

**STUDIO DI PSICODRAMMA DI MILANO**  
**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA**

**SPECIALIZZANDA**

**DOTT.SSA VALERIA ZUCANO**

**TESI DI DIPLOMA**

**LA PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA**  
**COME CURA DELLA PERSONA E NON DEL SINTOMO**

**ANNO ACCADEMICO 2020**

*“Ci sono due tipi di medicina: quella degli schiavi e quella degli uomini liberi.*

*Quella per gli schiavi, prevede la rapida rimozione del sintomo, perché il soggetto possa tornare al più presto al lavoro.*

*Quella per gli uomini liberi, prevede la conoscenza e la comprensione del sintomo, il suo significato per la salute complessiva del corpo, per l'equilibrio della persona e per la sua famiglia.”*

*Platone  
filosofo greco IV secolo a.C.*

# INDICE

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1	
1.1 LA CURA RIVOLTA ALLA SOPPRESSIONE DEL SINTOMO.....	6
1.2 LA CURA MENTALE SECONDO IL METODO CLINICO TRADIZIONALE.....	9
1.3 LE TERAPIE EVIDENCE-BASED: LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE.....	12
CAPITOLO 2	
2.1 ACCENNI ALLA STORIA DELLA MEDICINA.....	20
2.2 LE MEDICINE ORIENTALI.....	24
2.3 IL RITORNO DELLA VISIONE SISTEMICA NELLA MEDICINA OCCIDENTALE.....	29
2.4 IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE E LA PNEI.....	31
2.5 L'APPROCCIO TEORICO CONDIZIONA L'OBIETTIVO DELLA CURA, ANCHE NELLA CURA DELLA MALATTIA MENTALE: LA PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA.....	35
CAPITOLO 3	
3.1 LA PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA IN OTTICA SISTEMICA.....	38
3.2 IL VITALISMO DI MORENO: IL FATTORE S/C.....	39
3.3 IL RUOLO COME ELEMENTO PSICOGENICO, IL SINTOMO NELLA VISIONE SISTEMICA.....	43
3.4 IL TELE COME FATTORE SOCIOGENICO: LA TEORIA DELL'INCONTRO.....	49
3.5 IL BISOGNO DI COMPRENDERE L'ALTRO, IL BISOGNO DI ALTERITÀ, LA POSSIBILITÀ DI ESPANDERE I PROPRI CONFINI ATTRAVERSO L'ALTRO.....	55
3.6 LA SEMIREALTÀ DELLA RAPPRESENTAZIONE SCENICA COME CHIAVE PER COGLIERE LA DIMENSIONE SISTEMICA DELLA VITA.....	68

CAPITOLO 4	
4.1 LA PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA COME CURA DELLA PERSONA IN CONFRONTO ALLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE.....	76
CAPITOLO 5	
5.1 LA CURA DELLA PERSONA NELLA PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA IN RIFERIMENTO ALL'ESPERIENZA DI CO-CONDUZIONE DI UN GRUPPO DI PAZIENTI POST-BARIATRICI.....	85
CONCLUSIONI.....	93
BIBLIOGRAFIA.....	95
RINGRAZIAMENTI.....	100

## INTRODUZIONE

Questa tesi nasce dalle riflessioni fatte durante tutti i miei anni di studi, nonché dall'amore per il mio percorso formativo nella Psicoterapia Psicodrammatica.

Ho fin da subito visto questo metodo come estremamente valido anche perché si configura come un approccio volto alla cura della persona nel suo complesso e non alla soppressione del sintomo, ed è appunto questo il tema che verrà trattato in questa tesi.

Nel primo capitolo verrà affrontata la cura vista come soppressione del sintomo, la cura mentale nel modello clinico tradizionale e le terapie *evidence-based* tra cui verrà illustrata la terapia Cognitivo-Comportamentale.

Nel secondo capitolo verrà brevemente presentata la storia della medicina e posta l'attenzione sugli approcci orientati alla cura integrata della persona, la visione sistemica nel passato fino ad oggi e illustrato come l'idea che guida un intervento possa poi condizionarlo nei termini di cura della persona o del sintomo.

Nel terzo capitolo verrà mostrato come la Psicoterapia Psicodrammatica, attraverso i suoi tre capisaldi teorici, ovvero il fattore S/C, il ruolo e il tele, si colleghi alla visione sistemica e al concetto di vitalismo, trattando il sintomo come un aspetto o problematica della persona nel suo insieme; come uno stimolo alla crescita della stessa, e come la semirealtà della rappresentazione scenica possa essere la chiave per cogliere e vivere la dimensione sistemica della vita.

Nel quarto capitolo verrà sottolineato l'aspetto di cura complessivo della persona al di là del sintomo, attraverso un confronto tra la Psicoterapia Psicodrammatica e la terapia Cognitivo-Comportamentale.

Nel quinto capitolo verrà esposto come il modello psicodrammatico abbia influenzato le mie esperienze di tirocinio a partire dalla fase di progettazione del gruppo co-condotto da me e dalla collega Marta Murtas, presso il centro diurno per i disturbi alimentari, composto da pazienti tutti post-bariatrici, ma non tutti con diagnosi BED.

# **CAPITOLO 1**

## **1.1 LA CURA RIVOLTA ALLA SOPPRESSIONE DEL SINTOMO**

Nel campo della salute il termine “sintomo” che dal greco significa “circostanza” è ormai consolidato nel sapere comune come l’espressione, o il segnale di un’anomalia o meglio, di un diverso funzionamento di un organo, di un apparato o di un sistema di comportamenti.

Seppur spesso confuso con il “segno” che rappresenta l’evidenza tangibile di un evento patologico ed è la conseguenza di una serie di processi normali o alterati che ne sono alla base.

In campo psicopatologico il sintomo assume significati differenti, con letture che possono cambiare a seconda dei diversi codici teorici di un modello di intervento.

Nelle sue varie cornici teoriche il sintomo ha una funzione comunicativa e il più delle volte è esso stesso la comunicazione e/o il portavoce di un determinato malessere che richiama l’attenzione verso la sua esistenza, oppure è la comunicazione di una modalità di pensiero che ha smesso di adattarsi, o la conseguenza di un processo che sta evidenziando la sua incapacità di portare adeguatamente a termine il proprio compito evolutivo, e ancora, il campanello d'allarme di un meccanismo che si è inceppato.

Qualunque sia la lettura che se ne voglia fare e qualunque significato gli si voglia attribuire il sintomo è una comunicazione dell’organismo che si esprime principalmente attraverso la sofferenza di chi lo ospita (A. De Vincentiis, 2010).

Quando in psicopatologia un sintomo, qualunque esso sia (una compulsione, un’ossessione, un attacco di panico, un attacco bulimico, una difficoltà sessuale, una fobia e così via...) fa il suo esordio, l’approccio terapeutico verso quest’ultimo cambia a seconda del codice di lettura, che a sua volta decide come interpretare il tipo di comunicazione che il sintomo sta evidenziando e quindi come curare la sofferenza di cui si fa portatore.

Ogni approccio psicoterapico, a seconda del codice di cui è dotato può tendere ad ascoltarlo, a ricercarne i suoi significati, a modificarne la sua funzione, o semplicemente a stroncarlo; infatti vi sono codici di lettura che considerano il sintomo stesso la malattia, che comunica esclusivamente la sua presenza (A. De Vincentiis, 2010).

Quando il disagio, il disturbo e la limitazione della libertà della persona diventano invalidanti, il soggetto di solito si rivolge a un professionista e la sua richiesta iniziale può essere, comprensibilmente, quella di “eliminare” il sintomo e di tornare al funzionamento psichico e sociale precedente, possibilmente nel più breve tempo possibile; bisogna però sottolineare che gli approcci che mirano a una rapida risoluzione del sintomo, (come ad esempio la cura farmacologica) possono essere utilissimi e talvolta necessari, ma rischiano di non essere sufficienti e di consentire al sintomo di “rientrare dalla finestra” sotto altre forme (C. Venturi).

In generale questi approcci sembrano seguire la tendenza della medicina scientifica attuale che non nega esplicitamente le istanze di cura integrale della persona o i programmi di prevenzione basati sullo stile di vita e gli studi di integrazione bio-psico-sociale, che anzi ad oggi risultano rivalutati e valorizzati, e certamente la maggior parte degli operatori sanitari avverte il compito di dedicarsi al paziente, considerato nella sua interezza di persona bisognosa di cure, ma nella pratica medica di tutti i giorni tali vedute hanno difficoltà a essere attuate.

Infatti la pratica della medicina oggi è fortemente condizionata da automatismi, protocolli o “linee-guida”, col coinvolgimento di molti enti (ad esempio, laboratorio, diagnostica per immagini, reparto ospedaliero, distretti, specialisti, amministratori ecc.) nella diagnosi e nella “presa in carico” del paziente.

Di conseguenza la conoscenza delle reali e profonde dinamiche fisiopatologiche individuali, strettamente connesse alla storia dell’individuo e al suo “modo di vivere” il disagio attuale, passa in secondo piano rispetto agli aspetti organizzativi o purtroppo addirittura a quelli burocratici, che chiedono la restrizione delle singolarità e l’adozione di categorie nosologiche-standard (P. Bellavite, 2009).

La questione rimanda al metodo clinico tradizionale, che consiste, semplificando, nel binomio diagnosi-terapia, ovvero; per la diagnosi, dai segni e sintomi manifestati si risale, con procedimento induttivo e analogico, alla malattia di cui il soggetto è “portatore” o da cui è “colpito”, si assegna il “nome” alla malattia, quell’entità che rappresenta il comune denominatore di tanti soggetti che hanno segni e sintomi simili e dal nome della malattia si passa quindi alla terapia.

Per quest’ultima, oggi il criterio prevalente è la cosiddetta “evidenza” (*evidence-based medicine*), per cui la terapia da prescrivere è quella che ha dato, statisticamente, i migliori risultati nel grande gruppo di tutti i soggetti con la stessa malattia.

Tale procedimento è spesso utile e necessario, ma non costituisce l’unico approccio al malato, che com’è ben noto, chiede di essere considerato e trattato non solo come un “caso clinico” o un “problema tecnico”, ma prima di tutto come una persona che ha dei problemi di salute (P. Bellavite, 2009).

## 1.2 LA CURA MENTALE SECONDO IL METODO CLINICO TRADIZIONALE

Anche per quanto riguarda la salute mentale il metodo clinico è proiettato ad applicare ai soggetti una diagnosi, (che del resto in molti casi serve per essere presi in carico dal servizio Sanitario Nazionale), secondo codici di valutazione, come per esempio quelli del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Rispetto a questo la sua ultima versione del 2013, il DSM-5, ha ricevuto molte critiche, soprattutto in relazione al rischio di medicalizzazione proprio dal mondo psichiatrico; a tale proposito rispetto al DSM-5, Robert Spitzer, psichiatra, coordinatore del gruppo produttore del DSM-III ha dichiarato: *“Abbiamo stimato la prevalenza di malattie in modo totalmente descrittivo, senza considerare che molte di queste condizioni potrebbero essere reazioni normali anziché vere malattie, poiché non abbiamo analizzato il contesto in cui queste condizioni si sviluppavano. In una certa misura abbiamo medicalizzato una buona parte della tristezza, della paura e delle comuni esperienze umane.”*<sup>1</sup>

Uno degli aspetti del DSM-5 che ha suscitato il maggior numero di critiche è la modifica dei cosiddetti *“grief exclusion criteria”* cioè dei criteri diagnostici che consentono di distinguere tra una normale reazione emotiva alla perdita di un familiare e una reazione depressiva patologica.

Tra i criteri che consentono la diagnosi di *“episodio depressivo maggiore”* nella precedente edizione del DSM veniva esplicitata la necessità che le reazioni psicologiche a impronta depressiva conseguenti alla perdita di una persona amata durassero per oltre 2 mesi dopo il decesso.

La task force che ha redatto il DSM-5 ha eliminato questa clausola di esclusione, consentendo di estendere notevolmente il concetto di malattia nell’ambito di quella che è – secondo il comune buon senso e da parte di molti psichiatri - una normale reazione emotiva a un avvenimento stressante come la perdita di un proprio caro.

A margine di questo criterio diagnostico il gruppo di lavoro ha aggiunto una precisazione, specificando che per evitare la medicalizzazione di normali

---

<sup>1</sup> Gornall J. DSM-5: a fatal diagnosis? *BMJ* 2013; 346:f3256

fluttuazioni dell'umore" la diagnosi dovrebbe essere fatta solo qualora i sintomi, a giudizio del medico, siano associati a un livello di stress o di limitazione funzionale tale da richiedere un intervento terapeutico: una affermazione generica e soggetta alla interpretazione personale, che non esclude la possibilità di applicare l'etichetta di "condizione psichiatrica" a una normale reazione di lutto (F. Nonino, M. Magrini, 2013).

Un altro esempio del rischio di medicalizzazione rispetto al DSM-5 riguarda la diagnosi di demenza. Allen Frances, psichiatra, coordinatore del gruppo produttore del DSM-IV, aveva dichiarato che secondo le modifiche del DSM-5 "[...]le dimenticanze quotidiane tipiche dell'età senile verranno scambiate per 'Disordine Neurocognitivo Minore' creando così una enorme popolazione di falsi positivi composta da persone non particolarmente a rischio di demenza. Dal momento che non esistono terapie efficaci per questa 'condizione' (e nemmeno per la demenza), questa diagnosi non offre assolutamente alcun vantaggio (creando invece molta ansia) nemmeno per coloro con un autentico rischio di sviluppare successivamente una demenza."<sup>2</sup>

Infatti la classificazione definisce come "disturbo cognitivo minore" un lieve declino in qualsiasi dominio della sfera cognitiva riferito dal paziente, dal medico o da un conoscente, qualora un test neuropsicologico formale riveli un valore alterato di oltre una deviazione standard rispetto ai valori normali. Applicando questa definizione circa il 16% della popolazione verrebbe automaticamente definita come malata, senza contare il rischio di un ulteriore aumento delle persone etichettate come affette da "disturbo cognitivo minore" legato alla imprecisione dei test per la memoria<sup>3</sup>.

Una recente revisione sistematica della letteratura, i cui dati sono stati preliminarmente presentati a Boston in occasione della *Alzheimer's Association International Conference*, mostra che lo screening di popolazione per la demenza non produce alcun beneficio clinico, a fronte di un importante onere economico.

---

<sup>2</sup>Allen Frances. DSM-5 Is a Guide, Not a Bible: Simply Ignore Its 10 Worst Changes. Huffington Post, posted 12/03/2012 6:42 pm. [http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm-5\\_b\\_2227626.html](http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm-5_b_2227626.html) (accesso 7 novembre 2013)

<sup>3</sup>Le Couteur DG, Doust J, Creasey H, Brayne C. Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis. *BMJ* 2013; 347:f5125

Per contro, non vi sono evidenze empiriche riguardo ai possibili impatti negativi che lo screening potrebbe avere sulle persone (come ad esempio ansia, depressione o discriminazione)<sup>45</sup>.

Viene quindi da chiedersi se abbia un senso modificare i criteri diagnostici (mirando a una diagnosi più precoce) di una malattia per cui non esiste al momento né una cura né una efficace prevenzione, e i cui trattamenti farmacologici – pur rappresentando un grande onere economico per la sanità pubblica – hanno dimostrato una efficacia clinicamente modesta e limitata a esiti surrogati” (F. Nonino, M. Magrini, 2013).

Si può dire che la tendenza a modificare i criteri diagnostici delle malattie in modo da aumentare il numero di persone che possono essere definite “malate” (e quindi oggetto di cure farmacologiche) è comune in molte discipline mediche, e non solo in psichiatria (F. Nonino, M. Magrini, 2013).

E il senso di questa tendenza dovrebbe essere il fatto che i criteri diagnostici vengono generalmente “allargati” con lo scopo dichiarato di migliorare i livelli di salute: abbassare le soglie che definiscono uno stato di malattia consente di aumentare il numero di persone che - ricevendo una diagnosi tempestiva – possono beneficiare di cure che ridurranno le conseguenze a lungo termine delle condizioni croniche.

L’entità di tali benefici rimane tuttavia quasi sempre indeterminata o stimata in modo approssimativo, mentre gli eventuali rischi associati a prevalenze “gonfiate” delle malattie (diagnosi erroneamente positive con conseguente erogazione di cure inutili e potenzialmente dannose, stress per le persone sane etichettate come malate) non vengono mai considerati accuratamente, e in questo senso il DSM-5 non fa eccezione (F. Nonino, M. Magrini, 2013).

---

<sup>4</sup>Hawkes N. Systematic review finds no benefits to population screening for dementia. *BMJ* 2013; 347:f4638

<sup>5</sup>Lin J, O’Connor E, Rossom R, Perdue L, Eckstrom E. Screening for cognitive impairment in older adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2013; 159:601-12

### **1.3 LE TERAPIE EVIDENCE-BASED:**

#### **LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE**

Come già detto il metodo clinico tradizionale, basato sul binomio diagnosi-terapia, dopo l'assegnazione della diagnosi passa quindi alla terapia, che prevalentemente segue come criterio quello della “*evidence-based medicine*” (medicina fondata sulle prove di efficacia), per cui la terapia che tendenzialmente viene prescritta è quella che ha dato statisticamente, i migliori risultati nel grande gruppo di tutti i soggetti con la stessa malattia. Questo è dovuto al fatto che ultimi anni il campo della ricerca e della pratica in psicoterapia è stato profondamente influenzato dal movimento chiamato “*empirically supported treatments*” (ESTs), legato appunto, alla diffusione della “*evidence-based medicine*” (EBM) anche nel campo della salute mentale.

L' “*American Psychological Association Society of Clinical Psychology's Committee on Science and Practice*” ha enfatizzato l'importanza di identificare, studiare e diffondere le terapie supportate dall'evidenza empirica (Sanderson, 2003).

La data ufficiale di inizio di tale approccio in psicoterapia è il 1995, quando la “*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures of Division 12 (Clinical Psychology)*” della *American Psychological Association* (APA) identificò un numero di interventi psicologici considerati “*empirically validated treatments*” più tardi chiamati “*empirically supported treatments*” (ESTs) (Chambless & Ollendick, 2001; Herbert, 2003).

Rispetto a questi, la maggior parte degli studi empirici condotti in psicoterapia non si è interessata al problema dell'efficienza, ma solo a quello dell'efficacia; definito come il rapporto fra risultati ottenuti e risorse impiegate.

In altre parole, secondo questi studi una psicoterapia è più efficace di un'altra se è in grado di raggiungere gli stessi risultati con minor dispendio di risorse e in minor tempo.

Una delle terapie maggiormente usate proprio perché supportata da una vasta ricerca scientifica in suo favore è la terapia Cognitivo-Comportamentale.

Essa nasce e si sviluppa negli Stati Uniti intorno agli anni Sessanta, originando dall'avvento del cognitivismo e dall'evoluzione dal punto di vista teorico ed empirico delle terapie puramente comportamentali o *behaviouriste*, che iniziarono a nascere già negli anni Cinquanta, e ha almeno due padri fondatori: Albert Ellis e Aaron T. Beck.

Albert Ellis, di formazione psicoanalitica, dopo alcuni anni di pratica psicoanalitica ortodossa, insoddisfatto dalla concezione psicoanalitica del funzionamento della mente umana e dai risultati poco efficaci ottenuti con i pazienti, fonda un nuovo approccio che inizialmente denomina "*Rational Therapy*", che nel corso degli anni poi affinerà con il termine, *la Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT), teoria basata sul principio fondamentale secondo cui la sofferenza mentale deriva da credenze e valutazioni automatiche degli eventi (per es., "non deve/può succedere", "non posso sopportarlo", "sarà terribile"), che il soggetto coltiva ad un certo stato di coscienza.

Secondo questa teoria sono quindi gli individui a strutturare, più o meno inconsapevolmente, i propri "disturbi emotivi"; d'altra parte, sono essi stessi a possedere la fondamentale capacità di modificare le proprie convinzioni e la propria "filosofia di vita", oltre che il proprio comportamento, in modo da raggiungere una vita emotiva più soddisfacente.

Seguendo la REBT il terapeuta accompagna l'individuo in questo percorso appunto, attraverso la disputa attiva della veridicità e della consistenza logico-empirica delle convinzioni irrazionali, la ristrutturazione cognitiva (basata in primo luogo sull'accettazione degli aspetti della realtà che non possono essere modificati – aspetto che percorre approcci terapeutici come la terapia metacognitiva di Wells e l'ACT di Hayes) e l'esercizio quotidiano di quanto appreso in seduta.

Mentre Aaron Beck è l'altro teorico, riconosciuto come fondatore della terapia Cognitivo-Comportamentale Standard che appare sulla scena tra la metà e la fine degli anni Sessanta, anch'esso in origine psicoanalista, si definisce "psicoterapeuta cognitivo".

Beck mette a punto un metodo che risulta essere efficace nel lavoro con pazienti depressi e ansiosi, osservando la relazione tra cognizioni (pensieri) – in quanto valutazioni soggettive di un determinato *trigger* emotigeno – emozioni e comportamenti.

In altre parole questo metodo si basa sul fatto che la stessa situazione possa far scaturire emozioni differenti, in individui differenti o anche nello stesso individuo, a seconda del significato (interpretazione o valutazione cognitiva) che le viene attribuito.

In tal senso la valutazione cognitiva dei *trigger* emotigeni sono soggettive e si possono paragonare a delle lenti attraverso cui noi guardiamo e in qualche misura costruiamo nella nostra mente la realtà.

Dunque secondo il metodo cognitivo di Beck – prendendo le distanze dal concetto di inconscio psicoanalitico- è fondamentale diventare consapevoli delle proprie cognizioni coscienti (schemi cognitivi e pensieri automatici), dei fattori che le ingenerano e che le mantengono, portando a una condizione di malessere e sofferenza.

Ma divenirne consapevoli non è sufficiente infatti la terapia Cognitiva Standard prevede (attraverso diverse tecniche e strategie, tra cui ad esempio la ristrutturazione cognitiva) la modificazione di tali cognizioni disfunzionali e delle distorsioni che sono ad esse correlate (anche definiti errori cognitivi) abitualmente e spesso inconsapevolmente applicate dalla persona.

Tali cognizioni disfunzionali sono strettamente interdipendenti alle emozioni e alle condotte comportamentali della persona.

In seguito ai due padri fondatori, nel corso degli anni, il panorama della psicoterapia Cognitivo-Comportamentale si è arricchito e oggi è decisamente non riducibile alla terapia Cognitiva Standard né alla REBT.

Ad oggi all'interno della famiglia delle terapie Cognitivo-Comportamentali, ritroviamo diversi modelli diversificati di terapia, tra cui per esempio la terapia Metacognitiva, la Acceptance Commitment Therapy (ACT), la Mindfulness, la terapia

Dialettico-Comportamentale, la Prospettiva Cognitivo-Evoluzionista di Giovanni Liotti, la Schema Therapy di Young.

Anche la psicoterapia Cognitiva in sé ad oggi ha molti volti e differenti specifiche caratteristiche, ed è quindi difficile considerarla un corpo unico e significativamente comprensivo.

