

LA STORIA RACCONTA
Esperienza di psicodramma
in una *Residenza Sanitaria Assistita*

INTRODUZIONE

Nella società del benessere sempre più persone diventano sempre più anziane e, nella "giovane" vecchiaia, guadagnano in qualità della vita. D'altro canto ancor più aspramente, nell'età più avanzata, si manifestano i limiti dell'umana biologia.

Prof. Paul P. Baltes (Baltes in *Altersforschung*, 2-2003, 15).

La ricerca sull'invecchiamento ha messo in luce come in età molto avanzata, la quarta età (gli over ottanta), sia sempre più difficile mettere in pratica il motto diffuso in gerontologia "aggiungi più vita ai tuoi anni, non più anni alla tua vita". Lo sviluppo del benessere sociale e culturale ha portato a un allungamento della vita sovradimensionato rispetto all'attuale potenziale genetico dell'essere umano. L'evoluzione delle potenzialità genetiche infatti ha tempi ben più lunghi rispetto a quella sociale. A questo si aggiunge che la biologia umana sembra interessata a salvaguardare l'organismo umano in un'ottica evolutivista legata alla facoltà di riprodursi dei giovani adulti. La fase dell'invecchiamento da un punto di vista biologico - evolutivista ha poco significato. Per la nostra società sostenere e accompagnare il processo di senescenza degli anziani, sempre più dilatato, comporta una nuova sfida, se non altro in termini di tempi.

Perché pensare ai metodi attivi moreniani per il lavoro in questo ambito? Uno dei principali punti di forza dell'approccio moreniano è la multidimensionalità. Non è un caso che Moreno stesso abbia prima sviluppato in maniera parallela e poi integrato il teatro della spontaneità, la sociometria, lo psicodramma, il sociodramma e la sociatria.

Nell'introduzione del suo testo *Who Shall Survive?* Moreno afferma che "un atto che si proponga di essere realmente terapeutico non può porsi obiettivo minore dell'intera umanità..." (Moreno 1953). L'azione terapeutica per Moreno non può che essere universale. Lo psicodrammatista -inteso come esperto della teoria e metodologia moreniana in senso ampio, nonché come persona votata a rendere protagonista l'altro e promuovere lo sviluppo del singolo e della società- lavora da una parte considerando la persona da un punto di vista olistico e quindi nelle sue componenti fisiologiche, psicologiche, sociali e valoriali, dall'altra considerando la persona come essere relazionale inserita in un contesto gruppale, sociale e cosmico. In parallelo attraverso l'azione il modello moreniano, nelle sue diverse declinazioni, esplora i piani personale/psicologico, interpersonale, sociale e trans-personale.

Il lavoro qui presentato analizza l'esperienza di conduzione di una serie di cicli di dieci incontri di psicodramma con ospiti di una Residenza Sanitaria Assistita all'interno di un progetto di *Teatro per lo Sviluppo di Comunità* (si veda 2.1). In questo senso verrà da prima presentata la cornice di riferimento per esplicitare il forte radicamento in un contesto, soprattutto relazionale, ben preciso. Nello specifico verrà poi presentata la particolare composizione dei gruppi per poter legare attraverso la discussione dell'esperienza pratica l'approccio teorico e metodologico relativi alla conduzione di gruppi di psicodramma con persone di terza e quarta età.

1.1 - I metodi attivi moreniani nell' Hinterland

Nel 2005 il comune di *Bardonecchio* (criptato) ha accolto la mia proposta di realizzare un progetto che prevedesse la realizzazione di un laboratorio di *playback theatre* rivolto a giovani del territorio. Tale progetto ha poi portato alla formazione di una compagnia chiamata "*i playbackanti*" di Bardonecchio. I laboratori e le performance da me realizzati all'interno di questo progetto sono sempre condotti secondo criteri esplicitamente moreniani. Rispetto ad una compagnia formata da tutti professionisti, dove la responsabilità è condivisa da tutto lo staff (conduttore, attori e musicista), in questo caso il conduttore ha la responsabilità del processo e gli attori hanno un ruolo analogo a quello di ausiliari professionisti in psicodramma.

Parallelamente l'Associazione Volontari Ospedalieri (AVO) di Bardonecchio mi ha incaricato per la realizzazione di due progetti volti a realizzare incontri di animazione per degenti e relativi parenti del reparto di neuro-motoria dell'azienda sanitaria *Santuzzi* (criptato) di Bardonecchio. Tali progetti hanno avuto lo scopo di integrare il percorso riabilitativo dei degenti e di promuovere e facilitare la relazione con i parenti e tra i degenti. Anche questi interventi sono stati realizzati secondo i criteri della teoria e metodologia moreniana.

A partire dal 2006 i *playbackanti* hanno iniziato ad offrire una serie di performance a titolo di volontariato, come integrazione dei progetti in essere presso l'ospedale. In seguito a quest'esperienza ho iniziato a valutare e condividere con la presidente dell'AVO la possibilità di realizzare un progetto integrato e su più livelli: un progetto di *teatro per lo sviluppo di comunità* (cfr. 2.1).

1.2 - Il progetto

L'AVO ha presentato, unitamente alla Residenza Sanitaria Assistita *Gramsci dell'ASL 2 di Milano* (criptato), un progetto dal titolo "La Storia Racconta" finanziato dalla Regione Lombardia. Questo progetto non si limita a coinvolgere parzialmente un professionista di metodi attivi e a prevedere degli eventi di *playback theatre*, ma si articola come intervento strutturato di *Teatro per lo Sviluppo di Comunità* (cfr 2.1).

Gli obiettivi di questo progetto sono articolati su più livelli per offrire,

- un'opportunità di formazione ai propri volontari che operano in casa di riposo attraverso la partecipazione come ausiliari al gruppo di psicodramma per gli ospiti;
- occasioni di confronto e formazione a tutti i membri dell'associazione attraverso serate di formazione condotte con i metodi attivi moreniani;
- un percorso per il sostegno, la riformulazione, la rielaborazione dei vissuti e lo sviluppo del potenziale relazionale agli ospiti della struttura attraverso un gruppo di psicodramma;
- delle occasioni di scambio tra ospiti, parenti, volontari e personale della struttura attraverso la realizzazione di performance di *playback theatre*;
- favorire una maggiore integrazione e complementarietà tra operato dei dipendenti e volontari all'interno della residenza sanitaria assistita.

La possibilità di diventare partner nella progettazione e il recente sviluppo di un modello teorico per la progettazione in ambito organizzativo e sociale da parte del gruppo *metodi attivi* di Milano, mi ha permesso di pensare tutto il progetto secondo criteri di ispirazione moreniana.

1.3 - I livelli d'intervento

È importante sottolineare che un intervento di *Teatro per lo Sviluppo di Comunità* (cfr. 2.1) non si limita alle sole azioni operative (gruppi di formazione, di psicodramma o *playback theatre*), ma pone grande attenzione alla fase di ideazione, co-progettazione e preparazione. Gli stessi momenti operativi sono sempre preceduti da una progettazione comune e da una fase di processing. Nello

specifico dell'esperienza qui presentata gli interlocutori nelle singole fasi sono stati,

- la direzione amministrativa e medica della struttura,
- il personale responsabile del reparto (medico e non), coinvolto nella segnalazione degli ospiti a cui proporre il percorso di psicodramma,
- il personale coinvolto in qualità di ausiliari nel gruppo di psicodramma
- la presidenza e i responsabili dei servizi coinvolti dell'associazione dei volontari,
- i volontari direttamente coinvolti in qualità di ausiliari nel gruppo di psicodramma,
- i volontari coinvolti nel percorso di formazione,
- i volontari coinvolti come ausiliari durante le performance di playback theatre,
- gli ospiti coinvolti nel gruppo,
- gli ospiti coinvolti nelle performance,
- i parenti coinvolti nelle performance.

