

## LIBRI

Giovanni Boria

**PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA***Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti*

Franco Angeli, Milano, 2005. Pagine 363. Prezzo: € 27.

**E'** questo il primo libro, nell'ambito dello psicodramma classico o moreniano, pubblicato nel nostro paese che si autodefinisce esplicitamente di "psicoterapia psicodrammatica". E' quindi un libro importante, così che vorrei dedicargli qualche riflessione in più rispetto a una normale recensione. L'autore è troppo noto fra gli psicodrammatisti moreniani e non, italiani e non, per doverne dare notizie biografiche. Accenno solo al fatto che Boria è uno dei pochi (forse l'unico?) psicodrammatisti italiani che ha frequentato la scuola moreniano di Beacon, in USA, e che ha altri tre libri di psicodramma alle spalle.

Il problema di definire bene in che cosa consiste la "psicoterapia psicodrammatica" chiaramente non esiste per chi si limita a considerare lo psicodramma "un metodo". Ad esempio coloro che praticano lo psicodramma analitico, o lo psicodramma junghiano, non sentono il bisogno di "ricostruire" una propria teoria evolutiva, una propria psicopatologia e una propria diagnostica. Sono ben contenti e fieri di avere alle spalle e di sentire sotto i piedi l'impianto teorico e psicopatologico delle corrispondenti teorie freudiane o junghiane, nonché le teorizzazioni di Foulkes, Bion ed altri sulla psicoterapia di gruppo. Lo psicodramma non fa che arricchire il loro bagaglio, moltiplicare le capacità espressive del loro approccio, arricchirne le potenzialità esplorative intrapsichiche, intensificarne le possibilità relazionali.

Nel caso, invece, dello psicodramma classico, o moreniano, il problema si pone, eccome. Essenzialmente per due motivi: uno è l'assoluta originalità dell'impianto teorico di Moreno (che lo rende poco assimilabile ad altri orientamenti), unito alla relativa approssimazione e scarsa documentazione clinica delle sue formulazioni; l'altro è rappresentato dalle nette, e in un certo senso curiose, posizioni di Moreno rispetto alla psicopatologia e alla diagnosi psicopatologica.

Inizio da questo secondo punto.

Moreno non si è mai specificamente occupato di psicopatologia. Medico, con una formazione solo parzialmente "psichiatrica" come si diceva allora<sup>1</sup>, non è partito dalla clinica, come fece Freud, per elaborare un metodo di cura. Non si è mai intenzionalmente confrontato con la malattia mentale "di per sé", né ci si era trovato a farlo allorché, terminati gli studi di medicina (1909-1917), aveva accettato il ruolo di "medico per i bam-

<sup>1</sup> Adotto, un po' approssimativamente, il linguaggio delle prime decadi del secolo scorso, e ricorro alle notizie che della vita di Moreno dà René Marineau nella sua biografia di Moreno (1989). La sua partecipazione e, sia pur breve, a un lavoro di ricerca dello psichiatra Hans Pözl sui sogni è citata da Moreno nella sua Autobiografia ma non è documentata.

bini” e poi di “assistente chirurgo” nei campi profughi dei rifugiati sudtirolesi (1915-17) e, più tardi, quello di “ufficiale sanitario” e di “medico di fabbrica” a Bad Vöslau (1918-20).

Fin dai suoi primi passi professionali gli interessi di Moreno furono rivolti agli aspetti psicologici, più che psicopatologici, e soprattutto agli aspetti relazionali che egli riteneva fossero all’origine di disagi e infelicità e di quelle che egli chiamava cristallizzazioni comportamentali. Non solo, già dalle sue scorribande nel parco di Vienna (in cui coinvolgeva i bambini in giochi creativi, 1908-1909), nei suoi interventi socio-assistenziali (gruppo di prostitute, 1913-14), nei suoi interventi a orientamento ancora socio-assistenziale ma anche interculturale nel circolo “La Casa dell’Incontro” per nuovi immigrati e rifugiati, da lui fondata a Vienna insieme ad alcuni amici (1909-1914), negli esperimenti sociometrici presso quei medesimi campi-profughi in cui era medico (1915-1917), Moreno era chiaramente orientato alla psicologia sociale. Il “gruppo” è sempre stato un’entità centrale nella sua speculazione teorica e nella sua sperimentazione pratica, gruppo inteso come comunità, ma gruppo anche come cerchia di persone di riferimento: la famiglia, l’ambito lavorativo, l’ambito intellettuale elettivo, la compagnia teatrale, e naturalmente il gruppo artificiale di psicodramma, in cui l’incontro si dà perché le persone sono insieme a esprimersi insieme.

Moreno ebbe pazienti di ogni tipo, psichiatrici e non. Essi arrivavano a lui, specie al “Sanatorium” di Beacon (New York State), che aprì nel 1936, per la sua fama di “medico alternativo”, dopo percorsi clinici più tradizionali. E Moreno li accoglieva, come pure accoglieva i loro parenti o i medici che li accompagnavano, e applicava la sua terapia psicodrammatica nel teatro di Beacon relazionandosi con loro (pazienti, parenti e accompagnatori) nella misura e nei modi che le loro difficoltà consentivano, senza distinzioni cliniche e indicazioni codificate: semplicemente, ripeto, relazionandosi con loro e creando attorno a loro un gruppo ausiliario, quindi un gruppo co-terapeuta, non soltanto nei confronti del paziente diciamo così principale, ma nei confronti di tutti per tutti, con circolare reciprocità.

Moreno non si rifaceva ad alcuna nosografia psicopatologica, anzi si opponeva alla diagnosi psichiatrica, che qualificava come una etichettatura di comodo per una scienza che aveva solo bisogno di descriversi. La complessità dell’uomo era per Moreno non solo irraggiungibile ma da rispettare e tutelare in ogni modo. Ricordo di aver parlato di questo con Zerka Moreno in una delle sue visite in Italia. Sull’argomento Zerka – che conobbe Moreno nel 1941, proprio perché aveva accompagnato a Beacon sua sorella affetta da psicosi – mostrava una posizione intransigente e dura, nella quale ho immaginato fosse contenuta una memoria forte di Moreno: la definizione psicopatologica circoscrive ciò che non è circoscrivibile, diceva Zerka, e soprattutto condiziona la relazione tra il paziente e chi si prende cura di lui, tende a dare stabilità oggettivante (e come tale rassicurante, ma solo per il medico!) a una relazione che è un’entità dinamica e che solo come tale può essere terapeutica.

Dico subito che personalmente riesco ad abbracciare solo parzialmente tale posizio-

2 *E Freud non combatté un’analoga ardua battaglia contro la corporazione medica? Cfr. Freud S. (1926 e 1927), Il problema dell’analisi condotta da non medici, in Opere, X., p.363 e p.416.*

ne, soprattutto non ne condivido l'intransigenza, attraverso la quale Zerka, in quelle parole che ricordo, faceva passare non solo una netta contrapposizione nei confronti del "sistema medico", in particolare psichiatrico<sup>2</sup>, ma pareva che alzasse una barriera fra "i buoni" che si schieravano con la filosofia umanistica di Moreno e "gli altri".

Con questo non la biasimo: le riconosco la funzione di referente-capo e baluardo di quella filosofia moreniana di cui, sì, apprezzo e condivido pienamente la straordinaria valorizzazione degli aspetti soggettivi (la persona) e, *sinergicamente*, degli aspetti collettivi (la relazione) della cultura umana; anzi la ritengo preziosa soprattutto oggi, in cui la tendenza alla massificazione minaccia spesso di coprire gli uni aspetti e gli altri sotto una coltre di finto anticonformismo (licenza individuale) e di reale manipolazione socio-economica (robotizzazione collettiva, direbbe Moreno).

Tornando alla psicopatologia e alla diagnosi psicopatologica, la questione non mi sembra tanto quella di condividere o meno una supposta "negazione" moreniana del disturbo mentale, quanto di far propri i concetti di base di quella che Moreno chiamò "la terza rivoluzione psichiatrica" (Moreno, 1964<sup>3</sup>): un approccio che introdusse non solo la relazione interpersonale, ma il gruppo, la comunità, la società, nell'interpretazione e nella cura del disagio e del disturbo mentale, per cui la terapia dev'essere, secondo Moreno "interattiva", "co-attiva", "globale" (cfr. *ibidem* nota 3, p.157). Lasciando da parte, in questo contesto, gli aspetti più estremi e globalizzanti appunto della concezione moreniana<sup>4</sup>, resta fermo che per Moreno la psicoterapia psicodrammatica è innanzitutto una "psicoterapia di gruppo", in cui il gruppo viene inteso come "locus, medium e agens di terapia", il cui fattore terapeutico centrale è l'"incontro"<sup>5</sup>. Un fattore che per la verità compare un po' lateralmente nel libro di Boria.