E' difficile definire il modello cognitivo in psicologia clinica in quanto non esiste un unico modello cognitivo, sia riguardo alla teoria che alla terapia. Piuttosto, negli ultimi 20 anni c'è stata una proliferazione di prospettive teoriche e di trattamenti, alcuni specifici per alcuni disturbi, altri riguardanti l'intero comportamento umano, le quali hanno assunto la definizione e l'etichetta di "cognitivo".

Un elemento che può costituire il "marchio" distintivo è l'uso del modello ABC, non importa se impiegato esplicitamente o in modo implicito (G. L. Dell'Erba).

La tecnica ABC viene utilizzata per aiutare il paziente a prendere coscienza di come si sviluppano i propri episodi emozionali, a partire da un evento che accade nel qui ed ora.

Non solo è uno schema teorico per concettualizzare le variabili fondamentali connesse alla condotta dell'individuo, ma per la terapia Cognitiva è anche una procedura tramite la quale può essere concretamente attuata una valutazione, una formulazione del caso, una sua pianificazione, ed un trattamento.

La struttura logica connessa alla tecnica ABC può essere immaginata come uno schema a tre colonne:

- 1) A -*Activating event*: identifica le condizioni antecedenti, gli stimoli, gli eventi, le situazioni;
- 2) B -*Belief system*: indica il sistema di credenze, il pensiero, il ragionamento, le attività mentali che formano il Bagaglio o la Base cognitiva dell'individuo;
- 3) C -*Consequences*: definisce le conseguenze di queste attività mentali ed identifica reazioni emotive e comportamentali (De Silvestri 1981).

Alcuni autori hanno insistito sul fatto che i B causerebbero i C, che le valutazioni soggettive e le credenze del soggetto quindi determinerebbero le emozioni e le

conseguenze comportamentali, altri autori, d'altra parte, hanno sottolineato il tipico processo circolare che esiste tra pensiero ed emozione, in quanto l'uno innesca l'altro; altri ancora hanno puntualizzato il carattere unico di questi processi in quanto i soggetti hanno esperienza di essi come un tutt'uno.

In sintesi, può essere affermata la intensa forza delle credenze e delle valutazioni nell'innescare le diverse emozioni, ciascuna di esse relativamente alla specifica area o scopo di base rilevante per l'individuo in un dato momento.

Il modello ABC ha il compito di separare in modo preciso aspetti diversi dell'esperienza in modo utile e pratico.

Va ricordato che il contenuto di B include le seguenti attività mentali: immagini, inferenze, valutazioni, assunzioni disfunzionali (credenze di base ed errori cognitivi), (G. L. Dell'Erba).

Le fasi del modello ABC sono le seguenti:

- 1) *Focalizzare un problema*: chiedere al paziente di scegliere un problema da quale iniziare.
- 2) *Valutare il C*: valutare sia l'evento attivante (A) sia il problema emotivo (C).
- 3) *Valutare A*: valutare ed inquadrare il restante resoconto
- 4) *Confermare che A-C è il problema*: collegare A con C e controllare che è proprio questo il problema del paziente
- 5) *Valutare il B*: valutare le cognizioni (immagini, inferenze, valutazioni, ...) usando la concatenazione logica (*thought chaining, laddering up and down, ...*)
- 6) *Formulazione*: a) mostrare la connessione B-C, e b) ipotizzare una formulazione della storia personale
- 7) *Accordarsi sugli obiettivi del paziente, e considerare le sue opzioni e scelte*
- 8) *Modificare le convinzioni* (G. L. Dell'Erba).

All'interno della pratica della terapia Cognitiva troviamo le micro-tecniche, pensate come interventi mirati alla risoluzione di problemi specifici.

Sono appunto "micro" in quanto ognuno di tali interventi può essere più volte reiterato nel corso della seduta o essere usate in sequenza in più micro-tecniche.

Il quadro generale in cui sono applicate è il modello cognitivo ABC, dove il lavoro principale del terapeuta è quello di rendere le informazioni del paziente adeguate ad un trattamento.

L'uso delle tecniche è visto come un aspetto particolare del più generale processo psicoterapeutico, e non facilmente pensabile al di fuori di un modello ABC (G. L. Dell'Erba).

Alcuni esempi di micro-tecniche spesso utilizzate possono essere:

- Capire i significati personali tipici
- Analisi delle evidenze e dei dati
- Riattribuzione
- Esaminare le opzioni e le alternative
- Decatastrofizzare
- Fantasticare le conseguenze
- Analizzare vantaggi e svantaggi
- Modificare gli svantaggi in vantaggi
- Etichettare le distorsioni
- Associazioni guidate e scoperta
- Paradossi ed esagerazioni
- Graduazione
- Sostituzione di immagini
- Esternalizzazione di voci e pensieri
- Ripetizione cognitiva
- Autoistruzioni
- Stop del pensiero
- Discussione diretta
- Dissonanza cognitiva
- Compilazione di una scheda o un diario

- Ristrutturazione cognitiva
- Esposizione
- Prevenzione della risposta
- Analisi delle intenzioni disfunzionali

In conclusione, ritornando al motivo della la sua vasta applicazione in ambito clinico, poiché la terapia Cognitivo-Comportamentale è stata la prima forma di psicoterapia valutata con criteri rigorosi (per esempio con studi randomizzati con confronti attivi) simili a quelli usati per testare l'efficacia di un farmaco, essa è stata anche la prima psicoterapia identificata come “*evidence-based*” dalla maggior parte delle linee guida cliniche.

Di conseguenza, la CBT nell'ambito della salute mentale è una delle terapie che viene spesso vista come psicoterapia di riferimento; *“(...) grazie al suo chiaro supporto derivato dalla ricerca, la CBT domina le linee guida internazionali per i trattamenti psicosociali, ed è il trattamento di prima linea per molti disturbi, come raccomandato dalle linee guida del National Institute for Health and Care Excellence e dell’American Psychological Association.*

*La CBT è, infatti, il gold standard (trattamento d’eccellenza) nel campo della psicoterapia, ed è inclusa nelle principali linee guida cliniche per la sua rigorosa base empirica (...)”<sup>6</sup>.*

Bisogna però ricordare che le psicoterapie che hanno praticato l' “*evidence-based*” come la terapia Cognitivo-Comportamentale, o così come la terapia Breve Strategica di Nardone, operano spesso su obiettivi limitati, e si focalizzano sulla remissione del sintomo: è questo fatto che rende facilmente applicabile una pratica “*evidence-based*” dei cambiamenti e l'utilizzo dei “gruppi di controllo” (comparazione dei risultati del gruppo trattato, con un gruppo identico – in questo caso con lo stesso sintomo - ma che non ha ricevuto nessun trattamento psicoterapeutico).

---

<sup>6</sup> Leichsenring, F., & Steinert, C. (2017). Is Cognitive Behavioral Therapy the Gold Standard for Psychotherapy?: The Need for Plurality in Treatment and Research. *Jama*, 318, 1323-1324.

Inoltre attualmente, non ci sono altri trattamenti psicologici che abbiano un simile supporto empirico per convalidare i loro costrutti sottostanti, al contrario, alcuni trattamenti psicologici – specialmente quelli derivati dalla psicoanalisi classica – non sono supportati, oppure sono controversi rispetto ai costrutti sottostanti, mentre altri (per esempio la psicoterapia interpersonale) sono in una fase iniziale della ricerca.

## CAPITOLO 2

### 2.1 ACCENNI ALLA STORIA DELLA MEDICINA

La visione che guida un intervento di cura arriva a condizionare anche le finalità della cura stessa, oltre al tipo di intervento.

La storia ha conosciuto tipi di medicina differenti; il suo lungo percorso evolutivo può consentire la suddivisione schematica in conformità a differenti tipi di episteme (conoscenza).

Il primo lungo periodo, ha avuto come episteme l'identificazione delle cause delle malattie su basi prevalentemente magiche o metafisiche; nell'antichità (e ancor oggi tra i popoli primitivi), mancando conoscenze certe sulla natura dei processi patologici, la medicina era prevalentemente esercitata in stretta relazione alla mitologia, alla magia o alla religione: le malattie erano viste come castighi mandati dagli dei, i medici erano anche guaritori, stregoni o sciamani.

Con la scuola ippocratica di *Coo* in Grecia (4-5 sec. a.C.) e altre scuole come quella di Celso e Galeno, si affermò una concezione più naturalistica, in cui gli eventi morbosi erano giudicati come fenomeni naturali, non castighi divini, e come tali anche affrontati (ovviamente con i limiti delle conoscenze del tempo).

Giustamente a Ippocrate si fa risalire la nascita della medicina occidentale, poiché egli l'ha svincolata da credenze magiche e l'ha fondata come conoscenza della natura, ma si deve comunque dire che la sua dottrina è permeata dal concetto di guarigione naturale, dove la Natura (*physis*) è il guaritore della malattia.

La *physis* ippocratica è essenzialmente quel potere che prevale nell'organismo sano, lo guida e agisce anche come potere naturale di guarigione (P. Bellavite, 2009).

Mediante osservazioni molto acute, fatte senza grandi mezzi ma ancora valide, la scuola di *Coo* capì che molti fenomeni della malattia sono tentativi di guarigione e suggerì di imitarli o di rispettarli: questo è connesso col detto "*primum non nocere*" (innanzitutto non far male), ad esempio Ippocrate considerava le eruzioni cutanee apparse improvvisamente e diffusamente come dei fenomeni di guarigione.

Quest'approccio naturalistico o empirico della medicina è andato avanti per molti

secoli, fino alla nascita della scienza in occidente.

Di fatto, per tutti i secoli successivi e fino all'epoca dell'illuminismo, la medicina non era una scienza, in essa prevaleva la componente empirica e "artistica", supportate dalla tradizione e da trattati come quelli di Galeno o i ricettari erboristici che sono rimasti immutati per secoli (P. Bellavite, 2009).

La ricomparsa dell'insegnamento della medicina in occidente dopo la caduta dell'impero romano si deve al corpo ecclesiastico e in particolare si può far risalire all'XI secolo, nel pieno del Medioevo, con la fondazione della Scuola Salernitana, che recuperò le opere della tradizione galenica e ippocratica, favorita dai legami col mondo culturale greco e arabo.

L'espansione delle università accanto alle strutture per l'assistenza e alla creazione dei primi *Hospitalia* fonda le basi della medicina occidentale e offre la possibilità di dar forma sistematica e scientifica al bisogno di salute dell'uomo (P. Bellavite)

Particolarmente significativo, a tale proposito, è il giudizio sulla storia della medicina, tratto dal discorso che Benedetto XVI avrebbe dovuto pronunciare il 17 gennaio 2008 all'Università di Roma: "Anche se (nel Medioevo, al sorgere delle università, N.d.R.) la Medicina era considerata più come "arte" che non come scienza, tuttavia il suo inserimento nel cosmo dell'"*universitas*" significava chiaramente che era collocata nell'ambito della

razionalità, che l'arte del guarire stava sotto la guida della ragione e veniva sottratta all'ambito della magia" (P. Bellavite, 2009).

Va citata anche l'opera del monachesimo occidentale, entro cui si affermarono delle grandi figure come Ildegarda di Bingen, che propose con forza una visione vitalistica e naturalistica, ma anche mistica, dell'uomo nell'ambito delle forze che governano il creato.

È indicativo, ad esempio, il fatto che nelle miniature dei libri di Ildegarda - dedicati alla danza, alla meditazione e alla spiritualità, non disgiunte dall'igiene personale, dalla dieta, da prescrizioni erboristiche ecc. - l'uomo è rappresentato in un'armonia cosmica di elementi (terra-acqua-aria-fuoco) con forti analogie col pensiero orientale e con proporzioni anatomiche che ricordano il più famoso uomo vitruviano

di Leonardo da Vinci<sup>78</sup>

Sia Ippocrate, sia le tradizioni mediche orientali ma anche certi filoni della medicina occidentale come ad esempio Paracelso, Helmont, Stahl, Hahnemann, Bier, intuirono e ben espressero il concetto di *“dynamis”* o *“forza vitale”*.

La *dynamis* enfatizza non solo l'energia necessaria alla vita, ma anche quell'influsso che genera il cambiamento di salute nel tempo e la possibilità che proprio in e su questi cambiamenti si instaurino i processi patologici (P. Bellavite, 2009).

Concetto altresì sostenuto anche dalle teorie vitaliste, per cui va ricordato Cristiano Federico Samuele Hahnemann (1755-1843) che è passato alla storia come il fondatore dell'omeopatia, che così si esprimeva, ai primi dell'Ottocento: *“La malattia e la guarigione si sviluppano solo attraverso influenze dinamiche”*<sup>9</sup>; *“Le medicine agiscono non anatomicamente ma dinamicamente”*<sup>10</sup> e che della visione vitalista spiega: *“Benché tutte le parti componenti la struttura dell'organismo umano possano essere trovate in altre parti della natura, qui esse agiscono insieme, nella loro unione organica, al fine del completo sviluppo della vita e del compimento delle altre funzioni dell'uomo [...]. Ciò avviene in un modo così peculiare e caratteristico che può essere definito solo dal termine “vitalità” e tale vitalità, o reazione vitale, di tutte le parti le une verso le altre e le une verso il mondo esterno non può essere compresa e giudicata da alcuna legge della meccanica, della statica o della fisica. Essa ha sue leggi proprie.”*<sup>11</sup>

Un'affermazione del genere, vista nell'ottica riduzionista sarebbe stata considerata, fino a non molto tempo fa, con sospetto e tacciata di vitalismo perché sembra introdurre un fattore animistico nella scienza della vita, e forse in quel momento poteva essere così, ma oggi si è scoperto e riconosciuto che, nell'organizzazione stessa della materia, una volta raggiunto un certo grado di strutturazione organica (complessità), la materia stessa, se opportunamente sollecitata, tende a manifestare

---

<sup>7</sup>Ildegarda di Bingen: Liber divinorum operum - Il Libro delle Opere divine. Milano, Mondadori, 2003.

<sup>8</sup>Ildegarda di Bingen: Scivias - Il nuovo cielo e la nuova terra. Roma, Libreria Editrice Vaticana, 2002

<sup>9</sup>Hahnemann CFS: *Über die Kraft kleiner Gaben der Arzneien überhaupt un der Belladonna insbesondere.* Hufeland's Journal 1801; 13:153-(citato in Boyd, ref. 52).

<sup>10</sup>Hahnemann CFS: *Organon of Medicine.* Edited from the 5th and 6th edition by Joseph Reves. Haifa., Homeopress Ltd (ed.1994), 1842

<sup>11</sup>Hahnemann CFS: *Ueber die Werth der Spekulativen Arzneisysteme.* Allg Arzn d Deut 1808; 263:(citato in Boyd, ref. 52).

un livello nuovo di ordine non presente, di per sé, nei componenti presi separatamente.

A questo livello non basta più l'analisi delle parti - che è stata comunque utile e necessaria fino a tal punto - ma occorre un'indagine del nuovo livello d'insieme, del nuovo tutto complesso (P. Bellavite, 2009).

La visione "vitalista" della fisiologia e della malattia che sarebbe meglio oggi chiamare con il termine di "sistemica", rimanda anche a forme di medicina più antiche, come quelle orientali.

## 2.2 LE MEDICINE ORIENTALI

Le tradizioni orientali si sono sviluppate sia teoricamente sia empiricamente in modo del tutto estraneo alla cultura scientifica e solo a seguito delle aumentate possibilità di comunicazione hanno iniziato ad essere proposte da gruppi di appassionati come “alternative” terapeutiche anche in Occidente (P. Bellavite, 2009). Dopo un’iniziale diffusione semi-clandestina, le medicine di origine orientale oggi sono state in parte riconosciute come valide, almeno sul piano della terapia di alcuni disturbi minori, anche dalle istituzioni sanitarie ufficiali negli Stati Uniti (NIH).

L'Oriente raccoglie e spesso mescola correnti di pensiero filosofico e religioso molto differenti tra loro, ma si può dire che esistono due correnti generali di pensiero: quella medio-orientale (islamica nelle sue varie espressioni) e quella estremo-orientale (medicina cinese, medicina tibetana e medicina ayurvedica).

La medicina cinese e ayurvedica, ispirano ad oggi alcuni approcci medici diffusi anche nel nostro paese e riconosciuti come “atto medico” dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (P. Bellavite).

La farmacopea cinese, l’agopuntura e le altre pratiche, come le ginnastiche, si basano su concetti profondamente radicati nel pensiero taoista ed energetico dell’antica Cina, sviluppati nel corso dei millenni in seguito a meticolose osservazioni della fisiologia, della patologia e, più in generale, della natura e dei suoi ritmi.

Essa considera l’uomo al centro dell’universo fatto da terra e cielo, a partire dagli elementi legno, fuoco, terra, metallo, acqua.

Il mondo è un’unità il cui movimento genera due aspetti antitetici, lo “*Yin*” e lo “*Yang*”, aspetti “positivi” e “negativi” ma complementari: (pieno/vuoto, caldo/freddo, alto/basso, giorno/notte, ecc..) non visti come termini assoluti, ma relativi l’uno all’altro, infatti in accordo con il moderno concetto di omeostasi, *Yin* e *Yang* si interscambiano (mentre scende *Yin*, sale *Yang*).

Secondo la medicina cinese l’adatto equilibrio, la circolazione di queste energie, è essenziale al mantenimento della salute e quando s’instaura un disequilibrio, si soffre della malattia.

Per restare sugli aspetti più generali, una delle acquisizioni più importanti del pensiero medico e naturalistico cinese è che l'energia (positiva/negativa, stimolatrice/inibitrice, maschile/femminile, ecc.) scorre ciclicamente tra gli elementi di cui è fatto l'universo e il corpo umano (che dell'universo è una piccola rappresentazione).

Tale "legge universale" della natura si condensa in uno schema d'interrelazioni: la famosa "legge dei cinque elementi" (o "movimenti"), che secondo la tradizione cinese regolerebbe i rapporti tra elementi importanti della natura come, legno (Mu), fuoco (Huo), terra (Tu), metallo (Jin) e acqua (Shui) e fra gli organi corrispondenti nel corpo umano (fegato, cuore, milza/pancreas, polmone e rene rispettivamente).

Si tratta di cinque forze elementari ognuna delle quali, rappresentata in organi e in elementi materiali, predomina in una delle cinque stagioni del calendario cinese generandosi e sottomettendosi reciprocamente secondo delle regole precise.

Ogni "organo" ha una parte *Yin* (piena) e una parte *Yang* (cava).

L'intero schema ruota in senso antiorario nel tempo in modo che ogni elemento domina nella stagione che gli corrisponde e l'energia vitale, nella concezione cinese, soggiace a questa legge.

Il legno, che corrisponde analogicamente alla primavera, "genera" il fuoco, che corrisponde all'estate; il fuoco "genera" e "domina" la terra (fine estate), la quale "genera" il metallo (autunno); il metallo "genera" l'acqua (inverno), dalla quale poi rinasce il legno (primavera).

C'è quindi un rapporto di generazione di un elemento rispetto a quello successivo ("la madre genera il figlio") e nello stesso tempo, ogni elemento "sottomette", temperandolo, un altro elemento: il metallo taglia il legno, il legno (vegetazione) ricopre la terra, la terra ferma o argina l'acqua, l'acqua spegne il fuoco e il fuoco fonde il metallo, sempre secondo il filo dell'analogia tipica del pensiero cinese, ogni elemento sottomette quello che segue dopo il figlio ("il nonno tempera il nipote").

Da questo nucleo dinamico, si è costruita tutta una serie di relazioni di generazione/stimolazione o sottomissione/inibizione tra il clima (ad esempio, vento, umidità, caldo, secco, freddo, e così via), le stagioni, gli organi del corpo, i

diversi sensi, i cibi adatti, la costituzione corporea.

L'energia bloccata, in eccesso o in deficit o l'accumulo di fattori patogeni o le altre cause di malattia, secondo questa visione, rendendo poco scorrevole l'energia provocano sintomi sia fisici che mentali.

La stimolazione degli agopunti mediante infissione di aghi, la coppettazione, la pressione digitale e il micromassaggio, il picchiettamento con martelletto, l'applicazione di stimolazioni elettriche o il riscaldamento hanno lo scopo di rendere scorrevole e armonico il flusso energetico detto *Qi* o forza vitale cosmica, in modo da evitare disarmonie dolorose.

Secondo la medicina cinese se le energie scorrono liberamente, l'uomo sarà in grado di utilizzare la sua unità mente-corpo per vivere in pienezza la sua vita (P. Bellavite). Va sottolineato che si tratta di una struttura concettuale, fondata sul ragionamento analogico e non analitico, la quale ha avuto per millenni il ruolo di guidare il pensiero e la prassi della medicina, ma che non può essere facilmente "tradotta" nel linguaggio scientifico occidentale, di tipo analitico. In ogni caso, la via analogica e quella analitica non sono necessariamente in contrasto, anzi, possono offrire ciascuna un diverso punto di vista.

Inoltre, in tempi recenti sono aumentati notevolmente i tentativi di "spiegare" la medicina cinese e soprattutto l'efficacia clinica dell'agopuntura scoprendo alcuni meccanismi come la produzione di endorfine, l'effetto dei neuroni "cancello", la correlazione tra punti e accensione di specifiche aree encefaliche, l'aumentata conducibilità elettrica della cute in corrispondenza dei punti, e via dicendo (P. Bellavite).

Mentre invece l'Ayurveda è il più antico sistema conosciuto di medicina.

Esso ha avuto origine nell'India Veda molte migliaia di anni orsono ed è tuttora estensivamente praticato nel paese di origine e in molte altre nazioni. Il termine "*Ayurveda*" significa letteralmente "La Scienza della Vita", dal sanscrito "*ayus*", o "vita" e "*veda*" o "scienza"<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup>Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, Bhatt N: Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview. Evid Based Complement Alternat Med 2005; 2(4):465-473

Il nome stesso del sistema esprime i suoi propositi, che sono il prendersi cura della vita umana in tutti i suoi differenti aspetti: psicologici, fisici, comportamentali e ambientali.

Gli obiettivi dell'Ayurveda sono la cura della malattia, intesa come squilibrio degli elementi fondamentali della fisiologia, e la prevenzione, intesa non semplicemente come diagnosi precoce, ma piuttosto come insieme di metodi volti a promuovere e rafforzare lo stato di benessere e di salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto la validità universale dell'Ayurveda, raccomandandone lo studio e l'applicazione nell'ambito dei suoi progetti internazionali (P. Bellavite, 2009).

L'analisi di un sistema di medicina dovrebbe partire dallo studio del modello di salute che esso propone e la *Sushruta Samhita*, che è uno dei testi più antichi dell'Ayurveda, offre la seguente definizione della salute: *“La salute è quella condizione nella quale i principi fisiologici del corpo sono in equilibrio, la digestione è efficiente, i tessuti sono in condizione normale, le funzioni escretorie sono regolari e mente, sensi e spirito sono pienamente appagati”*.

In tale asserto è rilevata l'importanza del benessere psicologico ed emozionale quale chiave del mantenimento della salute.

Inoltre si può evidenziare un orientamento “positivo” della definizione: la salute è considerata una condizione di equilibrio dinamico e di pieno benessere e non di semplice assenza di disordini evidenti (e quindi di assenza di sintomi potremmo dire).

L'Ayurveda considera cinque elementi fondamentali o *pancha* (cinque) *mahabhuta* (elementi di base).

