

Studio di Psicodramma di Milano

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia

Specializzando Dott.

Stefano Pirovano

Tesi di diploma

**DOTTORE ME LO DICA LEI
POSSO ANCORA CAMBIARE ALLA MIA ETA'?**

*Studio pilota sull'efficacia della psicoterapia psicodrammatica
con pazienti over 65*

Anno Accademico 2021

*A Betta, con cui voglio invecchiare
a Ceci e Nico, che mi fanno ritornare bambino*

Riassunto

I cambiamenti demografici degli ultimi anni pongono l'accento sulla necessità di proporre interventi efficaci rivolti a pazienti appartenenti alla fascia di età over 65. Tra gli interventi possibili la terapia di gruppo con metodologia psicodrammatica classica appare come particolarmente adeguata in quanto promuove l'espressione della propria storia personale, l'adattamento a ruoli differenti e la creazione di un profondo senso di appartenenza, in risposta al vissuto di solitudine tipico di questa fascia di età. Tuttavia in letteratura sono presenti pochi studi dedicati alla valutazione dell'efficacia di un intervento psicodrammatico rivolto a pazienti over 65. L'obiettivo del presente lavoro è la presentazione dei dati emersi da uno studio pilota rivolto ai partecipanti di un percorso di gruppo attivo dal 2018 presso la S.C. di Psicologia Clinica del Polo Ospedaliero San Paolo (ASST Santi Paolo e Carlo di Milano). Al fine di valutare l'efficacia del trattamento si è utilizzata la somministrazione del CORE OM e l'analisi dei trascritti verbatim di 44 sessioni.

Parole chiave:

psicodramma, efficacia delle psicoterapie, pazienti over 65

Abstract

The demographic changes over recent years have emphasized the need to propose effective interventions aimed at patients aged over 65. Among the possible interventions, group therapy with classic psychodramatic methodology appears to be particularly appropriate as it promotes the expression of one's personal history, the adaptation to different roles and the creation of a deep sense of belonging, in response to the experience of loneliness which is typical of this age group. However, in the literature there are few studies dedicated to the evaluation of the effectiveness of a psychodramatic intervention aimed at patients over 65. The objective of this work is to present the (set of) data that emerged from a pilot study involving participants in a group course active since 2018 at the S.C. of Clinical Psychology at San Paolo Hospital (ASST Santi Paolo e Carlo of Milan). In order to evaluate the effectiveness of the treatment, the administration of the CORE OM and the analysis of the verbatim transcripts of 44 sessions were used.

Keywords:

psychodrama, psychotherapy effectiveness, patients over 65

Introduzione:

La richiesta di supporto psicologico da parte di persone anziane posa le proprie radici su dati demografici che mostrano un aumento significativo della speranza di vita, dato che insieme alla diminuzione del tasso di fertilità, si traduce in un progressivo invecchiamento della popolazione. Secondo i dati ISTAT al 1° gennaio 2019 gli over 65 erano 13,8 milioni (22,8 % della popolazione totale) mentre i giovani fino ai 14 anni circa 8 milioni (13,2%). Negli ultimi anni si è assistito ad uno storico aumento degli anziani, cresciuti di oltre mezzo milione dal 2015 (Istat, 2020). I cambiamenti demografici hanno portato anche ad una nuova classificazione: *Giovani-anziani*, tra i 64 e i 74 anni; *Anziani*, tra i 75 e gli 85 anni; *Grandi vecchi*, dagli 85 anni ai 99; *Centenari*, dai 99 anni e più (G. Cesa Bianchi, O. Albanese, 2004).

Le tendenze demografiche descritte hanno imposto una grande spinta a studi e ricerche sul fenomeno dell'invecchiamento. È possibile distinguere diversi settori di indagine, espressione di diversi punti di osservazione, tra cui: la geriatria, branca della medicina focalizzata sulle patologie che interessano la terza età; la gerontologia, che si occupa di studiare i processi dell'invecchiamento non patologico; la psicologia dell'invecchiamento, che ha come oggetto di studio la stabilità o i mutamenti psicologici della persona che invecchia.

Proprio quest'ultima offre un cambio di lettura del fenomeno più che mai attuale: considerare l'invecchiamento non più come inesorabile declino fisico e cognitivo e perdita generalizzata delle abilità, ma come un fenomeno complesso, in cui lo sviluppo della persona non si arresta nell'età adulta ma continua lungo tutto l'arco della vita (R. DeBeni, E. Borrella, 2015). La psicologia dell'invecchiamento nasce negli anni ottanta alla luce di studi che evidenziano come il modo di vivere l'anzianità possieda un'ampia variabilità individuale. Essa fonda le sue basi su due nuove concezioni: la scoperta che le funzioni intellettive e le strutture cerebrali, se allenate e stimolate, possono essere mantenute costanti o addirittura migliorate (Cesa Bianchi, 2004) e che, se vengono valorizzati gli elementi di crescita e di equilibrio, le persone in età avanzata sono capaci

di nuovi apprendimenti e dotate di occasioni evolutive (Scocco P., De Leo D., Pavan L., 2001).

Tali concezioni ed il miglioramento della qualità della vita hanno portato al superamento dell'idea comune secondo la quale l'accettazione rassegnata sia l'unica risposta possibile a tutto ciò che concerne il processo di invecchiamento. Questo senso comune coinvolge anche il benessere psicologico e poggia le proprie radici sulla convinzione, ormai superata, che la psicoterapia rappresenti per l'anziano un "lusso" che non ha il tempo di concedersi. I profondi mutamenti sociali, demografici ed economici rendono obsolete le considerazioni del padre della psicoanalisi secondo cui la psicoterapia sia efficace solo sino ai 50 anni, oltre i quali la raccolta della storia personale risulterebbe troppo onerosa e la libido eccessivamente viscosa, quindi poco mobile. Appare significativo sottolineare che nonostante quanto riportato spesso la cura del benessere psicologico dell'anziano, che ancora conserva le proprie autonomie e quindi non ha accesso a strutture residenziali, è demandata al medico di base. La depressione, uno dei disturbi psichiatrici prevalenti nella popolazione anziana (come confermato anche dal campione del presente studio) viene spesso curata dal medico di base solo con terapie farmacologiche, spesso sotto dosate per timore di interazioni con altre terapie in atto (Romano, 2012).

Tanto l'evoluzione demografica quanto la ricerca scientifica suggeriscono l'importanza di valutare l'efficacia degli interventi volti al benessere psicologico della popolazione over 65, al fine di rispondere in modo adeguato ad un bisogno in continua crescita.

Sono presenti numerosi studi sull'efficacia della psicoterapia con pazienti anziani, in modo particolare con approccio cognitivo comportamentale (Wilson 2009, Wilkinson 2009). Nello specifico emerge come la terapia gruppe favorisca l'uscita dall'isolamento sociale, uno dei fattori favorevoli allo sviluppo di psicopatologia. L'isolamento e la solitudine sono esperienze caratteristiche della terza età, sia per l'esperienza del lutto e della perdita di persone care, che per la perdita del proprio ruolo sociale e lavorativo (Gala, 1996).

Tuttavia, dalla ricerca bibliografica effettuata emergono pochi studi riguardanti l'efficacia della terapia di gruppo condotta con metodologia psicodrammatica classica, nonostante l'approccio psicodrammatico appaia potenzialmente indicato per questa tipologia di pazienti. Si tratta di studi perlopiù rivolti a pazienti ospiti di strutture residenziali o affetti da patologie psichiatriche. Alcuni di questi studi sono disponibili solo in lingua originale (arabo) e sono quindi di non facile consultazione (Carman, M. B., Nordin, S. R., 1984; Osman, O., 2005; Altman, K. P., 1983; Buchanan, D. R., 1982; Cheraghi et al., 2020; Kontos et al., 2010; Mardi et al., 2020).