Anche le fasi non *attive* del progetto seguono i criteri moreniani e si basano su una lettura dei contesti relazionali, psicologici e organizzativi, coerente con la teoria di riferimento.

1.4 - Il gruppo settimanale di psicodramma

Il fulcro del progetto sono tre cicli da dieci incontri di psicodramma proposti a gruppi di dieci ospiti della RSA. Gli ospiti partecipanti sono individuati dal primario e dalle capo reparto. Ogni ciclo è pensato come un'esperienza con un inizio e una fine, ma per chi lo desidera rimane la possibilità di ripetere l'esperienza. Come emerge dai paragrafi precedenti il gruppo, parallelamente, all'esperienza clinica per i partecipanti, è pensato come occasione di addestramento per i volontari dell'associazione e parte del personale. Tuttavia in questa sede verranno messi a fuoco gli aspetti legati alla sfera del sostegno psicologico per gli ospiti.

Il gruppo essendo composto da persone che vivono nella stessa struttura è un gruppo reale. In realtà il grande numero di ospiti e la distribuzione degli alloggi in reparti fanno sì che il livello di conoscenza è frequentazione sia molto variabile. Per quanto concerne la sua composizione lo stesso presenta sia aspetti di omogeneità che aspetti di dis-omogeneità. L'omogeneità riguarda in particolare la condizione di persone anziane e istituzionalizzate. La dis-omogeneità è data da fattori di personalità, da età distanti tra loro anche nell'ordine di tre decenni, nonché da due variabili molto importanti; il livello di degenerazione cognitiva e le disabilità fisiche (deambulazione, udito, vista,...). Il gruppo non è omogeneo per sintomi e prevede la possibilità di avere in compresenza pazienti, per esempio, in alzheimer e ospiti anziani senza compromissione cognitiva.

"La condizione di demenza fa riferimento a più di settanta malattie, caratterizzate da un insieme di sintomi, che sfociano in un progressivo deterioramento delle cellule cerebrali, in particolare quelle responsabili delle funzioni della memoria e del pensiero astratto. Per fare la diagnosi è necessario che sia presente un disturbo della memoria (amnesia) e almeno un altro disturbo che sia talmente rilevante da ostacolare le normali attività della vita quotidiana. Ai sintomi che riguardano le funzioni cognitive si accompagnano quasi sempre alterazioni della personalità e del comportamento che possono essere comunque di entità piuttosto varia nel singolo paziente. Tra questi i più caratteristici sono sintomi psichici (quali ansia, depressione, ideazione delirante, allucinazioni), irritabilità o vera aggressività (più spesso solo verbale, raramente fisica), insonnia, apatia, tendenza a comportamenti ripetitivi e senza uno scopo apparente, riduzione dell'appetito e modificazioni del comportamento sessuale (Vigorelli, 2008). Nelle fasi precoci possono prevalere i sintomi cognitivi (memoria, orientamento), mentre aumentano i disturbi comportamentali e neuropsichici nelle fasi severe (per es. diminuisce l'euforia, aumentano le allucinazioni, agitazione), la disabilità e i disturbi fisici divengono prevalenti nelle fasi gravi terminali. Inoltre è una patologia che si protrae nel tempo (dieci anni se si esclude la mortalità precoce) in cui si ammalia non solo chi è affetto da demenza ma l'intero nucleo familiare e sociale coinvolto nella cura (A.

Guaita, 2007)." (Balestrieri, 2009, Dal Gruppo Psicoeducativo al Gruppo di Supporto, Tesi).

Benché queste particolari condizioni inevitabilmente condizionino le modalità di lavoro è sembrato importante ricreare un gruppo che in qualche modo rispecchiasse la popolazione della struttura. In questo modo si intende offrire ai partecipanti l'opportunità di lavorare anche sugli aspetti e i vissuti legati alla loro appartenenza alla popolazione della RSA.

Un secondo obiettivo del percorso riguarda la possibilità di aiutare la persona a "selezionare, compensare e ottimizzare" (cfr. 2.2) le proprie risorse relazionali.

Infine, il gruppo offre la possibilità di rileggere, attraverso l'azione, aspetti salienti e critici della propria vita per ristrutturare il proprio teatro interno (Boria 2005).

CAPITOLO 2 I riferimenti teorici

2.1 - Il Teatro per lo Sviluppo di Comunità

Con la dicitura *Teatro per lo Sviluppo di Comunità* mi riferisco alla progettazione di interventi multidimensionali in ambito clinico, organizzativo e sociale. I progetti che nascono sotto questa dicitura prevedono il riferimento alle categorie teoriche e alle applicazioni metodologiche dei metodi attivi moreniani e del playback theatre. In particolare il professionista di TSC si occupa di:

- ideare percorsi capaci di cogliere i bisogni relazionali di contesti organizzativi e sociali;
- di analizzare i contesti relazionali secondo la chiave di lettura moreniana;
- progettare e co-progettare interventi articolati e adeguati alle specifiche caratteristiche del cliente/utente;
- realizzare percorsi clinici, attività di gruppo (psicodramma e sociodramma), laboratori e performance di Playback Theatre atte a rendere protagonista del processo la "comunità" sia intesa come insieme di persone, sia come rete di gruppi, sia in senso globale;
- valutare gli effetti e il gradimento dei percorsi realizzati.

Questo approccio permette di realizzare interventi fortemente integrati con la realtà organizzativa e sociale in cui si opera e di favorire lo sviluppo di autonomia e la creazione di reti.

In un intervento di teatro per lo sviluppo di comunità si possono integrare e usare tutti gli strumenti metodologici moreniani a patto di mantenere una coerenza teorica.

Il termine psicodramma in letteratura (Blatner, Cukier, 2007, 299) è inteso sia come il complesso delle teorie moreniane, che come il lavoro *psicodrammatico* con un gruppo. In questa sede si sceglie di proporre il seguente utilizzo dei termini:

- *teoria moreniana*: per indicare il corpus teorico sviluppato a partire da Moreno (filosofia, psicologia, sociologia);
- *metodologia moreniana*: gli elementi del setting, le tecniche derivate dalle affermazioni teoriche e le procedure sociometriche; si distinguono: il setting individuale (detto anche psicodramma bi-personale); il setting psicodrammatico (in cui il protagonista è il singolo partecipante al gruppo); il setting sociodrammatico (in cui il protagonista è il gruppo dei partecipanti), il setting di playback theatre (in cui una compagnia si pone come medium scenico per il lavoro del pubblico/protagonista); è possibile realizzare attività di gruppo che fondano aspetti metodologici dei vari setting;
- *ambiti applicativi*: ciascuno dei setting sopradescritti può essere potenzialmente adibito ai seguenti ambiti: sociale, formativo, consulenziale, clinico;

Queste distinzioni permettono di esplicitare come si possa far riferimento alle categorie moreniane anche in un contesto relazionale che non preveda un setting d'azione. Inoltre permettono di svincolare i binomi psicodramma-psicoterapia o sociodramma-intervento sociale; la teoria fonda la metodologia, il contratto definisce l'ambito e il livello d'applicazione.

2.2 - Elementi di Life-Span Psychology

Per integrare il lavoro con persone in terza e quarta età ho ritenuto opportuno consultare la letteratura psicologica che si occupa

in maniera specifica di sviluppo in fasi avanzate di vita. Ritengo fondamentale il confronto e l'integrazione di contributi derivanti da modelli non espressamente dedicati ad ambiti applicativi.

