

Presentazione

Atti del Convegno

FABIO DE NARDI

Psichiatra, Direttore Sanitario Ospedale "Villa S. Giuliana"

È per me cosa gradita e motivo di soddisfazione professionale presentare ai colleghi Medici e Psicologi la pubblicazione degli Atti del Convegno che si è tenuto nel nostro Ospedale il 6 ottobre 2007.

La giornata di studio sullo "Psicodramma degli Adolescenti" è stata infatti per la nostra istituzione un significativo momento di riflessione sui presidi e le tecniche di cura oggi impiegate nel trattamento dell'adolescente con importanti disturbi psicopatologici e/o comportamentali, ma anche una importante occasione per fare il punto sul livello di qualità clinico-organizzativa conseguito dal nostro Servizio ospedaliero, sugli obiettivi raggiunti e sui tanti problemi ancora aperti.

Le relazioni di M. Dusi e A. Bezzetto, che hanno trattato le modalità specifiche dell'intervento istituzionale sulla crisi dell'adolescente sottolineando l'imprescindibile esigenza metodologica di ricercare costantemente l'integrazione dei differenti momenti della cura tra il reparto di degenza e il centro diurno ospedaliero, hanno introdotto ed efficacemente contestualizzato il tema specifico della giornata che è stato trattato in modo ampio e articolato da G.P. Mazzara e dalle sue collaboratrici K. Tinazzi e M. Siliprandi.

Con le loro relazioni i colleghi dello STEP ci hanno fornito elementi precisi e dettagliati per comprendere sufficientemente le indicazioni cliniche e la valenza psicoterapeutica dello psicodramma, le vicissitudini del processo, il setting di cura e gli elementi basilari della tecnica.

In conclusione di giornata è stata anche offerta a tutti i presenti

la possibilità di entrare nel vivo dell'esperienza psicodrammatica attraverso una suggestiva ed emotivamente intensa "pièce teatrale" realizzata da G.P. Mazzara con la collaborazione di allievi della Scuola di Psicodramma e di operatori del nostro Ospedale che partecipano al "modulo psicodramma" attivato nel Centro Diurno Adolescenti.

Parlando dunque di psicodramma nella nostra realtà ospedaliera, e premettendo che le tecniche psicodrammatiche hanno ormai assunto da tempo in molti ambienti di cura un ruolo significativo nella psicoterapia istituzionale del paziente grave e nella formazione del personale, mi sembra non banale ribadire l'opportunità di impiego di tale tecnica anche in età evolutiva, ma addirittura ipotizzare che lo psicodramma possa essere proposto come strumento psicoterapeutico di elezione nei disturbi dell'adolescente che giunge alla nostra osservazione in sede di ricovero, tenendo anche conto, come opportunamente suggerisce G. Pellizzari, che il processo adolescenziale può di per sé essere inteso come un autentico "psicodramma naturale", un vero e proprio dramma psichico di cui l'adolescente patisce e fa patire le multiformi e contraddittorie manifestazioni nel suo difficile cammino di individuazione come persona.

Secondo Pellizzari il termine "psicodramma" sembra particolarmente appropriato per indicare il processo adolescenziale proprio perché "mette in risalto lo strutturarsi spontaneo di un dramma, vale a dire di una azione tragica che coinvolge diversi personaggi traendo origine da una fonte interiore psichica che per sua natura, quando è maturato il tempo, viene sospinta a produrre una modificazione percettiva della realtà, a partire da quella familiare, capace di coinvolgerne i protagonisti in un gioco drammatico aperto e dall'esito incerto".

D'altra parte sembra proprio evidente che l'adolescente "a bisogno del palcoscenico familiare come matrice narrativa necessaria alla vita, di una scena capace di contenere e strutturare il dramma della sua esperienza di soggetto statu nascenti ... di un orizzonte culturale che non sia già fissato intenzionalmente dal mondo degli adulti, ma creato dall'incontro/scontro con essi" (Pellizzari).

Ma proprio quando la funzione teatrale della famiglia fallisce per l'inesistenza o l'insufficienza di una sana funzione di contenimento espressivo, oppure per la negazione della naturale conflittualità del nucleo familiare, lo psicodramma può essere proposto come una tecnica idonea a riattivare, all'interno di un setting contenitivo e potenzialmente elaborativo-trasformativo, lo psicodramma naturale dell'adolescente, a favorire mediante l'azione un'efficace integrazione tra comunicazione verbale e non verbale, e a offrire, come sostiene E. Razzini, "un terreno d'incontro nel quale si incrociano la dimensione terapeutica, ludica e reale, facilitando l'espressione e la decodifica di scenari del mondo interno individuale e della fantasmatica familiare e gruppale".

Ma se è vero, come sostiene A. Correale, che la patologia mentale grave può essere meglio compresa, anche in età adolescenziale, utilizzando come bussola il concetto di "Area traumatica", lo psicodramma può essere visto anche come un potente attivatore di questa scena traumatica che il paziente si porta dentro, e come un sensibile evidenziatore della sua vulnerabilità specifica che spesso sia la psicoterapia individuale o di gruppo non sono in grado di riconoscere, di ricostruire e di rielaborare nel loro specifico setting di cura.

Crede infine, pensando soprattutto ai problemi ancora aperti che il lavoro istituzionale con gli adolescenti ci mostra quotidianamente, che lo psicodramma possa essere utile non solo come tecnica psicoterapeutica in se stessa, ma anche come dispositivo in grado di apportare, sul versante della formazione professionale, un significativo arricchimento all'èquipe curante impegnata in prassi terapeutiche diverse e non sempre facilmente coordinabili e integrabili all'interno di un progetto terapeutico condiviso.

In tal senso concordo con A. Correale nel ritenere che lo psicodramma, per la sua specifica modalità operativa, può utilmente funzionare come un controcanto alle altre "voci del coro" assumendo all'interno dell'èquipe una sorta di funzione riflessiva per le altre terapie stimolando gli operatori a divenire progressivamente più consapevoli delle valenze affettivo-emozionali del proprio comunicare e inter-agire nella quotidianità del loro lavoro.

Con l'augurio, rivolto a tutti coloro che hanno partecipato alla nostra giornata di studio, di una proficua lettura di questi atti, auspico che il nostro incontro scientifico sia stata un'occasione per alimentare e sviluppare il nostro interesse e la nostra curiosità verso strumenti e tecniche terapeutiche ancora poco diffuse e che necessitano di essere ulteriormente esplorate per coglierne pienamente la valenza terapeutica soprattutto sul versante dell'intervento istituzionale.

Apertura del Convegno

SUOR ROSACELINA FAVALLI

Direttore Generale di Sede Ospedale "Villa S. Giuliana"

Buongiorno a tutti. A nome mio e della madre generale dell'Istituto Sorelle della Misericordia, Suor Teresita Filippi, che in questi giorni si trova all'estero, rivolgo il più cordiale benvenuto a relatori e convegnisti; Madre Teresita, formula l'augurio di un proficuo lavoro, con l'auspicio che dal convegno possano sortire risultati concreti, grazie alle motivazioni che lo hanno indotto e che oggi ne rendono possibile lo svolgimento. Da parte mia vorrei far presente che uno degli obiettivi che si vogliono raggiungere è anche la verifica del lavoro che fino ad ora è stato compiuto per il rilancio, ed il riconoscimento del Servizio Adolescenti che è stato presentato nella scorsa primavera all'azienda USL 20 e anche alla Regione Veneto.

Ho il piacere, inoltre, di esprimere, anche a nome della dirigenza di tutto l'Ospedale Villa Santa Giuliana e mio personale, il ringraziamento per la nutrita e qualificata partecipazione al convegno, che da sola ne conferma la validità e dà atto nello stesso tempo dell'impegno e dell'apporto dell'equipe e di tutti coloro che hanno collaborato all'idea e alla preparazione di questo convegno, "Lo psicodramma degli adolescenti".

Vorrei prendere l'occasione di questo evento per consegnarvi alcune informazioni e nello stesso tempo vorrei condividere con voi il mio pensiero. Innanzitutto, desidero fare presente che questo Ospedale, Villa Santa Giuliana, è nato nella metà dello scorso secolo per una forte sensibilità e intuizione dell'Istituto Sorelle della Misericordia, che intendeva esprimere il carisma e lo spirito dei fondatori Beato Carlo Steeb e Madre Vincenza Maria Poloni, attraverso

so un'opera particolare di misericordia che era la cura e l'assistenza delle persone più fragili e bisognose di aiuto. Ed è proprio con questo spirito che oggi noi e tutti i collaboratori laici, vogliamo proseguire il cammino già tracciato, perché crediamo al mandato dei fondatori che è quello evangelico, "curare gli ammalati", e siamo certi, anzi, abbiamo la consapevolezza che questo modo di essere presenti nella società di oggi, l'ospedale religioso, assume il ruolo di profezia. L'ospedale ha sempre svolto il suo ruolo, in convenzione con la sanità pubblica ed oggi è un'istituzione classificata ed equiparata del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli impegni sono quelli di interpretare, di realizzare gli adempimenti secondo i più alti livelli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, le più aggiornate acquisizioni mediche e scientifiche e gli standard più idonei a soddisfare le esigenze e le attese dei trattamenti di salute di coloro che qui intervengono, che qui si rivolgono. È stata recentemente conseguita anche la certificazione di qualità dell'ospedale, di tutto l'ospedale, che non vuole certo essere un obiettivo, pur ritenendolo importante, ma un requisito, che deve motivare tutti, dirigenti e operatori, a vari livelli, a mantenere e migliorare il rapporto diretto e personalizzato con l'assistito oltre all'efficacia e all'efficienza delle prestazioni sanitarie e assistenziali.

Noi come Istituto Sorelle della Misericordia desideriamo fortemente fornire un contributo alla soluzione del problema più drammatico della sanità, il distacco cioè creatosi tra cultura scientifica e umanistica. È il malato che deve riacquistare la sua centralità. Per fare questo ogni operatore deve impegnarsi a coniugare la scienza e la tecnica medico psichiatrica e psicologica con il senso umanitario e l'attenzione ai bisogni della persona, ponendo uno sguardo particolare alla dimensione fisica, psicologica, sociale e parimenti spirituale e trascendente.

Il progetto giovani nel nostro ospedale può contare un'esperienza di studio, approfondimento, attività, ormai decennale. È nato come scelta dell'Istituto che ha cercato di dare delle risposte concrete e risolutive a situazioni di malessere nuove che hanno cominciato a presentarsi in persone sempre più giovani e vulnera-

bili che manifestano numerosi problemi e conflitti sul piano delle relazioni sociali. Impegnarsi però e lavorare su persone nella delicata età della crescita e della formazione della personalità, comporta necessariamente di affrontare problematiche che sono di frontiera. In questo senso è forte e chiara la nostra convinzione di non fermarsi all'attuale stato dell'arte medico psichiatrica e psicologica, ma di proseguire nella ricerca e nell'esplorazione di nuovi traguardi per approdare a nuove mete; l'obiettivo non è solo quello di impegnarsi per curare, ma anche e soprattutto per prevenire, convinti che la cura della persona comincia con il mettere se stessi a disposizione dell'altro, a maggior ragione se quest'altro è una persona giovane.

Abbiamo la chiara consapevolezza che dar vita a iniziative di interventi di prevenzione non rientri nelle specifiche competenze ospedaliere, siamo di fronte però a persone giovani che si possono trovare in situazioni personali e familiari disturbate, vivere relazioni difficili nell'ambiente della scuola e del lavoro, per cui è prioritario porsi l'obiettivo di intervenire possibilmente fin dal primo momento della manifestazione del disagio e non quando si colgono le cause che lo fanno insorgere.

A tale proposito vorrei far presente che si sta studiando con la commissione diocesana per la pastorale della salute un progetto di prevenzione del disagio mentale giovanile. E qui è augurabile che si possa fare questo progetto in collaborazione con il territorio, con il Comune di Verona, "area sociale", e con le scuole. Perché questa è prevenzione e noi vorremmo cercare di collaborare, perché non si vorrebbe mai che giovani arrivassero in ospedale con patologie troppo serie certo difficilmente guaribili. Noi vogliamo impegnare tutte le nostre forze ed energie affinché si prevenga e si leggano i sintomi proprio nel loro nascere. Ed è a questo proposito che diventa urgente una formazione sulla conoscenza di sé e della persona con cui si entra in rapporto.

Tale convinzione è così radicata in questo ospedale che sta prendendo consistenza la realizzazione di una sorta di laboratorio permanente rivolto a tutti gli operatori basato sulla conoscenza della persona umana e in tutte le sue facoltà e manifestazioni,

quindi sul piano antropologico sul piano filosofico, religioso e carismatico, come premessa fondamentale e come condizione necessaria per finalizzare e realizzare al meglio gli interventi rivolti al recupero delle persone dal punto di vista fisico, psicologico e comportamentale.

Vi ringrazio per attenzione, rinnovo il cordiale benvenuto e auguro a tutti buon lavoro.

1° INTERVENTO

INTERVENTI TERAPEUTICI SULLA CRISI ADOLESCENZIALE

DOTT. MAURIZIO DUSI

Psichiatra, Responsabile Servizio Adolescenti Ospedale "Villa S. Giuliana"

Come sappiamo l'adolescenza è un periodo critico, di grandi cambiamenti.

È una sorta di percorso ideale che, nell'arco di un certo tempo porta l'individuo dall'infanzia all'età adulta; è un tempo variabile da persona a persona.

L'OMS da come età minima e massima i 14 e 23 anni.

I cambiamenti sono estremamente complessi perché riguardano, contemporaneamente, aspetti fisici, sociali e soprattutto psicologici.

