loro esperienza, mi hanno insegnato molto. Vittoria e Lucia<sup>5</sup>.

Vittoria è presente fin dal primo incontro del gruppo. È una donna con una sorella diabetica e la cui madre è deceduta per complicanze dovute al diabete. L'ho conosciuta durante il mio secondo anno di tirocinio, quando conducevo i gruppi psicopedagogici per pazienti diabetici di cui ho parlato nella prima parte di questa tesi. Lei infatti aveva partecipato ad uno di questi gruppi. Vittoria è sposata, con due figli adulti. Un aspetto che la caratterizza è il forte legame con la sua famiglia attuale e con la famiglia d'origine che la porta ad avere un ruolo di "collante" nelle relazioni, ruolo che ricoprirà anche nel gruppo terapeutico.

Lucia entra nel gruppo a febbraio. Ha partecipato anche lei ai gruppi psicopedagogici per pazienti diabetici. Abbandonata dai

genitori da piccola è cresciuta con i nonni. Separata con tre figli adulti, di cui uno vive attualmente in casa con lei.

La storia di Vittoria e quella di Lucia all'interno del gruppo si caratterizzano per differenza: sembrano essere agli estremi opposti rispetto a quell'atteggiamento di assunzione di responsabilità a cui accennavo precedentemente.

Vittoria è molto motivata a partecipare. Ha fin da subito un atteggiamento accogliente e non giudicante nei confronti delle compagne e delle loro storie. È lei ad introdurre il rituale del bar al termine delle sessioni (rituale che rimarrà per tutto l'anno di lavoro con il gruppo). Fin dal primo momento porta in gruppo contenuti forti e per lei dolorosi. A differenza delle altre, si lascia facilmente guidare in situazioni di semi-realtà, partecipando e mettendosi in gioco. Diventa così una sorta di modello per le sue compagne, che le riconoscono un ruolo particolare nel gruppo. Vittoria, infatti, è quella che, nelle attività sociometriche, riceve più scelte e gli specchi nei suoi confronti le rimandano un'immagine di stima e di ammirazione.

È capitato che durante le verbalizzazioni Vittoria ringraziasse il gruppo perché sentiva, a suo dire, che il percorso terapeutico la stava aiutando: "sto imparando a prendermi cura di me, non solo in termini di salute ma di benessere generale".

Vorrei sottolineare, a questo proposito, che Vittoria è nel gruppo la persona che maggiormente si interroga e interroga le compagne sul tema del diabete. Attraverso Vittoria la malattia parla, ma parla il linguaggio della sofferenza, parla il linguaggio di una figlia che ha visto morire la madre proprio a causa di questa malattia e che l'ha accudita fino all'ultimo facendosi carico del suo dolore. In Vittoria la malattia si è incarnata in una storia vissuta in prima persona ed il suo linguaggio omologante si è colorato del dialetto di una verità soggettiva che si racconta partendo da sé, attraverso le parole della commozione, della rabbia, del rimpianto e della nostalgia.

Lucia ha un atteggiamento molto diverso nel gruppo. È giudicante, poco accogliente, trasgredisce continuamente la regola della sospensione della risposta. È quella meno scelta nei lavori sociometrici. Difficilmente accetta di mettersi in discussione (non accoglie gli specchi delle compagne), ma quello che più mi preme sottolineare è il suo atteggiamento nei confronti della malattia.

Lucia non si considera malata, o meglio, non si considera sofferente. Il diabete per lei non è un problema, bensì un dato oggettivo con cui non ha bisogno di confrontarsi perché "sa bene come affrontarlo". Questo atteggiamento nei confronti della malattia, e in generale della vita, la porta ad una modalità di relazione cristallizzata, cronicizzata, che non consente spiragli di apertura, non consente forme di comunicazione. Nel gruppo ha un atteggiamento da esperta: è esperta nella malattia, nelle relazioni amicali e sentimentali, nel ruolo di madre, ecc., e la sua esperienza non lascia spazio all'incontro con altre esperienze, non lascia spazio alla condivisione della sofferenza.