La teoria psicologica dell'arco di vita (*life span developmental psychology*) si propone di studiare i cambiamenti nella persona dalla nascita alla morte. Tale approccio è stato formalizzato da Paul B. Baltes "in cinque punti:

- *continuità e discontinuità*: lo sviluppo ontogenetico dura tutta la vita ed include una serie di adattamenti e ristrutturazioni dei periodi precedenti. Possono essere distinti al suo interno sia processi di tipo cumulativo (continui) che innovativi (discontinui);
- *variabilità intercomportamentale*: gli schemi di cambiamento variano a seconda del tipo di comportamento. Lo sviluppo è, dunque, caratterizzato da una notevole pluralità;
- *plasticità intraindividuale*: lo sviluppo può assumere molte forme in relazione alle condizioni di vita incontrate;
- *influenza socio-culturale*: lo sviluppo ontogenetico può essere influenzato dalle più complesse condizioni culturali e storiche sperimentate;
- *pluralismo esplicativo*: cambiamenti simili possono essere spiegati in più modi, quali influenze storiche, biologiche, mutamenti sociali ed eventi di vita personali (come traumi e perdite)." (Castelli, Sbattella, 2008, 27)

In questa prospettiva teorica la ricerca si svincola da una tendenza alla definizione di stadi di sviluppo generalizzati. È con questa prospettiva che Baltes e colleghi guardano anche al processo di invecchiamento: "l'invecchiamento non è un fenomeno omogeneo, né all'interno di una persona, né tra le persone della stessa età. Inoltre, sia il declino che il progresso convivono durante gli anni della vecchiaia. Anzi, proprio le condizioni di perdita e limitazione possono spingere ad apprendere nuove strategie di progresso e di dominio delle perdite. Baltes formula una teoria sulle condizioni psicologiche necessarie per una cultura positiva della vecchiaia, sintetizzata in 7 postulati, nella consapevolezza che è proprio a cultura, individuale e sociale, ad essere in grado di compensare la funzionalità biologica ridotta. I postulati ricavati dai risultati della ricerca scientifica affermano che:

- il corso dell'invecchiamento è eterogeneo;
- l'invecchiamento normale è diverso da quello patologico;
- nell'invecchiamento molte capacità possono essere sviluppate;
- con l'età si evidenzia un decadimento dei meccanismi fluidi (intesi come capacità di affrontare e risolvere problemi nuovi);
- conoscenze e pratica cognitive arricchiscono la mente anziana e possono compensarne le perdite;
- la bilancia tra *guadagni* e *perdite* con gli ultimi anni diventa meno positiva o decisamente negativa;
- il Sé nell'invecchiamento costituisce un nucleo psichico forte e stabile, utile come sistema di coping e di conservazione dell'integrità." (Castelli, Sbattella, 2008, 284)

Un processo di sviluppo adeguato, secondo gli autori della LP, consiste nella massimizzazione dei *guadagni* e nella minimizzazione delle *perdite*. "La natura di cosa considerare guadagno o perdita dipende da fattori personali e culturali, nonché dalla posizione lungo l'arco di vita di un individuo" (Baltes, Staudinger, Lindenberger, 1999, 482). Tale processo di sviluppo è descritto secondo il *modello SOC (selezione, ottimizzazione, compensazione)*. Il processo di *selezione* riguarda, in età avanzata, la necessità di ridurre la quantità delle attività quotidiane per favorire quelle in cui si mantiene un potenziale fisiologico e/o psicologico adeguato. L'*ottimizzazione* riguarda la possibilità di mantenere prestazioni alte attraverso la pratica, la conoscenza e la tecnologia. La *compensazione* riguarda la possibilità di controbilanciare la perdita di certe abilità attraverso l'ausilio di strategie alternative o il ricorso a strategie consolidate. Gli stessi Baltes e Baltes citano un efficace esempio: "Quando al pianista per concerti Arthur Rubenstein, all'età di ottant'anni, in un'intervista fu chiesto come riuscisse a mantenere un livello così alto di esecuzione pianistica, egli fece riferimento all'utilizzo coordinato di tre strategie. Per prima cosa suonava meno brani (*selezione*); si esercitava su quei pezzi più a lungo (*ottimizzazione*); e per contrastare la sua perdita di velocità meccanica utilizzava una stra-

tegie basate sull'impressione, suonando più lentamente prima di sezioni veloci per far apparire queste ultime più veloci (*compensazione*) (Baltes e Baltes, 1990)."

2.3 - La chiave di lettura moreniana

Come discusso più approfonditamente nel successivo paragrafo, ritengo che la teoria moreniana non vada intesa come verità assoluta e in potenziale antitesi con altri approcci. Essa viene qui considerata un punto di vista, una chiave di lettura, per descrivere la persona e le relazioni.

"Nello spazio della creatività sta il creatore. Un incontro a due: occhi negli occhi, volto nel volto. E quando mi sarai vicino io prenderò i tuoi occhi e li metterò al posto dei miei, e tu prenderai i miei occhi e li metterai al posto dei tuoi, e allora io ti guarderò coi tuoi occhi e tu mi guarderai coi miei. Così anche la cosa comune invita al silenzio e il nostro incontro rimane la meta della libertà. (da *invito a un incontro*, Moreno, 1914)".

Con queste parole Moreno pone la pietra angolare su cui si fondano la sua filosofia e la sua teoria psicologica e da cui muovono la sua metodologia e pratica. Al centro è la relazione, nella sua accezione più alta d'*incontro*, e quindi il più importante concetto teorico dovrà riguardare la possibilità di descrizione e analisi della relazione in se e del come e del perché questa si realizzi. Con questa intenzione Moreno individua nel concetto di *ruolo* una chiave di lettura efficace. Nell'introduzione alla terza edizione del suo *Manuale di Psicodramma* egli definisce il *ruolo* come "la forma operativa che l'individuo assume nel particolare momento in cui reagisce a particolari situazioni in cui sono coinvolte altre persone e oggetti" (Moreno, 1964, 38). Il concetto di *ruolo* è lungamente discusso e sviluppato sia da Moreno stesso che dagli autori che a lui si riferiscono. Provando a sintetizzare alcuni assunti base si può affermare che:

- il ruolo è multi-dimensionale, "la teoria del ruolo...deve includere le tre dimensioni: ruoli sociali, che esprimono la dimensione sociale; ruoli psicosomatici, che esprimono la dimensione fisiologica; ruoli psicodrammatici, che esprimono la dimensione psicologica del sé." (Moreno, 1964, 38);
- le persone e gli oggetti con cui la persona agisce nelle sue diverse dimensioni sono dette *contro-ruoli*, non in termini antagonisti ma di complementarità di significato. La posizione di *ruolo* è della persona che si assume come *protagonista* dell'esplorazione scenica, gli altri significativi, persone o oggetti, in relazione con lei sono detti *contro-ruoli*;
- "i ruoli/controruoli iniziali con cui il bambino si manifesta sono definiti *psicosomatici* (relazioni sensomotorie), ma ben presto lo sviluppo delle facoltà neurofisiologiche gli consente ruoli/controruoli *psicodrammatici* (relazioni psicologiche). A queste potenzialità di ruolo si aggiungono poi, intrecciandosi fra loro, sistemi di ruoli *sociali* e di ruoli *valoriali*, senza soluzione di continuità rispetto all'unità dell'io e alla sua interezza nel manifestarsi, a seconda delle situazioni, in ciascuno di questi tipi di ruolo in qualsiasi età della vita (de Leonardis, 1994, 198)";
- "ognuno di questi sistemi di ruolo/controruolo -...- trova condizioni peculiari di sviluppo, definite da Moreno *matrici gruppali* dello sviluppo individuale (de Leonardis, 1994, 198)." Le matrici offrono le condizioni per lo sviluppo e in sequenza sono: la matrice materna, la matrice d'identità, la matrice familiare, la matrice sociale e la matrice valoriale;
- un ruolo si definisce *adeguato* quando è agito in modo da rispondere alle istanze della persona che lo agisce e a quelle della persona o del oggetto (o del contesto) con cui è in relazione (*contro-ruolo*). La facoltà di agire risposte adeguate è data dall'azione congiunta della *spontaneità* e *creatività* (il fattore S/C) della persona. La *spontaneità* "...si disvela all'uomo attraverso la percezione intima di sentire viva la disponibilità a mobilitare le proprie energie intellettuali, affettive, fisiche per mettersi in un rapporto adeguato (che tenga cioè nel giusto conto le esigenze intrapsichiche e le richieste ambientali) con la realtà, "inventando" risposte adatte alla situazione. (...) l'uomo, qualunque sia la sua storia, è sempre riconducibile ad uno stato di spontaneità

