

## **Esplorare “il meraviglioso” con lo psicodramma adleriano per l’età evolutiva di Hanna Kende. Esperienze e riflessioni su un metodo preventivo e psicoterapeutico anche in condizioni di trauma**

STEFANIA GIAMPAOLI, MELINDA VARGA

*Summary* – EXPLORING “THE WONDERFUL” WITH ADLERIAN PSYCHODRAMA FOR DEVELOPMENTAL AGE OF HANNA KENDE. EXPERIENCES AND REFLECTIONS ON A PREVENTIVE AND PSYCHOTHERAPEUTIC METHOD EVEN IN CONDITIONS OF TRAUMA. When a child experiences a condition of trauma its development may be blocked and disharmony or symptoms may emerge. They reflect the impact of unprocessed events, not communicable, not shareable, often difficult to decode. Adlerian group psychodrama for the developmental age, with its implantation based on the imagination and resources of the child, constitutes a way of access to the internal world of the child and a valid therapeutic tool even in situations of childhood trauma. The authors will present here their reflections on this aspect and some clinical vignette.

*Keywords:* PSICODRAMMA, ETÀ EVOLUTIVA, GRUPPO, TRAUMA

### *I. Introduzione*

Le esperienze di vita forniscono al bambino una base solida per lo sviluppo se possono essere integrate nella memoria personale nei loro aspetti sensoriali, emotivi, affettivi, cognitivi e rappresentativi. Le buone relazioni con le figure di attaccamento ma anche le risorse naturali del bambino, come per esempio la sua naturale propensione al gioco e la creatività, costituiscono dei fondamentali presupposti di crescita.

Talvolta, però, lo sviluppo del bambino risulta bloccato ed emergono disarmonie o sintomi che riflettono l’impatto di eventi non elaborati e non pensabili e che possono avere conseguenze importanti a lungo termine sulla salute mentale e fisica. Questi eventi, che costituiscono dei traumi, rimangono per il bambino non comunicabili, non condivisibili, spesso difficilmente decodificabili [70].

Nelle esperienze cliniche delle autrici in Europa, Ruanda, Burundi, Haiti, si è riscontrato come la relazione terapeutica basata solo sulla parola non sia adeguata a supportare il cambiamento nei bambini in situazioni di sofferenza - e ancora di più nelle situazioni traumatiche. Con pazienti che presentano sintomi collegabili a traumi da attaccamento talvolta risulta impossibile stabilire una strategia coerente. Si può osservare nei bambini una diminuzione della capacità di empatia e della comprensione delle emozioni, una diminuzione della tolleranza allo stress, un aumento delle reazioni di allarme che provoca reazioni aggressive.

I bambini che hanno subito dei traumi hanno una grande difficoltà a gestire le emozioni, con una diminuzione della capacità di regolazione affettiva che causa problemi di mentalizzazione verso se stessi e gli altri [27, 28]. Verbalizzano difficilmente le loro emozioni, giocano con difficoltà nella finzione del "come se".

L'immaginazione è bloccata a livello emotivo e cognitivo: è difficile per loro creare dei disegni spontanei e ricorrere alla fantasia (e quindi inventare storie), ma anche trovare soluzioni per risolvere dei problemi logici; ad esempio, volendo utilizzare schemi già appresi, i bambini cercano nella memoria elementi conosciuti senza trovare delle proprie idee personali.

In bambini che avevano subito dei traumi in età precoce si è riscontrato uno sviluppo neurobiologico connotato da disturbi di apprendimento in misura maggiore rispetto ad altri bambini, mostrando basso rendimento scolastico, problemi di lateralizzazione, difficoltà grafomotorie, oltre che bassi livelli della memoria di lavoro, disturbi di attenzione. Con gli insuccessi scolastici aumentano i disturbi psicologici: si osserva mancanza di fiducia in se stessi, diminuzione della motivazione al lavoro [20].

In questi contesti lo psicodramma adleriano di gruppo di Hanna Kende si è rivelato un importante strumento di intervento: il gruppo si è dimostrato più efficace rispetto al setting individuale ed è stato possibile per i bambini esprimersi nella simbologia radicata nella cultura di appartenenza.

Consapevoli dell'efficacia dello psicodramma adleriano di gruppo in un'ampia gamma di condizioni di disagio infantile, in questo lavoro le autrici intendono presentare una riflessione sulla cura del trauma: è possibile accedere all'area del trauma con lo psicodramma e guarire? Cosa permette ad un bambino sofferente di affrontare le criticità, di essere sollevato dai sintomi, di superare un'esperienza traumatica?

Per agevolare la comprensione di ciò che verrà presentato si introducono dapprima alcuni costrutti importanti nell'ambito della psicologia dell'età evolutiva con una puntualizzazione sugli effetti del trauma sul bambino. Nel paragrafo successivo verranno presentate le caratteristiche dello psicodramma di gruppo per l'età evolutiva secondo il metodo di Hanna Kende. Attraverso l'utilizzo di vignette cliniche si intende poi illustrare come lo psicodramma permetta la comprensione e la guarigione dei bambini. Infine verranno esposte delle riflessioni delle autrici.

Occorre segnalare che in questo lavoro si farà riferimento alla specificità dello psicodramma adleriano senza poter contare su una bibliografia che attiene alla ricerca, dal momento che su di essa non risultano ulteriori pubblicazioni dopo gli scritti di Parenti e Pagani (1979), *Il gruppo di studio lombardo sullo psicodramma adleriano*, SIPI, Milano e il capitolo su tale argomento in Parenti, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

## II. Lo sviluppo del bambino e il trauma

Lo sviluppo della mente umana prevede che, via via che il bambino cresce, sensazioni corporee, emozioni, pensieri trovino rappresentazione a livello mentale [8, 28]. D’altra parte occorre anche considerare che, come ci ricordano Adler e Winnicott, un bambino non può crescere da solo [2, 74] e il suo sviluppo va considerato all’interno di una dinamica relazionale.

Può essere utile ricordare alcuni costrutti imprescindibili nella lettura dello sviluppo infantile [16]:

*il corpo*, come primo agente che mette in relazione il bambino con i propri caregivers attraverso il movimento e l’azione [18] e punto di partenza della psicologia adleriana con i concetti di vissuto di inferiorità ed il relativo complesso [2, 3] e di interconnessione tra mente e corpo [4];

*l’immaginario*, attraverso il quale si rappresentano i vissuti, i bisogni, le angosce, i desideri, le emozioni che ciascuno sperimenta nel suo percorso di crescita [43, 70, 71]; *il gioco*, di cui sono state date tante definizioni [19, 29, 76] e con sfumature diverse [14, 13] e che per Adler si configura come un importante mezzo di preparazione alla vita [3].