Essi rappresentano i blocchi fondamentali di costruzione dell'universo e combinandosi in diverse proporzioni strutturano le diverse realtà materiali. I nomi sanscriti dei cinque elementi sono: *Akasha, Vayu, Tejas, Jala, Prithivi* e sono tradotti grossolanamente come spazio, aria, fuoco, acqua e terra rispettivamente.

Tali elementi sono organizzati, mantenuti in equilibrio e quindi in salute da tre principali fattori fisiologici, detti “*Dosha*”, definiti come “gli ultimi irriducibili

principi metabolici che governano l'intera struttura psicosomatica dell'uomo".

I tre *Dosha* sono: "*Vata*", il principio del movimento e dell'attivazione, presiede alle funzioni nervose, circolatorie, respiratorie, escretorie e di locomozione, "*Pitta*", il principio della trasformazione e della termogenesi, presiede alle funzioni digestive, metaboliche ed endocrine, "*Kapha*" (pron. Kafa), il principio della coesione e della struttura, governa i fluidi, promuove la crescita e la forza, ed è responsabile della lubrificazione delle articolazioni e dell'immunità (P. Bellavite).

Il gioco tra i tre *Dosha*, presenti e agenti in modo maggiore o minore in tutti gli individui, determina le qualità e le condizioni della vita.

Uno stato armonioso coincide con la salute, un eccesso o difetto fa emergere i sintomi della malattia.

È interessante notare che esiste una corrispondenza tra la dottrina ayurvedica dei tre *Dosha* e la teoria moderna della neuroimmunoendocrinologia: le caratteristiche di *Vata*, *Pitta* e *Kapha* corrispondono, infatti, a quelle dei sistemi nervoso, endocrino e immunitario rispettivamente (P. Bellavite).

La medicina tradizionale cinese e l'Ayurveda hanno molti punti in comune, ma soprattutto il centro di entrambi i sistemi è l'attenzione alla persona piuttosto che alla malattia, ne consegue che entrambi hanno l'obiettivo di promuovere la salute, di aumentare la qualità della vita, con strategie terapeutiche per il trattamento secondo criteri sistemici e dinamici; e possiamo dire che in generale in tutte le visioni orientali, psiche e soma sono qualità differenti della stessa realtà (l'energia), in pratica non c'è alcuna distinzione sostanziale tra disturbi fisici e disturbi psichici: un corpo ammalato innescherà sempre anche disturbi psichici e una mente perturbata darà sempre anche qualche disfunzione somatica.

## 2.3 IL RITORNO DELLA VISIONE SISTEMICA NELLA MEDICINA OCCIDENTALE

Lungo la storia la medicina occidentale, come si è visto in precedenza, prima di veder riaffiorare una visione “sistemica”, si è dovuti passare dall'entrata in crisi dell'impostazione empirica della medicina medioevale; in occasione delle grandi epidemie che sconvolsero l'Europa nel corso di secoli dall'XI al XVII, allorché i rimedi dell'epoca e tutta l'organizzazione d'assistenza mostrarono una drammatica insufficienza; alla svolta epocale a partire dal XV-XVI secolo, in occidente, che ha visto la nascita della scienza, vale a dire quel modo di acquisire conoscenza della natura fondato non solo sulla misura e sul calcolo (in parte presenti nella tradizione empirica), ma soprattutto sulla capacità di costruire teorie e ipotesi da sottoporre a verifiche sperimentali.

La scienza ha radici nelle conoscenze accumulate nei secoli (filosofia greca, matematica araba, in epoca medievale ci furono tanti scambi con l'oriente e l'islam), ma la sua nascita, tra il rinascimento e l'illuminismo, ha segnato sicuramente un momento di discontinuità nello sviluppo del pensiero umano, con riflessi in tutti i campi, compresa la medicina.

Quest'epoca ha avuto inizio con Newton e Galileo e con la separazione tra *res cogitans* (mente, pensiero) e *res extensa* (corpo) di Cartesio.

In seguito, questa visione “scientifica” della medicina si affermò in altri importanti autori tra cui Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), con la creazione dell'anatomia patologica volta a identificare il substrato anatomico della malattia, e Claude Bernard (1813-1878), che trasformò la medicina in scienza sperimentale, fondata totalmente sulla valutazione quantitativa dei fenomeni, su un concetto di normalità statistica e di patologia come deviazione da questa norma.

È stato proprio Claude Bernard a difendere l'idea che lo studio dei fenomeni fisiologici e di quelli patologici in un oggetto così complesso come un organismo vivente, non è diverso quanto al metodo, da quello di un oggetto estremamente semplice, quale può essere un corpo grave che cade per effetto della forza di gravità

(P. Bellavite, 2009).

Fino ad approdare a oggi dove in generale, le due grandi tendenze della ricerca vanno dall'universale e complesso, al particolare e semplice (via olistica o dell'integrazione) o viceversa (via riduzionista o analitica).

Quest'ultima, che risulta quella di gran lunga più seguita, consiste in "spiegazioni" sul "come sono fatte le cose", andando alla scoperta dei dettagli morfologici e strutturali della materia, con dettagli sempre più minuti.

La prima via invece parte dalla constatazione che gli elementi di cui è costituita la materia - a tutti i livelli, ma soprattutto nel mondo degli esseri viventi - "stanno insieme" e interagiscono, dando luogo a sistemi che rappresentano in sé qualcosa in più della somma delle loro parti.

Questo "qualcosa in più" rappresenta il significato, il senso, lo scopo dello stare assieme, del cooperare dei vari elementi, che si ritrova nel percorso evolutivo della materia da forme semplici a organismi sempre più complessi. Il significato di una certa cosa o di un certo fenomeno, si percepisce solo in relazione a un contesto più ampio o meglio, in relazione a uno scopo, a una funzione (P. Bellavite).

Probabilmente solo l'incontro di diverse tradizioni culturali può facilitare e aiutare il ristabilirsi di un equilibrio tra le due, altrettanto importanti, vie della ricerca scientifica e ad oggi, alcuni tentativi, come esporrò fra poco, si stanno muovendo in questa direzione.

## 2.3 IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE E LA PNEI

Ad oggi seguire il percorso “olistico” o per meglio dire, il “pensiero sistemico”, può risultare molto difficile per lo scienziato e spesso anche per il medico moderno, perché nella storia del pensiero scientifico occidentale (dal Rinascimento in poi) è stata sempre avvantaggiata la via riduzionista e solo in tempi recenti, si è ricominciato a rivalutare il pensiero sistemico.

Un esempio molto noto di approccio che sostiene quest'ultimo pensiero è il modello bio-psico-sociale, ovvero una strategia di approccio alla persona, sviluppato da Engel negli anni Ottanta<sup>13</sup> sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (*World Health Organization*).

Questo modello pone l'individuo ammalato al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili, quindi per comprendere e risolvere la malattia il medico deve occuparsi non solo dei problemi di funzioni e organi, ma deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo, fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia.

Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, riduzionista, per il quale la malattia è riconducibile a variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati.

Noto a tutti è ormai il concetto di salute del WHO che fa riferimento alle componenti fisiche (funzioni, organi strutture), mentali (stato intellettuale e psicologico), sociali (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile) e spirituali (valori), per identificare in esse le variabili collegate alle condizioni soggettive e oggettive di benessere (salute nella sua concezione positiva) e male-essere (malattia, problema, disagio ovvero salute nella sua concezione negativa) di cui tenere globalmente conto nell'approccio alla persona (M. A. Becchi, N. Carulli).

Di contro è importante sottolineare come il modello biomedico influenzando ancora molto l'attuale ricerca scientifica, abbia anche plasmato molti concetti entrati nel senso comune delle persone, e della cura, concetti che tendono a

---

<sup>13</sup>Engel GL (1977) The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science* 196:129-136

“deresponsabilizzare” le persone di fronte alla propria salute, che sarebbe determinata in modo univoco dal substrato biologico, terreno sul quale solo il medico può intervenire (A. Moccaferri).

Tuttavia, anche grazie a diverse scoperte scientifiche che documentano le diverse anomalie all'interno di questo paradigma, stanno nascendo nuovi approcci sempre più integrati e complessi, in grado di mettere in dialogo in modo nuovo i diversi livelli di lettura scientifica di salute e malattia, in un ottica sistemica, sfruttando la ricerca scientifica a sostegno di quest'ultima, ad esempio in questo contesto teorico è nata la PNEI (Psiconeuroendocrinoimmunologia), che come si è visto in precedenza richiama la dottrina *ayurvedica* dei tre *Dosha*, e che come afferma il Prof. Bottaccioli, presidente onorario della SIPNEI (Società Italiana di Psico Neuro Endocrino Immunologia): “[...] è la disciplina che studia le relazioni bidirezionali tra psiche e sistemi biologici [...] Con la PNEI viene a profilarsi un modello di ricerca e di interpretazione della salute e della malattia che vede l'organismo umano come un'unità strutturata ed interconnessa, dove i sistemi psichici e biologici si condizionano reciprocamente” (Bottaccioli F. e Bottaccioli A.G., 2017).

Quindi grazie a questi studi è sempre più chiaro e sostenuto da evidenze scientifiche, il fatto che psiche e sistemi biologici, non sono isolati tra loro ma immersi in un ambiente di vita che ha un impatto rilevante sulla omeostasi dell'individuo.

Già Selye H. (1936) analizzò quell'insieme di modificazioni a carico dell'organismo scatenato da stimoli esterni di natura diversa, denominandolo stress, definendolo come “una risposta generale, aspecifica dell'organismo a qualsiasi richiesta proveniente dall'ambiente” (Selye, 1974).

In seguito, negli anni '80, il fisiologo tedesco Hugo Besedovsky (Besedovsky et al. 1981; 1986) dimostrò che la reazione di stress, con l'aumento della produzione del cortisolo da parte delle surrenali, causa una soppressione della risposta immunitaria (A. Moccaferri).

Attraverso queste scoperte importantissime, comincia quindi a delinearsi scientificamente il collegamento biologico tra cervello, stress e immunità (e quindi tra mente, ambiente e corpo).

Mc Ewen ha pubblicato su *Jama Psychiatry* un articolo del 26 aprile del 2017, che illustra come il cervello sia influenzato e modificato dagli stimoli non solo esterni ma anche interni e che a sua volta influenza gli organi interni e non solo il mondo circostante.

Possiamo quindi affermare che le associazioni, per esempio, tra stress e depressione sono bidirezionali e predicono ulteriori esperienze di depressione e stress (Lazzari D. 2013), e che le modificazioni e le alterazioni legate allo stress, ed indicate nella letteratura recente come carico allostatico interessano tutta la regolazione dell'individuo, da quella centrale (cervello-mente) a quella periferica, seguendo le stesse vie psico-neuro-endocrino-immunitarie della fisiologia (Mc Ewen, 2008).

Quando siamo in presenza di *stressor* psicosociali attiviamo quindi i vari sistemi di valutazione, cognitivi ed emotivi che influenzano il nostro ipotalamo il quale a sua volta, mediante determinati neurormoni (*releasing factors*), comunica con l'ipofisi affinché rilasci i vari ormoni che regolano il funzionamento dei nostri diversi organi. L'ipofisi, ad esempio, invia segnali alla midollare del surrene che libera le catecolamine adrenalina e noradrenalina e alla corticale del surrene che secerne corticoidi con produzione finale di cortisolo: questo sistema retroagisce sull'organismo stesso influenzando sia il sistema immunitario sia il sistema nervoso centrale.

Inoltre lo stress è stato dimostrato come aumenti le dimensioni dell'amigdala e diminuisca quelle della corteccia prefrontale e dell'ippocampo; ippocampo che a sua volta controlla l'asse dello stress, e ha un ruolo centrale nelle esperienze emotive e influenza il sistema cognitivo, soprattutto la memoria (Mc Ewen et al., 2015).

Come si può notare queste evidenze scientifiche sostengono la visione sistemica, oltre che del modello bio-psico-sociale anche dei già citati e ben più antichi modelli analogici delle medicine orientali, che come si è detto vedono psiche e soma come qualità differenti della stessa realtà, quindi nessuna distinzione sostanziale viene fatta tra disturbi fisici e disturbi psichici, ma anzi queste due realtà sono chiaramente viste come inserite in un processo in cui si condizionano a vicenda e dove grande

importanza viene data all'ambiente che a sua volta influenza e può essere influenzato.

## **2.4 L'APPROCCIO TEORICO CONDIZIONA L'OBIETTIVO DELLA CURA, ANCHE NELLA CURA DELLA MALATTIA MENTALE: LA PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA**

Tutto questo porta a delle considerazioni rispetto a come, l'idea che sta alla base di un intervento di cura, ovvero i codici teorici di un modello di intervento, a seconda di come codifichino la realtà, comportino un certo tipo di approccio e delle finalità differenti.

Come si è visto il metodo clinico tradizionale ad oggi in uso, pur prendendo in considerazione una visione sistemica, e cercando d'integrare modelli come quello bio-psico-sociale, risulta ancora fortemente condizionato poi, nella pratica, dall'influenza del modello scientifico e biomedico, di stampo riduzionista.

L'influenza del modello biomedico sul modello clinico tradizionale si riflette anche nella cura mentale, come è stato esposto nel primo capitolo, infatti nonostante si cerchi di prendere in considerazione la persona nel suo insieme, si deve poi rispondere a tutti quei meccanismi di organizzazione e prassi, che chiedono di rifarsi a un modello scientifico, in cui la cura viene standardizzata, più che individualizzata, e si dà spazio a ciò che ha dimostrato l'evidenza di efficacia, (ovvero il riuscire a raggiungere gli obiettivi prefissati, nel minor tempo possibile, con il minor dispendio di risorse), non che questo sia un male di per sé, o che non sia un merito essere supportati dalla ricerca e dalle evidenze scientifiche; però per via della forte influenza ancora esercitata dall'ottica riduzionista, anche l'idea di efficacia, rischia di spostare l'obiettivo, alla "cura del sintomo", perdendo di vista l'insieme e la cura della persona, alzando oltretutto il rischio di medicalizzazione.

La visione sistemica e riduzionista purtroppo risultano essere in conflitto perché derivano da due idee di realtà e di analisi della realtà in opposizione tra loro.

D'altra parte è innegabile che il sapere scientifico, raggiunto grazie alla ricerca di stampo riduzionista, abbia portato grandi contributi alle conoscenze mediche e psicologiche, utilissime nella pratica sanitaria; sarebbe quindi auspicabile una felice integrazione della ricerca di stampo riduzionista in un quadro più ampio e

“sistemico” per poter sfruttare a pieno le potenzialità di entrambi gli approcci (in questa direzione va sicuramente la disciplina moderna della PNEI); questo però vorrebbe dire anche e soprattutto partire (o ripartire) da un'idea di realtà come complessa e dinamica che possa poi essere arricchita da una ricerca, che seppur riducendo e guardando alle parti, lo faccia per conoscere, e soprattutto per comprendere meglio l'insieme.

Far partire, in generale, l'idea di cura dalla visione sistemica avrebbe come principale vantaggio soprattutto il fatto che ogni intervento anche se “specializzato” (intervento chirurgico, dermatologico, psicoterapeutico, logopedistico e via discorrendo) rifacendosi all'idea di complessità e dinamicità sarebbe già automaticamente aperto all'idea di interazione tra diversi campi e figure professionali, perché guidato nell'approccio alla cura dall'idea di *benessere* della persona, inteso, nella moderna accezione, non più incentrata sull'idea di assenza di patologie, ma come uno stato complessivo di buona salute fisica, psichica e sociale; come anche è stato sottolineato recentemente nel rapporto della “Commissione Salute dell'Osservatorio Europeo su Sistemi e Politiche per la Salute”, dove è stata proposta una definizione di benessere come *“lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di ben-essere che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società”*<sup>14</sup>.

Riprendendo così un'ottica di intervento che rimanda anche alle medicine tradizionali orientali dove lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale devono essere tutti presi in considerazione, e necessitano anche di essere in una condizione di equilibrio, il che permette di migliorare il benessere personale.

Quindi possiamo dire che questa visione, se assunta alla base come linea guida, anche nella cura mentale porta inevitabilmente a elaborare strategie terapeutiche che utilizzino criteri sistemici e dinamici, che tengano conto della complessità e che vedano quest'ultima come elemento imprescindibile, della persona, della cura e della vita stessa.

---

<sup>14</sup>[http://europa.eu/pol/health/index\\_it.htm](http://europa.eu/pol/health/index_it.htm)

Inoltre va ricordato che nelle discipline “olistiche” o sistemiche, (nelle tradizioni orientali, ma anche in quelle vitaliste, o nella stessa concezione di Ippocrate) risulta centrale il concetto di “forza vitale”, (il cosiddetto “Qi” nella medicina tradizionale cinese), una forza naturale all'interno di ogni individuo che deve trovare il suo fluire per poter garantire la salute, infatti sono proprio i blocchi di quest'ultima, oppure il suo squilibrio (come nel caso dei *Dosha* della *ayurveda*, o nella PNEI), a generare la malattia.

Come verrà illustrato nel prossimo capitolo, è in una visione di questo tipo, ovvero volta alla cura della persona; una persona che è inevitabilmente in relazione ai propri pensieri ed emozioni, al proprio corpo, e al proprio ambiente, in un'ottica dinamica, sistemica e che tiene conto della complessità; vedendo come aspetto centrale la spinta vitale dell'individuo, la quale deve fluire nel modo più armonioso (o spontaneo) possibile, per consentire la salute e il benessere, che si può inquadrare l'azione e la metodologia della Psicoterapia Psicodrammatica.

## CAPITOLO 3

### 3.1 LA PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA IN OTTICA SISTEMICA

Parlando della Psicoterapia Psicodrammatica, non si può che inquadrare in una visione sistemica l'operato di Jacob Levi Moreno (1889-1974), medico e psichiatra, creatore dello psicodramma, del sociodramma, della sociometria e di quella che egli chiamò la "sociatria", ovvero la cura della società attraverso il gruppo; egli insieme a Kurt Lewin e a Sigmund H. Foulkes, fu uno dei pionieri della moderna psicologia di gruppo e sviluppò una psicologia ad impronta fenomenologica, che fu pionieristica nella sua impostazione relazionale e intersoggettiva; orientata alla ricerca in quella terra di mezzo che sta fra l'individuo e il gruppo, e poi tra il gruppo e la società.

Moreno, anticipando molti orientamenti psicologici attuali già citati in precedenza, fin dalle sue prime esplorazioni sociometriche e psicodrammatiche nella Vienna degli anni '20 del secolo scorso, considerò l'individuo, il gruppo e la società come entità non nettamente scindibili nella ricerca psicologica, poiché in continua reciproca interazione.

Egli nel suo scritto *Who Shall Survive?* Mise a fuoco i tre capisaldi del modello psicologico moreniano, modello chiaramente relazionale, che ha poi meglio espressi e teorizzati in *Psychodrama - First Volume* del 1946, e questi sono: la spontaneità/creatività (elemento energetico), il ruolo (elemento psicogenico), e il tele (elemento sociogenico); i quali si collegano direttamente con la visione sistemica, con il modello bio-psico-sociale che trova il suo fondamento nella Teoria Generale dei Sistemi (L. Von Bertalanffy, 1945, i sistemi sono intesi come entità dinamiche in cui le componenti sono in continua e reciproca interazione, in modo da formare un'unica entità o un tutto organico)<sup>15</sup> e la visione vitalista.

---

<sup>15</sup>Stone, 1987

### 3.2 IL VITALISMO DI MORENO: IL FATTORE S/C

Il primo fattore, dove possiamo rintracciare l'aspetto, anche biologico, e vitalista dello psicodramma, è il "fattore S/C" (Spontaneità/Creatività) al quale Moreno attribuisce il valore di energia cosmica disorganizzata (fame d'azione) oppure organizzata (ruolo/controruolo) vitalistica appunto, ovvero intrinseca nella natura ed alla forma vivente, che ha leggi sue proprie, diverse da quelle chimico-fisiche, giacché la sua produzione e disponibilità sono direttamente proporzionali alle possibilità (esogene o endogene all'individuo) di spenderla.

Nello specifico 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 rapporto adeguato con la realtà; essa agisce nel qui ed ora, e stimola l'individuo verso una risposta adeguata ad una situazione nuova o a una risposta nuova ad una situazione già conosciuta (Moreno, 1953, pag 42).

La spontaneità stimola a trasformare la realtà, a rompere gli schemi, ad evitare le cristallizzazioni, (è quindi opposta all'impulsività che invece porta proprio alla riattualizzazione dei vecchi schemi appresi); essa non va risparmiata ma spesa per far posto a successivi stati di spontaneità.

Anche Erich Fromm ne riconosce l'importanza fondamentale quando dice: *"Rinunciare alla spontaneità e all'individualità significa soffocare la vita"* (Erich Fromm, *Fuga dalla libertà*, 1941).

Essa gioca nella dinamica psichica dell'individuo una funzione antitetica a quella dell'ansia, ed è il prerequisito di ogni esperienza creativa, infatti senza di essa la creatività rimane inerte.

La spontaneità quindi è il catalizzatore, mentre la creatività si riferisce all'atto; l'uomo è spontaneo mentre cerca comportamenti nuovi e adeguati a situazioni specifiche; è creativo quando li trova.

Esse sono quindi interdipendenti e devono trovare il proprio equilibrio per non dar vita a casi limite, ovvero ciò che Moreno chiama il "deficiente spontaneo" e il "creatore disarmato".

La creatività viene vista come la più alta forma d'intelligenza che l'uomo conosca e rappresenta una forza che pervade tutto l'universo, per cui questo appare in continua evoluzione.

Quindi come si può notare il fattore S/C può essere ricondotto a quell'idea di forza vitale (la "*dynamis*" già vista in diversi orientamenti della medicina, o il *Qi*, la forza vitale cosmica, a cui si riferisce la medicina cinese), presente dentro e fuori dall'individuo, che per mantenerlo in salute deve trovare un armonico fluire in una libera espressione.

Inoltre nel momento in cui si generano disagi e malattie (in questo caso mentali), anche nel caso del vitalismo di Moreno queste possono essere ricondotte a dei blocchi (cristallizzazioni disfunzionali) che impediscono l'espressione stessa di questa energia, non a caso quindi la Psicoterapia Psicodrammatica punta proprio sulla stimolazione del fattore S/C e sul suo utilizzo da parte dell'individuo, che può essere visto proprio come la chiave per il ritrovamento della salute.

Per fare questo Moreno utilizza il gruppo, tenendo conto che per il verificarsi della creatività bisogna considerare oltre che la *matrix* (substrato biologico e psicologico) e lo *status nascendi* (momento in cui si verifica l'atto) anche il *locus*, ovvero che vi sia un luogo dove questo atto possa verificarsi, quindi un ambiente favorevole alla creatività, un contesto permeato di spontaneità.

Per curare che ciò avvenga il gruppo di psicodramma è condotto in maniera strutturata, infatti in una sessione è sempre prevista una fase di riscaldamento, che serve proprio ad attivare e a stimolare il fattore S/C nelle persone, mettendo il più possibile a disposizione degli individui questa energia; si crea infatti nel gruppo un clima che renda possibile ai soggetti il prendere la decisione di inoltrarsi in una situazione strutturata in modo da esplorare i propri sentimenti interpersonali, i propri conflitti interni, il proprio dolore, la propria gioia.