attraverso adeguate esperienze di "riscaldamento" della sua vitalità, della sua energia psichica e fisica. (...) la spontaneità gioca, nella dinamica psichica dell'individuo, una funzione antitetica a quella dell'ansia (Boria, 2005, 31). La *creatività* "costituisce la più alta forma di intelligenza che l'uomo conosca; e rappresenta una forza che pervade tutto l'universo, per cui questo appare in continua evoluzione. La creatività è un *quid* non definito allo stato potenziale, ma che si definisce nell'atto concreto: ciò che esiste è soltanto quest'ultimo, la cui caratteristica è quella di fornire risposte adeguate a situazioni nuove e risposte nuove a situazioni già affrontate. (...) ...: l'uomo è spontaneo mentre cerca comportamenti nuovi e adeguati a situazioni specifiche; è creativo quando li trova (Boria, 2005, 32- 33).";

- nell'agire un ruolo la persona attiva il proprio *io-attore* e il proprio *io-osservatore*. Moreno spiega che, mentre una persona agisce un ruolo, una sua parte intrapsichica vi partecipa da osservatore. Si tratta di "due entità generate da complessi meccanismi identificativi e introiettivi, ma che sono in costante relazione fra loro... (de Leonardis 1994, 206)". Se l'*io-osservatore* non è partecipe, "perché ogni singola parte della persona veniva impegnata nell'azione (Moreno, 1964, 130 -131), non vi è ricordo. In questo modo Moreno spiega l'amnesia infantile;

- esistono quattro meccanismi mentali essenziali nei processi relazionali che emergono dall'analisi delle matrici (intese come sistemi ruolo-controruolo) che si susseguono durante lo sviluppo: la *funzione di doppio*, che "è data da quell'insieme di meccanismi che consentono ad una persona di definire e riconoscere i propri contenuti mentali profondi e di renderli leggibili all'esterno (Boria, 2005, 98)"; la *funzione di specchio* che si attiva "quando si viene a produrre una dinamica mentale grazie alla quale un individuo coglie aspetti di se stesso nelle immagini relative alla sua persona costruite dagli altri e a lui rimandate (Boria, 2005, 99)"; la *funzione di decentramento percettivo*, che è data dall'insieme di meccanismi che permettono alla persona di assumere la prospettiva di un altro *ruolo* e quindi di osservarsi da quel punto di vista o di cogliere l'altro (favorendo anche il fenomeno dell'empatia); la *funzione di inversione di ruolo* che si attiva quando due persone si scambiano i ruoli reciprocamente e bidirezionalmente, questo è il funzionamento mentale più complesso e prerequisito per la possibilità di incontro tra due soggettività;

- l'applicazione e la sperimentazione di tali funzioni mentali, prima da parte dei genitori e poi del bambino e tra i pari, accompagnano lo sviluppo dell'individuo in un processo che va dalla fusione all'individuazione. Lo sviluppo della persona non è unidirezionale, ma le fasi attraversate aggiungono complessità all'essere umano. È così che la persona arriva a cercare "il soddisfacimento di due bisogni divergenti: quello della *fusionalità* e quello dell'*individuazione* (il corsivo è aggiunto). Il bisogno di fusionalità sta a indicare la tendenza della persona (ruolo) a portarsi verso un altro essere (controruolo) sino a giungere ad un intimo contatto con lui, smarrendo il senso dei propri confini e confondendosi con lui. Tale bisogno è controbilanciato dal bisogno opposto, quello d'individuazione, grazie al quale la persona si separa dall'altro per affermare la propria specificità e distinzione (Boria, 2005, 145)". Paola de Leonardis identifica, inoltre, il concetto di "*bisogno di alterità*" che "...si manifesta ogniqualvolta si sia raggiunta, in una situazione nuova, la percezione della sicurezza (o relativa sicurezza) di esserci come facenti parte del tutto e di esserci come entità autonoma: solo tale percezione sembra infatti in grado di aprire la porta di accesso all'universo del nuovo, dell'ignoto, al paese della non-esperienza o dell'esperienza non ancora avvenuta, secondo le diverse denominazioni che a questo – altro da sé – psicologi, filosofi e poeti hanno dato" (de Leonardis, 1994, 169- 170).

- il *tele* per Moreno "è un'organizzazione fisiologica legata a processi affettivi e avente funzioni sociali: tale organizzazione è basata su due tensioni originarie, quella di attrazione e quella di rifiuto, non riconducibili al semplice principio della bisessualità ma fondanti un principio più esteso e comprensivo, quello della bisocialità (de Leonardis, 1994)". Il concetto di *tele* sta alla base della sociometria, ovvero dei processi partecipati di misurazione, analisi

si e sviluppo delle reti sociali ideati da Moreno. Il *tele* è la relazione reciproca tra soggettività, il transfert e l'empatia sono fenomeni relazionali univoci.

Questa sintetica rassegna non ha la pretesa di essere esaustiva, ma vuole citare i principali aspetti teorici su cui si è basato il lavoro qui presentato. Per una trattazione della teoria moreniana più approfondita e integrata dai contributi di autori di altri orientamenti si rimanda ai testi dello stesso Moreno (1953, 1980), di de Leonardis (1994), Dotti (2002), di Fonseca (2004) e Boria (2005).

2.4 - Verso un modello integrato

L'approccio teorico con cui il professionista, ovvero colui che agisce con cognizione di causa in un determinato ambito, sceglie di lavorare determina significativamente il suo procedere. Tuttavia la grande maggioranza degli psicologi e psicoterapeuti conviene sul fatto che la relazione tra i vari approcci e modelli vada letta nella cultura dell'*et et* e non più dell'*aut aut*. La complessità dell'oggetto di studio dei modelli terapeutici, la persona e le relazioni, fa sì che ogni descrizione, se pur accurata, sia sempre parziale e, in qualche misura, limitativa. A questo si aggiunge che i capo-scuela dei diversi orientamenti non hanno prodotto sistemi teorici in maniera lineare, ma ripercorrendo il complesso intreccio circolare di ipotesi, esperienze, verifiche, valutazioni e deduzioni. Infine si pone il tema della coincidenza tra oggetto e soggetto. Il terapeuta non solo lavora con la persona del proprio cliente, ma attraverso la persona che lui stesso è. L'osservazione, l'analisi e l'operare del terapeuta sono "filtrate" dalla persona dello stesso, ma questo è un limite solo se riferito al concetto di verità assoluta. Se si accetta la finitezza dell'essere umano e si entra nella logica del potenziale, allora si porrà come obiettivo l'individuazione di una chiave di lettura consapevolmente soggettiva e adeguata al proprio potenziale e uno sviluppo il più possibile ampio della capacità di confronto e integrazione dei modelli.

In quest'ottica la teoria moreniana della persona, che fonda e orienta la pratica, è da me considerata una "chiave di lettura". Quest'ultima è intesa come un punto di partenza che nel suo insieme si adegua ai e si sviluppa con i contributi derivanti dagli altri orientamenti e dalle discipline ad essa complementari (es. ricerca psicologica, le neuro-scienze, ecc.). Ogni professionista arriva, nella sua pratica, a teorizzare, o a esprimere nei fatti, una propria teoria. Il potenziale rischio di eclettismo può essere superato solo dalla capacità di rimanere rigorosi all'interno del proprio sistema di riferimento, integrando e sviluppando piuttosto che sommando o affiancando.