Anche *il gruppo* rappresenta un fattore complementare dell’evoluzione psicologica umana: la vita dell’individuo si sviluppa nel contesto delle sue relazioni sociali [10, 75, 37, 30]. Oltre al contesto familiare che fornisce l’impronta iniziale, tutte le attività in gruppo possono aiutare i bambini a diventare capaci di stabilire delle relazioni, di mantenerle, gestire i conflitti. L’assenza dei genitori (per morte, separazione, eccessiva occupazione...) aumenta ancora di più il bisogno dei bambini di essere un membro di un gruppo e di ricevere il supporto dei pari. Il gruppo riunisce, rinforza, rassicura [64, 77].

La dimensione del corpo, dell’immaginario, del gioco come pure la capacità di socializzare e partecipare alla vita di gruppo subiscono un forte impatto in condizione di trauma. Ci soffermeremo qui su questo aspetto.

In psicotraumatologia quando si usa la nozione di “traumatismo” non si fa riferimento solo a eventi orribili ed eccezionali [70]. Vi sono delle situazioni estreme – come incesto, tortura, guerra, terrorismo – che segnano le vittime in modo profondo. Ma ci sono anche una moltitudine di disagi ordinari che riguardano la condizione umana (Adverse Childhood Experiences, ACE) [56].

La più recente letteratura sul trauma psicologico insegna che nel bambino in condizioni croniche di trascuratezza o caratterizzate da genitori spaventati/spaventanti, o di eventi traumatici, il corpo si organizza dando la priorità alla mobilitazione delle risposte difensive animali di sopravvivenza e di anticipazione del pericolo [70, 55].

Se queste esperienze sono state vissute con un sentimento di impotenza e di disperazione o di minaccia per la propria sopravvivenza, possono lasciare una cicatrice dolorosa a lungo dopo i fatti [56, 26]. Non saranno necessariamente presenti tutti i sintomi del DPTS (Disturbo Post Traumatico da Stress) – incubi, irruzione dei flash back intrusivi del vissuto traumatico, ipervigilanza, ansia, irritabilità, insonnia, depressione. Ma le ricerche dimostrano che c'è un grande numero di persone che portano le tracce del trauma nel loro corpo [70].

La relazione tra il trauma interpersonale e l'aumento della vulnerabilità psicopatologica – che è il contrario della resilienza – è provata dalle ricerche. Questa vulnerabilità produce degli ostacoli all'elaborazione degli eventuali traumi successivi [78, 39, 31].

Quello che oggi sappiamo dunque è che se l'esperienza del bambino ha un'intensità emotiva superiore alle sue capacità di elaborazione e integrazione e se il caregiver non riesce a supportare l'esperienza con risposte adeguate, le potenziali interconnessioni fra le varie aree cerebrali vengono ostacolate per limitare l'eccessivo impatto sensoriale, emotivo, cognitivo dell'esperienza, alterando così lo sviluppo armonico della psiche e la sua capacità di adattarsi in modo pieno alla vita. Si innesca quindi una modalità traumatica e alcune esperienze rimarranno bloccate nella mente come memorie non integrate [69, 59, 23].

I frammenti di sensazioni, emozioni, immagini sono “dissociati”: essi restano “incollati” nella regione inferiore del cervello (sistema limbico), lontano dalle regioni della corteccia frontale dove si elabora, grazie al linguaggio e ai simboli, il “nostro discorso autobiografico”. Sollecitato da uno stress ripetuto o dalla rievocazione di un traumatismo il tronco cerebrale, chiamato anche cervello rettiliano, attiva una reazione di sopravvivenza e di protezione e richiama le passate esperienze di minaccia.

Questi frammenti sensoriali ritornano alla memoria non sotto forma di ricordi ordinari ma di intense reazioni emotive. La sofferenza, sempre pronta a riemergere è dunque letteralmente “incapsulata” negli strati profondi del nostro cervello, fuori dalla portata degli sforzi intellettuali o dell'espressione verbale.

Il cervello razionale è “cortocircuitato”, impossibilitato ad agire in modo adattivo, come dimostrano gli studi svolti con le nuove tecniche di rilevamento dell'attività cerebrale [53]. Per questo motivo non è infrequente l'esperienza di terapeuti e pazienti che si ritrovano nell'impossibilità di accedere e risolvere esperienze traumatiche in un setting di psicoterapia basato sulla parola.

Come succede per gli adulti, i bambini traumatizzati hanno un’attitudine a sovrapporre il loro trauma a qualunque cosa accada loro [70]. Il trauma intacca il processo immaginativo. Per riprendere le parole di Van Der Kolk: “senza immaginazione attiva non c’è speranza, non c’è modo di contemplare un futuro migliore, non ci sono posti dove andare, né obiettivi da raggiungere” (70, p. 20).

Egli sostiene che per guarire è necessario che il corpo si senta nel presente e vivo. Sottolinea inoltre che occorre riaprire l’accesso all’immaginazione che nelle persone traumatizzate si è bloccata.

Quale può essere allora la prospettiva di benessere e di salute mentale per una persona che ha subito un trauma, magari in tenera età, e che ha avuto uno sviluppo psichico segnato da questo tipo di esperienze?

I sostenitori del modello della dissociazione strutturale che ipotizza che “la scissione dissociativa era un modo normale di adattarsi al trauma per sopravvivere con più successo in un mondo poco sicuro” (26, p. 3) invitano a riflettere sulla possibilità di modificare l’automatismo di questa risposta adattiva passando attraverso un legame diverso, capace di fornire calore, protezione, riconoscimento che il primario legame di attaccamento non aveva fornito durante l’esperienza traumatica.

Risulta necessaria dunque quella che Alexander avrebbe chiamato un’“esperienza emozionale correttiva” [9] a cui Siegel si collega con il suo concetto di “attaccamento sicuro guadagnato” [63]; questa possibilità poggia sulla capacità del cervello di sviluppare nuove reti neurali e codificare nuovi stati piacevoli [59, 46]. Evocando a livello immaginativo nuove memorie implicite di sicurezza e sintonizzazione, il bambino avverte l’esperienza sensoriale di un attaccamento sicuro, che può essere codificata accanto alle memorie dolorose di fallimenti e paure all’interno dei legami di attaccamento più solidi [26].

Come suggerisce Benincasa [18], quando un bambino o un adulto si trova in una condizione di trauma, è necessario comprendere quale sia e come si sia strutturata tale situazione traumatica ma la questione centrale non sarebbe tanto arrivare a definire ciò che è effettivamente accaduto al soggetto, ma accedere ai sentimenti, le emozioni da lui provati e non espressi né rappresentati mentalmente, in un processo di “sintonizzazione emotiva”.

Offrendo una relazione “sicura”, l’adulto potrà aiutare il bambino ad agire e “mettere in gioco” una situazione in cui il bambino non riviva una condizione di passività come quella provata in passato (con il rischio di essere ri-traumatizzato), ma una situazione simile, all’interno della quale egli possa però sentire, ex novo, di essere attivo, di trovare una strategia alternativa nell’affrontare un problema che in passato lo aveva traumatizzato (18, p. 63).

Riguardare un senso di sicurezza personale risulta particolarmente importante nelle persone traumatizzate poiché a mancare è soprattutto l'esperienza di avere un controllo sulla minaccia, la sensazione di essere rispettati per la propria forza, l'aver dei confini chiari per assicurarsi un senso di sicurezza [54].

