

Studio di Psicodramma di Milano
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia

Specializzanda
Dott.ssa Cristina Bergo

Tesi di diploma

Incontro alla fine: l'abbraccio della spontaneità

Lo psicodramma e l'accompagnamento al morire

Anno Accademico 2017

**Dalla soglia di un sogno mi chiamarono.
Era la buona voce, amata voce.
Dimmi: verrai con me a vedere l'anima?
Una carezza mi raggiunse il cuore.
Sempre con te... Ed avanzai nel sogno
per una lunga, spoglia galleria;
sentii sfiorarmi la sua veste pura
e il palpito soave della mano amica.**

(Antonio Machado)



INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
Capitolo 1 - I PAZIENTI ONCOLOGICI E LA PRESA IN CURA PSICODRAMMATICA	pag. 5
1.1 La situazione di malattia dei pazienti	pag. 5
1.2 Il trattamento del paziente oncologico e la centralità delle cure psicologiche e psicosociali	pag. 8
1.3 Le specifiche finalità nella presa in cura psicodrammatica	pag. 10
1.4 Bisogni del singolo e bisogni del gruppo	pag. 16
Capitolo 2 - MORENO, L'ELAN VITAL, LA SPONTANEITÀ-CREATIVITÀ	pag. 21
2.1 La filosofia moreniana e le origini di un concetto cardine: la spontaneità-creatività	pag. 21
2.2 Le conserve culturali	pag. 25
2.3 La spontaneità quale fattore centrale nell'intervento di cura psicodrammatica	pag. 26
Capitolo 3 - ACCOMPAGNAMENTO AL MORIRE	pag. 30
3.1 La conserva culturale davanti al morire: negazione, invisibilità, maschere	pag. 30
3.2 Pazienti inguaribili: quale posto per la spontaneità?	pag. 32
3.3 La spontaneità creatività del direttore e la costruzione di un mondo ausiliario	pag. 36
3.4 Il processo di cura psicodrammatica nell'incontro con la morte: l'abbraccio della spontaneità	pag. 37
Capitolo 4 - QUASI TRE ANNI CON GRAZIELLA	pag. 40
4.1 Inizio di un percorso. la solitudine e le risorse	pag. 41
4.2 L'aiuto del gruppo: la forza dello scambio	pag. 45
4.3 Riconciliarsi con la vita, accettare la fine	pag. 48
CONCLUSIONI	pag. 54
BIBLIOGRAFIA	pag. 58

Introduzione

Questa tesi di specializzazione è, per me, un'ottima occasione per elaborare il percorso di tirocinio svolto con un gruppo continuativo di psicodramma, per pazienti oncologici, presso il Servizio di Psicologia Clinica dell'ASST Santi Paolo e Carlo.

Ogni lunedì, per quattro anni, ho accompagnato questo gruppo di pazienti, da principio osservando e poi conducendo io stessa il gruppo, alternandomi con il tutor, il dott. Ivan Fossati.

E' stata un'esperienza intensa, sia dal punto di vista formativo che umano.

Non poteva essere altrimenti: lo psicodramma richiede di entrare in contatto con la propria umanità, e con quella delle persone che partecipano al gruppo.

E quando si ha a che fare con chi sta fronteggiando una malattia, come quella del cancro, con chi sta facendo i conti con la propria vita e con la propria morte, è soprattutto l'essere umano che emerge, nella sua dimensione esistenziale.

Lo psicodramma, che dà la possibilità alle persone di stare vicino e scambiarsi gli occhi, permette di affrontare la paura, toglie dall'isolamento in cui si precipita con una diagnosi infausta, aiuta a ricercare il senso della propria vita nella minaccia di perderla, favorisce la possibilità di ricollegarsi alla propria storia e alla propria dimensione spirituale. Senza la cornice psicodrammatica, senza il richiamo ai valori della filosofia moreniana, non avrei saputo come stare accanto a quelle persone, come aiutare loro a vedere ognuno se stesso, e tutti gli altri, in un frangente così buio e desolato. Lo psicodramma ha preso per mano la mia e la loro umanità, aiutando a riconoscerla, accogliendola in tutte le sue forme, perché questo è ciò che fa attraverso il suo impianto teorico e metodologico.

Ed è stata una vera palestra e un luogo di apprendimento per l'applicazione clinica del modello moreniano, per comprendere quale tipo di cura lo psicodramma possa portare in questo specifico contesto terapeutico.

In particolare, in questa tesi, voglio esplorare e riflettere su uno dei capisaldi teorici e operativi elaborati da Moreno: la spontaneità, meglio definita come fattore s/c (spontaneità-creatività).

Mi sono, infatti, chiesta, nel corso della mia esperienza con questi pazienti, in che modo, nell'incontro con la malattia, ma soprattutto con la morte, il fattore s/c - che nella terapia psicodrammatica ha un ruolo fondamentale in quanto propulsore del cambiamento per il raggiungimento di un benessere personale- possa mantenere la sua validità, come elemento essenziale del processo di cura; di quale cura, attraverso il gruppo di psicodramma, ci si possa fare carico quando una persona sta andando incontro alla fine della sua vita.

Emotivamente non è mai facile accostarsi al tema della morte, argomento accuratamente evitato, evento verso cui, oggi, si è sempre meno preparati. Vorrei perciò rendere evidente come molte delle

difficoltà dei pazienti e dei loro familiari nascano proprio, per dirla con Moreno, dalle conserve culturali che, nell'iper -tecnologia della nostra società occidentale, abbiamo eretto per illuderci di poter azzerare il limite ultimo. Fortunatamente esistono, da parecchi anni, esperienze e prassi molto significative sul tema dell'accompagnamento alla morte, a partire dagli studi di Elizabeth Kubler Ross.

Cercherò di sostenere ed elaborare una riflessione su queste questioni attraverso quattro capitoli: nel primo capitolo mi soffermerò sulla situazione dei pazienti e sui loro principali bisogni, per individuare le finalità della presa in cura psicodrammatica.

Nel secondo capitolo, porrò attenzione al concetto moreniano di spontaneità-creatività, per evidenziarne gli aspetti filosofici da cui ha avuto origine e per rilevarne gli elementi terapeutici essenziali.

Nel terzo capitolo approfondirò le fasi dell'accompagnamento al morire per interrogarmi e riflettere su come il fattore s/c, nella cura psicodrammatica, possa essere, in questo caso, di aiuto alle persone.

Nel quarto capitolo presenterò l'esperienza di Graziella, una paziente del gruppo di cui mi sono presa cura: vorrei raccontare, attraverso la sua capacità espressiva, spontanea e creativa, come sia stato possibile accompagnarla nell'incontro con la fine della sua vita.

CAPITOLO 1

I PAZIENTI ONCOLOGICI E LA PRESA IN CURA PSICODRAMMATICA

1.1. La situazione dei pazienti

Ricevere una diagnosi di cancro vuol dire doversi sottoporre a cure e operazioni spesso invasive e debilitanti ed entrare in una dimensione dove la malattia è padrona della propria vita quotidiana, nonché delle relazioni importanti che si vivono.

Il tempo è scandito dalle analisi e dall'impotenza, nell'attesa di ricevere buone o cattive notizie, dal ricercare possibilità di guarigione, sottoponendosi alla chemioterapia e alla farmacoterapia, nell'incertezza di poter eliminare, arrestare, diminuire la malattia.

Il corpo è ferito, nella maggioranza dei casi, menomato da operazioni chirurgiche che producono la perdita di parti importanti di sé e dal dover fronteggiare dolori e disfunzionalità. La rappresentazione del proprio corpo subisce un'importante alterazione, nel senso della propria integrità, dando la sensazione di essere inevitabilmente diventati diversi, da se stessi e dagli altri. I trattamenti medici sono pesanti, provocano una profonda stanchezza che si ripercuote su molti aspetti della quotidianità. L'immagine corporea negativa e gli effetti percettivi, di dolore e stanchezza, incidono sulla qualità della vita.

L'identità precedente va in crisi, non solo perché il proprio corpo subisce questi colpi così destabilizzanti, ma anche perché i ruoli che erano ricoperti, al lavoro, in famiglia, nella propria comunità di riferimento, si annullano e lasciano il posto all'unico ruolo di malato. Può inoltre accadere la perdita dell'indipendenza e dell'autonomia, che obbliga i familiari a riorganizzare la propria vita, per far fronte alla situazione.

Spesso, questi effetti relazionali e sociali, secondari al tumore, provocano maggiore dolore della malattia stessa.

Molti dei pazienti che richiedono un aiuto psicologico sono inviati dai curanti per problematiche e sintomi depressivi, per ansia e attacchi di panico, per un'elevata sofferenza emotiva, collegata a sentimenti negativi costanti. La paura di morire si accompagna a quella del dolore, il senso di minaccia è intenso e questo genera angoscia, disperazione, rabbia, piuttosto che un'anestesia emotiva, altrettanto dolorosa. Il tono dell'umore è deflesso, si generano disturbi del sonno, sorgono idee di colpa e auto-aggressività, si abbassa il livello di autostima. Altri sintomi importanti che si manifestano, riguardano la perdita d'interessi e la capacità di provare piacere, la perdita dell'appetito, il calo di peso, il rallentamento o l'agitazione psicomotoria.

Il senso di solitudine è ciò che spesso accomuna questi pazienti: pur avendo accanto i familiari, infatti, si ritrovano a voler limitare l'impatto della malattia su di loro, non potendo, così, esprimere a nessuno quelli che sono i propri autentici vissuti.

La preoccupazione modifica la vita affettiva nei rapporti con coniuge, figli, parenti e amici, attraverso sentimenti contrastanti, legati da una parte al bisogno di comprensione e rassicurazione, dall'altra alla volontà di proteggere i propri cari dalla sofferenza che la malattia oncologica determina.

Il senso che la propria vita ha avuto si stravolge e affiorano molte delle più difficili domande esistenziali.

Sebbene oggi esistano molti successi nella cura dei tumori, la malattia cancerosa porta inevitabilmente a doversi confrontare con i pensieri di morte.

Elisabeth Kubler-Ross, e altri ricercatori, hanno ampiamente illustrato le specifiche dinamiche psicologiche che caratterizzano il vissuto di pazienti che si trovano ad affrontare una malattia cronica e potenzialmente mortale.

Famoso è il modello a cinque fasi utilizzato per descrivere le reazioni emotive che possono verificarsi, o consecutivamente o contemporaneamente.

La **prima fase** è quella dello **shock, del rifiuto e dell'isolamento**; di solito è immediatamente successiva alla diagnosi. Il paziente non può credere di essere colpito dalla malattia, che è vissuta come una catastrofe. Ricorre pertanto a dei meccanismi di difesa come la negazione, al fine di prendere tempo per affrontare il confronto diretto con una realtà troppo minacciosa.¹ In seguito subentra l'isolamento dall'ambiente sociale, nel momento in cui si considera l'impossibilità della guarigione e del ritorno al precedente stato di salute. Questo tempo può consentire di trovare coraggio e mobilitare altre difese. È presto sostituito da una parziale accettazione, pur ripresentandosi di tanto in tanto, anche durante le fasi avanzate della malattia.

La **seconda fase** è quella della **collera**, in cui le emozioni prevalenti sono caratterizzate dalla rabbia, dall'invidia e dal risentimento. Il malato si chiede: "Perché proprio a me?". È la fase in cui è molto difficile, per i parenti o gli amici, riuscire a stare vicino al paziente, che spesso, nei loro confronti è freddo, quando non ostile o risentito. Teme che si dimenticheranno di lui, vede che la loro vita continua normalmente mentre la sua non può più essere quella di prima.

La **terza fase** è quella denominata del "**venire a patti**", o del compromesso. Il paziente immagina e desidera di poter in qualche modo riuscire a rimandare l'evento, sperando di essere graziato e avere

¹ Esistono studi che evidenziano come il meccanismo difensivo della negazione possa svolgere un ruolo adattivo in fase iniziale, come protezione dallo stress emotivo che la diagnosi procura. La negazione opera una "distorsione" della realtà, ma permette di ridurre il senso di sopraffazione (Moyer et al., 1998), aiutando a preservare un'immagine positiva di sé e l'autostima (Livneh, 2009).

un prolungamento di vita. E' possibile che, in questa fase, il paziente stipuli dei patti segreti, di solito con Dio, formuli delle promesse che psicologicamente sono collegate a qualche senso di colpa.

La **quarta fase** è quella della **depressione**, il malato sente l'impossibilità di essere curato, dovrà subire altri interventi o ulteriori ricoveri e trattamenti e diviene più debole. In questa fase il paziente prende coscienza delle gravi perdite che subisce. Può sentire sensi di colpa o di vergogna.

La depressione, però, può essere soprattutto causata dal dolore di dover affrontare l'ultima separazione da questo mondo. E' un lutto anticipatorio per le perdite che stanno per accadere.

E' questa una depressione che consente di affrontare l'imminente evento della morte: è caratterizzata dal silenzio e dalla necessità di un distacco emotivo.

La **quinta** è la fase dell'**accettazione**. E' uno stadio in cui i sentimenti negativi delle precedenti fasi sono stati affrontati e il paziente può permettersi di contemplare la fine prossima. L'accettazione è caratterizzata quasi da un vuoto di sentimenti e il paziente ha bisogno di non essere turbato dal mondo esterno, la morte non suscita più disperazione o paura, ma è vista come possibilità di riposo e pace.

In ogni fase l'aspetto costante è quello della speranza. Le innovazioni mediche e scientifiche portano a lasciare comunque aperta qualche possibilità di cura, o almeno a poter pensare di migliorare la situazione. In questo modo è possibile mobilitare il coraggio che serve per i momenti difficili.

E' fondamentale la relazione che si instaura con i medici curanti, la fiducia che essi trasmettono, condividendo la speranza, accogliendo dubbi e difficoltà, mostrando sempre il loro interesse per la situazione del paziente; questo permette di accettare meglio le cure o il decorso della malattia.

1.2. Il trattamento del paziente oncologico e la centralità delle cure psicologiche e psicosociali

La necessità di introdurre una presa in carico psicologica in oncologia è stata dimostrata da numerosi studi e ricerche che, negli ultimi venti anni, hanno reso evidente come le conseguenze psicosociali abbiano una correlazione con la progressione della malattia stessa².

La psiconcologia (interfaccia da un lato dell'oncologia, dall'altro della psicologia e della psichiatria) considera i fattori psicologici, culturali e sociali nella loro influenza per il trattamento e la cura del paziente; si va sempre più affermando come modalità interdisciplinare per l'attuazione di un sistema

² JoAnne E. Epping-Jordan, Bruce E. Compas, and David C. Howell "Predictors of Cancer Progression in Young Adult Men and Women: Avoidance, Intrusive Thoughts, and Psychological Symptoms", Health Psychology 1994, Vol. 13, No. 6,539-547

d'intervento finalizzato a migliorare la qualità della vita e limitare il rischio di conseguenze psicopatologiche. L'approccio psicosociale prende in considerazione, oltre alle problematiche mediche, le difficoltà psicologiche, sociali, spirituali, come anche quelle pratiche-organizzative ed economiche, durante tutto il decorso della malattia.

