

L'elaborazione della vicenda nel contesto formativo:

la scena clinica viene drammatizzata.

Marcella Fazzi¹

“Le qualità richieste al capire psicologico attengono prevalentemente alla capacità di ascolto, anche quando il paziente parla del corpo o si esprime attraverso di esso”.

S. Maliza, A. Buongiorno

La Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale prevede all'interno del suo calendario didattico la partecipazione ai Corsi di Perfezionamento in Psico-Oncologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, che si tengono due volte l'anno; il primo corso è centrato sull'uso del gruppo Balint, il secondo sulla messa in scena delle vicende cliniche. Entrambi i corsi, dunque, fanno uso di tecniche esperienziali di apprendimento che consentono allo stesso tempo di imparare e di elaborare i contenuti emotivi messi in campo dal tema oncologico.

Il III modulo didattico del corso autunnale si apre con la richiesta di una collega di elaborare una situazione conosciuta “per sentito dire” e pertanto il lavoro didattico si arresta sulla necessità di mettere in scena “qualcosa che ci coinvolge direttamente”. A seguire, una giovane collega racconta di una sua esperienza di tirocinio in cui, con l'applicazione di quello che viene definito un “modello integrale”, i pazienti vengono visitati ogni due anni per un aggiornamento diagnostico, senza che nel frattempo intercorrano incontri di cura. In particolare, racconta di un'adolescente con una grave forma di dislessia che viene sottoposta a una verifica diagnostica in prossimità dell'ingresso alla scuola superiore. Emerge dagli incontri fatti in questa occasione che il nucleo familiare esercita difese massicce di negazione circa il disturbo specifico di apprendimento della ragazza. La giovane collega appare in grande difficoltà per il senso claustrofobico provato nel non riuscire a trovare un modo per uscire da un funzionamento familiare maniaco che sta mettendo la patientina nelle condizioni di vivere esperienze di fallimento e frustrazione rispetto ai processi di apprendimento.

¹ Presidente DREAMS Società Cooperativa Sociale ONLUS

Il gruppo si era aperto dunque con la richiesta inconscia di una formazione che mettesse al riparo dai vissuti emozionali del paziente (la prima scena clinica riguardava un paziente mai incontrato) e, successivamente, aveva espresso il desiderio di una formazione che aiutasse a superare il deficit di tecniche e un apprendimento cognitivo (la seconda scena clinica si riferisce a una giovane con disturbo dell'apprendimento). “La persistenza di queste aspettative, frequentemente, esprime una resistenza a prendere contatto con le angosce emergenti nel rapporto con il malato” (Malizia, Buongiorno, 1993). I nostri gruppi di formazione sono “esperti” di difese massicce verso emozioni troppo intense come quelle suscitate dall'incontro con i malati gravi e hanno maturato una sufficiente fiducia nel lavoro fatto insieme: l'attesa di una scena clinica utile non si fa attendere, preceduta da un *enactment* che, carico di valore simbolico, rimette in moto le associazioni e permette al gruppo di lasciarsi finalmente coinvolgere nel lavoro psicologico.

Nella stanza era rimasta al centro, vuota, con tutti gli allievi e il corpo docente distribuito in circolo, una sedia rotta. Solo a questo punto qualcuno la rimuove e va a collocarla a chiudere il cerchio, laddove, in prossimità della porta, si era creato un vuoto. Se, nello psicodramma si parla di “sedia ausiliaria” come di un elemento ausiliario volontariamente inserito nella scena con la funzione di aiutare il protagonista quando egli ha cose da dire a qualcun altro, ed è uno spazio in cui si posano le percezioni, le proiezioni, le paure, i desideri... (Boria, 1983), qui, nel nostro incontro, la “scenetta della sedia” lasciata involontariamente nel centro della stanza sembra piuttosto l'agito che mostra lo spostamento continuo che il dolore psichico è costretto a fare e questa interpretazione “Si disloca di continuo e se qualcuno si rassicura qualcun altro comincia a star male” (Poliseno, 2014 comunicazione in gruppo di formazione), suscita nella Dr.ssa Banchi la necessità di rappresentare la vignetta clinica di questo paziente: “Un paziente difficile, debilitato, uno scheletro. Ci faceva scappare”. La dottoressa racconta la vicenda, che il gruppo dei corsisti accetta di mettere in scena. Prima di lasciare che i corsisti si rilassino in una breve pausa caffè vengono scelti “gli attori” per il *role play*.