In breve: gli aspetti fisici riguardano il passaggio dal corpo asessuato e sessualmente impotente del bambino, al corpo sessuato, differenziato e sessualmente potente, dell'adolescente.

I cambiamenti sociali riguardano l'uscita dal nucleo familiare, l'allontanamento critico e conflittuale delle figure genitoriali e l'ingresso nel gruppo dei pari che offre nuove identità, propone nuove esperienze, protegge e sostiene il singolo adolescente.

Infine il cambiamento psicologico, il più importante perché riguarda anche gli altri cambiamenti: l'adolescente deve accettare di perdere il corpo infantile "innocente" a favore di un corpo nuovo, differenziato sessualmente, che lo conforta con possibilità e sensazioni del tutto nuove.

Perde i genitori della precedente infanzia: litiga, li critica, è deluso da quei genitori che fino a pochi mesi prima erano come un oracolo: ascoltati e perfetti in tutto.

Perde il mondo magico e onnipotente del bambino per entrare in un mondo pieno di incertezze , di doveri, di fatiche, in un mondo nel quale gli adulti si aspettano molto di più (talvolta troppo) perché lui è cresciuto e non è più un bambino.

Il passaggio è, dicevamo complesso, apre grandi aspettative, ma anche espone a delle perdite e costringe ad elaborare un lutto:

- costringe ad affrontare dei conflitti tra la voglia di diventare grandi e quella di rimanere bambini;
- rende vulnerabili perché esposti alle aspettative pressanti e contraddittorie, alle angosce sia legate ai cambiamenti interni, sia a quelli esterni provenienti dai genitori, dagli adulti di riferimento, dal gruppo dei pari.

È un processo di crisi difficile ma necessario. Ogni adolescente deve attraversarlo, anche se con tempi e modalità molto differenti: talvolta il limite tra percorso normale e uno patologico non è facile da stabilire.

Ricordiamoci che c'è un unico modo di impedire la crisi adolescenziale : quello di regredire in uno stato psicotico e di vivere in una realtà delirante, in una realtà propria autocostruita che tutela da qualunque cambiamento.

Non sempre è un processo totale e definitivo, ma in generale possiamo dire che più forte è la psicosi, più è organizzata in un delirio strutturato, più la crisi adolescenziale è sparita: in questi casi l'intervento terapeutico non riguarda la crisi adolescenziale.

All'altro estremo ci sono gli adolescenti normali cioè quelli che sono in grado di far fronte ai cambiamenti utilizzando le risorse proprie e dell'ambiente circostante, di dialogare con il proprio mondo interno e di apprendere dall'esperienza, di approfittare dei vantaggi fisici e mentali del nuovo stato di giovani adulti.

In mezzo a questi due estremi (le psicosi e la normalità) c'è una gamma di situazioni di crisi adolescenziali più o meno difficoltose, che faticano a compiere il loro percorso, nelle quali è utile, talvolta indispensabile, un intervento terapeutico.

Prima di individuare quale intervento terapeutico, proviamo a descrivere quali sono le caratteristiche di una crisi difficile e/o patologica in adolescenza.

In generale è una crisi che non conclude il suo processo di cambiamento (va avanti e torna indietro). Si tratta di un adolescente particolarmente vulnerabile, in preda ad angosce abbandoniche oppure di intrusione, cioè che ha paura sia di essere invaso che abbandonato, che ha un gran bisogno di aiuto ma che lo vive in modo persecutorio ed ha una gran paura di riceverlo; vive in modo paradossale il bisogno dell'oggetto e la ferita narcisistica che la vicinanza dell'oggetto procura (Ladame).

È un adolescente che vive in modo esasperato, contraddittorio, talvolta scisso, il bisogno di essere più piccolo della sua età. Desidera fuggire dall'adolescenza diventando adulto o tornando bambino e si comporta alternativamente o contemporaneamente sia da adulto che da bambino in un gioco di scissioni e paradossi. È un adolescente che è in difficoltà a distinguere cioè confonde le sue rappresentazioni con le percezioni, lo spazio simbolico con quello reale. Spesso le percezioni e gli stimoli reali hanno il sopravvento sul mondo interno con due importanti conseguenze:

1° – Le azioni prevalgono sui pensieri: l'adolescente spinto più ad agire che a pensare ad es. non si deprime di fronte alla frustrazione, legata ad una perdita o a un insuccesso, ma non tollera la ferita e tenta il suicidio; oppure ha una reazione maniacale, nega la frustrazione ad es. si impenna in motorino o compie qualche altra bravata molto pericolosa.

Altro es. che tutti conosciamo: la giovane non tollera le angosce connesse al cambiamento del corpo, nega il problema psichico e mette in atto condotte anoressiche.

2° – Conseguenza è che l'azione coinvolge l'ambiente circostante. Un adolescente che fugge di casa, che fa un incidente con il motorino, che resta incinta, ecc., scarica, attraverso l'agito una parte della sua angoscia.

I genitori ed anche i terapeuti devono farsi carico del suo comportamento e sono costretti a vivere il conflitto al posto dell'adolescente. Il problema non è più nella testa del ragazzo ma viene scaricato, attraverso il comportamento, nell'ambiente circostante. Jeammet parla di "circolazione psichica extra corporea" oppure di "spazio psichico allargato".

Un aspetto importante del lavoro terapeutico è quello di contenere i comportamenti o di impedirli se sono pericolosi, ma anche di capirli e di ricostruire attraverso i comportamenti stessi i conflitti che li hanno generati. Cioè l'intervento terapeutico è di ritrovare i pensieri ed i percorsi psicologici di cui i comportamenti sono la conseguenza o il sintomo.

Nella nostra esperienza di Servizio Ospedaliero non è un lavoro individuale ma compete a tutto il gruppo dei curanti perché è legato a tutta la gamma dei comportamenti della quotidianità, della cura personale alle attività svolte ed è legata alle relazioni che ogni giovane instaura sia con i singoli che con il gruppo sia dei curanti che dei degenti. È una osservazione multifocale condizionata dai differenti angoli di visuale di ciascun curante: questo tipo di osservazione è sempre una risorsa talvolta una necessità per entrare in contatto e capire il giovane paziente.

In questo contesto, il ruolo del medico di riferimento non è solo legato ai colloqui di approfondimento, talvolta di difficile attuazione, ma deve allargare il campo di osservazione alla famiglia e soprattutto, cercare di ritrovare, attraverso il racconto e i vissuti degli operatori sui comportamenti dell'adolescente, il filo perduto di un conflitto, di una storia, di una ipotesi psicodinamica.

L'intervento terapeutico sulla crisi è dunque una sorta di percorso a ritroso che, a partire dagli indizi comportamentali, accompagna l'adolescente a vedere e a capire i suoi conflitti originari. Lo aiuta a farsi carico e a rimettere in moto il suo percorso di cambiamento, a pensare alla sua crisi anziché ad agirla e a negarla.

Il lavoro di osservazione, di elaborazione e di restituzione in parte si svolge in reparto in ambiente più "medicalizzato" e più legato alla quotidianità, in parte al Centro Diurno: quest'ultimo si propone un progetto, una gamma di attività molto differenti tra loro, dalla ginnastica alla pallavolo, alla falegnameria, all'arte terapia, ai gruppi a valenza psicoterapeutica ecc. L'obiettivo è il medesimo: conoscere, attraverso l'attività, il paziente, le sue abilità, le sue risorse e aiutarlo a riprendere fiducia e a riconoscersi.

L'ambiente del C.D. è profondamente differente da quello del reparto ed è importante che sia così; non è medicalizzato ed è più

vicino ad ambienti di gioco, di sport, ecc., legati alla vita di tutti i giorni, cioè ad ambienti normali.

Il C.D. pur essendo nell'Ospedale è in contatto con il mondo esterno, è una sorta di ponte tra l'Ospedale ed il mondo esterno, nel duplice senso che alcune attività si svolgono all'esterno condotte da addetti ai lavori non appartenenti allo staff: il teatro in teatro, il giardinaggio all'orto botanico ecc., e che alcuni pazienti esterni ex ricoverati o mai ricoverati, partecipano alle attività.

In questo scenario si colloca l'attività di psicodramma di gruppo, non è l'unica, c'è anche l'arte terapia di cui non parleremo oggi.

Lo psicodramma, come sappiamo, nasce negli anni '20 organizzato da un allora studente di medicina, Moreno, appassionato di teatro: Egli propone "un teatro della spontaneità di cui si intuisce il potenziale curativo e catartico".

Nello psicodramma di gruppo si giocano scene, reali o immaginarie, che rappresentino aree di difficoltà psicologica o di conflittualità per uno o più membri del gruppo.

I partecipanti, fino a una decina, sono ex degenti o mai ricoverati. Il dr. Mazzara è il conduttore del gruppo ed è assistito dagli "Io ausiliari" che aiutano i pazienti a giocare le scene, vedremo come, scelti tra i suoi allievi e tra gli operatori di C.D. (*valenza formativa)

Lascio al dr. Mazzara e al suo gruppo il compito di farcelo vedere.

Mi limito ad alcune considerazioni sull'utilità di questa attività nel contesto del Servizio Adolescenti in sintonia e a favore della terapeuticità dell'intervento di crisi.

Lo psicodramma è una attività grupppale perciò adatta alle caratteristiche degli adolescenti che si sentono sostenuti e che si rispecchiano nel gruppo.

La relazione grupppale è spesso più accettabile per l'adolescente rispetto alla relazione duale della terapia individuale che talvolta evoca nella relazione transferale una conflittualità riconducibile alle figure genitoriali con tutto il corteo di ambivalenze, oppositività, atteggiamenti paradossali che questa conflittualità riattiva.

Inoltre le scene che lo psicodramma propone di recitare mi sembra abbiano alcune caratteristiche.

1° - sono delle azioni che hanno valenza simbolica, riattivano il

percorso dalla percezione e dall'azione alla possibilità di ritrovare dei pensieri;

2° – la stessa scena viene giocata più volte e stimola la rappresentazione del problema da più punti di vista “offre uno sguardo plurale e contraddittorio” (Ladame);

3° – il gioco psicodrammatico è un gioco, sdrammatizza, solleva dal dramma e rende più accessibile e meno doloroso il conflitto intrapsichico.

Per tutti questi motivi lo psicodramma di gruppo è una via di accesso privilegiata per l'intervento terapeutico sulla crisi in adolescenza.

Un'ultima osservazione tratta dalla nostra esperienza: abbiamo spesso abbinato l'intervento individuale a quello grupppale dello psicodramma; mi sembra che lo psicodramma attivi delle problematiche che l'incontro individuale aiuta ad elaborare. Ovviamente il doppio intervento è facilitato se gli psicoterapeuti si parlano regolarmente e si aggiornano sulle evidenze della terapia individuale e grupppale.

Questo duplice intervento ci è sembrato particolarmente utile per pazienti gravi non psicotici, cioè in grado di simbolizzare, per i quali i punti di vista grupppale ed individuale si integrano e si arricchiscono reciprocamente.

L'integrazione clinica dei due metodi ci sembra interessante perché l'uno è l'esatto contrario dell'altro: la psicoterapia individuale esclude l'agire, riduce la percezione, si occupa del mondo interno; lo psicodramma invece, parte dal mondo esterno, dalle percezioni e dall'azione.

Termino con un'ultima considerazione più strategica che clinica. Il Servizio adolescenti ha bisogno di continuità con l'esterno e la ricerca con la sua organizzazione attraverso le alleanze con le altre agenzie che si occupano di adolescenti e attraverso la condivisione dei progetti terapeutici con gli inviati istituzionali.

Esiste però un problema di continuità terapeutica per cui non è sempre possibile, nell'interesse del paziente, delegare totalmente ad altre agenzie e psicoterapeuti esterni il percorso terapeutico, perciò sono utili iniziative grupppali tra cui questa dello psicodramma che ci permettono di tenere agganciati i nostri pazienti.

2° INTERVENTO

LO PSICODRAMMA CON GRUPPI DI ADOLESCENTI

GIANPAOLO MAZZARA

*Psicologo, Psicoterapeuta, Direttore Studio Terapia Creativa
e psicodramma (Step) – Verona*

Un'esperienza nuova ma con radici profonde

Considero quella che vi sto presentando come l'esperienza professionale più interessante che io abbia realizzato nel mio percorso ormai abbastanza lungo. Ha le caratteristiche della scommessa, ma si poggia su una consolidata pratica clinica attraverso lo psicodramma e sulla volontà istituzionale dell'Ospedale "Villa Santa Giuliana" di dare risposte plurime ed efficaci alla realtà adolescenziale.

Il mio contributo si muove su tre linee essenziali:

- *L'adolescente-giovane* assunto come un utente "speciale" con sue peculiarità caratterizzanti e con modalità relazionali che richiedono non solo una preparazione specifica ma anche una capacità di adattamento creativo e un'attitudine all'incontro che non si insegnano in nessun corso universitario.
- Il *disagio adolescenziale* letto ed affrontato come una realtà complessa all'interno della quale il processo di crescita normale con i suoi inceppi, con i suoi drammi, con le rotture, con i suoi fallimenti e i suoi successi, può affiancarsi a condizioni proprie della psicopatologia o sovrapporsi e confondersi con essa, fino a diventare materia di interesse degli specialisti che operano nell'ambito della psichiatria.

- La *terapia di gruppo*, individuata come metodo elettivo da impiegare nel lavoro clinico con adolescenti e giovani. E all'interno di questa opzione strategica, la scelta dello psicodramma come modello di riferimento oltre che come metodologia terapeutica.

Per quanti non conoscano lo psicodramma, propongo un cenno storico che ci fa incontrare Jacob Levi Moreno alle prese con l'applicazione delle sue intuizioni che, seppur molto diverse da quelle di Freud (siamo negli anni '30 del secolo scorso), si pongono l'intento di esplorare la realtà umana sia nella sua componente intrapsichica che in quella comportamentale e relazionale.

