

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

SPECIALIZZANDA DOTT.SSA MARTA MURTAS

TESI DI DIPLOMA

**INCARNARSI PER DARSÌ VOCE
IL CONTRIBUTO DELLO PSICODRAMMA CLASSICO
AL TRATTAMENTO DEI
DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE**

ANNO ACCADEMICO 2022

SOMMARIO

Introduzione	3
I disturbi della nutrizione e della alimentazione	6
ANORESSIA NERVOSA	9
Criteri diagnostici dell'Anoressia Nervosa secondo il DSM-5 (APA, 2015).....	10
BULIMIA NERVOSA.....	12
Criteri diagnostici della bulimia nervosa secondo il DSM-5 (APA, 2015).....	13
DISTURBO DA BINGE EATING.....	15
Criteri diagnostici del disturbo da Binge Eating secondo il DSM-5 (APA, 2015).....	15
PICA	17
DISTURBO DA RUMINAZIONE.....	17
DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO DELL' ASSUNZIONE DI CIBO	17
Lo psicodramma classico	19
JACOB LEVI MORENO E LA NASCITA DELLO PSICODRAMMA CLASSICO	19
IL FATTORE S-C.....	21
LO SVILUPPO SECONDO MORENO: I RUOLI E IL TELE	22
IO ATTORE -IO OSSERVATORE	25
LA DIAGNOSI E GLI ELEMENTI TERAPEUTICI IN PSICODRAMMA	31
SPUNTI DALLE NEUROSCIENZE	33
Diario di bordo	36
Esperienza del corpo	39
IL CORPO VISSUTO.....	41
RIFLESSIONI NEUROSCIENTIFICHE	43
DARSI VOCE.....	45
PREMESSE	45
DESCRIZIONE DEL PROGETTO.....	46
OBIETTIVI GENERALI.....	48
1. Incrementare la capacità di dar voce a vissuti propri e altrui	48
2. Migliorare capacità di integrare punti di vista differenti.....	48

3. Aiutare l'autolegittimazione dell'espressione personale e migliorare la qualità delle relazioni del gruppo.....	48
4. Migliorare la consapevolezza delle proprie risorse attraverso le relazioni tra i membri del gruppo	49
SPECIFICHE DEL GRUPPO.....	49
TAPPE DEL PERCORSO	51
I. Conoscersi e Incontrarsi	51
II. Raccontarsi	52
III. Congedarsi.....	54
CONSIDERAZIONI DI FINE PERCORSO	56
Conclusioni	60
Riferimenti	64

INTRODUZIONE

Nel qui presente lavoro di tesi ho scelto di affrontare un tema che in questi anni di formazione mi è stato molto caro: quello dei disturbi alimentari e, in particolar modo, del contributo dello Psicodramma Classico nell'intervento di cura rivolto alle persone che ne soffrono.

In questo elaborato vorrei "mettere al centro del palcoscenico di riflessione" l'esperienza presso il Servizio DCA della ASL di Torino, sede del mio tirocinio quadriennale, sistematizzando pensieri, emozioni e apprendimenti legati a diversi contesti.

Grazie all'incontro con professionisti e pazienti, insieme agli apprendimenti teorici e metodologici del percorso formativo scelto, si è andata a comporre la mia cassetta degli attrezzi come psicologa e come psicodrammatista.

È stato un percorso complesso che mi ha coinvolta e spronata ad agire *il ruolo per il quale mi stavo riscaldando*. Chi mi conosce sa quanto, nel mio modo di avvicinarmi alle situazioni, io assuma con maggior facilità la posizione di osservatrice.

La lente di tutto il percorso è stata, appunto, quella di una psicodrammatista in erba che ha cercato di orientarsi all'interno di un contesto nuovo e istituzionale, quindi strutturato, provando a mantenere ben saldi alcuni punti di riferimento della teoria moreniana:

- il Fattore S-C;
- il Tele;
- la Teoria del Ruolo;
- la dinamica tra l'Io-attore e l'Io-osservatore;
- l'esistenza di funzioni mentali che, nonostante prendano il nome da una terminologia teatrale, sono tra le competenze psicologiche di base condivise da colleghi e colleghe dei diversi orientamenti.

Durante questi quattro anni, però, mi sono anche messa gioco impegnandomi nell'applicazione pratica e concreta di intuizioni e apprendimenti. Voglio premettere che alla base di questo "osare" c'è stato un incontro importante, quello con una collega della mia stessa scuola di psicoterapia, un anno avanti a me, preziosa compagna di viaggio e di riflessioni, la dott.ssa Valeria Zucano, senza la quale l'esperienza non sarebbe stata la stessa.

Il percorso di questa tesi seguirà il filo di ciò che è stato il mio approccio formativo al tema.

Nel primo capitolo presenterò il fenomeno così come mi è stato proposto dai colleghi dell'équipe in ASL, quella cioè della nosografia del DSM-5, secondo un'ottica descrittiva e categoriale.

Il secondo capitolo sarà proprio dedicato all'impianto Psicodrammatico, e a come esso sia stato una preziosa bussola sia negli incontri individuali che gruppalì, con pazienti, colleghi e colleghe e supervisorì. Cercherò di esplicitare quanto lo Psicodramma Classico, per il suo impianto ontologico teorico e metodologico, possa essere un valido strumento di cura per le persone, capace di innescare processi di cambiamento anche relativi alla sintomatologia, pur rimanendo un approccio olistico.

Nel terzo capitolo ho pensato di descrivere per sommi capi la mia esperienza presso il servizio sede del mio tirocinio specializzante, gli ambienti e il modus operandi dell'équipe multidisciplinare.

Comincerò offrendo la mia verità soggettiva, i miei vissuti, i timori e le insicurezze legate *in primis* alla poca esperienza in merito e al rischio di cadere in meccanismi riduzionistici, soffermandomi sul trattamento del sintomo più che sulla cura della persona. Esporrò una prospettiva maggiormente legata alla Psicopatologia Fenomenologica che in questi anni ho sentito più affine oltre che in linea con l'impianto teorico e metodologico dello Psicodramma Classico.

Tale scelta è motivata dal desiderio e dalla necessità di rendere giustizia alle storie e alle vite delle pazienti, trattandole non tanto come un insieme di unità morbose, ma come una varietà di esperienze nel rapporto con il cibo, con sé stesse, gli altri e il mondo.

Nel quarto e ultimo capitolo proverò a porre l'accento sull'impegno e lo sforzo nel cercare di continuare a orientarmi attraverso la mia bussola moreniana, e di offrire qualcosa di nuovo e utile al contesto ospitante.

In questo capitolo racconterò inoltre dell'esperienza di psicodramma online, avvenuta durante il periodo del lockdown ed esporrò alcune riflessioni cliniche, argomentate dai feedback dei e delle pazienti incontrati durante il percorso, che verranno utilizzati per nutrire di vita e di storie questa trattazione.

Il fine ultimo di questo lavoro è quello di esporre alcune riflessioni rispetto a come lo Psicodramma Classico, per i suoi cardini teorici e gli strumenti metodologici, possa

considerarsi un approccio convincente e vincente nella presa in carico di persone con diagnosi di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione senza però incappare nel riduzionismo sintomatologico.

I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELLA ALIMENTAZIONE

Ho scelto di iniziare questo lavoro con una descrizione dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione¹ così come sono descritti dalla nosografia più utilizzata nel campo psichiatrico, quella cioè del DSM-5. Questo sistema di diagnosi è infatti utilizzato presso il Servizio DCA dell'ASL di Torino, sede del mio tirocinio quadriennale di specializzazione.

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione sono caratterizzati da una persistente alterazione nel consumo del cibo che impatta in modo significativo sulla salute fisica e il funzionamento psicosociale di un individuo (APA, 2015).

Nel DSM 5 sono state definite otto etichette diagnostiche:

1. PICA
2. DISTURBO DI RUMINAZIONE
3. DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO
4. ANORESSIA NERVOSA:
 - a. Tipo con restrizioni
 - b. Tipo con abbuffate e comportamenti purgativi
5. BULIMIA NERVOSA
6. DISTURBO DA BINGE-EATING
7. DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE CON ALTRA SPECIFICAZIONE:
 - a. Anoressia nervosa atipica
 - b. Bulimia nervosa (di bassa frequenza e/o durata limitata)
 - c. Disturbo da binge-eating (di bassa frequenza e/o durata limitata)
 - d. Disturbo da condotta di eliminazione
 - e. Sindrome da alimentazione notturna
8. DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE SENZA ALTRA SPECIFICAZIONE.

È importante sottolineare come l'**obesità**, nonostante la forte associazione tra essa e le situazioni di sofferenza psichica, non sia stata inserita nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione perché considerata come la risultante di una serie di fattori comportamentali, ambientali ma anche genetici e fisiologici, nonché dovuta ad un'assunzione di calorie superiore al fabbisogno giornaliero.

¹ ex categoria DCA, Disturbi del comportamento alimentare.

Nell'osservare la molteplicità di comportamenti alimentari potremmo riferirci agli stessi immaginando di disporli lungo una linea di continuum che si estende dalla normalità alla patologia. Tra questi due poli possiamo trovare una innumerabile varietà di situazioni; non tutti coloro che sentono di avere atteggiamenti restrittivi o compulsivi rispetto al cibo hanno un vero e proprio disturbo alimentare (Hansell & Damour, 2007).

Prima di addentrarmi nella descrizione precedentemente anticipata, mi sembra importante sottolineare come i DCA si caratterizzino per una spiccata varietà sia per ciò che concerne il quadro sintomatologico che per il decorso clinico.

Rispetto ad altri quadri clinici, è perciò difficile individuare tutti i sintomi e trattarli come patologie dai confini netti, separate le une dalle altre (Spintoni & Aragona, 2019), ma soprattutto non si possono comprendere al di fuori del contesto e delle circostanze di vita delle e dei pazienti.

I DCA non si caratterizzano infatti solo per la natura delle abitudini alimentari, ma sono legate a problematiche psicopatologiche che coinvolgono i/le pazienti *“nell’interesse della loro personalità, nel loro modo di percepire e vivere sé stessi e il corpo, nel modo di strutturarsi in base allo sguardo dell’altro e di essere influenzati e di influire sulla propria trama di affetti e relazioni significative”* (Spintoni & Aragona, 2019); p.18).

Fin dall'infanzia e dall'adolescenza l'alimentazione ha un ruolo fondamentale nel percorso di crescita, rappresenta il primo rapporto che i bambini hanno con le figure di attaccamento e quindi con l'ambiente esterno. Per questo quando parliamo di comportamenti alimentari stiamo inevitabilmente parlando di come essi si rapportano con il mondo esterno e di come le persone possano imparare a utilizzare il cibo quale strumento per esprimere le proprie difficoltà emotive e di relazione.

Da un punto di vista prettamente statistico ed epidemiologico, possiamo dire che i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione vengono diagnosticati principalmente nelle società occidentali, in persone di sesso femminile. Se l'anoressia riguarda ceti sociali maggiormente elevati, la bulimia è invece riscontrabile in maniera omogenea fra tutte le classi. Le origini e le cause dei disturbi alimentari sono complesse e rimangono poco comprese. Dalla letteratura possiamo rilevare l'esistenza di:

- **fattori predisponenti individuali** (psicologici e biologici, familiari e socioculturali);
- **fattori precipitanti** (ad esempio, l'inizio di una dieta, situazioni familiari e sociali);

- **fattori cronicizzanti** (individuali o socioculturali), che vanno a favorire una cristallizzazione dei meccanismi su cui il disagio si basa e di cui si nutre.

Di seguito descriverò brevemente le categorie diagnostiche presenti nel DSM 5 (APA, 2015), così come mi sono state presentate all'inizio del mio percorso di tirocinio.

Mi soffermerò in particolar modo sulle categorie personalmente incontrate e accennerò brevemente alle altre, per delineare il panorama vario e complicato che ci si trova davanti quando si lavora con i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

In questa sede non verranno fatti esempi per evitare il rischio di generalizzare e banalizzare i vissuti soggettivi.

ANORESSIA NERVOSA

L'anoressia nervosa, dal greco **anorexia**, che significa mancanza di appetito, si caratterizza per una malnutrizione proteico energetica e per le forti restrizioni alimentari, a volte così marcate da assomigliare a un digiuno. Nonostante la radice etimologica, ciò che caratterizza l'anoressia non è tanto legato al non percepire un senso di fame, quanto ad un ossessivo desiderio di magrezza.

Le persone con anoressia sono costantemente preoccupate dal controllo del cibo e del proprio corpo, elemento che influenza il senso di autostima, fino a determinare il valore di sé, e che influisce sulle relazioni interpersonali e la capacità di godere di emozioni positive. Per raggiungere gli standard di magrezza desiderati vi è un vero e proprio stravolgimento delle abitudini alimentari, come l'eliminazione di intere classi di alimenti (carboidrati, oli e grassi, ecc.) prediligendo l'assunzione di grandi quantità di vegetali. Vengono messi in atto dei rituali di natura ossessiva, quali il conteggio delle calorie, la dilatazione temporale nel mangiare ridottissime quantità di cibo, lo sminuzzamento in piccolissime parti, l'accumulo, o la selezione di particolari metodi di cottura.

Il grave calo ponderale che si associa all'anoressia nervosa oltre ad avere effetti fisici, quali il rallentamento del metabolismo, l'ipotensione e squilibri elettrolitici, ha effetti anche psicologici. Le pazienti con anoressia nervosa spesso sono irritabili, possono avere tratti di personalità dipendenti e perfezionistici, un minore interesse sessuale e possono essere colpite da depressione e ansia. Nonostante la magrezza evidente, le persone con anoressia sono incapaci di vedersi magre, o comunque vi è un'alterazione nella percezione del proprio corpo, ed un rifiuto del cambiamento dello stesso lungo il percorso di crescita. Per quanto concerne il suo esordio, esso avviene frequentemente durante l'adolescenza o la prima età adulta, raramente inizia prima della pubertà o dopo i 40 anni ma esistono casi di esordio sia precoce sia tardivo. È possibile associarlo spesso a un evento stressante di natura traumatica o relazionale. Ci sono comunque diversi fattori di rischio:

- **temperamentali**, come la presenza di ansia e/o tratti ossessivi fin dall'infanzia;
- **ambientali**, sia familiari che sociali come il grande valore attribuito alla magrezza nella nostra società;
- **fattori genetici e fisiologici** tra cui la presenza di anomalie cerebrali, ma non è chiaro se siano precedenti o successive allo stato di malnutrizione.

All'anoressia nervosa è associato anche un alto rischio di suicidio, con tassi riportati a 12/100 mila persone ogni anno (APA,2015).

Criteria diagnostici dell'Anoressia Nervosa secondo il DSM-5 (APA, 2015)

- A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso.
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso.
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

Specificare il sottotipo:

Tipo restrittivo: durante gli ultimi tre mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo

Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: durante gli ultimi tre mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi)

Specificare il livello attuale di gravità:

Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

- Lieve: Indice di massa corporea ≥ 17 kg/m².

- Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m².
- Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m².
- Estremo: Indice di massa corporea < 15 kg/m².

BULIMIA NERVOSA

Il termine bulimia deriva dal greco **βουλιμία** «gran fame», propriamente «fame da bue». Con esso viene descritto un comportamento alimentare che alterna episodi di abbuffate a comportamenti di compensazione per evitare l'aumento di peso.

Non si tratta quindi di avere una gran fame, quanto di un'intensa sensazione di perdita di controllo che viene spesso descritta come una sorta di dipendenza simile a quella propria delle sostanze di abuso e che rende difficile la gestione del desiderio compulsivo di mangiare. Di solito, durante le abbuffate, vengono ingeriti i cibi che la persona non si concede tutti i giorni, quelli ad alto contenuto calorico di grassi, spesso senza sentirne il sapore.

Le **crisi bulimiche**² sono solitamente episodi limitati nel tempo, che possono essere più o meno frequenti nell'arco del mese, della settimana e della stessa giornata.