Considero dunque i seguenti elementi di teoria moreniana integrata come un quadro di riferimento in costante ridefinizione e affinamento. Infine si sottolinea che in letteratura, benché qui non citati esplicitamente, sono molti i concetti derivanti da altri orientamenti che integrano e arricchiscono le formulazioni, la rilettura e la comprensione della stessa teoria moreniana.

Per individuare strumenti metodologici adeguati al lavoro con persone in terza e quarta età mi è sembrato utile integrare il complesso teorico moreniano con i contributi della Life Span Psychology.

Quest'ultima innanzi tutto non si pone come modello alternativo, ma su un piano di ricerca psicologica e quindi complementare, se non fondante, rispetto all'ambito applicativo.

La *Life Span Psychology* ha il grande merito di considerare, appunto, tutto l'arco della vita e quindi di dedicare un'attenzione particolare ad una fase di vita, fino a tempi recenti, poco considerata. Gli assunti presentati nel paragrafo 2.2 non hanno carattere metodologico o prescrittivo, ma si fondano sull'osservazione e spesso attraverso studi longitudinali. In questo senso le riflessioni proposte da questo approccio sono risultate estremamente utili per integrare e confrontare le osservazioni fatte durante i gruppi di psicodramma.

I principi enunciati da Baltes evidenziano un approccio estremamente sintonico con il modello moreniano. Essi guardano alla persona come essere relazionale, mosso da esigenze interne, ma interdipendente dal proprio essere fisiologico e dal proprio contesto

sia relazionale che culturale. Con altre parole si potrebbe dire, la persona è vista in termini di *ruoli*. Inoltre è esplicitata la componente soggettiva del processo di invecchiamento, sia in termini di esperienza fisiologica, sia in termini di auto-valutazione.

Le descrizioni offerte da questa teoria possono offrire un termine di confronto per integrare le ipotesi diagnostiche emergenti dall'azione.

Il modello SOC (si veda 2.2) sembra, inoltre, offrire un buono spunto metodologico. In che modo i processi di *selezione, ottimizzazione e compensazione* possono essere riletti in chiave moreniana? In una teoria della *spontaneità e creatività* è possibile lavorare con pazienti che sembrano giovare dal consolidare strategie già utilizzate?

Se la spontaneità è lo stato di disponibilità e riscaldamento all'utilizzo delle proprie risorse e la creatività è la capacità di agire le proprie risorse per rispondere a una determinata situazione, allora appare evidente come sia proprio questo il motore dei processi di selezione, ottimizzazione e compensazione. Se poi la persona che si trova ad agire questa strategia è pensata in termini di ruoli, diventa possibile proporre un addestramento alla spontaneità o attività che favoriscano una diagnosi o una sperimentazione per il protagonista.

La *selezione* di ruoli adeguati sembra essere influenzata dal processo di senescenza che riduce il potenziale creativo della persona.

L'*ottimizzazione* esplicita la necessità di tempi di riscaldamento più lunghi e di un costante addestramento a stati di spontaneità.

La compensazione può essere descritta come il controbilanciare la minore dotazione creativa con una maggiore attivazione della spontaneità per giungere a prestazioni analoghe al passato.

CAPITOLO 3

Aspetti metodologici

3.1 - Elementi del setting

Citando la definizione data da Boria in *Psicoterapia Psicodrammatica* si intende "...per *setting* quell'area spazio-temporale vincolata da regole che determinano ruoli e funzioni che consentono di realizzare il lavoro psicodrammatico nel modo più idonee a produrre cambiamenti significativi nelle persone in esso implicate. Gli elementi che considero propri di questo *setting* sono: lo *spazio terapeutico* (...); il ruolo del *direttore/terapeuta*; la funzione del *gruppo* considerato nel suo insieme o nei suoi aspetti di *protagonista*, di *io-ausiliario*, di *uditore*; l'organizzazione temporale del lavoro nella sequenza di *sessioni*." (Boria 2005, 75).

Verranno di seguito riletti gli elementi sopracitati alla luce dei vincoli e delle opportunità date dal contesto e dall'utenza.

Lo *spazio terapeutico*, inteso come luogo fisico, coincide con una sala scarsamente arredata e dotata di sedie, tavoli e pavimenti in linoleum. Il lavoro di gruppo viene fatto seduti in cerchio su sedie e carrozzine. La distinzione tra uditorio, palcoscenico e balconata non è rigida e viene esplicitata e segnalata dal direttore. In particolare le condizioni fisiche degli ospiti rendono improbabile l'accesso a superfici rialzate in assenza di una rampa o un elevatore. In questo senso si aiuta la persona a decentrarsi utilizzando la tecnica dello specchio senza cambiare altezza.

Grande importanza è data allo spazio terapeutico inteso come corpus di "regole". Il rigoroso richiamo al rispetto dei criteri di simmetria e circolarità, sospensione della risposta e rispetto della verità soggettiva, si è dimostrato condizione indispensabile per favorire scambi relazionali concreti. Gli ospiti si trovano spesso nella condizione di avere oggettive difficoltà espressive o ricettive, per cui difficilmente possono gestire una dinamica libera. Questo li porta a sviluppare strategie alternative: lamentarsi per attirare l'attenzione; selezionare un evento della propria vita che nella loro esperienza relazionale è risultato interessante e quindi funzionale a strategie deduttive verso potenziali interlocutori, rinunciare alla relazione in quanto troppo faticosa... La possibilità di avere uno spazio d'espressione e la scoperta di essere ascoltati anche dagli altri ospiti ri-apre potenziali scenari relazionali e risveglia ruoli lasciati da parte.

L'organizzazione temporale delle *sessioni* prevede una cadenza settimanale, per cicli di dieci incontri. La durata di ciascuna sessione è di un'ora. Questi tempi permettono a molti di essere attivi per tutta la durata del gruppo e quasi sempre di non essere interrotti per bisogni fisiologici o eccessi di stanchezza.

La sessione inizia con un breve aggiornamento del direttore, che presenta l'attività e riassume i passaggi cardine della costituzione del gruppo avvenuta nelle sessioni precedenti. Si noti che molti dei pazienti non hanno una memoria esplicita o precisa delle sessioni precedenti e quindi rischiano di sentirsi disorientati o inadeguati. La presenza di una cartina dell'Italia dove sono annotati luogo di nascita, data di nascita e nome dei partecipanti fa da supporto a cui il direttore può costantemente fare riferimento. La sessione prevede poi una contenuta attività di aggiornamento durante la quale ciascuno da una auto-valutazione del proprio umore o stato di malben-essere. A seguire il gruppo lavora nel suo insieme, con una serie di protagonisti che presentano brevi scene o con lavori in sottogruppi. L'ultima parte della sessione è dedicata alla partecipazione.

Alcuni aspetti specifici del *gruppo* sono già stati presentati al paragrafo 1.8, in questa sezione si presenteranno gli accorgimenti che si sono resi necessari a favorire la partecipazione delle persone in terza e quarta età nei ruoli di membri del gruppo, di uditorio e di protagonista.