Nella mia lettura, in Lucia non c'è quell'assunzione di responsabilità a cui accennavo precedentemente. La malattia, il marito che l'ha abbandonata, i figli che non la sostengono, gli amici assenti, il gruppo di psicodramma che non la capisce, sono tutti eventi che "capitano" e che lei subisce con passività e rabbia. Lucia parla la lingua dei luoghi comuni, delle stereotipie, parla una lingua che non comunica, che non mette in relazione. Lucia non fa sua l'esperienza, ma la subisce e subire significa non avere responsabilità.

Lucia lascerà il gruppo a giugno.

Vittoria e Lucia rappresentano due diversi modi di relazionarsi con il tema della malattia, tema che organicamente riguarda entrambe, ma che da un punto di vista psicologico riguarda propriamente solo una di esse, colei che è capace di assumerselo come proprio.

Sarebbe, a mio parere, sbagliato collocarle lungo un continuum e considerarle semplicemente polarità che rappresentano un successo ed un fallimento terapeutico rispettivamente. Ciascuna di esse porta nella scena del gruppo il suo proprio modo di essere e di rappresentarsi il rapporto con il disturbo organico, e quello che mettono alla prova in questa rappresentazione è la loro possibilità di

<sup>5</sup> I nomi sono stati cambiati.

far parte di un gruppo terapeutico fondato sull'intersoggettività e sull'accesso spontaneo alle proprie storie. Ciascuna di loro, infatti, nel gruppo di psicodramma proviene da un percorso che ha la stessa origine, il diabete, ma ognuna è convocata a portare *da* quell'origine la sua verità soggettiva, il suo particolare punto di vista sulla vita, a parlare di sé accogliendo la propria provenienza responsabilmente.

Mentre Vittoria ha rappresentato nel gruppo l'affermazione positiva di questa origine, testimoniando la possibilità anche per le compagne di parlare a partire da essa senza necessariamente parlarne direttamente, Lucia, negando la verità stessa della condizione soggettiva, non è stata in grado di nominarsi sullo sfondo del suo disturbo. Negandolo come problema che la riguardasse, è stata assorbita da questo sfondo e si è trovata incapace di accedere allo scambio inter-soggettivo: priva di parola sulla sua condizione è stata parlata da essa, andandosene.

Perché si possa accedere all'intersoggettività in un gruppo come quello che ho descritto in queste pagine, è necessario accettare la verità di quel inter- che significa riconoscersi assieme alle altre nella condivisione di un disagio che ci invita ad un incontro e che si fa problema, ma che proprio per questo, paradossalmente, consente anche di agire ancora creativamente come soggetti, capaci di creatività e di spontaneità.

### CONCLUSIONI

*È uno strano ruolo quello del regista:  
non vuole essere Dio, eppure il suo ruolo questo richiede;  
vuole essere libero di sbagliare,  
ma gli attori istintivamente cospirano per fare di lui un arbitro,  
perché in ogni momento hanno un bisogno disperato di un  
arbitro.  
In un certo senso, il regista è sempre un impostore, una guida  
nella notte,  
che non conosce il territorio, ma che non ha scelta:  
deve fare da guida e imparare il percorso strada facendo.*

Peter Brook

Vorrei concludere questo mio lavoro con alcune riflessioni che hanno a che fare non solo con il mio tirocinio, ma con il mio percorso all'interno della scuola per diventare psicoterapeuta.

Mi sono laureata in psicologia nel 1992 e mi sono iscritta alla scuola di psicoterapia psicodrammatica nel 2004. Dodici anni dopo. Tenete a mente queste date perché ora vi racconto un sogno.

È un sogno che ho fatto nella primavera del 2004 alla fine di un seminario condotto da uno psicodrammatista argentino, Mario Buchbinder. Proprio in quei giorni stavo riflettendo se iscrivermi alla scuola di Psicoterapia Psicodrammatica di Giovanni Boria.