### III. *Lo psicodramma adleriano dell'età evolutiva*

*Lo psicodramma infantile.* Lo psicodramma dell'età evolutiva si è sviluppato a partire dalle basi moreniane [52, 50, 7] su due filoni terapeutici, quello statunitense e quello francese [37, 72].

Negli USA i terapeuti hanno utilizzato lo psicodramma di Moreno con pochi cambiamenti, lavorando sui vissuti quotidiani o utilizzando tecniche direttive per insegnare nuovi ruoli da giocare [72, 62].

Per quanto riguarda l'Europa, in Francia gli psicanalisti infantili Widlöcher, Lebovici, Lemoine si sono interessati al metodo di Moreno e hanno elaborato lo psicodramma infantile psicanalitico [73, 4, 42, 49, 41]; di fatto quest'ultimo modifica la tecnica originale e orienta il focus sulla dinamica di gruppo, sulle proiezioni inconscie, il transfert e il controtransfert e sulle interpretazioni verbali [cfr, 42, 72].

Didier Anzieu ha dato importanza agli effetti catartici del gioco e con la partecipazione degli adulti – un uomo e una donna – permetteva ai bambini di sviluppare le dinamiche relazionali con la figura paterna e materna [11]. Per Alfons Aichinger, in Germania, il centro terapeutico è il gioco simbolico; la seduta inizia con delle proposte relative al “qui ed ora”. La storia giocata è costruita da tutti i bambini con lo scopo di aiutare lo sviluppo del senso sociale [7].

*Lo psicodramma adleriano dell'età evolutiva.* Aspetti teorici e metodo. Hanna Kende, psicoanalista ungherese, ha ideato e sistematizzato il modello di psicodramma adleriano in decenni di esperienza presso il Ministero della Giustizia in Francia e ha poi esteso la tecnica di gruppo alla fascia infantile e adolescenziale. Il suo metodo è nato da una sintesi tra la psicanalisi adleriana e lo psicodramma francese con la psicoterapia generale dei bambini [72]. È la stessa Hanna Kende che ne identifica le specificità adleriane [37].

- 1) A differenza dello psicodramma moreniano, lo psicodramma adleriano dell'età evolutiva si esprime nel linguaggio del fare “come se”.
- 2) Il bambino non è chiamato a mettere in scena la sua vita reale per comprenderla meglio, né è chiamato a evocare avvenimenti della sua realtà.
- 3) Il metodo principale nello psicodramma adleriano dell'età evolutiva di Hanna Kende è il “guarire l'azione attraverso l'azione” [a differenza di quello di Parenti e Pagani

che attribuiscono un ruolo almeno paritario all’interpretazione che segue la recita]. I terapeuti non danno spiegazioni, non commentano, non parlano di morali della storia. L’interpretazione consiste in un’“interpretazione drammatica” che non viene cioè fatta verbalmente ma nel corso dell’azione. Talvolta la dinamica di gruppo orienta diversamente il finale della storia rispetto alla storia programmata ma è sempre l’autore che valuta se è di sua soddisfazione. A differenza del contesto teatrale, qui la “messa in scena” non ha come finalità l’esibizione davanti ad un pubblico.

4) Il ruolo dello psicodrammatista nello psicodramma classico è di “direttore” che organizza e dirige la scena senza prenderne parte. Qui invece il terapeuta è presente nel gioco su più livelli: gioca come i bambini ma è allo stesso tempo un adulto che assicura le regole, facilita lo svolgimento del gioco, interviene dove e quando è necessario per aiutare, sostenere i bambini, ad esempio con interventi per attivare la fantasia e la spontaneità o per facilitare le interazioni tra loro. I terapeuti hanno il compito di comprendere il bambino, trasmettere il sentimento del loro valore, favorire il processo di mentalizzazione e la capacità di comunicazione e condivisione.

5) Nello psicodramma adleriano il bambino si ritrova in un “mondo meraviglioso”. “La discesa nel meraviglioso, a volte miracoloso, a volte poetico, ma sempre fonte di creatività, permette il cambiamento dell’immagine di sé, la trasformazione dello stile di vita” (37, p. 45). I bambini devono sentire che sono “altrove” (37, p. 47). Non si tratta di creare un universo senza limiti o divieti (come nei gruppi rogersiani), né di favorire la regressione e l’esternalizzazione - reale e non simbolica- dell’aggressività, passaggio all’atto incluso. Nella seduta prevale la dimensione magica, dove le regole del mondo esteriore perdono (parzialmente) la loro validità, ogni bambino si crea un proprio mondo meraviglioso personale con la benaccetta partecipazione degli altri, il sentimento infantile di onnipotenza ha una compensazione immaginaria della inferiorità, del sentimento di impotenza.

6) Lo psicodramma permette l’elaborazione del sentimento sociale in modo più efficace rispetto alla terapia individuale. Giocando ruoli di storie proposte da altri bambini è possibile “diventare qualcun altro”, sentire il proprio corpo che si attiva e si muove in ruoli nuovi. Un ruolo insolito può permettere al bambino di comprendere meglio una situazione. Durante lo svolgimento dei giochi questa auto-ricostruzione si realizza con la collaborazione degli altri bambini (che assolvono di fatto il ruolo di co-terapeuti) e adulti. Il sentimento di solidarietà, di reciprocità, la *gemeinschaftsgefühl* dei bambini marginalizzati, solitari, non sufficientemente amati, mettono radici e rifioriscono nel vissuto comune. La modifica dell’immagine di sé e del proprio stile di vita è possibile anche perché le esperienze nel gruppo attivano (o ri-attivano) in modo spontaneo, dinamiche legate al coraggio, alla cooperazione e alla speranza.

Nel gruppo di psicodramma adleriano di Hanna Kende i bambini si incontrano con regolarità per disegnare, raccontare, costruire e mettere in scena in ogni seduta le loro

storie di fantasia, con la conduzione di due terapeuti [24]. È una metodologia che può essere utilizzata in un'ottica preventiva, per supportare la crescita, ma le cui caratteristiche la rendono particolarmente adatta a curare situazioni di maggiore sofferenza e compromissione, compresi gli effetti del trauma.

Gli elementi sintomatologici e personologici, insieme a quelli anamnestici, vengono raccolti preventivamente in un inquadramento diagnostico personalizzato.

I gruppi vengono organizzati con circa 6-8 bambini di fascia di età omogenea, a partire all'incirca dai 6 anni. Il setting prevede una strutturazione della seduta che si declina in base alle necessità del gruppo ma che pone come centrale la possibilità di "giocare" le storie inventate da ciascun bambino. C'è una prima fase di accoglienza a cui segue la costruzione delle storie, favorita dalle tecniche che i terapeuti ritengono più utili in base alla situazione. Nella fase della messa in scena della storia ogni bambino assume un ruolo di sua scelta, si traveste e, battendo tre volte le mani tutti insieme come rito di inizio, si entra nella dimensione del "come se".