Con il riscaldamento viene riproposta la capacità di sentire con tutto l'essere, in contrapposizione alla tendenza al capire prevalentemente intellettuale; il corpo infatti non è escluso da questo processo ma lo veicola, l'essere nel presente significa

esserci con il proprio corpo, le proprie emozioni e i propri pensieri; e già solo questo porta con sé un'importante via di integrazione.

Il terapeuta per scegliere l'attività da proporre si sintonizza fin dall'inizio con il clima del gruppo e valuta quali attività di riscaldamento ritiene più utili nella situazione specifica, tenendo presente come criterio per la scelta dell'attività, che egli deve dare stimoli e proporre delle azioni che siano avvertite come facili e piacevoli dai membri del gruppo; infatti queste hanno lo scopo di abbassare i livelli d'ansia che congelano la spontaneità, così che le persone si riscaldino a un lavoro successivo, che sia di gruppo o con protagonista.

L'attività di riscaldamento risulta tanto più efficace quanto più contiene, nel suo sviluppo, elementi di sorpresa che invitano ad abbandonarsi all'azione che si sta svolgendo piuttosto che a preparare in anticipo specifiche risposte; in questo e durante tutta la sessione il concetto di gioco è un fattore estremamente importante nella Psicoterapia Psicodrammatica infatti, insieme ad un contesto fortemente contenitivo e affettivo, quale deve venire a formarsi nel gruppo, la componente di gioco associata alla liberazione del fattore S/C veicola l'idea di *possibilità* di essere, di agire, nel momento presente, di sentire con tutto il proprio essere, e avvicinare il dolore, la sofferenza ma anche la gioia, e poter affrontare conflitti; insomma di giocare appunto, i propri ruoli in maniera diversa, sentendo tutto questo facilitato, per avere poi dei risultati concreti nella vita, perché ciò che si sta ottenendo attraverso queste azioni, sperimentate attraverso il gioco psicodrammatico, è a livello celebrale, (come verrà spiegato meglio in seguito), il decostruire e il creare nuove strutture, nuove memorie, e quindi un nuovo presente.

Inoltre la metodologia psicodrammatica, per la formazione del *locus*, tutela i membri del gruppo con delle regole, quali l'assenza di giudizio, e i concetti di circolarità e simmetria per i lavori che coinvolgono tutti i membri del gruppo; l'uso di tecniche quali il doppio, per favorire momenti fusionali, e la tecnica dello specchio per favorire quelli individuativi, che vanno ad alimentare la fiducia reciproca, un tele positivo e quindi il reciproco affidamento, al gruppo e allo psicoterapeuta.

Per fare questo il Direttore stesso deve avere in sé delle alte dosi di fattore S/C quindi essere il primo a pensare e agire in modo spontaneo e creativo, avvalendosi delle proprie conoscenze in maniera sempre nuova e adeguata al momento presente; ed è interessante notare come tutto questo richiami una visione antica, di medicina come forma d'arte; l'arte del guarire che si avvale delle conoscenze della ragione.

Inoltre l'aspetto centrale di questo approccio terapeutico è che sia un metodo d'azione, *“non dire, fai!”*, è la frase tipica del Direttore di psicodramma, mostrami cioè ciò che senti, il che mira allo scioglimento delle tensioni psichiche potenzialmente patologiche e conflittuali attraverso la sua concretizzazione e amplificazione in interazione con gli altri.

Quindi l'azione scenica con e attraverso i membri del proprio gruppo permette di giocare ruoli e controruoli cristallizzati, in un ambiente contenitivo, e utilizzare il fattore S/C per la ristrutturazione del proprio “teatro interno”, (o dei propri engrammi se si vuole usare i termini delle neuroscienze), quindi di conoscere e integrare vari aspetti delle proprie rappresentazioni interne e dei ruoli giocati e, utilizzando la propria energia creatrice con una nuova consapevolezza, di apportare cambiamenti che risultino adattivi.

Tutto questo è volto a una più libera espressione della persona, in tutte le sue dimensioni, quindi si può notare come l'accento nella cura non sia posto affatto sul disagio in sé portato dall'individuo, ma a tutti i suoi aspetti, per cui si cerca di creare una condizione per il miglioramento globale del benessere dell'individuo.

### 3.3 IL RUOLO COME ELEMENTO PSICOGENICO, IL SINTOMO NELLA VISIONE SISTEMICA

Il secondo elemento è il “ruolo”, che possiamo collegare alla sfera psicologica, ma che è anche in diretta linea di continuità con quella sociale.

Moreno infatti considera il ruolo come una unità psicogenica, differenziandosi nettamente dal concetto tradizionale di ruolo come unità base di comportamento, e dalla nozione di ruolo della psicologia sociale sua contemporanea (che ebbe G. H. Mead come suo pioniere e configurava già come elemento strutturante “l'io” e “il me” degli individui); in quanto per Moreno il concetto di ruolo si riferisce direttamente e intrinsecamente alla personalità dell'individuo e ai suoi modi di manifestare il suo essere nel mondo attraverso le relazioni.

Per Moreno il ruolo è quindi una unità preesistente alla formazione del sé: è una unità psicogenica nel senso che il sé, per emergere, ha bisogno di un prolungato periodo di incubazione psicologica e di strutturazione di ruoli che va a formare la matrice di identità dell'individuo (P. de Leonardis, 2005).

Alla nascita, secondo Moreno l'individuo è dotato solo di attivatori fisici, ed è dall'incontro con adeguati attivatori mentali (madre, padre, ecc.; gli io ausiliari del bambino) che questi sperimenta i propri e gli altrui ruoli.

Rispetto a questo, dice Moreno: *“La relazione madre-bambino è una relazione a due vie che implica un'azione in comune, piuttosto che modelli di comportamento individuali separati l'uno dall'altro”* (Moreno, 1985, p. 124).

É in questa “azione in comune” che si sostanziano sia il ruolo che il controruolo, due facce di una stessa entità: la relazione.

In accordo con questo è anche ciò che afferma D. W. Winnicott, nel 1986, in *Gioco e realtà*, quando dice: *“Non conosco un neonato ma soltanto una relazione madre-bambino”*.

Dai primi ruoli psicosomatici si sviluppano e si affiancano ruoli famigliari e sociali, così secondo Moreno nella struttura della personalità umana possono distinguersi

diversi livelli di matrice di ruolo: dalla originaria matrice di identità si formano in successione la matrice familiare, quella sociale e infine quella transpersonale.

La matrice di identità corrisponde al primo periodo post-natale di relazioni indifferenziate con l'ambiente, dove l'azione della madre è un'estensione dell'azione del bambino: successivamente in una seconda fase, comincerà ad individuarsi, quando fisiologicamente ed emotivamente, potrà permettersi di concentrarsi su uno solo dei due poli di questa azione, il proprio o quello della madre.

La terza fase che Moreno individua è segnata dalla capacità di "estrarre l'altro" della relazione, dalla continuità della propria esperienza, isolandolo dal contesto di questa.

Una quarta fase di sviluppo è quella del soggetto che si colloca attivamente al posto dell'altra parte e ne gioca il ruolo, mentre la quinta e ultima fase è quella in cui il soggetto, rivestendo il ruolo dell'altro, interagisce con lui mentre questi gioca specularmente il suo ruolo (P. de Leonardis, 2005).

*"Queste cinque fasi - dice Moreno - rappresentano le basi psicologiche per tutti i processi di ruolo e per fenomeni quali l'imitazione, l'identificazione, la proiezione e il transfert."* (Moreno, 1985, p. 127).

Ogni ruolo - dice Moreno - si presenta come  *fusione* di elementi individuali e collettivi, risulta da due ordini di fattori: i suoi denominatori collettivi e le sue differenziazioni individuali (Moreno, 1980, p. 76) e distingue:  *l'assunzione del ruolo*, ovvero accettare un ruolo predefinito,  *il gioco del ruolo*, che ammette un certo grado di libertà e la  *creazione del ruolo*, che lascia ampio margine alla iniziativa del soggetto, sottolineando che le manifestazioni percettibili dell'io appaiono nei ruoli in cui esso opera.

Quindi il modello relazionale al quale Moreno si riferisce per interpretare le dinamiche psicologiche, sia individuali che collettive, assegna al ruolo un valore di imprescindibile unità esperienziale che rende percepibile, osservabile e modificabile la relazione e la situazione interpersonale.

L'approccio psicodrammatico mira a facilitare l'individuo nella costruzione di una

personalità capace di produrre ruoli adatti a sé e adeguati alle diverse situazioni interpersonali in cui egli viene a trovarsi.

A questo punto rispetto alla comparsa di un sintomo è importante tenere presente, che nello psicodramma così come nel già citato modello sistemico di approccio alla persona sviluppato da Engel negli anni Ottanta, il soggetto è considerato al centro di un sistema influenzato da molteplici variabili di tipo biologico, psicologico e sociale dove ogni condizione di salute e malattia è la conseguenza dell'interazione di tali fattori.

In particolare il sistema famiglia ha una grande rilevanza all'interno dell'orientamento sistemico poiché da un lato la famiglia è per ogni individuo un contesto primario di apprendimento e di esperienza nel quale si sviluppano o falliscono sia i movimenti di individuazione e di differenziazione sia i processi di acquisizione di identità, e dall'altro perché il sistema familiare è un sistema complesso caratterizzato da intersezioni di livelli multipli: di interazione e di modelli comunicativi, di storie individuali e collettive, di significati, di valori condivisi e di miti.

Coerentemente con questo principio, la psicopatologia o il sintomo non sono visti come qualcosa di interno all'individuo, ma come un epifenomeno che emerge da pattern relazionali disfunzionali.

In ottica sistemica, per comprendere adeguatamente il comportamento di una persona è dunque necessario osservarlo all'interno del contesto in cui si sviluppa ed entro il quale acquisisce un preciso significato. ~~Il~~ Quanto affermato è ancor più vero nel caso ci si trovi a cercare di comprendere il comportamento sintomatico di una persona che gli altri considerano e definiscono "disturbata", "malata" (nella terminologia sistemica il così detto "paziente designato").

In questi casi si verificano situazioni altamente complesse, all'interno delle quali il sistema (che di solito coincide con la famiglia del soggetto) segnala uno dei suoi membri come malato per una propria esigenza funzionale.

Gli studi compiuti tra gli anni '50 e '70 dal gruppo di Palo Alto sulla comunicazione umana identificano nel paziente designato il membro che è stato delegato dalla famiglia a svolgere la funzione omeostatica rispetto al sistema, riportando questo allo stato "originario" ogni volta che nuove informazioni ne minacciano la stabilità.

È quindi lecito interrogarsi su quanto sia realmente a favore della salute del paziente fissare parametri che finiscano per far coincidere l'obiettivo di una terapia con la remissione del sintomo nel più breve tempo possibile; e questo perché bisogna anche considerare che solitamente qualora lo stato di organizzazione disfunzionale del sistema (ossia la presenza di un problema in uno dei suoi componenti) sia messo in discussione da uno qualsiasi dei suoi membri o da fattori esterni, il paziente designato, nonostante una iniziale remissione o attenuazione del sintomo, con il tempo, può manifestarlo di nuovo anche in forma aggravata, o manifestarne un nuovo sintomo che assolva la stessa funzione per il sistema; questo per permettere agli altri membri della famiglia di non abbandonare i propri ruoli, col risultato che il sistema non andrà incontro ad alcuna trasformazione o cambiamento.

Il sintomo, dunque, esprime la disfunzione del sistema e, contemporaneamente, lo mantiene stabile; in termini psicodrammatici, mantiene stabile una dinamica con ruoli cristallizzati disfunzionali.

Questo doppio aspetto del sintomo, da un lato come espressione di una situazione di sofferenza e dall'altro come dispensatore di vantaggi secondari, crea una situazione paradossale per il paziente, da cui per lui è estremamente difficile uscire. Quindi, proprio come per Moreno, "*in principio è la relazione*", è ciò che recita il primo pregiudizio sistemico, sostenendo l'idea che, nella terapia sistemica, il focus principale di osservazione e di indagine deve sempre essere volto ai contesti relazionali significativi (famiglia, lavoro, scuola, amicizie, ecc.) e ciò significa che secondo la terapia sistemica le relazioni sono costitutive, cioè, dal punto di vista logico, vengono prima degli individui e la Psicoterapia Psicodrammatica affronta questi contesti relazionali con la rappresentazione teatrale, tenendo ben presente che l'altro è sia vissuto in un contesto reale esterno ma che è anche (e soprattutto) in

uno interno alla persona, dove come abbiamo detto la dinamica dei ruoli e controruoli può essere cristallizzata.

In questo caso la rappresentazione scenica va ad intervenire su come giocare il proprio ruolo in maniera differente avendo però in un certo senso preso in carico un contesto che prima di tutto vive dentro la persona e sapendo che si tratta di una dinamica e che quindi giocare un ruolo diverso può portare, in risposta, al generarsi di un controruolo differente, dapprima sulla scena psicodrammatica e poi anche nella vita reale.

A differenza quindi di ciò che avviene nell'approccio sistemico in psicoterapia, i contesti famigliari e significativi dell'individuo nella terapia psicodrammatica vengono presi in considerazione come parte integrante del funzionamento psichico, ma affrontati nella semirealtà della rappresentazione scenica, (utilizzandola anche proprio come una sorta di "palestra" per allenarsi alla relazione) e questo non è solo dovuto all'impossibilità magari di lavorare con tutto il contesto reale, ma anche per ciò che esprime bene C. G. Jung quando dice: *"La terapia inizia sostanzialmente e realmente soltanto nel momento in cui il paziente vede che non sono più il padre e la madre a intralciarlo, ma è lui stesso, ossia una parte inconscia della sua personalità, che ha assunto e continua a interpretare il ruolo di padre e madre"*.

La Psicoterapia Psicodrammatica per via delle sue caratteristiche, dove è il paziente stesso a dar voce in inversione di ruolo alle sue rappresentazioni, ha infatti in sé la potenzialità di favorire l'insight di questa importante verità, e cioè che l'altro è rappresentazione interna, che va a generare una dinamica di ruolo e controruolo e che quanto più questa è una dinamica cristallizzata e inconsapevole tanto più l'individuo sembrerà agito dalla stessa più che il vero protagonista delle proprie azioni.

Rispetto alla cura si può dire quindi che dal sintomo la Psicoterapia Psicodrammatica sposta sicuramente l'attenzione sulla relazione, sulle reti di relazioni che formano la psiche della persona e sui vissuti e i conflitti interni alla persona per ristrutturare lo scenario interno, che è già visto connesso con quello

esterno (psiche e sociale sono direttamente connesse) il che permettere a questa di spendersi in altri ruoli più sani, più adattivi, attivando le proprie risorse.

### **3.3 IL TELE COME FATTORE SOCIOGENICO: LA TEORIA DELL'INCONTRO**

Per quanto riguarda l'aspetto sociale dello psicodramma, Moreno definisce l'unità sociogenica con il termine di "tele", ovvero la struttura primaria della comunicazione interpersonale, il cemento che tiene unito ogni gruppo, ed il principale strumento del processo terapeutico e dell'incontro tra le persone (G. Boria 2011).

Il tele costituisce per Moreno la più semplice unità di sentimento che viene trasmessa da un individuo ad un altro: esso è l'espressione della naturale tendenza dell'essere umano a porsi in relazione emozionale con altri esseri, e la qualità dell'emozione che passa attraverso questo ponte invisibile dà a tale legame la caratteristica dell'attrazione o del rifiuto, con una gradualità che da un massimo va verso un minimo sfociante nell'indifferenza (la quale esprime assenza di tele).

Una relazione di attrazione ci fa parlare quindi di tele positivo; una relazione di rifiuto di tele negativo (G. Boria 2011).

Il tele può anche essere inteso come empatia reciproca, comunicazione emotiva a doppia via, la sensibilità che consente alla persona di afferrare i processi emozionali di un'altra stabilendo con essa una reciproca comprensione, e dal punto di vista genetico esso appare prima del transfert.

Infatti quest'ultimo – che è la proiezione di fantasie inconsce su un'altra persona ed è caratterizzato dall'unilateralità – si struttura come modalità relazionale sostitutiva del tele, in seguito al fallimento di esperienze relazionali reciproche soddisfacenti.

Il tele costituisce una modalità di funzionamento primaria (non appresa, già capace di attuarsi al momento della nascita); il transfert, una modalità di funzionamento secondaria (appresa, conseguente all'esperienza) (G. Boria 2011).

Nello sviluppo dell'individuo si nota un progressivo amplificarsi della struttura di tele, perché esso trasmette un numero sempre maggiore di segnali emotivi, che trovano riscontro non più soltanto nella figura materna, ma in un numero sempre più ampio di persone.

C'è così lo strutturarsi di una rete di sentimenti reciproci, cioè di un sistema complesso di tele, che risulta scomponibile in unità indivisibili che chiamiamo *atomi sociali*, ovvero quelle unità sociali non ulteriormente divisibili a cui un individuo partecipa per soddisfare il proprio bisogno di espansione affettiva; e un individuo può riconoscersi in un numero indefinito di atomi sociali lungo il corso della propria vita (atomo familiare, atomo amicale, lavorativo, ecc...).

Si può dire che un atomo sociale è giunto ad una struttura significativa per un dato individuo, quando fra questi e le altre persone presenti nella stessa unità sociale si sono stabilite relazioni emozionali reciproche.

Un atomo sociale non è una semplice costruzione della mente: è una reale rete di energia che si irradia da ogni individuo e ritorna ad esso in un continuo movimento determinato dalle mutevoli forze di attrazione e repulsione presenti in ogni momento della sua esistenza.

L'insieme delle tecniche e degli strumenti che permettono di rendere percepibile e rappresentabile questa struttura di rapporti nell'ambito di un gruppo è chiamato *sociometria*; messa a punto da Moreno nel tempo del suo lavoro al campo profughi di Mittendorf; Moreno ha elaborato negli anni trenta del secolo scorso, metodologie sociometriche basate prevalentemente sull'uso di strumenti matematici e grafici, ovvero la sociometria grafica e metodologie che utilizzano soprattutto la rappresentazione psicodrammatica: la sociometria d'azione.

La sociometria d'azione utilizza, come strumenti di rilevazione e di rappresentazione, lo spazio del palcoscenico e le persone che compongono il gruppo: l'attrazione e la repulsione sono indicati collocando ogni persona in un rapporto spaziale di vicinanza o di lontananza (solitamente rispetto al centro dove sta il protagonista, ovvero la persona scelta che in un dato momento mette in scena il proprio mondo interno con l'ausilio dei suoi compagni di gruppo) rendendo evidente la qualità della relazione nei confronti di ciascuno; qualità che è espressa ulteriormente dalla postura (rigida, flessibile, con le braccia incrociate, accovacciato, di spalle, ecc.), dalla mimica (sorriso, disgusto, benevolenza, scherno, ecc.) dal tono

e dal contenuto di un messaggio verbale.

Come si può notare ritorna la presa in carico della complessità dell'individuo, al di là del sintomo; della sua mente, del suo sentire che deve avvenire attraverso la rete delle sue relazioni e attraverso il corpo; infatti spesso dopo un lavoro sociometrico (per esempio con un atomo sociale) se si chiede al protagonista di ridefinire le posizioni delle persone per come le sente al momento, per esprimere la relazione, le posture e le distanze vengono modificate anche notevolmente; questo a confermare come dando la possibilità di confrontarsi con le proprie rappresentazioni interne poi il cambiamento possa essere incarnato e mostrato proprio dal corpo; o viceversa si può chiedere al protagonista partendo dall'assumere una posizione iniziale di cercare una nuova postura e osservare come anche i sentimenti, gli stati d'animo e l'essere in relazione cambi di conseguenza.

Tornando al tele, nello psicodramma le relazioni di tele hanno un'importanza cruciale: queste costituiscono il fattore decisivo per il processo terapeutico, infatti si può dire che l'essenza del progresso psicodrammatico stia nel trasformare le relazioni interpersonali dallo stato in cui sono in un dato momento (stereotipate, inibite, dipendenti, distruttive, di fuga, ecc) in relazioni di tele, cioè di genuina reciprocità e comprensione.

Ci sono delle condizioni che facilitano il processo di espansione affettiva, ovvero che permettono alla struttura di tele di ampliarsi; la condizione primaria è uno stato di spontaneità, che come detto funziona all'interno dell'individuo come un catalizzatore che libera la creatività, così che l'individuo possa scoprire in se stesso gamme di sentimenti nuovi, sperimentare modi di essere sconosciuti e liberare una quantità di energia che gli permetta di affrontare con sufficiente sicurezza i rischi connessi al coinvolgimento interpersonale.

Si può quindi dire che l'individuo può crescere nella sua struttura di tele nella misura in cui riesce ad ampliare i suoi stati di spontaneità; e si nota qui ancora l'importanza del vitalismo, del fattore S/C nella socialità, infatti come detto, tutto è visto e affrontato in modo interdipendente: corpo, mente e società, in cui questa forza

agisce portando all'espressione dell'individuo.

Il Direttore di psicodramma, a differenza degli altri psicoterapeuti, non cerca un rapporto transferale con il protagonista, e con gli altri membri del gruppo, egli infatti attraverso la propria spontaneità incentiva il tele, crea delle situazioni in cui le persone si sentano stimolate ad espandersi, a percepire intorno a sé più umanità possibile.

Inoltre il Direttore cerca di trasformare il tele negativo in tele positivo, aiutando il protagonista a mettersi nei panni dell'altro, attraverso l'inversione di ruolo; cerca cioè di portare le persone ad un *incontro* autentico, andando oltre il transfert.

E la comunicazione telica che il Direttore instaura con il protagonista consiste non solo nell'accettazione piena del suo modo d'essere e di esprimersi in quel momento, ma in un mettersi al suo fianco per valutare con lui la verità multiforme dei suoi fantasmi e trovare insieme a lui modi nuovi di affrontarli e integrarli: il Direttore garantisce al protagonista di vivere fino in fondo la sua verità, di sperimentarne i diversi aspetti, anche i più imprevedibili, di esplorare nuovi modi d'essere e nuovi rapporti.

In sostanza il Direttore, attraverso il rapporto telico, si fa doppio del protagonista: un doppio saggio ma coraggioso, buono ma incapace di rinunciare alla verità, pienamente in gioco ma con lucido e comunicativo senso della realtà (P. de Leonardi, 2005).

Inoltre parlando di incontro Moreno afferma che il concetto di inconscio individuale formulato da S. Freud, sia insoddisfacente quando lo si voglia applicare ad un rapporto interpersonale, specie fra gli inconsci individuali di due diverse persone.

Per descrivere la correlazione inconscia specifica fra persone in interazione Moreno ricorre al concetto di co-inconscio, proponendo l'ipotesi di un continuum di stadi transizionali fra i sistemi di conscio-preconscio-inconscio individuali, così che il grado di coscienza non può mai essere completo, ma fluttua su una scala.

Lungo questa scala i sistemi di stati consci-preconsci-inconsci degli individui in

stretta relazione fra loro (partners, genitori e figli, amici intimi, ecc.) sviluppano con il tempo contenuti e rappresentazioni in parte simili, processi parzialmente comuni di individuazione, di resistenza e perfino di transfert: si sviluppa, appunto, un sistema condiviso di stati consci-preconsci-inconsci, appartenente più alla relazione che ai singoli individui.