Uno studio di meta-analisi³, in cui sono stati considerati solo lavori sperimentali che confrontassero pazienti colpiti da cancro, con e senza intervento psicosociale, ha rilevato come l'intervento psicosociale sia significativo indipendentemente dal tipo e dalla localizzazione della neoplasia, dal trattamento medico (chirurgico con radio e/o chemioterapia o solo radio/chemioterapico), dalla categoria di trattamento psicosociale e dalla tipologia del setting (individuale o di gruppo). Sono stati evidenziati migliori risultati dell'intervento psicosociale nelle situazioni in cui il paziente non sia stato sottoposto a intervento chirurgico e un vantaggio tendenziale del setting di gruppo. In particolare l'intervento psicosociale sembra sia più efficace per migliorare l'accettazione della malattia rispetto alla capacità di ridurre l'ansia.

Dal punto di vista prettamente psicologico, sono utili sia i trattamenti di sostegno sia quelli psicoterapeutici.

I trattamenti psicologici di sostegno possono essere indirizzati a quei pazienti che possiedono un sistema di risorse personali e sociali, integro, in cui è possibile focalizzarsi sul contenimento dell'ansia e delle emozioni, per favorire il mantenimento di un equilibrio psicologico e la possibilità di un nuovo adattamento, nella continuità di un senso esistenziale che possa includere la malattia.

Gli interventi psicoterapeutici per i pazienti oncologici, invece, sono da attivare in quelle situazioni in cui l'adattamento alla malattia appare difficile e le risorse della persona e del suo ambiente sociale appaiono bloccate o disfunzionali. Tra gli approcci più utilizzati per l'intervento psicoterapeutico in oncologia si possono trovare sia quelli di stampo cognitivo comportamentale, che psicomotivo che umanistico-esistenziale.

L'approccio più frequente è quello individuale; in quest'ambito gli studi di valutazione mostrano effetti positivi sia in merito all'adattamento emotivo che rispetto alla qualità della vita del paziente.

Esiste però un'ampia letteratura che testimonia dell'efficacia dell'intervento di gruppo⁴. In questo caso la capacità di adattamento dei pazienti aumenta, grazie ai processi d'identificazione e di sostegno reciproco, alla possibilità di espressione delle emozioni e al confronto di strategie per il fronteggiamento delle problematiche che la malattia determina.

³ B.Baldaro, G.Celani, P.Neri, D.Rocchi, "Influenza del sostegno psicosociale per l'adattamento alla malattia in pazienti con neoplasia maligna: una rassegna meta-analitica", *Psicologia della Salute*, n. 1/2001

⁴ (Spiegel e Yalom, 1989; Spiegel e Classen, 2000; Classen et al., 2001)

Se pur nelle differenze dell'intervento individuale o di gruppo, di diversa matrice teorica, è comunque fondamentale che, nel trattamento dei pazienti oncologici, tutti gli approcci considerino la persona in modo olistico, nella dimensione fisica e psicologico- relazionale, e siano rivolti a:

- Aumentare la possibilità di esprimere e verbalizzare pensieri e sentimenti negativi relativi alla malattia e contenere la sofferenza.
- Individuare eventuali problematiche precedenti che influenzano l'attuale reazione alla diagnosi e alla malattia.
- Considerare eventuali ulteriori difficoltà o stress che aggravano il vissuto di malattia.
- Affrontare i temi esistenziali che scaturiscono dalla condizione di malattia
- Sviluppare capacità di adattamento alla malattia, riconoscendo pensieri emozioni e comportamenti che aiutano ad affrontarla e a integrarla nella propria vita.
- Accompagnare il cambiamento nei rapporti interpersonali e comunicativi con i membri della famiglia e nei rapporti sociali.

Nel prossimo paragrafo mostrerò come la terapia psicodrammatica possa raggiungere questi obiettivi di cura per i pazienti oncologici.

1.3. Le specifiche finalità nella presa in cura psicodrammatica

Per illustrare le finalità della presa in cura psicodrammatica evidenzierò gli aspetti centrali dell'approccio teorico-metodologico che risultano particolarmente positivi per trattare le problematiche dei pazienti oncologici. Riporterò anche le verbalizzazioni dai pazienti oncologici dei gruppi afferenti all'U.S.D. di Psicologia Clinica dell'ASST Santi Paolo e Carlo, raccolte per lo svolgimento di una ricerca qualitativa, che ha avuto la finalità di indagare l'esperienza soggettiva dei partecipanti, per comprendere, dalla loro prospettiva, l'impatto della terapia psicodrammatica nel loro percorso di cura.⁵

Come già evidenziato, in letteratura, l'intervento di gruppo appare essere tra i setting più favorevoli al trattamento terapeutico e al sostegno psicologico dei pazienti oncologici. Il sostegno reciproco e le possibilità di confronto di strategie di adattamento sono individuati come fattori di efficacia portati dal gruppo.

⁵ Fossati, I., Menichetti, J., Giusti, L., Vegni, E. (2014). Lo Psicodramma in pazienti oncologici, in *Psicodramma Classico*, 16:1-2, AIPSIM, Milano.

Ciò implica la possibilità di costruire un gruppo adatto a svolgere tali funzioni.

Per quanto riguarda il sostegno reciproco, l'approccio psicodrammatico, a differenza di altri approcci di gruppo, è caratterizzato da una metodologia e da specifiche regole che garantiscono il funzionamento del gruppo in tal senso.

Il gruppo di psicodramma è programmaticamente predisposto e organizzato per permettere a ogni partecipante di entrare nell'esperienza gruppale secondo le proprie possibilità, garantendo a ognuno tutela e allo stesso tempo facilità di partecipazione. Il conduttore, attraverso le consegne, crea un ambiente e un clima per favorire l'ascolto reciproco, dando a ogni membro un tempo e uno spazio di espressione, sospendendo giudizi e comunicazioni affrettate. Questo permette alle persone di sviluppare, in un tempo breve, relazioni di fiducia, di accettazione reciproca, di comprensione e aiuto.

“Il gruppo di psicodramma viene a configurarsi come una realtà psicologica sui generis in quanto si caratterizza- dal punto di vista del vissuto- come una situazione che privilegia il benessere, riconducendo gli aspetti di sofferenza alla loro dimensione intrapsichica individuale, che sarà affrontata nel tempo del singolo. Tale gruppo si qualifica, nell'esperienza dei suoi componenti, come un mondo ausiliario, nel quale i membri si offrono reciprocamente esperienze di accudimento, contribuendo in tal modo a nutrire, rinforzare, ripristinare il Sé di ciascuno. “ (G. Boria, 2005, pag.90)

Il gruppo di psicodramma consente ai pazienti oncologici di identificarsi, ma al contempo di vedere ognuno nella propria peculiare soggettività, offrendo riconoscimento alla complessità di ogni condizione esistenziale.

I pazienti intervistati, a questo proposito, si esprimono così:

“Siamo un gruppo di persone accomunate da un problema oncologico che comunque rende tutti omogenei, nel senso che si può parlare delle stesse cose, però sono persone diverse. All'inizio non ti conoscono, però ti accolgono.”

“ Il gruppo è molto forte perché senti anche le difficoltà degli altri, le sofferenze degli altri che magari sono molto diverse dalle tue, ma ti aiuta a non sentirti sola.”

“Siamo come due gemelli che sono lontani che senza bisogno di vedersi sentono e con cui non è nemmeno necessario parlare.”

E' possibile pertanto attivare tra i partecipanti una comprensione immediata dello stato di disagio dato dalla malattia, senza che questo determini conformismo, quanto, piuttosto, la possibilità per ognuno di approfondire, insieme agli altri, quindi senza essere lasciato solo, i propri vissuti.

E' possibile affrontare le proprie difficoltà e conflittualità in una situazione di parità grupppale: ciascuno ha un tempo dedicato, in cui può rivelare la propria soggettività e i compagni del gruppo sono chiamati a favorire e valorizzare ogni comunicazione.

Nel gruppo si attivano le relazioni teliche, ossia legami affettivi, processi empatici caratterizzati dalla reciprocità, che nel gruppo di psicodramma sono favorite proprio dall'attenzione che si pone a determinare una dinamica grupppale intersoggettiva.

In questo contesto ognuno è facilitato ad agire per esprimersi, coinvolgendo la propria corporeità, così rilevante in questo frangente.

“Nella vitalità del corpo e della sua azione si declina una parte molto interessante dell'esperienza umana. E' nel corpo che primariamente viene impressionata la sfera delle emozioni, delle attivazioni corporee e delle risposte fisiologiche agli stimoli interni ed esterni, in una dimensione prevalentemente implicita dell'esistenza.” (G. Boria, I. Togni, 2012, pag. 12)

Lo psicodramma, che permette di concretizzare, attraverso azioni contestualizzate, i contenuti del mondo interno, consente di esprimere emozioni, stati d'animo, sensazioni e percezioni che riguardano anche la propria identità corporea, aiutando a esplorare come questa sia implicata nella relazione con se stessi e con gli altri significativi, con le proprie situazioni ed esperienze di vita.

“Lo psicodramma moreniano tesse una trama strettissima tra la dimensione dell'azione e del vissuto corporeo da un lato e la dimensione della rappresentazione e significazione dall'altro. [...] Nello psicodramma, tra la presenza reale e viva dell'attore in scena e la rappresentazione mentale che ne segue, non s'incontrano punti di discontinuità. L'alternarsi di questi due momenti è fluido e naturale. Il corpo e la mente trovano espressione libera, come in una danza, e la direzione registica dei diversi momenti getta continui ponti tra l'uno e l'altra.” (ivi, pag.10)

E' evidente quindi come il setting e la metodologia psicodrammatica possano favorire l'elaborazione delle problematiche legate alla rappresentazione dell'identità corporea proprie dei pazienti con patologia tumorale.

I pazienti su questi aspetti hanno riportato le seguenti riflessioni:

“Capisco benissimo come si sentono! Quando xxx ha detto, ha scelto i tessuti e ha detto: 'no qui manca il grigio plumbeo, devo comprare un pezzo di grigio plumbeo perché io mi sento di questo colore e non c'è'...C'era un blu un po' scuro, allora ha preso questo, ma lei voleva il grigio plumbeo perché lei sta facendo gli esami vari e si sente così e io la capisco benissimo perché è come mi sento io prima di fare gli esami...capisco il grigio plumbeo.”

“La possibilità di immedesimarsi in qualcosa di astratto, era la quercia...ma era diciamo la figura robusta...per me è un modo facile di esprimere un'azione, un'emozione che altrimenti non saprei come chiamarla.”

“La condivisione non solo intellettuale ma anche pratica, l'ausilio di un cuscino, un telo: mettersi addosso un telo per rappresentare il proprio stato d'animo è qualcosa che unisce un aspetto pratico a un aspetto intellettuale teorico, ed è molto forte.”

“E poi l'abbiamo rappresentato...ognuno era una parte della fotografia e diceva che cosa sente, la forza che ti dà l'albero e il vento...cose particolari, belle...così emozionanti, anche belle da fare assieme. Il fatto del vento, della forza e anche della libertà del vento...mi ha fatto piacere essere vento.”

L'utilizzo dell'azione scenica per rappresentare i propri e gli altrui stati interni e le situazioni relazionali, consente, a chi fa psicodramma, di agire e osservare, per poi modificare e integrare aspetti nuovi percepiti, atteggiamenti mentali e modalità comportamentali più funzionali al proprio benessere.

Durante la sessione le persone sono invitate a utilizzare teli colorati, oggetti, spazi e le altre persone del gruppo, per ricreare o esprimere una propria situazione emozionale e relazionale, un vissuto, un episodio della propria vita, un desiderio, un evento temuto. Questo offre una ricchezza esperienziale, sia a chi agisce l'azione come protagonista, sia a chi è chiamato a fungere da io-ausiliario per la realizzazione della scena. La situazione così creata può essere osservata dai diversi punti di vista.

“Lo psicodramma si occupa appunto di come si possa agire e osservare creativamente in vista di un possibile cambiamento.” (ivi, pag.11)

Questa sperimentazione e ricostruzione avvengono in uno spazio protetto, dove non ci sono conseguenze, lasciano il tempo a chi partecipa di elaborare i propri processi mentali, favorendo possibilità di sintonia e adattamento del proprio Sé alle situazioni.

E' così che in un gruppo di psicodramma i pazienti oncologici possono riscoprirsi soggetti attivi, confrontare strategie di adattamento e sperimentare modi alternativi di gestione delle problematiche che si trovano ad affrontare.

Sul confronto e la possibilità di gestire la situazione, i pazienti dicono:

“Può darsi che pure io sono di aiuto a loro...così facendo io mi aiuto, cerco di aiutarmi.”

“Ora sono una persona diversa, mentre prima ero bisognosa, dovevo essere accudita, adesso sono normale.”

“Si è creata tra di noi una solidarietà perché ti devi immedesimare psicologicamente nella situazione di quella persona, devi trovare la parola giusta che la possa tirare su... c'è questo scambio di ruoli.”

Centrale nell'approccio psicodrammatico è il lavoro sul ruolo:

“ Il ruolo può essere identificato con le forme reali e percepibili che il Sé prende. Pertanto definiamo il ruolo come la forma operativa che l'individuo assume nel momento specifico in cui egli reagisce a una situazione specifica nella quale sono implicati altre persone o oggetti. La rappresentazione simbolica di questa forma operativa percepita dall'individuo e dagli altri, è chiamata ruolo.” (Moreno 1961, “Il concetto di ruolo. Un ponte tra la psichiatria e la sociologia.” Pag.520 American Journal of Psychiatry).

La metodologia e il setting psicodrammatico sono predisposti per favorire l'esplorazione attiva e operativa dei ruoli che si ricoprono. Attraverso questa esplorazione è possibile rendere percepibili, osservabili e rappresentabili le caratteristiche delle relazioni in cui si è coinvolti e in cui si agiscono i propri ruoli. E' possibile così agire e osservarsi nelle proprie dinamiche relazionali. La tecnica principale, per favorire queste esplorazioni, è sicuramente quella dell'inversione di ruolo, in cui la persona, invitata a ricoprire i panni di un altro significativo, agisce e contemporaneamente osserva se stessa attraverso gli occhi di quest'ultimo.

La tecnica dell'inversione di ruolo attiva un'importante funzione mentale, quella del decentramento percettivo, utile per promuovere cambiamenti favorevoli per le persone.