Alla fine della scena giocata si esce dalla finzione rinnovando il rito del battito delle mani per poi svestire i panni del personaggio. Si accompagnano infine i bambini verso la chiusura proponendo una condivisione dei momenti che sono stati più apprezzati durante il gioco. Durante la messa in scena, lo psicodrammatista accetta il ruolo che i bambini gli attribuiscono, si prendono i ruoli che restano, o i personaggi negativi (i cattivi, i mostri, il bambino maltrattato), difficili da giocare in prima persona per i bambini. In genere un bambino propone una propria storia e a turno vengono giocate le storie di tutti.

#### IV. Esperienze cliniche

*Conoscere e comprendere i bambini con lo psicodramma adleriano di gruppo. La storia di Bujumbura.*

Una storia ci aiuterà ad illustrare alcuni aspetti della metodologia e della tecnica, in questo caso come lo psicodramma consenta di conoscere e comprendere il bambino. Si tratta di una storia nata durante una seduta avvenuta a Bujumbura, in Burundi.

*"C'era una volta un lago dove viveva una famiglia di pesci, il padre la madre e il loro bambino. Un giorno un uomo catturò una tartaruga e la rinchiuse. Poi questo ladro catturò anche il pesce bambino. I genitori pesci hanno iniziato a cercare il loro bambino, hanno chiesto ad altri animali se avessero visto il pesciolino. È stata la mucca che ha visto il luogo in cui sono stati portati. La mucca voleva salvare così tanto il piccolo pesce che gli ha dato il latte fino a cadere a terra quasi morta, ma l'uomo non voleva liberare questi prigionieri. La mucca aveva bisogno dell'aiuto degli altri per sopravvivere. Alla fine la mucca insieme ad un topo molto intelligente hanno trovato la tartaruga. Poi i tre animali sono riusciti a trovare il pesciolino e lo hanno liberato".*

Questa storia è stata costruita tutti insieme durante un secondo incontro, in un gruppo composto da sette bambini, dopo che ciascuno aveva realizzato il proprio disegno. Tutti i bambini del gruppo avevano perso uno o due genitori e non conoscevano né la causa né le circostanze della loro morte. Nessun bambino era in condizione di parlare direttamente degli eventi traumatici vissuti; presentavano però sintomi fisici e comportamentali.

La consegna in quella seduta era stata "Disegna il tuo animale preferito". Nella storia ogni bambino ha portato la propria vicenda fino ad allora non esplicitata, come se il "terreno" appropriato fosse mancato fino a quel momento. Tutti sono stati pronti a cogliere l'opportunità di comunicazione offerta: storie di abbandono, di smarrimento e di non ritrovamento sono state presentate nelle vicende dei piccoli animali:

- la mucca che è pronta a dare il latte fino a morire per il bene degli altri è stata inventata da una bambina che non ha mai conosciuto sua madre, morta dopo il parto;
- il pesce catturato che voleva così tanto ritrovare la propria famiglia è stato un ruolo svolto da una bambina che ha perso sua madre all'età di due anni e che è poi vissuta in orfanotrofio dove suo padre è stato costretto a metterla a causa della povertà;
- il topolino che era molto intelligente, senza il quale era impossibile trovare gli animali catturati, è stato inventato da un bambino che aveva molti conflitti con adulti e coetanei e a scuola non riusciva ad avere successo nonostante le buone capacità intellettuali.

Come si può notare sono le storie stesse dei bambini a prefigurare esiti favorevoli, risolutivi. La tecnica può essere usata in modo diverso e, invece di creare una storia comune ai bambini, si offrono altri stimoli; ad esempio viene chiesto di presentare i loro animali preferiti uno per uno o anche due a due dopo aver scelto un partner (questo risulta utile con bambini che mancano di concentrazione, che hanno difficoltà a collaborare e quindi a costruire una storia comune o che mancano di iniziativa e creatività).

#### *Un viaggio con lo psicodramma verso la guarigione. Storia di Ben*

Ben, dieci anni, presentava una malattia fisica cronica, una stenosi aortica che aveva richiesto un'operazione all'età di sei anni, con conseguenti angosce gravi. Era prevista una nuova operazione chirurgica ma lui la rifiutava, non voleva entrare in ospedale, né parlarne, né sentir parlare della sua malattia.

Non accettava più di seguire le indicazioni mediche - camminare lentamente, non correre -, voleva fare sport come gli altri bambini, ma allo stesso tempo aveva troppa paura per salire sulla barca a vela di suo papà come faceva fino all'anno prima.

Proprio in relazione alle angosce era stato seguito in una psicoterapia individuale. Viveva con la sua famiglia, suo papà, sua mamma e sua sorella che era nata quando lui aveva quattro anni. Tre anni prima la mamma aveva sofferto di un linfoma e durante la malattia Ben era stato seguito da uno psicologo per enuresi ed encopresi.

La psicoterapia individuale aveva aperto la possibilità di accedere al mondo interno di Ben; erano emerse tematiche di minaccia alla sicurezza familiare, la sua angoscia legata alla malattia, la difficoltà di non poter vivere come gli altri bambini e di cambiare modo di vivere lo sport che sembrava troppo difficile da accettare. Pur avendo superato il rifiuto della vela, la sua avversione per la malattia e per l'intervento chirurgico persisteva. Si è pensato dunque di proporre di continuare la psicoterapia nel gruppo di psicodramma con l'obiettivo di elaborare i suoi problemi non ancora risolti.

Nel gruppo composto da sei membri, grossomodo coetanei, casualmente Ben aveva trovato diversi bambini che presentavano malattie organiche (stenosi dell'arteria carotide interna, emiparesi transitoria, malformazioni dell'arteria cerebrale), oltre che sintomi di angoscia, tic motori, difficoltà relazionali, disturbi di apprendimento.

All'ingresso nel gruppo, tutti furono invitati a disegnare liberamente per costruire delle storie. Mentre ci si aspettava che le storie simboliche portassero dei vissuti legati alla malattia, in realtà i bambini ignorarono il tema. A fronte di questa negazione è stata proposta la storia dell'Ospedale degli animali, con la consegna:

*“La scena si svolge in un ospedale di animali, dove diversi animali possono arrivare con delle malattie o dei problemi. Saranno accolti e curati da infermieri, medici. Qui tutto può succedere, anche guarigioni miracolose, avvenimenti inaspettati. Inventate lo svolgimento della storia, chi arriva in questo ospedale e in quali condizioni. Disegnate chi vorreste essere, quale ruolo avete voglia di giocare, chi sarà un paziente o chi sarà nell'équipe dei medici...”*

Tutti i bambini tranne una, Val, hanno scelto il ruolo dei medici e per i terapeuti i bambini hanno scelto il ruolo dei pazienti. Val ha scelto di essere una graziosa coniglietta, paziente psichiatrica. Ben era il dott. Zuzzi, un serpente, capo dei servizi di chirurgia. Ha disegnato la sala operatoria con precisione, ha raccontato con molti dettagli lo svolgimento dell'operazione.