Anche nella bulimia è presente la preoccupazione per la tipologia di alimenti da assumere e per il peso, che determina la valutazione di sé, ed è per questo motivo che durante l'assunzione smodata di cibo alcune pazienti descrivono una sorta di stato alterato di coscienza, quasi una di disconnessione e poca presenza a se stesse a cui segue la condotta di eliminazione volta a ristabilire la sensazione di controllo perso precedentemente, ma che contemporaneamente contribuisce ad aumentare la sensazione di appetito, rinforzando il circolo. A seguito delle condotte di compensazione i pazienti esperiscono un temporaneo stato di sollievo, che svolge la funzione di una vera e propria regolazione emotiva, ma che lascia ben presto spazio a un profondo senso di angoscia e di incapacità nel regolarsi e nel controllarsi.

In termini di massa corporea, chi soffre di bulimia tende ad essere in sovrappeso o normopeso, per quanto presenti comunque gravi conseguenze sul piano fisico e psicologico: danni sull'apparato digerente e sulla dentatura legati al vomito cronico, insorgenza di alti livelli di depressione e di ansia, instabilità dell'umore, difficoltà nell'area della gestione degli impulsi, maggior rischio di incorrere in abuso di sostanze ed in diagnosi di disturbi della personalità, in particolare del disturbo borderline (Hansell, Damour, 2013).

Solitamente l'esordio della bulimia nervosa si verifica nella tarda adolescenza o prima età adulta, a seguito di un rapido dimagrimento (spesso autogestito) associato a eventi stressanti o veri e propri traumi emotivi.

² Gli episodi di abbuffata e compensazione.

Criteria diagnostici della bulimia nervosa secondo il DSM-5 (APA, 2015)

A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta a settimana per tre mesi.

D. I livelli di autostima sono inappropriatamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.

E. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Specificare il livello attuale di gravità:

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

- Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

- Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

DISTURBO DA BINGE EATING

Il Binge Eating Disorder (BED) è una condizione clinica contraddistinta da malnutrizione per eccesso. Si caratterizza per episodi di abbuffata simil bulimici non seguiti da comportamenti di compensazione. Ciò favorisce, in individui con predisposizione, lo sviluppo di obesità.

Si tratta di una diagnosi nuova nell'ambito della nosografia descrittiva, per questo motivo sono pochi gli studi capaci di argomentare circa lo sviluppo del disturbo. L'esordio viene stimato in età adolescenziale, ma non è escluso che possa insorgere anche in altri momenti di vita, quali ad esempio la tarda età adulta (APA, 2015). Rispetto ad individui con anoressia e bulimia nervosa, i pazienti BED che richiedono un trattamento sono tendenzialmente più avanti con l'età.

Il disturbo da binge eating ha conseguenze fisiologiche, quali malattie cardiovascolari, comparsa di insulino-resistenza, diabete di tipo due, patologie dell'apparato muscolo-scheletrico e altre malattie di natura infiammatoria, e psicologiche come bassa autostima, disturbi dell'umore, difficoltà nei processi di separazione e individuazione.

Criteri diagnostici del disturbo da Binge Eating secondo il DSM-5 (APA, 2015)

A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale.
2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.

3. Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati.
4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
5. Sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.

C. È presente marcato disagio riguardo alle abbuffate.

D. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per tre mesi.

E. All'abbuffata non è associata la messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Specificare il livello attuale di gravità:

- Lieve: Una media di 1-3 episodi abbuffate a settimana.
- Moderato: Una media di 4-7 episodi di abbuffate a settimana.
- Grave: Una media di 8-13 episodi di abbuffate a settimana.
- Estremo: Una media di 14 o più episodi di abbuffate a settimana.

PICA

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è l'ingestione di una o più sostanze non commestibili che risulti abbastanza grave da motivare l'attenzione clinica. Le sostanze variano a seconda dell'età dell'individuo, dal tipo di sostanze che il soggetto ha a disposizione. Si può trattare di carta, sapone, capelli, terra, gesso, vernice, talco, gomma, metallo, ecc.

L'esordio si verifica solitamente in età infantile, ma può verificarsi anche in adolescenza o nell'età adulta, soprattutto in contesti di disabilità intellettiva o disturbo mentale (APA, 2015).

DISTURBO DA RUMINAZIONE

Il disturbo da ruminazione si caratterizza per il ripetuto rigurgito del cibo (dopo aver mangiato) senza apparente nausea, vomito o disgusto, che viene poi rimasticato e nuovamente sputato e inghiottito. Si verifica in modo frequente, diverse volte a settimana, e non può essere spiegato da una condizione gastrointestinale associata o altre condizioni mediche.

Per quanto riguarda l'esordio, può essere diagnosticato durante tutto l'arco di vita ma avviene soprattutto in pazienti con disabilità intellettiva (APA, 2015).

DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO

Il disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo estende la diagnosi del DSM IV relativa ai disturbi della Nutrizione dell'Alimentazione dell'infanzia e della prima infanzia. Esso è diagnosticabile quando l'evitamento o la restrizione nell'assunzione di cibo risulta clinicamente significativa, tanto da non soddisfare i requisiti nutritivi o di apporto energetico. Deve esserci infatti un significativo deficit nutrizionale, una significativa perdita di peso, una persistente dipendenza dall'alimentazione parentale o supplementi nutrizionali orali, oppure una marcata interferenza con il funzionamento psicosociale

Questo disturbo non comprende i casi in cui la restrizione alimentare è legata alla mancanza di disponibilità di cibo, pratiche culturali, comportamenti evolutivi normali nei

bambini e negli anziani, o derivati da preoccupazioni legate al peso e al corpo.

I bambini con questo disturbo possono mostrarsi irritabili e difficili da consolare durante la nutrizione, chiusi in sé stessi e in alcuni casi l'interazione col genitore può contribuire ad esacerbare tali problemi o aggravarli.

Per quanto concerne l'esordio esso si verifica solitamente nella primissima infanzia ma può avvenire e persistere anche durante l'età adulta (APA, 2015).

Ho scelto di descrivere sinteticamente, oltre all'anoressia e alla bulimia nervosa, anche alcuni tra gli altri disturbi presenti nel DSM-5, convinta che anch'essi emergano dall'incrocio esistente tra il modo di vivere sé stessi, il proprio corpo e il cibo.

Ci sono altre condotte alimentari che, nonostante non facciano parte in modo ufficiale della nosografia psichiatrica, cominciano ad attirare un discreto interesse in ambito scientifico. Alcune di queste sono:

- la **sindrome da alimentazione notturna**, che consiste nel mangiare compulsivamente grandi quantità di cibo durante la notte;
- la **sindrome mastica e sputa**, che consiste nel mangiare cibo solitamente molto piacevole e calorico, sputandolo prima di ingerirlo;
- la **vigoressia o bigoressia**, una continua e ossessiva preoccupazione per la propria massa muscolare e la tenuta atletica del corpo;
- la **pregoressia**, tendenza delle donne in gravidanza di rifiutare il cibo;
- l'**emetofobia**, eccessiva paura dell'atto di vomitare;
- la **diabulimia**, omissione deliberata dell'assunzione di insulina in soggetti diabetici.

Questo proliferare di categorie diagnostiche apre ad un'altra riflessione, quella del rischio di concentrarsi sul contenuto del disturbo piuttosto che sulla forma generale che caratterizza i fenomeni umani che osserviamo (Petta, Valente, Sarnicola e Aragona, 2019).

LO PSICODRAMMA CLASSICO

In questo capitolo presenterò il punto di vista ontologico, teorico e metodologico che ha guidato e nutrito l'esperienza di tirocinio al Servizio DCA dell'ASL di Torino, orientandomi nell'incontro con i pazienti, nel tentativo non soltanto di fare psicodramma quanto di essere Psicodrammatista.

JACOB LEVI MORENO E LA NASCITA DELLO PSICODRAMMA CLASSICO

Ritengo necessari alcuni accenni alla biografia del padre dello psicodramma, in quanto fondamentale nel delinearci non soltanto dell'approccio teorico e metodologico, ma soprattutto nell'idea di uomo che sta alla base e rende unico questo orientamento.

Jacob Levi Moreno nacque a Bucarest (Romania) l'8 maggio del 1889 in una famiglia di ebrei sefarditi. La sua storia porta con sé le inquietudini che fecero di lui il creatore dello psicodramma, della sociometria e della psicoterapia di gruppo.

Fu il primogenito di cinque fratelli, il padre era un commerciante che si trovava spesso a stare lontano da casa e la madre, donna vitale e semplice, si trovò ben presto impegnata nella crescita di Jacob, che mostrava difficoltà di salute. Ricevette un'educazione ebraica permeata da valori cristiani da cui si sentiva attratto. Fin da piccolo aveva interiorizzato l'idea di essere destinato a qualcosa di speciale e gli scambi ludici del periodo dell'infanzia furono intrisi di tematiche religiose, che non lo abbandonarono mai anche nelle teorizzazioni future.

Con la madre aveva un rapporto di grande affetto, nel quale non mancavano però elementi di ostilità; con il padre ebbe una relazione altrettanto importante anche se molto diversa: data la lontananza dovuta al lavoro e alla fatica che egli viveva nello stare in famiglia, Moreno lo idealizzava, lo imitava e vi si identificava (Marineau, 1989).

Nel 1890 la sua famiglia si trasferì a Vienna³, città in cui crebbe dedicandosi agli studi e appassionandosi a tutte le situazioni che gli consentivano di nutrirsi dell'incontro con sé stesso e gli altri. Ne fu un esempio la frequentazione dell'Augarten, un parco dove Moreno incontrava gruppi di bambini che giocavano. Egli li osserva e raccontava loro storie;

³ Che al tempo era uno dei maggiori centri culturali in Europa.

fu a partire da quest'esperienza che si fecero largo le constatazioni circa l'importanza della spontaneità e della creatività.

Già durante gli anni universitari, l'atteggiamento di Moreno nei confronti dell'essere umano non era mosso dal desiderio di curare o analizzare il suo disagio, quanto da quello di conferire valore e dignità ai suoi vissuti e al suo stare al mondo attraverso l'incontro. Atteggiamento visibile nel suo impegno con gruppi di prostitute e di rifugiati.

Con il tempo, i suoi studi di medicina incontrarono la passione per il teatro; quest'ultimo gli apparve come il setting ideale per dare corpo ai fantasmi interni dei e delle pazienti e farli agire sulla scena, senza i limiti della realtà quotidiana.

Il primo aprile 1921, a Vienna si realizzò, per la prima volta, quello che poi venne definito il **Sociodramma**, un metodo d'azione atto al lavoro su tematiche sociali. Nacque così il **Teatro della Spontaneità**, che pose le basi per quella che possiamo definire una vera e propria rivoluzione di paradigmi rispetto al lavoro con i gruppi.

Nel 1925, per sfuggire alle discriminazioni razziali, Moreno si trasferì negli Stati Uniti, sulle rive del fiume Hudson, dove venne assunto in qualità di direttore di ricerca presso la New York State Training Schools of Girls, in cui ebbe modo di far maturare e sperimentare la **sociometria** e lo **psicodramma**.

Nel 1934 pubblicò **Who shall survive?** caposaldo delle dinamiche tra gruppi, nazioni e individui.

Nel 1936 aprì una clinica a Beacon, la prima comunità terapeutica della storia, all'interno della quale fece costruire un teatro. Fu questo un momento fecondo a cui si deve lo sviluppo della **sociatria**, la cura della società.

Stava nascendo un approccio di natura fenomenologica che non si avvicinava ad alcun modello di natura analitica (intrapsichica) o sistemico-relazionale.

Per Moreno, gli esseri umani non potevano essere compresi in modo isolato ma nella relazione, nella quale si poteva manifestare la loro vita interiore. Proprio per questo a risultare terapeutica era la relazione stessa.

I valori religiosi con cui era cresciuto lo portarono quindi a considerare l'uomo creatore col Creatore, ed ogni individuo co-creatore e co-responsabile del mondo, detentore di un potenziale che può diventare atto, grazie allo sviluppo della spontaneità e della creatività, attraverso il gruppo.

Per questo lo psicodramma ebbe fin da subito un'impronta che anticipò le posizioni

relazionali e intersoggettive di ambito psicoanalitico, collocandosi nell'intersezione della cura del singolo, in e attraverso il gruppo.

Moreno morì a Beacon nel 1974, in seguito ad una crisi cardiaca. La formazione e la diffusione dello Psicodramma Classico nel mondo continuarono anche dopo la sua morte, grazie al contributo della moglie Zerka Toeman.

Riprendere la biografia di Moreno permette di comprendere come la sua storia, la sua formazione, i suoi studi e i suoi incontri siano stati fondamentali nella messa a punto dell'impianto teorico, metodologico e ontologico psicodrammatico: l'uomo, se messo in condizioni di spontaneità, ha modo di sviluppare risorse creative e adeguate ai contesti che abita; pertanto, più che guarire, l'obiettivo terapeutico è quello di decostruire copioni relazionali cristallizzati così da spronare e sostenere l'essere umano nel realizzare le proprie potenzialità attraverso l'incontro e la relazione con l'Altro.

IL FATTORE S-C

Di seguito verranno esplorati alcuni costrutti centrali dello psicodramma classico, che saranno utili più avanti nelle considerazioni del trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

Per Moreno la **spontaneità** è lo stato mentale in cui un individuo riesce ad avere accesso alle proprie risorse, siano esse emotive, razionali o intellettive, per agire risposte adeguate alle situazioni del qui e ora (Boria & Muzzarelli, 2018).

In ambito clinico, il concetto di spontaneità è fondamentale in quanto correla con il benessere soggettivo, mentre la sua mancanza si associa a vissuti d'ansia e/o a comportamenti rigidi e stereotipici.

Con **creatività** intendeva, invece, l'atto di trovare risposte adeguate a situazioni nuove o risposte nuove a situazioni già note. Essa è ciò su cui si fonda la crescita individuale e collettiva: *“l'uomo è spontaneo quando cerca comportamenti nuovi adeguati al contesto, è creativo quando li trova”* (Boria & Muzzarelli, 2018, pag. 43).

Fin dai primi lavori, Moreno si è occupato della spontaneità e del suo rapporto con la creatività, definendo questo binomio come l'elemento che consente l'espressione viva di individui e relazioni, e che è conosciuto in ambito psicodrammatico come **fattore S-C**.

All'atto creativo consegue lo sviluppo di ciò che Moreno ha chiamato **conserva**

culturale, che a sua volta può stimolare spontaneità o cristallizzazione.

Affinché la spontaneità possa però trasformarsi in creatività è necessario un *medium*, che ne rappresenta contemporaneamente il vincolo e l'opportunità di espressione: nelle dinamiche sociali questo medium è il **Ruolo**.

La spontaneità attraverso il vincolo del ruolo può prendere la forma del ruolo creativo, mentre il vincolo fuori dalla dinamica con la spontaneità diventa cristallizzazione (Dotti, 2009).

Quella tra spontaneità e creatività è una dinamica propria di ogni persona e delle relazioni, testimonia il valore che in Moreno e nello psicodramma si dà all'uomo in quanto tale.

L'obiettivo del fattore S-C non è infatti la creazione per sé stessa ma la possibilità di condivisione e di incontro con l'altro.

Gli esseri umani sono agenti di cura gli uni per gli altri nella quotidianità, così nel gruppo di psicodramma ogni membro, con le sue risorse e le sue fragilità, è agente terapeutico per ciascun compagno.