Il concetto di incontro ci riporta diritti a quella assoluta originalità dell'impianto teorico di Moreno di cui parlavo all'inizio, accompagnata a una relativa approssimazione argomentativa e clinica.

Nel mio libro "Lo scarto del cavallo" e in alcuni altri contributi<sup>6</sup>, ho cercato di rin-

3 Cfr. Moreno J.L., "The third psychiatric revolution and the scope of psychodrama", in *Group Psychotherapy*, vol. XVII, n.2-3, Beacon House, New York, 1964. Nel testo Moreno così specifica: "...la prima rivoluzione psichiatrica è 'hospital-centered' (centrata sulla cura ospedaliera, simbolizzata da Philippe Pinel che tolse le catene ai pazzi - 1793), la seconda è 'psyche-centered' (centrata sulla psiche - e Moreno cita come capofila Mesmer, per la scoperta dell'ipnotismo - 1784, e Freud, per la scoperta dell'inconscio - 1893), la terza è 'community-centered' e 'world-centered' (ovvero centrata sulla comunità, il gruppo, e il mondo intero, con Moreno come suo pioniere)" (p.150).

4 Aspetti che oggi non sono neanche più tanto estremi, se pensiamo, in ambito psichiatrico, ai due solchi tracciati da Ciompi e Benedetti da un lato, e a Laing e Basaglia, dall'altro lato!

5 L'incontro moreniano è una relazione, sì, ma una relazione molto speciale: "Encounter..., rencontre..., Begegnung... è non solo un confrontarsi reciproco, ma un viverci e sperimentarsi a vicenda, ... non solo un rapporto emotivo... o un rapporto intellettuale... o un rapporto scientifico... E' un incontrarsi al massimo livello di comunicazione... E' l'essere insieme, il condividere la vita. E' un'inversione di ruoli intuitiva, una realizzazione di sé attraverso l'altro; è l'identità, la rara, non dimenticata esperienza della reciprocità totale." (Moreno J.L., "The viennese origins of the encounter movement paving the way for existentialism, group psychotherapy and psychodrama" in *Group Psychotherapy*, vol. XXII, n. 1-2, 1970, pp.7-16).

6 De Leonardis P., *Lo scarto del cavallo - Lo psicodramma come intervento sui piccoli gruppi*, Franco Angeli, Milano, 1994. Riguardo agli altri contributi mi riferisco soprattutto a "La prospettiva dello psicodramma moreniano classico: confronto con lo psicodramma analitico" in *Psicodramma analitico - Punto di incontro di metodologie psicoterapeutiche*, a cura di G.Gasca, Franco Angeli, Milano, 2003.

tracciare, nei limiti delle mie possibilità, un substrato culturale che desse alle speculazioni di Moreno, se non legittimità scientifica, almeno un certo spessore, consonanze e risonanze, che consentisse connessioni e sviluppi alla sua indagine e alle sue intuizioni. Nel libro di Boria, oltre ai concetti basilari dello psicodramma, presentati come “Fondamenti”, si ritrovano l’impianto concettuale e le principali formulazioni contenute nel mio testo citato, soprattutto nel capitolo che porta il titolo, un po’ sibillino, di “Il gruppo in azione”. Egli lo riconosce nelle premesse, come “contributo intellettuale dato allo sviluppo di concetti-chiave dello psicodramma” e lo ringrazio, anche se sarebbe stato preferibile disporre lungo la sua esposizione di riferimenti puntuali.

Ai fini di una riflessione sulla psicoterapia psicodrammatica, tengo a mettere in evidenza alcuni punti di quella mia elaborazione di cui ritengo sia stato superficialmente raccolto un aspetto che ritengo essenziale per lo psicodramma: la *natura relazionale*, in riferimento sia all’interpersonale che all’intrapsichico, di alcuni meccanismi e istanze psichiche da me descritti, che li fa appartenere in modo strutturale a quella che Diego Napolitani<sup>7</sup> ha efficacemente chiamato la matrice collettivo-relazionale della mente umana. In particolare: 1) la *natura relazionale* dei bisogni di base di fusionalità, di individuazione e di alterità, e la *dinamica interpersonale* che essi innestano; 2) il dialogo intrapsichico io-attore/io-osservatore, coevo alla nascita della coscienza nella specie umana, da me posto al centro dell’*efficacia della drammatizzazione*; e soprattutto, 3) la connessione fra la teoria del tele di Moreno con il *modello di relazione intersoggettiva*, in alternativa al modello di relazione interdipendente, su cui la psicoanalisi si era ancorata ma anche a volte impastoiata: un modello relazionale che mi è stato trasmesso con tanta ammirevole chiarezza emotiva e intellettuale dalla mia maestra psicoanalista e didatta, Silvia Montefoschi.

Una puntualizzazione mi sembra meritino anche altri due concetti, che ritengo utili a una riflessione sulla psicoterapia e che sono stati a volte un po’ banalizzati in ambito psicodrammatico. I concetti di *co-conscio* e *co-inconscio*, a mio parere molto lontani da poter essere assimilati a matrici transpersonali, e che si collocano invece alla base della componente grupale della concezione moreniana di *psicoterapia psicodrammatica*; e il concetto di *verità soggettiva*, in cui l’accento che spesso si pone sul “soggettiva” fa passare in secondo piano quello centrale di “verità”, che come Moreno stesso ribadisce ripetutamente<sup>8</sup>, e come lo stesso Freud si è trovato a mettere in luce in più di uno scritto<sup>9</sup>, è il faro che illumina qualsiasi percorso di conoscenza intrapsichica e interpersonale, e in particolare “l’incontro” così come inteso da Moreno.

Francamente devo dire che mi ha sorpreso il fatto che Boria, nel suo libro, non discuta né metta in luce particolare il “fattore terapeutico gruppo”, che nella sua prassi psicodrammatica è invece tenuto in gran conto, come del resto documenta nei resoconti di registrazioni riportate nella sua precedente opera<sup>10</sup>. La scissione gruppo/individuo è sottoli-

7 Napolitani D., *Individualità e Gruppalità*, Boringhieri, Torino, 1987.

8 Soprattutto, ma non solo, in: Moreno J.L., *Manuale di Psicodramma. Tecniche di regia psicodrammatica*, Astrolabio, Roma, 1987. Cfr. in particolare Freud S., *Compendio di psiconalisi*, in *Opere*, XI, p.571.

9 Cfr. in particolare Freud S., *Compendio di psiconalisi*, in *Opere*, XI, p.571.

10 Boria G., *Manuale di psicodramma*, Franco Angeli, Milano, 1996.

neata, in questo testo, anche dalla parte dedicata alla “Strategia registica nella conduzione del protagonista” e in quella dedicata all’analisi del percorso terapeutico di un paziente (“Tre anni con Davide”): la prima un’ottima messa a punto di *tecnica psicodrammatica*, a mio parere solo di indiretto interesse psicoterapeutico; la seconda talmente focalizzata sull’individuo da rendere il gruppo quasi uno sfondo sfuocato.

Le sezioni del libro direttamente attinenti alla psicoterapia sono tre. La prima si riferisce alla teoria dei ruoli, che troviamo nel Capitolo 5 della Parte Prima (pp. 56-71), intitolato “Ruoli e funzionamento dell’Io”. La seconda è la parte dedicata ai “Meccanismi del cambiamento” (pp. 149-160), mentre la terza sezione – in collocazione stranamente distante rispetto alla prima, giacché riprende la teoria dei ruoli – consiste dei due primi capitoletti della Parte Quinta, intitolati “Il ruolo come contenitore di funzioni” e “Il ruolo come segnalatore di disfunzioni” (pp.244-247).

Vediamo distintamente queste tre sezioni.

Nel capitolo “Ruoli e funzionamento dell’Io” Boria riprende la teoria del Sé (concezione assolutamente differente da quella di Kohut e della scuola di Chicago) e della formazione dell’Io elaborata dallo psicodrammatista argentino Jaime Rojas-Bermudez (1984), con il suo noto “Schema dei ruoli”, la distinzione fra protoruoli (ruoli fisiologici primari), pseudoruoli e ruoli psicosociali, e con i consueti accenni a una psicopatologia che vede nella dilatazione del Sé e nella mancata strutturazione di ruoli formanti l’Io la causa dei disturbi mentali: dall’angoscia confusiva al panico fino agli stati psicotici.