Nella scena i terapeuti avevano assunto il ruolo di pazienti arrivati all'ospedale e impersonavano un riccio che ha perso le spine, un coccodrillo con il mal di pancia perché aveva mangiato i suoi denti, un uccello con l'ala rotta. Hanno subito tutto quello che era possibile in un ospedale: essere operati, trasfusi, rianimati, hanno ricevuto un trapianto polmonare, cardiaco, ma ogni volta erano guariti. Bisognava cambiare i ruoli più volte, e i bambini/medici inventavano sempre nuove malattie gravi da guarire. Alla fine del gioco tutti i pazienti erano guariti, salvo la coniglietta che è riuscita ad accettare solo un miglioramento del suo stato.

Questo gioco è stato una tappa importante della terapia; a partire da questo momento il gruppo si era consolidato e i cambiamenti dei sintomi e del loro comportamento hanno iniziato a manifestarsi. Dopo le quindici sedute previste non solo i sintomi erano spariti o diminuiti ma si poteva vedere il cambiamento nel funzionamento dei bambini e delle loro famiglie. Ben ha accettato di ascoltare il medico per l’operazione che doveva affrontare, ha continuato ad andare in barca a vela.

Questo esempio mostra una possibilità di intervento degli psicoterapeuti per facilitare l’espressione di aree traumatiche inaccessibili alla comunicazione verbale. Non si può escludere che il percorso di cambiamento già attivato durante la psicoterapia individuale avrebbe portato ai medesimi risultati ma il passaggio da una relazione duale ad una relazione grupale di condivisione con i pari, con la presenza garante degli adulti ha certamente impresso un’accelerazione ed una messa a fuoco del problema e delle risorse per maturare una maggiore armonia interna e il superamento di vissuti traumatici.

#### *Quando il gruppo diventa risorsa per riparare le ferite. Storia di Viola*

Viola, di sei anni, è arrivata alla consultazione per enuresi diurna e notturna, cominciata due anni prima. Frequentava la scuola materna dove si mostrava molto solitaria, faceva amicizia con difficoltà, aveva spesso dei conflitti con gli altri bambini. A casa aveva un fratello e una sorella più piccoli con i quali litigava regolarmente.

Sua mamma, una donna elegante, medico, non riusciva ad accettare che la bambina fosse sovrappeso, malvestita, che desse l’impressione di essere sporca. Durante la consultazione la mamma aveva detto piangendo “a volte vorrei che non esistesse”, “non porta che conflitti”, “è pigra, brutta e fannullona”. Il papà non vedeva diversamente Viola, nonostante la somiglianza fisica tra i due. Per la nonna, che la vedeva come un bebè, Viola era perfetta e considerava i suoi problemi come originati dai genitori. Durante gli incontri Viola diceva che tutto andava bene, pensava di essere in buoni rapporti con tutti e non segnalava alcun problema.

Il piano terapeutico ha previsto inizialmente delle sedute individuali con Viola e una consultazione in parallelo con i genitori. I genitori hanno accettato il lavoro teoricamente ma avevano sempre qualche impedimento. La terapia individuale è proseguita per cinque mesi. Era difficile stabilire una buona relazione con la bambina, c’era sovente un atteggiamento di opposizione da parte sua, come se la relazione madre-bambina si ripresentasse nella terapia; non dava l’impressione di essere contenta di partecipare, di essere legata alla terapeuta.

Malgrado le difficoltà relazionali, attraverso le storie e i giochi simbolici, Viola comunicava il sentimento di essere diversa dagli altri, un’immagine negativa di sé, con il vissuto di rifiuto da parte della propria famiglia in quanto diversa. Nei disegni e nelle storie la soluzione per trovare il proprio posto nel mondo, per diventare felici, era lasciare la casa e crescere.

I sintomi diminuivano senza scomparire. Si è così pensato di cambiare la forma della psicoterapia e di proporre lo psicodramma di gruppo per l'anno successivo. L'idea del cambiamento è nata anche in relazione al transfert-controtransfert pesanti tra la bambina e la terapeuta.

Durante il gruppo di psicodramma Viola ha costruito delle storie che parlavano di principesse solitarie, abbandonate, catturate dove la soluzione alla perdita, all'essere abbandonata, continuava ad essere rappresentato dalla possibilità di diventare grande e fondare una nuova famiglia, vivendola simbolicamente nel gruppo in prima persona.

In una storia racconta: *“C'era una volta una bambina; sua mamma era morta. Suo padre era talmente triste che non volle più rivedere la figlia e lasciò la casa. La bambina partì anche lei, andò nella foresta dove trovò degli amici tra gli animali. Diventò la regina degli animali ed era molto felice; si sentiva a casa”*.

Durante il gioco Viola ha scelto il ruolo della bambina e ha dato il ruolo del papà alla terapeuta (che l'aveva seguita in terapia individuale e che aveva sentito faticoso il rapporto con lei) per mettere in scena l'abbandono; nonostante la difficoltà della sequenza e il silenzio totale degli altri bambini, lei è stata molto decisa. Per Viola la soluzione dei problemi era di ritrovare una famiglia immaginaria ed è riuscita a costruire il suo “mito familiare”.

Dopo dieci sedute i sintomi erano spariti. Viola parlava dei suoi problemi con gli altri, le sue relazioni con gli altri bambini erano senza conflitti. A casa il suo comportamento restava difficile da gestire anche in relazione alle difficoltà di cambiamento dei suoi genitori, ma la trasformazione era davvero visibile; non solo era diventata più sorridente, più bella, fiera dei risultati che all'inizio invece non la interessavano. Mostrava maggiore stima di sé, aveva avuto la possibilità di sentirsi amata, grazie al clima di gruppo e anche grazie alla possibilità di sperimentare con la seconda delle terapeute il vissuto di essere accettata senza condizioni. Il vissuto emozionale correttivo comprende qui l'esperienza di essere mentalizzati [28], di esistere nel pensiero dell'altro, di essere compresi e di aprirsi al legame con fiducia, di stabilire delle relazioni, sperimentare un attaccamento sicuro.

### V. Riflessioni

Riprendendo gli aspetti teorici e metodologici sopra presentati, ci sembra di poter dire che lo psicodramma adleriano di gruppo rappresenti una metodologia utile per affrontare le difficoltà di crescita psicologica dei bambini e che esso possa essere efficace anche in condizione di trauma.

Nelle storie psicodrammatiche presentate nelle vignette cliniche i bambini hanno potuto rivisitare i vissuti di passività, impotenza, paura, solitudine da cui erano stati

imprigionati nella loro realtà traumatica e sperimentare, in sicurezza e in un contesto di piacere, una capacità di *agency* tutta nuova che sono stati poi in condizione di generalizzare al di fuori dello spazio di gioco e di terapia.

*Sui meccanismi di azione.* Ci si pone qui la domanda: cosa consente di accedere all’area traumatica e produrre modificazioni in direzione di un maggiore benessere durante la seduta di psicodramma di gruppo? Sappiamo che la riattivazione del ricordo è vissuta molto intensamente, ma senza parole poiché l’evocazione di un ricordo traumatico scatena simultaneamente l’attivazione della regione dell’amigdala, sede della rilevazione del pericolo, e la disattivazione della corteccia frontale e particolarmente l’area di Broca, sede della parola [70, 26].