La metodologia del Corso prevede, dopo la narrazione della vicenda clinica, che si proceda alla scelta degli attori tra i partecipanti: è presente una “regista” (l'Autrice di questa memoria, Tutor del Corso dell'Università Cattolica), che sceglie i dialoghi significativi e organizza la cornice in cui si svolge la scena. I personaggi scelti tra i corsisti sono: le due psicologhe, i due pazienti (il paziente e il suo vicino di letto, sempre di spalle in posizione fetale o “dormiente”), il caposala e il medico referente del reparto di Ematologia. Il gruppo degli attori e la regista restano dunque nell'aula con la dott.ssa Banchi per organizzare in breve tempo la messa in scena. Questo si rileva ogni volta un momento molto prezioso ai fini dell'elaborazione della vicenda clinica, poiché la stanza chiusa

diviene il luogo in cui i pensieri e gli agiti si alternano e susseguono rapidamente e, con una ripetizione rituale, il regista e gli attori mettono già segretamente in scena la scelta dei ruoli, della semplice scenografia e dei dialoghi significativi.

Vediamo da vicino cosa è accaduto quel giorno: gli attori scelti sono due medici, che prenderanno i ruoli delle due psicologhe; un carabiniere paracadutista che interpreterà il ruolo del caposala; uno psichiatra somalo che sarà il paziente, e un giovane dottore in psicologia che sarà il paziente vicino di letto. La regista assegna dunque le parti facendo attenzione a “posizionare gli attori/individui in determinate situazioni e ruoli, diversi da quelli che sono soliti vivere, ovvero *altri* dal loro ruolo come se stessi nella vita quotidiana” (Giusti, Ornelli, 1999). Nella stanza vengono ricreati tre ambienti: la stanza dei pazienti, l’infermeria e uno spazio esterno, un muretto su cui riposarsi e consolarsi. Il clima della preparazione è molto concitato. Il medico che si trova a dover svolgere il ruolo della dott.ssa Di Iorio è ansiosa, necessita di una scansione precisa dei tempi, delle pause, sembra disorientarsi facilmente negli spostamenti tra le tre aree della stanza. Vorrebbe che facessimo le prove, che rinunciassimo a quella libertà interpretativa necessaria e caratteristica del *role play* e che, piuttosto, si realizzasse un *role taking*; dove i ruoli sono pre-determinati, senza lasciar alcun margine alla libertà individuale (Moreno, 1980). Il collega che è anche un carabiniere, è eccitato; tenta di portare quanto più se stesso nel ruolo del caposala.

Si nota subito come erano posizionati i pazienti: Mario seduto e l’altro dormiente, girato di spalle. Queste posizioni rappresentavano il rimosso della vicenda clinica: il disconoscimento della patologia psichiatrica del paziente, la supervisione mancata col Dr. Nesci, la fuga dalla scena clinica della Dr.ssa Banchi nei primi due incontri (in parte o del tutto) e della Dr.ssa Di Iorio (assente invece al Corso), ma anche altre cose perturbanti, come la dimissione del paziente, rimandato a morire a casa.