A mio giudizio, quello di Rojas-Bermudez è un contributo interessante alla teoria dei ruoli, che nella concezione psicologica moreniana costituisce la chiave di lettura elettiva del comportamento, ma anche della formazione della personalità e del suo funzionamento, senza le quali non può essere formulata alcuna teoria psicopatologica e psicoterapeutica coerenti. Manca ancora, secondo me, un approfondimento di questo tema, e mancano soprattutto degli studi clinici circostanziati in grado di mettere in discussione o confermare e articolare questo impianto ancora scarno e approssimativo.

Boria sottolinea, in questo ambito, come lo psicodramma, nella dimensione di semi-realtà o di gioco che esso struttura, facilita “l’incontro dell’individuo con la sua soggettività e la realtà esterna”, creando attorno alla persona che si relaziona nel gruppo un mondo ausiliario ideale per riprendere, là dove si era interrotto, lo sviluppo di ruoli efficaci e adeguati nei vari ambiti relazionali e situazioni di vita. Un assunto coerente, se pensiamo alle caratteristiche dell’intervento psicodrammatico, ma di cui resta ancora da indagare il collegamento con il processo terapeutico, in modo da capire quando queste caratteristiche funzionano e quando no.

Considerando che la progressiva strutturazione di ruoli e di matrici di ruoli che formano una personalità può aver subito, a livelli precoci o meno precoci dello sviluppo, arresti, distorsioni, “buchi” nelle reti matriciali, oppure aggrovigliamenti attorno a nuclei conflittuali, oppure ancora può aver prodotto poderose strutture difensive preventive contro possibili assalti relazionali che in passato hanno causato frustrazione, paura e angoscia di frammentazione...Considerando tutto ciò, dobbiamo chiederci se *e quando* è possibile, attraverso il mondo ausiliario dello psicodramma, sciogliere tali strutture, modificare tali percorsi ormai confinati nella memoria procedurale (inconscia), risalire ai difet-

ti o alle distorsioni di ruolo, ripararle e restaurarne la dinamicità evolutiva. Dobbiamo chiederci anche *perché, in che misura e con quali specifiche modalità* lo psicodramma può o non può essere efficace - cercando riscontri esperienziali attraverso analisi e rilievi di successi e insuccessi. E' un lavoro lungo, che il libro di Boria, come primo sasso nello stagno, chiama a intraprendere.

Nella parte del libro intitolata ai “Meccanismi di cambiamento” – centrale in una riflessione sulla psicoterapia psicodrammatica - Boria descrive quattro “meccanismi” (o fattori) di efficacia psicoterapeutica: 1) l’espressività; 2) la rottura del copione; 3) l’intreccio di io-attore ed io-osservatore; 4) la ristrutturazione del teatro interno individuale. Non si tratta di “indicatori”, o di caratteristiche di comportamento distintive di cambiamento osservabili prima e dopo il percorso terapeutico, ma, appunto, di fattori terapeutici che hanno la qualità essenziale di essere molto specifici dello psicodramma, cui l’autore attribuisce, devo dire un po’ assiomaticamente, capacità di produrre “cambiamenti straordinari e stabili”.

Boria non esamina ulteriori fattori terapeutici, né quelli gruppali generali, che lo psicodramma condivide con altri tipi di interventi di gruppo (es. il senso di appartenenza, il rispecchiamento, il ridimensionamento dei problemi, l’apprendimento reciproco, l’esperienza di “gruppo positivo”, l’autoindividuazione per differenza ecc.), né quello specifico moreniano dell’incontro, di cui ho parlato nella prima parte della mia riflessione. Alcuni di tali fattori si limita a ricondurli, molto succintamente, ai quattro sopra indicati, nel contesto stesso della loro descrizione.

Devo inoltre aggiungere che proprio in questo capitolo sulle dinamiche di cambiamento, avrei ripreso (oppure introdotto tout court) l’esame degli ulteriori importantissimi fattori terapeutici costituiti da quelli che, collocati in un capitolo iniziale, Boria chiama “I meccanismi mentali elettivi”: la funzione di doppio, di specchio, il decentramento percettivo e la catarsi abreatica e integrativa, che lo psicodramma attiva in modo specifico ed elettivo.

Un’ultima parte - significativa come riferimento teorico per “fondare” una psicoterapia psicodrammatica - è contenuta nei due capitoletti iniziali della Parte Quinta (pp.243-247) intitolati “Il ruolo come contenitore di funzioni” e “Il ruolo come segnalatore di disfunzioni”.

In essa Boria annuncia l’individuazione di un criterio che consente “di cogliere con immediatezza i modi di funzionamento di fondo del soggetto considerato e la loro evoluzione nel tempo.” (p.244).

E’ un enunciato pieno di promesse, forse troppe: infatti l’osservazione del ruolo come “elemento percepibile di un’organizzazione funzionale di parti” e come “ ‘contenitore’ di funzioni...” può costituire, anzi penso che costituisca, un ottimo approccio generale di osservazione psicologica; ma non credo che possa costituire un modo che di per sé e con immediatezza consenta di leggere il funzionamento di fondo di una persona e la sua evoluzione nel tempo.

Come supporto alla teoria del ruolo quale criterio base di osservazione del comportamento e dei suoi cambiamenti, Boria richiama la “psicologia funzionale del Sé” di

Rispoli (2004), riassumendola in quattro punti che, pur brevi, lo spazio mi impedisce di riportare qui per intero.

Non conosco bene la teoria di Rispoli e non posso esprimere un giudizio su di essa<sup>11</sup>. Rilevo soltanto che non si tratta di una teoria così documentata e diffusa da poter essere richiamata senza darne una circostanziata presentazione e discussione. Certo, ciascuno si può “inventare” un modello di funzionamento psichico: Freud non fece altrettanto? E non lo fece Piaget? E Edelman, e Skinner? Non proprio, se solo si considerano l’ampiezza e lo spessore di ricerca, clinica e osservativa, e la ricchezza di connessioni teoriche delle formulazioni dei loro paradigmi di lettura del funzionamento mentale.

In ogni caso Boria ritiene che la teoria funzionale del Sé di Rispoli dia “la possibilità di rilevare l’interconnessione e l’integrazione fra diverse funzioni contenute nei ruoli, oppure la loro disconnessione e, quindi, disfunzione” (p.245). Disfunzione che avverrebbe più facilmente in “quattro aree psico-corporee”: “l’area emotiva, quella posturale-muscolare, quella fisiologica e quella cognitivo-simbolica” (p.246). Secondo Boria tale teoria sommerebbe, al “vantaggio” della “funzione diagnostica-conoscitiva della persona”, l’ulteriore vantaggio di poter orientare gli interventi terapeutici in modo da “stimolare quelle ‘parti’ (della persona) che contengono funzioni meno alterate e ... collegarle ad altre sufficientemente sane”, ottenendo al fine la desiderata loro “integrazione” nel mondo interno (p.245).

Non mi sento di prendere una posizione censoria di principio rispetto a questa teoria, ma devo esprimere la mia perplessità a livello generale. Di più, non credo che possa neppure esistere una teoria che dia “la possibilità di rilevare l’interconnessione e l’integrazione fra diverse funzioni contenute nei ruoli, oppure la loro disconnessione e, quindi, disfunzione”, guidando così le strategie registiche di attivazione di ruoli “primari” in modo puntuale e specifico per ogni individuo.

Il capitolo di presentazione circostanziata di un caso clinico – “Tre anni con Davide” – che segue questa parte teorica dovrebbe documentare, nelle intenzioni dell’autore, un percorso di “integrazione di diverse funzioni”. Personalmente lo leggo – e mi sembra molto efficace – come la descrizione puntuale, documentata con stralci significativi di sessioni psicodrammatiche, del percorso di autoconsapevolezza di un paziente, di acquisizione di una maggiore autostima e di una maggiore capacità di attingere alla propria spontaneità/creatività.

Boria applica i criteri che egli chiama “di psicologia funzionale” per leggere il quadro diagnostico del paziente (che definisce ipertrofico nell’area cognitivo-simbolica e povero nelle altre tre aree), e nella descrizione delle attività psicodrammatiche nomina puntualmente le “aree funzionali” su cui si collocano le diverse consegne del direttore.