La formazione di un co-inconscio – specifica Moreno – non è però il prodotto automatico di una familiarità o frequenza di contatti.

Essa è impossibile in una interazione fra entità ineguali, come avviene nella simbiosi materno-infantile, ma è subordinata, al contrario ad interazioni fra persone dotate di un essere loro proprio (P. de Leonardis, 2005).

Il punto di partenza per la formazione di stati co-consci e co-inconsci, dice Moreno, è un «incontro» fra due individui destinati a formare un insieme, un “interpsiche” ovvero una corrente strutturata di stati co-consci e co-inconsci, laddove per incontro si intende l'interagire in cui ciascuno riconosce l'essere – cioè l'essere soggetto autonomo - dell'altro.

E in questa corrente – dice Moreno - «*il transfert divide, l'empatia percepisce, il tele integra*».

Come si articola tutto questo può essere dato dall'esempio che Moreno porta rispetto a diverse situazioni di coppia, dove può verificarsi che in un caso due partners possano avere elevati livelli di co-inconscio anche sviluppato in un tempo relativamente breve, in un altro possano svilupparlo lentamente nel corso di una lunga vita insieme, con graduale accettazione reciproca, reciproco adattamento e integrazione, in un altro ancora la coppia potrà anch'essa vivere una lunga vita insieme, sviluppando però in misura minima una esistenza comune.

La differenza fra questi tipi di interazione dipende tutta dagli incontri che hanno connotato la vita delle coppie considerate.

Obiettivo della psicoterapia mediante lo psicodramma è dunque quello di realizzare nella semirealtà del gioco d'azione, attraverso tecniche fra cui principale è

l'inversione di ruolo, le condizioni per incontri mai avvenuti nella realtà fra partners divisi da resistenti paratie proiettive (P. de Leonardis, 2005).

Al fine di tali ricostruzioni, diventa importante la presenza di un gruppo nel quale ciascuno possa sperimentare i suoi incontri su entrambi i piani, del reale e del fantasmatico.

Nel tempo si verificherà quindi, nell'ambito del gruppo, un intreccio del tutto particolare fra sistemi reali e sistemi fantasmatici di co-conscio e co-inconscio: sistemi che si alimentano a vicenda e insieme crescono, perché ciascun membro del gruppo nutre il rapporto con gli altri membri offrendo loro i propri vissuti riguardanti il suo mondo esterno, e parimenti ciascuno porta nel mondo esterno gli incontri reali vissuti all'interno dell'artificiale gruppo di psicodramma (P. de Leonardis, 2005).

Ed è attraverso questo intreccio che si costruisce in interazione con l'altro (da cui nasce la matrice di gruppo), che la persona sperimenta l'altro come "agente terapeutico" e nello stesso tempo può esserlo a sua volta per i compagni; infatti aspetti carenti per la persona possono essere ritrovati nel compagno e integrati, e viceversa lei stessa può riscoprire i suoi punti di forza e essere ricchezza per gli altri, in un'attiva costruzione di co-conscio e co-inconscio gruppale.

Si può vedere anche in questo caso che il sintomo in sé viene superato, considerato un punto di partenza, o un motivo di rispecchiamento per qualche compagno, ma si guarda sempre alla persona che deve il più possibile risanare la sua rete relazionale interna ed esterna per stare bene; il suo collegamento con il mondo interno ed esterno.

### **3.5 IL BISOGNO DI COMPRENDERE L'ALTRO, IL BISOGNO DI ALTERITÀ, LA POSSIBILITÀ DI ESPANDERE I PROPRI CONFINI ATTRAVERSO L'ALTRO**

Ogni sessione di psicodramma è suddivisa in tre fasi, denominate rispettivamente:

- *tempo del gruppo*: nel quale il Direttore attiva con delle consegne di attività, diverse forme di interazione e di relazione grupppale, promuovendo il senso di appartenenza nella parità, nella confidenza e nell'affidamento reciproco; le interazioni possono essere di realtà, con scambi diretti, ma non dialogici, secondo la regola della sospensione della risposta (secondo la quale non viene mai data risposta diretta ad alcuna sollecitazione venuta da un compagno) e della circolarità dell'autoespressione (che garantisce a ciascun membro del gruppo pari opportunità di esprimersi secondo una sequenza circolare), in modo che si inibisca il confronto bipolare e si attivi quello multipolare; oppure interazioni in semirealtà, dove la comunicazione si pone sul registro del «come se», del metaforico e del simbolico, nel mondo del gioco e nella dimensione del possibile consentita dal setting psicodrammatico;

- *tempo del singolo*: nel quale un protagonista viene scelto dal gruppo, o viene accettato dal gruppo se autopropostosi e con la guida del Direttore e l'ausilio dei suoi compagni (denominati io ausiliari) mette in scena i propri vissuti personali, o conflitti, o desideri, esplorandoli attraverso l'azione trasformativa e propositiva; la comunicazione è a livello transferale, è qui che il transfert viene giocato, inoltre è univoca e unidirezionale: le voci dei membri del gruppo che partecipano all'azione scenica sono infatti variazioni dell'unica voce del protagonista (che va in inversione di ruolo con le sue rappresentazioni, per poi sentire ripetuta la comunicazione dall'io-ausiliario); la dimensione è quella della semirealtà in cui l'individuo si esprime attraverso il gioco teatrale dove però tutto risulta essere vero data la regola dell'accettazione della verità soggettiva;

- *tempo della partecipazione*: appartiene al gruppo e in esso il piano di realtà coincide (di nuovo, come nel mondo esterno) con il piano della verità; i membri del gruppo esprimono verbalmente al protagonista le emozioni e i vissuti evocati dal suo lavoro;

la verità delle loro espressioni è relativa, come relativo è ogni esprimersi nel mondo reale, e spoglia i compagni di gruppo che lo hanno giocato, dal ruolo transferale e consente loro di affermarsi al di là di questo; ha quindi finalità integrative e si basa su una comunicazione telica tra le persone.

I principi su cui si basa la conduzione di tale sessione così articolata sono riconducibili al *primato della soggettività* ed alla attribuzione al gruppo della funzione di *mondo ausiliario*.

Per quanto riguarda il primo, va detto che le relazioni in un gruppo terapeutico possono essere interdipendenti, se basate su proiezioni transferali, o intersoggettive, ovvero di incontro o teliche.

La relazione interdipendente che scaturisce dall'intrecciarsi delle proiezioni transferali, come avviene solitamente in un gruppo di terapia psicoanalitica, all'interno del gruppo di psicodramma viene metodologicamente evitata: viene rappresentata in scena nella molteplicità di forme in cui è stata interiorizzata dai membri del gruppo nel corso del loro sviluppo personale, ma non viene riattualizzata e rivissuta nel gruppo stesso se non in forma «drammatica» metaforizzata attraverso l'azione.

Nel gruppo di psicodramma la relazione si costituisce subito come intersoggettiva per condizioni di setting: è per mantenerla tale che l'interazione tra le persone viene rigorosamente controllata entro modalità comunicative non dialogiche e rapporti che possono essere fortemente stimolanti sul piano ludico.

Inoltre i contenuti che una persona esprime hanno valore e la dignità di una "verità" (soggettiva) e non possono essere categorizzati in "giusti" o "sbagliati", "buoni" o "cattivi".

Ogni persona ha un suo spazio espressivo che consente al suo mondo interno di mostrarsi senza il rischio di censure o ritorsioni.

La vita del gruppo prevede il popolarsi dello spazio comune di verità convergenti o divergenti, simili o dissimili, in una coesistenza di contenuti che consentono ad ogni soggetto di affermarsi per quello che è, con una modalità simmetrica che permette a ciascuno di mettersi in gioco senza infingimenti.

Ciò accade perché lo spazio espressivo di ogni componente si attualizza attraverso la risposta alle consegne del Direttore; e una risposta che non tiene intenzionalmente conto della consegna è considerata un “acting-out” non rispettando la regola gruppale (contrattualmente concordata) per la quale il gruppo accetta di “stare al gioco” proposto dal Direttore, ed è la competenza professionale di questi a costituire la garanzia che le regole del gioco siano commisurate alle risorse ed ai bisogni dei membri del gruppo in ogni specifico momento del lavoro terapeutico.

La relazione tra soggettività che si muovono con cadenze equivalenti e simmetriche permette a ciascuno di riconoscersi e sentirsi riconosciuto in un contesto popolato da somiglianze e diversità, tutte affermate ed accolte con pari dignità; questo come visto permette grazie al tele, la formazione di alti livelli di co-conscio e co-inconscio gruppale, e quindi della matrice gruppale.

Questo modo di stare in gruppo deve anche fare i conti con la tendenza, comunemente presente nelle relazioni sociali, a contrapporsi al diverso.

L'antidoto a questo nello psicodramma è la *sospensione della risposta*, la quale prevede il non entrare in rapporto dialogico (“botta e risposta”) quando una persona si trova nel tempo a lei assegnato per l'auto espressione (G. Boria, 2011).

Regola portata avanti sistematicamente nella conduzione dal Direttore per preservare la dinamica gruppale intersoggettiva.

In questo scenario quello che è importante notare è che nel gruppo di psicodramma viene assegnato a ciascuno un ruolo autonomo; l'esserci comunque si sia, o comunque si possa e si voglia, nell'*hic et nunc*, è condizione contrattuale e regola di appartenenza.

Sono così gli altri membri del gruppo, e insieme ad essi il terapeuta, a fondare per primi la soggettività di ciascun partecipante: per quanto piccola, informe, condizionata dai suoi fantasmi interiori, o incapace di esprimersi questa soggettività possa essere, nel gruppo di psicodramma essa è (P. de Leonardis, 2005).

Il suo riconoscimento da parte del gruppo – o meglio, presunzione di riconoscimento - legittima il suo esserci e il suo svilupparsi; molto importante è quindi il concetto e la tutela della verità soggettiva di cui ciascuno è portatore.

Nel gruppo di psicodramma l'impedimento della dialettica diretta tra le persone, ovvero il confronto diretto tra verità soggettive (il dialogo) e il favorire invece quello indiretto, come si è detto, genera la possibilità della relazione intersoggettiva tra i partecipanti; ed essa fornisce un adeguato “contenitore” per l'esplorazione attiva delle verità soggettive, e la loro riattualizzazione sulla scena psicodrammatica (e non nel gruppo in sé, il che genererebbe una nevrosi da transfert e dei rapporti interdipendenti) e l'amplificazione dell'effetto specchio che in diversa misura è stato riconosciuto come agente terapeutico in tutti i gruppi di terapia.

Infatti il gruppo di psicodramma è strutturato come un *mondo ausiliario*, condotto dal terapeuta che agisce nei confronti delle persone del gruppo come un buon genitore che aiuta il figlio a muovere i suoi passi nella direzione per lui possibile e desiderabile in quel momento e utilizza ogni occasione per far sì che ciascuno possa sperimentarsi, nei diversi momenti della vita del gruppo, nei ruoli sia di soggetto accudente che di soggetto accudito, stimolando un accudimento “sano” commisurato alle esigenze della persona accudita.

La fase della sessione in cui è più evidente l'attivazione di questa funzione di accudimento attivo nei membri del gruppo è quella del tempo del protagonista: questi, infatti, per concretizzare sulla scena i contenuti del suo mondo interno, deve ricorrere alla disponibilità dei compagni a farsi esplicitamente “accudenti” nei suoi confronti, impegnandosi come io-ausiliari nei modi di volta in volta loro richiesti (G. Boria, 2011).

Volendo considerare quindi rispetto alla visione sistemica e al vitalismo in che modo tutto questo favorisca la cura della persona, possiamo iniziare con il dire che la possibilità di “esserci” in una situazione gruppale, per come si può e si vuole, già fornisce un importante spazio per far scorrere il proprio potenziale vitale, via via in modi sempre più adeguati; questo dà la possibilità di esprimersi e quindi di

conoscersi e di riconoscersi in modi sempre nuovi, e quindi allena alla possibilità che ciò possa avvenire e che non ci sia niente di sbagliato.

Facendo fare esperienza del fatto che non ci sia niente di sbagliato nell'espressione della propria verità soggettiva, ma anche di quella altrui; e che quindi queste possano coesistere, senza rapporti di superiorità/inferiorità, dominio/sudditanza, e che possano rispettarsi a vicenda.

La regola della sospensione della risposta, quindi la tutela della verità soggettiva, vengono portate avanti dal terapeuta che si fa garante della relazione intersoggettiva in una *condizione artificiale*; ma dentro ciascun membro si forma un'esperienza relazionale che può portare sempre di più, proprio perché allena a questo, a un'idea di accettazione nei confronti di se stessi e dell'altro, e quindi a scardinare quelle dinamiche di sopraffazione, date dall'idea di una verità unilaterale, aprendo ad una visione se vogliamo più ampia di verità che sta sopra a tutte quelle verità soggettive perché le contiene e le accoglie esattamente per come sono.

Il gruppo così condotto si costituisce proprio come quel contenitore accettante delle diverse verità ed è importante considerare che esso stesso con il tempo può diventare una funzione mentale della persona, il che significa che la possibilità di vivere l'altro nella quotidianità come entità autonoma e come un soggetto portatore della propria verità, che è vista con dignità, possa essere fortemente condizionata dalla Psicoterapia Psicodrammatica.

È evidente come questo tipo di impostazione possa già di per sé costituire un importante elemento per favorire la salute della persona; tutelando le verità soggettive di ciascuno infatti si è meno propensi al rifiuto del diverso e quindi al conflitto, favorendo una libera espressione di sé e degli altri, e quindi chiaramente anche il fluire delle proprie energie dall'interno (tra le proprie rappresentazioni mentali) all'esterno.

Ovviamente come spiegato prima, la possibilità di vivere il gruppo come mondo ausiliario è data anche dal fatto che il transfert, comunque presente nelle persone, viene giocato in un tempo prestabilito e nella semirealtà scenica.

Mettere in scena attraverso l'ausilio dei propri compagni, le proprie rappresentazioni interne, può portare a una sempre maggiore presa di coscienza del fatto che la relazione con l'altro è condizionata da ciò che ci portiamo dentro a livello di memorie e che spesso le nostre relazioni nella vita reale sono basate su proiezioni, sulla richiesta cioè che l'altro rivesta per noi un ruolo prestabilito, formatosi su esperienze passate, o dall'apprendimento culturale, che risulta cristallizzato delle dinamiche (“tanto le donne sono tutte uguali”, “non verrò capita”, ecc.).

La possibilità di giocare sulla scena, sia ciò che di solito è il proprio ruolo, sia in inversione di ruolo i controruoli, aiuta prima di tutto a riconoscere che si è portatori di tutta una dinamica, non solo di un ruolo (nel quale si è semplicemente più identificati); se si pensa per esempio alla dinamica vittima-carnefice, alle sue diverse declinazioni, bisogna considerare quanto può essere sconvolgente riconoscere dentro di sé anche il ruolo del carnefice; la possibilità di viverci e riconoscersi in panni così scomodi e dolorosi (sia di vittima, sia di carnefice) credo sia quello che porti a rendere questa dinamica inconscia a sentirla come non avvicinabile e quindi, non potendola affrontare, ciò come sappiamo poi porta a riproporla in maniera inconsapevole.

Questo è un esempio, ma in ogni caso, quale che sia la dinamica, la possibilità di rivestire tali rappresentazioni porta a una integrazione di *entrambi* (ruolo e controruolo) e a una più ampia accettazione di se stessi e dell'altro, che passa dalla ridefinizione dei propri vissuti integrando corpo, mente e emozioni; cosa che sappiamo essere essenziale soprattutto quando si parla di vissuto traumatico, che vede spesso una dissociazione tra queste componenti, che generalmente causa il rivivere di diverse versioni della stessa situazione senza possibilità di superamento. Inoltre la possibilità, attivando le funzioni mentali di io-attore, io-osservatore, quindi dopo aver osservato da fuori di rientrare nella scena, e spendere la propria forza vitale, il fattore S/C, per la ristrutturazione del proprio mondo interno, sembra essere proprio come nell'ottica vitalista di Ippocarate e di altri già citati autori, quella condizione dove è la forza vitale, la “*dynamis*”, che ripristina la salute, in un nuovo equilibrio inedito; o paragonabile nella medicina cinese ad un blocco del *Qi* a

livello di tensione psichica; qualora persista un dinamica cristallizzata e anche di conflitto magari; che viene così ripristinato e lasciato fluire più liberamente, portando a un nuovo stato di salute, dato da una nuova coscienza e consapevolezza. Questa nuova coscienza credo sia stimolata proprio dall'agire scenico, che porta all'integrazione di vissuti a più livelli (corporeo, mentale, emotivo), dalla possibilità di guardarsi da fuori e cogliere diversamente le proprie dinamiche interiori, ma anche e soprattutto dall'allenarsi nel mettersi nei panni dell'altro, vedere se stessi dal suo punto di vista, attivare una comprensione più profonda anche del controruolo e dal comprendere che l'altro alla fine si conforma proprio come una parte di noi; l'altro *siamo noi*.

Mi sembra interessante ricordare che civiltà antichissime come quella dei Maya sembravano già pienamente a conoscenza di questo, essi infatti si salutavano l'un l'altro con il detto tradizionale: *"In Lak'ech"*, che significa *"Io sono un altro te stesso"* o *"Io sono te, tu sei me"*; e se ci pensiamo, l'altro si conforma nel nostro cervello proprio come una parte di *noi*, il conflitto, il blocco energetico è prima di tutto al nostro interno e la scena psicodrammatica questo ce lo rivela apertamente se lo vogliamo cogliere.

Su questo aspetto sembra voler mettere l'accento anche la canzone di Niccolò Fabi del 2019, intitolata appunto, *"Io sono l'altro"* di cui riporto di seguito alcune strofe iniziali; che ben coglie questo aspetto, e soprattutto si collega proprio alla tecnica principe dello psicodramma, ovvero l'inversione di ruolo:

*"Io sono l'altro*

*Sono quello che spaventa*

*Sono quello che ti dorme nella stanza accanto.*

*Io sono l'altro*

*Puoi trovarmi nello specchio*

*La tua immagine riflessa, il contrario di te stesso.*

*Io sono l'altro*

*Sono l'ombra del tuo corpo*  
*Sono l'ombra del tuo mondo*  
*Quello che fa il lavoro sporco*  
*Al tuo posto.*  
*Sono quello che ti anticipa al parcheggio*  
*E ti ritarda la partenza,*  
*Il marito della donna di cui ti sei innamorato*  
*Sono quello che hanno assunto quando ti hanno licenziato.*  
*Quello che dorme sui cartoni alla stazione*  
*Sono il nero sul barcone,*  
*Sono quello che ti sembra più sereno*  
*Perché è nato fortunato o solo perché ha vent'anni in meno.*  
*Quelli che vedi sono solo i miei vestiti*  
*Adesso facci un giro e poi mi dici (...)"*

Grazie alla tecnica dell'inversione di ruolo facciamo proprio ciò che si dice vestire i panni dell'altro, prendere il suo punto di vista, attivando la funzione mentale di decentramento, stimolando quindi l'empatia; che trova la sua base scientifica nei neuroni specchio.

Giacomo Rizzolatti è considerato il più importante neuroscienziato italiano e si deve a lui la scoperta nel 1992 dei cosiddetti "neuroni specchio", studiati in tutto il mondo, e considerati alla base dell'empatia, dell'apprendimento e della socialità. Rizzolatti ha scoperto che, nelle aree del cervello deputate ai movimenti, le aree motorie, la medesima attività neuronale si verifica sia in chi compie un gesto, per esempio in chi afferra un bicchiere, sia in chi lo guarda; per questo nell'osservatore si parla di neuroni specchio.

Dunque, a livello cerebrale: *“se ti guardo bere è in qualche modo come se bevessi anch’io, e se ti guardo guidare, è come se guidassi anch’io, ma non solo imparo quello che tu fai, ma capisco anche le tue intenzioni”*

Spiega Rizzolatti: *“I neuroni specchio si trovano nelle aree motorie, e descrivono l'azione altrui nel cervello di chi guarda in termini motori. Fino a non molti anni fa, si riteneva che il sistema motorio producesse solo movimenti. Noi, partendo da un approccio etologico, senza convinzioni a priori sulla funzione delle aree motorie, abbiamo scoperto che molti neuroni del sistema motorio rispondono a stimoli visivi. Se vedo una persona che afferra una bottiglia, colgo subito il suo gesto perché è già neurologicamente programmata in me la maniera in cui afferrarla. Si verifica una comprensione istantanea dell'altro, senza bisogno di mettere in gioco processi cognitivi superiori. In seguito abbiamo visto che la stessa cosa capita per le emozioni. Per esempio il disgusto. Somministrando a una persona uno stimolo olfattivo sgradevole, come l'odore delle uova marce, si attivano determinate parti del cervello. Una di queste è l'insula, un'area corticale che interviene negli stati emozionali. La sorpresa è stata che, se osservo qualcuno disgustato, si attiva in me esattamente la stessa zona dell'insula. Questo ci consente di uscire da un concetto mentalistico e freddo, riportando tutto al corpo. Io ti capisco perché sei simile a me. Non deduco, ma sento. C'è un legame intimo, naturale e profondo tra gli esseri umani. Il processo non è logico ma intuitivo.”*

I neuroni specchio sarebbero quindi alla base dell'empatia, cioè della capacità di rapportarsi agli altri, di comprenderli, di solidarizzare con le loro sofferenze e le loro gioie.

*“In ogni azione, oltre ciò che si fa, conta l'intenzione, il perché la si fa”* dice Rizzolatti. *Prendo il bicchiere, è l'azione, il come lo prendo è fondamentale per capire l'intenzione; se per bere, per brindare, o per scagliarlo contro il mio interlocutore per esempio; e sono i neuroni specchio che ci rivelano l'intenzione in tempo reale, per cui siamo pronti a coprirci la faccia se chi ci sta dinanzi ha intenzioni aggressive.*

Oggi ad esempio si ritiene che chi soffre di autismo, ed è cioè incapace di comprendere le azioni degli altri e di rapportarsi agli altri, abbia in realtà una carenza di neuroni specchio.

Empatia significa dunque entrare nei panni degli altri perché il nostro cervello si sintonizza con quello di chi ci sta intorno.

Ma non necessariamente con quello di tutti coloro che ci stanno intorno, abbiamo visto come si può trattare con riguardo i propri concittadini, e uccidere barbaramente gli stranieri ad esempio.

Ci sono invece le persone che hanno piacere a fare del male, a uccidere, e questo potrebbe avvenire proprio per mancanza di empatia, per indifferenza verso la sofferenza dell'altro, che non viene vissuto come uguale a sé, come partecipe della stessa specie umana, mentre il neurone specchio mi dice: tu ed io siamo la stessa cosa.

Ma se per motivi vari, che possono anche essere culturali, l'altro perde i connotati di essere umano, diventa cosa, animale, allora lo si può sterminare senza rimorso, senza nemmeno considerare che si faccia del male, come si ucciderebbe una zanzara che ci importuna.

L'empatia è la base della vita sociale ed è, come sosteneva Martin Buber, quella che consente di realizzare il rapporto Io-Tu, cioè tra due soggettività diverse ma equivalenti, ovvero l'incontro moreniano che avviene grazie al tele, l'empatia reciproca; contrapposto rispetto all'Io-Esso, dove l'altro è mero oggetto.