Il suo lavoro di "profeta" e di sperimentatore venne proseguito con grande impegno dalla moglie Zerka Toeman (che ho avuto l'onore di ospitare a Verona per un seminario nel 1997) e da molti psicoterapeuti, prevalentemente francesi, che lo hanno portato in Europa, dando ad esso un'impostazione di tipo psicoanalitico e avendo un considerevole seguito tra chi operava in ambito psicoterapeutico e specificamente psichiatrico.

Uno sviluppo significativo lo si riscontra negli anni '50: tra gli specialisti che vi si dedicano, ricordiamo in particolare Lebovici, Anzieu, Monod. E più vicini a noi, sia storicamente che per l'interesse al mondo dell'adolescente, Jeammet e Ladame, pur con approcci diversi dal nostro. Un professionista contemporaneo che si avvicina al nostro modo di operare è Claude Lorin, attivo prevalentemente in ambito dell'età evolutiva.

Come è stato facile dedurre dagli interventi che hanno preceduto il mio, l'intervento con lo psicodramma si inserisce in una progettualità ampia ed articolata, tutt'altro quindi, che un ripiego dettato dalla frustrazione del lavorare con l'adolescente in setting verbali, senza particolari risultati e con gran fatica.

Nessuno dei professionisti impegnati in questo progetto ha cambiato lavoro o metodo, insieme abbiamo dato vita ad un processo che ha visto l'integrarsi di professionalità e di metodi diversi, potendo contare su un consapevole e concreto investimento istituzionale.

Una metodologia creativa

L'affermare che ci stiamo muovendo in una dimensione specificamente terapeutica non è frutto della volontà di definire rigidamente il contesto o di porre affermazioni di principio, bensì della necessità di tenere debitamente conto degli elementi caratterizzanti della metodologia.

La *finalità* che si profila consiste raramente in un supporto orientato ad una integrazione del processo evolutivo del soggetto. Più frequentemente risponde alla richiesta dell'inviante di mettere in atto un intervento di tipo *riabilitativo* capace, cioè, di sviluppare un percorso di cura in cui il giovane paziente possa conoscere le sue risorse ed individuare nuove risposte alle istanze esistenziali. Tale finalità può risultare propedeutica, o frequentemente si affianca, ad un percorso specificamente psicoterapeutico, con la finalità *ricostruttiva* che mira al superamento delle difficoltà sul piano personale (interno ed esterno), relazionale e sociale.

Altro elemento peculiare è la *formazione* specialistica del terapeuta che conduce il gruppo di psicodramma. Anche qui non si tratta di affermare principi ma di garantire condizioni di autonomia e di originalità che certo "riciclaggio" non favorisce. Ciò permette anche un ricco interscambio con professionisti che intervengono nello stesso progetto con riferimenti culturali, formativi e metodologici differenti.

E qui si profila l'ulteriore particolarità che sento come fondamentale ed ineludibile: la collocazione del mio intervento all'interno di un *programma terapeutico*, talvolta già esistente, altre volte tutto da inventare in sinergia con le realtà a disposizione presso l'ospedale ed in particolare nel Servizio Giovani ed in collaborazione con le strutture ed i professionisti che operano "all'esterno".

Il modello al quale facciamo riferimento si differenzia da quelle forme di psicodramma analitico che riducono le tecniche attive introdotte da Moreno quasi ad un test da interpretare verbalmente, non dando valore all'efficacia del gioco come liberazione ed esperienza, come condizione per sperimentare se stessi in rapporto agli altri.

Applichiamo lo psicodramma per quello che è, non facendolo

diventare un'altra cosa come avviene, ad esempio, quando il gioco dei ruoli e l'azione sono ridotti al minimo, per enfatizzare lo spazio dedicato all'interpretazione verbale.

La funzione svolta nell'integrazione del profilo diagnostico degli utenti è riconosciuta e valorizzata, ma non è né esclusiva né prevalente.

Ci si inserisce nel processo terapeutico complessivo con la specificità della *terapia gruppale*, della *terapia* basata sull'azione, della *terapia* che prevede l'assunzione e l'interpretazione di *ruoli*.

Il gruppo è assunto come *realtà* psicologica e sociologica "normale" e caratteristica dell'adolescente, ma anche come *strategia*. Quindi, non soltanto come contesto, ma come *risorsa* preziosa nel processo di integrazione e di individuazione.

Nel lavorare con il gruppo e attraverso il gruppo non facciamo altro che dare valore a quella gruppalità essenziale nella vita dell'adolescente, ma ci inseriamo sviluppando delle azioni significative, delle azioni particolarmente pregnanti e stimolanti; un'azione mai casuale, mai affidata al caso, bensì sostenuta dal flusso della spontaneità, caratteristica su cui si basa strutturalmente lo psicodramma.

Un'azione che permette di sperimentare la possibilità di controllo senza scadere nell'inibizione, senza tarpare le ali della fantasia e dell'agire libero; controllare ed organizzare la pulsione in un agire il più possibile adattivo, secondo le oggettive possibilità della persona con la quale stiamo lavorando. All'interno dell'azione, l'adolescente ha la possibilità di sperimentare i propri *ruoli*, ma al tempo stesso quelli altrui ed anche di costruire progressivamente dei nuovi ruoli che favoriscano la sua evoluzione e i processi di inserimento sociale.

Il ruolo inteso, come ci suggerisce Widlocher (62) quale "catalizzatore del possibile rimaneggiamento di attitudini personali collegate all'analisi dei fenomeni di gruppo, provocati dal gioco".

Il nostro atteggiamento prevalente è quello che favorisce la scoperta, la conferma, la valorizzazione dell'esistente: l'insieme delle caratteristiche personologiche di ciascun ragazzo coinvolto è la base su cui si può impostare il processo della ricostruzione terapeutica.

Anche noi in cambiamento

Lo psicodramma impiegato nella terapia degli adolescenti richiede un adattamento molto impegnativo dal punto di vista metodologico; molto critico proprio per l'aver a che fare con degli adolescenti.

Nello specifico, per quanto riguarda il "gioco" ed il "giocare" che hanno uno spazio particolare all'interno del metodo, è necessaria una costante attenzione per il fatto che l'adolescente non è necessariamente disponibile ad aderire a una situazione di gioco proposta gli durante la fase di riscaldamento, non è detto che se gli viene chiesto di fare un disegno lo faccia volentieri.

Il disegnare gli ricorda quando era bambino e la scuola, dove ad ogni azione eseguita corrispondeva un giudizio. Anche una qualsiasi forma di "gioco" lo può far sentire piccolo o ridicolo, ma la mia intenzione è quella di metterlo in condizione di scoprire che nel gioco pian piano può esprimersi, può incontrarsi con l'altro, può conoscersi un po' di più e può persino (e perchè no?), divertirsi. Senza dimenticare dei suoi problemi e dei pesi che deve reggere nella sua vita, ma recuperando il piacere del fare, il piacere all'interno dell'azione.

Un piacere da riconoscere e da condividere grazie al clima che si va a creare nel gruppo, ma anche a condizione che ognuno si senta attratto da quelle situazioni stimolo che vengono proposte. Per tale motivo il gioco di riscaldamento è particolarmente curato e selezionato: è un continuo inventare giochi nuovi che siano essenziali, brevi e interessanti, che entrino in questo paradosso, tra i tanti paradossi dell'adolescente: fammi fare qualcosa che non sia né troppo da piccolo né troppo da grande, non farmi giocare perché sono i bambini che giocano, ma allo stesso tempo dammi lo spazio perché io invece di parlare soltanto mi possa manifestare in altro modo, in modo che mi piaccia e mi interessi.

Il tutto è molto condizionato dalla qualità della relazione, dal clima emotivo, dal modo di porsi da parte del terapeuta e degli altri operatori, dai parametri su cui si basa la comunicazione.

È assolutamente necessario porre una costante attenzione al

processo in ogni fase: non solo a ciò che avviene durante l'*azione psicodrammatica*, ma a tutto ciò che caratterizza la sessione, da quando si entra nella stanza, alla prima fase verbale (*parole nel cerchio*), il *riscaldamento*, la *condivisione* finale. Alcuni utenti si manifestano in modo significativo durante queste fasi, solo apparentemente collaterali.

L'adolescente enfatizza e radicalizza il *transfert* nei confronti del terapeuta ed il *tele*, inteso da Moreno come il flusso circolante nel gruppo di emozioni, sensazioni, fantasie, parole, gesti, sguardi, ecc., una sorta di parente del *transfert* laterale della psicoterapia di gruppo.

Ogni partecipante al gruppo vi è coinvolto, in modo evidentemente diverso, ma i connotati transferali riguardano specificamente il terapeuta. Con lui, il protagonista instaura una relazione prioritaria, privilegiata, soprattutto all'interno della rappresentazione dello psicodramma: qui e in questo momento il terapeuta è a disposizione totale del protagonista e questi lo sente e ne è consapevole, per questo vi si affida completamente.

Come avviene in una seduta di psicoterapia verbale d'altra parte, ma nel nostro caso c'è il corpo in gioco, c'è l'azione. Che è tutt'altro che non è un *acting out*: è un'azione richiesta, necessaria, voluta, che talvolta può anche assumere la forma di un *acting out*, diventa un comportamento inaspettato, stano. Anche in questo caso, però, non viene negata, definita come cattivo comportamento, come cattiva azione; è una azione sulla quale lavoriamo.

Al terapeuta l'adolescente pone una costante richiesta di alleanza, ma al tempo stesso mette in atto una sfida, talvolta dura, spesso provocatoria, manipolatoria, deduttiva, ma qualche volta anche divertente.

Gli chiede di essere molto preciso e molto normativo, di essere molto chiaro perché altrimenti fa notare le sue incongruenze: "ma guarda che tu, tre settimane fa avevi detto un'altra cosa a lui".

Vengono portati nella relazione terapeutica atteggiamenti e comportamenti che mettono in atto a casa, con i genitori, oppure a scuola, seppur limitatamente perché costantemente minacciati di ritorsione (voto e giù di lì).

Chiede a questo adulto “speciale” di essere normativo e fermo, però gli chiede di essere assolutamente flessibile, capace di accoglierlo, anche se non ne ha voglia. Ma, soprattutto, chiede di essere in questa relazione senza sentirsi giudicato. E qui il “bravo terapeuta” rischia molto, perché nel momento in cui io dessi una lettura immediata, pressante di tutto ciò che l’adolescente porta nel gruppo, questo verrebbe letto come un giudizio e io sarei spiazzato, perché non si giocherebbe più nel rapporto con me, e così gli impedirei di mostrarsi al gruppo e di utilizzare questa occasione straordinaria di *mostrarsi a se stesso* e, attraverso lo specchio del gruppo, poter vedere delle cose di sé che non ha mai visto.

Non grazie ad un processo magico, strano, ideale, ma semplicemente perché porta fuori ciò che ha dentro e spesso lo porta fuori in maniera confusa, a volte lo porta fuori in forma di metafora, ma a volte lo porta fuori in forma così contraddittoria che se ti metti a cercare cosa vuol dire, sei finito perché non lo segui più, perché ti fa perdere le sue tracce, quelle che stai seguendo con pazienza e con prudenza.

Talvolta, per me la pazienza diventa un esercizio difficile, al contrario della simpatia che caratterizza spontaneamente il mio rapporto con gli adolescenti: l’adolescente lo sente se ti è simpatico, e la relazione con te ne è profondamente condizionata.

La simpatia non può essere imparata, è una questione di pelle, è una questione di faccia, di odori, di occhi, di sguardi, di tutte quelle caratteristiche propriamente umane che costituiscono i limiti e le ricchezze che ognuno di noi possiede.

Ciò che è assolutamente obbligatorio nella partecipazione allo psicodramma e, in particolare nella sua conduzione, è l’*empatia*: chi è chiamato a giocare dei ruoli, a coinvolgersi e a dirigere una strategia che prevede che si “diventi l’altro”, deve necessariamente essere capace di mettersi nei panni dell’altro, di sentire ciò che lui sente. È una condizione inevitabile, una risorsa senza la quale non si può svolgere un lavoro terapeutico attraverso questo metodo.

È ciò che permette di sentire di essere in grado di incontrarsi con l’adolescente nel gioco psicodrammatico e di creare la condizione in cui lui o lei senta di potersi giocare nella sue parti più nascoste,

quelle più inquietanti, quelle anche più perverse, più patologiche, più angoscienti.

Ma ciò può avvenire se il terapeuta gli fa percepire di non essere impaurito da quanto lui sta rappresentando, rassicurandolo sul fatto che, per quanto terribili, le immagini che escono da dentro di lui non hanno il potere di distruggere questo adulto che lui non ha scelto ma che accetta come partner di un incontro.

Chi lavora con adolescenti sa quanto in questa dimensione ci si giochi la propria credibilità e tenuta terapeutica, perché si è costantemente oggetto dei tentativi dei nostri interlocutori di intimorirti, di misurarti. Provano a distruggerti, per mostrarti immediatamente dopo di volerti bene, di apprezzarti.

Hanno bisogno di sapere se possono fidarsi di noi prima di ammettere a se stessi che siamo importanti, di farci capire che per loro costituiamo una comunità di adulti affidabili, nonostante i nostri limiti, quelli personali e quelli istituzionali. Per qualcuno di questi adolescenti, noi costituiamo l'unico gruppo di ex adolescenti, di adulti credibili, che con loro giocano senza rinunciare a fare gli adulti.

Come dice Ottavio Rosati, attraverso l'incontro psicodrammatico il terapeuta si pone come un adulto che diviene l'“organizzatore di esperienza” dell'adolescente, piuttosto che il suo analista.