MATERIALI E METODI:

Raccolta dati

Il presente lavoro fa riferimento ad un gruppo continuativo condotto con metodologia psicodrammatica classica attivo da maggio 2018 presso il polo ospedaliero San Paolo di Milano. Il gruppo è omogeneo per età: tutti i partecipanti all'ingresso hanno un'età superiore ai 65 anni, nello specifico tra i 68 e gli 82 anni, con una media di 75 anni. Nella formazione del gruppo sono stati esclusi i pazienti affetti da severe compromissioni organiche e demenze, le quali avrebbero impedito una piena fruizione dell'esperienza. Tale tipologia di pazienti è stata indirizzata verso servizi idonei. I candidati provenivano sia da accesso diretto al Servizio di Psicologia, tramite contatto telefonico, sia da invii dei servizi territoriali.

A tutti i pazienti è stata proposta una prima consultazione individuale, volta alla presentazione del percorso, all'espressione delle motivazioni individuali, alla verifica della disponibilità oraria e ad una reciproca conoscenza.

Il gruppo ha carattere continuativo e aperto. All'avvio del percorso i pazienti sono cinque, quattro donne ed un uomo. A settembre una paziente decide di concludere il proprio percorso motivando la decisione con un miglioramento della sintomatologia. In

ottobre si hanno due nuovi ingressi, un uomo e una donna. In novembre una paziente decide di sospendere il percorso per ragioni familiari. Ad aprile 2019 viene inserita una nuova paziente. Rispettivamente a giugno 2019 e a dicembre 2020 i due conduttori lasciano il gruppo a seguito della conclusione del proprio periodo di tirocinio, il gruppo prosegue sotto la conduzione di due nuovi terapeuti in formazione, che in precedenza avevano assistito in qualità di osservatori.

Riguardo allo stato civile: tre persone sono coniugate (due donne e un uomo), due sono invece vedove. Tutti i partecipanti sono pensionati e hanno un'istruzione medio - superiore.

All'ingresso nel gruppo 2 pz riportano diagnosi di depressione, mentre 6 pz presentano doppia diagnosi di depressione e disturbo d'ansia; tra questi, una paziente riporta in aggiunta lutto persistente e complicato.

Il gruppo è co condotto da due terapeuti in formazione all'ultimo anno della scuola Studio di Psicodramma di Milano. Gli incontri, della durata di un'ora e 45 minuti, sono a cadenza settimanale e si svolgono presso gli ambulatori di via Ovada. La stanza utilizzata è abbastanza grande da ospitare comodamente tutti i partecipanti seduti in cerchio e sono disponibili diverse sedie utilizzabili per la realizzazione di specifiche tecniche. E' presente anche un ampio armadio in cui è riposto il materiale (teli, cuscini, pupazzi, fogli e colori, ecc...)

Si sono adottati alcuni accorgimenti al fine di adattare il setting psicodrammatico classico alla specificità dei partecipanti: si è deciso di non utilizzare il *tappeto circolare*, considerando la possibile difficoltà dei partecipanti nel sedersi a terra e al fine di evitare cadute accidentali. La circolarità è ottenuta predisponendo le sedie in cerchio. Pur essendo presente uno sgabello utilizzato per favorire il decentramento attraverso la verticalità, non è stato utilizzato come *balconata* per evitare perdita di equilibrio accidentale. Si è infine evitata un'*illuminazione* eccessivamente disorientante

per i partecipanti, come ad esempio il buio, a favore di un'illuminazione omogenea e sufficientemente alta da consentire una nitida visione.

Elaborazione ed analisi dei dati:

Al fine di valutare l'efficacia dell'intervento di gruppo si è deciso di utilizzare un test standardizzato somministrato a tutti i partecipanti e l'applicazione di uno strumento qualitativo per l'analisi del percorso di uno dei membri del gruppo.

Clinical Outcome in Routine Evaluation (CORE OM)

La somministrazione del CORE OM è stata effettuata all'ingresso di ogni partecipante nel gruppo ed ogni 4 mesi. Si è deciso di utilizzare questo strumento per la facilità di somministrazione e la semplicità d'uso nella pratica clinica, la somministrazione richiede infatti pochi minuti. Questo criterio è fondamentale nel caso in oggetto, in quanto con pazienti over 65 strumenti più complessi, o che richiedano tempi più lunghi di somministrazione, potrebbero risultare frustranti e poco fruibili. Ulteriori motivi che hanno portato alla scelta del CORE OM sono la validazione psicometrica in termini di validità e attendibilità ed il fatto che sia svincolato da approcci psicoterapeutici specifici.

Il sistema Core è stato messo a punto nel 1998 e si basa su un paradigma di ricerca PBE, ovvero di evidenza basata sulla pratica. Il CORE OM è un questionario self report, ed è composto da 34 items che fanno riferimento all'ultima settimana trascorsa. Ogni item prevede di barrare una risposta su di una scala Likert a 5 punti riguardante la frequenza con cui l'affermazione si manifesta, da "mai" a "molto spesso o sempre". Il 25 % degli items è reverse, ovvero ha una formulazione opposta a quella degli altri items. Questi items, seppur richiedano un carico cognitivo maggiore a chi li compila, hanno il vantaggio di aumentare la validità indagando la coerenza tra le risposte e

mettono al riparo anche dal fenomeno della acquiescenza, ovvero la tendenza a rispondere sempre in modo affermativo, per non “contraddire” il valutatore.

Gli items sono suddivisi in 4 domini:

1. Benessere soggettivo (4 items)
2. Problemi (12 items): sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici, effetti da trauma
3. Funzionamento (12 items): relazioni significative, funzionamento generale, funzionamento sociale
4. Rischio (6 items): aspetti autolesivi, aspetti eterolesivi

Gli items relativi al dominio dei Problemi sono suddivisi in “problemi a bassa intensità” (50%) come ad esempio: “Mi sono sentito teso, ansioso, nervoso” e in “problemi ad alta intensità” (50%) come ad esempio: “Ho provato panico o terrore”. Oltre ai punteggi riguardanti le singole scale è presente un punteggio totale che rappresenta il disagio psicologico percepito dal paziente. Tale punteggio cresce con l’ingravescenza delle problematiche, perciò a punteggi più elevati corrisponde un più elevato grado di disagio. Il miglioramento, quindi l’abbassamento del punteggio ad una delle scale, è considerato clinicamente rilevante quando prevede il passaggio da un punteggio cut-off, differente per la popolazione maschile e femminile, come riportato di seguito:

cutt off clinica - non clinical population		
	M	F
MEDIA TOT	1,19	1,29
BENESSERE	1,44	1,62
SINTOMI	1,37	1,7
FUNZIONAMENTO	1,29	1,3
RISCHIO	0,43	0,31

I risultati del CORE OM sono stati elaborati attraverso la costruzione di grafici a colonna che rendono fruibile ed intuitiva l'evoluzione dei pazienti nelle diverse sottoscale dello strumento. In quanto studio pilota e data la quantità limitata dei dati grezzi non si è proceduto ad una analisi dei dati più approfondita, auspicabile in un successivo approfondimento.

Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)

L'analisi dei trascritti verbatim delle sessioni relative ad uno dei pazienti è stata condotta secondo la metodologia dell'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) da uno dei conduttori del gruppo.