“Il protagonista gioca la parte di un altro obbligandosi in tal modo a mantenere il suo io-osservatore costantemente decentrato rispetto al suo io- attore e facendo sì che quest’ultimo non agisca in un modo qualunque, ma in conformità alla parte assegnatagli. A sua volta questi, quando sia immerso nell’azione, non potrà evitare azioni nuove e spontanee di cui il suo io osservatore dovrà prendere coscienza e fare tesoro. La ricchezza di questa funzione scaturisce proprio dalla sua idoneità a far cogliere all’osservatore nuove verità, aggirando e superando in modo naturale blocchi emotivi e pregiudizi cognitivi anche cristallizzati.” (G. Boria, 2005, pag. 100)

I pazienti oncologici attraverso la terapia psicodrammatica possono avere così la possibilità di rivedere e rigiocare i propri ruoli, mettere in scena situazioni relazionali, passate o future, riattivando ruoli precedentemente ricoperti, sbloccando le proprie risorse emotive, modificando la percezione di sé come soggetti passivi in relazione alla malattia, costretti a rivestire l’unico ruolo di malato.

Tutto ciò ha l’importante finalità di aiutare a ricostruire la propria identità, esplorando nuovi ruoli e forme operative possibili, per riattivare o ampliare la gamma di ruoli necessari a un nuovo adattamento, che tenga conto della situazione di malattia, ma non confini la personalità a quest’unico ambito.

La prospettiva dei pazienti su questo importante tema è indicativa:

“Perché il malato oncologico perde l’identità, si sente un numero...è bene che riviva il suo vissuto, perché si rende conto che è sempre una persona, è sempre lui.”

“ A volte parlando di se stessi come se fosse un altro, si dicono cose illuminanti, che poi si rielaborano di notte, quelle notti in cui non si dorme; si trova una pace, un senso a una sofferenza che prima non pareva avere un senso.”

La terapia di gruppo psicodrammatica pare favorevole al trattamento delle specifiche problematiche dei pazienti oncologici, perché, come terapia di gruppo, consente l’uscita dall’isolamento attivando identificazioni e rispecchiamento, infonde speranza e grazie al confronto con gli altri mobilita le risorse e le capacità del singolo per fronteggiare la situazione. Lo psicodramma fa leva sulla spontaneità creatività, in quanto *“forze primarie del comportamento umano”* (Moreno, 1946), che adeguatamente stimolate e mobilitate nel gruppo e grazie a esso, permettono ai partecipanti di esprimere e modificare i propri vissuti e atteggiamenti, per sviluppare un più armonico rapporto con se stessi e con le esigenze poste dalla realtà.

1.4. Bisogni del gruppo e bisogni del singolo

L'organizzazione della sessione psicodrammatica è di solito suddivisa nel tempo del gruppo, nel tempo del singolo (o presa in carico del protagonista), e nel tempo della partecipazione.

A mio parere, quest'organizzazione temporale è molto importante nella presa in cura dei pazienti oncologici, per accogliere sia i bisogni del gruppo, che quelli del singolo partecipante.

Nel tempo del gruppo si riconosce un bisogno comune a tutti e si predispone il setting di lavoro, offrendo a ogni partecipante, in modo paritario, uno spazio di autoespressione; in questo modo si mettono in circolo i vissuti, i pensieri, le emozioni di tutto il gruppo, su un argomento specifico o su determinati temi, che emergono dalle prime battute e dai primi scambi tra i partecipanti.

I pazienti condividono sicuramente la necessità di trattare bisogni comuni determinati dalla propria condizione di malattia.

In particolare vorrei considerare due bisogni molto importanti, che frequentemente emergono nei pazienti oncologici, e che, proprio perché si è in un setting di gruppo, orientato dalla dinamica intersoggettiva, nel tempo dedicato al gruppo, è utile e possibile prendere in carico.

Il primo è il bisogno di sincerità e autenticità nelle relazioni e la possibilità di uscire allo scoperto, e quindi dall'isolamento. Ho precedentemente descritto come la malattia provochi in questi pazienti una difficoltà nelle relazioni con parenti e amici, che da una parte si vogliono proteggere e dall'altra si ritiene non possano comprendere fino in fondo la condizione in cui si è precipitati.

Poter affrontare queste difficoltà nelle relazioni, nella comunicazione con i propri altri significativi, è molto importante per questi pazienti. Il gruppo diviene il luogo in cui poter esprimere, in modo autentico, tutti i propri vissuti e soprattutto tutte le cose che non si possono dire.

Le strategie e le tecniche psicodrammatiche favoriscono l'esplorazione di parti di Sé nascoste o non dicibili, ed è nel tempo del gruppo, in cui si promuove la circolarità e grazie al forte rispecchiamento attivo tra i partecipanti, che questi ultimi trovano il coraggio di svelare finalmente molti segreti e affrontare gli aspetti di blocco emotivo generato dalle dinamiche relazionali esterne al gruppo.

Il gruppo sostiene fortemente la possibilità di esprimere più chiaramente tutto ciò che normalmente è trattenuto e che rischia, così, di provocare ulteriore malessere nella situazione di compromissione, già molto grave, portata dalla malattia.

Il gruppo, condividendo questi temi, con questa modalità, in cui tutti sono alla pari e tutti svelano le proprie verità, offre contemporaneamente sicurezza e conforto e la possibilità di riconoscere ulteriormente i propri sentimenti e le proprie difficoltà emotive, per potersi muovere verso un'uscita dall'isolamento.

I pazienti coinvolti nella ricerca, per esempio, hanno riportato di sentirsi meno isolati e imprigionati dal tumore:

“Ho iniziato il gruppo per varie difficoltà ma forse devo essere sincera; più che di salute, per problemi familiari...di solitudine.”

“C'è questa sensazione di comunità, di vivere il momento insieme con qualcuno con cui parlare senza che ti giudichi, senza che si preoccupi, senza procurarti l'ansia di dover fingere.”

“Le relazioni là fuori sono sempre caratterizzate da una maschera che dobbiamo metterci addosso per forza perché se ti prende una crisi di panico sul lavoro- ad esempio-, devi comunque mascherarla come malattia organica, per venire accettata. Bisogna fingere continuamente: con i figli bisogna fingere perché una mamma deve essere forte e non può essere aiutata; con le sorelle bisogna fingere; finché alla fine non si esce più da questo groviglio di falsi rapporti.”

“Il gruppo è stato un'ancora di salvezza, perché non è che posso dire queste cose che ho detto a voi alle mie figlie, perché le mie figlie si spaventano, si rattristano; neanche le posso dire a mio marito, quello è peggio delle mie figlie, ha paura più di me...Ho trovato un posto dove sfogarmi: per la prima volta ho pianto, perché non ero riuscita a versare una lacrima!”

L'altro bisogno comune ai pazienti oncologici attiene alla necessità di affrontare e rappresentare le perdite e i lutti. E' proprio nel tempo del gruppo che è possibile trattare questo bisogno.

Le perdite e i lutti accadono, infatti, nella vita stessa del gruppo che fa psicodramma. Un compagno di gruppo può decidere di terminare il percorso oppure non riesce più a partecipare per ricoveri o problematiche di aggravamento della malattia, perché la morte è ormai molto vicina.

E' sicuramente l'aspetto più difficile da gestire per i pazienti e certamente tra i motivi che possono far desistere dall'aderire a questo tipo di percorso terapeutico.

Quando la perdita o il lutto si presenta, nella storia del gruppo, è sempre importante dare spazio e tempo per affrontare, con i pazienti, cosa suscita tale accadimento e trasformare il forte senso negativo in qualcosa di maggiormente accettabile.

Anche in questo caso, la metodologia attiva psicodrammatica viene in aiuto, offrendo la possibilità di ritualizzare in modo concreto emozioni e vissuti, affrontare il processo del lutto ed elaborare il senso di perdita che riguarda, così da vicino, ogni persona. E' un po' come se il gruppo, in questo frangente, desse la possibilità a ciascuno di prepararsi anche al proprio lutto.

Quest'ultimo aspetto è il tema centrale di questa tesi e approfondirò in seguito i fattori e i processi che nel percorso psicodrammatico possono essere considerati quali elementi rilevanti dell'accompagnamento al morire.

Per ora mi limito a evidenziare che il gruppo può fungere da contenitore in cui, attraverso la rappresentazione concreta dell'accadimento, le persone affrontano insieme il dolore e la paura, trovano significati per loro nuovi o importanti e riconoscono la morte come parte della vita.

Sul processo del lutto, affrontato in gruppo, i pazienti intervistati dicono:

“Un passaggio molto importante è quando noi, per due volte, abbiamo perso una persona, devo dire che per me uno di questi due è stato molto difficile da accettare...l'elaborazione del dolore attraverso le immagini, mi ricordo quando xxx mi ha detto 'per te dov'è fisicamente?', di prendere un cuscino, un pupazzo e di porlo in una situazione e di poter parlare come se fosse lì. Io l'ho posto in alto, un altro se l'è messo sulle ginocchia. E si riesce a dare un significato al dolore senza mettersi in camera a piangere.”

“Devo essere sincera quando è morto un signore che poi era venuto tre o quattro volte ho pensato: affrontare un'esperienza così una seconda volta forse non ci riesco. Ho sofferto veramente tanto e ho avuto un attimo di dubbio sulla possibilità di continuare, poi davvero come è stata affrontata la morte con l'aiuto loro, mi ha convinto che era il posto giusto.”

Il gruppo di psicodramma non si rivolge però solo ai bisogni comuni dei pazienti, ma permette di occuparsi dei singoli partecipanti, con i loro bisogni specifici, prevedendo il lavoro con il protagonista. Questo poter dedicare tempo e spazio a ciascun paziente, con un'attenzione privilegiata, fa in modo che si affrontino le diverse fasi e problematiche di malattia che possono comunque variare significativamente da un paziente all'altro. Inoltre appare fondamentale affrontare le storie personali, precedenti alla malattia, e gli aspetti più personologici, perché esercitano un'influenza importante sugli atteggiamenti e le modalità con cui i pazienti vivono l'esperienza attuale.

Elaborare la propria storia di vita, ritornare sui momenti che si sono vissuti, è di grande aiuto nel rivedere se stessi, le proprie caratteristiche, risorse e punti deboli, nonché nel riprogrammare le priorità che ci si era dati e aprire nuove prospettive sui propri valori e significati.

Episodi di vita che hanno lasciato il segno possono essere messi in correlazione con lo sviluppo o il decorso della malattia; i pazienti, a volte, arrivano a formulare delle ipotesi sulla causa di malattia, la possibilità o l'inconvenienza di determinate azioni che hanno portato a questo punto.

Questo lavoro più individuale, in gruppo, aiuta ciascuno a riconoscere i cambiamenti nella propria personalità portati dalla malattia e a intraprendere le evoluzioni personali che sentono necessarie per se stessi, come se la malattia gettasse una nuova luce sul proprio passato e di conseguenza sul proprio futuro.

Anche a questo proposito si rintraccia nelle interviste il punto di vista dei pazienti:

“ Per sessant’anni sono stato di una timidezza che non mi davano il là...invece adesso non me ne frega niente proprio...mi sono accorto che sono cambiato, che sono diventato più cattivo.”

“La malattia mi ha reso più saggia, mi ha fatto capire i miei limiti.”

CAPITOLO 2

MORENO, L'ELAN VITAL, LA SPONTANEITÀ-CREATIVITÀ

“Considerando che la spontaneità è un fattore così importante, perché è così scarsamente sviluppata nell'uomo? La risposta è che egli la teme e continuerà a temerla finché non avrà imparato a svilupparla, esercitarla e controllarla. Gran parte della psicopatologia e della sociopatologia umana può essere attribuita all'insufficiente sviluppo della spontaneità e alla conseguente incapacità dell'uomo di sfruttare le sue potenziali fonti di creatività.” (Moreno, 1947, “Il teatro della spontaneità”)

Il processo di cura psicodrammatica fonda la sua efficacia sulla possibilità di attivare e stimolare la spontaneità e creatività delle persone. Per comprendere come ciò possa essere rilevante anche nella cura dei pazienti oncologici, e in particolare con quelli terminali, tratterò ora gli aspetti teorici di questo concetto e come esso sia scaturito dalla specifica visione dell'uomo di Moreno.

2.1 La filosofia moreniana e le origini di un concetto cardine: la spontaneità-creatività

La teoria che Moreno ha sviluppato per creare lo psicodramma affonda le sue radici nella vita stessa del suo autore.

Il suo spirito umanitario, che lo spinse a divenire uno psichiatra, e il suo estro creativo, per cui dedicò molti anni della sua vita al teatro, lo hanno guidato a sviluppare i concetti chiave del suo sistema d'intervento.

Tra questi concetti chiave troviamo quello della spontaneità-creatività, fondamentale nella concezione moreniana, in qualsiasi ambito di applicazione: psicodramma, sociometria, metodi d'azione.

In ciascun ambito, infatti, Moreno era interessato a individuare e studiare quei fattori che permettono di trasformare i gruppi sociali e consentono una reale evoluzione dell'uomo in senso creativo.

Moreno riteneva che, solo attraverso l'incontro spontaneo e creativo tra le persone, sia possibile raggiungere il massimo sviluppo delle qualità umane e una migliore organizzazione sociale.

La visione dell'uomo in Moreno può essere definita vitalistica: egli s'ispira ai concetti del movimento filosofico-religioso dello spiritualismo francese di fine Ottocento, e dei suoi esponenti, Maurice Blondel e Henri Bergson. Questa corrente filosofico-cristiana si contrapponeva al positivismo e all'intellettualismo, culturalmente dominanti in quel periodo storico, affermando, invece, l'importanza della vitalità gioiosa dell'uomo, che si esprime attraverso l'azione e il comportamento.

Secondo il pensiero di Blondel, occorre ridare centralità all'azione, all'attività pratica e creativa, perché è in questo che si esplica la coscienza dell'uomo. Per Bergson l'evoluzione è una creazione continua, oltrepassa il meccanicismo e il finalismo; senza la creazione, la vita e l'universo sarebbero già finiti. La forza che muove la vita è l'elan vital (slancio vitale) che produce un'auto-organizzazione e una morfogenesi spontanea degli esseri viventi. La vita si sviluppa, differenziandosi, da molteplici possibilità, lo slancio vitale in diversi momenti confluisce e dà forza a specifiche possibilità evolutive.

Moreno riconosce esplicitamente a Bergson il merito di aver introdotto nel pensiero filosofico il concetto di spontaneità e lo riprende per svilupparlo nel suo rapporto con la creatività.

Moreno definisce più volte la spontaneità nei suoi testi, in modo non univoco e utilizzando, di volta in volta, differenti termini.

Così nel testo *"Il teatro della spontaneità"*⁶ (1947) definisce la spontaneità come:

"...Energia, non conservabile, che sorge e si consuma in un attimo; che deve sorgere per consumarsi ed essere consumata per far posto al sorgere di nuova energia, pari alla vita di alcuni animali che sono generati e muoiono nell'atto d'amore. Se è verità incontestabile che l'universo non può esistere senza un'energia fisica e mentale che si conservi, è d'altro canto ancora più importante il rendersi conto che la creatività dell'universo non avrebbe inizio e sviluppo, ma giungerebbe anzi a un punto fermo, se non esistesse quest'altro tipo di energia, non conservabile, cioè la spontaneità. Essa opera nel presente, hic et nunc; è la forza che spinge l'individuo a cercare una risposta adeguata per una nuova situazione o una nuova risposta per una vecchia situazione. Così mentre la creatività si riferisce all'atto in se stesso, la spontaneità si riferisce alla preparazione dell'atto, alla sua prontezza."
(pag. 10.)