Accedere utilmente al trauma presuppone di calmare la reazione di allarme e panico entro la finestra di tolleranza per poter entrare in comunicazione con il cervello emozionale. E’ necessario quindi non tanto inibire il sistema limbico – o delle emozioni – (come avviene ad esempio con i farmaci ansiolitici) [26], quanto attivare la capacità innata di regolare i flussi delle emozioni eccessive; solo allora il vissuto traumatico può essere elaborato grazie alle capacità simboliche della corteccia superiore per diventare una storia assimilabile dallo psichismo.

Nello psicodramma infantile adleriano i bambini vengono invitati a inventare, disegnare, raccontare storie di fantasia per metterle poi in scena e giocarle insieme. Pur mancando la ricerca in merito possiamo osservare come l’impostazione del setting che offre sicurezza, con la garanzia di un adulto presente, garante, facilitatore (quindi incoraggiante, protettivo) e la storia simbolica (personale ma non esplicita e diretta) sembri andare nella direzione di mantenere ad un basso livello di allarme il sistema rettiliano. Quando i bambini esprimono disagio o difficoltà, le tecniche di “raffreddamento” esercitano una funzione rassicuratoria e regolatrice [26, 40].

*Sulla riconnessione tra corporeo e immaginario.* L’immaginario e il corporeo possono riconnettersi in un contesto bonificante. Nella costruzione del setting di psicodramma si dà al bambino la possibilità di definire e dare una forma alla propria condizione (costruendo la propria storia), di sperimentare cos’altro ci potrebbe essere (partecipando alle storie degli altri bambini) e cos’altro potrebbe succedere (nelle modifiche che si attivano durante la scena giocata).

Tutto il setting e la metodologia dello psicodramma sono orientati a favorire, facilitare, suggerire occasioni per attivare l’immaginazione. Anche quando il trauma avesse indotto un importante blocco dell’immaginario e dei vissuti ad esso collegati (e quindi costretto ad un range di esperienze limitato e controcorrente rispetto alla crescita), ciascun bambino viene supportato attraverso le tecniche di intervento da parte dei conduttori che stimolano attraverso domande e che guidano verso l’accesso all’immaginario, la possibilità di disegnare, costruire, scegliere marionette, oggetti e poi perso-

naggi. Inoltre i bambini impersoneranno (se disponibili a farlo) ruoli che sceglieranno a partire dalle proprie storie (e quindi in contatto con un immaginario – per quanto probabilmente bloccato e rigido – ma familiare) ma anche ruoli richiesti dalle storie di altri bambini. E avranno così modo di entrare, profondamente e fisicamente - ma anche liberamente e in sicurezza - in contatto con esperienze nuove, alternative, più ampie di quelle imposte dal trauma.

Giocare delle scene che ricalcano, in modo non diretto, eventi traumatici della vita, ma questa volta senza subirli, trovando una possibilità di risoluzione adattiva, fornisce un'esperienza di padronanza e la sensazione somatica che il presente è diverso dal passato [54].

*Sulle resistenze al cambiamento e difficoltà di gestione.* La conduzione di un gruppo di psicodramma adleriano dell'età evolutiva richiede una conoscenza approfondita di psicologia dello sviluppo e di psicoterapia infantile ed anche una buona conoscenza di se stessi.

Le tecniche di intervento per facilitare le possibilità espressive e narrative, la creazione di un buon clima di gruppo, riscaldare o raffreddare le dinamiche del gruppo a seconda delle necessità, sono diverse e possono essere maneggiate con consapevolezza solo da conduttori esperti con una formazione appropriata, soprattutto laddove vi siano esperienze traumatiche per i bambini. Bisogna essere in grado di riconoscere che “tutti i cambiamenti terapeutici sono in realtà cambiamenti nelle reti neurali, in particolare nella rete emotiva e nelle molte associazioni e nelle convinzioni cognitive che ne derivano” (32, p. 19).

Lo psicodrammatista non può trascurare che il trauma è il tentativo della psiche di dimenticare, di nascondere come si possa essere spaventati, arrabbiati o sconsolati [26]. Ma - ci pare di poter affermare - il bisogno di proteggersi con delle armature protettive, il bisogno di mascherare le proprie debolezze, le proprie carenze o sofferenze attraverso strategie per svalutare il terapeuta o minare il processo terapeutico che Adler vedeva nell'attivarsi delle resistenze [1], è qui meno sollecitato.

Il conflitto, l'ostacolo, risultano temi fondamentali nelle storie e nei giochi dei bambini e giocare una storia vuol dire trovare dei modi di dire la propria verità trasmettendola nel modo più autentico. Il terapeuta deve sapere che ciò richiede al bambino di spingersi verso ciò che lo blocca. Da questo punto di vista, la scelta di Hanna Kende di preferire le storie di fantasia alla riproposizione delle storie traumatiche reali all'origine dei sintomi dei pazienti (come succede invece in altri tipi di psicodramma) coincide con la necessità di non attivare ulteriormente le resistenze, e di accedere alle aree sane, cioè alla sfera dei desideri e dei bisogni ancora attivi e sottostanti le ferite. E, durante lo psicodramma, in effetti, nelle storie dei bambini, anche di quelli portatori di esperienze traumatiche, i conflitti e gli ostacoli non mancano e con essi ci si confronta.

*Sulla transculturalità.* Questo aspetto entra in gioco sia per il fatto che i partecipanti ai gruppi di psicodramma possono appartenere a culture di origine diverse, sia per “l’esportabilità” della tecnica in contesti culturali diversi da quello europeo nel quale lo psicodramma adleriano è nato.

Alcune storie qui presentate sono nate e sono state giocate in Africa, dove i bambini crescono confrontandosi con realtà in parte diverse dalle nostre, dove anche l’attenzione al bambino è diversa.

Diverse esperienze di colleghi psicodrammatisti impegnati nelle attività dell’Associazione Psicologi nel Mondo, hanno permesso di osservare buoni risultati dalla partecipazione al gruppo dove erano stati inseriti bambini e ragazzi stranieri immigrati in Italia con vissuti traumatici.

Gli psicologi che si occupano di psicologia transculturale sottolineano come, focalizzando l’attenzione sul trattamento del trauma in situazione transculturale, sia importante partire dalle rappresentazioni mentali delle persone, tenere in conto il contesto socio-politico particolare in cui vivono, pensare all’integrazione della dimensione culturale, non considerandola un ostacolo ma invece un elemento dinamico nel processo di cura. Si sottolinea inoltre l’importanza di non esportare modelli occidentali ma di co-costruire con i professionisti locali modi di fare condivisi con la popolazione e rispettosi delle particolarità e singolarità di ogni contesto [17].