L'IPA è un approccio alla ricerca qualitativa psicologica con un focus idiografico, ha cioè l'obiettivo di offrire intuizioni su come una persona, in un dato contesto, dia senso ad una esperienza, un evento importante della propria vita o una relazione.

L'analisi dei dati si fonda sulla personale interpretazione del ricercatore che, sospendendo il più possibile i propri preconcetti, indaga il significato espresso dalle verbalizzazioni, individuando temi (schemi ricorrenti di significato) sovra-ordinati che descrivano l'esperienza dei partecipanti. Tale analisi è definita "bottom-up": il ricercatore genera codici partendo dai dati, piuttosto che utilizzare una teoria preesistente per identificare codici che potrebbero essere applicati ai dati.

Nel presente lavoro si sono analizzati i trascritti verbatim delle sessioni del percorso terapeutico evidenziando, a partire dalle verbalizzazioni del paziente, i temi emergenti che meglio hanno descritto l'evoluzione della sua esperienza.

Etica:

I pazienti all'inizio del percorso psicodrammatico hanno compilato un consenso informato all'utilizzo dei trascritti delle sedute per uso di formazione e ricerca.

RISULTATI:

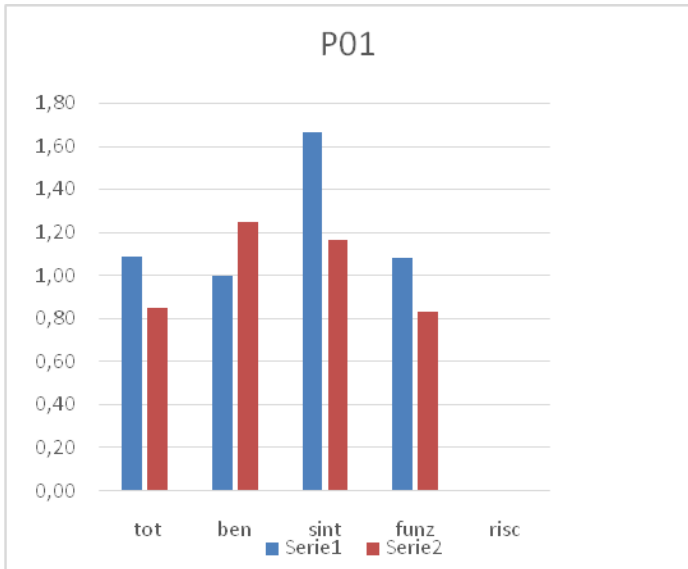
I dati risultati dalla somministrazione del CORE OM e l'analisi dei trascritti verbatim relativi al percorso di gruppo di uno dei pazienti concordano nell'evidenziare un cambiamento evolutivo.

I risultati del CORE OM, come rappresentato dai grafici riportati di seguito, mostrano un generale miglioramento di tutti i membri del gruppo (punteggio più basso rispetto alla prima somministrazione). In tutti i pazienti, tranne uno, tale cambiamento si concretizza anche nel passaggio del soggetto da una popolazione "clinica" a una "non clinica" (ovvero avente un punteggio tale da non essere considerata patologica) in almeno una delle sotto scale. Purtroppo alcuni test sono stati invalidati dalla presenza di troppi item a cui non è stata data risposta. Interrogati al riguardo, i partecipanti hanno affermato di aver trovato difficoltosa la lettura del test a causa della grandezza dei caratteri e della confusiva vicinanza degli items.

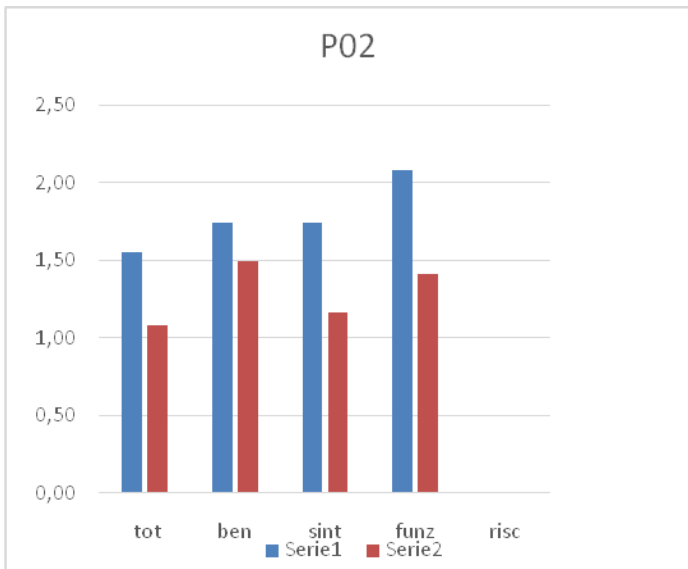
Dall'analisi dei trascritti verbatim emerge un'evoluzione del paziente in diversi ambiti: la percezione ed il riconoscimento dei propri stati emotivi, le modalità di sperimentazione dei propri ruoli familiari di padre e marito e maggior aderenza al trattamento farmacologico prescritto.

I risultati emersi dal presente studio pilota aprono ad eventuali futuri approfondimenti, quali l'aumento del numero di partecipanti, con la conseguente possibilità di una analisi dei dati più completa, l'introduzione di ulteriori strumenti di valutazione, come la Change Interview e l'introduzione di un gruppo di controllo.

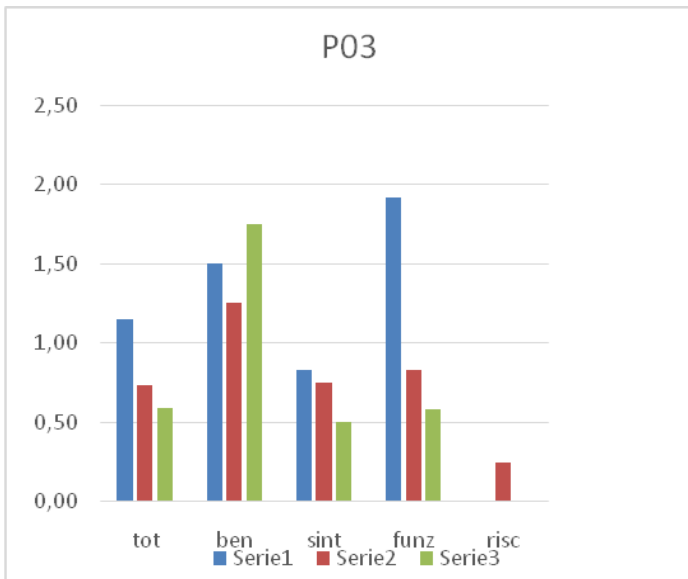
Rappresentazione grafica outcome CORE OM



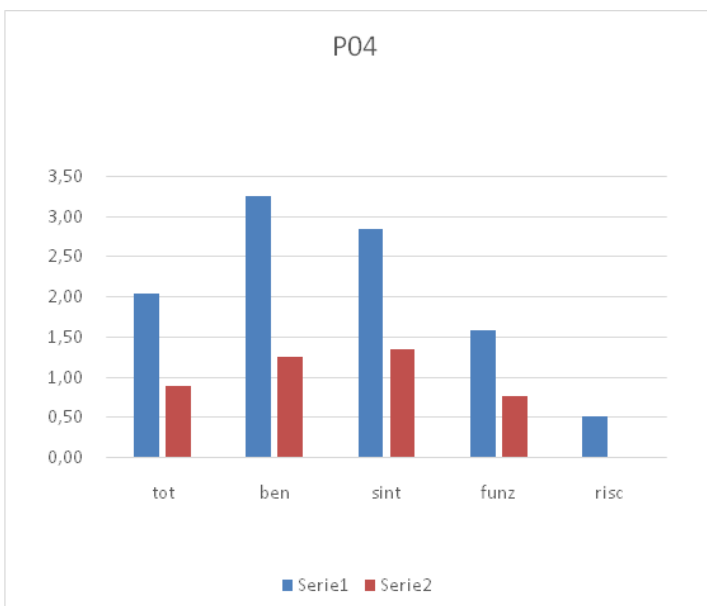
data	tot	Ben	Sint	Funz	Risc
03/05/2018	1,09	1,00	1,67	1,08	0,00
11/10/2018	0,85	1,25	1,17	0,83	0,00