In *Psychodrama* volume I⁷ (1946), sulla spontaneità troviamo da parte di Moreno queste descrizioni:

"Si tratta di una capacità plastica all'adattamento, di una mobilità e di un'elasticità del sé, che è indispensabile a un organismo che cresce rapidamente in un ambiente che cambia rapidamente."
(pag. 158)

"La spontaneità è (oppure non è) disponibile a vari gradi di prontezza, dallo zero al massimo, e funziona come un catalizzatore psicologico. Perciò, se confrontato con una nuova situazione, l'uomo

⁶ Moreno, J.L. [1947], *The Theatre of Spontaneity*, New York, Beacon House; trad. It. *Il teatro della spontaneità*, Roma, Di Renzo Editore, 2007.

⁷ *"Manuale di psicodramma, volume primo"*, Beacon House, New York, tr. it. Astrolabio, Roma, 1985.

non ha alternative se non quella di usare il fattore S come una guida o un riflettore che lo spinge alle emozioni più giuste, ai pensieri più giusti, alle azioni più giuste.” (pag. 150)

“La radice della parola spontaneo e i suoi derivati è l’espressione latina ‘sponte’, che significa volontà libera. La spontaneità ha una tendenza a essere sperimentata da un soggetto al suo proprio stato, autonomo e libero - libero, cioè, da ogni influenza esterna, e libero da ogni influenza interna che egli non possa controllare. Essa ha, per il soggetto, almeno tutte le caratteristiche di un’esperienza prodotta liberamente.” (pag. 146)

Da queste definizioni di Moreno si evince che la spontaneità è ciò che predispone il soggetto all’azione, a mobilitare le proprie risorse e capacità nel momento in cui sia necessario entrare in relazione con elementi nuovi; essa serve per rapportarsi alla realtà, attivando la creatività ed essere in grado di trovare una modalità di risposta utile alle necessità poste dalla situazione tenendo conto contemporaneamente della propria interiorità. E’ quindi una facoltà importantissima di cui l’uomo dispone per entrare in relazione con l’ambiente complesso in cui vive, per promuovere il proprio sviluppo.

La spontaneità funge da catalizzatore della creatività; si manifesta improvvisamente, liberandosi, quando è necessario fronteggiare delle situazioni sconosciute, che richiedono di esplorare e inventare nuove soluzioni. Se la spontaneità manca, si avranno azioni stereotipate, automatiche, inutili.

Lo stato di spontaneità consente invece mobilità e plasticità, un’alta capacità di organizzazione del comportamento, in antitesi a ciò che accade se è presente uno stato di ansia, in cui ci si sente impreparati ad affrontare la novità e in cui si ripropongono vecchi comportamenti, non più adatti.

Spontaneità e creatività, operano in interazione, ma sono distinte.

“La spontaneità e la creatività non sono né processi identici, né simili: sono categorie ben distinte, anche se da un punto di vista strategico, strettamente legate l’una all’altra.” (Moreno, “Who shall survive?”, 1953)

La creatività si manifesta in ogni serie di creazioni o di atti creativi, ha la caratteristica di portare trasformazioni e cambiamenti.

Senza la spontaneità, la creatività non potrebbe sorgere e l'atto creativo non potrebbe compiersi. Viceversa senza la creatività, la spontaneità non potrebbe produrre nulla di utile e adeguato a trasformare la realtà data.

Insieme alla creatività, la spontaneità permette all'uomo di trasformare se stesso e l'universo, giungendo all'apice del proprio processo evolutivo.

La spontaneità è, per Moreno, un fattore umano, da sviluppare, al pari di intelligenza e memoria, tuttavia, queste ultime facoltà o funzioni mentali, sono molto più controllabili, offrono all'uomo sicurezza e stabilità.

La spontaneità, invece, deve essere sia sviluppata che addestrata, rendendo capaci le persone di liberarne il giusto grado, in armonia con quanto possa essere coerente alle circostanze. La spontaneità consente di rompere gli schemi e di uscire da fissità e rigidità sterili.

Secondo Moreno, il compito di chi si occupa di studiare, formare e curare l'essere umano dovrebbe essere, perciò, quello di insegnare a esercitare la spontaneità.

2.2 Le conserve culturali

“Il senso della spontaneità se confrontato a molte altre funzioni mentali, come l'intelligenza e la memoria, sembra essere di gran lunga meno sviluppato. Può darsi che sia così, perché nella civiltà delle conserve che abbiamo sviluppato, la spontaneità è di gran lunga meno utilizzata e addestrata...”(Moreno, *The Philosophy of the moment*, in *“Sociometry”*, volume IV, n. 2, 1941).

Quando la spontaneità e la creatività hanno svolto i loro processi trasformativi, si entra in uno stato di fissità, il processo creativo produce una conserva, un modello di riferimento.

La cultura si sviluppa così, con la successione e la cristallizzazione dei processi creativi che hanno generato specifici prodotti. Questi sono, sia oggetti materiali, che schemi di comportamento fissati, che testimoniano e danno continuità all'io creativo dell'uomo, senza che egli debba continuamente ricreare forme sempre uguali per le stesse situazioni. Le conserve culturali offrono lo stimolo per nuovi processi spontanei e creativi, in modo circolare.

Esse, però, possono anche predisporre al rischio di stereotipie e cristallizzazioni eccessive, che portano a inaridire e bloccare i processi spontanei e creativi. Se ciò accade, si determina un punto morto nello sviluppo della persona e della civiltà.

Questo è ciò che Moreno vedeva come forte pericolo guardando all'epoca futura:

“L’uomo è più affascinato dai prodotti delle precedenti creazioni, molto più desideroso di conservarle e valorizzarle che non di continuare a creare nuove opere. Crede di essere pervenuto a un elevato grado di cultura perché si disinteressa del presente, con la sua insicurezza e le sue debolezze, perché cerca prima di tutto di tutelare il proprio patrimonio culturale, di sceglierne il meglio, di ammirarlo sino all’idolatria, gettando in tal modo le basi del nostro tipo di civiltà, che è una società di modelli stabilizzati, cristallizzati e conservati.” (Moreno, 1980)

In “Who shall survive?” Moreno mette in guardia rispetto a questo tipo di orientamento dello sviluppo umano e sociale, perché rischia di annullare le facoltà creative: ciò renderebbe l’uomo sempre meno capace di confrontarsi con i necessari cambiamenti e le inevitabili trasformazioni, che non possono mai essere affrontate adeguatamente con strumenti e conoscenze precedenti.

Per Moreno lo sviluppo di una società robotica e meccanicizzata, in cui le conserve culturali hanno il massimo valore, dando l’illusione di poter giungere a modelli di stabilità, rendimento e armonia perfetta, rappresenta un grave pericolo per la sopravvivenza dell’uomo stesso.

2.3 La spontaneità quale fattore centrale nell’intervento di cura psicodrammatica

“Per essere efficaci i processi mentali di guarigione richiedono la spontaneità.” (Moreno, 1946, pag. 46)

Come in precedenza descritto, la spontaneità insieme alla creatività ha un ruolo fondamentale come motore di sviluppo, crescita e benessere della persona. Moreno sosteneva che l’uomo è sempre riconducibile a uno stato di spontaneità, e si può aiutare a riconoscerla come forza alleata per agire con creatività nella propria vita.

Il gruppo e le relazioni interpersonali sono un ottimo luogo in cui è possibile esercitare la spontaneità; la dimensione intersoggettiva obbliga fundamentalmente a incontrare la dimensione dell’altro, ossia, ciò che è altrove e forestiero, quindi sconosciuto.

Quando incontriamo altre persone, dobbiamo inevitabilmente improvvisare, provando a trovare le modalità più adeguate per entrare in contatto.

“La spontaneità non è solo un processo all’interno della persona, ma anche il flusso del sentimento nei confronti dello stato di spontaneità di un’ altra persona. Dal contatto fra due stati di spontaneità

*centrati, naturalmente, in due persone diverse, nasce una situazione interpersonale.”*⁸ (Moreno, 1946, pag. 146)

Nello psicodramma si chiede alle persone di agire insieme, in interazione. Si fa in modo che, da questa interazione, sia possibile liberare la spontaneità. Il conduttore del gruppo pone attenzione a riscaldare le persone a questa situazione, facilitando e accompagnando questo processo in modo graduale e consono alle possibilità presenti nel gruppo. Il processo di riscaldamento alla spontaneità si avvale degli attivatori corporei e percettivi, emotivi, affettivi e relazionali, coinvolgendo quindi la persona in modo globale. La spontaneità consente di mobilitare tutte le proprie risorse, rendendo le persone disponibili a entrare in contatto con se stesse e con gli altri, pienamente, ad aprirsi al nuovo, per esplorare i propri ruoli e le proprie modalità relazionali.

“Nello psicodramma in particolare la spontaneità funziona non solo nella dimensione della parola ma in tutte le altre dimensioni espressive, come l’azione, l’interazione, la parola, la danza la musica e persino il disegno.” (Moreno, 1946, pag.47)

La spontaneità delle persone partecipanti al gruppo è così allenata, si sviluppa come funzione dell’individuo che, insieme alla creatività, permette di affrontare i cambiamenti, trovare modalità autentiche e integrate per porsi in relazione con le più diverse situazioni, tenendo contemporaneamente in considerazione la propria realtà intrapsichica e le esigenze della realtà esterna.

La messa in scena psicodrammatica richiede una interazione costante tra i partecipanti, attraverso i ruoli che ognuno è chiamato a ricoprire, o come protagonista o nella funzione di lo-ausiliario per un compagno.

Attraverso i ruoli che si giocano nell’azione scenica, le persone esprimono anche quelle parti di sé sconosciute, trattenute, inedite, entrando in contatto con il portato emotivo che le connota.

Si attiva così quel processo molto importante, che caratterizza la terapia psicodrammatica: la catarsi. Si tratta però di un tipo di catarsi particolare, la catarsi d’integrazione.

“Il paziente-attore è come un fuggiasco che improvvisamente rivela nuova forza perché ha messo piede in un mondo più libero e più ampio. La catarsi è generata dalla visione di un nuovo universo e

⁸ La risposta interpersonale viene chiamata tele. Cfr. J.L. Moreno “Spontaneity Procedures in Television Broadcasting with Special Emphasis on Interpersonal Relation Systems” Sociometry Vol. v n°1 1942, “The Philosophy of the Moment and the Spontaneity Theatre”. Sociometry Vol. iv n°2, 1941; Who Shall Survive 1934

dalla possibilità di una nuova crescita (l'abreazione e il sollievo dell'emozione sono solo delle manifestazioni superficiali). La catarsi inizia nell'attore nel momento in cui egli esprime il proprio dramma, scena dopo scena, e culmina nel momento in cui è raggiunta la svolta cruciale del suo destino (peripeteia).” (Moreno, 1946, pag. 75)

La catarsi d'integrazione non prevede solo (o necessariamente) la liberazione di emozioni ed espressioni inibite della persona, ma offre l'opportunità al soggetto di vedere, sentire, comprendere i propri contenuti e processi mentali e trovare una nuova armonia, procedendo a una ristrutturazione più profonda dei propri ruoli e del proprio Sé, dando nuovi significati al mondo relazionale.

La spontaneità è il fattore necessario per attivare la catarsi d'integrazione.

Il soggetto nella fase di catarsi d'integrazione sente di poter contenere se stesso in un armonico equilibrio e prova una sensazione di pace e benessere. E' il fine dello psicodramma, il punto di confluenza del processo terapeutico.

“Il mio scopo è stato quello di definire la catarsi in modo tale che tutte le forme d'influenza che hanno un effetto catartico dimostrabile possano essere mostrate come tappe positive all'interno di un singolo processo operativo. Ho scoperto che il principio comune che produce la catarsi è la spontaneità, l'azione drammatica spontanea.” (Moreno, 1946, pag. 77)

Nel gruppo di psicodramma il processo catartico è socializzato, proprio come avveniva nel teatro religioso tradizionale e nel teatro classico come rito di purificazione. In psicodramma, il teatro, cioè l'azione di guardare ed essere visti, consente anche la testimonianza, la condivisione e la restituzione di nuovi significati integrativi. Trasporta il soggetto, che vive il proprio dramma, in una dimensione non più isolata ma universale e in un mondo che, grazie alla creatività e all'immaginazione, è più libero e flessibile, quindi in espansione infinita. L'io stesso del soggetto, che rappresenta gli eventi della propria vita passata, presente e futura, grazie alla spontaneità e creatività, può espandersi. Il soggetto, da agente passivo della sua storia, conquista il punto di vista del creatore.

Grazie alla spontaneità e alla creatività, sulla scena psicodrammatica:

“Siamo tutti degli dei, dei creatori e co-creatori di un universo senza fine. Creiamo con gioia, energia e spontaneità, e lasciamo che l'immaginazione sia alla base delle nostre azioni. Lasciamo che ognuno abbia il diritto di essere creatore. Non bisogna limitarsi al regno dei bambini, dei poeti e degli

scienziati: tutti abbiamo un posto su questo pianeta, un posto dove possiamo essere e agire come creatori.” (Marineau, 1989)

CAPITOLO 3

ACCOMPAGNAMENTO AL MORIRE

“Penso che siano molte le ragioni per cui evitiamo di affrontare la morte con calma. Uno dei fatti più importanti è che oggi morire è per molti aspetti più spaventoso, cioè più solitario, più meccanico, più disumanizzato.” (Elizabeth Kubler Ross “La morte e il morire”, 1969)

“Morire è piuttosto una questione di rapporti: con noi stessi, con le persone che amiamo e con qualsiasi immagine che abbiamo della estrema gentilezza. Il nostro compito dunque è di facilitare queste relazioni e scoprire come ciascuno incontrerà la propria morte. Qual è il modo unico che ciascuno ha di affrontare questa esperienza?” (Frank Ostaseski, “Affrontare la morte insieme” 1999)

3.1 La conserva culturale davanti al morire: negazione, invisibilità, maschere

Affrontare la morte e il morire, da almeno due secoli, nella società occidentale, è davvero difficile e si preferisce evitarlo. I modelli culturali di riferimento ci impongono, invece, la giovinezza perpetua, corpi che devono essere attivi e scattanti, belli e perfettamente funzionanti, sempre. Esistono terapie e trattamenti anti -aging per preservare dall'invecchiamento, poiché si vive molto più a lungo e l'età del fine vita è sempre più spostato in là nel tempo.

I progressi medico-scientifici hanno effettivamente permesso l'allungamento della vita e molte malattie prima mortali si sono trasformate in malattie croniche, con cui è possibile convivere a lungo.