E questo, secondo Rizzolatti, può avvenire solo grazie ai neuroni specchio, che pertengono alla sfera intuitiva, non a quella cognitiva e che si attivano se riconosco me stesso nell'altro.

Intuitivo e cognitivo, empatia e cultura, è stato osservato che si influenzano a vicenda: posso con il ragionamento capire ciò che non "sento" attraverso i neuroni specchio, e viceversa posso bloccare attraverso un percorso razionale e culturale l'azione dei neuroni specchio.

Questo spiega perché l'empatia si attiva maggiormente, come a cerchi concentrici, verso coloro che ci hanno insegnato a considerare simili a noi: i familiari, i vicini di casa, i concittadini, quelli che appartengono alla stessa religione, allo stesso partito, o tifano verso la stessa squadra di calcio, e viceversa possono venire inibiti nei confronti di chi viene considerato un diverso: l'appartenente a un'altra tribù, quello che ha un altro colore di pelle, ecc.

I neuroni specchio, insomma, potrebbero essere attivati o disattivati da fattori culturali. È questa l'ultima frontiera della ricerca di Rizzolatti, che aiuta a comprendere anche i grandi cambiamenti sociali della nostra epoca; si può pensare ad esempio anche ai movimenti animalisti, che hanno cambiato la nostra percezione delle sofferenze dei mammiferi e dei pesci (ma forse non ancora di quelle dei rettili o degli insetti).

Secondo questo principio si può iniziare a cogliere quanto può essere importante allenarsi all'inversione di ruolo, avere una cultura di gruppo inclusiva dell'altro, del diverso che è dentro di noi, come avviene nella Psicoterapia Psicodrammatica che in maniera sistematica mette come condizione l'accettazione della verità soggettiva propria ed altrui, l'intersoggettività e il decentramento che porta ad attivare sempre di più l'empatia, e che può portare a scoprire sempre di più un altro dentro di sé al di là del transfert.

Infatti ciò che mano a mano nell'avvicinarsi del lavoro terapeutico avviene, è la scomparsa nella persona o l'attenuarsi, di controroli stereotipati, (anche dati da un apprendimento culturale); la persona si riscopre sempre più capace di assumere il punto di vista dell'altro, di viverne le sue emozioni, cogliere i suoi stati mentali esattamente come i propri, in una relazione sempre più telica, anche con le proprie rappresentazioni interne, e poi quindi anche con l'altro che è fuori da noi.

Tutto questo sostiene appieno il discorso dell'attore Elio Germano che così si è espresso: *“C'è un famoso anarchico russo Pëtr Alekseevič Kropotkin che diceva: se riuscissimo a metterci nei panni degli altri, tanto da sentire gli altri come se fossimo noi, non avremmo più bisogno di regole, di leggi. Perché agiremmo per il sentire*

*comune e quindi non faremmo mai qualcosa contro qualcun altro che sentiremmo come fosse noi. Per questo bisognerebbe fare teatro nelle scuole, perché l'esercizio di mettersi nei panni degli altri, è un esercizio che ci può far diventare veramente una società migliore."*

Ecco come la cura del singolo nel gruppo di psicodramma sfocia direttamente nel sociale, senza alcuna distinzione, proprio come era nella visione di Moreno.

Inoltre il gruppo di psicodramma è condotto in modo da soddisfare due bisogni dalle caratteristiche divergenti: quello della *fusionalità* e quello della *individuazione*.

Il bisogno di fusionalità sta ad 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 di individuazione, grazie al quale la persona si separa dall'altro per affermare la propria specificità e distinzione (G. Boria, 2011).

L'alternanza armoniosa oppure imperfetta dei ruoli capaci di soddisfare questa duplicità di bisogni determina nella persona equilibrio oppure disagio.

Quando si produce equilibrio, riscontriamo l'emergere di un nuovo fondamentale bisogno che Paola de Leonardis, nel suo libro *"Lo scarto del cavallo"* (1994) chiama di *alterità*.

L'Autrice si chiede: *"(...) è possibile che la declinazione imperfetta di tali bisogni, e della loro soddisfazione, porti a coattive forme di comportamento, e che invece la loro declinazione armoniosa porti a una disposizione "amorosa", esplorativa e inclusiva del "diverso"?"* (P. de Leonardis, 1994, p. 166).

L'Autrice risponde positivamente a questo quesito e in particolare esprime la convinzione che sia la strutturazione di *ruoli esplorativi* lo strumento per soddisfare il bisogno del soggetto di ricercare altro da sé: *"(...) il bisogno di alterità si manifesta ogni qualvolta 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" (ibidem, p. 169-170).*

Il bisogno di alterità si esprimerebbe quindi attraverso ruoli che, invece di ricercare primariamente la vicinanza oppure l'allontanamento dall'altro, solleciterebbero la persona in quel momento appagata nei bisogni fusionali e individuativi (e quindi in uno stato di sufficiente sicurezza) ad una autonoma ricerca dell'altro per il solo piacere della scoperta del nuovo e dello sconosciuto (G. Boria, 2011).

L'impostazione data al gruppo di psicodramma, volta a favorire proprio quell'equilibrio tra fusionalità e individuazione, con tecniche deputate a questi come rispettivamente il "doppio", e "lo specchio", e fasi date da lavori di gruppo incentrati sulla fusionalità come il contatto tonico, o sull'individuazione, come i lavori sociometrici; porta a favorire uno stato di sufficiente sicurezza tale per cui si sente di voler esplorare l'altro da sé, e quindi secondo l'ottica sopra esposta scoprire anche nuove possibilità di essere, anche attraverso l'altro, che aiuta una nuova comprensione, dei nuovi apprendimenti e la propria espansione.

Si può dire quindi che: il vero fattore terapeutico, quando viene raggiunto, è il *momento di effettivo incontro* tra due persone vissuto come una nuova esperienza trasformativa; un'esperienza che, come ha detto Laing, *"non è ciò che è successo in precedenza, ma ciò che non è mai successo prima"* (H. Guntrip, 1969), che si potrebbe vedere anche come collegato al continuo generarsi di spontaneità e creatività, al continuo fluire della propria forza vitale creatrice, attraverso l'agire in relazione.

### **3.5 LA SEMIREALTÀ DELLA RAPPRESENTAZIONE SCENICA COME CHIAVE PER COGLIERE LA DIMENSIONE SISTEMICA DELLA VITA**

*“Notte inquieta,  
Ti ho vista assumere tante volte la tua forma,  
Che ora la oscurità sposa la luce.  
Non è vero ciò che vedi,  
Perché il desiderio è sogno, miraggio, chimera,  
Mi hanno detto coloro che non sognano mai.  
Ma tutto è connesso in noi,  
La forma e il colore trasmutano le une nelle altre,  
Gli uni negli altri,  
E le immagini sono simboli,  
E i simboli sono radici nere dentro al cuore,  
Un quadro può diventare evocazione,  
Un sogno realtà,  
Un fiore un sesso dischiuso e stillante rugiada,  
Un oceano la nostra capacità di amore,  
Il nostro bisogno di amore,  
Un cane nero alla porta posso essere io,  
Un tuo piede può essere un gioiello,  
I cieli color ocre richiamare i tuoi occhi,  
Le rondini disegnare un nome tra i rami,  
I leoni rampanti sugli scudi araldici  
Erano insieme animali e antenati,  
Da anni i datteri bruni che ami tanto  
Portano la traccia della tua bocca,  
E ho visto una volta nuotare una agile forma  
Che poteva essere lontra marina, ma anche sirena.  
Chi può dunque dire con certezza*

*Quale sia la linea di demarcazione  
Tra sogno, realtà, simbolo, emozione,  
Forse tutto è come diceva il vecchio Schopenhauer  
Una rappresentazione. (...)"<sup>16</sup>*

Quando ho letto questa poesia ho subito pensato a ciò che accade nella dimensione di semirealtà della sessione di psicodramma; dove lo spazio scenico viene riempito dalle rappresentazioni della persona, e dove si gioca con il simbolico per esprimere e scoprire la propria verità soggettiva, e tutto si disvela come relazione, risorsa, conflitto e in ogni caso come parte di sé.

Va detto anche che il rappresentare in scena coinvolge a fondo e addestra la capacità di simbolizzazione – associativa e connettiva – necessaria a qualsiasi processo terapeutico; il soggetto vi si impegna in una apperceptiva globale, in cui vista e udito lavorano in condizione di complessità relazionale, il tatto e perfino l'odorato sono spesso coinvolti in modo diretto, e così pure sono attivati il senso motorio dei propri e altrui movimenti, il senso del tempo e dello spazio e, non ultimo, il senso della presenza corporea interagente (P. de Leonardis, 2005).

---

<sup>16</sup>Autore Franco Coletti, "Notte inquieta", la poesia continua dicendo: "Questa notte mi ha portato una traccia di pioggia, / Che ha inumidito il mio ricordo di una piazza deserta, / In cui attendevo la resurrezione dalla morte / Ogni volta che ti attendevo arrivare. / Che mistero il tempo: / Se penso a quei giorni lontani, / I fantasmi bevono il tè dalla mia tazza / Accanto al letto, / Come se ieri fosse oggi, / E già sta sfumando nel domani. / Tutto sembra tanto materiale, reale: / Il cuscino reca ancora una impronta precisa, / Ed è lo stesso gatto di allora che fa le fusa / Acciambellato su un cuore rosso scuro, / Dunque cosa è reale e cosa non lo è? / Il desiderio e il bisogno sono rasoi / Che incidono nella stessa crudele maniera, / Anche gli incubi sono molto reali, / Come le attese che diventano eoni. / Dicono che la mandragola strappata con la radice / Emetta un grido assolutamente umano: / Anche questo potrebbe essere vero come falso, / Di fatto una volta immaginai che mi cogliessi, / E gridai in quel modo, / Ma poi mi raccolsi nel palmo caldo della tua mano, / E lì rimasi come se ci fossi nato. / Una altra volta dalla finestra aperta si sporse / Il muso nero del cavallo del quadro di Fuseli, / Sai, quello dell'incubo seduto sul petto del dormiente, / E vidi allora che anche tu eri seduta sul mio petto, / Ma non eri una creaturina maligna con la coda, / E stavi benissimo lì dove eri, / Come una regina di una fiaba assisa sul suo trono, / Così dissi al cavallo che poteva ritirarsi, / Che semplicemente era avvenuta una incoronazione. / Ora, vedi, tutto poi in qualche modo è accaduto, / Perché tutto è egualmente intrecciato / Nella trama di un unico tappeto, / E quando cade una stella è possibile vederla / Anche se sono trascorsi millenni dalla sua fine, / Io credo che tu sia qui ora, e nello stesso tempo lontanissima, / Lo spazio che intercorre tra noi è dato / Dal mio pensarti, / E il tempo può contrarsi allora come una stringa, / Perché a volte sappiamo anche noi operare qualche piccola magia. / Il mondo allora non è più soltanto rappresentazione, / Diventa anche volontà. / Un angelo con le ali nere mi ha portato adesso / Un cucciolo di drago, e mi ha detto: / - Quando aprirà gli occhi, sarà il momento che tu parta. / Qualcuno che hai tanto aspettato ora attende."

La rappresentazione psicodrammatica, attraverso la tecnica dell'inversione di ruolo, consente al soggetto di sperimentare in modo percettivamente pieno i contenuti della propria simbolizzazione teatrale in una condizione di decentramento rispetto all'Io; ed è questo un movimento psicologico essenziale perché il soggetto possa prendere distanza dai propri comportamenti coatti, modi d'essere o ruoli consueti - quei ruoli con cui egli identifica il proprio Io - percepirli nella loro dimensione relazionale, immaginarne di nuovi (P. de Leonardis, 2005).

La rappresentazione simbolica della semirealtà costituisce un ponte tra fantasia e realtà; ovvero ciò che è sperimentato in semirealtà (come verrà spiegato più avanti in termini più accurati) costituisce poi una memoria, una base per trasportare al di fuori del gruppo ciò che si è sperimentato, e questo avviene attraverso un movimento che permette il decentramento della persona e un'espansione dei suoi ruoli e delle sue risorse, oltre che una maggiore comprensione e integrazione; quindi il sintomo in quest'ottica può essere visto anche come un'occasione per favorire una maggiore comprensione e consapevolezza dell'individuo, infatti solo grazie ad esso e al dolore che genera è possibile muoversi in una direzione differente e cambiare davvero la propria vita; una soppressione dello stesso, ovvero il metterlo a tacere potrebbe via con sé anche questa grande opportunità.

Vorrei riportare un'esperienza personale che trovo interessante rispetto a ciò che consente di fare l'esperienza della semirealtà; essa è avvenuta nella terapia in individuale, ma sempre seguendo l'ottica psicodrammatica, con il paziente *B*, giovane adulto, in cura da circa due anni per via di un ritiro sociale e aspetti depressivi, ormai decisamente in remissione.

*B* da quando è in terapia parla degli avvenimenti della sua vita giustificando e mentalizzando sempre ogni situazione, raramente mostrando emozioni a riguardo; dopo circa un anno e mezzo di terapia, al suo menzionare di avere problemi al fegato gli ho proposto di andare in inversione di ruolo proprio con il suo fegato e di indirizzarsi una lettera, lasciandolo quindi esprimere in decentramento con il fegato rispetto al suo stato di salute e sul perché fosse così malandato; ciò che ne è uscito è

stata una lettera piena di rabbia verso tante situazioni subite, evidentemente somatizzate, alle quali il paziente, in inversione di ruolo non aveva problemi a ricollegarsi in maniera molto puntuale; cosa che però gli era assolutamente preclusa nel colloquio normale.

Quindi un'ulteriore possibilità data dalla messa in scena della Psicoterapia Psicodrammatica è data non solo dall'inscenare l'altro significativo ma anche i propri organi ad esempio, (solitamente ciò avviene sulla scena, con l'ausilio di un compagno) le proprie emozioni (per esempio con un doppio corporeo, dove il corpo mostra l'emozione, la incarna) ma anche le proprie paure, i propri incubi, come i propri sogni e desideri.

È da notare che nel caso si voglia inscenare un sogno, il protagonista entra in inversione di ruolo con i diversi elementi del sogno, che possono essere anche ambientali, e può contattare attraverso il simbolo aspetti sconosciuti di sé (per esempio, come dice la poesia citata poco sopra : *“Un oceano - può diventare o rappresentare – la nostra capacità d'amore”* o *“Il nostro bisogno di amore”*).

La semirealtà può aiutare a ricostruire quindi quel ponte che collega il nostro inconscio, o meglio, il nostro co-inconscio al nostro co-conscio, con la natura e con l'universo intero.

Allora partendo da ciò che afferma C. G. Jung quando dice: *“Il mondo si è disumanizzato attraverso l'acquisizione della dimensione scientifica. L'uomo è rimasto isolato nel Cosmo. Non è più parte della natura e ha perso la sua partecipazione emotiva agli eventi naturali, che prima avevano per lui un significato simbolico. Il tuono non è più la voce di un dio, né il fulmine il suo strumento di vendetta. Nessun fiume nasconde uno spirito, nessun albero raffigura la vita di un uomo, nessun serpente incarna la saggezza e nessuna montagna ospita un demone. Le cose non gli parlano più ed egli non può parlare alle pietre, sorgenti, piante, animali. Non ha più un'anima della foresta che gli permetta di identificarsi con un animale selvatico. La sua comunicazione immediata con la natura è scomparsa per sempre e l'energia emotiva*

*che essa generava è sprofondata nell'inconscio*<sup>17</sup>; possiamo dire che questo pericolo viene quanto meno ovviato nella Psicoterapia Psicodrammatica, perché sulla scena attraverso il simbolico si riattiva proprio quell'energia emotiva, data dagli elementi del cosmo che è dentro di noi, quanto meno come rappresentazione; attraverso un'intuitiva conoscenza di sé e del mondo data da una sempre nuova esperienza ed espressione; sulla scena il fiume, la montagna, l'animale selvatico, la natura, effettivamente *parlano* attraverso la persona, e alla persona, attraverso la relazione con i suoi compagni, diventano una guida preziosa, lo spirito stesso può esprimersi; così come la componente più "alta" anche quella più "bassa" dell'essere umano può essere simbolizzata, conosciuta e riconosciuta come *parte di sé*.

E sempre C. G. Jung spiega anche perché questo è importante nella dimensione della cura rispetto al sintomo, egli infatti dice: *"Ho spesso visto persone diventare nevrotiche per essersi accontentate di risposte inadeguate o sbagliate ai problemi della vita; cercano la posizione, il matrimonio, la reputazione, il successo esteriore o il denaro, e rimangono infelici e nevrotiche anche quando hanno ottenuto tutto ciò che cercavano. Persone del genere di solito sono confinate in un orizzonte spirituale troppo angusto, la loro vita non ha sufficienti contenuti, non ha significato, se riescono ad acquistare una personalità più ampia generalmente la loro nevrosi scompare. Tra i cosiddetti nevrotici del nostro tempo ve ne sono molti che in altre epoche non lo sarebbero stati, non sarebbero stati cioè in disaccordo con se stessi: se fossero vissuti in un'epoca, in un ambiente nel quale l'uomo attraverso i miti era ancora in rapporto con il mondo ancestrale e quindi con la natura sperimentata realmente e non vista solo dall'esterno avrebbero potuto evitare questo disaccordo con se stessi (...)"*

La Psicoterapia Psicodrammatica ricostituisce quel rapporto dell'uomo con la dimensione ancestrale attraverso il simbolico e così facendo rivela la dimensione sistemica della vita attraverso la rappresentazione scenica, aiutando a coglierla e a viverla; a cogliere cioè quell'interconnessione che permea tutti gli esseri e gli elementi dell'esistenza e anche a cogliere il fatto che danneggiare una parte è

---

<sup>17</sup>C. G. Jung - *Simboli e interpretazione dei sogni*, p.100

danneggiare tutto, ed è danneggiare se stessi.

Quindi se vogliamo può avvicinare anche ad un altro aspetto menzionato nella definizione di benessere, ovvero la dimensione *spirituale*; intesa come quella dimensione dove tutto è uno, che possiamo cogliere anche in noi stessi.

In particolare, rispetto all'altro, vorrei riprendere una riflessione sempre di Jung, che dice: *“Gli uomini impazziscono perché non sanno che il conflitto è dentro di loro, e ciascuno addossa la colpa all'altro. Se una metà dell'umanità è in torto, allora è in torto - per metà - ogni essere umano. Ma non vede il conflitto presente nella propria anima, che è però la fonte della ventura esterna. Quando sei irritato contro tuo fratello, pensa allora che sei irritato contro il fratello che è in te, vale a dire contro ciò che in te è simile a tuo fratello. In quanto individuo tu sei parte dell'umanità e partecipi all'insieme dell'umanità, come se tu stesso fossi l'umanità intera. Se sopraffai e uccidi il prossimo che si avvicina a te, allora uccidi quell'uomo anche dentro di te, e tu hai assassinato una parte della tua vita. Lo spirito di questo morto ti seguirà, impedendoti di gioire della tua vita. Per continuare a vivere tu ha bisogno di essere intero.”*<sup>18</sup>

Che ricorda anche la frase di Edmond Jabès (Il Cairo 1912 - Parigi 1991) poeta francese ebreo: *“Certo che con Dio non può esserci un faccia a faccia, perché tutte le facce sono sue.”*

E possiamo dire che come “tutte le facce sono sue”, tutte facce sono nostre; che siamo esseri creatori nella visione di Moreno e apparteniamo a quella stessa energia creatrice universale; e la risposta a questo bisogno di essere interi di cui parla Jung, attraverso l'incontro con l'altro, di giocare e riconoscersi in tutti i ruoli e controruoli, per poi spogliarsi e rivestirne altri ancora; di conoscersi anche attraverso il mondo circostante, e *sentire* questa appartenenza, di giocare la propria energia creativa e poter sperimentare di essere quindi qualcosa al di là di tutti i ruoli giocati e forse proprio quell'energia che sta dietro e dentro ogni cosa, è ciò che la Psicoterapia Psicodrammatica più o meno direttamente, promuove nell'individuo.

---

<sup>18</sup>C. G. Jung, *Libro Rosso*, Soluzione, pag. 87

Va anche ricordato che la scienza stessa ha assottigliato i confini tra il “sapere mistico” e il sapere ordinario e scientifico.

Ad esempio il celebre fisico Fritjof Capra, conosciuto per il suo long seller *“Il Tao della fisica”* (1989) e il biochimico italiano Pier Luigi Luisi, professore, ricercatore, scrittore e promotore culturale, i quali hanno pubblicato insieme *“Vita e natura. Una visione sistemica”* (2014) spiegano che il senso di unità percepito dal Mistico: «è pienamente confermato dalla comprensione della realtà nella scienza contemporanea (...)

*Vi sono numerose somiglianze fra la visione del mondo dei mistici, sia orientali che occidentali, e la concezione sistemica della natura che si sta sviluppando in numerose discipline scientifiche.*

*La consapevolezza di essere connessi con tutta la natura (...) relazione e interdipendenza sono concetti fondamentali.*

*Quando guardiamo il mondo che ci circonda, scopriamo che non siamo gettati nel caos e nella casualità, ma che siamo parte di un grande ordine (...).*

*Ogni molecola nel nostro corpo è stata parte precedentemente di altri corpi-viventi o non viventi, e sarà parte di altri corpi in futuro; condividiamo con il resto del mondo vivente non solo le molecole della vita, ma anche i principi di organizzazione di base.*

*E poiché anche la nostra mente è incarnata, i nostri concetti e le nostre metafore sono incarnati nella rete della vita insieme con i nostri corpi e i nostri cervelli.*

*Certamente, apparteniamo all’universo, e questa esperienza di appartenenza può rendere la nostra vita profondamente significativa»<sup>19</sup>*

Concludendo, seguendo una visione sistemica, anche l'aspetto spirituale viene quindi comunque compreso nella Psicoterapia Psicodrammatica e può essere ravvisato anche nel fatto che la sua metodologia riconosce proprio come fattore terapeutico la forza vitale, che è una forza universale creatrice che permea ogni cosa; nel riconoscere l'essere umano come creatore e co-creatore della propria realtà in

---

<sup>19</sup> Estratto da *“Cittadinanza globale e società fraterna”* B. Fuoco, Stella Mattutina edizioni

una visione interconnessa; nel promuovere l'incontro "amoroso" con il diverso da sé che può essere infine riconosciuto appunto come parte di sé, che è parte del tutto.

In quest'ottica di cura della persona è chiaro come la salute non possa essere confinata alla scomparsa del sintomo, ma al contrario come quest'ultimo promuova il mobilitarsi di risorse interne ed esterne per una evoluzione della persona ad un maggiore grado di coscienza, che determina un nuovo e più adatto equilibrio, quale è possibile nel momento presente.

## **CAPITOLO 4**

### **4.1 LA PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA COME CURA DELLA PERSONA NEL SUO COMPLESSO IN CONFRONTO ALLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE**

Come illustrato nel primo capitolo la tendenza del modello clinico in uso è quella di favorire l'utilizzo di terapie supportate dall'evidenza scientifica, evidenza che rischia di convogliare l'attenzione solo sul sintomo, richiamando quindi il modello biomedico riduzionista.