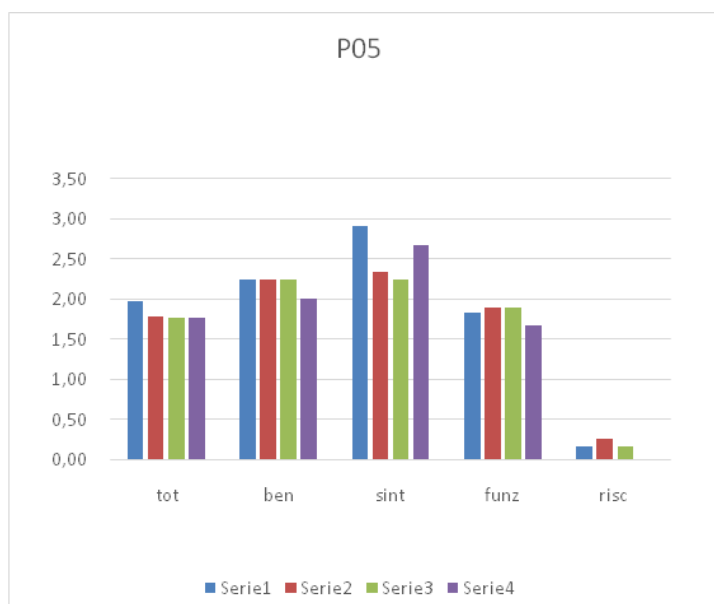
data	tot	ben	Sint	Funz	Risc
17/05/2018	1,56	1,75	1,75	2,08	0,00
27/06/2019	1,09	1,50	1,17	1,42	0,00



data	tot	ben	Sint	Funz	Risc
17/05/2018	1,15	1,50	0,83	1,92	0,00
11/04/2019	0,74	1,25	0,75	0,83	0,25
27/06/2019	0,59	1,75	0,50	0,58	0,00



data	tot	Ben	Sint	Funz	Risc
03/05/2018	2,03	3,25	2,83	1,58	0,50
15/11/2018	0,88	1,25	1,33	0,75	0,00



data	tot	ben	Sint	Funz	Risc
03/05/2018	1,97	2,25	2,92	1,83	0,17
13/12/2018	1,78	2,25	2,33	1,90	0,25
04/04/2019	1,76	2,25	2,25	1,90	0,17
27/06/2019	1,76	2,00	2,67	1,67	0,00

Analisi dei trascritti verbatim: il caso di G.

Per l'analisi del percorso di gruppo di uno dei pazienti ci si è avvalsi delle trascrizioni verbatim delle sessioni e delle annotazioni relative ai colloqui precedenti all'inizio del percorso di gruppo. I trascritti verbatim, ottenuti grazie alla presenza costante di un osservatore che annotava in tempo reale quanto si svolgeva sul palcoscenico, comprendono la trascrizione sia del parlato (ovvero quanto detto dai membri del gruppo e dal direttore) sia degli aspetti non verbali. Nei paragrafi seguenti si riportano i temi emersi dall'analisi clinico-interpretativa che descrivono il percorso evolutivo effettuato dal paziente.

Colloqui conoscitivi propedeutici all'inserimento nel gruppo

G. arriva al Servizio di Psicologia nel febbraio 2018, su invio di una collega dopo un primo accesso al CPS nel febbraio 2018. L'obiettivo è valutare l'inserimento del paziente in un gruppo di psicoterapia per pazienti di età superiore ai 65 anni.

G. è un uomo di 69 anni, non molto alto, con capelli bianchi, non elegante ma ben curato nell'aspetto. Vive con la moglie con la quale ha avuto due figli, entrambi che vivono con le rispettive famiglie. Si dice amante delle passeggiate, che lo aiutano a tenersi in forma e a scandire il tempo libero. È volontario presso un ospedale, dove si occupa dell'accoglienza dei pazienti e di accompagnarli nei vari reparti ove fosse necessario.

Secondo di sette fratelli, originario di un paesino del sud Italia, si è trasferito in Lombardia per cercare lavoro con la famiglia all'età di 19 anni, momento in cui ha cominciato a soffrire di stati ansiosi. Assume terapia farmacologica (Tavor e Lexotan) da oltre 20 anni e ha effettuato un precedente percorso di psicoterapia della durata di tre anni con approccio psicoanalitico. Recentemente, in concomitanza con il ricovero del figlio a seguito di una pancreatite acuta, riporta un'ingravescenza della sintomatologia ansiosa. Riferisce di aver iniziato una nuova terapia psicofarmacologica antidepressiva prescritta dalla psichiatra ma di aver subito interrotto dopo la prima assunzione del nuovo farmaco.

Nel primo colloquio il paziente descrive dettagliatamente il periodo di malattia del figlio: ricoverato in rianimazione, per lungo tempo in prognosi riservata, a un certo punto in pericolo di vita. G. è presente quasi quotidianamente in reparto, insieme alla moglie, nonostante il figlio sia ricoverato nell'ospedale di Parma, città in cui risiede. Un periodo di grandi preoccupazioni, che G. riferisce di aver gestito in modo adeguato. Fortunatamente, il figlio pian piano migliora e viene dimesso. Da quel momento in poi G. vive un'intensa fatica che lo ha portato a rivolgersi al CPS per essere aiutato.

“Dovrei essere felice. Non è che non lo sono, ma mi sento in ansia, triste. Sono inquieto, non riesco a fermare i pensieri”.

Si propongono al paziente due colloqui successivi con cadenza quindicinale in attesa dell'avvio del gruppo. Nel frattempo si consiglia di contattare uno psichiatra per una presa in carico farmacologica, data la difficoltà ad aderire al trattamento prescritto in precedenza.

Nel colloquio successivo G. riporta la storia della propria infanzia al sud Italia, con un padre descritto come molto autoritario. G. si descrive come un bambino molto sensibile, sempre preoccupato che le cose in famiglia vadano bene, diviso tra la vivacità propria di un bambino e l'ansia di dover obbedire e rispettare le regole del padre, *“perché altrimenti la mamma le prendeva per non averci fatto ubbidire”*. Il periodo in cui G. si è trasferito in Lombardia è stato molto difficile: piangeva sempre ed era molto triste, tanto che il nonno lo ha portato poi dal medico che ha diagnosticato un esaurimento nervoso. G. riferisce di essere molto timido con le donne e di far fatica a relazionarsi con loro, sempre timoroso di sbagliare. *“Non sapevo cosa dire, temevo sempre di dire cose sbagliate. Ho sempre avuto un'autostima bassa. Quando dovevo uscire con una ragazza, stavo ore a pensare a cosa avrei dovuto dire e a come mi sarei dovuto comportare”*.