*Entro in una casa. Sono all'ingresso e attorno a me ci sono molte porte, tutte chiuse. Arriva una donna e mi porge un abito. È un abito bellissimo, lungo, di colore rosso rubino e ornato da ricami preziosi. È un abito da sposa. La donna mi dice che questo abito me lo manda il mio sposo che io so essere in una stanza, dietro una di quelle porte. Mi aspetta e intanto riposa. Nel sogno mi chiedo il perché di questo dono dal momento che ci siamo già sposati dodici anni prima.*

Il sogno prosegue in una drammatizzazione condotta pochi giorni dopo da Gigi Dotti e che mi vede protagonista.

*Indosso l'abito e sento sulla mia pelle il calore di quel colore rosso rubino, ne percepisco l'intensità, il senso. Mi calza a pennello. Entro nella stanza dove il mio sposo sta riposando e finalmente posso fargli la mia domanda: perché proprio ora? Perché vuoi risposarmi dopo dodici anni?*

*Lui prende le mie mani e risponde: dodici anni fa non avresti mai indossato un vestito così, non ti saresti sentita a tuo agio, non avresti osato farlo. Ma ora sei pronta...*

È anche per questo sogno se ora sono qui, davanti ad un computer a tirare le somme di questo percorso. Un percorso che è appena cominciato, ma sul quale non ho mai avuto dubbi.

Lo psicodramma è un vestito che mi calza a pennello!

E questa considerazione, fatta da una persona che nella vita è abituata a mettere sempre tutto in discussione, non è una considerazione da poco.

Non vorrei apparire troppo sicura di me. Non è così, credetemi. Durante l'esperienza di tirocinio mi sono interrogata spesso sulla mia adeguatezza al ruolo che ricoprovo.

L'esperienza con Lucia, il suo abbandono del gruppo, l'essermi accorta, mentre accadeva, che qualcosa non stava funzionando con lei, che non riuscivo a trovare la chiave per aprire quella porta o meglio, per fare in modo che il gruppo l'aprisse. Tutto ciò mi ha fatto sentire inadeguata. E forse lo sono stata. Forse. Non ho una risposta, credo che i "fallimenti" facciano parte del percorso di uno psicoterapeuta, anche se questo non può diventare un alibi.

Lucia non è stato l'unico momento in cui ho avuto dei dubbi. Mi sono interrogata spesso su quanto stava accadendo, su cosa avrei o non avrei potuto fare di diverso. A volte mi sembrava di cogliere un senso nel percorso, altre volte mi sentivo avvolta da una nebbia che mi impediva di vedere, di comprendere, di dare senso.

Ma concedetemi, in queste conclusioni, di testimoniare le mie risorse e non i miei limiti (Io chiedo a voi per potermi autorizzare io a farlo, dal momento che sono più abituata a vedere in me ciò che non va piuttosto di ciò che funziona).

Prendo a prestito, con il suo consenso, le parole scritte da un mio compagno di corso, nella sua tesi di laurea (il corsivo è mio):

*...dunque psicopatologia non è solo, come già detto, una ricerca di cosa ci sia dietro al sintomo, di quali siano i significati e i vissuti a lui collegati, ma è tentativo di comprensione della globalità della persona che si ha di fronte. In conseguenza di ciò, nel momento diagnostico, ci si sposta dunque dal piano della spiegazione, strettamente legato all'ambito nosografico, per avventurarsi nel campo della comprensione, che sicuramente più si adatta all'incontro di cui stiamo parlando. È evidente che, con un cambiamento così radicale delle intenzioni e degli scopi, anche la metodologia deve adeguarsi: a questo scopo Minkowski parla di penetrazione. Si tratta dello sforzo conoscitivo che il terapeuta deve mettere in atto quando si relaziona con un paziente, sforzo atto appunto a penetrarlo, a comprenderlo in maniera completa e organica nel suo essere all'interno della relazione. Questo implica una messa in gioco, da parte del terapeuta, di tutto il proprio essere e non solo del lato intellettuale: la conoscenza deve avvenire a tutti i livelli, emotivo e intellettuale, e l'incontro deve essere reale, non contaminato da esclusioni di lati di sé aprioristiche e consapevoli messe in atto da uno dei due elementi della relazione stessa (Motta D., pag. 14-15).*