C'è in gioco la nostra professionalità ma anche la nostra umanità, la capacità di essere totalmente aperti al *nuovo*, quello vero, reale, non quello atteso dal terapeuta stesso o dall'adulto in generale; aperti allo strano, all'inaspettato, al “mostruoso”.

Qualche elemento tecnico

Al di là dell'impianto metodologico, nel nostro lavoro prendono valore le scelte strategiche e propriamente tecniche, soggette ad un vaglio rigoroso ma definitesi progressivamente grazie al vivere questa esperienza come un divenire creativo che ha reso necessari degli aggiustamenti suggeriti dalla verifica e dall'osservazione comune.

Alcuni dei criteri guida sono i seguenti.

La *partecipazione* nel gruppo di psicodramma deve avere la caratteristica della continuità, pur trattandosi di un gruppo aperto che tiene conto del fisiologico inserimento di nuovi elementi e della periodica conclusione del percorso di qualcuno degli utenti.

Anche il personale che interviene deve garantire una certa *stabilità temporale*, al fine di tutelare gli equilibri di gruppo e favorire la fluidità dei ruoli.

All'interno della sessione, così come nelle fasi di preparazione e di verifica, tutti gli operatori coinvolti fanno *riferimento al conduttore* dell'esperienza.

Le *regole* che governano l'azione terapeutica sono definite con chiarezza e presentate ai ragazzi in maniera esplicita.

Gli *operatori* coinvolti a vario titolo cercano di fare in modo da costituire una comunità di adulti responsabili e coerenti e pertanto le loro azioni professionali si basano su un collegamento efficace, su una buona comunicazione, sulla fiducia reciproca, sull'impegno nella programmazione comune.

Nel realizzare tali intenti siamo consapevoli delle nostre fatiche, degli inceppamenti, dei limiti, avvertiamo forti le contraddizioni dell'"esterno", le carenze nei servizi, l'insufficienza della comunicazione con alcuni inviati e con alcune strutture interessate.

Il *setting* nei suoi aspetti caratterizzanti.

I *partecipanti* sono maschi e femmine, dai 16 ai 24 anni di età, provenienti dalle dimissioni dopo un ricovero o inviati da psichiatri, psicologi, da strutture territoriali.

Il *numero* in linea generale, va da un minimo di quattro a un massimo di otto elementi.

La *cadenza* è settimanale. Le uniche interruzioni sono previste per vacanze estive e festività natalizie. La durata di ogni sessione è di un'ora e mezza.

L'*estensione temporale* dell'intervento non è definita rigidamente ma soggetta all'osservazione del percorso terapeutico, al raggiungimento degli obiettivi previsti dagli inviati, dalle loro indicazioni, da condizioni sia oggettive che soggettive del paziente.

Lo *spazio* dove si realizzano gli incontri è all'interno della struttura ospedaliera, è sempre lo stesso, ben riconoscibile e protetto da

contatti con l'“esterno”. Gli spazi dedicati all'accoglienza e al passaggio da zona a zona sono particolarmente curati.

Il *contratto* che si instaura con il giovane paziente è più che mai debole, basato su fiducia, curiosità, ricatti non sempre riconosciuti, rapporto col terapeuta di riferimento, buona esperienza della struttura di ricovero.

Gli *operatori coinvolti* direttamente durante una sessione di psicodramma sono, oltre al terapeuta/direttore, un *operatore del Servizio Adolescenti*, uno *psicologo tirocinante*, uno *psicodrammatista in formazione*.

Una riflessione sul significato dell'“azione”

L'azione che viene rappresentata sulla scena terapeutica non ha valore solo perché consente di *vedere* i contenuti che sono avvertiti come significativi dal paziente. Non si esaurisce neppure nella possibilità di *dire senza parole*, di comunicare attraverso una globalità di linguaggi. Non limita il suo significato al permettere di rivelare ciò che altrimenti resterebbe nascosto, nel buio e nel caos intrapsichico.

Gli studi sullo psicodramma e la nostra lunga esperienza clinica ci danno conferma del *potere rielaborativo* dell'azione e non soltanto nei momenti in cui si manifesta in forma di catarsi, ma in ogni minima fase del suo svilupparsi. È il processo attivo che rende possibile l'instaurarsi di un flusso relazionale, di “ponti di intesa empatica”, prima ancora di dare spazio e concretezza alle trasformazioni terapeutiche.

L'azione che l'adolescente fa nascere sulla scena psicodrammatica gli permette di vedere, di conoscere se stesso e la realtà che lo circonda, di misurare la sua autonomia; egli è messo in condizione di far emergere degli straordinari insight, sperimenta direttamente che il cambiamento è praticabile, a partire dalle sue risorse, tenendo conto delle esigenze dello sviluppo e delle richieste sociali.

Il ragazzo nel gioco scopre prima di tutto che esistono delle *parole* per definire quello che sta vivendo, per dare concretezza al suo

mondo interiore, permettendogli di sentirsi ascoltato, compreso, condiviso.

Attraverso l'azione, entriamo nel mondo del ragazzo per quello che è, nel suo muoversi in un gruppo di suoi simili e non di altri terapeuti,

Non riteniamo importante sottolineare la distinzione tra i livelli dell'immaginario, simbolico e reale, quanto il fatto che "l'adolescente impari ad esistere e a interagire con più libertà nei confronti del suo mondo interno ed esterno che è di una complessità sociologica e culturale sconcertante anche per gli adulti" (Rosati, 2008).

Protagonista di un agire spontaneo e creativo, per quanto è oggettivamente possibile, ciascuno dei partecipanti ad una sessione di psicodramma si può sentire partecipe di una ricerca comune, che fa sì che la scoperta dell'altro divenga la propria e che l'altro si possa conoscere meglio grazie alla mia scoperta.

I membri del gruppo, attorno al singolo protagonista ed al terapeuta, sono i testimoni e gli strumenti di questa ricerca, non solo mentale ma anche emotiva e relazionale.

3° INTERVENTO

MECCANISMI DI DIFESA ALL'INTERNO DEL PROCESSO

KATIA TINAZZI

Psicologa, Psicoterapeuta

L'IO nella realizzazione del suo lavoro di mediazione tra mondo interno e mondo esterno, e tra le varie parti costitutive del mondo interno stesso, si avvale di una componente conscia (le funzioni dell'Io) e di una inconscia, o per alcuni autori pre-conscia, (i meccanismi di difesa).

Le funzioni dell'IO, che mettono l'individuo in contatto con la realtà e gli altri, rappresentano le caratteristiche del soggetto, di cui egli ha coscienza e che lo contraddistinguono: carattere, volontà, modalità comportamentali, ecc.

I meccanismi di difesa sono invece meccanismi automatici ed inconsci (o pre-consci) che proteggono l'Io dall'ansia e quindi dai pericoli interni che la provocano; essi impediscono il contatto con contenuti psichici (ricordi, desideri, paure, fantasie) inaccettabili e insopportabili favorendo compromessi più tollerabili anche a scapito della salute psichica o somatica dell'individuo stesso.

In un secolo di vita, il concetto di "difesa" è molto cambiato.

Alla psicoanalisi va il merito di aver fatto dei meccanismi di difesa un oggetto di studio sistematico, e di aver poi compreso come questa funzione fosse alla base di ciò che oggi più morbida-mente preferiamo chiamare *stile difensivo*, cioè di una porzione consistente della nostra personalità e del nostro modo di stare al mondo. In genere quando si parla di meccanismi di difesa si pensa al loro funzionamento patologico, in realtà essi funzionano, con

intensità e varietà diverse, anche in condizioni normali e spesso sono garanzia di equilibrio e salute; giocano un ruolo importante nel delineare i comportamenti e le caratteristiche personologiche di ciascun individuo. In genere, si può affermare che le difese sono tanto più patologiche quanto più sono arcaiche e persistono in un'età in cui dovrebbero essere utilizzate solo in condizioni eccezionali e in via transitoria, oppure quanto più operano in maniera rigida invadendo in modo assoluto e ripetitivo il funzionamento dell'individuo.

Si considerano più patologici quei meccanismi primitivi, propri di stadi di vita meno evoluti o di organizzazione psicotica (identificazione proiettiva, scissione dell'immagine del sé o degli altri, negazione e diniego); si considerano meno patologici o espressione di forme di disagio minore quei meccanismi propri di età più evolute o di organizzazione nevrotica (affiliazione, altruismo, anticipazione, rimozione, spostamento, sublimazione, repressione, intellettualizzazione...).

Facciamo qualche esempio, prendendo in considerazione alcuni meccanismi di difesa che nella mia esperienza ho visto maggiormente utilizzati da pazienti adolescenti nel setting psicodrammatico:

NEGAZIONE E DINIEGO

Sono meccanismi di difesa mediante i quali l'Io non riconosce un certo aspetto della realtà (diniego) o ne rifiuta l'importanza emotiva (negazione) in quanto essa non è tollerabile e scatenerrebbe un'angoscia insostenibile.

Il diniego soprattutto è un meccanismo molto primitivo che non permette di riconoscere all'interno della realtà uno specifico e particolare aspetto, mentre la negazione ne elimina esclusivamente la risonanza affettiva.

Nel bambino piccolo il diniego è normalmente presente ogni qualvolta si trova di fronte a fatti spiacevoli (ad esempio se si trova a dover ammettere una colpa è tipico del bambino

sostenere di “non essere stato lui”) oppure la presenza di un conflitto o di una carenza familiare.

Nell’adolescente normale tali difese si possono esprimere con atteggiamenti controfobici che negano il pericolo o la paura di esso.

Nell’adulto tali difese sono solitamente patologiche, a meno che non siano transitorie (per esempio l’accettazione di una malattia grave o della morte di un familiare) e sono meccanismi di tipo psicotico perché compromettono l’esame di realtà.

Oltre ad essere presenti nelle patologie psicotiche (paranoia, schizofrenia, disturbi affettivi) sono anche proprie della patologia borderline o narcisistica, anche se in questo caso (collegate alla scissione) escludono solo parti limitate di realtà, che sono a grande risonanza affettiva e che minacciano la propria autostima e la propria integrità narcisistica. Nello specifico di alcune patologie si trovano nei disturbi del comportamento alimentare, nelle tossicodipendenze, nella mania (che è tesa a negare la depressione).

PROIEZIONE

È il meccanismo di difesa mediante il quale l’Io attribuisce sentimenti, atteggiamenti, vissuti e impulsi propri, sentiti come negativi o insopportabili, ad altri o alla realtà esterna.

In genere ciò che viene espulso all’esterno di sé è un desiderio o un sentimento proibito o vissuto come cattivo e non vere e proprie parti di sé (per le quali è preferibile usare il termine di identificazione proiettiva).

Anche questo meccanismo, come quello precedente, è proprio di fasi molto primitive dello sviluppo infantile e nell’adulto è caratteristico di patologie psicotiche (in quanto comporta una perdita dell’esame di realtà). Nonostante ciò vi sono comunque situazioni anche di normalità in cui la difesa è adottata, qualora i vissuti che ne conseguono siano transitori e legati a situazioni esterne particolarmente complesse (ad es.

l'immigrato che ha un vissuto di incomprendimento, la persona colpita da disgrazia che si sente perseguitata dal destino).

REGRESSIONE

È quel meccanismo automatico e inconscio mediante il quale l'Io ritorna a modalità di funzionamento psicologico (nei comportamenti, negli affetti, nelle modalità di relazione) che sono proprie di stadi più antichi (ad es. il periodo infantile) o già superate. Tale tendenza avviene quando l'individuo si trova di fronte a disillusioni, gravi conflitti o momenti di difficoltà nella vita; il ritorno simbolico agli anni dell'infanzia (che offrono esperienze più piacevoli e soddisfazioni più complete) permette al soggetto di evitare, la situazione critica presente e di trattarla come quasi non fosse avvenuta.

A volte tale ritorno non è a periodi della vita sereni, ma a periodi in cui ci sono stati dei conflitti non risolti. Tale difesa è, quindi, strettamente collegata alla *fissazione* e all'arresto della crescita psicologica relativa ad alcune problematiche affettive o ad alcune modalità di funzionamento psicologico o relazione oggettuale. Si parla di fissazioni orali, anali e falliche se ci riferiamo agli investimenti libidici, di fissazioni pre-genitali o pre-oggettuali se si mette l'accento sulle relazioni oggettuali.

L'esempio più banale della regressione è rappresentato dal bambino che, dopo aver raggiunto un pieno controllo degli sfinteri, torna a fare la pipì a letto dopo la nascita di fratellino. La regressione si trova comunemente nelle persone normali quando coinvolge solo alcuni aspetti dell'Io e non ne blocca il funzionamento (o è transitoria). Basti pensare ad esempio alla relazione genitore e figlio piccolo: il saper giocare col bambino, regredire con lui, fare smorfie, "vocettine", pagliacciate... è assolutamente normale, anzi è un requisito fondamentale per una buona relazione educativa perché favorisce l'empatia e la sintonizzazione.

In patologia la regressione è in qualche modo sempre presente, ovviamente le nevrosi sono caratterizzate da funzionamenti regressivi meno profondi rispetto alle psicosi, dove ci troviamo di fronte a regressioni, più vaste, invalidanti e relative a stadi molto primitivi.

Data la particolare natura dei mezzi difensivi che l'adolescente utilizza per affrontare la sua sofferenza mentale, per cui il linguaggio verbale viene utilizzato più per nascondere le proprie emozioni che per comunicarle, la tecnica della rappresentazione con lo psicodramma risulta particolarmente funzionale nel trattamento psicoterapeutico dell'adolescente ed è in alcuni casi preferibile alla tecnica tradizionale fondata sulla comunicazione verbale.