LO SVILUPPO SECONDO MORENO: I RUOLI E IL TELE

Il fattore S-C si situa nello sviluppo infantile e della personalità. Quando viene al mondo un essere umano, è immerso in quello che Moreno chiama **Primo Universo**, vive in uno stato di indifferenziazione, co-esiste, co-agisce e co-esperisce con la figura significativa che si prende cura di lui, in quanto non autosufficiente nell'adattarsi all'ambiente e bisognoso di sviluppare le risorse necessarie per stare al mondo in modo attivo e individuato. Con termini psicodrammatici, possiamo dire che il caregiver svolge la funzione di **Io-Ausiliario**⁴. Il suo ruolo fondamentale è quello di stimolare i processi volti al liberarsi della spontaneità necessaria allo sviluppo di proto-ruoli e ruoli (Reggianini D. , 2009).

Il bambino nasce in una indifferenziata **Matrice di Identità**⁵, mosso dalla **Fame d'Azione**⁶, in una dimensione temporale di immediatezza, in cui si confondono ruolo e contro-ruolo e non esistono separatezza tra realtà e la sua rappresentazione (Boria & Muzzarelli, 2018).

⁴ Figura che aiuta lo strutturarsi delle funzioni intrapsichiche e interpersonali.

⁵ Periodo dopo la nascita in cui le relazioni con l'ambiente sono indifferenziate e le azioni materne sono estensioni delle azioni del bambino.

⁶ Che Moreno definiva come una energia cosmica disorganizzata.

Per Moreno i ruoli sono le rappresentazioni simboliche di forme reali e percepibili che il sé prende nel momento in cui interagisce con persone o oggetti in una situazione specifica. Si creano così esperienze e modelli sociali e culturali, alimentati dalla possibilità creative della persona. Il ruolo è quindi una realtà che struttura la personalità, attraverso l'interazione con l'alterità, nell'arco di una sequenza di momenti atti al compiersi di un'azione.

Per Moreno i ruoli sono i precursori del Sé. Egli ne distingueva tre tipologie:

- **I ruoli psicosomatici (o fisiologici):** sono quelli legati a funzioni fisiologiche fondamentali come la nutrizione, la defecazione, la minzione, la necessità di stimoli termici, tattici e sonori. Le modalità di soddisfacimento vengono registrate insieme alla scarica di tensione generata dallo stato di bisogno. Queste tracce mnestiche corrispondono ai ruoli psicosomatici.
- **I ruoli psicodrammatici (o psicologici):** sono quelli generati dall'interazione con un contro-ruolo che ha la funzione di accogliere e rimandare la proiezione dell'attività immaginativa dell'altro. La loro funzione è quella di relazionarsi con il mondo esterno favorendo l'espressione protetta dei propri stati interni, evitando sconvolgimenti.
- **I ruoli sociali:** sono quelli legati ad un contro-ruolo che si pone nei confronti del ruolo come realtà distinta e diviene per lui fonte di conoscenza. Permettono lo sviluppo della personalità grazie al contatto con l'alterità e alla possibilità di sperimentare relazioni e altri punti di vista, favorendo la costruzione di un Sé capace di confrontarsi con la realtà (Boria & Muzzarelli, 2018).

Ciascuno di questi raggruppamenti va a comporre una sorta di Sé parziale: fisiologico, psicodrammatico e sociale. Questi con il tempo andranno ad integrarsi attraverso dei legami operativi costituendo il Sé, una struttura psichica autoriferita, che integra e processa esperienze, desideri, ricordi, pensieri, intenzioni, ecc.

A loro volta, i Sé parziali non sono altro che interiorizzazioni relazionali ripetute nel tempo che si sedimentano nella memoria implicita ed esplicita e si riattualizzano nelle relazioni e nell'agire i ruoli nel qui e ora. Il punto di coagulo del Sé, cioè il punto di contatto tra i sé parziali, è la soggettività dell'individuo che non si può raggiungere in modo definito una volta per tutte, in quanto si costituisce lungo il farsi dell'esistenza.

La percezione dei propri sé può essere armonica e integrata, quando l'individuo ha fatto

esperienza di amore, sostegno e riconoscimento, o disarmonica/dissociata quando ciò non avviene.

Durante lo sviluppo infatti il neonato prima, e il bambino poi, trova nel caregiver il proprio senso di identità; quest'ultimo incarna i processi di auto-osservazione, gettando le basi per lo strutturarsi del senso di identità individuale⁷.

A quella fusionale, segue una fase che si può dire individuativa, attivata e sostenuta da fattori genetici, come ad esempio lo sviluppo della dimensione spaziale e relazionale che sprona lo sperimentarsi come esseri unici, favorendo nel tempo movimenti di distacco e individuazione. Si vanno differenziando anche le rappresentazioni del reale dalla realtà stessa, senza però esserci ancora una vera distinzione con ciò che è immaginario. Hanno una grande importanza le interazioni nei confronti dei contro-ruoli che strutturano la rete di tensioni di attrazione e repulsione, favorendo lo sviluppo di quello che Moreno ha chiamato Tele.

Con il termine **Tele** si indica la tendenza che gli individui hanno a porsi in relazione emozionale gli uni con gli altri, il fattore primario connesso alla distanza fisica e psicologica fra gli individui (De Leonardis, 2009). Trasmettere a livello comunicativo ed emozionale le esperienze di vita è una necessità filogenetica e ontogenetica; pertanto, Moreno definì il Tele come un fattore che facilita la trasmissione della nostra eredità sociale.

È importante sottolineare come, pur non conoscendo la natura neurofisiologica alla base delle tensioni teliche, Moreno non parlò mai in termini metaforici: per lui, infatti, il funzionamento della socialità era rintracciabile proprio all'interno della fisiologia umana. Il tele ha due tensioni originarie, una di attrazione e una di rifiuto verso l'altro, e si riferisce all'ambito percettivo e affettivo delle relazioni (Togni & Boria, 2016).

Studi neuroscientifici testimoniano il fatto che esistono strutture nervose complesse che regolano e organizzano il contatto tra le persone, e fanno pensare a come le descrizioni fatte intuitivamente da Moreno possano essere argomentate, anche se non in modo esauritivo, dall'esistenza di circuiti cerebrali che si costruiscono e modellano nel rapporto con le figure di riferimento fin dalla nascita (Barrett, 2021), favorendo la creazione di uno spazio intersoggettivo.

Parlando di Tele ci si riferisce a tensioni affettive di origine sensoriale evidenziabili soprattutto in gruppi di persone estranee tra loro, tensioni che possono avere una coloritura

⁷ Il caregiver è per il bambino una sorta di *Io-Osservatore-Ausiliario*.

attrattiva, repulsiva oppure neutra, e che trovano la loro origine filogenetica nella vita di gruppo. In altre parole, si può definire il Tele come l'unità affettiva di base che connette i membri di un gruppo inizialmente a livello percettivo e successivamente a livello relazionale, da cui scaturisce il legame interpersonale e quello sociale (De Leonardis, 2009).

Si tratta di una empatia reciproca, della sensibilità che permette la sintonizzazione con processi emozionali altrui e su cui si basa una reciproca comprensione. Pertanto, si differenzia dal **transfert**⁸, caratterizzato dall'unilaterale proiezione di movimenti inconsci su un'altra persona che viene a strutturarsi come modalità relazionale secondaria, a seguito di esperienze relazionali. Se il transfert si apprende con l'esperienza, il tele è di possibile attuazione fin dal momento della nascita (Boria, 2005).

In questo periodo avverrebbe la formazione di due distinti sistemi del **processo di riscaldamento**⁹: uno legato alle azioni di fantasia e l'altro a quelle di realtà.

Con la separazione tra realtà e fantasia si ha l'ingresso in ciò che il padre dello psicodramma chiama **Secondo Universo**, ed è qui che avviene la formazione e lo sviluppo della memoria, del senso del tempo (passato, presente e futuro) e di quelle funzioni cognitive che per Moreno possono esistere solo successivamente allo sviluppo del partecipante interiore, una sorta di osservatore interno.

Come detto prima, nel Primo Universo questo sdoppiamento è incarnato nella diade caregiver-neonato e viene progressivamente sostituita nel mondo interno dell'individuo che cresce in ciò che definiamo **Io-Attore e Io-Osservatore**.

IO ATTORE -IO OSSERVATORE

Moreno evidenziò come andassero via via sviluppandosi due diversi centri della memoria nel progressivo strutturarsi della personalità individuale: quello dell'azione e quello del contenuto. Questa distinzione si può allora trasporre a due diverse strutture della mente umana: una deputata alla memorizzazione delle azioni e l'altra alla raccolta dei contenuti, riferendosi con la prima ad una sorta di processo di memorizzazione dell'essere e con la seconda alle funzioni osservative e rappresentative.

⁸ Concetto di natura psicoanalitica.

⁹ Processo attraverso si libera la spontaneità necessaria alla produzione di ruoli creativi.

*“Possiamo pensare che il sistema di riscaldamento nei confronti delle azioni di realtà e il centro della memoria dell'azione siano assimilabili a quelle istanze che oggi conosciamo sotto il nome di **Io-attore**; allo stesso modo il sistema di riscaldamento nei confronti delle azioni di fantasia e il centro della memoria concettuale sarebbero riconducibili all'altro polo della dialogicità interna alla mente umana, quello che chiamiamo **Io-osservatore**” (De Leonardis, 2009, p.88).*

Affinché avvenga un'adeguata strutturazione della personalità è necessario poter contare sull'attivazione interconnessa dei due sistemi e poter passare in modo agevole dalla fantasia alla realtà e ancora dalla realtà alla fantasia. Ancora una volta, la spontaneità gioca un ruolo fondamentale nello stimolare questo processo e contemporaneamente è l'effetto dello stesso.

L'Io-attore è il luogo delle emozioni, delle sensazioni, del contatto e della memoria corporea ed emotiva; l'Io-osservatore è, invece, il luogo dell'osservazione e della riflessione su di sé all'interno dell'azione stessa, al fine di definirla dandole significato comunicabile agli altri (Boria, 2005).

L'Io-attore può essere attivo (o passivo) nell'agire in rapporto con gli altri e con l'ambiente; l'Io-osservatore monitora e produce feedback su ciò che l'individuo fa o sulle modalità con cui svolge le azioni. In questo senso, l'interazione tra i due risulta fondamentale per la cura del Sé, poiché ne stimola sviluppo e cambiamento (De Leonardis, 2018).

Questa dualità intrapsichica differenziata può funzionare in modo più o meno integrato, sostenendo la rappresentazione mentale di un'interazione agita e osservata: il ruolo.

Giocano una grande funzione facilitatrice gli *attivatori del Sé*, quei fattori cioè che partecipano alla nascita, all'organizzazione, alla regolazione e alla relazione di queste due istanze interne, acconsentendo collegamenti dialogici tra esse.

Gli attivatori possono essere distinti in somatici (o fisici) e mentali.

Gli **attivatori somatici** sono i contro-ruoli che agiscono su un piano fisico e corporeo, sul piano dell'essere, stimolando e supportando l'Io-attore del soggetto. Sono precursori della struttura dell'Io-osservatore, in quanto danno forma e strutturano le sensazioni proprio- ed etero-cettive. Essere in un determinato modo in relazione ad un contro-ruolo apre

la strada alle successive autorappresentazioni¹⁰.

Gli **attivatori mentali** si collocano a livello mentale appunto, in cui entra in gioco la possibilità di rappresentare e significare gli accadimenti e le azioni. Distinguiamo quattro modalità di realizzazione: Doppio, Specchio, Rispecchiamento e Inversione di ruolo.

Queste categorie identificano contemporaneamente: dinamiche intrapsichiche, funzioni mentali (su cui si basa la nascita e lo sviluppo della diade Io-attore/Io-osservatore), modalità di organizzazione dello scambio affettivo interpersonale e specifiche tecniche a disposizione del direttore nel setting psicodrammatico.

Doppio

Con funzione mentale di doppio ci si riferisce ai meccanismi che permettono ad un individuo di definire e riconoscere i propri contenuti interni, rendendoli leggibili esternamente.

Si tratta di un atteggiamento auto-osservativo e si sviluppa in situazioni caratterizzate da reciprocità interpersonale e comunicativa. Questa funzione può essere esercitata verso sé stessi ma anche verso gli altri. Come nel caso della diade madre-bambino, in cui la prima svolge la funzione di **doppio vicario** leggendo e rispondendo ai bisogni del figlio.

Viene attivata anche ogni qual volta un individuo stimola o sostiene un altro nei processi di auto-osservazione. Con l'attivazione della funzione di doppio l'Io-osservatore della persona deve percepire e definire i propri contenuti interni e, per risonanza, quelli altrui.

Specchio

Con funzione di specchio si intende una dinamica mentale che permette ad un individuo di cogliere aspetti di sé stesso in ciò che gli viene rimandato dagli altri. Questa è la funzione che più si attiva all'interno di un gruppo, in quanto ogni componente esprime le percezioni che ha degli altri.

Evolutivamente, questa funzione mentale si sviluppa nel periodo chiamato **Secondo Universo**, in quanto è necessario saper distinguere il mondo interno dal mondo esterno. In questo caso, l'Io-osservatore è chiamato a confrontare e integrare le proprie

¹⁰ Pensiamo anche solamente al fenomeno del **Neglect** e a quanto l'esperienza di "essere abbandonato e non riconosciuto" apra alla possibilità di pensarsi come tale.

rappresentazioni, circa la sua persona, con quelle che gli arrivano dagli altri.

Rispecchiamento

Il rispecchiamento è l'unica delle funzioni mentali che non può essere realizzata in modo attivo; pertanto, è quella meno codificata e non esiste una specifica tecnica corrispondente. È un processo che parte dalla persona quando ritrova, negli altri, somiglianze e differenze con ciò che vive. Fa perno su processi di confronto e di identificazione, che stimolano e arricchiscono la conoscenza e la definizione di sé.

Questa funzione consente un processo di riconoscimento mediante la relazione, favorendo l'integrazione di parti interne temute o negate, contrastando vissuti di solitudine e di impossibilità ad essere compresi. L'io-osservatore in questo caso mette in relazione gli elementi che lo accomunano e che lo differenziano dagli altri, per questo tale funzione può essere vista come un valido precursore dell'inversione di ruolo.

Inversione di ruolo

Con inversione di ruolo viene indicata la funzione mentale di *Decentramento percettivo* e si riferisce alla possibilità di mettersi nei panni degli altri, decentrando l'io-osservatore rispetto all'io-attore. Mettendosi nei panni degli altri vengono attivate due tra le funzioni sopra elencate: quella di doppio (in relazione al mondo interno altrui) e quella di specchio (rispetto a sé stesso visto da fuori). Questa posizione intrapsichica consente di osservarsi agire da prospettive diverse, dando modo all'io-osservatore di accedere a nuovi insight superando pregiudizi, blocchi emotivi e copioni cristallizzati.

Questi attivatori sono rintracciabili durante tutto lo sviluppo sociale e psicologico infantile ma anche all'interno dei setting emozionali correttivi quali quelli psicoterapeutici. Tali funzioni si sviluppano infatti attraverso scambi relazionali significativi, ma possono essere stimolati attraverso tecniche codificate che sono patrimonio specifico del mondo psicodrammatico, orientate all'attivazione dell'io-attore, dell'io-osservatore e della relazione tra loro, attraverso l'alternarsi di momenti d'azione e momenti di osservazione.

L'obiettivo è quello di raggiungere la capacità di guardarsi agire, mentalizzare azioni concrete e movimenti interni, attribuendo significati nuovi e giungendo così, non tanto

alla catarsi abreativa¹¹, ma a quella integrativa¹² che, sostenuta dalla spontaneità, permette atti creativi.

Una cosa importante da sottolineare è come per Moreno la mente sia nel corpo e nelle forme operative durante le interazioni ruolo e contro-ruolo, in modo interconnesso.

Una delle peculiarità dello Psicodramma Classico è sicuramente quella di prendere in carico la persona nella sua globalità, permettendo l'accesso al mondo del somatico e integrandolo con quello psichico.