Chi è colpito da una malattia mortale è perciò costretto a mascherarsi o a rendersi invisibile.

Lo sviluppo tecnologico, il materialismo, hanno portato lontano dal concetto di morte, e dalla spiritualità, necessaria per affrontarla.

La morte è un tabù. Questo moderno atteggiamento di rimozione e fuga dalla morte sembra la modalità specifica delle società più avanzate.

Così, non è possibile considerare l'evento morte come evento naturale, tanto meno è ritenuto un evento per cui occorra una preparazione.

Nella filosofia greca antica e nel Medio Evo, invece, il morire era un'arte da coltivare con cura: famosa è ancora l'opera *Ars Moriendi* che insegnava come prepararsi.

In molte antiche scuole filosofiche, mistiche e contemplative, nello sciamanesimo, la preparazione alla morte richiedeva di sottoporsi a delle prove e a vere e proprie “esperienze di trapasso”, cui poter far seguire un’esperienza di vita nuova.

La morte improvvisa, che oggi sembra essere la modalità più auspicata dalla maggior parte delle persone, per lasciare la vita, era considerata una sciagura, perché non permetteva la dovuta preparazione.

Alfonso De Liguori, scrisse nel 1758 un famoso manuale di preparazione alla morte in cui affermava:

“Che direste [...] di quel nocchiero che tralasciasse di attrezzare la nave di ancore e di gomene fino all’arrivo della tempesta? Non sarebbe un pazzo?” (A. De Liguori, *Apparecchio alla morte*, X, 1 1758)

Rispetto all’antichità c’è oggi un rifiuto nella possibilità di rappresentare la morte attraverso miti, riti e immagini. Jung diceva che i miti possono offrirci “immagini della vita nella terra dei morti piene di speranza e di bellezza.” (C.G. Jung, 1965)

Chi moriva, nella cultura antica o pre – industriale, era dotato di un sistema religioso o filosofico che permetteva di ricevere in qualche modo un addestramento, almeno simbolico, al confronto con la morte.

Chi si trova nella situazione di dover morire oggi non ha nessun riferimento su come poter affrontare e in cosa consista il passaggio nell’“al di là”.

La morte oggi è relegata all’ambiente ospedaliero, all’isolamento del paziente nella propria stanza.

Quando alla fine degli anni sessanta Elizabeth Kubler Ross iniziò i suoi studi e le sue ricerche, intervistando le persone che si trovavano in una fase terminale della vita, andò sicuramente controcorrente rispetto alle modalità con cui questi malati erano trattati: isolati e abbandonati a loro stessi, con nessuna voce in capitolo rispetto alle cure e all’assistenza. Nessuno osava chiedere loro nulla, non erano più considerate persone con desideri, opinioni e il diritto di essere ascoltati. Con la sua ricerca, e il coinvolgimento in questi studi di un numero sempre più elevato di studenti, volontari e figure professionali ospedaliere, ha svelato e disoccultato la morte, aiutando a guardarla per quella che è, senza infingimenti. Ha permesso di iniziare a comprendere l’importanza di offrire un accompagnamento alla sofferenza psicologica oltre che a quella fisica.

Con l’avvento delle cure palliative, la cultura nel suo complesso sta recuperando la questione della sofferenza legata al fine vita e molte discipline, quali la psicologia, la filosofia, la pedagogia e la sociologia sono chiamate a occuparsene in modo interdisciplinare, considerando gli aspetti esistenziali, etici e ridando valore alla persona e alla qualità della sua vita e della sua morte. Così oggi esistono diversi settori d’intervento e pratiche cliniche che si prendono cura della persona

morente, ed è auspicabile il confronto interdisciplinare, lo studio e la ricerca in questi ambiti, anche per sviluppare e migliorare le capacità dei professionisti, il cui compito è offrire un accompagnamento e un'assistenza sempre più adeguata.

3.2 Pazienti inguaribili: quale posto per la spontaneità?

I pazienti oncologici, nonostante le cure e i trattamenti chemioterapici, possono peggiorare le proprie condizioni: l'intervento medico può avere la funzione di rallentare il tumore, ma le condizioni patologiche, in alcuni casi, non possono essere modificate. Molti pazienti si trovano in una situazione che peggiorerà gradualmente, fino a che non ci sarà più nulla da fare: il paziente diviene inguaribile.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la necessità di cure palliative, ossia "l'assistenza globale e attiva di quei pazienti la cui malattia di base non risponda più ai trattamenti curativi".

Le cure palliative richiedono competenza professionale, sia per la cura dei sintomi, sia nell'attenzione alla dignità della persona, che per la capacità di accoglierne e dividerne la sofferenza. Si parla in questa fase di "dolore totale" (Dame Cicely Saunders, 1978), per fare riferimento alla globale condizione di sofferenza che colpisce ogni dimensione della qualità di vita: fisica, psichica, sociale e spirituale.

Il dolore totale è da intendersi come esperienza complessa. Il contributo della psicologia, nell'ambito delle cure palliative, consiste nell'intendere il "dolore totale" come un'esperienza specifica di ogni individuo. (Morasso, & Di Leo, 2002)

Il paziente si trova a vivere in un tempo tra la vita e la morte, un tempo che può essere breve ma anche di media durata (da poche settimane a parecchi mesi). In questo tempo è progressivamente più difficile per il paziente preservarsi e farsi riconoscere in un ruolo attivo.

Si susseguono le fasi già descritte dalla Kubler Ross: dal rifiuto alla rabbia, dal venire a patti al deprimersi fino all'accettazione.

Queste fasi, che comprendono il bisogno di fare un bilancio della propria vita, definire la qualità delle proprie relazioni e il significato della propria esistenza, sono vissute dal paziente, ma non facilmente comunicate; sembra infatti necessario organizzare un contesto di cura adeguato per accoglierle e accompagnare il paziente a esprimerle.

La morte non è solo un evento biomedico, è una esperienza personale, intima, con profondi significati psicologici, relazionali ed esistenziali. Obiettivo prioritario diviene assistere e accompagnare il malato verso la morte più serena e dignitosa possibile.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sottolineato l'importanza della dimensione spirituale (2002). Con il termine spirituale non si fa riferimento esclusivamente al riflettere sull'esistenza di un Creatore e di un suo disegno, ma anche alla necessità di riflettere sul senso della vita, sul significato del nascere, morire e soffrire; sulla focalizzazione di risorse interiori che permettano di adattarsi, crescere e raggiungere un senso di libertà interiore.

La malattia tumorale in fase terminale richiede una graduale presa di coscienza, un adattamento e una elaborazione del proprio lutto incombente. Sono molti i fattori che influiscono, positivamente o negativamente, sulla possibile accettazione della situazione: età, caratteristiche di personalità, caratteristiche della malattia, significato più o meno consapevole che le si attribuisce, nonché relazioni di cui il malato può disporre (Sandrin,1994).

E' stata precedentemente descritta la presa in cura psicodrammatica per i pazienti oncologici, e come l'intervento di gruppo possa aiutare questi pazienti a facilitare l'espressione dei propri vissuti corporei ed emotivi, a riattivare la capacità di agire i propri ruoli, a trovare stili di adattamento alla malattia e a trattare le tematiche esistenziali.

Il fattore spontaneità-creatività è fondamentale ad aiutare i pazienti nel processo terapeutico e aumentare la resilienza per fronteggiare la situazione traumatica che segue la comunicazione della diagnosi e le cure che minano per altri versi la loro salute (Fossati, 2016).

Generalmente questi processi sono attivi in pazienti la cui prognosi è favorevole e non si parla ancora di terminalità o cure palliative.

Dunque, alla presenza di un paziente considerato inguaribile, tra la vita e la morte, il cui dolore è totale, c'è ancora posto per la spontaneità?

Ho descritto come la spontaneità sia considerata da Moreno una spinta vitale (il concetto di "elan vital" è suo precursore) necessaria al processo evolutivo, alla crescita e allo sviluppo della persona; che ruolo può avere, quindi, in una persona che è giunta al termine della propria vita? E' possibile attivare processi spontanei e creativi in una persona che si ritrova sospesa tra la vita e la morte?

“Un’esperienza assolutamente nuova come la morte non potrà non generare ansia, in quanto non può fare riferimento a specifici vissuti che ne forniscano un’interpretazione dandovi senso e significato .” (Testoni, 1997; 2007)

La morte è un fatto assolutamente angoscioso, gli stati d’ansia e di terrore di fronte al morire sono la reazione universalmente più umana.

Ci si trova effettivamente sprovvisti e impreparati, è un’esperienza totalmente nuova, se è intesa come esperienza che si vive in prima persona.

Ansia e spontaneità hanno tra loro una relazione antitetica: infatti, quando una persona non riesce ad attivare la propria spontaneità di fronte a un evento nuovo o inatteso, per il quale sente urgentemente di dover produrre una risposta, prova ansia, confusione, incertezza. L’ansia è sintomo di mancanza di spontaneità; si attiveranno invece risposte reattive, meccanismi difensivi rigidi e inadeguati.

“Non è l’ansia che impedisce la spontaneità (sono in ansia e quindi non sono spontaneo...) ma è la mancanza di spontaneità che favorisce l’ansia (non sono spontaneo e quindi sono in ansia...)” (Dotti, 2009)

La spontaneità è quella facoltà che l’uomo ha a disposizione per affrontare ciò che è nuovo e non conosciuto: *“Se confrontato con una nuova situazione, l’uomo non ha alternative se non quella di usare il fattore S come una guida”.* (Moreno, 1947).

Moreno aveva iniziato a indagare le forme della spontaneità con studi sperimentali e le aveva definite come: *“a) la spontaneità che entra nell’attivazione di conserve culturali e stereotipi sociali; b) la spontaneità che sfocia nella creazione di nuovi organismi, di nuove forme d’arte e di nuovi modelli di ambiente; c) la spontaneità che sfocia nella formazione di libere espressioni della personalità; d) la spontaneità che sfocia nella formazione di risposte adeguate a situazioni inedite.”* (Moreno, 1946, pag. 154)

Tutte queste forme della spontaneità possono aiutare il paziente a: affrontare l’evento sconosciuto e nuovo per eccellenza, la sua morte; elaborare una risposta nuova e adattarsi alla situazione, poiché non si può fare riferimento a nessuna esperienza o risposta precedente; poter attivare tutte le proprie risorse ed elaborare i propri significati sul senso della vita vissuta e sulle relazioni costruite, esprimendo se stesso liberamente.

Da questa prospettiva, il fattore Spontaneità sembra mantenere un ruolo cruciale per promuovere un adattamento necessario a trasformare, con Creatività, i propri vissuti e sostenere le persone nel processo del morire, andando verso l'accettazione della propria fine. Il gruppo di psicodramma può accompagnare il paziente a mobilitare e liberare la propria spontaneità.

3.3 La spontaneità creatività del direttore e la costruzione di un mondo ausiliario

Nelle sue ricerche Elizabeth Kubler Ross mise in luce l'importanza per i pazienti terminali di poter incontrare qualcuno disponibile ad ascoltarli, senza paura.

Più volte sottolineò come essi potessero divenire maestri e insegnare qualcosa di importante sulla vita stessa.

“Morire è come nascere [...] Proprio come si aspetta la nascita di un bambino e si assiste la madre nel parto così dovrebbe essere, se possibile, con un moribondo, bisognerebbe aiutarlo a morire [...]. E' necessario che qualcuno sia presente per aiutare a condividere certi momenti.” (Kubler Ross, “Impara a vivere, impara a morire”, 1993)

Moreno aveva descritto la situazione della nascita come evento carico di spontaneità:

“...il momento della nascita è il massimo grado di preparazione all'atto spontaneo di venire alla luce in un nuovo contesto al quale egli [il neonato] si deve adattare rapidamente. Non è un trauma ma la fase finale di un atto per il quale erano richiesti nove mesi di preparazione.” (Moreno, 1946, pag.119)

Il neonato, dice ancora Moreno, non riuscirebbe, però, a nascere e adattarsi repentinamente se non avesse il contributo di un ambiente e di IO ausiliari in grado di rispondere alla sua attivazione spontanea (fisica) con una risposta spontanea (fisica e mentale) per sostenerlo nei suoi sforzi e nella sua risposta adattiva.

Se quindi consideriamo che, sia alla nascita, che di fronte alla morte, esista la necessità di un importante sostegno sociale, di un mondo ausiliario che si prenda cura dei processi del nascere e del morire, possiamo bene intendere come il gruppo di psicodramma possa adempiere a questa funzione.

Il ruolo del direttore è fondamentale per sostenere il paziente terminale in un processo trasformativo, che lo possa aiutare ad accettare la sua realtà e prepararsi all'evento.

Il direttore di psicodramma è qualcuno disponibile a mettere in gioco la propria umanità, in modo autentico e diretto, a offrire la propria persona per un rapporto interpersonale positivo, di sostegno e aiuto.

E' richiesto che sia il primo ad agire con spontaneità e creatività, sintonizzandosi con il gruppo o il protagonista, curando che il gruppo stesso possa sentire fiducia, sicurezza e possibilità di esplorare i temi esistenziali e le emozioni in circolo, attraverso l'azione.

Il direttore aiuta i membri del gruppo a creare una rete di relazioni di supporto, teliche e a costruire quel mondo ausiliario da cui ogni partecipante può ricevere sia riconoscimento affettivo, sia quegli stimoli utili ad approfondire e chiarire i propri contenuti mentali e indagarne anche gli aspetti temuti e nascosti.

E questo è, a maggior ragione, fondamentale nella conduzione di un gruppo oncologico, nell'accompagnare un paziente che sta esplorando i propri vissuti in relazione alla sua fine imminente.

Il direttore deve poter accogliere qualsiasi forma e qualsiasi contenuto il paziente sia in grado di esprimere come sua verità, riconoscendola come possibilità comunicativa, e trovare le strategie utili per andare oltre eventuali blocchi e difficoltà.

Deve rimanere aperto e disponibile anche di fronte all'angoscia della morte e, per questo, deve aver fatto i conti con la sua stessa angoscia; solo così è in grado di trasmettere al paziente e al gruppo la sicurezza di poter addentrarsi in essa, senza perdersi, ma assicurando sulla possibilità di approfondire ciò che è oscuro o inaudito, per accedere a una chiarezza e a una trasformazione dei vissuti emotivi. Il direttore è il primo a far sentire la sua presenza e aiuta il gruppo a esserci insieme a quel paziente, perché è nello stare insieme, nella realtà del mondo ausiliario che è possibile trovare la forza per affrontare qualsiasi contenuto psicologico.

3.4 Il processo di cura psicodrammatica nell'incontro con la morte: l'abbraccio della spontaneità

L'esperienza accanto a pazienti terminali ha portato a comprendere come sia importante per le persone, nella loro ultima fase di vita, poter esprimere tutto il loro dolore e prepararsi al distacco. Ugualmente è fondamentale recuperare il più possibile tutta la ricchezza data e ricevuta nella vita, facendo un bilancio degli eventi e delle relazioni significative.