Il gruppo di psicodramma, avvalendosi della tendenza degli adolescenti all'esternalizzazione dei conflitti e all'acting out, attraverso il gioco delle parti, mette i partecipanti in grado di apprendere dall'esperienza diretta qualcosa inerente alle loro emozioni (Bion, 1962).

ESEMPIO: Un ragazzo di circa vent'anni ha preso a pugni il relatore di una conferenza a cui partecipava. Nel suo primo psicodramma da protagonista mette in scena appunto il pugno al malcapitato conferenziere.

L'acting out è un meccanismo di difesa che evita all'Io il contatto con emozioni insostenibili o con rappresentazioni mentali inaccettate attraverso comportamenti o azioni agite. Attraverso lo psicodramma, durante il quale egli rivive quella situazione critica che ancora gli procura sensi di colpa e lo stigma sociale di "fuori di testa", il paziente si rende conto che la rabbia rivolta contro il malcapitato relatore derivava da uno scontro, avuto qualche minuto prima di compiere il gesto, con la madre. Ha un insight: "Era con lei che mi ero arrabbiato...".

Il paziente del quale sto parlando spesso fatica a tenere sotto controllo le sue pulsioni, che diventano distruttive, anche a causa di un Super-Io molto rigido. Nonostante ciò, nel gruppo di psico-

dramma ha un comportamento adeguato, non è mai aggressivo nei confronti degli altri membri e partecipa attivamente. Sembra che abbia introiettato una morale rigida, fatta di castighi e punizioni che si auto-infligge ogni qualvolta la sua mente è attraversata da quelli che lui chiama "cattivi pensieri".

In uno psicodramma viene evidenziato questo conflitto intrapsichico: da una parte ci sono i "cattivi pensieri" (il diavolo) e dall'altra la parte più razionale. Il conduttore spesso fa delle interpretazioni attraverso la tecnica del doppio del protagonista, mette in evidenza la normalità dell'avere degli istinti sessuali nei confronti delle ragazze, l'importanza delle pulsioni, sottolinea la rigidità del suo Super-Io, la poca spontaneità nel ripetere "sermoni" inculcati da altri... Alla fine di una seduta in cui è stato protagonista si rivolge al conduttore dicendogli: *"Certo che lei dottore ha un obiettivo molto alto, un lavoro difficile... non ci dice cosa è giusto e cosa è sbagliato, non ci insegna come dobbiamo fare, non ci fa prediche... ma attraverso lo psicodramma ci fa scoprire cosa è meglio per noi, qual è la strada che ogni uno di noi decide autonomamente di percorrere..."*.

Il gruppo terapeutico offre uno spazio dove l'adolescente viene messo in grado di incontrare i coetanei in un contesto sperimentato come unitario; in tale contesto può individuarsi e ricreare la propria identità, attraverso i giochi di identificazione reciproca e di differenziazione.

Rassicurati dal clima di libertà e dall'assenza di una valutazione sul loro operato, garantita dal setting, i ragazzi possono iniziare a riconoscere i loro modelli ed i loro ideali e rifiutarne altri che percepiscono meno vicini ai loro sentimenti. A volte essi esprimono stupore e meraviglia sulla loro capacità di verbalizzare le proprie emozioni e il disagio vissuto nelle relazioni interpersonali della vita di tutti i giorni.

ESEMPIO: Cito lo scritto di un paziente, realizzato durante un gioco di riscaldamento, in cui si rivolge ad un adolescente ipotetico, nel quale egli ci parla proprio di questo disagio: *"Caro adolescente, ti scrivo in merito al dolore che entra nelle persone; a volte dai primi anni di vita e altre nel corso del tempo. La maggior parte delle persone crede di*

morire perché gli è impossibile vivere con dei problemi, ma basterebbe solo pensare a chi si era ieri... e cosa si è oggi?”.

Sono solo parole... ma attraverso di esse ci parla del “suo” dolore, che è entrato nella sua vita un giorno, all’improvviso, come un fulmine a ciel sereno, trasformandolo da “un bambino come tutti gli altri” ad “un bambino con un handicap”. Nei suoi occhi si legge tutta la sofferenza che egli prova per una condizione che non riesce ad accettare, perché si sente un “diverso”, perché sente che in questo mondo non c’è posto per quelli come lui...

La sua ferita, ancora aperta e sanguinante, sembra insanabile. Attorno al suo handicap ha organizzato la sua identità, la sua parte “malata” è uno scudo dietro al quale nasconde delle parti sane, vitali... parti non conosciute di sé che gli fanno una paura terribile.

Il tema, infatti, che ci propone come protagonista è *“Odio tutto il mondo e odio me stesso”*. Nel soliloquio iniziale dice con tono dimesso: *“Odio il mondo, mi dà fastidio la gente... mi dà fastidio che loro sono felici, vivere in queste condizioni è un dolore che non è in grado di capire nessuno! Odio tutti...”*.

A questo punto si gira verso il conduttore, con il quale ha un ottimo rapporto (forse l’unico significativo con un adulto di sesso maschile!) e abbozzando un sorriso aggiunge: *“Eccetto lei dottore...”*. Sui suoi “curanti” vorrebbe buttare (cito le sue parole) *“tanche di benzina e cerini”*, ma il conduttore dello psicodramma lo salva, e questo ce la dice lunga sul rapporto transferale che si è creato.

Ritornando al nostro protagonista, egli sceglie una ragazza, come alter-ego. Lei gli rimanda i contenuti principali del soliloquio iniziale e lui commenta: *“Sono tutte cose che penso... è un risentimento che ho dentro da quando, da bambino, mi è successa una cosa... spesso dico a mia mamma che mi sento una merda... e dopo piango”*. Al suo alter-ego invece dice: *“Non hai speranze, vali zero... devi morire, schiantarti con la macchina contro un muro...”*.

È la prima volta che egli verbalizza chiaramente il pensiero del suicidio. *“Per me l’idea della morte è una cosa ricorrente... sono in bilico tra la vita e la morte, ma non ho le palle neanche per uccidermi, anche se lo vorrei tanto...”*. È visibilmente commosso ed ha un moto di

stizza per l'emozione che lo sta travolgendo. Lo psicodramma prosegue evidenziando ai presenti, ma soprattutto al protagonista, che tutto l'odio che egli prova nei confronti degli altri, di quelli fisicamente "sani", è una difesa per tenerli distanti, per non entrare in relazione con loro, ed inevitabilmente con le tutte le parti di sé, quelle "sane" e quelle "malate". Nella fase finale della sessione i componenti del gruppo si sono posizionati nello spazio, ciascuno secondo il proprio sentirsi emotivamente vicino o lontano dal protagonista; egli è stupito di vedere "tanta gente" così vicina a lui, ed ancora di più di sentire le loro parole: *"Hai tutto il diritto di essere arrabbiato..."* – *"Sentirti dire queste cose è stata per me una coltellata"* – *"Tu dici di essere solo, ma sei tu che allontani gli altri con i tuoi atteggiamenti"* – *"Vorrei abbracciarti..."*.

Lo psicodramma si conclude con una frase del paziente rivolta al "mondo esterno", a tutta "quella gente" di fronte a lui: *"Ho paura di chiedervi di starmi vicino... di chiedervi di non scappare..."*.

L'intervento del terapeuta è mirato al passaggio dalla sofferenza agita alla sofferenza pensata, detta, condivisa. Si tratta di un processo di trasformazione che può favorire negli adolescenti la capacità di utilizzare meglio le proprie risorse nel percorso di maturazione.

Attraverso la rappresentazione di situazioni tratte dalla storia personale di ognuno, dai propri sogni, desideri, difficoltà, conflitti, fantasie e progetti, si crea nel gruppo un contesto di realtà percettiva, emotivo-affettiva e relazionale che si affianca ad uno "spazio simbolico" che permette di riflettere sulla propria storia, sulle relazioni significative e di scoprire nuove alternative comportamentali e progettuali.

Il gruppo diventa un luogo "altro" in cui è possibile svincolarsi dagli abituali ruoli stereotipati e immobilizzanti, offrendo a ciascuno l'opportunità di viverli e provarli in ruoli diversi ed alternativi. In tal senso il progetto del terapeuta di gruppo va di pari passo al progetto di maturazione degli adolescenti.

Nel gruppo viene favorita la comunicazione spontanea che il terapeuta utilizza per sostenere un percorso di elaborazione e di trasformazione delle istanze e delle difese degli adolescenti.

ESEMPIO: Lo psicodramma inizia con un soliloquio di un protagonista adolescente: *“L’innamoramento è un qualcosa che non scegli ma che ti sbatte contro, te lo ritrovi lì... come l’influenza. La scelta sta in come decidi di viverlo”*.

Viene rappresentata la scena in cui incontra per la prima volta Angela, la ragazza per la quale ha perso la testa. Non mi voglio dilungare nel descrivere l’intera sessione psicodrammatica, ma cito le parole del protagonista quando viene invitato dal conduttore a tradurre in parole quello che succede dentro di lui quando la ragazza gli è vicina: *“Adesso la mia vita può avere senso anche se tutte le cose vanno male”*. Sensazioni di pienezza, vitalità e voglia di vivere.

Durante una passeggiata, Angela è vicina ad un altro ragazzo, ma mantiene un contatto oculare con lui, scambiano delle battute... Il nostro protagonista allora tenta di avvicinarla a sé, l’abbraccia e lei posa teneramente la testa sulla sua spalla. Lui si sente felice, in pace con il mondo. Ma ad un certo punto l’allontana bruscamente dicendole: *“Vai via, vattene, torna da quell’altro!”*.

Attraverso la tecnica del doppio i membri del gruppo mettono parole sui sentimenti che sottostanno a questo gesto: *“L’allontano, ma vorrei fosse mia per tutta la vita”*; *“Senza Angela mi sento perduto”*, *“Sono geloso dell’altro”*, *“Senza di lei c’è solo buio”*. Il protagonista ha un insight: *“L’allontano perché non so come fare a stare con una donna, perché se lei rimane vicino a me ho paura di non farcela, io non so gestire un rapporto d’amore, mi sento inadeguato ed impotente allo stesso tempo. E poi se mi lasciasse?”*.

Con questo lavoro volevo sottolineare come l’intervento di gruppo favorisce negli adolescenti la capacità di utilizzare meglio le proprie risorse, attraverso il confronto, l’identificazione reciproca ed il rispecchiamento negli altri di parti di sé.

Per quanto riguarda i meccanismi di difesa: l’adozione di meccanismi di difesa rigidi, leggibile come manifestazione esteriore del disagio vissuto, può portare ad un intensificarsi del disagio stesso, innescando un circolo vizioso: la mancanza di flessibilità nei meccanismi di difesa conduce facilmente a comportamenti stereotipati, e questi si rivelano spesso inefficaci sia rispetto alle

istanze interiori del soggetto sia rispetto alla specificità delle situazioni esterne e dei suoi rapporti con gli altri.

Inversamente, se la rigidità dei meccanismi di difesa può condurre a stereotipi comportamentali, la buona integrazione del sé e la buona integrazione sociale si manifestano come capacità di scegliere ed attuare il comportamento di volta in volta più adeguato e opportuno. Attraverso lo psicodramma e le sue tecniche è possibile, e generalmente più immediato rispetto alla terapia verbale, superare rigidi meccanismi difensivi, permettendo al soggetto di strutturare difese meno arcaiche e più evolute. Oggi lo studio dei meccanismi di difesa non è più confinato alle terre inospitali della psicopatologia: l'espressività e il significato strategico delle difese vengono considerati alla luce del ruolo giocato nello sviluppo della personalità e nella costruzione di dinamiche interumane.

Si potrebbe azzardare una definizione di difese come i regolatori dell'omeostasi psichica in relazione con il sé e l'ambiente. L'apparato difensivo del soggetto fornisce un contributo fondamentale alla formazione dello stile individuale di personalità e al diverso modo che ciascuno di noi ha di interagire con il mondo, di regolare gli affetti, e di ridimensionare, in modo più o meno articolato e creativo, ciò che chiamiamo conflitti (siano essi esterni o interni). Le difese non possono essere considerate come dei fenomeni esclusivamente intrapsichici (un sistema chiuso di stabilizzazione della personalità), ma come funzioni costantemente plasmabili dall'immediato contesto interpersonale.

4° INTERVENTO

“I SIMBOLI E LA LORO RAPPRESENTAZIONE”

MILENA SILIPRANDI

Psicologa, Psicoterapeuta

Jung definisce i simboli come dei veri e propri trasformatori dell'energia psichica che hanno la capacità di esprimere i processi interiori mediante immagini imprimendo allo stesso tempo su di loro un senso.

Il simbolo per essere tale può essere una rappresentazione familiare della vita di tutti i giorni ma, deve avere connotati specifici oltre il suo significato convenzionale. Una parola o un'immagine è simbolica quando implica qualcosa che sta al di là del suo significato ovvio e convenzionale, essa possiede un significato inconscio che non è mai precisamente definito o completamente spiegato.

Il simbolo presuppone sempre che l'espressione scelta sia la migliore indicazione o formulazione possibile di un dato di fatto relativamente sconosciuto, ma la cui esistenza è riconosciuta e considerata necessaria. (...) Fintanto che un simbolo è vivo è espressione di una cosa che non si può caratterizzare in modo migliore.

Il simbolo è vivo soltanto finché è pregno di significato.

Ogni fenomeno psicologico è un simbolo, se si suppone che esso affermi o significhi anche qualcosa di più e di diverso che per il momento si sottrae alla nostra conoscenza. Questa supposizione è senz'altro possibile ovunque vi sia una coscienza orientata verso ulteriori ragionevoli significati delle cose. (...) Che un elemento sia un simbolo o no dipende anzitutto dall'atteggiamento della coscienza di chi osserva: dall'atteggiamento ad esempio di un intel-

letto, che consideri il fatto dato non solo come tale, ma anche come espressione di fattori sconosciuti. È quindi possibilissimo che un certo fatto non appaia per nulla simbolico a colui che lo ha prodotto ma che tale invece sembri ad un'altra coscienza.