Io-attore: tra corpo e azione

Definendo l'Io-attore come il luogo delle emozioni, sensazioni e memorie somatiche, emerge il rapporto con la dimensione del corpo. È in esso che risiedono le attivazioni emotive e quelle procedurali dell'esperienza, che determinano una dimensione implicita delle stesse, lasciando delle tracce non sempre transitorie. Così le memorie corporee influenzano il nostro esserci e il nostro proiettarci nel futuro in vari modi, non sempre consapevolmente. Pensiamo alle esperienze infantili precoci, a quelle magari così impattanti (abusi, sopraffazione o abbandono) da attivare risposte di difesa immediate e preriflessive; oppure alle abitudini relazionali strutturate che qualificano gli scambi interpersonali e i comportamenti su cui non si detiene il controllo.

Questa dimensione attiva e corporea dell'esperienza necessita poi di una corrispettiva esperienza riflessiva, che viene appunto favorita e promossa durante le sessioni di psicodramma.

Io-osservatore: tra mente e riflessione

Si è parlato del ruolo come anello di congiunzione tra l'Io-attore e l'Io-osservatore. Per definirlo infatti non è sufficiente che avvenga un'azione, bensì è necessario che essa sia percepita da un osservatore. Solo attraverso un'osservazione di natura non interpretativa la percezione dell'azione può diventare una rappresentazione di ruolo.

Durante le sessioni di psicodramma il processo di cura non è appannaggio di un esperto. Il direttore, con le sue consegne stimola un processo di azione-osservazione-riflessione

¹¹ Che coinvolge solo l'Io-attore.

¹² Che riguarda in modo armonico Io-attore e Io-osservatore.

che coinvolge ciascun soggetto e il gruppo nel suo insieme.

La riflessione non è mediata da teorie interpretative definite a priori. Ciascuno osserva e dà significato a ciò che fa e osserva per come riesce, sostenuto dall'ausiliarità del gruppo.

Nello psicodramma è quindi riscontrabile una peculiare attitudine al favorire processi integrativi tra le varie componenti dell'esistenza attraverso il circuito azione-significazione che coinvolge la persona nella sua interezza, ristabilendo e creando nuove connessioni tra il somatico e il mentale. Ciò avviene attraverso il reciproco avvicinarsi di tempi e modi che permettono di decentrarsi da sé (mettendo in dialogo l'Io-attore con l'Io-osservatore) e dar voce ai propri vissuti sotto lo sguardo ausiliario del direttore e del gruppo.

Questo ha risvolti clinici importanti grazie all'attivazione di processi interpersonali che promuovono lo sviluppo di un senso del Sé maggiormente integrato nelle sue dimensioni, facilitando gli individui nel rapporto con il proprio mondo interno e con gli altri. L'obiettivo non è tanto la cura del sintomo o del disturbo, ma quella della persona, del suo esprimersi e delle sue possibilità di stare al mondo (Boria & Togni, 2012).

LA DIAGNOSI E GLI ELEMENTI TERAPEUTICI IN PSICODRAMMA

La diagnosi in psicodramma è ben diversa da quella di natura nosografica presentata nel primo capitolo. Se quest'ultima ha a che fare con un elenco di segni e sintomi, quella psicodrammatica attiene all'ambito fenomenologico esistenzialista e si concentra sull'osservazione dell'esistente più che sulle interpretazioni di meccanismi inconsci sottesi a ciò che accade nel qui ora. Il focus è quindi sulla persona, sul suo modo di stare in relazione al contesto in cui si trova e ai contenuti del suo mondo interno.

Si tratta di un modello empatico di cui i pazienti sono i migliori insegnanti, ma è fondamentale tenere presente alcuni elementi che rendono più facile all'individuo vivere e comprendere l'esperienza propria e altrui (Bilik, 2020). Il focus, quindi, non è tanto su elementi oggettivi, ma sugli aspetti soggettivi dell'esistenza; ancora una volta il primato è della soggettività, della verità soggettiva di ciascuno.

Vorrei sottolineare come il momento anamnestico e diagnostico, in ambito psicodrammatico, sia fondamentalmente da considerarsi come un **incontro** durante il quale ciò che conta è osservare e tenere a mente, come dimensione clinica, il modo che un individuo ha di stare in relazione a sé stesso, al contesto e agli altri, nel momento presente. Fuori da esso, infatti, si rischia il rimuginio, piuttosto che l'auto-osservazione, e ci si allontana dalla possibilità di cambiamento creativo.

Questa dimensione clinica può essere considerata in tre ambiti:

- rispetto ai contenuti e alle dinamiche del **mondo interno**;
- rispetto alle possibilità di incontro interpersonale spontaneo e ai ruoli che assume o gli vengono attribuiti nel **mondo esterno**;
- rispetto al **setting psicodrammatico** e alle evoluzioni delle relazioni all'interno di esso;

È quindi importante incontrare ciascun individuo e la sua esperienza soggettiva relativamente a ciò che vive; ad esempio, i suoi bisogni, le sue emozioni, le paure, i desideri, i suoi valori, le sue credenze ecc.

Il punto di partenza per il processo terapeutico è la valutazione della capacità del paziente di accedere ai propri contenuti interni, di dare ad essi spazio, voce e significato in modo

spontaneo e creativo. È fondamentale, infatti, tener conto del rapporto, fluido o meno che sia, tra io-attore e io-osservatore, cioè dell'interazione, integrata o meno, della dimensione attiva dell'esperienza con quella riflessiva.

È altrettanto importante rintracciare i ruoli, quelli assunti, cristallizzati e soprattutto quelli potenziali (non ancora sviluppati), in modo da offrire occasioni di incontri felici durante il percorso terapeutico, capaci di stimolare lo sviluppo di un sé coeso. Gli **incontri felici**, reali e reciproci, avvengono nel qui e ora; a differenza delle dinamiche transferali, sono situazionali e consentono al paziente di fare esperienza di sé in relazione in modo sganciato dai propri copioni cristallizzati, aprendo così la strada al cambiamento.

Occorre tenere a mente anche la presenza, soddisfacente o meno, del fattore S-C, indice importante nel considerare la salute mentale di un individuo in quanto al diminuire della spontaneità aumenta il rischio di meccanismi difensivi, inibizioni e stati ansiosi.

Lo sviluppo della spontaneità, come detto fin qui, è un prerequisito fondamentale per l'assunzione di ruoli nuovi, quindi per il cambiamento e la possibilità di costruire nuove connessioni con la storia personale e le relazioni (primarie e attuali) del paziente, oltre che di esperire una relazione maggiormente fluida tra le azioni e il pensiero.

La specificità dello psicodramma è proprio questo stimolare accadimenti che coinvolgono le persone nella loro complessità psicofisica, accompagnandole nella produzione di azioni spontanee che diventano occasioni di nuove consapevolezze e di costruzione di nuove modalità di funzionamento intrapsichico e interpersonale.

Vengono promossi spazi di espressività regolati da dinamiche intersoggettive e non interdipendenti, in cui vige il primato della verità soggettiva rispetto al botta e risposta o alla dinamica del capro espiatorio. Gli individui partecipano alla vita del gruppo, caratterizzata da momenti di fusionalità e moti individuativi, e sono messi in condizione di potersi e doversi esprimere pubblicamente in modo spontaneo e creativo ma contingentato alle consegne del direttore, che si fa garante dello spazio di auto-espressione omogeneo e circolare (principio della circolarità e della simmetria) che faciliti il riconoscimento soggettivo, la comprensione reciproca, limitando i non detti. Le consegne del direttore sono quindi un vincolo con il quale confrontarsi affinché ci sia armonia tra le azioni e il contesto, contrastando la ripetitività di copioni cristallizzati e offrendo occasioni di novità sfruttabili dagli individui entro la loro soglia di tolleranza, per come riescono nel qui e ora, attraverso l'attivazione del circuito azione-significazione (Boria, 1-2, 2009).

SPUNTI DALLE NEUROSCIENZE

Se quanto detto finora è stato un tentativo di esporre il metodo psicodrammatico, adesso vorrei accennare ad alcuni aspetti dal punto di vista della biologia cerebrale e di quanto la letteratura scientifica ha accertato fino ad oggi.

Durante le esperienze della prima infanzia vengono modellate le reti neurali di un individuo, il quale nasce con una grande capacità di adattamento. Lo sviluppo emotivo e quello neurobiologico dipendono dai primi attimi di vita e dalle relazioni con le figure significative. Quando le prime esperienze non sono soddisfacenti rispetto ai bisogni di sostentamento, cura e affetto dell'infante, il cervello organizza strategie di difesa che hanno sede nell'amigdala, nell'ippocampo e nel circuito cortico-strio-pallido-talamico, che regolano ansia e paura. È comprovato come tali vissuti durante i primi periodi dello sviluppo siano correlati al successivo sviluppo di psicopatologie.

L'esposizione a situazioni stressanti, come i maltrattamenti e il neglect, può causare una sovraesposizione al cortisolo che correla con una maggiore possibilità di disagio psicofisico nell'arco di vita. Le esperienze traumatiche hanno un forte impatto sul cervello, sul corpo e sulla vita relazionale; i vissuti traumatici vengono infatti immagazzinati e riattivati a livello somatico in modo scisso, con le emozioni, le convinzioni e le sensazioni proprie dell'esperienza originaria. Tutto ciò influenza gli schemi di attribuzione di significato nel quotidiano, portando le persone ad interpretare il presente basandosi sul passato, inficiando il loro senso di autostima, autoefficacia e agency.

Psicodrammaticamente parlando, possiamo anche supporre che stati ansiosi durante l'infanzia possano inibire la spontaneità necessaria all'esplorazione e allo strutturarsi dei ruoli e del sé.

È ormai risaputo come il cervello abbia modo di evolversi in qualsiasi momento della vita generando nuovi neuroni e nuove connessioni sinaptiche. Per questo motivo, quando diciamo che la psicoterapia favorisce il cambiamento e un maggior benessere psicofisico, intendiamo come questa pratica abbia influenza sullo sviluppo e l'integrazione di nuove reti neurali, sulla riattivazione e la connessione di quelle interrotte e sull'apprendimento di nuove strategie promosse da relazioni emozionalmente correttive.

Attivando corpo e mente, attraverso il circuito azione-significazione, e le relazioni interpersonali, lo psicodramma stimola questi processi, facilitandoli.

Tutto ciò è reso possibile dalla struttura propria di una sessione di psicodramma classico che alterna costantemente momenti fusionali a momenti individuativi, stimolando la spontaneità e l'abbassamento dei livelli d'ansia al fine dell'autoespressione.

Una sessione comincia con una fase chiamata **riscaldamento** che, a partire dal coinvolgimento psicomotorio, attiva le strutture subcorticali estendendosi a quelle corticali. Vengono così coinvolti entrambi gli emisferi e le aree deputate alla regolazione di aspetti fisici, emotivi, cognitivi, sociali ecc.

Attraverso l'attivazione psicomotoria vengono chiamate in causa le memorie cinestetiche, in cui risiedono le tracce dei primissimi scambi madre-bambino e che sono, il più delle volte, inconsapevoli. Inoltre, grazie al movimento fisico si riducono i livelli d'ansia permettendo la percezione del senso di sicurezza necessario all'espressione della propria verità soggettiva, gettando così le basi per le fasi successive del processo psicodrammatico. Il tempo dell'**azione scenica** attiva, contemporaneamente, differenti aree cerebrali consentendo l'implementazione di nuove reti e strutture neurali. È infatti possibile mettere in scena ciò che è già stato, ciò che non è potuto accadere o anche ciò che vorremmo accadesse; persone incontrate e persone che si vorrebbero incontrare. Grazie alla dimensione della **semirealtà**, il regno del come-se, è possibile la sperimentazione del nuovo e dell'ignoto, senza gli impedimenti della realtà. Nel far questo, si attiva la corteccia orbito-frontale, coinvolta nei processi cognitivi e in quelli decisionali.

Per quanto riguarda i ricordi, essi vengono recuperati sia dalla memoria narrativa, che dal rombencefalo e dalle aree corticali associative, favorendo il recupero del rimosso grazie alla connessione con le memorie sensomotorie e al coinvolgimento delle memorie dei cinque sensi (questo vale sia per la persona che lavora come protagonista, che per tutti gli altri che sono attivi nel ruolo di Io-ausiliario o che osservano dall'uditorio).

Più che raccontare, nello psicodramma si è chiamati a mostrare e mostrarsi, usando la memoria corporea e l'azione. Attraverso di esse vengono portati in scena e sciolti tutti quei nodi propri della dimensione preriflessiva, anche quelli legati alle prime fasi dello sviluppo e al mondo del somatico, registrati nell'amigdala.

Durante l'esplorazione spontanea e creativa, il coinvolgimento delle aree mediali del cervello¹³ rende possibile la costruzione di nuove sinapsi e lo sviluppo dell'emisfero destro del cervello.

¹³ Deputate alla ristrutturazione neurale e attive nei processi decisionali

Se quello sinistro, infatti, sembra connesso a caratteristiche quali la prudenza e le stereotipie relazionali e abitudinali, l'emisfero destro sembra connettersi alle capacità intuitive e di insight. Per questo motivo il coinvolgimento olistico della persona favorisce anche un equilibrio nell'attivazione e nello sviluppo della globalità del sistema nervoso.

L'ultima fase è quella della **partecipazione finale** in cui ciascun membro del gruppo di psicodramma ha il suo tempo e spazio di parola. In questa fase vi è sicuramente un'attivazione delle aree cerebrali di Broca e Wernicke, deputate all'espressione linguistica e all'attribuzione di significato, ma anche le strutture limbiche legate alla sfera emotiva; è in questa fase della sessione che i membri del gruppo acquisiscono una visione di insieme grazie al sostegno reciproco.

Malattia e guarigione hanno a che fare con la relazione e tutto ciò che conta si raggiunge attraverso questa dimensione relazionale. Per questo motivo è possibile definire lo psicodramma come un atto di cura del gruppo attraverso il gruppo, cellula della società che tanto Moreno aveva a cuore. Le neuroscienze, infatti, evidenziano come la socialità sia un bisogno primario per l'essere umano e come la sensazione di solitudine e di isolamento coinvolga le stesse aree cerebrali che del dolore fisico, a dimostrazione dell'impossibilità di distinguere il dolore psichico-emotivo da quello "corporeo".

Oltre ad agevolare quindi lo sviluppo e la riattivazione delle reti neurali, il metodo moreniano agisce nello stesso modo con le parti intrapsichiche e con le reti sociali, ponendosi come anello di congiunzione tra la dimensione biologica, esistenziale e sociale degli individui e dei gruppi (Bilik, 2020).

DIARIO DI BORDO

RIFLESSIONI A SEGUITO DELL'ESPERIENZA DI TIROCINIO AL SERVIZIO DCA

Nel cercare una sede in cui effettuare il tirocinio di specializzazione, non mi sentivo orientata da uno specifico criterio di scelta. Mi sarebbe piaciuto trovare un luogo in cui sperimentarmi con differenti tipologie di diagnosi e avevo messo in conto che non per forza avrei potuto fare esperienza di conduzione di gruppi. Ho inoltrato la domanda in più sedi possibili. Il servizio DCA della Asl di Torino è stato il primo a contattarmi per un colloquio. In questa sede vengono inviati pazienti con condotte alimentari disfunzionali, da quelle restrittive all'alimentazione incontrollata ed anche persone che richiedono valutazioni per operazioni bariatriche. Un contesto disturbo specifico, quindi, dove pensavo che la varietà non fosse di casa.

Tra gli aspetti positivi c'era però il fatto che presso questo servizio, un po' per le poche risorse e un po' per le professionalità che vi lavorano, si dà priorità alle esperienze gruppalì: il gruppo di Auto Mutuo Aiuto (A.M.A.), il gruppo di arteterapia, il gruppo di psicodramma gruppo analitico.