Affermando che la Psicoterapia Psicodrammatica si occupa della cura partendo da una visione sistemica non si esclude certo la presa in carico anche del sintomo della persona, ma piuttosto, esso viene inserito in un più ampio panorama, dove la spontanea e creativa espressione della persona porta a un maggior grado di benessere complessivo; alla conquista di uno stato di maggiore consapevolezza che favorisce reti relazionali possibilmente più teliche e più ampie; quindi a una ristrutturazione interna che tenga conto della totalità.

Per mostrare come ciò avvenga credo sia importante mettere in luce i punti di contatto, di sovrapposizione e anche di ulteriore sviluppo che possono essere evidenziati tra la Psicoterapia Psicodrammatica e la già illustrata terapia Cognitivo-Comportamentale, che ha il pregio di potersi avvalere di una evidenza scientifica a sostegno della sua validità.

Partendo proprio dal modello ABC che come abbiamo visto è un po' il "marchio" della CBT si può per esempio notare come le stesse fasi del modello; Focalizzare un problema: valutare sia l'evento attivante (A) sia il problema emotivo (C); Confermare che A-C è il problema; Valutare le cognizioni (B); Formulazione: mostrare la connessione B-C, e ipotizzare una formulazione della storia personale; Accordarsi sugli obiettivi del paziente, e considerare le sue opzioni e scelte; e Modificare le convinzioni; siano anch'esse affrontate nella Psicoterapia Psicodrammatica come ad esempio nella messa in scena di un "evento critico"

portato dal paziente, ma inserite nel contesto relazionale e più ampio descritto nel capitolo precedente.

Infatti una volta focalizzato l'evento problematico esso viene rappresentato e il problema emotivo viene vissuto in scena nel momento presente. Successivamente nella fase di osservazione dall'esterno della scena (che solitamente avviene su un piano rialzato detto balconata) attraverso il soliloquio e le considerazioni fatte dal paziente, che possono essere guidate dal terapeuta, avviene la valutazione degli stati cognitivi, dei ragionamenti. Mentre per definire le conseguenze e quindi far prendere coscienza di come il proprio ruolo stia agendo nel creare o nel contribuire alla situazione problematica è possibile che il terapeuta scelga di attivare ulteriori decentramenti con persone significative.

Questo per stimolare la presa di consapevolezza durante il decentramento con ruoli che attivino le risorse proprie del paziente, che come abbiamo visto, risultano accessibili grazie alla rappresentazione interna dell'altro.

Infine gli obiettivi e le opzioni del paziente possono essere dichiarati e giocati rientrando sulla scena attingendo proprio alla forza vitale che è il fattore S/C, ristrutturando nel "qui e ora" la scena (modificando con spontaneità e creatività anche le proprie convinzioni, stati mentali ed emotivi) attraverso gli scambi relazionali.

É sempre al centro la persona quindi, che non a caso prende il nome di "protagonista"; è lei infatti, guidata dal terapeuta a fare le sue considerazioni, cambiando punti di vista dando spazio alla propria verità interna, piuttosto che avere dei rimandi contenutistici da parte del terapeuta perché questo cambio avvenga.

Si evince, quindi, quanto il "potere" e l'impatto siano ben differenti in queste operazioni di ridefinizione, quando attingono direttamente dalla verità soggettiva dell'individuo; abbiano tutt'altra capacità trasformativa.

Inoltre come già illustrato nella teoria del ruolo, il sintomo è affrontato in ottica relazionale, non confinato a un mero comportamento a sé stante dovuto a cognizioni,

ma è già insito nella metodologia psicodrammatica considerare che questi ultimi (comportamento e cognizioni) siano collegati alla relazione con l'altro.

Proprio per questo motivo, viene chiesto al protagonista dal terapeuta di trovare per la scena critica rappresentata un ulteriore collegamento a un altro significativo, da far incontrare in una seconda scena o da usare come atto integrativo; il che dà la possibilità di recuperare la storia precedente collegata al vissuto (che a volte si configura come la causa) che è legata alla situazione critica, il tutto sempre in chiave relazionale.

Quindi il sintomo viene colto come stimolo per aprire su un mondo di dinamiche articolate di ruolo e controruolo, non come qualcosa da far scomparire, ma qualcosa che nel momento presente la persona porta come stato, ma che è inserito in uno scenario complesso che è la sua vita e le sue altre caratteristiche personali, ugualmente importanti; e grazie al simbolico e ai membri del gruppo, che attivano il fattore di rispecchiamento, possono essere visti dalla persona, così che essa possa riconoscersi in maniera sempre più complessa, più integra, più intera e in una espressione sempre più adattiva.

Quindi anche un lavoro di questo tipo che sembra essere diretto più al sintomo, viene inserito nella più ampia struttura metodologica illustrata nel capitolo precedente, dove la creazione di relazioni intersoggettive e teliche viene posta come condizione per una presa in carico complessiva della persona che mira a farla esprimere e manifestare più liberamente possibile nei diversi ambiti della sua vita; e dove oltre alla messa in scena del transfert, o a un lavoro che può essere più direttamente connesso al sintomo, si assiste, grazie alle scelte del terapeuta, anche a lavori di gruppo finalizzati proprio al soddisfacimento di quei bisogni individuativi e fusionali, che stanno alla base del buon sviluppo e che richiamano l'attaccamento sicuro di cui parla John Bowlby(1907-1990).

A tal proposito, ad esempio, lavori di gruppo che utilizzano la tecnica dello specchio mirano a far esprimere da parte dei compagni di gruppo aspetti critici e risorse delle persone, e quindi a rispondere al bisogno di riconoscimento da parte dell'altro, di essere visto o al contrario di accettare parti di sé meno gradevoli.

Accogliere le critiche costruttive oltre che a focalizzare le proprie risorse è un processo adattivo in cui si viene aiutati e aiuta allo stesso modo gli altri, cosa questa che in definitiva serve nella vita relazionale in toto e non è semplicemente legata a un sintomo specifico.

Altrettanto importante se non fondamentale è saper fare un doppio o ricevere un doppio fatto dai compagni, per affinare il proprio sentire e la consapevolezza dei propri stati interni, per un rapporto sano con se stessi e con gli altri; esattamente quanto il raggiungere il grado di sufficiente sicurezza per giocare ruoli esplorativi e espandere le proprie possibilità di essere, di sperimentare e di conoscere, a prescindere di quale stato sintomatologico si sia al momento portatori.

Tutto questo lavoro, si declina come visto, sui diversi aspetti della persona in chiave sistemica, il che permette il risaldarsi dei ponti tra mondo interno e mondo esterno con un sempre maggior grado di consapevolezza: scenario predominante nella terapia Psicodrammatica e non un semplice sfondo o supporto per affrontare il sintomo o un malessere.

Perché nello Psicodramma si parte da un'idea di benessere che non può essere ridotta all'assenza di malattia, ma in primo piano c'è un lavoro volto a stimolare il più possibile nelle diverse dimensioni l'autentica e piena espressione dell'individuo, ovvero quel fluire armonioso e consapevole dell'energia che molte forme di medicina fanno coincidere con lo stato di salute/benessere.

Ritornando al confronto con la CBT in essa come visto si trovano delle micro-tecniche, che sono pensate come interventi mirati alla risoluzione di problemi specifici, e qui si possono fare ulteriori considerazioni su come le tecniche psicodrammatiche possano raggiungere gli stessi obiettivi con modalità differenti, tenendo sempre però conto che il miglioramento del benessere complessivo è l'obiettivo principale della Psicoterapia Psicodrammatica.

Quindi chiaramente, per i motivi illustrati, da una parte non troviamo l'utilizzo di tecniche che nella CBT risultano strettamente correlate alla scomparsa del sintomo quali ad esempio la *“Prevenzione della risposta”*, utilizzata ad esempio durante il momento della compulsione.

La Psicoterapia Psicodrammatica invece dopo aver favorito una presa di consapevolezza interna da parte della persona, offre e invita la persona ad una risposta più spontanea e creativa rispetto alla situazione temuta andando oltre la tecnica.

Così come la tecnica dello *“Stop del pensiero”*, nello Psicodramma al massimo può essere diretto dal Direttore stimolando l'azione sulla scena anziché il pensiero, ma non assegnata come indicazione da ripetere mentalmente come compito per casa, come avviene nella CBT.

Mentre per esempio possiamo ritrovare il *“Capire i significati personali tipici”* o le *“Associazioni guidate e scoperte”* della CBT nelle locuzioni del terapeuta psicodrammatista usate in forma di doppio, evitando quindi il dialogo con il paziente, incoraggiandolo a dare voce, dicendo ad esempio: *“Nel senso che...”* *“E per me questo significa...”* ricevendo chiarimenti su termini usati o per approfondire il significato soggettivo di certi discorsi, il tutto evitando il botta e risposta, anche con il terapeuta stesso.

Inoltre si può considerare come gli obiettivi delle micro-tecniche della CBT come l'*“Analisi delle evidenze e dei dati”* (fornire le evidenze che sorreggono le proprie credenze); la *“Riattribuzione”* (delle cause degli eventi); l'*“Esaminare le opzioni e le alternative”* e il *“Decatastrofizzare”* nella Psicoterapia Psicodrammatica siano comunque efficacemente raggiunti.

Infatti, come visto anche poco sopra, la metodologia psicodrammatica si può avvalere per il raggiungimento di questi obiettivi della tecnica dell'inversione di ruolo (con un altro significativo e l'attivazione della funzione mentale io-attore, io-osservatore), oppure, utilizzando la relazione con i compagni di gruppo, della tecnica dello specchio; o ancora per esempio della tecnica del *“consulto”* (proposto una volta che il gruppo sia coeso e quindi sentito come un vero e proprio mondo ausiliario) che può notevolmente ridimensionare e condizionare le convinzioni della persona. Inoltre è interessante notare come l'utilizzo della scena teatrale faccia prendere corpo simbolico anche ad azioni che nella CBT risultano essere piuttosto schematiche, come l'*“Analizzare vantaggi e svantaggi”*.

Il terapeuta della CBT chiede di fare una lista al paziente dei vantaggi e degli svantaggi riguardo al mantenere o cambiare alcune credenze o comportamenti, il Direttore di psicodramma, nel caso lo ritenga opportuno, può far sì che gli elementi di vantaggio e di svantaggio siano simbolizzati sulla scena, dando una resa spaziale e fisica delle cose.

Questo favorisce la presa di consapevolezza e anche il raggiungimento dell'eventuale obiettivo che si pone la tecnica della CBT del "*Modificare gli svantaggi in vantaggi*", che potrebbe essere raggiunto in scena modificando la disposizione degli elementi, dopo un lavoro in inversione di ruolo con gli stessi.

Anche la "*Graduazione*" utilizzata nella CBT per lavorare su visioni dicotomiche "bianco o nero", "tutto o niente", dove si pongono le cose su un continuum per aiutare a graduare il livello di una convinzione o di una emozione, nella Psicoterapia Psicodrammatica può chiaramente essere proposta come una rappresentazione scenica e vissuta.

La persona spostandosi su un continuum creato sulla scena può incarnare le diverse graduazioni, sentendo i cambiamenti di stato; e il vivere questa esperienza può favorire già una ristrutturazione interna.

Nella rappresentazione scenica inoltre si trova in maniera automatica ciò che nella CBT si chiama "*Etichettare le distorsioni*".

Ciò che avviene sulla scena infatti, più che dare un'etichetta, è dare proprio forma, corpo, un contenitore a ciò che per esempio spaventa; e il che come sappiamo è già di per sé un modo per portare a una maggiore integrazione dei vissuti e una migliore gestione degli stessi.

Così come è automaticamente presente metodologicamente l'"*Esternalizzazione di voci e pensieri*" che può avvenire attraverso i compagni di gruppo che ripetono i contenuti del protagonista, o attraverso i doppi del Direttore e dei compagni.

Va anche ricordato che questo dare voce, attraverso i doppi, può essere anche fatto apertamente in contrasto con il sentire della persona, e questa possibilità è collegata alla micro-tecnica della "*Dissonanza cognitiva*" che può anche avvenire tramite la

conduzione del Direttore, nel momento in cui richiede alla persona di portare appositamente elementi di conflitto perché siano affrontati.

Mentre per il raggiungimento dell'obiettivo della micro-tecnica "*Paradossi ed esagerazioni*" si possono ritrovare nello psicodramma l'utilizzo di controruoli, del doppio, ma anche l'uso corale del gruppo che guidato dal Direttore, può fare da cassa di risonanza attraverso la tecnica dell'amplificazione, che amplifica appunto i contenuti della persona in una direzione anziché in un'altra.

Inoltre le micro-tecniche quali il "*Fantasticare le conseguenze*", la "*Sostituzione di immagini*" e l'"*Esposizione*" (che è una delle procedure tecniche più usate in assoluto nella CBT anche perché l'efficacia di quest'ultima è stata comprovata come altamente positiva, tanto che tale tecnica è confrontata con altri pacchetti terapeutici molto complessi, o anche con altre psicoterapie di orientamento diverso); sono già inserite nella metodologia psicodrammatica.

Infatti essa prevede, per quanto riguarda il "*Fantasticare le conseguenze*", la messa in scena di scenari ipotetici, anche del futuro.

Per la "*Sostituzione di immagini*", essa prevede la messa in scena di situazioni del desiderio o comunque positive, per attivare le energie della persona e la possibilità di riuscita in situazioni avvertite come sfavorevoli o problematiche o sfidanti (per esempio con gli atleti si può mettere in scena il raggiungimento dell'obiettivo).

Invece come già visto la micro-tecnica dell'"*Esposizione*" ad un evento temuto è chiaramente già connotata con la rappresentazione scenica dello stesso, con il vantaggio per la persona di avere a disposizione il gruppo, vissuto come mondo ausiliario, e ciò può favorire così l'integrazione dell'esperienza e renderla più metabolizzabile e affrontabile in maniera differente.

Infine parlando della "*Ristrutturazione cognitiva*" è utile tenere conto del fatto che esistono diversi tipi di memoria e che la metodologia psicodrammatica possa chiamarli in causa tutti.

Endel Tulving psicologo e neuroscienziato, distingue infatti tra memoria semantica, episodica e procedurale e pone come principale elemento di differenziazione tra i tre sistemi (oltre al tipo di informazioni immagazzinate), il livello di consapevolezza

che accompagna le memorie stesse: la memoria procedurale infatti non è accompagnata da alcuna consapevolezza e riguarda l'apprendimento di abilità motorie e cognitive, come suonare il pianoforte o andare in bicicletta, la memoria semantica invece, è costituita da rappresentazioni consapevoli delle proprie conoscenze, mentre la memoria episodica è l'unica che permette di risperimentare in maniera consapevole il proprio passato, ovvero la consapevolezza della propria identità e della propria esistenza in un tempo soggettivo che si estende dal passato, attraverso il presente, al futuro.

Mentre la memoria autobiografica viene spesso in parte sovrapposta con quella episodica .

Ricordiamo che uno dei fenomeni più frequentemente rinvenuti nei disturbi psicopatologici è appunto la dissociazione tra ricordi semantici ed episodici.

Quindi è interessante sottolineare che nella sessione di psicodramma, la memoria semantica, ovvero le informazioni episodiche deprivate dalle coordinate spazio-temporali, la conoscenza generale sul mondo e sulle relazioni, e la memoria episodica, che immagazzina informazioni situazionali, riguardanti eventi specifici in relazioni a particolari eventi di vita, vengano messe a confronto.

Infatti grazie all'alternarsi dei lavori di gruppo in cui la persona può esporre le proprie credenze e conoscenze sulla sua vita, sulle persone, e sulle sue relazioni, e della messa in scena di episodi della propria vita essa ha la possibilità di avere un confronto diretto tra questi due tipi di memoria, che come è stato detto in precedenza, sono molto spesso dissociati e con contenuti discordanti in caso di psicopatologia o di vissuti traumatici.

Quindi questo confronto può attivare un nuovo stato di consapevolezza e portare a un'integrazione più coerente dei contenuti della persona.

Inoltre bisogna anche ricordare che con la possibilità della messa in scena di situazioni future, in cui la persona viene proiettata nella scena futura e *diventa* "se stessa del futuro", la memoria, che come sappiamo ha la funzione di permettere di trarre vantaggio dall'esperienza, può favorire notevolmente l'avverarsi degli eventi desiderati.

Infatti è stato provato come anche solo visualizzare esiti positivi porti a un netto aumento delle probabilità che questi si verifichino, e questo perché molti degli stessi circuiti cerebrali impiegati per la memoria del passato sono sovrapponibili a quelli utilizzati quando si immagina il futuro.

Quindi è come se si costruissero delle memorie degli avvenimenti che vorremmo che accadessero in futuro, che guidano poi nella costruzione del presente, e portano agli esiti immaginati.

Concludendo, si può dire quindi che nella Psicoterapia Psicodrammatica, in un certo senso, avviene quell'incontro auspicabile a cui si accennava in precedenza, tra la visione sistemica che integra la visione riduzionista e se ne avvale; nella quale il sintomo viene appunto superato per raggiungere un più ampio obiettivo di cura della persona, che punta alla connessione tra le parti e all'integrazione dei sistemi, e quindi a una crescita della stessa e al raggiungimento di una coscienza sempre maggiore, proprio perché vede la salute collegata a una espressione sempre più spontanea e armoniosa dell'uomo che lo collega a tutto ciò che lo circonda.

## **CAPITOLO 5**

### **5.1 LA CURA DELLA PERSONA NELLA PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA IN RIFERIMENTO ALL'ESPERIENZA DI CO- CONDUZIONE DI UN GRUPPO DI PAZIENTI POST-BARIATRICI**

In questo capitolo vorrei mostrare come l'orientamento della Psicoterapia Psicodrammatica abbia orientato, già nella progettazione di un gruppo, il lavoro terapeutico rivolto alla cura delle persone.

Io e la Dott.ssa Marta Murtas abbiamo infatti presentato in Asl presso il servizio per i disturbi alimentari di via Leoncavallo 2, a Torino, il seguente progetto, indirizzato a persone che avevano tutte sostenuto un intervento bariatrico. Il progetto prevedeva un primo gruppo pilota di 12 incontri, che è partito a novembre 2018 ed è stato poi proseguito fino a fine giugno 2019. Il gruppo composto da pazienti di età dai 45 ai 60 anni, era all'inizio formato da quattro donne, di cui le pazienti J e M con diagnosi di disturbo alimentare BED (Binge Eating Disorder), le pazienti C e R con una storia di disturbo alimentare BED pregressa ma ormai non più presente e un uomo seguito come sostegno post-intervento, il paziente H. Dopo la fine del gruppo pilota, le pazienti R, M e J, in tempi diversi, hanno trovato lavoro, quindi sono state costrette a lasciare il gruppo. C'è stato poi solo un inserimento poco prima della fine degli incontri infatti è stata inserita la paziente E, che ha partecipato solo a tre sessioni con la prospettiva di poter poi riprendere dopo la pausa estiva. Ai pazienti del gruppo pilota sono stati somministrati il test EDI-2 (per i disturbi alimentari) e MMPI-2, entrambi solo una volta prima dell'inizio degli incontri e i test CORE, SAI-R e PRO.SPERA all'inizio e alla fine dei 12 incontri. Questi ultimi pur non avendo dato risultati significativi, hanno mostrato comunque dei miglioramenti per i singoli item già dopo i primi 12 incontri (ma i risultati non saranno discussi in questa sede).

Di seguito il progetto presentato per il gruppo pilota:

### ***Progetto DCA***

#### **NON DI SOLO PANE VIVE L'UOMO**

#### **Gruppo di Psicodramma Classico Moreniano con pazienti post-bariatrici e BED**

### **Introduzione**

Il titolo di questo progetto: *“Non di solo pane vive l'uomo”* si riferisce allo spazio occupato dal cibo nella vita dei pazienti BED (e non solo) e alla funzione compensatoria che esso assolve.

Il cibo compensa infatti diversi aspetti carenti o disfunzionali nella vita di queste persone, soprattutto: emotività, relazioni e autostima.

Abbiamo quindi scelto come strumento terapeutico il gruppo e nello specifico un gruppo condotto con Psicodramma Classico Moreniano.

Infatti credo che esso si configuri come estremamente adatto per questo tipo di aspetti, legati a tale patologia e non, grazie alla struttura che questo metodo fornisce, nella gestione delle dinamiche di gruppo.

Esso si conforma proprio come una “palestra” dove ci si può allenare: alle buone relazioni, alla rottura di copioni; all'espressione, comprensione e gestione delle proprie emozioni; all'uso del corpo in maniera consapevole, garantendo il rispetto della verità soggettiva di ciascuno. Tutto ciò consente ad ogni partecipante di sentirsi parte di un processo di cura in cui è aiutato dai membri del gruppo e allo stesso tempo può essere un elemento terapeutico per gli altri.

### **Definizione e analisi del contesto e della problematica**

Il gruppo si è svolto presso il Centro Diurno di via Leoncavallo 2, Torino, servizio per i DCA, ed era rivolto a pazienti post-bariatrici con e senza patologia BED.

Va ricordato che il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, o Binge Eating Disorder (BED) nel 2013 è stato riconosciuto come categoria diagnostica distinta anche dalla 5° Edizione del DSM (DSM-5).

Le persone che soffrono di questo disturbo si abbuffano, ma non usano in modo regolare comportamenti compensatori, non seguono una dieta e tendono a mangiare in eccesso anche al di fuori delle abbuffate e ciò spiega perché nella maggior parte dei casi sia presente una condizione di sovrappeso o di obesità. In molti casi è tuttavia presente un'eccessiva importanza attribuita al peso e alle forme corporee.

Dal punto di vista psicologico le persone sono spesso depresse o stressate a causa del problema alimentare, (o presentano depressione latente a causa dei loro vissuti) e possono presentare isolamento sociale poiché si vergognano del proprio stile alimentare o per il fatto di essere in condizione di sovrappeso o di obesità.

Ci sono aspetti di personalità che si riscontrano nei pazienti affetti da disturbo

dell'alimentazione, che sono più esposti di altri a sviluppare questo disturbo come: uno scarso concetto di sé (bassa autostima), scarsa fiducia in sé, scarsa consapevolezza delle proprie emozioni, eccesso di perfezionismo, tendenza ad estremizzare le cose, cioè "vedere tutto bianco o tutto nero"; assenza di mezze misure, manifestazione di comportamenti impulsivi o comportamenti ossessivi, tendenza ad attribuire importanza eccessiva al peso ed alla forma del proprio corpo.

I pazienti BED inoltre presentano sentimenti problematici spesso repressi, tra cui; bisogno di approvazione, paura del giudizio degli altri, sentirsi fuori posto, sentimenti di solitudine ed isolamento, difficoltà a fidarsi degli altri e a credere nelle relazioni.

Altri fattori legati a questa patologia sono l'incapacità di saper disporre dei limiti sani per se stessi e per gli altri e l'instaurarsi molto spesso di una dinamica passivo-aggressiva.

### **DESTINATARI DELL'INTERVENTO**

**Diretti:** Pazienti post-bariatrici con diagnosi di BED e non, in carico al Centro Diurno di via Leoncavallo 2, Torino, servizio per i DCA.