A causa di impegni del paziente e delle festività pasquali sopraggiunte, il terzo appuntamento viene posticipato di 5 settimane. Nel corso del terzo colloquio, nonostante, o forse proprio per la lunga pausa intercorsa, G. appare ancora più aperto e disponibile, quasi in reazione al timore che per qualche motivo la presa in carico potesse interrompersi. G. spontaneamente racconta parti intime della propria vita: di aver abusato di alcol in alcuni periodi, per sentirsi più disinibito, di aver tradito la moglie ed essere stato poi da lei perdonato, di ricorrere talvolta alla masturbazione.

Nei confronti della moglie nutre sentimenti di colpa: riferisce di non averle permesso di lavorare per poterla tenere legata a sé. Si interroga su cosa significhi amare.

Emerge infine la sua attività di volontario in un ospedale milanese, attività che lo gratifica molto e lo fa sentire utile nonostante si senta spesso frenato e trattenuto, poco spontaneo.

Come concordato, a conclusione del terzo colloquio si comunica l'inizio del percorso di gruppo; G. risponde positivamente, dichiarando fiducia nei confronti dei conduttori e curiosità per la novità, nonostante qualche timore.

Il percorso di gruppo

Le tematiche riportate da G. nelle prime sessioni riguardano vissuti d'ansia generalizzata, anche rispetto al gruppo, e difficoltà nella relazione con il figlio.

Centrali i temi dell'insicurezza e della scarsa autostima. Nutre interesse rispetto alle tematiche condivise dalle altre compagne di gruppo, nei confronti delle quali appare sin da subito risorsa terapeutica. Riporta difficoltà nel relazionarsi in contesti destrutturati e la sensazione di recitare un ruolo non autentico, con il timore di non avere nulla da offrire nell'incontro con gli altri.

Esprime il desiderio di migliorare il rapporto con la moglie e poter esprimere i propri sentimenti senza timore, *“vorrei iniziare a esprimere l'amore, iniziare a sentire l'amore che ho dentro”*.

Dalle trascrizioni analizzate emergono nuclei tematici ricorrenti, per ognuno dei quali è possibile individuare un'evoluzione psicologica significativa.

1. Non sento le emozioni

Nella diciassettesima sessione riemerge il tema delle emozioni. G. dichiara che il suo problema nasce dal non provare emozioni: *“Io le emozioni non le sento, io non sento la*

gioia delle emozioni. Dovrei sentirla per stare meglio! Sento di rifiutare l'emozione...perché devo rifiutare l'emozione?" (sessione 17) e successivamente collega tale affermazione alla propria infanzia: *"C'è da quando le emozioni da bambino sono state vietate... ecco di quello io ho bisogno. L'aiuto che chiedo io è questo: esternare...adesso posso? Si può iniziare a esternare a 60 anni di vita?"* (sessione 17).

G. Racconta di una infanzia caratterizzata da un padre molto severo, che vietava di scendere al mare che si trovava proprio di fronte a casa, pena il rischio per la madre di subire violenze, anche fisiche. Tale routine era rotta esclusivamente dall'arrivo del nonno che consentiva a G. momenti di svago e leggerezza. Questi divieti del padre, vengono definiti da G. delle "non emozioni" o "emozioni mancate"; solo in un secondo momento riuscirà ad identificare la paura come emozione che ha caratterizzato parte della sua infanzia, una paura tale da reprimere il sentimento e la sua espressione, indefinita ed aleggiante intorno alla figura paterna e l'ambiente poco rassicurante da lui frequentato.

La difficoltà nel legittimare le proprie emozioni ne rende difficoltosa la gestione, generando una difficoltà relazionale, ad esempio nell'approcciarsi con l'altro sesso. Per gestire le dirompenti emozioni e non esserne sopraffatto G. racconta di aver ricorso all'utilizzo di alcolici: *"Avevo paura, prima di andare da una ragazza bevevo qualcosa...ecco magari vomitavo. Però quel bicchierino lì mi tirava su, liberava il mio modo di essere che riesce a farmi parlare e dialogare"* (sessione 17).

Nell'attualità le emozioni paiono essere vissute da G. come sintomo di debolezza: *"Alcune volte piango davanti a certe scene dei film che è una cosa normale, ma il mio modo di essere mi porta a mascherarle queste emozioni perché la mia maschera non può farmi vedere piangere"* (sessione 17).

La paura ritorna in modo ricorrente nella storia di G.; paura di sbagliare, di non essere all'altezza. Questa sensazione favorisce in G. l'emergere di rimuginii, pensieri intrusivi, sulla correttezza di una azione, di un pensiero, o anche su quello che potrebbero

pensare di lui “gli altri”. Tali pensieri rimangono esclusivamente a un livello mentale, tralasciando completamente il corpo e l’emozione, e generando ansia.

Con l’evolversi del percorso la mancata percezione delle emozioni comincia ad essere interpretata da G. come una difesa da emozioni dirompenti e incontrollabili, una difesa con un alto prezzo da pagare.

La legittimazione dell’espressione ha favorito l’emergere di altre emozioni oltre la paura, come ad esempio la rabbia. G. afferma di rivolgere la rabbia verso se stesso; per lui il periodo delle festività è particolarmente complesso, caratterizzato dalla difficoltà di gestire i rapporti interpersonali che in questo periodo si intensificano. Pertanto si colpevolizza per la propria incapacità di gioire di questi momenti come gli sembra facciano tutte le altre persone: *“Non riesco a stare tranquillo con gli altri. Accumulo rabbia, perché gli altri provano un piacere che io non trovo!”* (sessione 27).

Durante il percorso si evidenzia un lento movimento da parte di G. Un primo passo è stato il riconoscere i propri stati d’animo, inizialmente negati, donandogli spessore e dignità. Le emozioni cominciano a delinearsi e ad uscire dalla definizione di “non emozioni”.

Il riconnettersi con il proprio mondo emotivo ha generato sentimenti ambivalenti in G., da una parte soddisfazione, ma dall’altra anche fatica nella gestione di ciò che prova. Questa fatica è molto frustrante per G. e viene espressa con un giudizio svalutante rispetto al proprio “modo di funzionare”.

A conclusione del percorso tale frustrazione permane, alimentata da un dichiarato continuo desiderio di cambiamento mai pienamente raggiunto, ma cominciano ad emergere un giudizio più indulgente verso se stesso e meccanismi più evoluti, come l’autoironia. Durante le sessioni finali spesso G. riesce a ridere delle proprie rigidità, risultando una preziosa risorsa per i compagni, in contrasto con le tendenze depressive che a volte circolavano nel gruppo.

Altra conquista per G. è rappresentata dall'aumento di scambi relazionali non caratterizzati da ansia. G. inizialmente si presenta come una persona che se vede per strada un conoscente cambia direzione per non entrare in relazione, o che alle riunioni familiari preferisce rimanere in disparte. Durante il percorso emergono sempre più esempi di relazioni e incontri in cui si è sentito adeguato, come ad esempio con il fratello, in una situazione non pianificata e che ha richiesto un lungo spostamento in auto, cosa che solitamente faceva emergere ansia in G.: *“Sono andato a un paese a 40km. Volevo avvisarlo dato che non vado d'accordo con la moglie, ma ho fatto una sorpresa... abbiamo parlato per tutto il pomeriggio!”* (sessione 32).