Gli aspetti che influenzano il livello e la modalità di partecipazione nelle persone over sessanta vanno individuati su tre livelli: aspetti fisiologici, aspetti psicologici e aspetti sociali. Come esplicitato nei paragrafi dedicati ai riferimenti teorici questi livelli sono fortemente interconnessi e interdipendenti. Per una traduzione metodologica secondo la teoria moreniana si deve guardare alla persona in termini di ruoli. Quindi si parlerà di ruoli *psicosomatici*, ruoli *psicodrammatici* e ruoli *sociali*. In particolare i ruoli psicosomatici sembrano essere determinanti rispetto alla possibilità relazionale e psicologica di persone in terza e quarta età. I ruoli di colui che percepisce attraverso i propri sensi, di colui che presta attenzione attraverso il proprio sistema nervoso e di colui che parla attraverso il proprio complesso cognitivo-locutorio sembrano avere un effetto determinante sulla capacità di vivere relazioni affettive *adeguate*. D'altra parte la difficoltà di incontro con i controruoli sociali e psicodrammatici non favoriscono quei processi di "selezione, compensazione e ottimizzazione" che accompagnano e, potenzialmente, sostengono la senescenza. Il decadimento dei processi cognitivi fa sì che per la persona diventi sempre più difficile distinguere tra piano di realtà e piano di fantasia. In particolare i pazienti in Alzheimer sembrano vivere in uno stato di costante semirealtà dove i riferimenti di contesto spazio-temporale non corrispondono al piano di realtà. Per esempio un paziente può partecipare lucidamente e adeguatamente a uno scambio relazionale nel gruppo e contemporaneamente manifestare la sua preoccupazione di essere in ritardo per il lavoro o il rientro a casa. Altrimenti è frequente che una persona si percepisca come più giovane e viva il ricordo dei parenti, per esempio dei figli, in maniera proporzionale; ne deriva l'impossibilità di riconoscere il figlio adulto perché non coincidente con il figlio psicodrammatico ancora bambino.

Nell'esperienza qui analizzata si è notato come sia possibile offrire opportunità di incontro nel qui ed ora, eventualmente creare le condizioni per brevi giochi di ruolo, ma sia molto complesso lavorare con un protagonista in semi-realtà. È per questo che i lavori di protagonista difficilmente prevedono inversioni di ruolo e spesso si svolgono con il protagonista in costante posizione di osservatore. Attraverso una mediazione del conduttore le battute vengono assegnate agli ausiliari con la tecnica del doppio.

Il ruolo di *ausiliario* è ricoperto in parte dagli altri membri del gruppo (anche in relazione alle loro possibilità) e in parte dagli *ausiliari professionisti* presenti in un numero variabile da quattro a sei tra volontari e personale. Questi ultimi hanno, inoltre, il compito di facilitare la comunicazione tra i membri del gruppo supplendo per

quanto possibile ai deficit percettivi e adeguando gli scambi al livello cognitivo di ciascun ospite. Al di là degli aspetti formativi, dopo ogni sessione per gli stessi ausiliari è previsto uno spazio dedicato allo sharing.

Il *direttore* di psicodramma, e in generale il conduttore esperto in metodi attivi moreniani, è definito dallo stesso Moreno, in *Who Shall Survive*, come colui "che svolge tre funzioni: di volta in volta è direttore di scena, terapeuta e analista. Come direttore di scena deve essere sempre pronto a introdurre nell'azione drammatica tutte le indicazioni presentate dal soggetto, curare che la produzione scenica del soggetto corrisponda alla linea della sua vita e non venga mai a mancare il contatto con l'uditorio. In quanto terapeuta, gli è consentito sia di attaccare e di urtare di tanto in tanto il soggetto, sia di ridere o scherzare con lui. A volte può estraniarsi, non intervenire affatto, in modo che la seduta sembri praticamente condotta dal soggetto. In quanto analista, può completare la propria interpretazione con le indicazioni che gli vengono fornite dai membri dell'uditorio: parenti, figli, amici o vicini (Moreno 1953, 47)."

Il direttore è presente con la sua umanità e con la sua professionalità. Egli ha il compito di offrire al protagonista e al gruppo scenari adatti a esplorare, analizzare e sviluppare sia i loro ruoli psicodrammatici, che sociali. La scelta delle attività deve essere adeguata alle possibilità dei partecipanti. Il direttore ha il compito di sostenere la drammaticità e, attraverso un processo di diagnosi d'azione, valutare quale grado di autonomia il protagonista e l'uditorio possano avere.

Il riferimento di Moreno alla possibilità di intervento di persone della vita del paziente (oltre a essere coerente con le particolari condizioni del suo lavoro al Sanatorium di Beacon) sottolineano la sua visione della terapia, come processo fortemente radicato nel contesto relazionale della persona.

In particolare nel lavoro con persone anziane istituzionalizzate risulta molto importante l'attenzione all'*uditorio*. I deficit cognitivi e fisici portano ad una disabitudine ad agire ruoli relazionali con gli altri ospiti e quindi soprattutto nelle prime sessioni è il direttore, con il sostegno degli ausiliari, a dover favorire e mediare i processi di ascolto e quindi la possibilità di rispecchiamento.

In alcuni casi sarà il direttore stesso ad assumere il ruolo di doppio del protagonista per integrare quelle possibilità fisiche che dovrebbero essere necessarie a rendere episodi relativi ad altre età e condizioni fisiche. Quando possibile, si può affidare questo compito agli ausiliari. Tuttavia questa non deve essere una regola; si è osservato che spesso i pazienti non hanno bisogno di agire esplicitamente un'azione per esplorare uno scenario relazionale.

3.2 - Le tecniche

Non intendo presentare o riformulare qui tutte le tecniche utilizzate durante la conduzione dei gruppi, ma dedico una breve riflessione ad alcune tecniche che sono state particolarmente utili o, al contrario, di difficile applicazione.

Innanzitutto le tecniche dell'*autopresentazione* e dell'*intervista*: in presenza di un disordine cognitivo la persona fatica a presentarsi su propria iniziativa, come fatica a rispondere a domande troppo precise. In questi casi risulta utile proporre l'esplorazione di un tema a cui ciascun membro del gruppo partecipa nel momento in cui affiori un ricordo. Gli ausiliari possono avere il compito di preparare un lavoro con protagonista facendo quest'attività in sottogruppi e segnando su un quaderno i dati che emergono. Si crea così una sorta di memoria ausiliaria che aiuta il protagonista nei momenti di emasse.

La tecnica del *doppio*: prevalentemente viene utilizzato il doppio integrativo tuttavia ho proposto una forma scenica di doppio di amplificazione. Alcuni ospiti vengono posti sullo sfondo della scena e, o liberamente, o su indicazione del direttore, o sotto la guida di un ausiliario, agiscono una sorta di coro greco che sottolinea gli stati emotivi del protagonista. Questa tecnica è risultata molto efficace, non solo per il protagonista, ma anche per favorire e veicolare il rispecchiamento da parte dell'uditorio e degli ausiliari.

La tecnica dello *specchio*: la dove la possibilità di deambulazione è molto limitata la posizione di osservatore esterno è quella ricoper-

ta in prevalenza dal protagonista. Egli entra in scena per costruire e dare voce doppiando, ma non sempre ha la possibilità di giocare la scena.

Il *role-playing*: la difficoltà di accedere alla semirealtà per alcuni pazienti con deficit cognitivi non preclude in assoluto l'accesso alla condizione di semirealtà. Se la richiesta di esplicitare il proprio mondo interno in termini coerenti risulta complessa, per questi pazienti rimane comunque la possibilità di sperimentare ruoli nuovi all'interno di un "gioco" di gruppo dove non siano loro a dover garantire i riferimenti contestuali.

L'*inversione di ruolo*: solo pochi ospiti mantengono la capacità di agire questa che sembra essere la tecnica che implica le funzioni mentali più complesse.

3.3 - La diagnosi d'azione

In "Lo Psicodramma dei Bambini" Dotti propone la seguente definizione di diagnosi psicologica: "è la descrizione delle modalità di funzionamento interno (struttura di personalità e vissuto), di relazione, di comportamento, di interazione di ruolo e integrazione psicosociale di un individuo" (Dotti 2002, 108).

Tralasciando in questa sede gli aspetti legati alla diagnosi descrittiva, che va intesa come complementare a quella d'azione, presento alcuni criteri utilizzati in questa esperienza per effettuare una diagnosi dei partecipanti. Questo processo è svolto durante il lavoro di gruppo ed è orientato sia a cogliere il funzionamento interno che quello relazionale.