Naturalmente, procedendo nel percorso evolutivo, grazie ai fattori terapeutici che lo

---

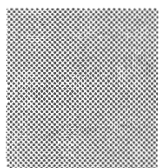
<sup>11</sup> Di Rispoli, lessi a suo tempo il libro che porta appunto il titolo “*Psicologia Funzionale del Sé*” (1993), in cui a sostegno scientifico delle sue tecniche di intervento psicofisico egli riporta riscontri di correlazione fra emozioni e variazioni negli indici neurovegetativi. Probabilmente sbagliando, non ho avuto molta curiosità di leggere i suoi libri successivi. Segnalo che in questa stessa rubrica compare, e l’ho letta dopo questa mia recensione, la recensione di Boria al libro sopracitato di Rispoli, successivo al primo.

psicodramma potentemente attiva, il paziente mostra di aver raggiunto maggiori capacità introspettive, un'ampliamento e arricchimento dell'affettività e maggiori competenze relazionali, da cui si può "dedurre" anche una maggiore integrazione di "parti" del suo mondo interno e di "funzioni" psichiche. Ma - io credo - ciò è avvenuto grazie a quei fattori terapeutici, e non perché il direttore ha proposto "attività dalla struttura molto elementare..." che hanno consentito "la regressione a forme d'azione semplice, non complessificata", in grado di condurre "a ritrovare le connessioni originarie fra aree (psicocorporee) diverse". Certo, la dimensione del "come se", del "gioco", si presume possa aiutare in questo senso, ma quando, come e perché aiuta, nelle singole persone? Ripeto, mi sembrerebbe più utile darsi, caso per caso, degli indicatori clinici di cambiamento, coerenti con una "diagnosi" individuale, che naturalmente sia concepita come una lettura dinamica del soggetto nel corso del trattamento stesso, attingendo a tutte le nostre conoscenze psicologiche, senza paratie o griglie di lettura delimitanti.

Forse le mie osservazioni critiche sono eccessive. Non era nelle mie intenzioni, in quanto riconosco l'utilità di questo libro, che inizia a colmare un vuoto divenuto ormai inquietante nella letteratura clinica psicodrammatica. Mi auguro invece che tali mie osservazioni possano essere di qualche stimolo ad approfondimenti, connessioni ed esplorazioni.

Credo in particolare che un contributo originale dello psicodramma alla psicoterapia (che è un unico mare in cui confluiscono diversi fiumi) possa essere ricercato nell'area delle conformazioni particolari delle diverse matrici di ruoli che strutturano un individuo (a livello per lo più inconscio) e delle specifiche e molto complesse interconnessioni dinamiche fra di esse. Un lavoro che si profila arduo ma anche molto promettente, attraverso il quale, tra l'altro, la psicoterapia psicodrammatica si troverebbe aperta a confrontarsi, ad accogliere o a trasformare, i contributi di altri orientamenti psicoterapeutici - psicoanalisi prima fra molti - collocandosi all'interno del flusso di quelle convergenze che oggi costituiscono una preziosa risorsa per tutti.

Paola de Leonardis



Jacob Levi Moreno  
**UN MATRIMONIO DA FARE**

*Lo psicodramma della coppia*

A cura di Ottavio Rosati.

De Renzo Editore, Roma, 2005. Pp. 183. Prezzo: € 13.

Questo volume raccoglie in una nuova versione italiana tre psicodrammi condotti da J.L. Moreno, e ricompresi in Psychodrama, vol III. Si tratta di psicodrammi della coppia e del matrimonio e più specificamente:

1. lo psicodramma di Joyce ed Emmett, del 1948, dove Moreno esplora, con finalità diagnostica i ruoli attuali e potenziali reciproci di questa coppia;



2. lo psicodramma di Ann, Ellen e Franz, del 1939, dove viene analizzato un triangolo amoroso;

3. lo psicodramma di Michèle e Paul, realizzato nel 1964 alla Sorbona a Parigi e ripreso da Roberto Rossellini: è lo psicodramma di una coppia sposata in crisi.

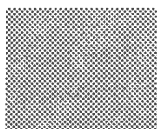
La raccolta è particolarmente interessante sia per la nuova versione, con note esplicative, che per la bella prefazione di Ottavio Rosati, che evidenzia gli elementi precursori di questi psicodrammi rispetto alla terapia della coppia e della famiglia. Altri elementi sono degni di nota e di particolare stimolo per lo psicodrammatista.

Se confrontati con gli psicodrammi che attualmente vengono svolti, attenti a strutturare una serie di condizioni e di tecniche d'azione ben congegnate, questi psicodrammi di Moreno appaiono molto naif. Ma in questo sta la loro forza: si può avvertire la potenza dell'azione e della rappresentazione spontanea dei ruoli, al di là dell'uso di tecniche specifiche. L'attenzione attuale alla correttezza tecnica nella conduzione degli psicodrammi rischia talvolta di diventare un elemento di pervasività della figura del direttore sulla scena; questi psicodrammi ci rivelano la capacità di autocura dell'azione scenica spontanea, più che delle tecniche proposte dal direttore di scena.

Un altro elemento di interesse, che si coglie nello psicodramma di Michelle e Paul, è l'uso del doppio. Si tratta di un doppio assai diverso da quello utilizzato solitamente negli psicodrammi che conosciamo, ove una persona del gruppo dà voce ai pensieri e ai sentimenti del protagonista sulla scena. Qui invece il doppio è un io-ausiliario presente sulla scena come 'duplicato' o 'seconda versione' del protagonista o di un altro personaggio dello psicodramma, e agisce al suo fianco con una funzione di stimolo e di moltiplicatore di possibilità.

Un ulteriore elemento di interesse in questi psicodrammi di Moreno è il sapiente intreccio di reale e semireale sulla scena. Fa notare Rosati nella prefazione: "(Moreno) anticipa in modo rivoluzionario la terapia della famiglia e quella di rete, ed escogita un colpo di regia degno di Pirandello: chiamare sulle tavole di un palcoscenico prima un personaggio e poi la persona reale che gli corrisponde... Ma il gioco descritto da Moreno è ancora più audace, perché il setting a tre è previsto dalla regola e dà origine a momenti e battute alla Woody Allen. Come quando Moreno chiede a Frank di cercare un Io ausiliario per interpretare il ruolo dell'amante e la moglie in platea chiede: Posso farlo io?"

Luigi Dotti



Luciano Rispoli  
**ESPERIENZE DI BASE E SVILUPPO DEL SÉ**  
*L'evolutiva nella Psicoterapia Funzionale*  
 Franco Angeli, Milano, 2004.

Luciano Rispoli è il caposcuola della *Psicologia Funzionale del Sé*, approccio psicoterapeutico che, collocandosi sui binari dei più recenti sviluppi delle scienze, si muove in quell'ottica che guarda con particolare attenzione all'intreccio tra *processi psichici* e *pro-*

*cessi corporei*. Si tratta di un approccio olistico che porta un contributo significativo al tentativo in atto di illuminare ciò che è alla base di ogni relazione d'aiuto, qualunque ne sia il contesto e le tecniche adoperate. Guardare alle *funzioni* (così come fa la Psicologia Funzionale) anziché alle *parti* di un sistema permette di tenere in considerazione la globalità del sistema stesso senza frammentarlo e scinderlo e – al contempo – di guardare ai suoi funzionamenti in modo preciso e dettagliato, con indicazioni di tipo operativo concrete.

I concetti portanti del testo, riferiti allo sviluppo ed all'integrazione del Sé (inteso come un insieme organico ed organizzato di funzioni che determinano l'identità e la complessità della persona), riguardano *l'organizzazione e l'operatività delle Funzioni, i Bisogni di Base, le Esperienze di Base*.

Le *Funzioni* sono rilevabili nei diversi piani psico-corporei. Rispoli divide questi piani in quattro grandi aree: quella *emotiva*, la *posturale-muscolare*, la *fisiologica*, la *cognitivo-simbolica*.

L'*area emotiva* rappresenta la particolare coloritura con cui la persona, sin dall'inizio della vita, percepisce il mondo; che, dunque, non è né neutro né piattamente equivalente. Le emozioni fanno scegliere, fanno preferire, fanno avvicinare o allontanare da persone ma anche da oggetti.