Di pari passo si modifica il modo in cui G. si percepisce all'interno del gruppo, presentando il percorso ad una nuova compagna dice: *“Quando sono qui sto talmente bene che non ricordo...qui ognuno è libero di raccontare le sue problematiche, c'è libertà. (...) Io sto bene mi sento libero di dire tutto quello che c'è da dire. Queste cose rimangono qui, ognuno è libero di potersi esprimere come vuole”* (sessione 33). G. riconosce un grande valore al gruppo, come dimostrato dalla sua assidua presenza. G. racconta di sentirsi “diverso” nel gruppo, più capace e spigliato, e si domanda come poter esportare queste competenze anche all'esterno.

Ad inizio percorso G. dichiara di non piangere da lungo tempo, in seguito il gruppo sarà testimone di diversi momenti emotivamente intensi in cui G. si stupirà delle proprie lacrime. G. si riconoscerà come capace di provare emozioni, anche fuori dal gruppo, tanto da poter affermare esplicitamente: *“piango per cose che vedo, che mi emozionano a livello affettivo, a livello umano”* (sessione 41).

2. Il ruolo di marito

Un ruolo a cui G. riconosce grande importanza è quello di marito. G. presenta la moglie come una figura forte a cui appoggiarsi, a volte a cui delegare, ad esempio la crescita dei figli. Proprio per questo motivo G. racconta di averla tenuta vicino a sé, anche

negandole alcune possibilità, come quella lavorativa. Da una parte esprime gratitudine, dall'altra prova senso di colpa per alcune reazioni irritate nei suoi confronti che trova ingiustificate, che spesso nascono dal percepirla come diversa da sé. Momento di svolta è stato l'incontro di G. con la moglie grazie alla strategia della sedia vuota. In questa sessione G. supera i rimuginii e la mentalizzazione per lanciarsi in una espressione intima e onesta dei propri sentimenti, G. commosso congeda così sua moglie: *“sento il bisogno di darti una carezza, cosa che non succede spesso, di nascosto.”* (sessione 53). La ritrovata connessione con il proprio mondo emotivo consente a questo punto del percorso la valorizzazione della relazione con la moglie nell'attualità: *“Amare è un sentimento che devi avere dentro, amare veramente con un sentimento forte, voler bene alle persone con un sentimento vero. Piano piano ci sono dei miglioramenti. Io sento un sentimento diverso verso mia moglie, comincio ad amare mia moglie, voglio vivere con sentimento. Con questo non voglio dire che non amavo mia moglie... adesso non so se è la vecchiaia, penso che il sentimento è superiore a quello del bisogno. Sto cominciando a provare questa cosa.”* (sessione 53)

3. Il ruolo di padre

Inizialmente G. appare ambivalente rispetto al proprio ruolo paterno, se da una parte si riconosce i sacrifici fatti per crescere i figli, dall'altra si colpevolizza in modo generico, sempre in relazione alla scarsa autostima: *“Io non mi ritengo un padre non presente. Io mi sento un padre che ha un buon rapporto con i figli (...) ma mi martello perché non sono come dovrei essere, pretendo troppo da me o non riesco a vivere. Mi chiedo perché sono stato così, perché ho fatto così”.* (sessione 17)

Successivamente l'incontro con il figlio attraverso la rappresentazione scenica aiuta G. a superare una lettura del rapporto eccessivamente influenzata dall'esperienza traumatica della malattia, per arricchirsi di elementi nuovi e profondi. Così arricchita, la figura del figlio assume un importante ruolo di specchio in grado di rimandare a G. una

immagine reale, non influenzata dal filtro della scarsa autostima: *“Mi sento di aver dato poco a mio figlio, a livello di amore, di aiuto... aiuto psicologico...ma credo sia un pensiero mio, penso proprio che sia solo un pensiero mio”*. (sessione 29)

Con il proseguire delle sessioni questo senso di frustrazione indefinito verso il proprio modo di interpretare il ruolo paterno si confronta sempre di più con un contro ruolo e una persona reali, ancora una volta grazie alla strategia della sedia vuota, con la quale G. ha la possibilità di parlare direttamente al figlio all'interno di uno spazio percepito come protetto e sicuro. Questo confronto permette l'emergere dall'indistinto di parti positive ma anche negative che caratterizzano ogni relazione: G. riferendosi a suo figlio sulla sedia vuota: *“Non ti sei mai posto qualcosa per quanto riguarda la tua attività, hai sempre fatto tante cose, ma a metà. Hai fatto dei lavori senza mai un impegno vero e proprio. Giocavi a calcio, facevi tante cose, ma mai una cosa da portare a termine. È stato un rapporto così, dato che chi ti seguiva in casa era la mamma, io non è che ti seguivo molto, io ero al lavoro, ma si parlava con la mamma che non riuscivi mai a portare a termine nessun tipo di lavoro.”*

D1: C'E' STATO UN MOMENTO IN CUI LA REAZIONE È CAMBIATA?

G: *“La relazione è cambiata da quando è successa la tragedia, noi pensavamo che non fosse niente di grave, invece F. ci ha detto che eri in terapia intensiva. Giorno per giorno ho capito cosa significa amare un figlio veramente nelle cose che ti stanno bene o non ti stanno bene, dalla malattia grave ho cominciato ad amarti e a pregare per te.”* (sessione 57).

4. Il ruolo di volontario

Un ruolo particolarmente nutriente per G. è quello di volontario. Nelle vesti di volontario G. si sente valorizzato e l'aver un compito preciso lo aiuta a sperimentare relazioni gratificanti nelle quali si sente efficace e capace. *“Mi sono agganciato 10 anni*

fa al volontariato, così aiutando altri è una cosa positiva per imparare a non mascherarmi più, ad essere me stesso” (sessione 41). Il volontariato ha un ruolo importante anche nei confronti del senso di inferiorità di cui spesso G. soffre. Questo ruolo infatti gli consente di interfacciarsi con figure quali medici e professionisti che G. ritiene “superiori” a sé: “Mi ha colpito che quando una persona è arrivata in alto la vedo superiore per cui faccio fatica a rapportarmi (...) io ho una mente distorta sulla realtà e sui rapporti che cambiano a seconda dell’essere un uomo o una donna di successo e sono una persona che è rimasta ferma lì per carattere o per problemi psicologici, che non è riuscita...per problemi di timidezza... invece questo essere aperto e “ciao come stai” oppure quando il professore dava del tu anche a me... questo rapporto mi fa sentire un po' meglio, utile. Alla fine ho capito che quello che ho sempre pensato non è vero.” (sessione 35).

5. Compliance alla terapia farmacologica

Il tema dei farmaci è ricorrente nella storia di G.: assume Tavor in modo continuativo da molti anni, assunzione che lui stesso ammette sia diventata una abitudine, un rituale rassicurante senza il quale si sente a disagio. A livello farmacologico, dopo una assunzione così prolungata il Tavor non ha effetti rilevanti, ma è evidente una dipendenza di tipo psicologico. Emerge sin da subito ambivalenza rispetto ai farmaci, da una parte il rifiuto di adeguare o modificare la terapia, come suggerito dallo psichiatra di riferimento, dall’altro la sensazione spiacevole di esserne “dipendente”, volendo quindi farne a meno. G. giunge al nostro servizio a seguito di una visita nella quale lo psichiatra ha cambiato la terapia, ma G. non ha aderito alla prescrizione. Su consiglio dei direttori fissa un nuovo colloquio con lo psichiatra del polo ospedaliero, e rimane piacevolmente sorpreso dall’atteggiamento accogliente del professionista che non stravolge la terapia esistente ma la integra prospettando un lento scalaggio: “Gli ho raccontato di mio figlio, mi ha impressionato che non mi abbia riempito di pastiglie, mi ha detto soltanto prendi la ... ce l’ho scritto, vi ho portato anche la ricetta così potete

vederla. Mi ha anche lasciato il suo numero e mi ha detto se c'è qualcosa che non va lei mi chiama. Fra un po' mi chiama comunque per vedere come va." (sessione 31). Il gruppo ha favorito il superamento di una ansia anticipatoria che si è rivelata infondata, smentita dall'incontro reale con il professionista. *"Anche se prima di chiamare mi sono fatto le menate, l'ho chiamato e ho detto che ero un suo paziente e... vabbè è stata una bella iniziativa, però sudata! non mi sono fatto minacciare dalla mia ansia e dalla mia paura e ho chiamato"*.