Sono parole che risuonano fortemente in me e nel mio modo di concepire la mia presenza terapeutica.

Nei dodici anni che sono intercorsi tra la laurea e la decisione di intraprendere una scuola per diventare terapeuta, ho sempre pensato che quello non fosse un ruolo che avrei mai potuto rivestire. La neutralità e la posizione di esperto che viene richiesta in molte forme di psicoterapia è un abito che non sono mai riuscita ad indossare.

L'*attitudine mimetica* di cui parla Perussia, come interpretazione e traduzione di una persona secondo dei criteri che fanno capo ad una teoria di riferimento di cui il terapeuta è portatore esperto, è un'attitudine che mi è estranea: errore del regista è attribuire una chiave di lettura a quanto emerge nella scena, occorre invece abbandonarsi alla scena che evolve, accompagnare e non guidare. Significative in questo senso sono le parole che Peter Brook pronuncia riferendosi al regista di opere teatrali, ma che io ritengo si adattino perfettamente a questo contesto: "...il regista in qualche misura è come un cieco che guida un altro cieco. Per quanto sia preparato non potrà da solo capire appieno un dramma. Quali che siano le idee con cui è arrivato, dovrà cambiarle di continuo, in virtù di quel processo che sta vivendo con gli attori..." (Brook P., pag. 114).

Questa è un'attitudine che ho scoperto appartenermi. Quando conduco non mi aspetto nulla dall'altro, non so cosa o dove mi porterà, ogni suo gesto, ogni sua parola, sono per me una sorpresa. Ed è in questa genuina sorpresa che ritrovo il valore dell'Incontro

terapeutico. Nulla è già stato scritto. Ciò che nasce in scena, nasce in quel momento e porta con sé il gusto dello stupore, della novità, dell'inaspettato ed è un gusto che assaporo con le persone che con me stanno partecipando a questo evento.

Non accade sempre. Ma quando accade è così forte ed è così emozionante che dà un senso al mio essere lì e al mio esserci pienamente.

Esserci pienamente e autenticamente. Boria scrive "il direttore, per risultare efficace, deve liberare la sua spontaneità e sentire il tele verso i membri del gruppo" (Boria G., pag. 79). C'è stato un momento nella mia vita in cui ho pensato che la mia difficoltà come terapeuta ad assumere un atteggiamento neutro, ad essere uno schermo bianco sul quale il paziente poteva proiettare i suoi fantasmi transferali (per dirla con un linguaggio analitico, così lontano da me), facesse di me una "cattiva terapeuta", una persona non adeguata a quel ruolo. E in effetti così era. Non sono adeguata per un certo tipo di psicoterapia e la lascio volentieri a chi la sa fare.

Ma esistono anche altri modi, né migliori né peggiori, né più efficaci né meno, semplicemente diversi, ma che io sento appartenermi molto di più. Lo psicodramma non solo mi consente, ma mi chiede di entrare come terapeuta nel rapporto con i membri del gruppo con tutta la mia personalità, autenticamente, senza nascondermi o mascherarmi e favorendo un'esperienza di relazione interpersonale permeata di emozioni, attiva, propositiva e immediata. Non mi si può chiedere di meglio. Questo credo di saperlo e di poterlo fare.