L'*area fisiologica* racchiude numerosi sottopiani poiché è costituita da tutti i sistemi ed apparati interni all'organismo. Si tratta dei sistemi che ne assicurano il funzionamento a tutti i livelli: sistema respiratorio, sistema cardiocircolatorio, sistema digestivo, sistema nervoso centrale, sistema neurovegetativo, ecc. Oggi è accertata l'interconnessione di tutti questi sistemi tra di loro e con il mondo delle relazioni esterne.

L'*area posturale-muscolare*, in genere conosciuta come sede del linguaggio del corpo, presenta vari sottopiani: le posture, i movimenti e i gesti, la forza intesa come capacità d'intervenire sul mondo circostante attraverso la capacità muscolare, la struttura e la forma che il corpo è andato acquisendo nel tempo.

L'*area cognitivo-simbolica* comprende una serie di processi più conosciuti nell'ambito dei modelli teorici tradizionali, psicologici, psichiatrici, neurobiologici. In essa distinguiamo i ricordi, la consapevolezza, la razionalità, il controllo, le fantasie, i processi immaginativi, la struttura del tempo, il simbolico.

Rispoli così enuncia le leggi che regolano le Funzioni.

- 1) Tutte le Funzioni del Sé sono tra loro interconnesse, integrate, e sono presenti sin dall'inizio nella vita dell'individuo. Nessuna Funzione del tutto nuova si aggiunge nel corso della vita, ma quelle già esistenti si complessificano e si specializzano arricchendosi di nuove sfumature.
- 2) I processi funzionali possono subire alterazioni, per l'impatto negativo con l'ambiente, di vario tipo: a) separazioni e scissioni, b) irrigidimenti, sclerotizzazioni, diminuzione di mobilità (ampiezza, modularità, mobilità), c) maggiore o minore sviluppo (ipo o ipertrofie). Tutto ciò può anche essere letto all'esterno come falso Sé.
- 3) Le sconnessioni non sono mai totali. Le funzioni rimangono comunque connesse a livelli più profondi, tramite quello che può essere chiamato "nucleo originario" o "nucleo integrato" del Sé. Un processo terapeutico deve perciò far regredire ai

nuclei profondi e ancora integrati del Sé. Per arrivarci bisogna utilizzare e seguire le Funzioni meno alterate dove il falso Sé è meno ispessito.

- 4) Cambiamenti su un singolo piano funzionale producono cambiamenti corrispondenti, rilevanti e stabili, su di un'altra Funzione del Sé solo se entrambi i piani non sono tanto alterati. Altrimenti i cambiamenti indotti di riflesso sull'altra Funzione saranno minimi, non stabili, distorti e in direzione tanto più diversa (fino ad essere addirittura di segno opposto a quelli ottenuti sul piano dove si è direttamente agito) quanto più le due funzioni sono scisse tra loro, e alterate. È necessario in terapia agire il più possibile su tutte le Funzioni, rimobilizzandole e recuperando l'integrazione, con tecniche terapeutiche specifiche che coinvolgono molteplici piani funzionali e producono in ognuno di essi cambiamenti nella medesima direzione.

I *Bisogni di Base* costituiscono la spinta a vivere; non nel senso meccanicistico di una energia che quando si è accumulata porta ad agire come scarica, bensì come necessità di ritrovare lungo tutta la vita esperienze che procedono nella *direzione* dell'espansione del Sé. I Bisogni, dunque, sono le direzioni di sviluppo del Sé verso cui il bambino tende e tenderà per tutta la vita, accrescendosi e consolidandosi in termini di capacità e di risorse.

Le *Esperienze di Base* sono le occasioni per soddisfare i Bisogni di Base. Costituiscono i "mattoncini" con cui il Sé, originariamente integrato a livello organizzativo e strutturale, si sviluppa e si espande. Le Esperienze di Base (EdB) nel corso dello sviluppo evolutivo, se attraversate in maniera positiva e continua, consentono lo sviluppo della consapevolezza di Sé.

Esse rappresentano le funzioni del Sé che si organizzano intorno a determinati eventi, andando a costituire "involucri di esperienza" in cui il bambino, col tempo, coglie come elemento invariante se stesso, colui che diventa l'"io-narrante" delle EdB stesse.

Le EdB concretizzano le direzioni evolutive dei Bisogni di Base che devono essere tutti soddisfatti in quanto l'espansione del Sé – nella direzione del benessere, dell'armonia e della continuità – ha bisogno di tali "concretizzazioni". L'individuo necessita di attraversare più e più volte nel corso della sua esistenza le EdB affinché i vissuti corrispondenti possano andare a costituire quel serbatoio di capacità e risorse, che permette al Sé di "viversi" con pienezza e continuità nel mondo.

Il testo di Rispoli affronta con dettagli ed accuratezza le metodologie che consentono di rendere più efficace la ricostruzione delle EdB in un modo che permetta di cambiare realmente le vecchie tracce del passato del paziente, i vecchi solchi nei quali si incanalano automaticamente e inconsapevolmente comportamenti e modalità di relazione.

La descrizione delle varie EdB occupa gran parte del libro; e si tratta di esperienze che tutti ben conosciamo: *essere tenuti e contenuti, poter lasciare, poter stare, abbandonarsi a, il contatto, l'essere considerati, la tenerezza, l'aprirsi, il prendere, il dare, l'assertività, lo scegliere, la forza calma, l'attenzione morbida, l'aggressività affettuosa*. Queste esperienze vengono lette nei loro aspetti psico-corporei, in tutte le loro componenti, per essere riposizionate in un universo complessivo in cui ciascuna di esse assume un'importanza pari a quella delle altre, un universo in cui nessuna di esse è da trascurare.

Vediamo come Rispoli procede nell'analisi delle singole EdB, soffermandoci su una

di esse, quella dell'*essere considerati*. Questa EdB comprende una gradualità, o meglio una complessificazione ed un arricchimento di sfumature nel corso del suo attraversamento:

- *essere visti*;
- *essere ascoltati*;
- *essere capiti*;
- *essere aiutati*;
- *essere valorizzati*.

L'essere considerati è un'esperienza che parte generalmente da un contatto visivo, anche se l'*essere visti* è un'esperienza che può non coinvolgere direttamente l'area posturale-muscolare e fisiologica (l'essere visti a livello relazionale); ma sicuramente l'EdB originaria è quella del bambino che viene guardato, toccato, manipolato dalla madre, per esempio.

L'*essere ascoltati* attiva funzioni anche sul piano fisiologico: per esempio, la respirazione non è affannosa se il bambino sperimenta la tranquillità della condizione di ascolto. L'EdB dell'essere ascoltati si arricchisce nel corso dello sviluppo di sfumature che riguardano anche le altre aree e funzioni: il piano cognitivo-simbolico è coinvolto, per esempio, nell'essere valorizzati, nel cogliere i valori attribuiti al proprio Sé dagli altri.

Se il bambino non attraversa in maniera positiva e gratificante rispetto ai suoi Bisogni di Base questa EdB, l'alterazione che ne consegue rispetto alle funzioni può essere visibile in vari modi:

- *iperattività* del bambino che fa di tutto per attirare l'attenzione dell'adulto su di sé. In questo caso le funzioni coinvolte possono riguardare l'area fisiologica (respirazione, sistema cardiocircolatorio), l'area posturale-muscolare (iperattività), l'area emotiva (il bambino sembra non essere in grado di cogliere ed esplicitare vissuti ed emozioni), mentre l'area cognitivo-simbolica può risultare attivata nel senso delle fantasie o della capacità ipertrofica di osservazione dell'adulto per coglierne le reazioni al suo tentativo di catturarne l'attenzione.

- atteggiamenti e comportamenti di *autosvalutazione*, di vittimismo, di chiusura.

- *dipendenza*, quando l'adulto perpetua questa EdB eccessivamente e in modo non conforme ai bisogni del bambino. Il bambino ha bisogno di sperimentarsi, di essere lasciato a volte – in condizioni favorevoli – da solo nell'espletare alcuni compiti per sperimentare che può farcela. L'alterazione in questo caso può essere visibile nella mancanza d'iniziativa, nella poca fiducia nelle proprie capacità e risorse.

L'essere considerati è un'EdB complessa rispetto alle funzioni coinvolte, e basilare rispetto alla fiducia in sé, all'affidarsi all'altro, all'utilizzo di tali risorse per poter poi essere in grado di considerare gli altri.