Successivamente G. altererà nuovamente l'assunzione dei farmaci, guidato dalla sensazione di esserne dipendente, ed ancora una volta dovrà affrontare la fatica di chiamare lo psichiatra per comunicarlo: *"Sono in lotta con le pastiglie, quando non le prendo mi sento male, allora ho ricominciato a prenderle, ho bisogno di queste pastiglie"* (sessione 39). Tali movimenti appaiono ciclici, e ad ogni ciclo ricompare la frustrazione di ripetere le stesse dinamiche, ma anche, e sempre maggiore, la consapevolezza di poterle affrontare.

6. La sfida dell'integrazione

A conclusione del percorso nel gruppo che mi ha visto co-conduttore G. si trovava ad affrontare una sfida fondamentale, ovvero quella di trovare una sintesi armonica, un dialogo fluido tra le parti di sé che popolano il proprio teatro interiore. Attraverso il percorso di gruppo le figure del mondo interiore hanno cominciato a definirsi, ad emergere dall'indistinto, ma tali figure appaiono ancora relegate in settori separati in modo non permeabile. Uno dei sentimenti più spesso riportati da G. è l'ambivalenza, che lo porta ad una faticosa elaborazione mentale che spesso non trova alcuna conclusione. Come se la ricchezza emotiva emersa nel gruppo e finalmente espressa dovesse ora trovare un accordo interno, pena un continuo movimento oscillatorio tra opposti che rende faticoso l'avanzamento: *"Prendo un giallo, il giallo è meglio, è tra il verde e il rosso, io sono così, tra verde e rosso! Il verde rappresenta la mente che*

cammina bene, il G. che sta cominciando, che dovrebbe arrivare ad essere un G. più sicuro di sé stesso, parliamo di una mente vivente al 100%.. rosso sono gli alt, tutto dev'essere "filtrato", giusto." A volte G. riporta una certa incredulità per come si percepisce diverso all'interno e fuori dal gruppo: capace e sicuro nel primo contesto, impacciato ed ansioso nel secondo. G. parlando di sé stesso: *"G. nel gruppo si sente libero di esprimersi, G. fuori dal gruppo si nasconde e ha paura"*. (sessione 53)

Sfida futura per G. sarà l'integrazione e la trasposizione di ciò che ha sperimentato anche in altri ambiti di vita, continuando il processo di riconoscimento, definizione e valorizzazione del proprio mondo interiore. Questo difficile ma esaltante processo non potrà che passare dalla sperimentazione di atti creativi e spontanei capaci di rispondere a situazioni del reale in modo adeguato al momento, superando strategie stereotipate.

DISCUSSIONE:

La terza età è spesso caratterizzata da sentimenti di solitudine, isolamento, perdita e lutto, cambiamenti dei ruoli familiari e sociali, deflessione del tono dell'umore (G. Cesa Bianchi, O. Albanese, 2004; Scocco P., De Leo D., Pavan L., 2001; R. DeBeni-E. Borrella, 2015). Appare più che mai attuale la sfida di offrire servizi di salute mentale adeguati ed efficaci in risposta alle specificità di una parte di popolazione in continua espansione.

Il presente studio pilota intende valutare l'utilità di indagare in modo più approfondito l'efficacia dell'intervento di gruppo con modalità psicodrammatiche nel rispondere alle specificità poste dalla fascia di età over 65.

L'elaborazione e l'analisi dei dati paiono confermare l'efficacia della metodologia utilizzata, mostrando un accordo dei risultati emersi dall'analisi qualitativa dei trascritti delle sessioni ed i risultati della somministrazione di un test standardizzato. I risultati

suggeriscono come il setting psicoterapico psicodrammatico abbia facilitato l'evoluzione psicologica di tutti i partecipanti, nella percezione soggettiva di benessere, nella riduzione della sintomatologia e nel funzionamento sociale e relazionale. In modo particolare nel caso analizzato, attraverso i trascritti delle sessioni si è potuta evidenziare una progressiva presa di contatto con il proprio mondo emotivo e una rilettura in chiave adattiva e fluida dei propri ruoli di padre, marito e volontario, nonché una maggior aderenza al trattamento farmacologico prescritto.

La conduzione e l'analisi del percorso di gruppo in oggetto ha permesso l'emergere di alcune riflessioni circa le risposte specifiche dell'approccio moreniano alle esigenze tipiche di questa fascia di età.

Come già riportato in precedenza uno dei fattori di rischio principali per i pazienti over 65 è l'isolamento. L'invecchiamento spesso espone l'anziano all'esperienza della perdita di familiari e persone care; inoltre, le limitazioni fisiche e il mutamento dei ruoli lavorativi concorrono alla perdita di reti relazionali e di socialità. Lo psicodramma offre un'esperienza di profonda appartenenza, attraverso la presenza di contro ruoli, il rispecchiamento e la condivisione. L'incontro è il fondamento della metodologia moreniana, inteso come un Io e un Tu che stabiliscono un rapporto di reciprocità, incontro che si rende concreto nello "stare insieme, ritrovarsi, essere a contatto fisico, vedersi e osservarsi, condividere, amare, comprendersi, conoscersi intuitivamente attraverso il silenzio, il movimento, la parola o il gesto" (Boria, 2012). Inoltre il senso di appartenenza è favorito dalla qualità della relazione nel setting psicodrammatico: reale, calda e presente, contrapposta alla relazione transferale, inadeguata alla situazione e ripetitiva. Sempre in relazione al senso di perdita e al lutto appare centrale il tema della separazione, che deve essere sempre ben presente nella mente del conduttore, il quale dovrà porre particolare attenzione all'uscita di partecipanti dal gruppo (anche quando concordata) e all'eventuale cambio di terapeuta.

Un secondo elemento tipico del paziente in età avanzata, intimamente legato a quello precedente, è quello dei pensieri svalutanti e del senso d'inutilità. Anche in questo caso

lo psicodramma offre strumenti particolarmente adatti in quanto metodo d'azione. All'interno del gruppo psicodrammatico la circolarità e la simmetria conducono infatti ogni membro a conquistare uno spazio personale di espressione e l'azione, nella propria alternanza con l'osservazione, è una qualità imprescindibile del metodo, antitetica alla passività. I membri del gruppo si attivano quali agenti terapeutici gli uni per gli altri, cosa che restituisce dignità e senso di efficacia. L'autosvalutazione è inoltre contrastata dalla funzione di specchio del gruppo, che spesso rimanda un'immagine nutriente al singolo, non di rado misconosciuta, favorendo così una validazione personale.