Le narrazioni che nascono nei gruppi di psicodramma, anche per il fatto di essere create e “risolte” dai bambini, lasciano uno spazio di libertà che consente a ciascuno di riconoscersi e trovare una propria soluzione, rispettando caratteristiche e canoni culturali.

## VI. Conclusioni

Ci pare di poter leggere l’esperienza della terapia di gruppo psicodrammatica come un’occasione in cui si crea una condivisione affettivamente carica, non solo tra il singolo bambino e i terapeuti ma anche tra i bambini che partecipano al gruppo.

Le sue caratteristiche permettono di ampliare il campo intersoggettivo dei protagonisti del setting anche quando siano portatori di vissuti traumatici e la relazione percepita da tutti assume una forma diversa rispetto a quella che aveva precedentemente.

Il setting apre ad un adattamento creativo dei bambini, con la scoperta e la sperimentazione di mete alternative a quelle fittizie, ad una maggiore confidenza emotiva e una maggiore libertà progettuale [25]. Si realizza una ricostruzione del sé nella relazione, si diventa capaci di stabilire (buone) relazioni attraverso la comprensione di sé e degli altri, una maggiore capacità di mentalizzare se stessi e gli altri fino a poter arrivare alla guarigione.

Per quanto riguarda le criticità dello psicodramma si deve senz'altro riconoscere un limite nella mancanza di ricerca. Nonostante la psicoterapia adleriana di gruppo psicodrammatica sia stata impiegata con bambini e adolescenti traumatizzati con esiti positivi e si sia rivelata estraneamente versatile e quindi utilizzabile anche in contesti culturali diversi da quelli dove era nata, e nonostante sia facilmente accettato da bambini e famiglie, non risulta al momento una bibliografia ampia ed è praticamente nulla la ricerca [7].

Oltre a vedere con favore un più ampio utilizzo della tecnica e un allargamento della formazione per psicodrammatisti, si auspica un maggiore impegno nella ricerca sugli effetti dello psicodramma sul trauma nel prossimo futuro per trovare nuova linfa dal confronto e da ulteriori verifiche e approfondimenti della ricerca e per rendere più chiare e condivise le fondamenta sulle quali si reggono i “meravigliosi viaggi” che i bambini compiono con lo psicodramma.

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio Ubaldini Editore, Roma 1950.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 2005.
3. ADLER, A. (1930), *Die seele des schwererzihbaren Schulkindes*, *Psicologia del bambino difficile* tr. it., Newton Compton, Roma 1975.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ADLER, A. (1932), *Tecnik der Behandlung*, tr. it. *La tecnica della psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 2005.
6. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012.
7. AICHINGER, A., HOLT, W. (2017), *Group therapy with children. Psychodrama with children*, Springer.
8. AJURIAGUERRA, J., De (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, tr. it. *Manuale di psichiatria del bambino*, Masson Italia, Milano 1979.
9. ALEXANDER, F., FRENCH, T., ET AL. (1946), The principle of corrective emotional experience, in *Psychoanalytic therapy: principles and application*, Ronald Press, New York.
10. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R., R. (1956), *The individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.

11. ANZIEU, D. (1956), *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*, P. U. F., Paris.
12. ALLEN, J., FONAGY, P., BATEMAN, A. (2008), *Mentalizing in clinical practice*, tr. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
13. AUCOUTURIER, B. (2017), *Agir, jouer, penser: étayage de la pratique psychomotrice éducative et thérapeutique*, tr. it. *Agire, giocare, pensare. I fondamenti della pratica psicomotoria, educativa e terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano 2018.
14. BASTIANINI, A. M. (2006), *Psicoterapia infantile*, *Seminario della Scuola Adleriana di Psicoterapia di Torino*, Pracatinat, 28 giugno.
15. BASTIANINI, A. M. (2011), *Psicoterapia infantile: una prospettiva di sviluppo per la pratica clinica adleriana*, *Il Sagittario*, 28, pp. 33-44.
16. BASTIANINI, A. M. (a cura di, 2021), *Bambini in psicoterapia. Un approccio adleriano tra psicoanalisi e neuroscienza*, Carocci, Roma.
17. BAUBET, T., MORO, M. R. (2003), *Psychiatrie et migration*, in *Rapport de psychiatrie au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, Masson, Paris.
18. BENINCASA, G. (2021), *La funzione del corpo nello sviluppo psichico del bambino e nella psicoterapia*, in BASTIANINI, A. M. (a cura di), *Bambini in psicoterapia. Un approccio adleriano tra psicoanalisi e neuroscienze*, Carocci Editore, Roma 2021.
19. BETTELHEIM, B. (1987), *A good enough parent: a book on child-rearing*, tr. it. *Un genitore quasi perfetto*, Feltrinelli, Milano 1987.
20. BROUS, K. (2018), *Don't try this alone. The silent epidemic of attachment disorder*, Paperback, New York.
21. BRUSCHWEILER-STERN, N., ET AL. (2010), *Change in psychotherapy: a unifying paradigm*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2012.
22. CENA, L., IMBASCIATI, A. (2014), *Neuroscienze e teoria psicoanalitica. Verso una teoria integrata del funzionamento mentale*, Springer, Milano.
23. COZOLINO, L. J. (2002), *The neuroscience of psychotherapy: building and rebuilding the human brain*, W. W. Norton & Co, New York.
24. ELINOIU, N., GIAMPAOLI, S., MARABISSO, F., MASTOGIACOMO, S. (2021), *Pietro e l'ombra scomparsa: lo psicodramma adleriano in età evolutiva*, in BASTIANINI, A. M. (a cura di), *Bambini in psicoterapia. Un approccio adleriano tra psicoanalisi e neuroscienze*, Carocci, Roma, 2021.
25. FASSINO, S., FERRERO, A. (2019), *Brevi considerazioni a proposito del cambiamento in psicoterapia*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 85: 107-108.
26. FISHER, J. (2017), *Healing the fragmented selves of trauma survivors: overcoming internal self-alienation*, tr.it. *Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma psicologico*, Raffaello Cortina, Milano 2017.
27. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), *Attachment and reflective function: their role in self-organization*, in “*Development and psychopathology*”, tr. it. *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
28. FONAGY, P., ET AL. (2002), *Affect, regulation, mentalization and the development of the Self*, tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.