Inizialmente ho familiarizzato con le valutazioni diagnostiche e l'utilizzo della testistica di riferimento, successivamente ho cominciato a sperimentarmi nei primi colloqui individuali. Per una serie di coincidenze e passaggi di consegna, la maggior parte delle pazienti erano seguite da anni presso il servizio e avevano alle spalle precedenti percorsi con altre colleghe e colleghi. Non racconterò e non commenterò, in questa sede, i casi clinici. Parlerò piuttosto dell'incontro con queste persone, delle loro difficoltà a mantenere relazioni durature (anche quelle cliniche), del loro non sentirsi al sicuro nel mostrarsi (non soltanto fisicamente), del non riuscire a mettersi in ascolto di sé stesse, del loro mondo interno e del proprio odiato corpo. Avevano vite cristallizzate in ruoli rigidi, scandite da routine faticose, non erano abituate ad avere accanto qualcuno che si prendesse cura di loro e non immaginavano quanto avrebbero poi desiderato prendersi cura di sé stesse.

Come dicevo, il primo periodo è stato quasi totalmente dedicato a colloqui individuali.

La maggiore esperienza in questo contesto l'ho avuta pertanto con pazienti con diagnosi BED, alcune in stato di obesità oltre normopeso o in leggero sovrappeso

Notavo come la cronicità della presa in carico nel servizio avesse in qualche modo favorito la cristallizzazione del ruolo di pazienti, alcune delle quali tendevano verso una

identificazione col disturbo di cui avevano ricevuto diagnosi.

Una cosa che mi ha colpito durante tutto il percorso è stata come queste persone si sentissero passive e non attive costruttrici del proprio benessere e come molte di esse avessero grosse difficoltà nel dare un senso alla propria sofferenza. Nella loro storia erano spesso riscontrabili abusi, fisici, sessuali o psicologici, trascuratezza da parte delle figure significative, una difficile storia di relazioni interpersonali (carenti, se non assenti o anch'esse abusanti). Inoltre, era impattante la difficoltà nel narrarsi in modo coeso e integrato, sia dal punto di vista della memoria episodica che rispetto al mettere in parole vissuti, pensieri e sensazioni nel qui e ora. Si trattava di persone che pativano il *guardarsi e l'essere guardate*.

Non di rado il loro racconti apparivano come copioni scritti per tenere insieme esperienze di sé difficilmente amalgamabili; quando poi riuscivano a prendere contatto con qualcosa di significativo, lo vivevano in modo disconnesso o sembravano catapultate in un “là ed allora” o in un futuro ipotetico ingovernabile. Il rapporto col cibo sembrava i miei occhi come il tentativo di attutire e compensare vissuti intollerabili e, di conseguenza, inenarrabili.

Con i sintomi (non solo quelli alimentari) il loro corpo parlava di bisogni che esse non conoscevano, complessi da interpretare, a cui era difficile rispondere con sicurezza. Le loro storie traumatiche riverberavano spesso sotto forma di segreti taciuti, nel loro modo di stare nella stanza in relazione agli altri e a sé stesse, confermandomi quanto fosse necessario e prioritario prendersi cura della persona. Il sintomo passava in secondo piano rispetto alla possibilità di provare a darsi voce, ascoltarsi e guardarsi con tenerezza, in un gioco che coinvolgeva il mondo interno di ciascuna e la sua interazione con la realtà attraverso il corpo.

La mappa emotiva e percettiva che permette di dare senso al reale si costruisce nel cervello durante il suo sviluppo e quando l'esperienza è ripetuta è possibile che diventi uno schema predefinito, una sorta di copione a cui attingere nella quotidianità.

Il sentirsi amati, riconosciuti ed al sicuro fa sì che il cervello si specializzi nell'esplorazione, nel gioco, nell'interazione e nella cooperazione con gli altri. Quando invece ci si sente in pericolo oppure non voluti, il cervello si specializza nei tentativi di gestione di vissuti come la paura, la tristezza e il senso di abbandono (neglet).

Sono proprio queste esperienze che plasmano le strutture del sistema limbico deputato

alla memoria e alle emozioni.

Ritengo però importantissimo ricordare, come clinici e come agenti di cure, che queste strutture non sono date una volta per tutte, così come non lo sono i copioni a cui si attinge nella costruzione del senso di ciò che viviamo, ma si possono modificare nel farsi delle esperienze. Così come un evento o una serie di eventi negativi possono esporre le persone a modifiche che chiameremo traumi, è vero anche il contrario: incontri autentici, reciproci e intimi possono generare cambiamenti positivi (Kolk, 2015).

Oltre alla supervisione costante dei didatti di scuola e della tutor di tirocinio, è stato fondamentale il confronto con la dottoressa Valeria Zucano, anche lei specializzanda in Psicodramma Classico, con la quale è nata l'idea di proporre un percorso di gruppo per pazienti con storia bariatrica, ma non tutti con diagnosi da Binge Eating Disorder. Di questo percorso la collega ha parlato nel suo elaborato di tesi.

Contingentemente alla situazione pandemica, in particolar modo nel periodo del primo lockdown, si è registrato un aumento di segnalazioni dei vari centri di salute mentale e medici di base a fronte di un ridotto personale che permettesse una presa in carico individuale nel servizio.

Lo Psicodramma Classico, già sperimentato con successo un anno prima, è sembrato a tutta l'equipe di riferimento una buona opportunità anche nella sua versione online.

Descriverò il progetto, gli intenti clinici, l'esperienza e, infine, riporterò alcune condivisioni delle pazienti soprattutto riguardo all'esperienza di gruppo, l'influenza del setting e l'uso attivo del corpo nella percezione di sé.

ESPERIENZA DEL CORPO

UNO SGUARDO FENOMENOLOGICO

In questo paragrafo ho scelto di fare un affondo su un elemento che, quando si trattano i DCA, risulta saliente: la centralità del corpo.

Come espresso nella descrizione precedente, nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione è presente una forte preoccupazione per i cambiamenti del proprio corpo.

La prima segnalazione di un caso clinico avente come fondamentale sintomo la paura di ingrassare è l'Observation 166 nel primo volume di un famoso trattato del 1903 di Pierre Janet; qui troviamo per la prima volta nella storia della psicopatologia una diretta connessione tra una sofferenza legata all'immagine fisica di sé (nucleo psicopatologico) e una condotta alimentare (Cuzzolaro, 2019).

Nel lavoro di Janet si evidenzia un forte legame tra sintomi anoressici e bulimici e fenomeni ossessivo-compulsivi, l'importanza della vergogna per il proprio corpo e il tentativo di contrastare il suo cambiamento durante la crescita (Cuzzolaro, 2019).

Nella nosografia descrittiva del DSM-5 (APA, 2015), notiamo che tra i criteri diagnostici dei Disturbi della Nutrizione dell'Alimentazione, in particolare dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, è presente l'esperienza faticosa e disturbata del peso e delle forme del proprio corpo, capace di influenzare (se non di determinare) la valutazione del sé.

Per vivere è necessario mangiare, questa funzione fondamentale è perciò al centro di un equilibrio tra processi fisiologici di regolazione omeostatica, legata alla sopravvivenza, e quelli di regolazione edonistica, legati al piacere. Il bilanciamento tra questi processi è instabile e viene influenzato da fattori non soltanto biologici, ma anche sociali e culturali, da valutazioni che hanno a che fare con l'estetica e con la salute.

Se le etichette diagnostiche descritte fin qui appartengono ad un sistema di classificazione di natura statistico-osservativa, da qui in avanti, ci si focalizzerà sull'importanza dell'esperienza soggettiva, in particolar modo rispetto al legame che intercorre tra soma e psiche, facendo riferimento ad una lettura fenomenologica della psicopatologia, volta all'osservazione, descrizione e comprensione, piuttosto che alla sua categorizzazione in schemi validi su ampia scala.

La psicopatologia fenomenologica guarda ai sintomi e le caratteristiche dei disturbi come

ai modi che la persona ha di esperire e organizzare il proprio senso di sé in relazione agli altri e al mondo in cui vive. Essa raggruppa prospettive differenti che non si focalizzano tanto sull'origine dei disturbi mentali, considerati come malattie indipendenti da contesto culturale e storia personale, quanto su fenomeni psicopatologici osservati da una prospettiva in prima persona capace di valorizzare l'esperienza soggettiva che il singolo ha dei propri vissuti e della sua esistenza (Aragona, Mancini, Stanghellini, 2019).

Proprio per questa capacità di esplicitare, descrivere e comprendere il modo di stare al mondo dei pazienti, l'approccio fenomenologico fornisce uno degli elementi più importanti per la pratica clinica, la possibilità cioè di entrare in rapporto con l'altro e creare una relazione terapeutica, che mette al centro la persona, le sue esperienze e il suo modo di significarle.

L'oggetto primario di un approccio fenomenologico è l'attenzione per la soggettività. Il clinico considera il paziente una persona con un ruolo attivo nell'auto-interpretazione del proprio disturbo. Così i sintomi diventano i modi in cui vengono a manifestarsi le più profonde dimensioni dell'esistenza del paziente (Aragona, Mancini, & Stanghellini, 2019).

Ludwing Binswanger¹⁴ ha rielaborato gli esistenziali concepiti dal filosofo Martin Heidegger, introducendoli nella ricerca psichiatrica come modi di essere dell'uomo e assi portanti per un'accurata descrizione delle modalità di stare al mondo. Tra gli esistenziali più importanti, troviamo:

- **il tempo vissuto**
- **lo spazio vissuto**
- **il corpo vissuto**
- **l'altro vissuto**
- **il Sé**

I vari fenomeni psicopatologici sono esplorabili a partire da come il paziente sta al mondo in relazione agli altri, da come interpreta sé stesso all'interno di un contesto, da come vive il proprio tempo e il proprio spazio.

Nello specifico, i disturbi alimentari possono essere osservati come l'espressione di una difficoltà specifica che ha a che fare col corpo vissuto, con l'Altro e con la costruzione dell'identità personale (Aragona, Mancini, & Stanghellini, 2019).

¹⁴ Psichiatra, filosofo e psicologo svizzero

IL CORPO VISSUTO

Nel parlare di disturbi alimentari si deve necessariamente partire dal **corpo vissuto (o corpo che sono)** che, nella tradizione fenomenologica, si contrappone al **corpo oggetto (o corpo che ho)**. Mentre il primo si riferisce al vissuto che ciascuno ha del proprio corpo in prima persona, il secondo invece si riferisce a quello in terza persona. Tra questi due poli oscilla l'esperienza corporea, tra il sentire di essere il nostro corpo e sentire di possederlo.

Il corpo oggetto è quello della medicina moderna, a cui relazionarsi come un oggetto da esplorare; il corpo vissuto è una sorta di sfondo implicito al nostro vivere quotidiano, il punto di partenza per lo strutturarsi di un senso di sé coerente.

Il **corpo vissuto** chiama in causa tre dimensioni dell'esperienza:

- **Me stesso come forma più primitiva di autoscienza**, che è di tipo primordiale, radicata nella corporeità.
- **Comprensione del significato di oggetti del mondo**, in quanto è attraverso il corpo che possediamo quest'ultimo e comprendiamo come funziona, attraverso il movimento e i cinque sensi.
- **Intersoggettività**, che pone le basi per un legame percettivo col corpo altrui e del riconoscimento e comprensione degli altri come nostri simili.

Esiste un altro tipo di esperienza del corpo ossia l'esperienza del **corpo per l'Altro**¹⁵, che esiste in quanto visto dagli altri, che divengono lo specchio nel quale percepirsi e definirsi (Aragona, Mancini, & Stanghellini, 2019).

Il **corpo che sono**, il **corpo che ho** e il **corpo per l'altro**, si intersecano nella costruzione dell'identità personale, in relazione con l'ambiente.

Ho scelto questa chiave di lettura perché permette di sottolineare come la triade identità-corpo-altro sia centrale nell'esperienza delle persone con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e per esplicitare come lo Psicodramma Classico possa costituire una metodologia capace di offrire un'esperienza strutturante e ristrutturante, anche su questo aspetto.

¹⁵ Introdotta da Sartre nel 1943.

Come detto precedentemente, una delle caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione è il giudizio circa il proprio valore in termini di peso, forma del corpo e del controllo che si riesce ad avere su essi. La relazione col proprio fisico passa dal piano del corpo vissuto a quello del corpo oggetto.

Non è insolito che questi pazienti sentano rispetto al proprio corpo un senso di estraneità, oppure esperiscano le sensazioni fisiche come perturbanti, con un conseguente tentativo di riappropriarsi del controllo mediante strategie compensative (siano esse restrittive o bulimiche). *“Il corpo viene spogliato della sua spontaneità relegato oggetto tra gli oggetti da indagare, misurare, pesare, ecc.”* (Aragona, Mancini, Stanghellini, 2019; p. 147). Ciascuno costruisce la propria identità attraverso l'integrazione tra l'esperienza di sé primordiale e lo sguardo altrui¹⁶. Nell'esperienza di persone con disturbi alimentari questa connessione tra i due punti di vista risulta allentata se non assente, in quanto i propri vissuti corporei tendono ad essere silenziati; potremmo quindi dire che se si sentono attraverso lo sguardo dell'Altro, fondamentale se non determinante, per intercettare la propria presenza nel mondo.

È per questo motivo che gli altri non sono interlocutori con cui instaurare relazioni intersoggettive di co-creatività¹⁷, realmente empatiche, ma specchi per osservarsi e sentirsi, idealizzabili quando riflettono immagini gratificanti, da combattere, contrastare e addirittura annientare in situazione di critica.

Il corpo, visto dall'altro, diventa quindi una sorta di compito identitario e non la base implicita del proprio viverci; modellare il proprio corpo diviene così una sorta di metafora, che ha per disvelamento il tentativo di dare forma al proprio mondo interno. Non a caso risulta saliente la difficoltà che i e le pazienti hanno di percepire le proprie emozioni, di sentire sé stessi/e, ciò che vivono e di conseguenza metterlo in parole¹⁸.

Contemporaneamente sono presenti un senso di disgusto e vergogna verso il proprio corpo, una profonda angoscia per il non riuscire a controllarlo, ai quali si affianca l'incapacità di dar forma dalla propria esistenza e l'incontrollabilità delle proprie esperienze corporee ed emotive (Aragona, Mancini, & Stanghellini, 2019).

¹⁶ Quella che nello psicodramma classico viene definita funzione mentale di specchio.

¹⁷ Nello psicodramma rientrano nelle così dette *relazioni teliche*.

¹⁸ Potremmo dire che risulta deficitaria la funzione mentale di doppio.

RIFLESSIONI NEUROSCIENTIFICHE

A questo punto farò una breve digressione che vuole mettere in luce come elementi neurobiologici, si intersechino e sostengano l'impianto teorico e metodologico dello Psico-dramma Classico che ha tra i suoi pilastri la forza trasformatrice dell'esperienza e il primato della soggettività, la promozione di dinamiche interpersonali di natura intersoggettiva a fronte di quelle interdipendenti, grazie all'attivazione di funzioni mentali complesse.

Tra la fine degli anni '60 e '70 del Novecento venne dimostrata la cosiddetta **plasticità cerebrale**, cioè la possibilità del cervello di modificarsi sulla base dell'esperienza, sia sul piano funzionale come, ad esempio, la creazione di nuove reti neurali, che su quello fisiologico. Il sistema nervoso matura con le esperienze e il legame con esse costituisce la base su cui si fonda l'attività psichica. Funzioni mentali, strutture cerebrali ed esperienze relazionali sono quindi interconnesse, ciascuna determinante per le altre.

A tutto ciò si aggiunge che studi relativi all'epigenetica¹⁹, dimostrano che le informazioni codificate nel DNA non sono determinate dalla nascita, ma possono subire delle modifiche in base alle influenze dell'ambiente, alle emozioni, allo stress, al nutrimento, ecc. (Palermo, 2012).