Durante una rappresentazione psicodrammatica molti sono i simboli che si possono osservare emergere, dalle dinamiche che nascono, dai sintomi che le persone portano, dalle azioni dei singoli partecipanti ma anche da quelle dell'intero gruppo.

Io oggi porterò alcune osservazioni relativamente a ciò concentrandomi sugli aspetti relativi alla relazione ed alle capacità relazionali.

Durante lo psicodramma, non solo ognuno può rappresentare la sua storia, o il suo dramma diventando personaggio, come direbbe Pirandello; ma sulla scena possono prendere vita tutti i personaggi (ruoli) che ognuno ha dentro di sé. Ruoli sperimentati nella vita, ruoli solo desiderati o sognati ad anche ruoli mai neppure immaginati.

In questo modo, ad ognuno viene data la possibilità di essere guardato e visto senza doversi preoccupare delle aspettative degli altri; può essere sé stesso senza bisogno di seguire un copione.

Se è vero come diceva Shakespeare che "tutto il mondo è un palcoscenico", è importante prendere in considerazione il bisogno di ognuno degli attori di avere un pubblico che lo osservi durante la propria rappresentazione.

I ragazzi incontrati all'interno del gruppo di psicodramma, spesso mi hanno dato la sensazione di non essere mai stati guardati per quello che sono ma solo per quello che gli spettatori volevano vedere, forse solo raramente hanno avuto la possibilità di trovarsi di fronte ad un pubblico privo di aspettative che permettesse quindi loro di essere veri (spontanei) e senza un copione da seguire.

Senza una platea che apprezza lo spettacolo, non si verifica nessun cambiamento significativo nel livello di auto-consapevolezza degli attori, e neanche del pubblico.

Senza gli spettatori lo spettacolo è recitato nel vuoto, rimandato o per nulla messo in scena.

Quando un ragazzo non viene guardato da nessuno o rinuncia

oppure gli rimane la poco stimolante alternativa di ripercorrere la leggenda di Narciso; Narciso contempla per lungo tempo la sua immagine riflessa in una fonte fino ad innamorarsene, quando però si accorge che il suo amore non viene ricambiato si uccide.

Durante lo psicodramma c'è un protagonista che rappresenta la sua scena ed un pubblico che guarda, in entrambe le posizioni in questo modo è data la possibilità di crescere, di aumentare la propria consapevolezza di sé e quindi di avvicinarsi alla propria identità; opportunità che probabilmente non viene sempre data dal pubblico-famiglia-adulti-coetanei.

Pare che proprio grazie alla possibilità di rappresentare il loro dramma di fronte ad un pubblico, queste persone-attori possano acquisire una maggior consapevolezza in loro stessi ed incominciare così a divenire individui.

Il gruppo, durante le sedute di psicodramma diventa un contenitore materno ed accogliente ma anche paterno, stabile e normativo. L'accoglienza e l'accettazione che forse alcuni dei ragazzi non hanno mai veramente sperimentato fuori dal gruppo, permette loro di sperimentarsi ed esprimersi per ciò che realmente sono, questo favorisce l'individuazione ed accettazione delle proprie difficoltà e dei propri limiti, fase indispensabile per un cambiamento.

I limiti stabili, le regole che non cambiano da un momento all'altro permettono di sentire il gruppo e l'altro, in modo particolare l'adulto, come solido. Questo permette ai ragazzi da una parte, di non temere con il loro comportamento di poter "spaventare" o "rompere-distruggere" l'altro, dall'altra possono percepire di essere visti senza dover essere forzatamente trasgressivi, la sfida è inutile, il gruppo non cambia i propri confini senza ragione.

Un eventuale cambiamento di programma, in questo gruppo, prima di esser applicato viene discusso con tutti, non serve quindi stare all'erta per paura di brutte sorprese, l'organizzazione dell'incontro tutti la conoscono e questo forse alimenta la fiducia nell'altro, non vi è paura dell'ignoto ed imprevedibile.

L'adulto nel gruppo diviene quindi madre e padre, contiene ma pone anche limiti chiari dando un rimando adeguato relativo ai ruoli nella relazione.

Rina parla continuamente senza mai fermarsi sia durante i brevi momenti di silenzio che si creano, che cercando di sovrastare la voce di un compagno quando sta cercando di esprimersi. I genitori si definiscono incapaci di fermarla, di metterle limiti, lei manifesta forti esplosioni di rabbia durante le quali insulta la madre e distrugge ciò che ha vicino, i genitori arrivano ad aver paura di lei ed a chiedere aiuto ai servizi. Inizialmente il suo inserimento nel gruppo non è semplice, Rina non lascia spazio ai compagni vorrebbe forse essere l'unica attrice sul palcoscenico come nell'ultimo periodo faceva a casa. Nel tempo il suo comportamento si modifica, forse scopre modalità diverse e meno distruttive per essere vista, nel gruppo ha trovato buoni spettatori che riescono a vederla anche quando è attrice non protagonista. I limiti chiari e stabili con i quali Rina si è trovata a doversi confrontare e l'accoglienza che ha sperimentato l'hanno probabilmente aiutata a poter lei stessa sperimentare di essere spettatore e non solo attrice, scoprendo poi, non per questo di diventare invisibile.

Altro aspetto importante che è stato osservato nel gruppo a proposito di relazioni è il "dare e ricevere".

Il dare e ricevere che dovrebbe essere sperimentato nella relazione materna primaria, passaggio fondamentale per poter poi instaurare adeguate relazioni non può essere dato per scontato.

Lo psicodramma può divenire il luogo per la rappresentazione simbolica di ciò, dando quindi la possibilità di sperimentare qualcosa che è stato perso, che non si ha avuto a sufficienza o in alcuni casi che non si conosce affatto.

Il ricevere sembra da molti vissuto solo in relazione all'aver bisogno, al non farcela da solo alle scarse capacità e valore personale. In questi casi, non osserviamo corrispondere a quanto è stato ricevuto una sensazione di piacere, ma un vissuto di incapacità, di fallimento forse legato al percepirsi non più bambini ma bisognosi come se si fosse tali, questo spesso si associa ad un'incapacità a dare pensando forse di non aver nulla da offrire.

C'è anche chi sembra non conoscere la dimensione del ricevere e cerca di dare continuamente (parole, baci, caramelle, oggetti...) non lascia nemmeno un'eventuale spazio nel quale magari l'altro potrebbe ricambiare; leggiamo ciò sia come un modo per evitare di poter scoprire che l'altro non dà (il vuoto-angoscia-abbandono) ma

forse anche come il timore di non essere sufficienti (sufficientemente interessante, intelligente, carina, adeguata...) e quindi sperare che attraverso il dare tanto l'altro trovi qualcosa di buono che faccia sentire a chi dà che ha un certo valore.

Anche nelle azioni più semplici c'è chi imparando a dare e ricevere oggetti in modo diverso può poi sperimentare la capacità di avere relazioni più adeguate.

Relativamente a ciò vorrei portare l'esempio di Fabio, *un ragazzo di 19 anni che non ha mai avuto amici ed anzi è stato spesso lo zimbello della classe.*

Fabio ha gli occhi azzurri come il cielo che guardano sempre a terra, noi li notiamo solo quando a momenti li alza in direzione di un adulto quasi ad implorare aiuto.

Fabio a 8 anni ha avuto un grave problema neurologico, da allora il papà lo evita ("non ha mai accettato ciò" dice la madre) e la mamma lascia il lavoro per dedicarsi completamente a lui, cercare nuovi e diversi specialisti che lo possano far tornare il figlio che era prima.

Da quel momento Fabio non viene più visto per come è, ma guardato con la speranza che possa diventare diverso.

Come può il ragazzo trovare il coraggio di mostrarsi veramente? Come può sentire in ciò che riceve un piacere o pensare di avere qualcosa da donare?

Durante un gioco di riscaldamento ai ragazzi viene chiesto di scrivere un messaggio per ogni partecipante, quando Fabio legge i messaggi ricevuti afferma: "Sono bellissimi!". Nulla di speciale era contenuto in quelle scritte, lui non si era molto concesso relazioni e quindi gli altri non potevano conoscerlo tanto da scrivere messaggi troppo personali, ma l'emozione da lui provata è visibile da tutti noi, gli si illuminano gli occhi, modifica la postura ed alza lo sguardo, poi senza farsi notare piega i bigliettini e li mette in tasca per conservarli.

Non è minore il piacere che manifesta mentre ascolta i compagni leggere i messaggi che lui stesso aveva scritto. Fabio, che forse come altri aveva temuto di non aver nulla da dare, dopo l'esperienza fatta ha potuto gradualmente iniziare ad offrire al gruppo anche le sue parole ed i suoi pensieri. Spesso è stato lui ad essere scelto come "Io ausiliario" per rappresentare l'amico ideale da poter incontrare, e così, forse per la prima

volta, ha potuto veramente sperimentarsi nel ruolo di amico e non solo di figlio-bambino-mammone.

Per molto tempo ha avuto bisogno di essere sostenuto e stimolato per potersi esprimere, ma lentamente è riuscito anche ad istaurare alcune relazioni di amicizia.

Parlando di psicodramma con gli adolescenti vorrei citare l'importanza del corpo.

Il corpo durante l'adolescenza rappresenta un aspetto cruciale, in quanto diviene oltre che uno strumento di misura dello spazio fisico, anche un medium per l'espressione simbolica dei conflitti, ed un oggetto di investimento narcisistico, vediamo ad esempio come l'appartenenza ad un gruppo si evidenzia con piercing, tatuaggi, un particolare abbigliamento o una magrezza esasperata. Come Blos ed altri ci ricordano, il narcisismo adolescenziale dipende dall'ideale dell'io, inteso come quella componente evolutiva che rappresenta un'immagine soddisfacente ed amabile di sé, e che svolge la funzione di supporto dell'io nell'aggiustamento delle relazioni con gli oggetti interni e nell'adattamento sociale. La posta in gioco, è la conquista di un'identità integrata, che inevitabilmente trova le sue radici nelle relazioni precoci.

Nel gruppo ho osservato forti sofferenze provocate da ideali dell'io troppo alti per essere raggiunti e da relazioni precoci forse troppo fragili e poco sicure che impediscono di separarsi adeguatamente e di sperimentare identificazioni nel gruppo dei pari.

Nella situazione in cui l'adolescente è portatore di un disagio psichico, il corpo diviene ancora di più uno dei principali canali di comunicazione; il corpo diviene simbolo di una sofferenza interna a volte molto profonda.

Ale racconta la sua sofferenza portando nel gruppo il suo corpo ferito, con i segni che lui stesso si è inflitto, lo stesso corpo che un tempo gli aveva permesso di essere un grande sportivo e strutturare così una soddisfacente identità. Un'identità però che evidentemente si era strutturata solo attraverso il corpo.

Ale, un ragazzo alto più di un metro e ottanta, un bravo giocatore di hockey che, dopo un incidente in cui si rompe un ginocchio e non può più giocare sembra non riconoscersi più.

È difficile non pensare come il corpo rappresenti la prima fase di conquista dell'identità per ogni individuo, ma anche come questa sia solo l'inizio e necessiti poi di un'evoluzione per poter sviluppare adeguate capacità di relazione, la capacità di incontrare e di essere incontrati, raggiungendo così un'identità psicologica completa, profonda e strutturata dell'intera personalità.

Parlando di relazioni, inizialmente osserviamo Ale molto adeguato sia negli atteggiamenti che nei contenuti verbali seppur lui al suo primo incontro racconta di riconoscersi in Gino, nel suo sentirsi isolato e nella sua incapacità ad uscire di casa. Durante uno dei molti ricoveri, Ale racconta, con evidente distacco emotivo, di procurarsi tagli e bruciature sulle braccia per provare piacere attraverso la pelle: "è una soddisfazione che nasce e muore velocemente...". Si svela in poco tempo come quelle che appaiono capacità relazionali fossero invece abilità nate da un forte conformismo ed un'incapacità ad esprimere il proprio pensiero, il proprio essere, la propria spontaneità.

La sua difficoltà di integrazione e di controllo delle pulsioni e delle emozioni lo portano ad aggredire il suo corpo illudendolo di un piacere che però si conclude velocemente ed impedisce di creare relazioni. La sua paura a stabilire legami emerge più volte durante lo psicodramma, questo gli permette di osservare come il suo isolarsi non sia dovuto al non voler mostrare le sue ferite (come spesso lui raccontava) ma le ferite stesse vengano da lui auto-inflitte per impedirsi di sentire la propria paura nell'entrare in relazione. È attraverso la relazione che lui potrebbe riconoscersi come in uno specchio ma questo probabilmente lo porterebbe a dover fare i conti con quel ideale dell'Io ormai irraggiungibile, e con il riconoscere l'assenza di altri ideali.

Rimane quindi sul proprio corpo la ricerca del piacere (oggetto narcisistico) ma con una percezione alterata.

Infine il gruppo dei coetanei, per alcuni sembra sostituire il gruppo degli amici che generalmente è presente a questa età, ma che in molti casi abbiamo osservato essere assente o poco significativo. Le relazioni con i coetanei rappresentano un importante strumento che permette ai ragazzi, un po' alla volta di riconoscersi se stessi e di riconoscersi diversi dagli altri. Il gruppo dei pari

viene identificato da Laufer come mediatore di sistemi di identificazione e di identità, oltre che luogo di proiezione e funzione vicaria dell'ideale dell'io.