Lo psicodramma si articola in quattro scene. Nella prima, il paziente si provoca le escoriazioni, mentre l’altro paziente è girato di spalle e sembra dormire. Emerge subito la profonda scissione del paziente (proiettata transferalmente sulle due psicologhe) che la agiscono controtransferalmente per cui una sente il bisogno di non vedere e assentarsi mentre l’altra si sente “obbligata” a controllare, osservare ed essere presente, nonostante il turbamento che prova. Nella seconda scena viene rievocato il tragitto fino alle scale in cui l’una si appoggia all’altra e, arrivate sulle scale, le due specializzande si interrogano sul bisogno di nutrimento e su cosa stesse accadendo. Nella terza scena la porta della stanza di degenza è chiusa. Dentro c’è un infermiere e le psicologhe non “riescono” ad entrare. Nella quarta scena le psicologhe parlano con il medico del Reparto spiegandogli che il paziente si provoca quelle escoriazioni per aggravare il proprio quadro clinico in

modo da non essere dimesso, vista la situazione familiare drammatica. Viene prospettata la possibilità di chiamare il Servizio Sociale.

Il *role play* avviene in un'atmosfera eccitata, ansiosa, ma calda. Gli attori interagiscono tra loro, mantenendo un contatto affettivo che permette all'improvvisazione necessaria di realizzarsi. Il dottore che interpreta il paziente mette in scena "il sangue" come primo e centrale elemento. Se nel ricordo della dott.ssa Banchi le escoriazioni che provocano il sanguinamento sono fenomeni che si presentano solo in seconda visita, qui, nella drammatizzazione psichica dell'evento traumatico, il fenomeno perturbante è messo in prima fila e tutti, protagonisti e pubblico, possono sintonizzarsi immediatamente con l'angoscia portata dalla collega e che ha portato poi entrambe le psicologhe ad evitare una seconda opportunità di elaborazione (il secondo incontro mancato di supervisione nell'istituzione). Tutti nel gruppo sapevano che sarebbero giunte le escoriazioni perché tutti avevano ascoltato il racconto della vicenda, eppure la psicopatologia, come sempre accade, è imprevedibile, non conosce regole e tempi, l'inconscio (il sangue) invade il campo. Crediamo che lo psicodramma abbia messo in scena questo aspetto del trauma: lo sconvolgimento dell'inaspettato.

Il gruppo formativo in modo assolutamente prevedibile aveva fatto appello all'acquisizione delle competenze cognitive ma si è lasciato accompagnare nell'esplorazione psichica delle emozioni e della malattia. La dott.ssa Banchi che si è ammalata nel corso dell'estate incistando dentro di sé l'angoscia suscitata dall'incontro con il paziente ha espresso con chiarezza quale è stato il fattore patologizzante: "Ho troppo resistito", ha affermato. La resistenza è una modalità difensiva che necessita di un tempo per allentarsi. Le modalità istituzionali previste per la tutela della salute degli operatori e per la loro crescita professionale in questa come in altre occasioni sono state ignorate. Ciò è possibile perché il modello non è rigido, ma è flessibile; permette di resistere (la modalità della dott.ssa Banchi) e anche di rimuovere (la modalità della dott.ssa Di Iorio), in attesa che il pensiero possa ricanalizzare le esperienze psico-sensoriali. E' interessante che l'elaborazione sia stata richiesta in assenza della collega Di Iorio, come a rappresentare le forti dinamiche di scissione indotte dal paziente (Nesci, 2014 comunicazione in gruppo di formazione).

Bibliografia

E. Giusti, C. Ornelli, 1999; *Role play: teoria e pratica nella clinica e nella formazione*. Edizione Sovera Roma.

G. Boria, 1983, *Tele. Manuale di psicodramma classico*. Franco Angeli Editore Milano

S. Malizia, A. Buongiorno, 1993; *I limiti del gruppo Balint nella formazione psicologica al rapporto con il paziente* in G. Lo Verso, T. Federico Attraverso il cerchio. Lavorare con i gruppi nel servizio pubblico. Edizione Borla Roma.

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

D.A. Nesci: *comunicazione in gruppo di formazione*

T.A. Polisenò: *comunicazione in gruppo di formazione*