In particolare con persone anziane è risultato importante avere un quadro del funzionamento mentale che permettesse di proporre attività utili a sostenere i processi di "selezione, ottimizzazione e compensazione" (cfr. 2.4).

Nel presentare la propria teoria dello sviluppo, Moreno (1980) esplicita come, con il passaggio al secondo universo, il bambino sviluppi un mondo sociale e uno di fantasia. Osservare il grado di facilità che la persona ha nel passare dall'una all'altra, non solo può dare indicazioni sul quadro cognitivo della persona, ma è preesposto indispensabile per valutare la possibilità e tarare la modalità di passaggio a scenari in semi-realtà. A questo proposito risulta interessante l'esempio di uno degli ospiti, il signor *Diego* di 85 anni (criptato), affetto da Alzheimer. Questa persona vive in uno stato di prevalente sovrapposizione tra mondo interno e mondo esterno. Quando i ruoli sociali che gioca durante la sessione lo portano a verificare il contesto in cui si trova (essere in casa di riposo), l'incongruenza con il suo vissuto interno (essere nel suo contesto sociale abituale di lavoratore) gli causa forti sofferenze e disorientamento. In questo caso il direttore ha scelto di allearsi con l'esigenza di sovrapposizione e di offrire al paziente la possibilità di giocare ruoli sociali all'interno del gruppo a prescindere dall'incongruenza di contesto. Questa difficoltà viene meno quando il paziente è riportato a periodi della sua vita che sono passati anche nel suo vissuto psicodrammatico (mondo interno sovrapposto). Questo aspetto mette in luce come una degenerazione dei tessuti non sembri pregiudicare in assoluto la possibilità di accedere alla semirealtà, ma sia piuttosto un impedimento per un'esplorazione del contesto di vita attuale.

La necessità di avere accesso ad un piano di semirealtà è data dall'esigenza di creare una scena nella quale proporre alle persone attività di decentramento e quindi di verificare attraverso l'applicazione delle corrispettive tecniche l'efficacia delle funzioni di doppio, specchio, decentramento percettivo e inversione di ruolo. In parallelo è possibile osservare la dinamica io-attore, io-osservatore.

Sia il passaggio da realtà a semi realtà, che l'esplorazione in semirealtà attraverso effettivi decentramenti, può essere fortemente influenzato dal fattore S/C. Solo curando particolarmente la fase di riscaldamento a stati di spontaneità e garantendo fermamente un contesto non ansiogeno è possibile valutare l'effettivo potenziale del funzionamento mentale dei partecipanti. A questo proposito è risultato interessante rilevare la sorpresa del personale che avendo una conoscenza pregressa degli ospiti ha potuto osservarli agire ruoli da loro considerati impensabili.

Il piano delle relazioni sociali è stato osservato alternando momenti a dinamica libera, momenti di esplorazione sociometrica e attività relazionali condotte nel rispetto dei criteri di simmetria, circolarità, sospensione della risposta e rispetto della verità soggettiva.

Il confronto tra le diverse situazioni relazionali offre la possibilità di osservare quali siano i ruoli giocati in prevalenza dai partecipanti e quali siano le condizioni che favoriscono l'accesso a ruoli nuovi e adeguati. La circolarità della procedura permette di osservare se vi sia una possibilità di sviluppo o se solo un setting codificato permetta l'accesso a determinati ruoli. Per alcuni pazienti è stato possibile riscontrare da parte del personale e dei volontari presenti in struttura un ampliamento degli atomi sociali dei partecipanti, in altri casi sembra che solo il setting di gruppo renda possibile un momentaneo ampliamento dei ruoli.

Un interessante strumento di diagnosi è l'osservazione di quali contro-ruoli i singoli partecipanti attivino nel direttore. In quarta età la fatica di instaurare relazioni adeguate sembra sviluppare una serie di ruoli intenzionalmente seduttivi. Va qui notato che questo sembra coerente con il modello *SOC*, tuttavia questa coerenza viene meno se si pensa questo modello come subordinato non solo alle esigenze del protagonista/ruolo, ma anche a quelle del contro-ruolo e del contesto. Attraverso la proposta di attività adeguate si è tuttavia osservato che molti ospiti che sembrano relegati a ruoli e copioni rigidi, se messi in condizioni opportune, riescono a recuperare o accedere a un certo grado di spontaneità e creatività.

3.4 - Metodi attivi e quarta età

Comunemente la dicitura *gruppi condotti con metodi attivi* può far pensare a un lavoro essenzialmente fatto di movimento fisico. Tuttavia l'essenza dell'approccio moreniano sta nell'*incontro* e quindi nell'esplorazione, analisi e esperienza agita delle relazioni. Alla luce di questa premessa è possibile pensare ad un gruppo di *rel-azione* anche con persone fortemente impedito da un punto di vista motorio. La vera sfida nel lavoro con persone in terza e, soprattutto, quarta età sta nel trovare strategie registiche capaci di sostenere i deficit fisiologici e psichici che ostacolano la possibilità di vivere una relazione con l'altro e l'ambiente.

Una "trappola" osservata sia nel vissuto del direttore, che degli ausiliari è quello che potrebbe essere chiamato "*l'effetto nonnetti*". Si potrebbe definire tale effetto come la tendenza a dare per scontato il bisogno delle persone anziane di essere trattate come dei bambini. Naturalmente da un punto di vista professionale potrebbe sembrare un problema banale, ma se si pensa alle esigenze delle persone anziane e al loro percorso di invecchiamento che sembra ripercorre a ritroso le fasi dello sviluppo, si può intuire come sia facile accompagnare il crescente bisogno di *doppi* (intesi come tecniche) con una modalità espressiva più adatta a un bambino che a un adulto. A questo si aggiunge che un certo stereotipo sociale porta a dare per scontati i deficit cognitivi in età avanzata.

Nell'esperienza qui presentata è stato spesso rilevato che quando le persone, i protagonisti, sono state messe in condizioni di esprimersi hanno agito ruoli adeguati e ritenuti impensabili dai volontari e dal personale che le conoscevano nel quotidiano della struttura.

CAPITOLO 4

Considerazioni cliniche

4.1 - Il rischio della frustrazione

Se si considera questa esperienza sul piano del sostegno psicologico offerto agli ospiti ci si deve chiedere se il confronto con i propri limiti non rischi di inasprire nei partecipanti un vissuto di amarezza rispetto al proprio "invecchiare".

A questo proposito risulta importante integrare nello stile di conduzioni tre aspetti fondamentali dello stile di direzione: una partecipazione umana e accogliente; la costante attenzione a proporre attività adeguate al potenziale di ciascuno, equilibrando, attraverso un costante atteggiamento diagnostico, compiti che promuovano ruoli nuovi e compiti che aiutino a integrare e sostenere il senso di adeguatezza; infine un grande rispetto per i partecipanti, nel rela-

zionarsi con loro come persone adulte e non come "simpatici nonnetti" (cfr. 3.4).

4.2 - La rottura del copione

Un'esigenza forte è stata individuata nella rottura dei copioni dei partecipanti. Questo riguarda sia i ruoli sociali che i ruoli psicodrammatici. Il semplice lavorare per temi dati (es. l'inverno, la torta, la guerra...) aiuta i partecipanti a recuperare e presentare informazioni nuove e conseguentemente a attivare ruoli nuovi o poco giocati. È risultato poco efficace il lavoro esplicitamente dedicato ad una fase di vita, poiché il passaggio nel tempo, se richiesto come pre-condizione, risulta difficile e confuso. Attivare la memoria emotiva con una lunga fase di riscaldamento alla relazione e al confronto di esperienze favorisce l'accesso a materiale mestico più coerente. Il rischio di lavorare senza riferimenti chiari al protagonista è quello di favorire un processo di confusione e disorientamento. È risultato importante scegliere di dosare il lavoro in modo da offrire esplorazioni brevi, ma coerenti e integrabili.