Altro concetto fondamentale, approfondito grazie alle ricerche degli anni '90 sui neuroni specchio, è quello di **intersoggettività**, cioè il processo attraverso cui due o più individui condividono stati soggettivi e l'attività mentale è comunicata attraverso molteplici canali: sguardi, posture, espressioni e l'uso della parola. (Fleury & Hug, 2008). Il centro dell'intersoggettività è il sistema dei neuroni specchio, un sistema di cellule cerebrali che si attiva, nel medesimo modo, sia nel compiere un'azione sia nell'osservare un altro essere umano compierla, svolgendo un ruolo cruciale nella comprensione empatica dei vissuti e delle intenzioni altrui.

Considerare il fattore trasformativo dell'esperienza nel genoma e nella struttura cerebrale ha spinto i ricercatori ad approfondire le evidenze neurobiologiche riguardanti i cambiamenti a lungo termine a seguito di percorsi di psicoterapia, sottolineando ancora una volta l'importanza dell'esperienza nel qui e ora.

Il progetto esposto in questo lavoro ha quindi cercato di favorire la strutturazione di nuove

¹⁹ Branca che si occupa dei cambiamenti fenotipici ereditabili nonostante l'assenza di modifiche del genoma

“connessioni” nel mondo interno dei pazienti e tra esso e il mondo esterno, sostenendo e valorizzando le risorse personali in direzione del cambiamento attraverso le peculiarità dell’approccio psicodrammatico.

Nel lavorare con persone con diagnosi di Disturbo della Nutrizione e dell’alimentazione si può constatare come esse faticano ad entrare in contatto coi propri vissuti più profondi temendo di perdere il controllo di sé. Il rapporto col corpo è spesso confuso e fumoso, difficile da cogliere, da verbalizzare e da significare.

Questi pazienti si trovano spesso incastrati nei loro rituali cristallizzati ed è complicato stimolare in loro la curiosità verso le novità e verso nuove esperienze capaci di introdurre cambiamento nei copioni di vita e di significati.

Ecco che lo Psicodramma Classico, grazie al suo impianto teorico, ontologico e metodologico e alla struttura delle sessioni (sia nel setting grupppale che in quello individuale), si può ritenere una proposta convincente e vincente.

Attraverso l’attivazione psicomotoria, il corpo funge da connettore tra le esperienze del qui e ora e il mondo interno. Questo permette, a chi ne fa esperienza, di attingere alle memorie somatiche, anche a quelle inenarrabili o frammentate; così facendo si ha modo di integrarle attribuendo alle stesse nuovi significati.

La rappresentazione scenica, cioè il rendere presente sulla scena il proprio mondo interno, permette ai pazienti di trovare modi nuovi di esprimere la propria verità soggettiva spingendosi verso il temuto che blocca rimanendo entro la propria soglia di tolleranza, evitando così la riattualizzazione del trauma.

DARSI VOCE

PREMESSE

In questo capitolo vorrei raccontare e argomentare l'esperienza del gruppo di Psicodramma Classico Online condotto durante l'emergenza Covid, figlio della precedente esperienza costruita con la Dott.ssa Valeria Zucano rivolta a pazienti post bariatrici.

Il servizio era rimasto positivamente impressionato dalle nostre restituzioni ma, soprattutto, dai rimandi positivi di coloro che vi avevano partecipato, tanto da accordare fin da subito una seconda edizione.

La situazione pandemica e le restrizioni presenti all'interno dei servizi rischiavano di rendere impossibile la prosecuzione del percorso; ho così deciso di scrivere un progetto che prevedesse la realizzazione di quest'ultimo a distanza.

Il nome del progetto nasce dall'intento di offrire uno spazio di osservazione e di espressione di sé, dei propri vissuti e, per risonanza, di quelli altrui.

Dopo averne parlato con la tutor di riferimento, ho presentato il progetto durante una riunione di coordinamento della rete territoriale che vede coinvolta l'équipe del Servizio per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione della ASL di Torino, ma anche psichiatri e infermieri di altri Centri di Salute Mentale del territorio. La proposta è stata accolta con molto entusiasmo, in quanto rispondeva ad un'esigenza concreta di gestione e cura delle persone in carico ai servizi.

Parlo al plurale perché durante la riunione, dagli altri CSM emergeva quanto questa proposta fosse interessante anche per persone con altre diagnosi. Ho colto la palla al balzo per argomentare quanto la metodologia psicodrammatica prediligesse l'eterogeneità all'interno del gruppo. È così nata la possibilità di aprire l'esperienza online anche a persone non in carico al servizio DCA.

Nonostante la presentazione fosse scritta in modo da mettere in luce le possibilità della metodologia di rispondere ai bisogni di pazienti con diagnosi di BED, ero convinta, e lo sono ancora di più oggi, che la partecipazione di persone senza questa diagnosi avrebbe favorito il primissimo obiettivo che mi proponevo: quello di permettere che al centro del palcoscenico non ci fosse l'etichetta, ma la persona e la sua soggettività.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il percorso di gruppo online, di approccio psicodrammatico, nasceva come offerta ai pazienti con diagnosi di Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione, in coda all'esperienza pregressa, in presenza, di un gruppo composto da pazienti post bariatrici e con diagnosi BED.

Da un'analisi fatta mettendo insieme dati trovati in letteratura e l'esperienza pratica, possiamo osservare come le persone che soffrono di questo disturbo si abbuffino, ma non usino in modo regolare comportamenti compensatori, non seguano una dieta e mangino eccessivamente anche al di fuori delle abbuffate. Per questo motivo nella maggior parte dei casi è presente una condizione di sovrappeso o di obesità. Anche se non sempre, è presente una grande importanza attribuita alle forme del corpo e al peso.

Nel caso di pazienti con diagnosi di Binge Eating alcune volte è presente un diniego e una sottovalutazione dei rischi organici legati alle condotte alimentari.

Dal punto di vista psicologico le persone sono spesso depresse o stressate a causa del problema alimentare e possono presentare isolamento sociale dovuto ai vissuti di vergogna per il proprio stile alimentare o per la condizione di sovrappeso o di obesità. Alcune caratteristiche di personalità sono correlate allo sviluppo di questo disturbo e questi sono:

- 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.

Sono riscontrabili sentimenti problematici spesso repressi, tra cui:

- bisogno di approvazione;
- paura del giudizio degli altri;
- sentirsi fuori posto e non all'altezza;

- sentimenti di solitudine ed isolamento;
- difficoltà a fidarsi degli altri e a credere nelle relazioni.

Nelle loro vite spesso si rintracciano dinamiche relazionali di natura passivo-aggressiva e difficoltà nell'esperire e mettere limiti sani per sé stessi e per gli altri.

Lo Psicodramma Classico, con il suo impianto ontologico, teorico e metodologico, si configura come un'occasione per avviare processi di sviluppo di risorse e maturazione del Sé. Ogni membro del gruppo, con tutta la sua umanità, è parte del processo di cura, agente terapeutico per gli altri, da detentore di un disturbo, ciascuno scopre di essere risorsa così come è.

Nello stabilire gli obiettivi generali mi sono orientata in base a ciò che nel corso dei quattro anni ho potuto osservare nei pazienti incontrati: in primo luogo una grande difficoltà ad esperire il corpo vissuto, a dar voce alle sensazioni fisiche e quelle emotive, a descriversi fuori dallo sguardo altrui, rimanendo incastrate in automatismi difficili da significare. L'accesso al mondo interno è spesso inibito e difeso, a guardia del quale si trova il sintomo. Per quanto riguarda le relazioni interpersonali, esse sono assenti o funzionali; in alcuni casi oscillano in modo disordinato tra i due poli. Trovano una grandissima difficoltà a dire di no per paura dell'abbandono, nella loro storia sono rari i contro-ruoli accidentati mentre si incontrano spesso storie di abusi, fisici e/o psicologici. Il sintomo, in questi incontri, è apparso ai miei occhi il modo (seppur disfunzionale) di tenere insieme parti di sé ed esperienze.

Ricordo che con la primissima paziente incontrata, una volta ho addirittura pensato che con tutto quello che aveva vissuto, fosse davvero incredibile che avesse sviluppato "soltanto bulimia". Non era poco, ma riuscire a "togliere" il sintomo non avrebbe risposto ai bisogni di questa persona.

L'osservazione non interpretativa e la teoria psicodrammatica mi suggeriva fondamentalmente di fare una cosa: provare ad avviare processi interrotti in un clima di relazione autentica (fosse individuale o gruppale).

Nonostante gli obiettivi che seguono siano scritti in un linguaggio condivisibile anche dagli operatori con cui ho collaborato, alla base c'è un pensiero clinico psicodrammatico: con questo percorso online mi sono infatti prefissata di stimolare il Fattore S-C, promuovere relazioni teliche e l'espressione della propria verità soggettiva. Per farlo è stato fondamentale pensare ad un intervento che favorisse l'attivazione interconnessa tra

Io-attore e Io-osservatore, attraverso gli attivatori del sé che stimolassero la nascita e lo sviluppo di ruoli nuovi e, quindi, del Sé stesso.

OBIETTIVI GENERALI

Durante le sessioni di Psicodramma Classico Online si è ritenuto imprescindibile:

1. Incrementare la capacità di dar voce a vissuti propri e altrui

Promuovere la possibilità di sostare sui vissuti corporei ed emotivi piuttosto che offrire occasione di razionalizzazione. Stare sull'emozione, anche se difficile, offre alla persona l'occasione di capirla e gestirla meglio, piuttosto che generare la necessità di fuggire verso il bisogno di spiegarla, sminuirla, razionalizzarla o, addirittura, negarla.

2. Migliorare capacità di integrare punti di vista differenti

Favorire il confronto tra auto ed eteropercezione, in modo da consentire l'accesso a nuovi adattamenti e cambiamenti nel modo di porsi con gli altri, nonché di favorire processi individuativi.

Il fatto di mettere a confronto il proprio punto di vista con quello altrui consente di auto-osservarsi, inserendo spazi di mentalizzazione tra i meccanismi automatici agiti per inerzia, consentendo movimenti di rappresentazione e apprendimento consapevole su sé stessi e il mondo, porta d'accesso verso la ristrutturazione di relazioni e schemi comportamentali.

3. Aiutare l'autolegittimazione dell'espressione personale e migliorare la qualità delle relazioni del gruppo

Stimolare processi relazionali al fine di promuovere la conferma di sé, di esplorare punti di vista differenti dal proprio, di conferire diritto all'esistenza di parti di sé temute o rifiutate, aprendo alla possibilità di riconoscere, in caratteristiche simili, elementi di umanità comune.

4. Migliorare la consapevolezza delle proprie risorse attraverso le relazioni tra i membri del gruppo

Promuovere l'incontro autentico tra persone, favorendo l'instaurarsi di condivisioni e interazioni di natura intersoggettiva (anziché interdipendente), in antitesi alle dinamiche passivo-aggressive in cui solitamente le persone ricadono.

SPECIFICHE DEL GRUPPO

Il percorso di gruppo online, condotto con la metodologia dello Psicodramma Classico, è avvenuto su piattaforma Zoom. Essendo in capo ad un servizio pubblico mi è stato richiesto che fosse presente un operatore dell'équipe come osservatore. Non essendo prevista questa figura nella metodologia psicodrammatica è stato coinvolto in veste di **co-conduttore**, al quale erano affidate le consegne di aggiornamento e di congedo.

Non è stata possibile la somministrazione di questionari valutativi, ciò che esprimerò è frutto dell'osservazione mia e dei feedback del gruppo.

Il gruppo era composto da cinque membri, quattro donne e un uomo, di età compresa tra i 45 e i 60 anni, che avevano storie, interessi e passioni molto diverse tra loro.

Racconterò, brevemente, ciò che mi è rimasto impresso del primo incontro online individuale precedente all'avvio del percorso. Per riservatezza cambierò i nomi:

- Oriana è una donna che ama l'arte e gli animali, in particolar modo i gatti. È divorziata e ha una figlia di 25 anni. È casalinga e nel tempo libero ama leggere e dipingere. Non ha una grande cerchia relazionale e si racconta come abituata ad accudire gli altri. Ha una lunga storia di prese in carico nei servizi e si definisce attraverso ciò che i suoi cari e gli operatori le hanno detto di come è e come funziona.
- Erika è un'educatrice di asilo nido. È sposata e suo marito attualmente vive all'estero, nel Paese d'origine. È sollevata dal non dover gestire la quotidianità conflittuale con lui, ma si sente molto sola. Non ha molti amici e i pochi che ha avuto nella vita hanno tradito la sua fiducia. Fatica ad esprimersi in modo disinvolto e nasconde il proprio disagio ridendo.

- Federico è un uomo *single*, impiegato e musicista. Durante l'incontro non dice niente della sua storia personale, se non che ha alle spalle lunghi trascorsi come paziente per diversi tipi di dipendenze. Ora la sua dipendenza è dal cibo.
- Anita è biologa e ama molto il suo lavoro, se non fosse per i colleghi che pensa si approfittino di lei. Si mostra scettica rispetto a questo percorso, lo ha accettato perché comunque lo ritiene "meglio di niente". È una madre *single*, ha una figlia con la quale afferma di avere un rapporto distaccato, per non essere invadente come è stata, e continua ad essere, sua madre con lei.
- Stefania è sposata e ha due figli. È la prima volta che richiede supporto psicologico, ultimamente è spesso triste e non sente di poter contare su nessuno. Dice di essere molto riservata e spera che questo percorso le consenta di vincere la sua timidezza.

Durante i 12 incontri ho optato per consegne semplici calate e ricalibrate *in itinere* sugli elementi salienti emersi durante il percorso, così da stimolare e supportare il senso di autoefficacia dei partecipanti al gruppo e incrementarne la motivazione al lavoro. Volevo mettere ciascuno nella situazione di poter aderire alle proposte, in modo anche ludico e disteso, incentivando l'assunzione, lo sviluppo e il potenziamento di risorse e competenze psicologiche e relazionali utili alla vita di tutti i giorni (espressione di sé, regolazione emotiva, assertività, integrazione tra vissuti emotivi e somatici ecc.)

Le contingenze dettate dall'essere a distanza rischiavano di favorire, in modo preponderante, la stimolazione e l'utilizzo di attivatori mentali (doppio, specchio, rispecchiamento e inversione di ruolo). Per questo motivo, durante ogni incontro ho cercato di promuovere, in maniera esplicita, seppur delicata, l'attivazione corporea, soprattutto nella fase di riscaldamento.

Ho avuto modo di condurre l'ultima sessione dal vivo, essendo cambiate le disposizioni ministeriali relative agli incontri in presenza. Grazie alla collaborazione del Dott. Marco Greco, che ha messo a disposizione la sede del Teatro di Psicodramma di Via S. Domenico 16 a Torino, i membri del gruppo hanno potuto sperimentare un setting diverso dall'online, ma anche dalle sale dell'ASL.

TAPPE DEL PERCORSO

Ho provato a riassumere il percorso in tre tappe, così da raccontare il delinearsi dell'esperienza. Per ogni blocco descriverò gli intenti perseguiti e presenterò alcune consegne utilizzate, in modo da delineare il *fil rouge* di quanto accaduto. Come potrete vedere ho privilegiato consegne semplici, che rendessero possibile l'azione di ciascuno. Temevo infatti che attività complesse, senza un'adeguata fase di riscaldamento psicomotorio, avrebbero potuto inibire l'espressione di sé e l'attivazione di risorse.

Una costante è stata l'impegno nel garantire circolarità, simmetria e dinamiche di espressione in cui vigesse il primato della verità soggettiva e l'assenza di giudizio.

I. Conoscersi e Incontrarsi

L'intento delle prime sessioni è stato quello di favorire l'incontro tra i membri del gruppo. Tra loro non si conoscevano, a parte O. e E. che avevano partecipato insieme ad un altro progetto del servizio DCA. Attraverso l'utilizzo della sociometria ho cercato di stimolare l'emersione del non detto e la redistribuzione delle informazioni che possedevano l'una dell'altra, affinché diventassero patrimonio del gruppo.