La mia "lettura" dell'uomo trae spunto dalle teorie fenomenologiche ed esistenzialiste. Credo che ognuno di noi sia un essere capace di scelte, libero e responsabile e non solo una persona vittima di pulsioni biologiche e di disposizioni inconse. Questo non significa che la vita umana non sia determinata da forze e condizionamenti, ma questo è solo un lato della medaglia, poiché siamo anche noi a determinare quelle forze che guidano il nostro destino. L'esperienza del *Dasein* (come consapevolezza di essere) non è sicuramente la soluzione a tutti i problemi, ma è una condizione preliminare necessaria e indispensabile.

Caratteristica centrale dell'esistenza dell'uomo è il suo "poter essere", la sua possibilità, che è presente in ogni momento nel processo del divenire. L'uomo esiste perché ha sempre delle nuove possibilità e il palcoscenico psicodrammatico è un luogo privilegiato dove poterle cercare e dove poterle creare. Nello psicodramma ho trovato i fondamenti di un fare terapeutico che pone l'uomo e le sue potenzialità al centro della sua concezione, ponendosi come alternativa o integrazione a quei diversi approcci clinici che lavorano su limiti e carenze.

Gli esistenzialisti dicono che il terapeuta, nell'incontro con il paziente, sperimenta il *Dasein*. L'incontro con il paziente è quindi una possibilità, anche per il terapeuta, di cercare e di creare nuove opportunità. Per entrambi.

Nelle mie esperienze di conduzione, non solo durante il tirocinio, ma anche in contesti formativi dove abitualmente mi trovo ad operare, mi è capitato di sperimentare dei momenti "magici", dei momenti in cui mi sono sentita nella "bolla" di cui parla Perussia, uno stato quasi ipnotico in cui ho percepito la forza e la potenza di qualcosa di più grande di me che in quel momento attraversava l'esperienza che stavo vivendo assieme alle persone che con me partecipavano. Sono attimi. Ma quegli attimi valgono tutta la fatica della formazione, tutti i sacrifici che in questi anni ho sostenuto e che continuerò a sostenere per poter continuare a percorrere con responsabilità questa strada che ha dato un ulteriore senso alla mia esistenza.

Queste conclusioni vogliono essere anche un ringraziamento a voi con i quali ho cominciato questo cammino.

## BIBLIOGRAFIA

Boria G., *Psicoterapia Psicodrammatica. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Boria Migliorini M.C., *Arte-terapia e psicodramma classico. I metodi attivi nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare*, Vita e Pensiero, Milano, 2006.

Brook P., *Lo spazio vuoto*, Bulzoni Editore, Roma, 1998.

Carrirolo P., *La metodologia psicodrammatica nelle patologie anoressico-bulimiche. Analisi di una ricerca*, articolo, AIPSIM, Psicodramma Classico, Anno 2, Numero 2, Aprile 2000.

Corbella S., *Storie e luoghi del gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.

Fossati I., *Lo psicodramma in ospedale. Un'esperienza pilota con pazienti oncologici*, articolo, AIPSIM, Psicodramma Classico, Anno IX, Numero 1-2, Marzo 2007.

Fumagalli S., *La progettazione di un gruppo di psicodramma in istituzione*, articolo, AIPSIM, Psicodramma Classico, Anno IX, Numero 3, Novembre 2007.

Heidegger M., *Essere e Tempo*, Longanesi & C., Milano, 2005.

Moja E.A., Vegni E., *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

Moreno J.L., *Il teatro della spontaneità*, Di Renzo Editore, Roma, 2007.

Motta D., *La psicopatologia di Minkowski*, tesi di laurea, Università degli studi di Padova, Facoltà di Psicologia, Anno Accademico 2001-2002.

Perussia F., *Regia Psicotecnica. Tattica della Formazione Personale*, Edizioni Guerini, Milano, 2004.

Recalcati M., *L'omogeneo e il suo rovescio. Per una clinica psicoanalitica del piccolo gruppo monosintomatico*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Yalom Irvin D., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1997.

Per un contatto con l'autore, scrivere a:

**bruno.alessandra@fastwebnet.it**