È triste osservare come spesso, durante lo psicodramma, emerga da diversi ragazzi una povertà di relazioni e di amicizie, che rischiano di amplificare ulteriormente il disagio personale provato, inducendo spesso al ritiro ed alla chiusura.

Durante l'esperienza ho osservato anche come il gruppo abbia avuto per ognuno la funzione di specchio, dando la possibilità di vedersi anche con occhi diversi favorendo così insight riguardanti i comportamenti, ed occasioni per modificare i propri atteggiamenti.

Tenendo conto, inoltre, come nel tempo si siano istaurati rapporti di amicizia e come i loro contatti non si limitino più solo al gruppo di psicodramma, abbiamo una conferma dell'importanza della dimensione relazionale propria dell'adolescente che si affianca, andandole ad integrare, alle dinamiche proprie del setting terapeutico.

6° INTERVENTO

LA RICERCA DI UN METODO INTEGRATO

AMEDEO BEZZETTO

*Psicologo, Psicoterapeuta, Responsabile Centro Diurno Adolescenti
Ospedale "Villa S. Giuliana" – Verona*

Ho l'opportunità e il piacere di raccontarvi del mio lavoro con i giovani e del gruppo di lavoro del Centro Diurno Adolescenti (CDA) che mi ha messo a disposizione il materiale prezioso oggetto di questo intervento. Voglio precisare che non sono uno psicodrammatista ma sono attento e molto interessato alla proposta psicodrammatica, che considero più di una tecnica per la terapia, e sento utile alla riflessione sul lavoro con gli adolescenti. Lavorare con i giovani ci spinge alla relazione e al confronto continuo, ma senza un approccio integrato l'impegno può risultare vano.

In particolare, per quanti operano in contenitori istituzionali, l'integrazione dovrebbe essere parte dello sfondo, un "mettere insieme" tra sguardi e professionalità differenti per un unico e condiviso scopo. Durante la preparazione dell'intervento ho riflettuto sulla possibilità comunicativa in questa sede e ho pensato di esprimermi non tanto per definizioni, per parole con precisi significati, ma per immagini ovvero per forme visibili poco saturate sul piano del significato ma propulsive sul piano mentale, in senso evocativo.

Tale scelta mi è stata suggerita proprio dal contatto dello psicodramma con la realtà dell'Ospedale Villa Santa Giuliana; dove l'aver accolto la tecnica psicodrammatica e l'esperienza del dott. Mazzara, ha promosso, sottoforma di stimolazione e sollecitazione,

riflessione e ricerca sul metodo di intervento in istituzione. Un approccio che tenga conto e medi tra la cura psicologica attraverso l'uso del simbolo, ovvero la parola come elemento specifico di cura in una istituzione psicomica, e la realtà concreta del gioco dei ruoli proposta dal lavoro scenico dello psicodramma. Un lavoro di scena ritrovato nel quotidiano istituzionale dell'ospedale, nella vita condivisa di operatori e pazienti al CDA come in molte altre aree di lavoro clinico nell'ospedale, nell'operatività di tutti i giorni con i pazienti negli spazi strutturati e organizzati, così come negli spazi più liberi e informali.

Nella proposta psicodrammatica che mostra una scena tra persone ho trovato quindi un suggerimento, uno stimolo per ripensare il lavoro istituzionale con gli adolescenti al CDA affinché sia sempre più efficace una presa in carico così impegnativa come un ricovero, affinché l'impegno di preoccuparsi o di occuparsi degli adolescenti non si riduca al solo contenimento, al controllo del comportamento disturbante di alcuni giovani a protezione della società, ma sia vera opportunità clinica trasformativa per il loro rientro nella stessa comunità moderna a cui appartengono.

Cesare Musatti, uno dei nonni della psicoanalisi, in una battuta ha detto che in verità "la psicoanalisi è uno psicodramma". Musatti a ottant'anni ha scritto dei saggi di teatro, ha scritto racconti "teatrabili", formule narrative ispirate alla commedia e rappresentabili in scena. Uno psicoanalista che invita al teatro è un testimone importante del valore della proposta psicodrammatica.

Anche nel nostro lavoro istituzionale possiamo riconoscere la ricerca, o il tentativo di, realizzare la corretta definizione di un pensiero teorico dinamico con la possibilità di lavorare con adolescenti in difficoltà nella maniera più spontanea possibile come nell'improvvisazione, più immediata e diretta come nella drammatizzazione, mediata dagli oggetti concreti come nella recitazione sul palco, e pur sempre riflessiva ed introspettiva. Sono adolescenti in condizioni psichiche problematiche, frequentemente in piena crisi, alcuni con grandi sconvolgimenti interiori e ambientali, altri sono in una fase di ritiro, paralizzati assieme alla loro famiglia, e con gli stessi curanti spesso in empassé.

Nel 2004, in questa stessa aula, è stata fatto un convegno internazionale con Philippe Jeammet, il quale ha dedicato la sua vita professionale al trattamento degli adolescenti con problemi psichici, in Francia. In quella occasione il prof. Jeammet aveva affermato che gli adolescenti hanno bisogno di una *istituzione*, e quella affermazione è diventata una guida per il nostro lavoro in ospedale. Ma che cos'è una istituzione? Il concetto istituzione si presta a molti significati ma invece che proporre una definizione formale, estratta dall'aggiornato vocabolario della lingua italiana, ho scelto di nuovo la comunicazione per immagini che possa fare mostra del concetto istituzione. Nel nostro caso, l'istituzione è un contesto con un diverso grado di organizzazione capace di offrire alle persone che sono al suo interno una esperienza di senso.

La speranza del nostro lavoro si concentra nell'idea che il Centro Diurno Adolescenti possa diventare un luogo per abitare, nel senso più ampio del termine, uno spazio/tempo in cui si possa fare esperienza di senso, condiviso con l'altro. In una immagine questa istituzione può essere rappresentata come una dimensione, un oggetto, dove dentro sta l'adolescente. Si può immaginare una circonferenza tracciata sopra un foglio bianco, un cerchio, e in mezzo l'adolescente, come un punto contenuto al suo interno.

Non si tratta di una circonferenza tracciata con una linea chiusa ma di un tratteggio circolare, una linea curva con delle interruzioni, delle aperture, dei passaggi che possano permettere che dentro e fuori non siano ermeticamente separati, e ciò che è contenuto possa uscire, ciò che è esterno possa entrare. Con una immagine di questo genere mi rappresento l'istituzione come un qualcosa che sta attorno al ragazzo ma senza indurre in lui il sentimento di essere circondato. Nel caso in cui, per errore, l'istituzione che circonda l'adolescente induca una esperienza di accerchiamento non dovrà sorprenderci l'atteggiamento difensivo del giovane. Una reazione congrua ad un difetto fondamentale di una istituzione opprimente.

In continuità alla proposta di lavorare per immagini, intercalerò l'intervento alla presentazione di esempi fotografici raccolti nel lavoro con gli adolescenti al CDA.

Con la fig. 1 ci troviamo all'interno del percorso di arteterapia, Antonio ci propone questo lavoro dal titolo "Guerriero Masai con gatto".

Antonio ha venti anni, è una persona che ha "la morte in testa", pensa continuamente alla morte. Antonio è una persona che non comunica su questi elementi, ne parla ma non comunica, infatti nel colloquio non riusciamo a procedere, a lavorare insieme, le parole sono insufficienti. Però se voi guardate questa immagine, la guardate con attenzione, alcuni potrebbero essere indotti ad allucinare un dialogo tra i due soggetti, il guerriero e il gatto.

Questa immagine ci mostra e ci fa pensare che Antonio comunica, è capace di comunicare ma non usa le parole, le solite parole. Sulla ricerca di una modalità attraverso la quale riuscire a lavorare con Antonio credo si concentri la difficoltà dei curanti, forse le parole arriveranno dopo, ma sul bisogno della comunicazione, dell'esistenza e della possibilità di stare in due, insieme, questa immagine parla da sola. Una rappresentazione evocativa più potente di molte parole descrittive ed esplicative.

Per tornare a Jeammet, egli ci ha aperto la strada con l'affermazione che l'istituzione è qualcosa di cui gli adolescenti hanno bisogno. Compito dei curanti è realizzare una istituzione adatta attorno a loro con la consapevolezza della necessità per i più giovani di uno spazio/tempo di salute e di vita. In realtà l'esperienza istituzionale non manca ai giovani, per ognuno di loro la prima istituzione è la famiglia d'origine nella quale hanno trascorso i primi anni di vita. La crisi del sistema famiglia di questi anni può essere un valido contributo alla comprensione delle difficoltà dei giovani, ma è insufficiente a spiegare in modo esauriente le criticità di tipo clinico oggetto del nostro lavoro istituzionale.

La famiglia è cambiata e il suo modificarsi caratterizza il modo in cui l'adolescente si manifesta; infatti negli anni '60 e '70 ad una genitorialità autoritaria è corrisposta una adolescenza ribelle e di protesta. Oggi ad una famiglia aperta, con poca differenziazione tra generazioni e tra ruoli, corrispondono adolescenti che appaiono smarriti ed inconsistenti. Questo suggerimento della psicologia sociale a spiegazione dell'adolescenza è utile ma riduttiva,

FIG. 1



soprattutto per i pazienti più giovani.

Il lavoro clinico ha bisogno di ricerca più approfondita e spesso l'urgenza del caso può indurre anche il tecnico esperto alla spiegazione più plausibile, esponendo diagnosi e terapia alla semplificazione del pensiero poi smascherata dall'insuccesso del trattamento. Per esempio si tratta della tentazione riduttiva innanzi all'incontro con un genitore francamente patologico. In questo caso un padre o una madre schizofrenica può essere eletta a causa principe della sofferenza del figlio e indurre il clinico ad un conseguente lavoro di separazione, inserimento in comunità, affidamento del minore, un procedere talora affrettato, insopportabile per tutti, complicato sul piano istituzionale.

In questi casi il lavoro con i familiari è fondamentale e l'approccio istituzionale non può trascurare la presa in carico dell'intero nucleo rinunciando al mito della separazione come soluzione ideale. Per i ragazzi è stata sviluppata la proposta di un ampio programma istituzionale composto di molteplici interventi, da quelli sociorelazionali a quelli riabilitativi e terapeutici, dal percorso indi-

viduale all'esperienza del piccolo gruppo con differenti figure professionali. Il programma di lavoro a cui accedono i ragazzi segue le indicazioni del curante e può includere la proposta psicodrammatica in rapporto al quadro di sofferenza psichica e al tipo di funzionamento mentale attuale del ragazzo.

L'esperienza di questi anni ha reso evidente che lo strumento psicodrammatico per gli adolescenti è un intervento idoneo per pochi giovani presenti nella popolazione del CDA. La proposta psicodrammatica richiede al ragazzo proprietà e funzionalità mentale di livello medio-alto, essendo una esperienza mediata dall'azione ma capace di sollecitare la dimensione emotiva e la riflessione in senso psicoterapico.

L'esercizio del pensiero è un obiettivo da raggiungere per ogni adolescente, e sperimentare la riflessione per un adolescente con problematiche psichiche è oltremodo difficile. Non si tratta di mettere in discussione l'efficacia dell'intervento dello psicodramma ma di capire in modo preciso a quali adolescenti possiamo proporre l'esperienza dello psicodramma. Il requisito della pensabilità, indispensabile per il trattamento psicoterapico non può essere dato per scontato in adolescenza; appena un adolescente è in grado di pensare, l'invito alla cura è repentino, ma spesso non ponderiamo a sufficienza la maturazione, il consolidamento di una abilità al pensiero recentemente acquisita.

Un'ampia parte della popolazione del CDA soffre della difficoltà di un rapporto con il pensare; per alcuni è incostante, per altri giovani la qualità dell'esperienza e della competenza mentale forse non gli consentirà mai un approccio congruo al mondo. Per questi ragazzi lo strumento psicodrammatico è inaccessibile, ma il suggerimento della tecnica psicodrammatica può aiutare a realizzare altre e più adatte attività del CDA finalizzate al loro progresso psichico in funzione delle loro risorse effettive.

Lo spunto dello psicodramma che pratica una scena d'azione con persone mi ha sollecitato lo sguardo sulle attività del CDA. Franz Kafka, impiegato di concetto e scrittore, diceva che esiste "l'occhio che pensa", e così ho cercato di osservare il Diurno e ho scattato delle foto affinché attraverso l'occhio fotografico sia possi-

bile immaginare, pensare e conoscere il nostro CDA. Dalle foto è possibile cogliere aspetti importanti dei pazienti, non ci sono le parole, ma emergono comunicazioni indispensabili per poter lavorare con loro. Il contributo suggerito dell'evidenza scenica dello psicodramma completerà la lettura della galleria fotografica.