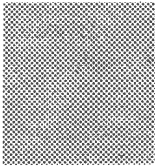
L'aspetto del coinvolgimento olistico della persona, così concretamente illustrato nel testo di Rispoli, risulta particolarmente calzante per l'approccio psicodrammatico dove il "gioco" terapeutico prevede il coinvolgimento contemporaneo del maggior numero di aree funzionali. Le consegne del direttore di psicodramma hanno un'articolazione orientata a stimolare le persone – nella stessa unità di tempo – in diverse aree, come può rilevarsi da questi esempi riferiti a due consegne di una medesima sessione terapeutica:

“Ognuno dice come ha trascorso il periodo di vacanza (*area cognitivo-simbolica*) e qual è il suo stato d’animo attuale (*area emotiva*). Lo dice affidandosi anche fisicamente al gruppo (*area posturale-muscolare*) che diventa un contenitore.”

“Posizionatevi seduti schiena contro schiena (*area posturale-muscolare*), quindi pensate alle varie persone del gruppo e fatene una graduatoria (*area cognitivo-simbolica*), collocando ciascuno col criterio della vicinanza emotiva (*area emotiva*).”

La ripetuta convergenza operativa di diversi piani psico-corporei verso un’unica direzione contribuisce a dare forma ad un’esperienza unificante del Sé, che sembra della stessa sostanza di ciò che Rispoli chiama *Esperienza di Base*.

Giovanni Boria



Edoardo Razzini  
**LO PSICODRAMMA ANALITICO**  
*Manuale per le istituzioni*  
 Raffaello Cortina Editore  
 Milano, 2004. Pp.217. Prezzo: € 19,50.

La relativa familiarità che per vie traverse ha portato ad un accostamento, nel nostro paese, fra psicodramma classico e psicodramma junghiano non si è verificata, invece, tra il primo e lo psicodramma psicoanalitico, nome che designa – più o meno – lo psicodramma di derivazione francese (di cui Didienne Anzieu, Lebovici e i coniugi Lemoine sono i rappresentanti principali), che consiste nell’integrazione delle principali tecniche di rappresentazione scenica nell’approccio psicoanalitico freudiano. Sottolineo “integrazione delle principali tecniche di rappresentazione scenica” in quanto poco dell’articolato metodo moreniano, e ancor meno della teoria psicologica di Moreno, ritroviamo nello psicodramma psicoanalitico, almeno a giudicare dai testi che ho avuto modo di leggere, a partire da quelli degli autori sopra citati fino a questo di Razzini che vado a considerare.

Paradossalmente, forse questo inglobamento di tecniche e rifiuto del pensiero che sta loro alle spalle è oggi meno vero in Francia che in Italia, per l’influenza che ha avuto in quel paese il lavoro di Anne Ancelin Schutzenberger, psicoanalista e psicodrammatista doc., mentre in Italia il “mediatore” di solito citato dagli psicoanalisti è Yablonsky<sup>12</sup>.

In Italia il confronto psicodramma psicoanalitico/psicodramma moreniano non c’è stato, e tutt’ora manca, con una sorta di provincialismo che dispiace. Con la differenza che da parte moreniana persiste un sostanziale ignorare il lavoro dello psicodramma psicoanalitico (con la parziale eccezione del mio testo *Lo scarto del cavallo*<sup>13</sup>), mentre da

<sup>12</sup> Purtroppo L. Yablonsky è stato il primo “divulgatore” a pubblicare in Italia (cfr. *Psicodramma. Principi e tecniche*, Astrolabio, Roma, 1978, che era stato preceduto da.....), ed anche, credo, uno dei primi a condurre “dimostrazioni pubbliche” del metodo. Dico purtroppo non perché io svaluti la persona o il professionista (non lo conosco abbastanza), ma perché le sue pubblicazioni sono veramente molto divulgative. Fatto sta che vienesse citato, lui solo, dagli psicodrammatisti psicoanalitici.

<sup>13</sup> De Leonardis P., *Lo scarto del cavallo – Lo psicodramma come intervento sui piccoli gruppi*, Franco Angeli Editore, Milano 1994.

parte di quest'ultimo continua a ricorrere un atteggiamento dispregiativo nei confronti dello psicodramma classico, con espressioni ormai stereotipe che lo qualificano una "tecnica" orientata (per lo più a causa del perseguimento della catarsi) alla suggestione e alla manipolazione, quando non alla spettacolarità, priva di ogni forma di elaborazione simbolica del materiale emotivo emerso, mancante di analisi delle dinamiche transferali e, al più, proprio quando va bene, portatore di efficacia pedagogica.

Il testo di Razzini è un esempio tipico di tale atteggiamento<sup>14</sup>; un esempio che ormai – mi si perdoni l'espressione – è quasi ridicolo per la sua stupida (nel senso di chiusa) autoreferenzialità. Ma pazienza. Esistono degli automatismi anche in campo culturale e scientifico, e se questo non ha forse quell'origine difensiva che spesso hanno gli automatismi, ha probabilmente quella conservativa, e magari anche snobistica, di risparmiare energia, e pensiero.

A parte queste osservazioni, che possono provocare irritazione e rifiuto di questo volume da parte di molti psicodrammatisti moreniani, il libro di Razzini può rivestire notevole interesse, soprattutto per gli psicodrammatisti che lavorano nelle istituzioni, psichiatriche o di salute mentale.

L'autore, che è psichiatra, lavora da molti anni in ambito istituzionale e da anni impiega tecniche psicodrammatiche in molti differenti contesti. Ha anche incarichi di insegnamento di Psicoterapia di Gruppo all'Università di Milano-Bicocca e ha fondato l'associazione Galassia per la ricerca e l'intervento sui gruppi. La sua formazione in psicodramma si è realizzata, se ho ben capito, presso l'Associazione Italiana di Psicodramma Psicoanalitico (AIPP) di Milano, con Renato Voltolin, e con gli argentini Roberto e Anna Losso, ma ignoro, in quest'ultimo caso, se è avvenuta in modo sistematico o estemporaneo.

Il libro, che si propone come "manuale per le istituzioni", ha il triplice obiettivo 1) di dare un contributo di sistematizzazione teorica alle indicazioni e controindicazioni della tecnica psicodrammatica in ambito istituzionale, 2) di riflettere sul set-setting istituzionale in rapporto all'applicabilità dello psicodramma, e 3) di suggerire e descrivere le modalità tecniche che nell'opinione dell'autore sono le più raccomandabili in relazione a diverse situazioni istituzionali, discutendone rischi e difficoltà. Conclude la trattazione una sezione dedicata all'applicazione dello psicodramma (così come l'autore lo intende) fuori dall'ambito psichiatrico: in interventi a scopo educativo (grandi gruppi e gruppi di famiglie affidatarie), nella formazione di operatori nel campo psichiatrico e psicosociale, e infine anche nella formazione di medici di medicina generale e di studenti in medicina.

Come è noto, il moderno approccio al disturbo psichiatrico è multidimensionale e multiterapeutico. Il coordinamento ed ancor più la collaborazione di équipe sono dunque centrali nell'istituzione psichiatrica, sia essa residenziale o ambulatoriale, a scopo terapeutico o riabilitativo. Razzini spende quindi parecchie riflessioni sui modi e sui tempi con cui è bene integrare lo psicodramma nel complesso della gestione del paziente psichiatrico, così che il risultato sia una sinergia di intenti e di tecniche e non un multipli-

<sup>14</sup> Segnalo, in particolare, p. 21, e poi pp. 184-185.

carsi di offerte, e soprattutto di relazioni, terapeutiche. Un'impresa che appare tutt'altro che facile, a giudicare dagli sforzi che lo stesso Razzini mette in luce nel suo testo e che, a conti fatti, non sembrano ottenere un'accettazione stabilizzata, anche in una medesima struttura.

L'analisi delle indicazioni e controindicazioni dello psicodramma, delle tecniche da prescegliere e delle modalità applicative spazia dal contesto della terapia individuale, a quello della terapia di gruppo con pazienti psicotici gravi, al lavoro istituzionale con pazienti nevrotici e perfino all'utilizzo di tecniche psicodrammatiche in gruppi di animazione. Ma non è tutto: dalla sua vasta esperienza l'autore trae anche interventi con tecniche psicodrammatiche nella terapia di coppia e nell'intervento breve con le famiglie cosiddette a transazione psicotica, che hanno od hanno avuto problemi di patologia psichiatrica al loro interno. Un capitolo a parte egli dedica al role playing con soggetti gravi, un altro agli interventi sociodrammatici (che dal punto di vista "nostro", ovvero moreniano, non chiameremmo così, bensì interventi di gruppo orientati a problematiche-tipo), e infine una trattazione abbastanza estesa all'uso di tecniche psicodrammatiche con i bambini afferenti all'istituzione. Tutte le trattazioni sono corredate di esemplificazioni pratiche tratte da esperienze registrate (almeno credo, giacché i resoconti appaiono molto precisi).