Coerentemente con quanto auspicato dall'OMS rispetto all'attenzione alla dimensione spirituale, è necessario anche aiutare i pazienti a riflettere sul senso della propria vita e a far emergere quelle

risorse personali che aiutino a percepire un senso di libertà interiore, necessario per accettare il distacco finale.

Occorre perciò creare un ambiente e uno spazio finalizzato ad accogliere e favorire tutti questi processi di espressione e rivisitazione di Sé.

Ho in precedenza sottolineato come i processi spontanei siano estremamente facilitati dall'incontro interpersonale nel gruppo. Il gruppo diviene, grazie alla spontaneità, l'ambiente ausiliario e il contenitore in grado di accogliere tutti i vissuti del paziente.

La spontaneità consente di sintonizzare tutto il gruppo sulla fase che il paziente sta vivendo, ed è necessaria al paziente per esprimere pienamente tutto ciò che sente riguardo alla sua specifica situazione.

Il paziente può non essere puntualmente informato sull'evoluzione della malattia, ciò nonostante è fondamentale consentirgli di giungere alla sua verità, quella che, in quel frangente, è in grado di tollerare.

L'attivazione della spontaneità veicola immagini e vissuti più profondi e i significati vivi e importanti per il senso di Sé.

Lo psicodramma, con la messa in scena, permette di realizzare dei veri e propri viaggi nel tempo, facendo cogliere l'immagine di se stessi nel corso della propria vita e nelle esperienze che si sono attraversate.

“Costruire una mappa generale del Sé nel tempo, nell'incontro con altri significativi e nel fluire degli eventi importanti della vita di ciascuno, è ciò che in letteratura viene indicato come coscienza auto-noetica (Wheeler et al., 1997; Siegel, 2001). Essa riguarda la percezione di noi stessi come persone consapevolmente ed emotivamente collocate nello scorrere dei momenti rilevanti della nostra esistenza.” (Boria, Togni, 2012, pag. 20)

Questa coscienza testimonia della presenza della persona nel corso della sua storia: recuperare, grazie ai processi spontanei e creativi questa testimonianza, grazie alla rappresentazione di eventi della propria vita passata, presente e anche futura, mette il paziente in una posizione di agente attivo, di creatore.

La spontaneità fa in modo che la persona si metta in gioco nella semi-realtà e offre la possibilità di attivare immagini simboliche e metaforiche, immesse nell'inconscio e nella storia familiare più antica

della persona, permettendo di sentirsi parte di un passato e di un futuro transgenerazionale che trascende la propria individualità.

Poter rappresentare queste immagini nella semi-realtà del gioco, da una parte chiama in causa l'immaginazione, attivando quelle conoscenze e quelle immagini mentali che nella realtà quotidiana sono sacrificate, dall'altra permette di vivere delle esperienze emotivamente reali e perciò molto significative per il soggetto.

E così è possibile recuperare, anche rispetto alla fine della vita, le conoscenze trasmesse di generazione in generazione, e rappresentare anche per se stessi, il proprio passaggio nell'al di là, aiutandosi con le immagini e le metafore che vivono dentro la propria mente, per confrontarsi con la morte, proprio come negli antichi riti d'insegnamento.

La creatività, cui si accede giocando con spontaneità, facilita l'elaborazione di emozioni e pensieri, anche i più destabilizzanti, e restituisce alla persona un senso integrato di Sé.

Poter osservarsi ed essere visti dagli altri membri del gruppo, amplifica la testimonianza del proprio esserci nel tempo e aiuta a connetterlo al fluire della vita, a percepirsi parte di quel fluire e a costruire i propri riti, per il proprio passaggio finale.

La spontaneità presente nel direttore, nel gruppo e nel paziente che sta andando incontro alla sua fine, abbraccia ogni azione, ogni scambio relazionale, ogni sguardo, ogni gesto: rende tutti consapevoli dell'autenticità del momento. Mobilita tutte le energie e le capacità atte a costruire quei riti di accompagnamento; il paziente può creare per sé una morte serena, adattandosi ad essa e accettandola come parte finale della propria vita, sostando nella sofferenza del proprio lutto, con creatività, per poi andare oltre.

CAPITOLO 4

QUASI TRE ANNI CON GRAZIELLA

Per comprendere meglio in cosa possa consistere il trattamento psicodrammatico nell'accompagnamento al morire, presenterò il caso di Graziella. Questa paziente ha partecipato al gruppo di psicodramma dalla sua costituzione, nel Gennaio 2013 fino a Giugno 2015. Era una donna di 68 anni quando iniziò a frequentare il gruppo, rimasta vedova da qualche mese, perché anche il marito era deceduto a causa di un tumore. Mamma di una figlia di cinquant'anni separata, Graziella era nonna di due nipoti adolescenti; è stata inviata al gruppo in conseguenza a una sindrome da disadattamento con reazione depressiva breve.

Scelgo di illustrare il suo percorso per due motivi principali: Graziella ha frequentato con continuità il gruppo, per un periodo lungo; questo ha permesso di osservare e rilevare i cambiamenti avvenuti nelle diverse fasi della sua cura psicodrammatica. Quasi da subito, nel giugno 2013, le sue condizioni di malattia sono state segnalate dai medici curanti come complesse, con la previsione di un esito negativo. Il secondo motivo è relativo al fatto che, il caso di Graziella, è già stato oggetto di uno studio qualitativo⁹, in cui sono stati messi in evidenza i cambiamenti evolutivi avvenuti durante il suo percorso. Grazie alla metodologia dell'IPA, uno strumento di ricerca che permette di investigare percezioni e vissuti dei soggetti e i processi complessi che portano a dare significati alla propria esperienza, è stato possibile identificare in modo specifico i passaggi di Graziella nel suo percorso terapeutico, in relazione al suo stato di malattia e all'accettazione della propria morte.

Nel ripercorrere le tappe di questo percorso, scelgo di mettere in evidenza quei passaggi che hanno attivato in Graziella la spontaneità creatività e che gradualmente l'hanno aiutata a recuperare un senso di Sé integro, per congedarsi con serenità dalla vita.

Nei paragrafi seguenti riporto parti di sessioni di gruppo in cui Graziella ha espresso contenuti rilevanti. La co-conduzione ha permesso di alternarsi nel ruolo di direttore e in quello di osservatore; è stato pertanto possibile trascrivere sia i contenuti verbali dei membri del gruppo e del direttore, che

⁹ I.Fossati, G.Lamiani, E. Vegni. "Tra la vita e la morte: studio clinico sul percorso psicodrammatico di due pazienti oncologici". Ricerche di psicologia 4/2016, pp.611-634

non verbali, riportando la descrizione delle attività in corso e dei comportamenti non verbali dei partecipanti.

Le verbalizzazioni di chi parla sono indicate con l'iniziale del nome (G = Graziella, d = Direttore di psicodramma) e il nome della persona cui la verbalizzazione è diretta (g = gruppo; lettera maiuscola, se persona singola del gruppo).

4.1 Inizio di un percorso: la solitudine e le risorse

Graziella, sin dalle fasi iniziali della partecipazione al gruppo, si mostra disponibile a parlare di sé e a condividere con gli altri membri del gruppo i suoi vissuti psicologici. Afferma di aver accettato il percorso di gruppo per la solitudine che sta vivendo in conseguenza al lutto del marito. La figlia e i nipoti le sono accanto, ma non sente di poter appoggiarsi a loro per superare i propri vissuti depressivi.

Nella sessione 5, dopo che il direttore, con la tecnica del doppio l'ha presentata al nuovo compagno di gruppo, verbalizza:

G. → si mi sono riconosciuta soprattutto sulla questione della solitudine; ho una figlia e 2 nipoti, sono paletti, ma non posso riempire la solitudine con figlia e nipoti. Il vuoto è un po' incolmabile dopo che hai condiviso la vita con un compagno.

Nella stessa sessione, il direttore invita a utilizzare un cuscino per rappresentare un momento particolare del percorso di malattia, e a esprimere i vissuti collegati:

G. →g Il momento è stato quando ho avuto la seconda operazione, perché è morto mio marito. Quel momento mi ha colpito di più: dovevo essere operata per la seconda volta dopo le ferie, a mio marito son venuti disturbi e tremori, subito hanno deciso per un'operazione [...] Siamo andati subito in ospedale per una operazione all'encefalo. Eravamo speranzosi, si era operato un anno prima, gli avevano detto che era tutto a posto. Io avevo visto che era particolarmente stanco, forse non ci hanno voluto spaventare, è stato operato e non è venuto più su; aspettavo di vederlo quando...E' venuto il dottore per dirmi che aveva avuto l'infarto; mi ha detto che l'operazione era andata bene e che stava rispondendo ma poi... l'unica consolazione è che, è stata indolore. Io volevo morire, non volevo operarmi, fare nulla, poi però sono la nonna e voglio rimanere qui per i nipoti, per loro...

Graziella individua nel suo percorso di malattia un momento che non è riferito direttamente al suo stato, quanto allo shock subito per il decesso del marito, il senso di disperazione che si è impossessato di lei e i vissuti depressivi conseguenti; riferisce anche come nel ruolo di nonna trovi invece una spinta vitale che la sostiene nell'elaborazione del lutto.

Il direttore prosegue nelle attività della sessione invitando Graziella a individuare una persona significativa che le ha permesso di affrontare quel momento particolare e grazie all'inversione di ruolo, Graziella riesce ad accedere a ulteriori significati.

d. →G. Ti chiedo di individuare una persona particolare che senti essere stata utile in quel momento particolare

G. →d. Mia figlia

Inversione di ruolo con la figlia C.

G. (C.). →d. La mamma sembra forte ma non lo è, adesso ha imparato qualcosa, è cresciuta con me, facevamo passeggiate e parlavamo, lei dice che ha imparato a parlare, i miei figli ne gioiscono

d→G. Ho chiesto alla mamma di un momento critico nel percorso di vita e ha pensato a te come persona utile in quel momento. Mi racconti il momento critico della mamma, come l'hai vista?

G.(C)→d. Era disperata, il giorno dell'operazione di Cl. io ero al lavoro, pensavo di andare da loro nell'intervallo, invece, poco prima la mamma mi ha chiamato disperata, sono corsa lì in taxi, io ero di questo colore (viola) è il mio colore preferito, mi sta bene al viso, sì è un po' da lutto, un po' triste.

d→Sei riuscita a essere d'aiuto?

G. (C)→d. Le ho offerto la casa, le ho detto, stai da noi con i ragazzi, non è stata lì, magari tornava la sera, ho cercato di esserle vicina anche con le cose burocratiche compatibilmente con il resto, per esempio anche nella scelta delle cose del funerale.

d. →G. Qua c'è la tua mamma di oggi, come la vedi oggi, sono passati un po' di mesi...

G. (C) →d. So che piange ancora, ma la vedo meglio, la vedo ridere con i suoi nipoti, è chiusa ma è molto spiritosa, è simpatica, anche se so che cosa ha dentro

d→G. Ti chiedo di essere ancora di aiuto alla tua mamma, dai un messaggio alla tua mamma di oggi, un messaggio di aiuto per oggi

G. (C) →G. Ricordati che noi ci siamo sempre in tutti i sensi, vieni quando vuoi, la casa è aperta, ti aspettiamo, ti amiamo da morire, forza e coraggio

d. →G. Torna nella tua sedia di oggi, ho un messaggio di C. per te

d. ripete il messaggio a G. e la invita a esprimere come si sente a ricevere questo messaggio

G. →d. Mi fanno bene, mi danno sicurezza e forza, per loro che mi amano tanto devo riuscire a tirare avanti.

Nella sessione 7 Graziella affronta la paura, la nostalgia e la sofferenza per il ricordo del marito e grazie al lavoro come protagonista, nella fase integrativa, riesce a trovare una risposta nuova e a vivere piacevolmente i ricordi.

G. → g [...] L'altro giorno ho fatto un biglietto per andare a Modena e andare a trovare la sorella di mio marito. Questa cosa che facevo con lui mi ha fatto stare male, ho pianto due giorni. Poi mi spiace pesare su di lei. Devo spezzare questa cosa, ma ho paura dei ricordi, paura di commuovermi, sto pensando che quando andrò là sarà brutto, non sarà piacevole. Ho paura dei ricordi, che mi facciano stare male, e sto male anche fisicamente.

d→G. Vieni qui G. ti offro il mio braccio. Proviamo a vederle queste paure, proviamo ad affrontarle, magari poi ti serve in quel momento, quando sarai là e le dovrai vivere. Quali sono i momenti critici che potrebbero esserci, hai in mente situazioni specifiche?

G→d Un bel vedere, dove si vede tutta la valle sotto, quando si arrivava si andava a prendere sua sorella e ci sedevamo lì tutti e 3.

d→G. Eravate seduti su dove?

G. →d Un sasso grandissimo

d→G. Allora prendiamo queste sedie che rappresentano il sasso, e il belvedere è di là. Prendi la tua posizione. Cosa vedi?

G. →g Si vede il fiume, grande, le colline, dietro i boschi, sono dietro e lì c'è la casa di sua sorella, poi c'è un altro bosco. Si stava a chiacchierare, col sole...

d→G. Qual è l'emozione prevalente di questi momenti?

G. →g La pace, stare con due persone positive e aperte che si somigliano molto, stare qui con loro, si sta bene in pace...

Il direttore invita Graziella a entrare nei panni della cognata, analizzare la situazione e dare un messaggio.

G. (cognata)→G. (L.) Non piangere, se no, fai piangere anche me, lui è qua con noi e lui vuole vederti contenta, adesso andiamo a camminare un po', stai tranquilla, il tempo è bello.

Quando ritorna nei suoi panni G. dopo aver sentito il messaggio della cognata, è invitata a rimettersi nella situazione, a rivivere i ricordi e a esprimere i propri vissuti.

d→ Ritornare sul vostro sasso a rievocare questi ricordi, come ti fa stare, come li vivi adesso?

G. → Con tranquillità adesso

Nella partecipazione finale il gruppo affronta il tema della morte e del lutto, Graziella riesce a esprimersi con nuova speranza rispetto al lutto del marito e alla sua propria possibile morte:

G. →g Anche mio marito voleva le ceneri, io ce l'ho in casa, me lo sono tenuto in casa. Da quando è arrivato in casa io mi sento bene. È in un piccolo quadro. È nella nostra casa che aveva appena messo a posto. Quando è arrivato ero veramente felice.

G. →g [...] Anche io vorrei essere incenerita vorrei che mi mettessero insieme nello stesso quadro, mia figlia mi ha detto che lo vorrebbe fare e che ci terrà lei in casa.

G. →g Una volta questi discorsi mi avrebbero intristito, adesso è una cosa così naturale, non mi fa più paura; è sempre un' incognita, però la speranza di trovare lì lui che mi aspetta, ora con la malattia e quello che mi è successo, ho un po' meno paura, spero solo di non soffrire.