Clarabella, fig. 2, è una giovane paziente che ha lavorato in un contesto individuale con il disegno su carta della propria sagoma. Il lavoro ha attraversato tre tempi, nella prima fase è stata disegnata e dipinta la gamba più distesa, nella seconda fase l'altra gamba, nella terza e ultima fase il cuore centrale, con croce. È un evidente processo, dove nella prima fase si riconosce l'apertura con uso del colore vivo, campitura piena, atteggiamento di gioco durante l'esecu-

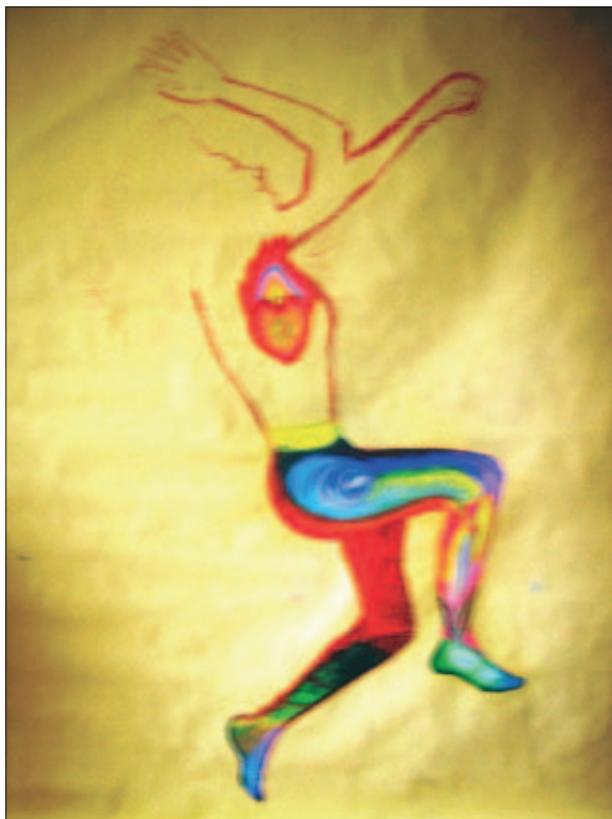


FIG. 2

zione, nella seconda fase si vede il ricorso alle prime figure geometriche, nella terza tutto si concentra sul simbolo religioso.

L'umano ha lasciato il posto allo spirituale. Facile indovinare quale sia il tema difensivo che questa giovane donna utilizza nel difficile rapporto con il mondo. Dall'iniziale apertura si è giunti alla conosciuta forma di difesa, a nostro avviso non un fallimento ma un rimandare a più avanti, facendo intravedere quale via da percorrere per poterla aiutare.

Un'altra ragazza durante il laboratorio espressivo sulla manipolazione, fig. 3, titolo del lavoro "l'indemoniata", quindi il demone al femminile. Si tratta di una ragazza che viene da un paese Baltico, con difficoltà linguistiche, alcune evidenze del suo comportamento e del suo abbigliamento evidenziano delle eccentricità, poche le informazioni sul suo mondo interno che descrive come confuso e caotico. L'immagine è chiarissima, uno spunto straordinario per poter lavorare con lei.



FIG. 3

Un'altra sagoma (fig. 4) frutto di un percorso individuale con il ricorso al disegno della propria sagoma. Ventenne, ragazza molto intelligente. Di sé racconta avere sempre la testa piena, aspetti poco definiti, pensieri aggrovigliati, sensazioni mescolate e indecifrabili con precisione. Poi, tutto si complica e a partire dalla testa le sembra che tutto il corpo venga invaso, parla del suo mondo che viene invaso e lo rappresenta disegnando il proprio corpo.



FIG. 4

Questo adolescente (fig. 5) soffre di un quadro psicotico importante, complicato da insufficienza mentale di livello medio. Nel giorno della dimissione, in un momento informale al CDA, completa questo disegno e lo appiccica sulle porte, ci saluta e parte. Si tratta di una macchina con pochi segni, come fanno i

bambini piccoli, chiaramente umanizzata, antropomorfa, un saluto da lui che sta partendo, probabilmente un autoritratto, o un ricordo di sé fatto apposta per noi.



FIG. 5



FIG. 6

In un recente laboratorio espressivo con la tecnica del collage, un gruppo di ragazzi ha realizzato un lavoro certosino (fig. 6). La scelta delle immagini non era guidata su di un tema, i ragazzi potevano comporre e coprire un mobile scegliendo liberamente le foto da una serie di riviste a disposizione. Colpisce la dominanza di immagini di figure umane; statue, quadri, pubblicità, facce di uomini e donne.

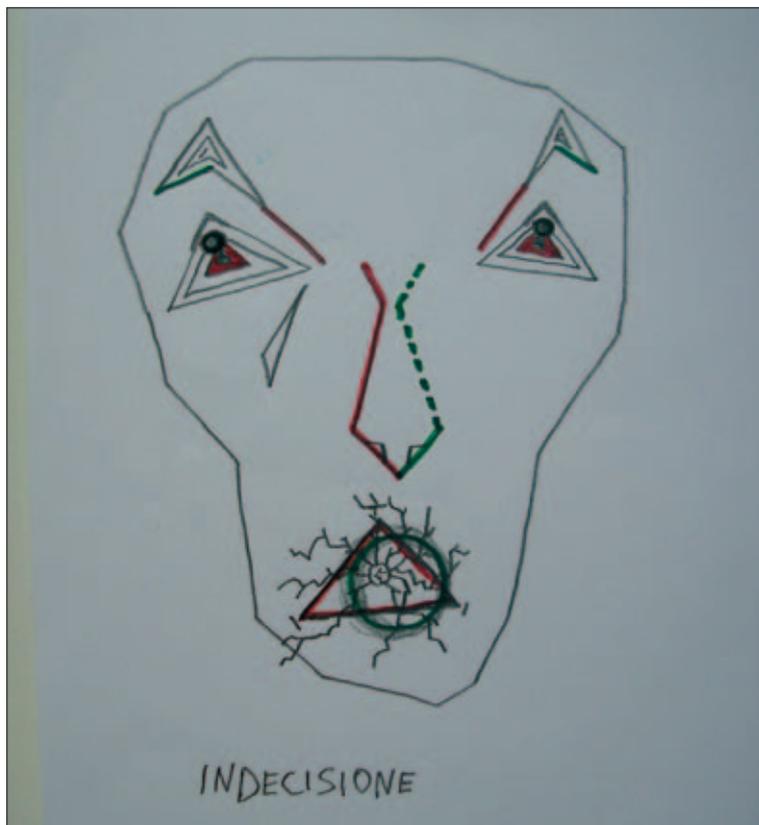


FIG. 7

Spazio informale per il disegno libero (fig. 7). Alberto ha paura di stare male, la malattia mentale si fa spettro. Non servono le parole di Alberto per capire quanto è spaventato.

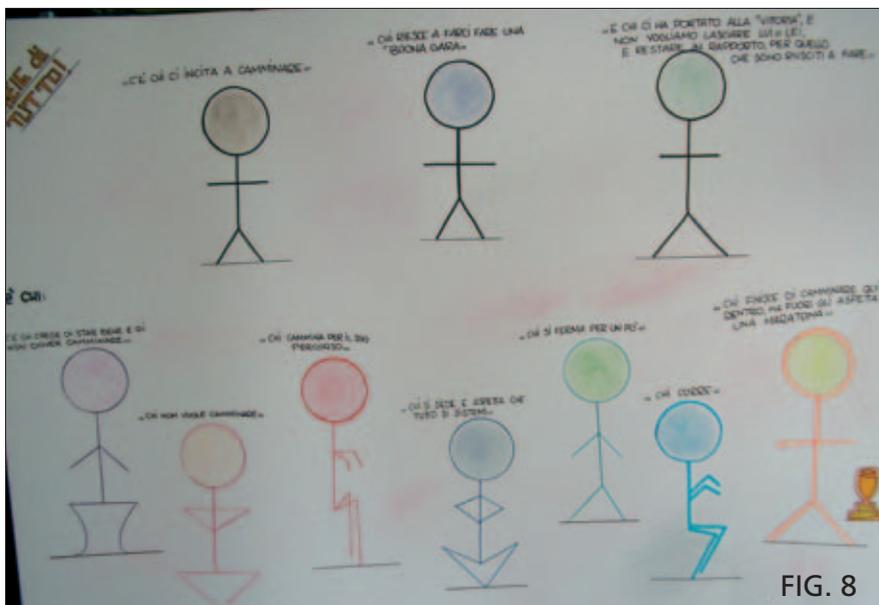


FIG. 8

Dopo un lungo e difficile percorso in ospedale Giorgia è giunta alla fine del suo trattamento istituzionale. Giovanissima ma piena di energia e dotata, ci dona questa composizione (fig. 8); si tratta di una serie di vignette che mostrano tutte le vicissitudini tipiche degli adolescenti al CDA, come l'essere fermo, incerto, oppositivo, il tornare indietro... Forme dichiaratamente simboliche che sceglie di rappresentare con omini stilizzati caratterizzati da una eloquente postura.

Lo sguardo fotografico che ha attraversato il CDA si è spesso imbattuto in immagini di figura umana. In attività di gruppo e in contesti di lavoro individuale, in spazi organizzati e negli informali, spesso il segno lasciato dagli adolescenti realizza una figura umana. La figura umana è pervasiva, gli adolescenti la scelgono naturalmente, indipendentemente dal quadro diagnostico o dal livello di intelligenza del soggetto. Anche nei giovani con una limitata capacità cognitiva, la figura umana è presente e la si riconosce nella forma antropomorfa degli oggetti concreti del quotidiano.

Il ricorso così frequente alla figura umana non è casuale ma può essere spiegato dal bisogno fondamentale degli adolescenti di realizzare una propria identità, una necessità riconosciuta anche nei casi più problematici. R. Cahn ha individuato nel processo di soggettivazione il fenomeno di sviluppo e crescita fondante ogni individuo. Un processo dinamico e naturale, comune a tutti i soggetti, ma che può essere disturbato dall'innesto dell'esperienza psicopatologica, con effetti di rallentamento o blocco del fenomeno evolutivo. Per l'autore tale processo abbraccia tutto l'arco della vita ma in adolescenza il fenomeno si caratterizza per la peculiarità dello spazio mentale dei ragazzi.

Per F. Jeammet i giovani vivono uno spazio psichico diffuso nelle relazioni più prossime a loro, il mondo interno è oggetto misterioso mentre la familiarizzazione con il mondo circostante porta a vivere il rapporto con il mondo esterno come dimensione personale a tutti gli effetti ("io sono ciò che gli altri riconoscono di me"). L'identità si fonde con l'esperienza nel mondo, la conflittualità interiore è rimandata a favore di una complessità del rapporto con l'esterno, il rapporto con il mondo si fa carico dell'ambivalenza, del conflitto e del paradosso con le evidenze del passaggio all'azione sotto gli occhi di tutti.

Il mentale in adolescenza abbraccia i soggetti esterni e i rapporti con loro, gli operatori e le attività svolte insieme ai ragazzi hanno una opportunità unica, quella di appartenere alla vita psichica dei ragazzi. Una occasione straordinaria per il lavoro istituzionale di essere contenuto mentale per l'adolescente in difficoltà, più intrapsichico che interpersonale, l'occasione di poter partecipare "da dentro" alla riattivazione del processo di soggettivazione.

Con queste considerazioni sul funzionamento psichico dell'adolescente e con l'evidenza del ricorso spontaneo all'utilizzo della figura umana negli spazi del CDA, la mia riflessione si focalizza sulla progettazione del lavoro istituzionale affinché sia sempre più efficace per i giovani con disturbo psichico. La constatazione di un ricorso massiccio alla figura umana definisce questo oggetto come una dimensione privilegiata dell'investimento di ogni ragazzo. Forse il proprio corpo in adolescenza è in modo prevalente, e ugual-

mente al proprio pensiero, elemento del mondo interno, e quindi generatore di angoscia e paura, dimensione attualmente inaffrontabile seppur indispensabile per la realizzazione di un progressivo e futuro senso di sé completo, come soggetto pensante.

Allora il bisogno di conoscere e riconoscere il proprio corpo trova nell'interesse e nel lavoro sulla figura umana l'opportunità per l'adolescente di trattare questa ineludibile dimensione in modo più tollerabile, e inoltre consente agli operatori di parteciparvi attraverso le attività. Proprio per questo le attività del CDA stiamo pensando debbano essere maggiormente indirizzate all'esperienza che tratti dell'oggetto figura umana, in ogni forma rappresentabile, un ampio ricorso alla "figurabilità" come in quella grafica/pittorica, di ruolo, narrativa...

Una attenzione specifica che posiziona adolescenti ed operatori insieme, dentro un'area significativa di effettivo cambiamento mentale. Un suggerimento offerto dall'evidenza scenica dello psicodramma dove le figure umane sono inevitabili, un suggerimento che abbiamo raccolto e che ha promosso l'interesse per la realizzazione di altre attività dedicate a quei pazienti che non possono accedere al trattamento psicodrammatico nella sua forma classica.

Questo riferimento al lavoro sulla figura umana inteso come peculiare per il trattamento in adolescenza offre lo spunto per ribadire il bisogno di una continua ricerca sulle forme d'intervento e rinforza l'interesse di una messa in comune in senso integrato delle molteplici modalità di cura dei giovani. Nello specifico del Servizio Adolescenti, di cui il CDA fa parte, il valore del lavoro sulla figura umana è patrimonio condiviso anche con il reparto di degenza, luogo ulteriore di "figurabilità" seppur in una accezione più di carattere sanitario (tema dell'igiene, abitudini alimentari, abbigliamento e cura di sé).

Infine un riferimento al funzionamento del disturbo borderline in paziente adulto o giovane adulto, a nostro avviso non molto lontano dagli elementi dinamici degli adolescenti soprattutto per gli aspetti inerenti il proprio corpo, gli agiti e il rapporto con l'esperienza mentale.

INDICE

- ◆ **Presentazione Atti del Convegno** pag. 1
di FABIO DE NARDI
- ◆ **Apertura del Convegno** pag. 5
di SUOR ROSACELINA FAVALLI
- ◆ **Interventi terapeutici sulla crisi adolescenziale** pag. 9
di MAURIZIO DUSI
- ◆ **Lo psicodramma con gruppi di adolescenti** pag. 15
di GIAMPAOLO MAZZARA
- ◆ **Meccanismi di difesa all'interno del processo** pag. 27
di KATIA TINAZZI
- ◆ **"I simboli e la loro rappresentazione"** pag. 37
di MILENA SILIPRANDI
- ◆ **La ricerca di un metodo integrato** pag. 45
di AMEDEO BEZZETTO