29. FREUD, A. (1965), *Normality and pathology in childhood: assessment of development*, tr. it. *Normalità e patologia del bambino*, Feltrinelli, Milano 1998.
30. GAZZANIGA, M. S. (1985), *The social brain*, tr. it. *Il cervello sociale*. Alla scoperta dei circuiti della mente, Giunti, Firenze 1989.
31. GILBERTSON, M. W., SHENTON, M. E., ET AL. (2002), Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma, *Nature neuroscience*, 5: 1242-1247.
32. GINOT, E. (2019), L'inconscio messo-in-atto: un modello neuropsicologico dei processi inconsci, *Riv. Psicol. Indiv.*, 86: 11-22.
33. GOLSE, B. (2006), *L'être-bébé*, tr. it. *L'essere bébé*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
34. GOTTWALD, C. (2006), Neurobiologische perspektiven zur körperpsychotherapie, in G. MARLOCK, G., WEISS, H., *Handbuch der körperpsychotherapie*: 119-137, V.
35. GRAWE, K. (2004), *Neuropsychotherapie*, Hogrefe, Gottingen.
36. GRANIERI, A. (2011), *Corporeo, affetti e pensiero. Intreccio tra psicoanalisi e neurobiologia*, UTET Università, Torino.
37. KENDE, H. (2014), *Psychodrame avec les enfants*, Fabert, Paris.
38. KLEIN, M. (1932), *The psychoanalysis of children*, tr. it. *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze, 1969.
39. KOENEN, K. C. (2007), Genetics of post-traumatic stress disorders: review and recommendations for future studies, *Journal of traumatic stress*, 20(5): 737-750.
40. KURTZ, R. (1990), *Body-centered psychotherapy: the Hakomi method*, Updated edition, Life Rithm, Mendocino, CA.
41. LEOVICI, S., DIATKINE, R., KESTENBERG, E. (1970), Bilan de dix ans de pratique psychodramatique chez l'enfant et l'adolescent, *Bulletin de Psychologie*: 13-16.
42. LEMOINE, G. (1972), *Le Psychodrame*, Laffont, Paris.
43. LERDA, G. S. (2021), Mondo interno, immaginario e relazione terapeutica in BASTIANINI, A. M., (a cura di), *Bambini in psicoterapia*, Carocci Editore, Roma, 77-89.
44. LEVINE, P. A. (2008), *Healing Trauma: A pioneering program for restoring the wisdom of your body*, North Atlantic Books, Berkley, CA.
45. LEVINE, P. A. (2010), *In an unspoken voice: how the body releases trauma and restore goodness*, North Atlantic Books, Berkley, CA.
46. LYONS-RUTH, K., JACOBVITZ D. (1999), Attachment disorganization: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies, in CASSIDY, J., SHAVER, P. R., *Handbook of attachment: theory, research, and clinical application*, Guilford Press, New York-London.
47. MAIN, M. (1991), Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento unitario vs modello di attaccamento multiplo: dati e indicazioni per la futura ricerca, in *Attachment across the life cycle*, tr. it. PARKERS, J., STEVENSON-HINDE J., MARRIS, P. (a cura di), *L'attaccamento nel ciclo di vita*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1995.
48. MANCIA, M. (a cura di, 2007), *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer, Milano.
49. MONOD, M. (1947), *Le psychodrame de Moreno*, Sauvergard V: 15-16.
50. MORENO, J. L. (1946), *Psychodrama I*, Beacon House, New York.

51. MORENO, J. L. (1956), *Psycoterapie de groupe et psychodrame*, PUF, Paris.
52. MORENO, J. L. (1959), *Psychodrama II, foundation of psychotherapy*, Beacon House, New York.
53. NEMEROFF, C. (2004), Neurobiological consequences of childhood trauma, *J. Psychiatry*, 2004;65 Suppl 1:18-28.
54. OGDEN, P., FISHER, J. (2015), *Sensomotor psychotherapy*, tr. it *Psicoterapia sensomotoria. Interventi per il trauma e l’attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano 2016.
55. OGDEN, P., MINTON, K., PAIN, C. (2006), *Trauma and the body: A sensomotor approach to psychotherapy*, tr. it. *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria*, Istituto di Scienze Cognitive, Sassari, 2012.
56. ORAL, R., RAMIREZ, M., ET AL. (2015), Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care, *Pediatric Research*, 79, 227–233 (2016).
57. ORKIBI, H., FENIGER-SCHAAL, R. (2019), Integrative systematic review of psychodrama psychotherapy research: Trends and methodological implications, Feb 19;14(2): e0212575. doi: 10.1371/journal.pone.0212575. eCollection 2019. Free PMC article.
58. SCHORE, A. N. (2001), Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant mental health journal*, 22, 1-2: 67-66.
59. SCHORE, A. N. (2003), *Affect regulation and the repair of the self*, tr. it. *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*, Astrolabio, Roma 2008.
60. SCHWARTZ, R. (2001), *Introduction to the internal family system model*, Trailhead Publications, Oak Park, IL.
61. SHAPIRO, F., FORREST, M. S. (1997), *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*, tr. it. *EMDR: una terapia innovativa per il superamento dell’ansia, dello stress e dei disturbi di origine traumatica*, Astrolabio, Roma 1998.
62. SHEARON, E. M. (1980), *Psychodrama with children, Group psychotherapy and psychodrama*, 33.
63. SIEGEL, D. (1999), *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell’esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano.
64. SLAVSON, S. R. (1953), *Psychothérapie analytique de groupe. Enfants, adolescents, adultes*, PUF, Paris.
65. STERN, D. N. (1985), *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
66. STERN, D. N. (1995), *Motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy*, tr. it. *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1995.
67. STERN, D. N. (2004), *The present moment in psychotherapy and everyday life*, tr. it. *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*, Raffaello Cortina, Milano 2005.

68. THELEN, E., SMITH, L. (2006), Dynamic system theories, in LERNER, R. M. *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*, Wiley, Hoboken, vol. I: 258-312 (6<sup>th</sup> ed.).
69. VAN DER HART, O., NIJENHUIS, E. R. S., STEELE, K. (2006), *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, tr. it. *Fantasmi del sé, Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
70. VAN DER KOLK, B. (2014), *The body keeps the score*, tr. it. *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
71. VIDOTTO, B. (1986), Fiaba e “fiabesco” nel trattamento psicoterapico infantile: spunti e riflessioni per un approfondimento, in *La fiaba: modelli interpretativi e possibilità applicative in pedagogia, psicologia e sociologia, Atti del convegno*, Proing, Torino, 25-26 gennaio 1986: 312-13.
72. VIKAR, A., MEREI, Z. (2005), L'école hongroise de psychodrama: analyse des pratiques, atelier, stage de formation, *Le Carnet Psy*, 2005-7, n. 102: 31-32, online su Cairn.info le 01/01/2010, <https://doi.org/10.3917/lcp.102.0031>
73. WIDLOCHER, D. (1973), *Le psychodrame chez l'enfant*, PUF, Paris.
74. WINNICOTT, D. (1958), *Through paediatrics to psych-analysis*, tr. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze 1975.
75. WINNICOTT, D. (1965), *The family and individual development*, tr. it. *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando, Roma 1968.
76. WINNICOTT, D. (1971), *Playing and reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 2005.
77. YALOM, I. (1974), *The theory and practice of group psychotherapy*, tr. it. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Boringhieri, Torino 2005.
78. YEHUDA, R., FLORY, J. D., ET AL. (2010), Putative biological mechanisms for the association between early life adversity and the subsequent development of PTSD, *Psychopharmacology*, 212(3):405-417.

Stefania Giampaoli  
Strada Maiole 33  
I-10024 Moncalieri (TO)  
E-mail: stefania.giampaoli@gmail.com

Melinda Varga  
E-mail: vargadmelinda@gmail.com