All'inizio del suo percorso Graziella ha da subito riconosciuto il gruppo come un valido aiuto per esprimere i propri vissuti e le proprie emozioni negative, riconoscendo come suo bisogno prioritario la necessità di elaborare il lutto per la morte del marito, avvenuta in modo inaspettato. Ha mostrato disponibilità al contatto con i compagni e alla costruzione di un rapporto di fiducia con il gruppo e con il terapeuta, attivando da subito la propria spontaneità-creatività, permettendosi di giocare e chiarire sulla scena i contenuti più difficili e complessi del suo mondo interno .

Recuperare il ricordo ha permesso a Graziella di accedere all'elaborazione della sofferenza per ciò che è stato perduto, ricordo che, per difendersi, tendeva a escludere; poterlo rivivere fisicamente, attraverso le sensazioni corporee e le percezioni positive, le ha permesso di trasformare la sofferenza in un vissuto di serenità, vitalità e unione, da poter riattivare e integrare pienamente dentro di Sé.

4.2 L'aiuto del gruppo: la forza dello scambio.

Graziella, verso la fine del primo anno di frequentazione del gruppo, riconosce di stare procedendo con l'elaborazione del lutto del marito, e al contempo si concentra maggiormente su di sé e sul suo ruolo di malata.

Dà sempre più valore alla partecipazione al gruppo di psicodramma, alle relazioni di aiuto reciproco con i compagni, con cui si crea un'appartenenza nell'autenticità degli scambi e dove è possibile dare voce e guardare ogni aspetto della situazione di malattia, a differenza di ciò che accade nell'ambiente familiare, in cui sente che le comunicazioni devono per forza essere mascherate.

Durante la sessione 23, mentre si presenta a una nuova compagna, il direttore, attivando sia la funzione di doppio che quella di specchio, le permette di focalizzare il senso della sua partecipazione al gruppo, per affrontare il suo stato più generale di malattia:

d (doppio) →G. Sono arrivata in questo gruppo e...

G. →g ... E mi ha fatto molto bene! Tante volte sono arrivata depressa e sono uscita più leggera, una volta ero tanto stanca, non volevo venire ma sono venuta lo stesso e poi me la sono fatta a piedi a casa; qua riesco a piangere, a sfogarmi, qua si può fare perché a casa non si può, e poi qua ci sono le persone che arrivano e passano, stanno vicine, ci si consola, ci si consiglia, poi adesso parleremo e verranno fuori altri dettagli

d→ Ok... C. ti chiedo prima di parlare di te, ti chiedo di dire che idea ti sei fatta di G., qui nel gruppo?

C. →g G. è quella più positiva e propositiva, nel senso che con tutti questi problemi che ha avuto e ha, ha comunque il coraggio e cerca di fare tutte le sue cose: andare in bicicletta, andare all'osservatorio a vedere le stelle e questo mi fa molta invidia, perché io sono una che si è molto incupita e impigrita. Sentendo lei, la sua forza di volontà, mi dà carica e dico, se lo può fare lei, lo posso fare anche io, è di grande esempio è molto positiva in tutto quello che dice.

Nella sessione 24 Graziella porta al gruppo il suo ruolo di malata, ma anche una immagine metaforica che le consente di esprimere e condividere con tutti la sua forza; grazie ai processi spontanei e creativi riesce ad attivare le proprie risorse interiori, riconoscendo come la ricca relazione affettiva con il marito deceduto, le permetta adesso di affrontare le difficoltà della malattia:

G. → Nonostante tutto, nonostante il tempo, la chemio, le punture, prendo un bel verdino...[...] L'altra volta sono stata male, quasi da ricovero, avevo le mani nere e mi hanno spiegato che sono gli effetti della chemio [...] Mi hanno spiegato che il corpo è stanco e allora mi sono rilassata, mi sembrava di non avere più pensieri; in questi giorni io non penso a niente, ho solo bisogno di stare a letto, adesso so perché, e mi sento più rilassata. Dopo mi riprendo, non sto malissimo, sento che il mio Cl. è vicino, anche adesso non sono stata male per i giorni dei morti, sono stata serena, sono stata bene, mia figlia sta bene, mi è vicina; e allora prendiamola come viene giorno, per giorno...

Ognuno è invitato dal direttore a rilassarsi e a focalizzare un'immagine.

G. →g Mi sono vista seduta accanto a un albero con la schiena ben appoggiata e ho visto le fronde che si muovevano

d→G. Se dovessi individuare gli ingredienti di base di questa immagine?

G. →g L'albero, le fronde, il vento

d→G. Tu, l'albero con le radici e le fronde e il vento: ci sono questi tre ingredienti di base...allora dobbiamo ricrearla qua, utilizzando i tuoi compagni di gruppo, ai quali dobbiamo dare i ruoli...

Si crea la scena con i compagni nei ruoli, G. entra in inversione di ruolo con ogni elemento per rivolgere un messaggio a se stessa

G. nei panni dell' albero, parla di se stessa → Mi sembra una persona tutto sommato coraggiosa, abbastanza forte, con tanta buona volontà sicuramente, sta cercando forza, perché gli alberi danno forza ed energia e sta cercando di prendere energia...

Messaggio a se stessa: appoggiati tranquillamente a me, cercherò di trasmetterti tutta l'energia, affonda i piedi nella terra e anche lì c'è energia ed io con le mie fronde cercherò di darti aria e respiro

G. nei panni del vento → Sono io la fonte, sono io che, attraverso l'albero, posso dare l'energia che serve alla sig.ra G.

Messaggio a se stessa: tramite l'albero ti dò la mia energia ma l'albero serve come tramite...

G. ritorna nei suoi panni, il direttore le fa osservare tutta la scena da fuori

d→G. Questa immagine cosa ti restituisce?

G. →g lo vi sembrerò monotona, sono monotona, io e Cl. vivevamo così, vivevamo in simbiosi con queste cose, credevamo nell'energia dell'aria, nella forza della terra, era proprio un'unione, così mi rivedo con lui appoggiata all'albero, appoggiata a terra...proprio così.

Nella fase integrativa Graziella è invitata a dare un messaggio a ogni elemento portato in scena:

G. → Albero, tu sei da abbracciare, perché sei forte e trapassi tutto

d→g. Fai così, trova un modo per abbracciare questo albero che è un tramite per te, prendi quello che ti serve da questo albero che è un tramite...

G. abbraccia l'albero

G. → Al vento... sei una forza, porti la vita

d→ e alla G. di questa immagine cosa diciamo

G. → Tieni i piedi in terra perché la realtà è lì e ...ti abbraccio.

Graziella attraverso questa immagine metaforica è aiutata a riconnettersi e a esprimere i propri valori e bisogni spirituali: la vita che si esplica nella natura, che scorre nell'energia, la forza che può sentire anche nella fisicità degli elementi naturali, che ha impresso nel suo corpo grazie a esperienze vissute nel rapporto con la natura. Esprime un nuovo significato rispetto al marito, che ancora sente vicino a lei, nel ricordo della condivisione di questa dimensione spirituale. La possibilità di affrontare la realtà del corpo malato e del lutto per il marito, grazie a questo tesoro spirituale.

4.3 Riconciliarsi con la vita, accettare la fine

Nelle diverse fasi del suo percorso di gruppo, Graziella ha più volte colto l'opportunità di rivedere le relazioni interpersonali con i suoi altri significativi e riattualizzare episodi non facili della propria storia.

Nella sessione 12, ancora nella fase iniziale del suo percorso, Graziella porta sulla scena psicodrammatica, in relazione al tema dell'ingiustizia, il primo marito, padre della figlia, con cui si era separata.

d→G. *Allora rivolgiti a Loris e digli mi sei venuto in mente sul tema dell'ingiustizia (sedia vuota)*

G. →(L.) *Sei stato ingiusto o molto immaturo, avevo riposto la mia voglia di famiglia e ero molto innamorata e ti ho lasciato ed ero ancora innamorata, è stata dura ma tu conducevi una vita molto poco pulita, aveva ragione mio padre, purtroppo lui è venuto a mancare. Sei stato ingiusto, tradimenti, non lavoro e sei stato ingiusto con tua figlia, non l'hai mai più vista e quando è successo l'hai trattata come una qualunque. Si forse è vero che il destino ce lo facciamo, ho provato a cambiare il destino arrampicandomi sui vetri, se tutto questo mi ha portato a conoscere il mio secondo marito allora tutta la mia vita la rivivrei come l'ho vissuta, perché ne è valsa la pena...(piange).*

Un altro momento significativo, per la ristrutturazione del teatro interno di Graziella, è avvenuto con la comparsa in semi realtà della figura paterna, a poco più di un anno di frequentazione del gruppo:

d→ *Rivesti la sedia, quando sei pronta, ti accomodi e diventi il papà...Signor?*

G. (inversione con il papà) → *Alfredo*

d→ *Io non so tante cose di lei ma so che in passato c'è stata una situazione difficile per G. nel là e allora*

G. (papà) → *E' diventata orfana di mamma e poi ci sono stato io con mia mamma e l'altro mio figlio*

d→ *Come se l'è cavata?*

G. (papà) → *Onestamente, severamente*

d→ *In che senso?*

G. → *Ero un papà di allora, si doveva ubbidire, scattare, pochissimo dialogo, quasi niente, comandavo io, ho comandato anche con mia moglie, quei pochi ricordi che ha G. non sono gradevoli perché comandavo su tutti, anche sulla mamma, quindi anche con mio figlio erano tutti concordi nel trovare questo papà antipatico*

d→ *Come le sembra che G. sia cresciuta?*

G.(papà) → *Molto bene, con molta autostima per quello che le ho insegnato anch'io, onestà, dignità anche con poco, ma con dignità, lei è stata capace di metterlo in opera*

d→ *Lei c'è stato fino a che età di G.*

G. (papà) → *16/17 anni, lei si era appena fidanzata con un ragazzo che non mi piaceva e se fossi rimasto forse non si sarebbe sposata, invece è andata che si è sposata e si è cresciuta da sola sua figlia...*

d → *Da che mondo l'abbiamo fatta venire*

G. (papà) → *Dal cielo, ho sempre lavorato, sono sempre stata una persona onesta*

d→ *Lei dal cielo ha avuto la possibilità di osservare la vita di G. che ha tirato sù la figlia e poi ci sono state tante altre cose, un nuovo uomo*

G. (papà) → Sì, per fortuna ha avuto la sua parte di felicità completa, con questo uomo, anche con le preoccupazioni per la figlia diabetica ed è riuscita a essere serena con lui

d → Poi cosa è successo? So che c'è stato qualcosa di ulteriormente grave

G. → Sì, si è ammalato e lei è stata bravissima, si è caricata per lui, per la figlia e poi si è ammalata lei e subito dopo 15 giorni dalla morte del marito è stata operata lei

d → Come le sembra se la sia cavata G. di fronte a quest' avversità?

G. (papà) → Non so come sia riuscita, è sempre stata timida, schiva, è riuscita a far fronte a tutto in quel momento, aveva anche la figlia che si stava separando con due bambini, altri pensieri, sempre invocando la mamma, però ha chiamato anche papà, papà...

d → Oggi ha chiamato lei

G. (papà) → Perché si sente un po' in colpa, perché col fratello si ricordano solo le cose antipatiche, adesso ridono ma una volta ci hanno sofferto...

d → Vorrei farle sperimentare una cosa nuova con sua figlia adulta G. che attraversa un momento faticoso, il tumore e la perdita del marito, trovi le parole in quanto padre per trasmettere qualcosa di utile a G.

G. (papà) messaggio → Stai tranquilla che tuo marito è vicino a te sempre, e anche io e anche la mamma

d → Va bene così signor A.?

G. ritorna nei suoi panni

d → allora G. accomodati, questo telo blu (scelto per rappresentare il papà) ti avvolgerà e chiudi gli occhi, sentirai le parole di tuo papà che ti dice..." tuo marito è con te anche io sono con te e anche la mamma"... queste parole cosa mi generano?

G. → Grazie papà, dopo tanti anni facciamo pace, ci siamo sempre amati così tanto e dimostrato così poco, che peccato!

d → E oggi cosa è successo?

G. → Ti ho ritrovato un pochetto, lo so quello che provavi per noi, era grande e non eri capace di dimostrarlo, oggi lo capisco un po'.

Nella sessione 69, Graziella è già oltre i due anni di terapia. Ripercorre tre tappe della sua vita: lei, bambina, quando avviene la morte della mamma; la nascita della figlia; la perdita del marito. Chiama come testimone cui rivolgersi, la nonna materna, la figura che sostituendo la madre, le ha offerto accudimento. Nella fase integrativa riesce a recuperare gli aspetti di queste relazioni, che l'hanno aiutata ad affrontare le difficoltà in modo positivo.

G. → Nonna Adele sembrava che non andassimo d'accordo, adesso mi rendo conto che ero molto piccola io e molto anziana tu. Eri stanca, vecchia, 75aa... l'idea di tirare su una bambinetta, chissà quanti pensieri... mi rendo conto che non eravamo in disaccordo, ma lontane per età. Mi hai aiutato a crescere, ti voglio molto bene. Mi ricordo di te sulla porta, facevi le calze con i quattro ferri per mio padre. Avevi il foulard in testa,

come me adesso, ma tu i capelli ce li avevi. La tua immagine rappresenta la mia casa, le mie radici... nella casa dove sono ancora. Adesso capisco di te tante cose.

Nella fase integrativa riguardando gli episodi della sua vita, recupera le figure femminili passate e presenti e dice:

G. (soliloquio) → Tutto sommato, ringrazio Dio per la nonnetta, la cognata, mia figlia... Ci amiamo, c'è complicità ed amicizia nonostante le liti... E ringrazio Dio per quei trent'anni col mio Cl.!

E in una sessione in cui si è affrontato il tema del contatto con la morte degli altri significativi, Graziella ricontatta i momenti di perdita della mamma, del papà e della nonna, dando nuovi significati rispetto al passato.

F. → io ne ho avute tante, sono più vecchia, parenti, zii, la mia mamma, mio papà, la nonna, questi tre contatti li ho vissuti, non so se purtroppo, non so se per incoscienza, mia mamma, ero una bambina, arrivavano zii e cugini, lontana da me l'idea non vedrò più mia mamma, forse non l'ho neanche pensata con mia nonna, man mano che invecchio l'ho vissuta più tragicamente; mia nonna era vecchia e malata e l'ho vista proprio, forse l'ho vista nell'ultimo respiro, una dolcezza infinita ma anche lì, non ho pensato, non la vedrò più. L'ho vissuta forse un po' peggio, ero un po' più grande, con mio padre: idem si era ammalato, tumore ai bronchi, lo vedevo soffrire e dicevo speriamo non la tiri troppo alla lunga, soffriva e basta. A 16 anni guardi avanti, terribile momento, l'ho visto chiudere nella cassa, ho continuato per anni a sognare mio padre e gli dicevo ti voglio bene, perché in vita non l'ho mai detto e lui a me, chiuderlo nella cassa è stato brutto, ma a 16 anni hai il fidanzato, pensi, mi sposo. Dopo la separazione ho avuto voglia di morire io, c'era mia figlia, le cose successe sono saltate fuori con la delusione del matrimonio e ho avuto voglia, ma c'era mia figlia e ho tirato avanti...