In questa fase, l'obiettivo era quello di cementare le relazioni tra loro e offrire a ciascuno la possibilità di osservarsi e raccontare la propria storia in modo nuovo, fuori dal copione del disturbo per il quale sentiva di essere lì.

Per farlo ho prediletto lavori a coppie e con micro-protagonisti.

Ecco alcuni esempi di consegne:

- I LUOGHI DEL CUORE:

D: "Ciascuno di voi avrà un po' di tempo per raccontare agli altri qualcosa di sé. Vi chiederò di farlo in un modo un po' insolito. Pensate ai vostri luoghi del cuore, quelli in cui avete vissuto o siete stati (...) Metteteli in ordine cronologico (...) Pensate ai primi tre (...) Uno per volta li racconterete senza condividere aneddoti o i motivi per cui questi luoghi sono importanti. Ma utilizzando soltanto le memorie dei cinque sensi: colori, rumori, profumi, sapori, sensazioni sulla pelle, freddo, caldo, che tipo di vento ecc. Io vi aiuterò a stare su questa dimensione".

- PERSONE IMPORTANTI:

D: “Prendete un foglietto e fate un elenco delle persone che per voi sono state punti di riferimento (...) Mettetele in ordine di importanza (...) Cominciando da ... chi è la prima persona che hai scelto? Che ruolo ha nella tua vita? (...) Gli altri ascolteranno con attenzione perché poi ognuno avrà una domanda a disposizione da rivolgere ad un compagno”.

- L’OGGETTO MAGICO:

D: “Andate a cercare, nella vostra casa, un oggetto che in questo periodo usate in modo quotidiano (...) (uno per volta) Spegni la videocamera. Quando la accenderai darai voce all’oggetto che hai scelto. Io ti sosterrò con la tecnica del doppio e con qualche domanda che aiuti il tuo oggetto a raccontarci qualcosa di te e delle tue giornate”.

- INTERVISTA AD UN ALTRO SIGNIFICATIVO:

D: “Pensate a questo periodo della vostra vita. C’è una persona che vi conosce molto bene? Chi è? (...) Cominciando da ... Chiudi gli occhi. Quando li riaprirai diventerai la persona che hai scelto. (...) Bentrovato... Ci dica qualcosa di lei (...) Qui ci sono i compagni di gruppo di... che le faranno alcune domande”.

II. Raccontarsi

Man mano che il gruppo prendeva confidenza, ho pensato di promuovere l’accesso ai contenuti emotivi e relazionali del proprio mondo interno, attraverso espedienti ludici, creativi e artistici, in modo da stimolare l’integrazione di parti di sé disarmoniche e conflittuali. Ecco alcuni esempi di consegne:

- L’ALBERO:

D: “Con questa musica in sottofondo, concentratevi sulle sensazioni del vostro corpo, dai piedi al capo e mentre lo fate, visualizzate un albero (...) Quando lo avete visualizzato, disegnatelo sul foglio che avete accanto (...) Mostra agli altri

il tuo disegno, tienilo ben inquadrato. Ora chiamerai uno per volta gli altri del gruppo e nel guardare questo albero, ciascuno ti regalerà un aggettivo che lo descriva (...) Quali tra queste caratteristiche attribuite al tuo albero senti che appartengono anche a te, e quali invece no?”.

- **LA MIA STORIA:**

D: “Prendete due foglietti, attorno ad uno di essi fate una cornicetta con un pastello verde, nell’altro la fate con un pastello rosso. Sul foglietto rosso scrivete quattro eventi della vostra vita che sentite essere stati negativi. Su quello verde quattro eventi che avete vissuto come positivi (...) Cominciando da ... scegli un evento tra quelli che hai scritto (...) Ora scegli un compagno a cui raccontarlo (...) Ora chiudi gli occhi... (doppiando) Nel raccontare mi sono sentito (...) Fai un bel respiro, a chi passi il turno di parola?”.

- **QUANDO ERO PICCOLO:**

D: “Ora vi dividerò in stanze. In una ci sarà una coppia (a-b), nell’altra un terzetto(c-d-e). Avrete un quarto d’ora per scambiarsi racconti sulla vostra infanzia. Nella coppia avrete sette minuti a testa, nel terzetto cinque minuti a testa. Ricordatevi di fare come quando siamo qui tutti insieme, ciascuno ascolta chi parla senza interromperlo con l’intento di capirlo meglio e di mettersi nei suoi panni (...) Ora che siamo nuovamente tutti qui a chiude gli occhi e b racconterà la storia che ha ascoltato, usando la tecnica del doppio che già conoscete. Lo stesso farà dopo a con b, c con d, d con e, e con c (...)”.

- **NON TI HO MAI DETTO CHE:**

D: “Ciascuno pensi alle persone della propria vita attuale. Scegliete quella che sentite essere ostacolante. Cominciando da... chi può interpretarla? (...) Ora hai l’opportunità di dirle tutto quello che non le hai mai detto (...) Come ti sei sentito nel farlo?”.

III. Congedarsi

Per congedo intendo il momento finale di ogni sessione, in cui ognuno ha avuto il suo tempo e il suo spazio per condividere i propri vissuti.

Durante l'ultima fase del ciclo di incontri ho volutamente stimolato, più che in altri momenti del percorso, la proiezione nel futuro e la funzione di specchio in modo da lavorare sul congedo, l'individuazione e la significazione dell'esperienza fatta.

- SPECCHIO DELLE MIE BRAME:

D: "Tutti conoscete la storia di Biancaneve. Vi ricordate lo specchio che rispondeva alle domande della regina? (...) Ciascuno di voi oggi avrà modo di trasformare due compagni in specchi. Uno rispecchierà le risorse che vede in voi, l'altro ciò in cui ancora fate fatica. È importante ricordare che questi specchi non mostrano la verità assoluta ma solo dei punti di vista. Cominciando da...chi scegli come specchio delle risorse? Chi come specchio delle criticità?"

- SU DI ME:

D: "Andando in ordine alfabetico, ciascuno farà un'esperienza particolare. Potrà origliare i suoi compagni di gruppo mentre parlando di come l'hanno visto in questo percorso. Cominciamo con... spegni la videocamera. (rivolgendosi agli altri membri del gruppo) Ora che ... non è con voi, come lo avete visto in questi mesi? (al termine del consulto) Ben tornato. Con un pensiero a voce alta, metti in parole ciò che ti gira dentro".

- CARO ME:

D: "Oggi avrete la possibilità di incontrare i voi stessi dell'anno passato e di raccontargli questa esperienza, cos'è successo ma soprattutto cos'avete vissuto".

Durante l'ultima sessione, avvenuta in presenza nel Teatro di Via San Domenico 16, il gruppo ha avuto modo di sperimentare il setting specifico dello Psicodramma Classico ed il potersi incontrare fisicamente. Era la prima volta, infatti, che si incontravano in

presenza. Ho sfruttato questa contingenza in tutte le parti della sessione. Avevano desiderio di vedersi, di toccarsi, di incontrarsi in carne ed ossa.

Il setting ha sicuramente agevolato e giocato un importante effetto sorpresa: era un luogo *impensato*, da esplorare.

- INCARNARSI:

D: “Andiamo in ordine alfabetico. Chi è il primo? Prendi il centro del palcoscenico. È tutto tuo. I tuoi compagni ti guarderanno dall’uditorio. Come se fossi una statua, prendi una postura statica che esprima come ti senti ad essere qui in questo momento. Quando l’avrai trovata, un compagno alla volta verrà vicino a te, assumerà la tua stessa postura e proverà a doppiarti”.

- SOCIOMETRIA:

D: “Alzate la mano sinistra, al mio tre la posizionerete sulla schiena del compagno che volete lavori per primo (...) Vieni al centro del palcoscenico (...) Guarda i tuoi compagni, prendine uno per volta e disponili attorno a te, più vicini o più lontani, in base alla confidenza che senti (...) Rivolgiti a ciascuno seguendo l’ordine di scelta e rivolgiti dicendo “ti ho messo qui perché...”.

- DI TE MI PORTO:

D: “Stiamo arrivando alla fine della sessione e alla fine del percorso (...) chiama vicino a te un compagno per volta. Trova un contatto per come senti che ti va. (Doppiando) Di te mi porto...”.

Nel paragrafo che segue riporterò le considerazioni fatte durante il percorso e a posteriori. Ho pensato di inserire alcuni commenti raccolti dai e dalle pazienti in quanto mi hanno suggerito riflessioni a cui da sola non ero giunta, permettendomi di guardare a quanto accaduto attraverso i loro occhi.

CONSIDERAZIONI DI FINE PERCORSO

Proporre un percorso di psicodramma online è stato un'occasione per mettermi in gioco, rispondendo a bisogni di incontro in modo contingente alle norme restrittive del contesto storico del momento.

Nel farlo avevo ben chiara una grande criticità relativa alla necessità di riuscire a mantenere la presenza del corpo in condizione di distanza fisica. In modo particolare temevo che sarebbe stato difficile stimolare l'esperienza corporea in prima persona, che in questo elaborato ho menzionato come **corpo vissuto (o corpo che sono)**.

In ogni sessione ho così cercato di promuovere attività volte all'incontro e all'accoglienza delle sensazioni fisiche, in modo da poter poi mettere in parole i vissuti ad esse legati. Spesso, soprattutto inizialmente, si è trattato di vissuti di estraneità o di grande disagio. Importantissimo è stato il contributo dei due pazienti senza diagnosi di DCA che, avendo più familiarità col proprio fisico, hanno reso accessibile agli altri questa esperienza. Vedere i compagni avere accesso a questa dimensione, ha reso più semplice provare ad ascoltarsi e darsi voce ha fatto loro meno paura.

A riguardo O. riporta: *“mi ha fatto sentire il collegamento delle emozioni con il corpo. Io ho sentito un vortice in espansione nel petto, ma ancora non so cosa sia”*. Dopo alcune sessioni, riferendosi a questa esperienza dice: *“rappresenta il mio desiderio di aprirmi agli altri ed uscire dal guscio che mi sono costruita per ripararmi dai dolori della vita. Il guscio ora mi sta stretto, voglio lasciar andare il passato, esprimere le mie emozioni, vivere la vita con più leggerezza”*.

Anche per E. il momento in cui ha avuto accesso alle sensazioni del suo corpo è stato molto importante: *“Non avevo mai raccontato a nessuno dell'aborto spontaneo, nemmeno a mio marito perché per me è un grosso fallimento. Mentre ne parlavo ho sentito un vuoto in pancia, come prima di abbuffarmi. Forse mi abbuffo quando mi sento fallita”*. Durante l'ultima sessione dice (rivolgendosi a R.): *“Di te mi porto via che senti le tue emozioni, perché mi hai fatto pensare che potevo farlo anche io. Mi hai aiutata e un po' ci sono riuscita. Questa volta non ho fallito”*.

Sicuramente ci sono notevoli differenze rispetto alle sessioni in presenza, ma ho sperimentato che tenere a mente la dimensione corporea in modo intenzionale ha consentito una sorta di funzione ausiliaria, quasi vicaria, rendendo accessibili, pensabili e

significabili le proprie esperienze somatiche.

Anche a distanza è stato imprescindibile promuovere un avvicinarsi dell'Io-attore e dell'Io-osservatore, grazie anche all'attivazione di relazioni empatiche tra i membri del gruppo che ha facilitato ciascuno nel contatto con il proprio mondo interno e con gli altri. A tal riguardo S. riporta: *“Ascoltare gli altri mi aiuta a capire meglio me stessa, attraverso le loro parole, le loro esperienze, le loro vite. Per me è nata un'amicizia virtuale con tutti i componenti gruppo, perché la riservatezza mi ha permesso di confidarmi con fiducia”*.

Sempre a tal proposito R. ha affermato: *“Io non parlo mai di me, nemmeno con gli amici stretti. Non so cosa succede qui. Quando parlo mi ascoltate, non mi volete correggere o giudicare. Basta così poco?”*

Anche A. ha fatto un'esperienza simile: *“Mi sento arricchita, più consapevole e più fiduciosa verso la vita e verso gli altri. E spero che per voi sia lo stesso”*.

Aver favorito l'espressione di sé ha concesso ai membri del gruppo di non definirsi in modo rigido. Parlare di sé è diventata un'occasione per dare senso al loro esserci nel qui e ora. Verso metà percorso i membri del gruppo si sono infatti resi conto che all'interno del gruppo non si era mai parlato di diagnosi o disturbi. A. ha commentato *“mi sono resa conto che non so le malattie dei miei compagni di gruppo e la cosa mi piace. Io sono solo IO, non la mia malattia.”*

Durante i dodici incontri ci sono stati movimenti di integrazione tra l'esperienza di sé e lo sguardo degli altri anche se, in così poco tempo, non si può parlare in termini di risoluzione o di sviluppo finito di questa funzione mentale. Durante una sessione S. dice: *“Io non mi sento così, mi vedo fragile. Ma i miei compagni mi hanno detto che sono stata coraggiosa. E se dentro di me ci fosse almeno un briciolo di coraggio?”*

I rapporti nati durante i mesi sono diventati significativi, capaci di nutrire e spronare ciascuno nel prendersi cura di sé. Anche se a distanza, le modalità di relazione intersoggettiva hanno permesso la nascita di un clima familiare nel senso più autentico del termine. Essere visti e toccati dagli altri, ha reso possibile considerarsi visibili e toccabili anche da sé stessi. Nel procedere del percorso: i contenuti del mondo interno sono diventati individuabili ed esprimibili, anche se ancora con difficoltà e le relazioni con gli altri non soltanto qualcosa da gestire, fuggire o farsi carico ma qualcosa di nutriente che aiuta e sostiene l'esperienza di sé e lo sviluppo di risorse. In sede di aggiornamento è stato

possibile rintracciare come, nella vita personale, fossero anche più portate a mettere limiti e confini.

L'esperienza psicodrammatica si è confermata, ai miei occhi, come un'importante occasione di attivazione e sviluppo del Sé. Di certo nel percorso online ho fatto ricorso soprattutto agli attivatori mentali. Nonostante io ritenga questo un limite dell'esperienza fatta, il gruppo ha sperimentato il desiderio di trovarsi, vedersi, toccarsi.

Durante l'ultima sessione si è per la prima volta ritrovato in presenza.

Entrare nel teatro di psicodramma è stato per tutti molto emozionante. Si tratta di un setting diverso da quello a cui il gruppo era abituato, che ha suscitato interesse e stupore, facendo da sfondo ad un incontro piacevole e naturale.

In questa sede, ho cercato di ricorrere ad attivatori mentali e somatici in modo bilanciato e integrato, promuovendo l'alternarsi di momenti fusionali e individuativi, di azione e significazione. Temevo che passare dalla modalità online alla presenza fisica sarebbe stato complesso, innaturale e magari artificioso. Sono stata davvero contenta di trovare smentita nella naturalezza dell'incontro e nei feedback riportati.

F. ha commentato: *“Ci siamo incontrati di persona per la prima volta, eppure eravamo in sintonia, a nostro agio, come se ci conoscessimo da sempre. Un gruppo di amici, emotivamente vicini”*.

Anche A. è rimasta positivamente colpita: *“Stare scalza, le luci, i colori, hanno creato un'atmosfera rilassante, che mi ha permesso di immergermi completamente nel momento, senza pensare ad altro”*.

S. ha riportato: *“Non voglio più assumere il ruolo passivo della vittima, che si sente ferita, non riesce più a reagire e si chiude in sé stessa. Mi avete fatto vedere che so dire di no. Se ce l'ho fatta qui, posso farlo fuori”*.

O. ha detto: *“La condivisione ha creato empatia, mai giudizio. Mi sono sentita compresa, coccolata, abbracciata, sostenuta. Alla fine del percorso sento di avere la forza per reagire all'inerzia e ai momenti brutti”*.

Infine, E., commuovendosi, ha condiviso: *“È come se, sorretta dal gruppo, io sia riuscita a rialzarmi, mi è tornata la voglia di vivere”*.