### **OBIETTIVI GENERALI**

- 1) *Incrementare la capacità di dar voce a vissuti propri e altrui (funzione mentale di doppio)*
- 2) *Incrementare empatia (funzione mentale di decentramento)*
- 3) *Migliorare la capacità di integrare punti di vista differenti (funzione mentale di specchio)*
- 4) *Migliorare i livelli di spontaneità e creatività*
- 5) *Migliorare l'integrazione corpo-mente*

### **OBIETTIVI SPECIFICI**

- 1) *Migliorare la consapevolezza del bisogno di rispettare i propri limiti e di far rispettare i propri limiti*
- 2) *Aumentare l'autolegittimazione dell'espressione personale e l'indipendenza*
- 3) *Migliorare la qualità delle relazioni del gruppo*
- 4) *Migliorare la consapevolezza emotiva e le sensazioni corporee associate*
- 5) *Migliorare la consapevolezza delle proprie risorse*

### **Fasi realizzazione**

- È un gruppo a termine: sono previsti 12 incontri, una volta a settimana della durata di un'ora e mezza ciascuno.

### **Risorse**

- Spazio: stanza del Centro Diurno di via Leoncavallo 2.
- Altre: da recuperare in itinere a seconda delle attività.

### **Valutazione**

Ex ante:

- Colloqui individuali di anamnesi e screening per la formazione del gruppo
- Somministrazione test per la valutazione del fattore S/C
- Sociometria

In itinere:

- Osservazioni delle interazioni e del processo grupppale/individuale
- Sociometria

Ex post:

- Valutazione con metodi attivi durante le ultime due sessioni riguardo alle conquiste acquisite grazie all'esperienza di gruppo
- Colloqui individuali, e sondaggio dei consensi per continuare con un nuovo progetto di gruppo più a lungo termine
- Sociometria
- Somministrazione test per la valutazione del fattore S/C

Il progetto è stato elaborato tenendo conto delle contingenze, infatti tutti avevano subito un intervento bariatrico, ma rispetto alla patologia BED, due pazienti avevano ancora la diagnosi e due l'avevano avuta in precedenza, ma non nel momento attuale. Il nostro intervento non si è focalizzato solo sulla sintomatologia, cioè sull'abbuffata compulsiva e la condotta alimentare in sé, ma sulla cura della persona nel suo insieme.

Questa è una cosa abbastanza inedita per quanto riguarda quel servizio per i DCA nello specifico e anche per come di solito vengono impostati i gruppi con i disturbi alimentari in generale, ovvero tendendo a raggruppare le persone per diagnosi.

Ma come si può vedere dal progetto, abbiamo impostato il lavoro seguendo l'ottica psicodrammatica, e quindi con l'obiettivo di favorire un'attivazione delle risorse, aiutando le persone a contattare i diversi aspetti di sé (mentale, emotivo, corporeo, relazionale) ripristinando la relazione, con il mondo interno ed esterno, per permettere in seguito anche di poter affrontare i propri vissuti traumatici; quindi lavorando su tutti gli aspetti carenti che poi contribuiscono fortemente all'instaurarsi e al mantenersi della sintomatologia.

In sintesi l'idea è stata di lavorare sulle cause, sul benessere complessivo e non sulla scomparsa del sintomo.

Ciò che io e la Dott.ssa Murtas abbiamo riscontrato come la composizione di un gruppo eterogeneo rispetto alla diagnosi (pazienti con diagnosi BED e non) si sia rivelata come un fattore di grande importanza. Infatti per i motivi illustrati nei capitoli precedenti, in questo caso i pazienti con un funzionamento più sano e una strutturazione migliore sono stati un modello e uno stimolo rispetto agli altri, conformandosi come parte di un mondo ausiliario presente dentro alle persone.

In particolare c'è da notare come una persona che è partita con problemi di dipendenza affettiva e dinamiche abusanti come nel caso della paziente Mabbia trovato la forza di rompere in poco tempo quel tipo di schema e di trovare un lavoro che la rendesse il più possibile autosufficiente.

Come pure il caso della paziente J che sulla spinta del gruppo, partendo da una situazione di sconforto e rassegnazione rispetto al lavoro, si è fortemente attivata alla ricerca di una nuova occupazione e infine l'ha trovata.

Sia io che la Dott.ssa Murtas conveniamo sul ruolo fondamentale che è stato giocato dal paziente H, che ha saputo assumere il ruolo di un modello maschile sano e accidentato, in opposizione ai vissuti pregressi di quasi tutte le pazienti. Nello specifico ha portato nel gruppo l'esperienza di un rapporto sano e amorevole con la propria compagna, che ha favorito l'integrazione dell'idea di un altro tipo di maschile; ad esempio, la paziente J in una sessione ha detto espressamente (in linea con una estremizzazione dei vissuti): *“tutti gli uomini sono stronzi e mi stanno sul c\*\*\*\*, a*

*parte te H*". La paziente M invece ha raccontato come il dono (nella finzione scenica) di un oggetto da parte del paziente H, abbia dato il via alla sua presa di coraggio per apportare i significativi cambiamenti alla sua vita che sono stati descritti prima. E di contro lo stesso paziente H facilitato dal fatto di non avere una diagnosi BED, ha perso più di 70 kg nel giro di 7 mesi (su due metri di altezza). Il gruppo gli ha dato la possibilità e lo stimolo tramite le compagne per parlare delle proprie emozioni e i propri vissuti negativi; cosa che all'inizio era assolutamente impossibilitato a fare.

Rispetto all'importanza dell'eterogeneità per diagnosi in un gruppo contenitivo come quello psicodrammatico io e la mia collega abbiamo notato anche come, per esempio gli attacchi verbali della paziente J alle persone che presentavano una fisicità più sana, siano andati smorzandosi con scambi più affettuosi, soprattutto con la paziente C che ormai era assolutamente normopeso.

Un'attenzione particolare poi è stata posta al lavoro con il corpo, al quale si è arrivati molto gradatamente.

Una prima attivazione è stata fatta nel primo incontro riportando le sensazioni corporee derivate dalla descrizione visiva e sensoriale dei posti geografici in cui le persone avevano vissuto in tutto l'arco della loro vita.

Una sorta di riscaldamento all'attivazione dei vissuti corporei, nel pieno rispetto delle difficoltà presenti in queste persone. Questo perché la condizione clinica viene inserita e considerata dalla Psicoterapia Psicodrammatica e sempre calibrata sugli obiettivi generali di benessere e le reali possibilità delle persone.

Per quanto riguarda il favorire la consapevolezza emotiva, la paziente C rappresenta un ottimo esempio di come questo processo sia stato favorito dalla Psicoterapia Psicodrammatica.

All'inizio C manifestava generalmente una sola emozione, ovvero la rabbia, in chiave aggressiva e difensiva. Poi grazie alle interazioni con il gruppo, e a lavori specifici nell'incarnare le emozioni, è riuscita a riconoscere tutta una gamma di emozioni e di sentimenti presenti in se stessa, che l'hanno portata per esempio a prendersi carico del suo stato di malessere dovuto al contesto lavorativo, e a chiedere un

trasferimento.

La collega Marta Murtas che ad oggi segue la paziente C in individuale riporta la seguente testimonianza: *“La paziente C era arrivata al gruppo mentre stava vivendo delle forti tensioni in ambito lavorativo, con i colleghi ed in particolare con il responsabile del servizio in cui lavorava, pertanto presentava una sintomatologia di tipo ansioso e depressivo tale da richiedere una terapia farmacologica.*

*Si era presentata al primo colloquio conoscitivo e di somministrazione dei test un po' scettica, dichiarando di aver accolto la proposta in quanto arrivata dalla psicologa del servizio dalla quale era seguita e per la quale nutriva una profonda stima. Anche al gruppo stesso si presenta in modo apparentemente sicuro, reattivo, talvolta un po' sfidante. Si racconta ai compagni come una persona che ha problemi con la collera e si mette in gioco sia come paziente che come risorsa per gli altri. Durante il percorso è riuscita presto ad entrare in relazione con gli altri e a prendere confidenza con alcuni aspetti di sé che vive come spigolosi. Dalla psicologa che la seguiva in individuale ci viene rimandato che nello stesso periodo di partecipazione al gruppo C ha avuto difficoltà nella gestione delle sue emozioni ma contemporaneamente ha incominciato ad avere dei movimenti di autonomia ed individuazione tali per cui, a chiusura dei 12 incontri, ha richiesto il trasferimento a lavoro che le è stato concesso. Ad oggi, che continuo a seguire la paziente C in individuale presso il servizio DCA, è stato interessante riprendere le fila di quanto ha vissuto durante il percorso di gruppo. Primo fra tutti la paziente riporta di quel periodo, il fatto di aver sperimentato modi nuovi di connettersi con le sue emozioni, tanto da riuscire a distinguere ad esempio la tristezza dalla rabbia e di come questo le abbia poi consentito di imparare ad utilizzare quest'ultima come motore di cambiamento. È attualmente impegnata in un processo di individuazione, soprattutto per quanto riguarda il rapporto con la mamma, figura per lei molto importante. Consapevolezza che C fa risalire al momento in cui, durante un lavoro con il genodramma, è stata chiamata dal protagonista a rivestire i panni della madre di quest'ultimo. È in questo momento che C, che non ha avuto figli e che affermava di non sentire il suo lato materno, si sarebbe chiesta per la prima volta in*

*che modo potesse svilupparlo. A maggio 2020 ha cominciato a riportare in seduta il desiderio di diventare madre di sé stessa.”*

Infine i lavori gruppali con la tecnica dello specchio e del doppio hanno favorito una forte intesa e affettività da parte di tutti, quindi non solo tra i membri del gruppo ma anche tra loro, me e la mia collega.

Questo ha dato la possibilità di sentire le relazioni come forma di sostegno reale, e il riconoscere le proprie capacità per apportare poi cambiamenti concreti, nella quotidianità.

L'excurus di questa esperienza pratica di co-conduzione evidenzia come sia stato importante e forse necessario migliorare il benessere complessivo degli individui come base e obiettivo generale dell'intervento. Perché, come abbiamo rilevato, ciò mette poi in grado la persona di affrontare i più specifici vissuti traumatici che attivano la sintomatologia, sfruttando la propria forza vitale creativa e il contesto relazionale.

## CONCLUSIONI

Platone in un dialogo con l'amico Carmide dice: *“Non dovresti curare gli occhi senza curare la testa o la testa senza curare il corpo. Così anche non dovresti curare il corpo senza curare l'anima. Questo è il motivo per cui la cura di molte malattie è sconosciuta ai medici, perché sono ignoranti nei confronti del Tutto che anch'esso dovrebbe essere studiato, dal momento che una parte specifica del corpo non potrà star bene a meno che non stia bene il Tutto”*.

La visione così detta sistemica che come abbiamo visto è presente in diverse forme lungo tutta la storia della medicina, per curare una persona tiene conto della complessità, puntando al benessere della stessa piuttosto che all'assenza di malattia, quindi non alla soppressione del sintomo ma al raggiungimento di un stato di salute visto come un sempre nuovo equilibrio dinamico. Ciò che ho voluto mostrare in questa tesi è come la visione sistemica e alcuni dei più importanti principi dei modelli di medicina con questo indirizzo siano presenti già nei fondamenti teorici della Psicoterapia Psicodrammatica, che si configura infatti come una metodologia che va oltre il sintomo e punta al benessere della persona. Come illustrato in questa tesi, si ritrova il fattore vitale, nella spontaneità e creatività, vista come forza cosmica che agisce all'interno delle persone e permea tutto l'esistente, la quale trova il suo spontaneo fluire per il mantenimento e ripristino della salute. Così come nella teoria del ruolo si è visto come quest'ultimo sia per Moreno l'elemento fondante dell'io, inquadrando così il sintomo in ottica relazionale, non come espressione del malessere del singolo ma di un sistema che induce disagio. La teoria del tele esprime poi le relazioni nei termini di empatia reciproca, che se presente è in grado di creare relazioni d'incontro che costituiscono sistemi di co-conscio e co-inconscio tra le persone, a sottolineare la continuità tra la persona e l'ambiente circostante, cosa anche dimostrata scientificamente dalla teoria dei neuroni specchio, che dimostra come l'altro si configuri come parte della persona andando oltre il sintomo e restituendo completezza all'essere umano. Inoltre ho voluto portare una riflessione su come la rappresentazione scenica utilizzata dalla Psicoterapia Psicodrammatica possa aiutare a ricostituire le connessioni tra mondo interno ed esterno della

persona aiutandola a prendersi cura del “Tutto” che risiede dentro di noi, vedendo quindi il sintomo come una possibilità di crescita e di espansione della propria coscienza, nei confronti dell'altro e del mondo intero. Infine, partendo dal modello clinico attuale, grazie al confronto con la terapia Cognitivo-Comportamentale, ho cercato di mostrare quanto la Psicoterapia Psicodrammatica possa chiaramente essere altrettanto valida, se non di più per certi aspetti, data la sua impostazione sistemica, rispetto al processo di cura della persona. Impostazione che tiene conto della complessità, con il coinvolgimento del corpo e l'utilizzo del gruppo che portano a favorire una maggiore integrazione dei vissuti, inquadrando le singole tecniche in un quadro più ampio di benessere della persona che è visto come strettamente connesso con tutto ciò che la circonda.

Concludo da Direttrice di psicodramma sottolineando come i nessi e le riflessioni emerse siano state un'esperienza creativa e spontanea, che ha attivato il mio interesse e mi ha portato molta gioia perché mi ha permesso di focalizzare più profondamente gli aspetti teorici della Psicoterapia Psicodrammatica connettendoli alla medicina orientale e alle diverse dimensioni della vita facendomi crescere in primis come persona e poi come psicoterapeuta.

## BIBLIOGRAFIA

Allen F., *DSM-5 is a guide, not a bible: simply ignore its 10 worst changes*, Huffington Post, 2012

Arciero G., *Sulle tracce di sè*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006

A.A.V.V., *Il dolore e la medicina. Alla ricerca di senso e di cure*, Firenze, Società Editrice Fiorentina, 2005

Bandura A., *L'autoefficacia*, Erickson, Trento, 1996

Bellavite P., Semizzi M., Musso P., Ortolani R., Andrioli G., *Medicina ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all'integrazione?* Medicina e Morale, 2001

Bellavite P., *La Complessità in Medicina. Fondamenti di un approccio sistemico-dinamico alla salute, alla patologia e alle terapie integrate*, Milano, Tecniche nuove, 2009

Bellavite P., Andrighetto G. C., Zatti M., *Omeostasi, Complessità e Caos. Un'introduzione*, Milano, Franco Angeli, 1995

Bellavite P., *Biodinamica. Basi fisiopatologiche e tracce di metodo per una medicina integrata*, Milano, Tecniche Nuove, 1998

Bellavite P., *Fisiopatologia dei sistemi complessi*, Verona, Edizioni Il Sentiero, 2004.

Bellavite P., *Medicine: therapeutic art and experimental science*, Journal of the Medicine and the Person, 2006; 4:157-162

Besedovsky H. O. et al., *Lymphokine-containing supernatants from con A-stimulated cells increase corticosterone blood levels*, J Immunol, 1981, 126:385-387  
Besedovsky H. O. et al., *Immunoregulatory feedback between interleukin-1 and*

*glucocorticoid hormones*, Science, 1986, 233: 652-654

Boria G., *Psicoterapia Psicodrammatica. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti*, Milano, Franco Angeli, 2011

Boria, G., Muzzarelli, F., *L'Intervento Psicodrammatico. Il metodo moreniano dal gruppo al trattamento individuale*. Edizioni FS, Milano, 2018

Bottaccioli F. e Bottaccioli A.G., *PsicoNeuroEndocrinoImmunologia e scienza della cura integrata*, Milano, Edizioni Edra, 2017

Capra F., Luisi P. L., *Vita e natura. Una visione sistemica*, Aboca Edizioni, 2014

Carabotti M. et al., *The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems*, Annals of Gastroenterology, 2015, 28(2): 203–209

De Leonardis P., *Lo scarto del cavallo. Lo psicodramma come intervento sui piccoli gruppi*, Milano, Franco Angeli, 2005

Dell'Erba G. L., *La dinamica della AutoImmagine: uno studio sulla valutazione di sé*, Psychopathologia. Vol.XI, N.5, Settembre-Ottobre, 1993

Dell'Erba G. L., *Le Emozioni di Base nella Rappresentazione Linguistico-Lessicale*, in G. Quarta (a cura di) *Emozioni e Civiltà* Milella Lecce, 1996

Dell'Erba G. L., *La valutazione della Psicoterapia*. Psicoterapie, 1997

Dell'Erba G. L., *Il trattamento psicologico breve nel Disturbo da Attacchi di Panico*, In *Appunti di Psicologia* www.caen.it by Manai S., 1997

De Silvestri, *I fondamenti teorici e clinici della terapia razionale emotiva*, Astrolabio, Roma, 1981

Engel G. L., *The need for a new medical model. A challenge for biomedicine*, Science,

1977, 196:129-136

Engel G.L., *The Biopsychosocial Model and the education of health professionals*, Annals of the New York Academy of Sciences, 1978, 310: 169-181

Fromm E., *Fuga dalla libertà*, Mondadori, ed. 1994

Guntrip H. J. S., *Teoria psicoanalitica della relazione d'oggetto*, Milano, Etas libri, 1975

Hahnemann CFS, *Über die Kraft kleiner Gaben der Arzneien überhaupt un der Belladonna insbesondere*, Hufeland's Journal 1801; 13:153-(citato in Boyd, ref. 52).

Hahnemann CFS, *Organon of Medicine*, Edited from the 5th and 6th edition by Joseph Reves. Haifa., Homeopress Ltd (ed.1994), 1842

Hahnemann CFS, *Ueber die Werth der Spekulativen Arzneisysteme*, Allg Arzn d Deut 1808; 263:(citato in Boyd, ref. 52).

Hawkes N. *Systematic review finds no benefits to population screening for dementia*, *BMJ*, 2013

Iannaccone E., Farinelli L., Paleari L., *Medicina Ayurvedica*; in: Bellavite P, Conforti A, Lechi A, Menestrina F, Pomari S, (eds): *Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*, Milano, Utet, Periodici Scientifici, 2000

Idegarda di Bingen: *Liber divinatorum operum - Il Libro delle Opere divine*, Milano, Mondadori, 2003

Idegarda di Bingen: *Scivias - Il nuovo cielo e la nuova terra*, Roma, Libreria Editrice Vaticana, 2002

Jung C. G., *Il Libro Rosso*, Bollati Boringhieri, 2010

Jung C. G., *Simboli e interpretazione dei sogni*, Bollati Boringhieri, 2015

Lazzari D., *La depressione nel programma ICS*, Pnereview, 2013, 1: 4-13

Le Couteur D.G., Doust J., Creasey H., Brayne C., *Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis. BMJ* 2013

Leichsenring, F., Steinert, C., *Is Cognitive Behavioral Therapy the Gold Standard for Psychotherapy?: The Need for Plurality in Treatment and Research. Jama*, 2017

Lin J., O'Connor E., Rossom R., Perdue L., Eckstrom E., *Screening for cognitive impairment in older adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med* 2013

Mc Ewen B., *Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators, Eur J Pharmacol*, 2008, 583(2-3): 174-85

Mc Ewen B. et al., *Mechanisms of stress in the brain, Nat Neurosci* 2015, 18: 1353-1363

McEwen B., *Allostasis and the epigenetics of brain and body health over the life course: the brain on stress, Jama doi:10.1001/jamapsychiatry. 2017*

Moreno, J. L., *Il teatro della spontaneità*, Nuova Guaraldi, Firenze, 1980

Moreno, J. L., *Manuale di psicodramma – il teatro come terapia. Astrolabio, Roma, 1985*

Moreno, J.L., *The Role Concept: a Bridge Between Psychiatry and Psychology. In: American Journal of Psychiatry, 1961*

Moreno, J. L., *Who Shall Survive?*, Beacon House, New York, 1953

Patwardhan B., Warude D., Pushpangadan P., Bhatt N.: *Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview*. Evid Based Complement Alternat Med 2005; 2(4):465-473

Ruggiero, G.M., *Terapia cognitiva. Una storia critica*, Raffaello Cortina Editore, 2011

Sassaroli, Ruggiero, *Il colloquio in psicoterapia cognitiva*, Raffaello Cortina Editore, 2013

Schwartz G.E., *Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine?*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1982, 50(6): 1040-1053

Seley H., *Stress without distress*, Philadelphia, 1974

Semerari, A., *Storia e tecniche di psicoterapia cognitiva*, Roma, Laterza, 2000

Winnicott D. W., *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1986

## **RINGRAZIAMENTI**

Questa tesi essendo il frutto del mio percorso formativo non può che coinvolgere tutte le persone che l'hanno reso un meraviglioso percorso di apprendimento, crescita e condivisione.

Ringrazio quindi i miei compagni di gruppo di Epg, dai primi agli ultimi, che si configurano tutti ancora come un mondo ausiliario interno che mi sostiene per quanto riguarda le conduzioni di gruppo e non solo.

Ringrazio i miei didatti, Marco Greco e Cinzia Vinciguerra, per avermi mostrato due stili di conduzione diversi e illuminanti, e per il loro sostegno umano, che è stato fondamentale in diversi momenti della mia vita.

Ringrazio Antonio Conte che ha curato oltre alla supervisione dei miei casi clinici anche quella della mia tesi, con attenzione, puntualità e la grande umanità che lo contraddistingue.

Ringrazio Gianni Boria, per la vastità delle sue conoscenze che mette a disposizione con così tanta naturalezza, e per aver reso il momento di supervisione del gruppo condotto in Asl uno dei momenti di apprendimento più belli del mio percorso.

Grazie a Chiara Pidello che pur non facendo parte del mio gruppo Epg è sempre stata una sorella nel mio cammino psicodrammatico, tanto da sentirmi di andare in tandem con lei molte volte, e per esserci sostenute a vicenda e confrontate per la stesura della tesi.

Grazie a Elena Ciampi, grande esempio di collega e di persona che mi ha aiutato a portare a termine il mio percorso, soprattutto in questa fase finale.

Ringrazio Giuseppe Macaluso mio maestro di Kung Fu che, pur non sapendolo, mi ha aiutato a focalizzare alcuni degli argomenti per me importanti nella stesura del terzo capitolo, e la pratica del Kung Fu che con il lavoro operato sulle energie interne ed esterne, e la gestione della relazione con l'"avversario", aiuta a sviluppare la consapevolezza mentale e corporea, per agire con intenzione e quindi dirigere consapevolmente la propria azione nel mondo; cosa che mi ha dato la possibilità di comprendere la metodologia psicodrammatica sotto una nuova luce e attivare

alcune delle connessioni esposte in questa tesi.

Ringrazio la mia collega Marta Murtas per l'esperienza di co-conduzione vissuta insieme in Asl, che mi ha arricchito profondamente.

Infine ci sono ancora molte persone che dovrei aggiungere a questa lista di ringraziamenti per tutto quello che mi hanno lasciato e insegnato contribuendo alla stesura di questo elaborato; come gli altri docenti della scuola o tutte le mie amicizie che mi hanno sostenuto nel mio percorso; anche se non sono citate, sono piena di gratitudine per tutto ciò che mi è stato da loro dato.