Bisogna tener conto che per il paziente anziano l'orizzonte primario e il luogo mentale principe è quello della memoria e della rilettura della propria storia. Spesso questa è caratterizzata da rinunce e dall'assunzione di un ruolo di supporto, talvolta dal sacrificio. Tali elementi possono essere riletti in un'ottica costruttiva evidenziandone il valore positivo di capacità e dono che ha consentito, ad esempio, l'unità familiare o l'emancipazione dei figli. Lo psicodramma classico possiede strumenti specifici utili alla risignificazione della propria storia personale; i ricordi, anche remoti, riprendono vita e possono essere meglio integrati nel mondo interiore, non sono solo condivisi ma rivissuti, con tutta la partecipazione emotiva e corporea che la rappresentazione scenica consente.

Ulteriore elemento spesso condiviso dai pazienti over 65 è il profondo mutamento dei ruoli personali e sociali. L'anziano sperimenta numerosi cambiamenti sul piano relazionale: con il pensionamento non è più parte del ciclo produttivo e del mondo del lavoro; vengono meno ruoli familiari, come quello di genitore (non sempre sostituito da quello di nonno); o ancora, la coppia si ritrova in una fase nuova non mediata dalla presenza dei figli. A fronte di queste "perdite", una persona anziana sperimenta anche la possibilità di riconquistare ambiti sino a questo momento marginali o preclusi a causa della mancanza di tempo, come il volontariato, gli hobby, etc. Lo psicodramma attraverso l'azione scenica favorisce l'esplorazione e la sperimentazione di ruoli nuovi in un ambiente protetto e la coesistenza armonica dei ruoli già presenti.

Ultimo elemento caratteristico è rappresentato dalla frequente presenza di tendenze depressive. Con un lavoro di gruppo psicodrammatico la risonanza di pensieri depressivi viene ridotta grazie all'attenzione consapevole (intenzionale e non giudicante) rivolta all'esperienza nel "qui e ora" e al decentramento, che favorisce la comprensione emotiva attraverso il processo di "mettersi nei panni dell'altro". Questo tipo di percorso favorisce la ricostruzione graduale di una trama di emozioni positive, centrate sul momento presente e sulla ristrutturazione in positivo della visione di sé, del mondo e del futuro. Le capacità cognitive, comportamentali ed emotive dell'anziano sono così riattivate ed ampliate, con una riduzione significativa dei rimuginii associati alla depressione geriatrica.

BIBLIOGRAFIA:

Altman, K. P. (1983). *Psychodrama with the institutionalized elderly: A method for role re-engagement*. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 36(3), 87–96.

Boria G. *Psicoterapia psicodrammatica*, Franco Angeli, Milano, 2005

Boria M.C., *Arte-terapia e psicodramma classico*, Vita e Pensiero, Milano, 2006

Buchanan, D. R. (1982). *Psychodrama: A humanistic approach to psychiatric treatment for the elderly*. *Psychiatric Services*, 33(3), 220-223.

Carman, M. B., & Nordin, S. R. (1984). *Psychodrama: A therapeutic modality for the elderly in nursing homes*. *Clinical gerontologist*, 3(1), 15-24.

Carvalho M. J, Faustino I., Nascimento A. & Sales, *Understanding Pamina's recovery: An application of the hermeneutic single- case efficacy design*.

Cesa Bianchi – Albanese, *Crescere e invecchiare*, 2004, Unicopli

Cesa Bianchi M., *L'ultima creatività. Luci nella vecchiaia*, Springer Verlag, Milano, 2011

Cheraghi, F., & Nemat Tavousi, M., (2020). *The Effectiveness of psychodrama on social adjustment and subjective well-being in elderly*. *Aging Psychology*, 6(2), 149-163.

Dal Sasso F. Pigatto S, *L'anziano e la sua memoria*, Bollati Boringheri, Torino, 2001

De Leonardis P., *Il processo di riscaldamento alla spontaneità e lo sviluppo dei ruoli*, in *Rivista di psicodramma classico*, anno XVIII, numero 1-2, dicembre 2016

De Leonardis P., *Lo scarto del cavallo*, Franco Angeli, Milano, 1994

Del Castello E. *La memoria autobiografica*, Milton H. Erickson Institute of Capua, 2010

Dotti L., *La forma della cura*, Franco Angeli, Milano, 2013

Dotti L., *Lo psicodramma dei bambini*, Milano, Franco Angeli, Milano, 2002

Gala C., *Psicogeriatría medica*, McGraw-Hill, 2016

Knight B.G. *Psychotherapy with Older Adults*, Thousand Oaks, 1996

Kontos P.C., Mitchell G. J., Mistry B. & Ballon B. (2010) *Using drama to improve person-centred dementia care*. *International Journal of Older People Nursing*

Mardi, N., Arefi, M., Momeni, Kh., & Amiri, H. (2020). *The Comparison of the effectiveness of psychodrama, reminiscence and rational-emotional and behavioral treatment on death anxiety in the elderly*. *Aging Psychology*, 6(2), 131-148.

Moreno J. L., *Gli spazi dello psicodramma*. Roma, Di Renzo, 1995 (ed. originale: *Psychodrama, Second Volume*, Beacon N.Y., Beacon House, 1959; II ed. 1975)

Moreno J. L., *Il concetto di ruolo: un ponte tra la psichiatria e la sociologia* in *American Journal of Psychiatry*, pag. 520 in Boria G. *Psicoterapia psicodrammatica*, Milano, Franco Angeli, 2005

Moreno J. L., *Il profeta dello psicodramma*. Di Renzo, Roma, 2002

Moreno J. L., *Il teatro della spontaneità*. Firenze, Guaraldi, 1980 (ed. originale: *The theatre of spontaneità*, Beacon N.Y., beacon House, 1947)

Moreno J. L., *Manuale di psicodramma. Il teatro come terapia*. Roma, Astrolabio, 1985 (ed. originale: *Psychodrama, First volume*, Beacon N.Y., Beacon House 1946; IV ed. 1977)

Moreno J. L., *Manuale di psicodramma. Tecniche di regia psicodrammatica*. Astrolabio, Roma, 1987 (ed. originale: *Psychodrama, Third volume*, Beacon N.Y., Beacon House, 1969; II ed. 1975)

Moreno J. L., *Principi di sociometria, di psicoterapia di gruppo e sociodramma*. Milano, Etas Kompass, 1964 (ed. originale: *Who Shall Survive?* Beacon N.Y., Beacon House, 1954)

Osman, O. (2005). *The elderly, nursing homes and life voyages: a psychodrama group study*. *Turk Psikiyatri Dergisi, Turkish Journal of Psychiatry*, 16(2), 124-132.

P. Romano, *Appunti del centro terapia cognitiva*, Vol. 10, Milano 2012

R. DeBeni-E. Borrella, *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*, Il Mulino, 2015

Scocco P., De Leo D., Pavan L., *Manuale di Psicoterapia dell'Anziano*, 2001, Bollati Boringhieri

Scortegagna R, *Invecchiare*, Il Mulino, Bologna, 2005

Tartaglini M. R. “*Dove portano i passi che facciamo?*” *Rivista psicodramma classico*, anno XVII, numero 1-2, novembre 2015

Vinciguerra C., “*Il tempo come confine*” *Tesi di specializzazione in Psicoterapia Psicodrammatica presso la Scuola dello Studio di Psicodramma di Milano (dir. G. Boria)*

Wilkinson P, *A pilot randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural group intervention to reduce recurrence rates in late life depression*, 2009, *International Journal of Geriatric Psychiatry*

Wilson K, Mottram PG, Vassilas C. *Psychotherapeutic treatments for older depressed people*, 2009, *The Cochrane Collaboratio Published by J. Wiley & Son*

Motori di ricerca: *Pubmed; Scopus; Google Scholar*



“Non è mai troppo tardi per avere un’infanzia felice”

Richard Bandler