Nell'ultima fase della sua vita Graziella, in gruppo, si esprime rispetto a se stessa facendo riferimento all'avvio di un processo di distacco dalla propria vita e porta delle riflessioni su come desidererebbe morire:

G. → ... io ero una donna frizzante, stavo al passo di Cl. che aveva dieci anni di meno... andavamo a ballare... io avevo le idee e lui mi seguiva. Anche con mia figlia l'ho esortata ad andare... Non so come mai non ho preso la patente... per i soldi... Sono stata sempre propositiva con tutti, in particolare con mia figlia. Forse avrei voluto essere più vitale... ancora adesso quando vedo certi paesaggi alla TV... un tempo segnavo i posti, lanciavo l'idea al Cl. e andavamo... Adesso avrei queste voglie... le reprimo, da sola non andrei più. Anche andare a teatro o al museo, vado per avere un impegno, ma non mi interessa...

G. → *E' che si creano situazioni correlate, più che bloccare la malattia, ci sono ulteriori cose da fare e l'insieme burocratico, ricette e devo correre in accettazione e poi devi tornare dal medico perché la ricetta non va bene e poi corri per finalmente vedere l'urologo ma è l'insieme, se continuo a peggiorare chi andrà per me? Mia figlia è persa, non so se è il diabete, il dispiacere, è sola al mondo, non ha nessuno, l'unica sarebbe che quando io vedo che non ce la faccio più ecco la morte serena; è quello che spero, per cui prego o nel mio letto con un colpetto o una morte guidata che ci sono in Svizzera ma chissà che casino. Mia figlia non è d'accordo! Più prego, più me ne vengono, anche se qualcosa di bello c'è, c'è stato: mio marito, il signore me lo ha dato, però mia figlia sempre malata, gravidanze sofferte, almeno io e lui siamo stati felici, ma che batoste bisogna prendere e mi va via la voglia di pregare...E come si fa a non essere autosufficienti? Bisognerebbe fare come gli indiani del nord che vanno da soli nella neve, se c'è un modo civile per poterlo fare perché no?*

Nella sua ultima sessione, Graziella, nella fase di aggiornamento, mette tutti i compagni al corrente di come si sente rispetto alla possibilità di morire, che avverte vicina. (Morirà dopo meno di tre mesi, in seguito a diversi ricoveri, l'ultimo in hospice).

Sente di poter rivolgere al gruppo tutti i suoi pensieri e sentimenti.

Nel modo per lei più autentico e spontaneo, comunica di essere pronta ad accettare la fine:

G. → *Cercando di pensare che piano piano mi sto avvicinando alla fine, mi rendo conto che di anno in anno sono più debilitata, ogni volta che vado in ospedale, sono sempre più rotta; sono passati due anni, questo è il terzo, questo vivere per contare le medicine, attenzione alle ricette, non posso neanche andare al cinema [...] In ospedale vedo queste persone che magre, magre, attaccate alla flebo sono in questo letto e dormono fino alla fine e penso, sarà così, arriverà...*

Non mi crea grande ansia ma grande dispiacere pensare di non essere con i miei nipoti e mia figlia, sono stata la nonna vera e presente, loro adesso sono una pacchia, ci intendiamo, cominciano a ragionare, ci sto proprio bene...Anche mia figlia si è rasserenata, è sola ed è più serena, sta meglio con se stessa ed è la cosa più importante del mondo, mi dà questo dispiacere non vederli più dopo, del resto dico... Boh... Vedrò cosa succede dopo... Sono curiosa, magari incontro il mio Cl., magari riusciamo a vederci; non mi spaventa, mi spaventa l'idea di soffrire ma vedere queste due persone lì nel letto, piene di morfina, non ho sentito la sofferenza e dico boh... Potrebbe essere...Mi sto mettendo in testa che è naturale che sia così, settant'anni li ho, la mia vita l'ho vissuta, ho goduto i miei nipoti, mia figlia l'ho voluta in pieno, ho vissuto un Cl. strepitoso, sono stata fortunata sotto quell'aspetto...

I processi spontanei e creativi hanno gradualmente permesso a Graziella, in modo ricorsivo, nel susseguirsi degli incontri, di procedere sempre di più verso l'integrazione del proprio Sé, per giungere alla ristrutturazione del suo teatro interno individuale in senso positivo e soddisfacente.

Questo le ha offerto la possibilità di riconciliarsi con gli aspetti negativi del suo passato e riconoscere la ricchezza di una vita vissuta con pienezza. Questo riconoscimento sembra essere ciò che ha sostenuto Graziella nel processo di trasformazione creativa dei propri vissuti inerenti al suo stato di malattia e a prepararsi, con un senso di distacco e accettazione, all' incontro con la propria fine.

CONCLUSIONI

“La catarsi è generata dalla visione di un nuovo universo e dalla possibilità di una nuova crescita [...] La catarsi inizia nell’attore nel momento in cui egli esprime il proprio dramma, scena dopo scena, e culmina nel momento in cui viene raggiunta la svolta cruciale del suo destino (peripeteia).” (Moreno, 1946, pag. 75)

Concludendo questa tesi, concludendo il mio percorso nella scuola di psicodramma, mi accorgo di concludere anche questa relazione significativa con il gruppo di pazienti oncologici.

Mi sono presa il tempo e lo spazio, in queste pagine, per elaborare anche i miei vissuti, i miei pensieri, i miei apprendimenti. Apprendimenti che per uno psicodrammatista sono, certamente teorici e metodologici, ma in gran parte anche esperienziali, attivi, emotivi, percettivi, corporei, sensoriali.

Ricordo ancora fortemente la vista di Graziella e dei suoi compagni di gruppo, in quella stanza calda, che diventava intima, piena di confidenze, di lacrime, paure, risate, affetto, stupore e riconoscimento. Mi vedo vicino alla finestra a trascrivere le parole dette da ognuno e a riportare la descrizione degli accadimenti e delle scene, piuttosto che, ad accogliere nella stanza qualche ritardatario, aprendo la porta. Percepisco ancora l’odore delle medicine, dei corpi affaticati, delle stoffe colorate utilizzate per esprimere le emozioni della settimana. Sento ancora il ruidito della rabbia per i vissuti di sofferenza e di dolore, la commozione per le storie di vita raccontate, per i desideri ormai lontani, per la noia e l’invasione delle terapie. Vedo ancora le mani intrecciate alla fine di ogni sessione, il rituale che accompagnava la fine del gruppo.

Mi sento un po’ come alla fine di una sessione di psicodramma. Ho risentito da dentro e guardato da fuori la peripezia che ho vissuto in questi anni di tirocinio, e ho accompagnato anche me stessa alla conclusione di questa fase della mia vita.

E mi vengono alla mente altre parole di Moreno su quando e dove opera la spontaneità:

“La spontaneità può essere presente in una persona mentre sta pensando oppure mentre sta sentendo, mentre è in riposo oppure mentre è in azione.”

Ho tralasciato di trattare aspetti fondamentali della teoria moreniana, quali il tele, le funzioni psicologiche di doppio, specchio e decentramento percettivo, l’intreccio di io-attore e io-osservatore, che, sicuramente, sarebbe stato altrettanto importante approfondire per dare evidenza dei fattori

significativi di cura che lo psicodramma può efficacemente portare nel trattamento dei pazienti oncologici.

Ho scelto di concentrarmi sull'analisi del concetto di spontaneità e sulle sue potenzialità terapeutiche: pur essendo uno dei cardini della teoria moreniana, probabilmente per la sua originalità, è tra quelli meno conosciuti e compresi. Eppure è un concetto clinicamente importante e operativamente fecondo per la creazione e la cura dei gruppi.

Soprattutto, a conclusione di questa esperienza, volevo elaborare una riflessione sulla spontaneità come fattore fondamentale, per avviare un processo di cura, là dove può sembrare impossibile portare una cura.

Forse ho avuto bisogno di fermarmi a elaborare questa riflessione perché all'inizio non capivo come potesse accadere, come fosse possibile dare aiuto ai pazienti oncologici.

Sono stata nell'azione e nell'esperienza e questo mi ha dato gradualmente la facoltà di comprendere. Agire con spontaneità è il primo atto terapeutico da mettere in campo, in tutti i gruppi, e a maggior ragione in quelli dove sembrerebbe più difficile poterlo fare, dove le conserve culturali irrigidiscono e l'angoscia può prendere il sopravvento.

Senza l'attivazione della mia spontaneità, condurre il gruppo mi faceva sentire in una posizione scomoda, inadeguata, in una situazione di blocco.

La spontaneità, invece, al contrario, apre alla dimensione della possibilità. Condurre il gruppo, quando il mio grado di spontaneità era buono, era fluido, le emozioni scorrevano, lo scambio tra i pazienti sosteneva ogni partecipante a esprimere anche i vissuti più cupi, a trovare nuove connessioni dentro di sé e a recuperare benessere.

Per allenare la mia spontaneità però ho avuto bisogno di essere lì, di immergermi nell'esperienza, nelle interazioni, per poterla liberare.

“Lo stato di spontaneità è una precisa entità psicologica...non sorge automaticamente; non è preesistente. Nasce di sua propria volontà. Appare per proprio conto. Non è creato dalla volontà cosciente del soggetto, che frequentemente funziona come una barriera inibitoria, ma da una liberazione che è in effetti l'espressione libera della spontaneità. Lo stato spesso causa non solo un processo interno, ma anche una relazione esterna e sociale, cioè una correlazione con lo stato di un'altra persona creativa”. (Moreno, 1946, pag. 101)

La spontaneità richiede di stare nel momento, di essere pienamente presenti nella relazione con l'altro, per aiutarlo a attivare la sua stessa spontaneità e giungere egli stesso alle proprie possibilità di cura.

La spontaneità, nell'accompagnamento al morire, è necessario che sia in massimo grado in tutti gli attori presenti, proprio per garantire effettivamente quell'accompagnamento, per veicolare le possibilità evolutive di chi è coinvolto, nonostante e anzi, proprio per il dolore e la tristezza della fine.

In questo senso, mi sembra di poter affermare che la spontaneità determini anche importanti aspetti etico-valoriali nell'approccio terapeutico psicodrammatico. Il primo aspetto è relativo al valore terapeutico dello stare insieme, secondo cui ognuno è agente terapeutico per l'altro; questo valore offre una visione del paziente, anche di quello terminale, in cui egli gioca un ruolo comunque attivo e per cui è considerato in grado di portare una responsabilità di cura nei confronti di sé e degli altri del gruppo.

Il secondo aspetto riguarda il rispetto della volontà e dell'espressione dell'altro e la sua libertà da ogni possibile manipolazione, anche da quella che si ritenga abbia finalità terapeutica: il paziente, grazie alla spontaneità, può agire più facilmente la propria libertà di espressione, giungendo egli stesso a prendere decisioni su come affrontare il suo stato terminale.

Da questo punto di vista credo che il concetto di spontaneità, applicato all'ambito di cura dei pazienti oncologici, possa offrire un apporto rilevante anche a quelli che sono i temi cruciali del dibattito culturale ed etico-scientifico sulla fase terminale, per cui ci si interroga costantemente su come dare attenzione agli aspetti spirituali e a come garantire che i trattamenti e le modalità di gestione dei pazienti, rispettino e tutelino pienamente la loro dignità e il diritto all'autodeterminazione. In questo senso vale la pena evidenziare come i significati valoriali della spontaneità, nel sistema moreniano, garantiscano pienamente questi diritti, perché trovano applicazione coerente e riscontro concreto nella metodologia e nella pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. "Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica". Società Italiana di Psico-Oncologia, 1998
- B.Baldaro, G.Celani, P.Neri, D.Rocchi, "Influenza del sostegno psicosociale per l'adattamento alla malattia in pazienti con neoplasia maligna: una rassegna meta-analitica", *Psicologia della Salute*, n. 1/2001
- Blondel M. (1893), *L'azione. Saggio d'una critica della vita e d'una scienza della pratica*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo, 1993.
- Bergson H. (1907), *L'evoluzione creatrice*,. Cortina Raffaello, Milano, 2002
- Boria G., *Psicoterapia psicodrammatica*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- Boria G., Togni I., *Il fattore S/C nel pensiero e nella pratica dello psicodramma classico*. Dispensa per la Scuola dello Studio di Psicodramma di Milano, 2013
- Boria G., Togni I., *La presenza scenica come rappresent-azione* in *Psicodramma Classico*, 14 :1-2, AIPSIM, Milano.
- Capozza D., Testoni I. (a cura di) "Dinanzi al morire: percorsi interdisciplinari dalla ricerca all'intervento palliativo". Atti del Convegno Padova, Padova University Press 6-7-8 settembre 2012.
- De Leonardis P., *Lo scarto del cavallo: lo psicodramma come intervento sui piccoli gruppi*, Franco Angeli, Milano, 1993.
- Dotti L. *Il concetto di spontaneità-creatività e le sue potenzialità terapeutiche Analisi di uno dei più originali fondamenti teorici di Moreno*. in *Psicodramma Classico*, 2009, AIPSIM, Milano.
- Fossati I., Lamiani G., Vegni E. *Tra la vita e la morte: studio clinico sul percorso psicodrammatico di due pazienti oncologici* in *Ricerche di psicologia* 4/2016, pp.611-634
- Fossati, I., Menichetti, J., Giusti, L., Vegni, E. (2014). *Lo Psicodramma in pazienti oncologici*, in *Psicodramma Classico*, 16:1-2, AIPSIM, Milano.
- Grof S. Grof C. (1980) *Beyond Death. The gates of consciousness*. Thames and Hudson Ltd, Londra; trad. It. *Oltre la soglia. L'inconscio proiettato nell'eternità*. Como, Red Edizioni, 1988
- JoAnne E. Epping-Jordan, Bruce E. Compas, and David C. Howell "Predictors of Cancer Progression in Young Adult Men and Women: Avoidance, Intrusive Thoughts, and Psychological Symptoms", *Health Psychology* 1994, Vol. 13, No. 6,539-547
- Kubler-Ross, E. (1993). *Impara a vivere impara a morire*. Armenia, 2015.
- Kubler-Ross, E. (1969). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella Editrice, 2005.

Moreno J.L. (1946), *Manuale di psicodramma – volume primo*, Beacon House, New York, tr. it. Astrolabio, Roma, 1985.

Moreno, J.L. (1953, III ed. 1978), *Who Shall Survive?*, New York, Beacon House; trad.it. *Who shall survive?. Principi di sociometria, psicoterapia di gruppo e sociodramma*, Roma, Di renzo Editore, 2007.

Moreno, J.L. (1947), *The Theatre of Spontaneity*, New York, Beacon House; trad. It. *Il teatro della spontaneità*, Roma, Di Renzo Editore, 2007.