Dovendo limitare il mio esame, dirò qualcosa sulla parte del libro che parla di indicazioni e controindicazioni dello psicodramma di gruppo, e poi elencherò, un po' disorganicamente, alcuni punti particolari che mi hanno colpito in quanto si discostano o restringono o allargano certi nostri criteri o interventi.

In merito al primo punto, Razzini enuncia subito di tenere in conto limitato l'inquadramento nosologico (che "non costituisce l'elemento più vincolante" – pp. 37-39) e di ritenere invece più importanti la struttura personologica e lo stile relazionale del soggetto. Riguardo alla patologia nosografica, vengono indicati più problematici gli inserimenti nel gruppo di pazienti con disturbi affettivi, soprattutto di tipo bipolare, in quando difficilmente integrabili con i pazienti affetti da forme dissociative, che vengono vissuti dai primi come la personificazione di quelle parti malate che essi tendono a negare. A loro volta i soggetti psicotici si integrano con difficoltà con i pazienti a struttura paranoicale, vissuti come intollerabilmente aggressivi. Alla troppo vasta categoria dei borderline (personalità narcisistiche, antisociali, istrioniche o borderline propriamente dette), dice Razzini, non possono essere attribuite indicazioni o controindicazioni precise, mentre molto peso hanno caratteristiche specifiche che riguardano la qualità delle relazioni oggettuali, il livello di integrazione del Super-Io, l'equilibrio fra pulsioni erotiche e aggressive ecc. In ogni caso, nella selezione dei pazienti, decisive sono per Razzini l'attitudine relazionale del soggetto, sia nei confronti dei terapeuti che dell'istituzione che dei compagni di gruppo, e la sua disponibilità a stabilire investimenti affettivi validi e sufficientemente duraturi. E' un'asserzione un po' tautologica, lo ammetto (lo psicodramma va bene per i sani?), che tuttavia mi fa piacere perché il concetto della "relatività della patologia" (molto moreniano) sembra valere anche per i pazienti di Razzini, che per la grande maggioranza sono, o a rigor di logica dovrebbero essere, soggetti con gravi disturbi mentali.

Fra gli aspetti messi in evidenza da Razzini, e che segnalo a memoria e un po' a caso, emerge innanzitutto il fatto che l'intervento psicodrammatico in istituzione psichiatrica viene effettuato con mini-équipe terapeutiche: da un minimo (infrequentemente) di due terapeuti (psichiatra e psicologo o infermiere) per gli interventi in individuale o per interventi di formazione, a due terapeuti più uno o (spesso) due io-ausiliari. Molti operatori, dunque, con un costo certamente non indifferente.

I terapeuti si assumono regolarmente dei ruoli, che giocano, secondo la loro sensibilità nel qui ed ora della scena psicodrammatica, con maggiore o minore intenzionalità (esiste anche "l'interpretazione agita" (p.64), introdotta a suo tempo da Anzieu, che mira a far emergere il conflitto là dove difese troppo strutturate, individuali o di gruppo, tendono a coprirlo sotto coltri di convenzionalità).

Non vengono effettuate attività di riscaldamento, che non siano discussioni libere o su temi dati.

Raramente, anzi quasi mai, vengono rappresentate scene che si rifanno a una situazione reale specifica o a un'immagine strettamente personale: le scene rappresentate, che siano simboliche o di pura fantasia o riferite a situazioni verosimili, vengono molto spesso precostruite con la collaborazione di tutto il gruppo (e a volte dei terapeuti), e poi realizzate sotto forma di gioco di ruolo, con distribuzione più o meno spontanea dei ruoli. Alla drammatizzazione così congegnata, seguono la verbalizzazione di vissuti emotivi (chiamati soliloqui), osservazioni personali e discussioni. Raramente – mi sembra – e solo nei gruppi di formazione, viene usata l'inversione di ruolo e mai (o almeno non è stato mai nominato) il decentramento dell'Io, in balconata o attraverso il terzo in scena. Lo specchio viene dato in modo meno valutativo possibile (difficile, però, immagino, in quel contesto...) al termine della scena, mentre il doppio viene usato con molta prudenza, essendo ritenuto intrusivo e mal tollerato dai pazienti.

Alcuni di questi accorgimenti possono agevolmente trovare spiegazione nelle peculiarità dei gruppi terapeutici con psicotici o con soggetti con gravi disturbi psichiatrici: per esempio l'inversione di ruolo è spesso praticamente impossibile da realizzare; inoltre la funzione simbolica è frequentemente impedita in tali pazienti, che tipicamente privilegiano il pensiero concreto. Tuttavia la loro applicazione anche ai gruppi di soggetti con disturbi nevrotici e ai gruppi di formazione (operatori psichiatrici, medici ecc.) fa pensare che non si tratta tanto di tecniche ad hoc per particolari tipi di pazienti ma di modalità generali di rappresentazione psicodrammatica, strutturate in maniera limitativa con motivazioni specifiche.

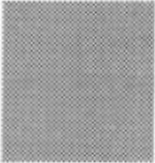
Una di queste motivazioni, e forse la motivazione fondamentale, è quella già accennata di evitare l'attivazione emotiva poco controllabile (da chi? dal paziente o dal terapeuta?) che, nelle parole di Razzini, "può rendere difficile il processo di elaborazione" (p.128) simbolica e l'evidenziazione delle tensioni transferali inconscie. E' quest'ultimo un tema che tralascio qui, ma su cui dovremmo ritornare in maniera articolata e documentata.

Nel complesso mi sembra che - pur nei suoi limiti "psicodrammatici" di tipo tecnico, metodologico e teorico - il libro di Razzini, portatore di una larga esperienza, possa dare



molto anche a uno psicodrammatista moreniano, per chiarezza espositiva delle situazioni istituzionali e per chiarezza teorica e operativa insieme.

*Paola de Leonardis*



Gianpaolo Mazzara  
**PAROLE CHE NASCONO LIBERE**  
*La scrittura creativa per la crescita e la terapia*  
 Franco Angeli Editore  
 Milano, 2003. Pp. 223. Prezzo: € 16,50.

“Porre la persona al centro dell’intervento terapeutico non costituisce una generica affermazione di principio se ad ognuno dei soggetti del nostro operare professionale viene riconosciuta la complessità e la ricchezza interiore proprie di ogni essere umano.

Ciò impone alle strutture ed agli operatori di favorire la possibilità di espressione fornendo stimoli e strumenti molteplici a quanti vivono l’esperienza del disagio esistenziale e della patologia psichica.

Non sono necessari grandi mezzi ma soltanto progetti seri e professionalità adeguati per concretizzare il desiderio, insito in ogni donna e in ogni uomo, di lasciare traccia del proprio esistere.

La parola è, al tempo stesso, processo attraverso cui ci si esprime e prodotto di tale processo: un prodotto che va a qualificare la vita e la relazione tra le persone.

Dare rilievo alle parole degli individui significa valorizzare la loro personalità, la loro esperienza, il loro essere.”

Queste espressioni di Gianpaolo Mazzara (p.176) costituiscono, mi sembra, la migliore introduzione al libro qui segnalato, ed anche il suo più chiaro inquadramento nella letteratura del genere.

Far esprimere = curare. Quanto più articolate, spontanee, creative sono le possibilità espressive offerte, tanto più incisiva e durevole la cura. Ma, naturalmente, non è sufficiente offrire tecniche incisive e diversificate, occorre inserire l’esprimersi in un ambito relazionale supportivo, stimolante, orientato al cambiamento.

Mazzara - che è psicologo e psicoterapeuta - svolge la sua attività presso lo Studio di Tecniche Attive e Psicodramma di Verona, è direttore del Consultorio familiare Verona Sud e della Scuola di Psicodramma per la specializzazione in psicoterapia secondo l’approccio dello “psicodramma analitico dell’associazione Mosaico Psicologie” (che purtroppo non conosco).