4.3 - Sviluppo del potenziale relazionale

In una condizione di istituzionalizzazione le occasioni di interazione non mancano. Quello che in parte viene a mancare è l'arbitrarietà nella scelta dei contro-ruoli. La persona istituzionalizzata si trova in un contesto che spesso non ha scelto. Le persone che la circondano sono per la maggior parte altri ospiti della struttura, spesso con deficit relazionali. I care-giver passano dall'essere parenti all'essere professionisti. Questo può aumentare la qualità tecnica del servizio, ma riduce la partecipazione emotiva. Durante la terza e quarta età l'atomo sociale delle persone si riduce (decessi, maggiore difficoltà di spostamento...). Al momento dell'istituzionalizzazione il paziente affronta la sfida di inserirsi in un nuovo contesto sociale e costruire una nuova rete relazionale nel quotidiano.

La persona arriva con un certo grado di deficit fisiologico, con una propria gamma di ruoli, più o meno rigidi, e un proprio livello di accesso a stati di spontaneità e creatività. A seconda della propria disposizione e possibilità di ristrutturare il proprio atomo sociale è possibile osservare due tendenze: apertura e chiusura.

Si ricorda che l'esperienza del gruppo si inserisce in un progetto più ampio di sviluppo di comunità e prevede esperienze di playback theatre per favorire la creazione di nuove reti relazionali. Le attività più specificatamente dedicate al sostegno e allo sviluppo del potenziale individuale saranno presentate nel successivo paragrafo.

Per quanto riguarda l'esperienza specifica del gruppo e alla luce delle considerazioni fatte relativamente allo specifica composizione si è scelto di utilizzare strategie registiche che favorissero:

- uno scambio e un confronto tra storie di vita;
- una "rigida" alternanza tra espressione e ascolto;
- una costante esplicitazione degli elementi di congruenza, complementarità o differenza tra le storie/esperienze dei partecipanti;
- il rivolgersi direttamente ad un altro membro del gruppo;
- il verbalizzare, eventualmente doppiando, le risonanze.

Risulta difficile valutare quanto i fenomeni di co-conscio e co-inconscio si sviluppino in un tale gruppo. Si consideri che per alcuni dei partecipanti ogni gruppo è il primo gruppo. Tuttavia le verbalizzazioni di alcuni partecipanti sembrano confermare tali vissuti.

4.4 - Livelli possibili

Il percorso dei singoli partecipanti è fortemente dipendente dalle specifiche condizioni mediche. Si presentano di seguito tre livelli d'intervento da intendersi come consecutivi. A seconda del potenziale psico-fisiologico del paziente sarà possibile aggiungere un livello successivo. Il potenziale è dato dalla cartella clinica, ma va sempre verificato con procedimenti di diagnosi d'azione.

- Per le persone con forte degenerazione cognitiva il percorso di psicodramma risulta principalmente un addestramento alla spontaneità volto a sostenere il modello *SOC*. questo non toglie che l'esperienza di uno spazio relazionale ausiliario alle proprie esigenze non risulti avere un forte significato di cura.

- Per persone con piccoli deficit e con una gamma di ruoli ridotta l'obiettivo principale risulta la possibilità di sperimentare ruoli nuovi e rinforzare ruoli poco utilizzati.
- Per le persone "semplicemente" anziane, oltre ai precedenti punti, valgono gli obiettivi di un percorso psicodrammatico per adulti. Questo implica la possibilità di ristrutturazione del proprio teatro interno, elaborazione e integrazione dei vissuti critici passati e presenti. Tuttavia va specificato che un lavoro con protagonista deve sempre tenere presente tutto il gruppo. Il direttore deve costantemente favorire il rispecchiamento dell'uditorio.

CONCLUSIONI

L'esperienza qui presentata è stata l'occasione di sperimentare quanto, come psicodrammatista, sia importante maturare e costantemente sviluppare una solidità teorica e una flessibilità metodologica. Per il lavoro con persone anziane è stato determinante ricordare la grande fiducia che Moreno nutriva per l'uomo e il suo potenziale di creatore.

Proponendo una valutazione dell'esperienza, peraltro ancora in corso, si possono ipotizzare, relativamente al gruppo di psicodramma, i seguenti risultati:

- un certo grado di sviluppo del potenziale relazionale;
- un certo ampliamento del proprio atomo sociale;
- una parziale ristrutturazione del proprio teatro interno.

Da un punto di vista scientifico emerge forte la necessità di individuare degli indicatori e delle variabili che possano guidare una verifica strutturata delle ipotesi emerse da quest'esperienza.

BIBLIOGRAFIA

- C. Baim, J. Burmeister, M. Maciel - *Psychodrama: Advances in Theory and Practice*, Routledge, London, 2007
- P. B. Baltes - *Das Hohe Alter, mehr Bürde als Würde?*: Altersforschung, Max Planck Forschung, 2/2003
- P.B. Baltes, U.M. Staudinger, U. Lindenberger - *Lifespan Psychology, theory and application to intellectual functioning*, in Annual Reviews, 1999
- G. Boria - *Psicoterapia psicodrammatica - Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti* - Angeli, Milano, 2005
- M.C. Boria Migliorini - *Arte-terapia e psicodramma classico - I metodi attivi nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare* - Vita e Pensiero, Milano, 2006
- C. Castelli, F. Sbattella - *Psicologia del ciclo di vita*- Franco Angeli, 2008
- P. De Leonardis, *Lo scarto del cavallo - Lo psicodramma come intervento sui piccoli gruppi*, FrancoAngeli, Milano, 1994
- L. Dotti, *Lo psicodramma dei bambini - I metodi d'azione in età evolutiva*, collana Psicoterapie, cod. 1250.51, Franco Angeli ed., Milano, seconda ed. 2007
- J. Fonseca Filho, *Contemporary Psychodrama: New Approaches to Theory and Technique*, published by Brunner-Routledge, (www.brunner-routledge.co.uk/opal), London, New York and Canada, 2004
- J. Fox, Editor - foreword by Carl A. Whitaker *The Essential Moreno - Writings on Psychodrama, Group Method, and Spontaneity* by J.L. Moreno, M.D., Tusitala Publishing, New Paltz, New York, 2008 - www.playbackcentre.org
- J.L. Moreno, *The Words of The Father*, Beacon House inc., New York, 1971
- J. L. Moreno, *Manuale di psicodramma, vol. 1*, Astrolabio, Roma, 1985
- J. L. Moreno e Z. T. Moreno, *Manuale di psicodramma, vol. 2*, Astrolabio, Roma, 1987

J.L. Moreno, *The Autobiography of J.L. Moreno MD (Abridged)*, Jonathan Moreno Guest Editor, in: Journal of Group Psychotherapy and Sociometry, vol. XLII, n° 1-2. Heldref Publications, Washington, 1989

J. L. e Z. T. Moreno, *Gli spazi dello psicodramma*, Di Renzo Editore (www.di renzo.it), Roma, 1995

J.L. Moreno, *Il profeta dello psicodramma: autobiografia di J.L. Moreno*, Di Renzo Editore (www.di renzo.it), Roma, 2002 (La vita di Moreno, il suo percorso umano e teorico, dalla viva voce di Moreno stesso)

J. L. Moreno, *Teatro della spontaneità* , Di Renzo Editore (www.di renzo.it), Roma, 2007

J. L. Moreno, *Who Shall Survive?*, Di Renzo Editore (www.di renzo.it), Roma, 2007

Z.T. Moreno (edited by T. Horvatin and E. Schreiber), *The Quintessential Zerka, writings by Zerka Toeman Moreno on psychodrama, Sociometry and Group Psychotherapy*, Routledge, London - New York, 2006

Per contattare l'autore

paololanciani@gmail.com