Al termine di questa esperienza forse non si può dire che queste persone siano “guarite” dal loro disturbo, in fin dei conti non era questo l'obiettivo. Ciò che ho osservato, e che ciascuno di loro ha confermato, è stato l'avvio di processi di cambiamento nel loro modo

di stare in relazione a sé e ai compagni di gruppo, nell'autostima, nel riuscire a sentirsi corpo, oltre che sentire di possederlo.

Ho potuto notare anche l'entusiasmo con cui queste persone si sono messe in gioco, sperimentando nuovi modi di stare nel ruolo di paziente, in modo più attivo e fiducioso nei confronti delle proprie possibilità.

CONCLUSIONI

Ripercorrere questi quattro anni di formazione ed esperienze, metterli insieme, è stato commovente e necessario: mi ha permesso di fare sintesi e tesoro di quanto ho imparato in modo più consapevole.

Ho cercato di seguire i passi nell'ordine in cui li ho fatti, e ho provato tenerezza nel ricordare l'insicurezza e la confusione dei primi momenti, quando l'impianto moreniano mi sembrava così lontano dalle nozioni apprese durante gli anni universitari e dalle richieste della sede di tirocinio. Per questo motivo ho cominciato con una descrizione della nosografia psichiatrica a cui ho dovuto fare riferimento nell'approcciarmi alla conoscenza dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Ho provato anche ad esprimere come essa non mi bastasse per comprendere il vissuto delle persone che incontravo. Utilizzando le tecniche psicodrammatiche, anche nel setting individuale, far succedere delle cose, osservarsi, esprimersi era più semplice, più naturale.

È stato importante creare connessioni tra la pratica e la teoria per cercare di rendere atto (in senso aristotelico) di ciò che si andava delineando nella mia mente. Ricordo con gratitudine il professor Crini, che mi aveva consigliato di provare a guardare i DCA nella loro natura fenomenologica in modo da meglio comprendere la verità soggettiva dei e delle pazienti, senza fossilizzarmi nel tentativo di far "sparire il sintomo".

In effetti, il malessere dei pazienti incontrati era spesso espressione di difficoltà che avevano a che fare col corpo vissuto, con l'Altro e con la costruzione dell'identità personale, che si costruisce grazie all'integrazione tra l'esperienza di sé primordiale e lo sguardo altrui. La connessione tra i due punti di vista risultava allentata se non assente, in quanto i propri vissuti corporei tendevano ad essere silenziati fino ad avvertire un senso di estraneità rispetto al proprio corpo; per questo motivo cercavano di riappropriarsi del controllo su di esso attraverso strategie compensative, sia restrittive che bulimiche.

L'Altro era fondamentale, se non determinante, per intercettare la propria presenza nel mondo e modellare il proprio corpo rappresentava così una sorta di metafora, avente per disvelamento il tentativo di dare forma al proprio mondo interno. Per questi pazienti era difficilissimo percepire le proprie emozioni, le sensazioni, i vissuti e di conseguenza mettere tutto in parole; vivevano un senso di disgusto e vergogna verso il proprio aspetto fisico, una profonda angoscia per il non riuscire a controllarlo, ai quali si affiancava

l'incapacità di dar forma dalla propria esistenza.

Lo psicodramma stimola accadimenti capaci di coinvolgere le persone nella loro complessità psicofisica, spronandole a produrre azioni spontanee capaci di muovere verso nuove consapevolezze e nuove modalità di funzionamento intrapsichico e interpersonale. Partecipare alla vita del gruppo, in cui si alternano momenti di fusionalità e moti individuativi, fa sì che le persone siano messe in condizione di potersi e doversi esprimere pubblicamente in modo spontaneo e creativo ma contingentato alle consegne del direttore, che si fa garante dello spazio di auto-espressione omogeneo e circolare (principio della circolarità e della simmetria) così da facilitare il riconoscimento soggettivo, la comprensione reciproca, limitando i non detti.

Lo sviluppo della spontaneità è un prerequisito fondamentale per il cambiamento e la possibilità di costruire nuove connessioni con la storia personale e le relazioni (primarie e attuali) del paziente, oltre che di esperire una relazione maggiormente fluida tra le azioni e il pensiero.

Come già affermato, il cervello si evolve durante tutto l'arco di vita; per questo motivo, affermare che la psicoterapia favorisce cambiamento e benessere psicofisico, significa che questa pratica influenza lo sviluppo e l'integrazione di nuove reti neurali e nuove connessioni sinaptiche, oltre che la riattivazione di quelle interrotte; un processo che si manifesta nell'apprendimento di nuove strategie comportamentali promosse all'interno di relazioni emozionalmente correttive.

Tutto ciò è reso possibile dalla struttura propria di una sessione di psicodramma classico che alterna costantemente momenti fusionali a momenti individuativi, stimolando la spontaneità e l'abbassamento dei livelli d'ansia al fine di favorire l'autoespressione.

In questi quattro anni lo Psicodramma Classico, con la sua struttura metodologica e teorica, mi ha consentito di non fermarmi davanti al sintomo, anche ad uno così ingombrante come quello alimentare, dandomi modo di vedere oltre la corazza del corpo obeso o la trasparenza di quello anoressico. La routine del sintomo ha perciò acquistato per me il senso di un vero e proprio copione cristallizzato, ma al centro di tutto rimaneva la persona, con la sua vita, i suoi traumi, le sue paure, le sue speranze, anche quelle fumose e inafferrabili.

La prima intuizione nel lavoro terapeutico è stata provare a stabilire un dialogo tra il mondo interno e il corpo, quando la distinzione tra lo stimolo biologico della fame

sembrava indistinguibile dai vissuti emotivi e questi ultimi venivano esperiti come intollerabili. Si trattava di una incomunicabilità tra l'Io-attore e l'Io-osservatore che ostacolava l'esperienza che questi pazienti facevano di sé stessi e l'assunzione di ruoli creativi, promuovendo un adeguato sviluppo del sé, grazie alla funzione facilitatrice degli *attivatori somatici* (i contro-ruoli che agiscono sul piano corporeo stimolando l'azione) e *mentali* (le tecniche che stimolano la riflessione).

Attivando corpo e mente, attraverso il circuito azione-significazione, all'interno di un clima relazionale empatico e reciproco, lo psicodramma è stato in grado di stimolare processi interrotti o "abortiti".

La metodologia psicodrammatica ha mostrato risvolti clinici importanti consentendo ai pazienti lo sviluppo di un senso di sé coeso e integrato, facilitandoli nella significazione del proprio mondo interno e nel rapporto con gli altri.

Le esperienze di conduzione di gruppi all'interno del servizio della ASL di Torino hanno confermato ai miei occhi come questa metodologia possa dare un contributo specifico al lavoro con pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in quanto capace di mobilitare risorse atte a smuovere le cristallizzazioni e agire sui nodi di vulnerabilità maggiore ponendosi come esperienza correttiva, che struttura e ristrutturata il mondo interno, offrendo possibilità di cambiamento nelle dinamiche intrapsichiche e interpersonali.

Riferendomi al gruppo condotto Online ritengo che quest'ultimo abbia avviato processi di novità conformi agli obiettivi prefissati e abbia chiarito ai miei occhi come per DARS VOCE sia necessario INCARNARSI nel qui e ora, agire in modo spontaneo e creativo e osservarsi. Tuttavia, alcuni limiti dell'esperienza e della stesura di questo lavoro non possono essere trascurati:

- il ridotto coinvolgimento della dimensione corporea, dovuto alle contingenze legate alle restrizioni per la riduzione del contagio da Covid-19;
- la durata temporale del percorso, di soli tre mesi;
- non aver potuto procedere con la somministrazione di questionari che avrebbero dato un valore quantitativo alle considerazioni fin qui riportate;

Da questa esperienza ho maturato il desiderio conseguire un master nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, approfondendo ulteriormente il contributo del metodo

in cui mi sto specializzando. Questo percorso mi ha formata, umanamente e professionalmente, mi ha messa maggiormente in dialogo col mio mondo interno e la mia storia personale e familiare. Mi ha concesso di scoprire meglio il senso della diagnosi e del trattamento nell'incontro e nell'esserci mettendolo in dialogo con altre professionalità e altri orientamenti.

Sono stata fortunata perché ho incontrato numerosi contro-ruoli che mi hanno spronata nel riscaldarmi al ruolo di Psicodrammatista, nelle azioni e nel mio sguardo sul mondo. Sono stati fondamentali coloro che hanno giocato il ruolo di pazienti e che, attraverso il loro sguardo, mi hanno fatto scoprire e appassionare alle potenzialità di questa metodologia. Ho capito che accompagnare gli altri a so-stare e agire nel qui e ora per come possono, significa anche concederlo, in modo autentico, a me stessa: come clinico, certo, ma soprattutto come persona.

RIFERIMENTI

- APA. (2015). *DSM 5 - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Aragona, M., Mancini, M., & Stanghellini, G. (2019). Psicopatologia fenomenologica e disturbi dell'alimentazione: teoria e prassi. In G. Spitoni, & M. Aragona, *Manuale dei disturbi alimentari* (p. 137-158). Roma: Carocci editore.
- Aragona, M., Mancini, M., & Stanghellini, G. (2019). Psicopatologia fenomenologica e disturbi dell'alimentazione: teoria e prassi. In G. Spitoni, & M. Aragona, *Manuale dei disturbi alimentari* (p. 137-158). Torino: Carocci editore.
- Barrett, L. F. (2021). *Sette lezioni e 1/2 sul cervello*. Milano: Il saggiatore.
- Boria, G. (1-2, 2009). Elementi terapeutici specifici dello psicodramma. *Psicodramma Classico*, 125-134.
- Boria, G. (2005). *Psicoterapia psicodrammatica*. Milano: Franco Angeli.
- Boria, G., & Muzzarelli, F. (2018). *L'intervento psicodrammatico. Il metodo moreniano dal gruppo al trattamento individuale*. Milano: Edizioni FS.
- Boria, G., & Togni, I. (2012). La presenza scenica come rappresent-azione. *Psicodramma Classico*, 9-22.
- Cocchi, A. (2001). Fenomenologia del gruppo di psicodramma. *Psicodramma Classico*, 33-46.
- Cucurullo, L. (2011). Lo psicodramma nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. *Psicodramma Classico*, 25-38.
- Cuzzolaro, M. (2019). Cibo, peso, esperienza del corpo. In G. Spitoni, & M. Aragona, *Manuale dei disturbi alimentari* (p. 66-84). Roma: Carocci editore.
- de Leonardis, P. (2007 (3)). Il concetto di matrice come cerniera fra intrapsichico e interpersonale. *Psicodramma Classico*, 69-84.
- de Leonardis, P. (2008). I temi caldi e le scene modello in psicodramma. *Psicodramma Classico*, 41-70.
- De Leonardis, P. (2009). Il tele come chiave della facoltà trasformativa della persona e della società. *Psicodramma Classico*, 63-78.

- de Leonardis, P. (2012). La motivazione e i sistemi motivazionali nell'ottica psicodrammatica. *Psicodramma Classico*, 35-58.
- de Leonardis, P. (2013). Che cosa succede nella sessione di psicodramma? *Psicodramma Classico*, 9-48.
- de Leonardis, P. (2016). Il processo di riscaldamento alla spontaneità e lo sviluppo dei ruoli. *Psicodramma Classico*, 29-56.
- De Leonardis, P. (2018). Struttura della personalità e dinamica intrapsichica in psicodramma. *Psicodramma Classico*, 7-30.
- Del Castello, E. (2010). Psicodramma e funzioni metacognitive. *Psicodramma Classico*, 9-30.
- Dotti, L. (2002). *Lo psicodramma dei bambini. I metodi d'azione in età evolutiva*. Milano: Franco Angeli.
- Dotti, L. (2009). Il concetto di spontaneità-creatività e le sue potenzialità terapeutiche. *Psicodramma Classico*, 39-61.
- Dotti, L. (2013). *La forma della cura. Tecniche socio e psicodrammatiche nella formazione degli operatori educativi e della cura*. Milano: Franco Angeli.
- Durante, G., & Nicolini, L. (2001). Psicodramma in un Centro di Salute Mentale. *Psicodramma Classico*, 7-18.
- Fleury, H., & Hug, E. (2008). Il co-inconscio nella teoria moreniana. *Psicodramma Classico*, 7-20.
- Fumagalli, S. (2007(3)). La progettazione di un gruppo di psicodramma in un contesto istituzionale: quali interrogativi? *Psicodramma Classico*, 39-54.
- Greco, M., & Liotti, N. (2006). Il corpo in scena. *Psicodramma Classico*, 79-94.
- Hansell, J., & Damour, L. (2007). *Psicologia Clinica*. Bologna: Zanichelli Editore.
- Kolk, B. V. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., & Zingaretti, P. (2019). La personalità e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. In G. Spitoni, & M. Aragona, *Manuale dei disturbi alimentari* (p. 85-109). Roma: Carocci editore.
- Lombardo, C., & Cerolini, S. (2019). La valutazione dei disturbi dell'alimentazione. In G. Spitoni, & M. Aragona, *Manuale dei disturbi alimentari* (p. 110-136). Roma: Carocci editore.
- Maffei, C. (2018). *La regolazione delle emozioni in psicoterapia. Guida pratica per il*

- professionista*. Trento: Edizioni Centro Studi Erikson.
- Marineau, R. (1989). *Jacob Levi Moreno 1889-1974*. Londra e New York: Tavistock & Routledge.
- Mendolicchio, L. (2018). *Prima di aprire bocca. Il corpo nel disagio contemporaneo tra disturbi alimentari, autolesionismo, identità di genere e dipendenze*. Milano: Edizioni Angelo Guerini e Associati.
- Moreno, J. L. (1985). *Manuale di Psicodramma*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Moreno, J. L., & Moreno, Z. T. (1987). *Manuale di Psicodramma. Tecniche di regia psicodrammatica*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Palermo, M. (2012). Esperienza psicodrammatica e neuroplasticità cerebrale. *Psicodramma Classico*, 23-34.
- Palermo, M. (2016). Radicarsi nel presente. *Psicodramma Classico*, 85-94.
- Pennisi, M. (2016). La tana del Bianconiglio. *Psicodramma Classico*, 95-106.
- Petta, A., Valente, S., Sarnicola, A., & Aragona, M. (2019). Storia e classificazione dei disturbi alimentari. In G. Spitoni, & M. Aragona, *Manuale dei disturbi alimentari* (p. 21-45). Roma: Carocci editore.
- Pruneti, C. (2019). *Disturbi alimentari. Fisiologia e patologia del comportamento alimentare dal sovrappeso al sottopeso*. Bologna: Società Editrice Esculapio.
- Reggianini, D. (2003). Esercizi di stile. *Psicodramma Classico*, 17-42.
- Reggianini, D. (2009). Il dialogo intrapsichico Io-attore/Io-osservatore. *Psicodramma Classico*, 79-100.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2011). *Binge eating e bulimia. Trattamento dialettico-comportamentale*. Segrate (MI): Raffaello Cortina Editore.
- Spintoni, G. F., & Aragona, M. (2019). *Manuale dei disturbi alimentari*. Roma: Carocci editore.
- Testoni, I., Boria, G., Pogliani, I., Esposito, A., & Guglielmin, M. S. (2012). Una ricerca pilota sui processi di cambiamento in psicodramma. *Psicodramma Classico*, 59-76.
- Togni, I., & Boria, G. (2016). Il tele come processo inter-psichico. *Psicodramma Classico*, 7-28.
- Venturino, C. (2004). La partecipazione dell'uditorio come momento terapeutico di gruppo. *Psicodramma Classico*, 21-30.

Zanna, V., Castiglioni, M., Chianello, I., & Criscuolo, M. (2019). I disturbi del comportamento alimentare in età avolutiva. In G. Spitoni, & M. Aragona, *Manuale dei disturbi alimentari* (p. 46-65). Roma: Carocci editore.