Occorre dire che Mazzara innanzitutto “scopre” con calore ed entusiasmo la parola e il linguaggio: in psicologia non è una grande novità, neppure quando per linguaggio si intende “parole libere”, poiché le “libere associazioni” freudiane hanno paradossalmente un senso appunto se sono libere. Tuttavia Mazzara per parole libere intende parole del corpo, parole del gioco, del mito, della musica e della poesia, e tutte egli carica di un grande potenziale creativo.

Di tecniche espressive Mazzara ne presenta parecchie – da semplici brainstorming (che tanto semplici non sono), a percorsi musicali, a interventi con psicodramma, con il disegno, con la scrittura creativa -, tutte accompagnate da specificazioni di carattere procedurale (come si fa), ma anche da riflessioni teoriche (perché si fa) e da utili contestualizzazioni terapeutiche o educative (dove e con chi si fa).

Il testo è intercalato da alcuni paragrafi che sono lunghi stralci di contributi significativi di altri autori: Andrea Canevaro, per interventi con i bambini; Loredano Lorenzetti, per i rapporti tra azione e parola; Moreno, per la teoria del ruolo; Mortimer Cass, per l'analisi delle potenzialità espressive e creative della musica; Franco Larocca, per una riflessione sulla creatività tout court.

Non credo che uno psicodrammatista moreniano possa apprendere molto da questo testo sul piano teorico o metodologico propriamente detto. Può però rinfocolare il suo desiderio di creatività, centrale nella concezione moreniana, e, volendo, può trovare idee per allargare la sua pratica a molte e diverse tecniche espressive, facilmente integrabili nell'approccio psicodrammatico.

Anna Esposito

Santo Di Nuovo, Girolamo Lo Verso (a cura di)  
**COME FUNZIONANO LE PSICOTERAPIE**  
Franco Angeli Editore  
Milano, 2005. Pp. 281. Prezzo: € 25,00.

Questo libro è fresco di stampa, pertanto ho giusto il tempo di segnalarne l'uscita descrivendone i contenuti, ma non quello di dedicargli la dovuta riflessione. Ritengo comunque utile presentarlo ai lettori per il tema, che è ricorrente in queste pagine di recensioni: psicoterapia e, in particolare, psicoterapia psicodrammatica. Credo sia importante per tutti noi seguire lo sviluppo della ricerca sulla validazione delle psicoterapie, giacché lo psicodramma ha di fronte a sé la sfida di sviluppare un metodo di valutazione di efficacia come e forse più delle psicoterapie basate sulla parola, che posseggono già degli strumenti in tal senso<sup>1</sup>.

Il libro curato da Di Nuovo e Lo Verso – entrambi professori ordinari di psicologia rispettivamente a Catania e a Palermo – è la continuazione coerente del precedente libro *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*<sup>2</sup>, nel quale veniva tra l'altro presentato il progetto Val.Ter. di valutazione delle psicoterapie, messo a punto dagli autori, libro che è stato recensito dalla sottoscritta su queste stesse colonne (cfr. *Psicodramma Classico*, n.3, vol.3, 2000).

<sup>1</sup> A titolo informativo, segnalo l'esistenza di un "Comitato per la ricerca sulla valutazione della psicoterapia di gruppo" nell'ambito dell'International Association Group Psychotherapy, coordinato da Michael Wieser, sito web: [www.iagp.com](http://www.iagp.com).

Il rapporto 2004 sulla ricerca in psicodramma compare in: [www2.uni-klu.ac.at/claroline/160321](http://www2.uni-klu.ac.at/claroline/160321).

<sup>2</sup> Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Blasi M., Giannone F. (a cura di), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, F. Angeli, Milano, 1998

Già il titolo di questa nuova opera è intrigante: esso comporta una precisa definizione di psicoterapia (arte o scienza? O meglio, quanto l'una e quanto l'altra?), un'esplicitazione chiara delle sue componenti (che si distribuiscono rispetto allo spartiacque che ha da una parte "la relazione di cura" e dall'altra "il metodo di cura"), nonché una serie di interrogativi concernenti le stesse possibilità di ricerca sulle psicoterapie, con il rischio, come si dice nel testo, "di considerare 'vero' soltanto ciò che in realtà è più facile da misurare."

Dopo aver tracciato i limiti intrinseci all'*approccio quantitativo* nella valutazione delle psicoterapie, da dimensionare ma certamente non da eliminare, viene esaminato in dettaglio l'*approccio qualitativo*, che oggi è al centro dell'attenzione di numerosi autori, i quali indicano la necessità di ampliarne i confini, tenendo presente che "...la metodologia qualitativa non consiste solo nell'usare 'parole anziché numeri nel descrivere i fenomeni': si tratta di dare peso all'orientamento alla *scoperta* piuttosto che alla *verifica*, alla flessibilità e all'apertura alle novità rispetto alle ipotesi iniziali, ai risultati inattesi e 'strani'."

Coerentemente con questa impostazione, vengono poi presentati i singoli "strumenti quantitativi" utilizzati nell'ambito del sopra nominato progetto Val.Ter: il PPR (Psychotherapy Process Rating), con items utilizzabili in tutti i modelli psicoterapeutici e items specifici per diversi modelli di psicoterapia, e il Problem Check-list, che consente l'autovalutazione del paziente su "scale intuitive" di miglioramento da 1 a 10.

Segue la presentazione degli "strumenti qualitativi": innanzitutto il Client Change Interview Protocol in formulazione italiana (il cui modello è riportato poi integralmente in appendice), consistente in un'intervista al paziente che punta a fargli narrare la storia della sua terapia e a farlo riflettere sui significati e sulle svolte ad essa connessi; a questo strumento ne vengono aggiunti altri, specifici per i singoli approcci terapeutici, suddivisi in terapie di gruppo e terapie di coppia - strumenti che non andiamo qui a specificare per mancanza di spazio ma che ci sembrano ben descritti e relativamente facili da usare.

Il corpo centrale del libro è costituito da una serie di contributi di autori diversi, che presentano la valutazione psicoterapeutica nel loro specifico modello di riferimento, con illustrazione dei casi, presentazione delle griglie valutative usate, analisi dei dati e discussione delle procedure e delle difficoltà incontrate. Si inizia con il processo di valutazione della psicoterapia cognitivo-comportamentale (Zingales e Di Nuovo), seguita dalla valutazione della terapia psicodinamica individuale (Cuffaro). Alla valutazione della terapia gruppoanalitica (Giannone, Di Blasi, Giordano, Lo Coco e Lo Verso) è dedicata una presentazione particolarmente articolata e completa; chiude la serie la valutazione della terapia di coppia (Cigoli, Gennari, Davide e Sara Malgora), che costituisce occasione di un'interessante riflessione sulle particolarità di tale tipo di intervento.

Un ulteriore capitolo è interamente dedicato all'uso dell' "intervista retrospettiva" al paziente, cui si è accennato sopra fra gli strumenti qualitativi di valutazione comuni a tutti gli approcci psicoterapeutici: in particolare ne viene spiegato e discusso l'impiego in un setting ambulatoriale pubblico con interventi di tipo cognitivo-comportamentale, in un setting privato di terapia individuale e in un setting di terapia di coppia sistemica.

A questo capitolo ne segue un altro, di carattere anch'esso strettamente metodologico, dedicato all'uso del TAT (Thematic Apperception Test) per l'assessment della personalità,

a partire dal quale, nel corso della ricerca Val.Ter., si è giunti alla messa a punto di una griglia (Cuffaro), utilizzabile da psicoterapeuti di diverso indirizzo, che non implica interpretazioni nella raccolta ed elaborazione dei dati ed offre informazioni, traducibili poi in termini quantitativi, sugli stili ideativo, organizzativo, comunicativo e difensivo del paziente, nonché sulla sua affettività, sulla modalità operativa del pensiero e sui tratti di personalità.

Infine, Santo Di Nuovo tira le fila dei diversi contributi attraverso un confronto fra i vari modelli e considerando le possibilità di cumulazioni meta-analitiche dei dati. Nell'epilogo Girolamo Lo Verso ripropone (giustamente) sotto nuova luce tutti gli interrogativi iniziali del libro, e conclude con la condivisibile opinione che comunque "la ricerca empirica 'paga' anche in termini clinici: in primo luogo mettendo in crisi certezze che si sono rivelate più immaginarie che reali, e in secondo luogo incrementando un esercizio consapevole del 'pensiero su'..... l'affascinante avventura della 'cura' della psiche."

*Paola de Leonardis*