

Studio di Psicodramma di Milano  
Scuola di specializzazione in Psicoterapia

Specializzanda

Dott.ssa Daniela Bianchi

Tesi di Diploma

L'utilizzo della terapia psicodrammatica e psiconcologia:  
*tematiche al femminile*

Anno Accademico 2022

## Indice

|  |          |
|--|----------|
| <b>Introduzione.....</b>   | <b>3</b> |
| <br>   |          |
| <b>1. Terapia di gruppo e psicodramma con pazienti oncologici: una <i>review</i> della letteratura</b>         |          |
| <br>   |          |
| 1.1. Diagnosi di cancro e situazione dei pazienti.....   | 5        |
| 1.2. Patologia oncologica, <i>coping</i> e resilienza.....   | 7        |
| 1.3. Le caratteristiche della terapia di gruppo e la sua applicazione ai pazienti oncologici.....              | 11       |
| 1.4. Lo psicodramma in ambito oncologico.....  | 20       |
| 1.5. Gli studi condotti a livello internazionale ed italiano.....  | 25       |
| 1.6. Gli esiti della letteratura e le indicazioni operative.....   | 30       |
| <br>   |          |
| <b>2. Gli aspetti operativi della terapia di gruppo e dello psicodramma a vantaggio di pazienti oncologici</b> |          |
| <br>   |          |
| 2.1. Lo psicodramma classico.....  | 33       |
| 2.2. L'organizzazione dello psicodramma e le dinamiche psicologiche elettive.....                              | 36       |
| 2.3. La relazione di <i>tele</i> .....   | 41       |
| 2.4. I ruoli e la gestione della sessione.....   | 44       |
| 2.5. Gli esiti attesi e le barriere psicologiche.....  | 50       |
| 2.5.1. L'obiettivo diagnostico.....  | 53       |
| 2.5.2. Lo psicodramma come facilitatore della comunicazione.....   | 56       |

### **3. Una ricerca condotta su alcune pazienti oncologiche**

|  |    |
|--|----|
| 3.1. La domanda di ricerca e il contesto di osservazione.....          | 59 |
| 3.2. La metodologia di analisi: le sessioni in presenza e on line..... | 61 |
| 3.3. Le caratteristiche del campione coinvolto.....                    | 65 |
| 3.4. I dati anamnestici delle pazienti.....                            | 71 |
| 3.5. I tempi e l'organizzazione della rilevazione.....                 | 74 |

### **4. Gli esiti della ricerca e le indicazioni operative**

|   |     |
|---|-----|
| 4.1. Le tematiche emerse.....                                   | 79  |
| 4.2. I pensieri e le considerazioni delle quattro pazienti..... | 83  |
| 4.3. Analisi tematica delle interazioni.....                    | 104 |

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| <b>Conclusioni.....</b> | <b>107</b> |
|-------------------------|------------|

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <b>Bibliografia.....</b> | <b>109</b> |
|--------------------------|------------|

## **Introduzione**

L'aumento dei casi di patologie tumorali, portando con sé l'angoscia di una malattia insidiosa e il peso di trattamenti debilitanti, comporta traumi e disagi psicologici. Una diagnosi di cancro genera in un primo tempo una sensazione di incredulità, per poi lasciare posto alla rabbia, all'angoscia e alla disperazione. Tali stati d'animo sono spesso aggravati dall'incapacità di dare un senso all'*iter* terapeutico e di rassegnarsi alle alterazioni corporee determinate dagli interventi.

Le donne con diagnosi tumorale, inoltre, vivono spesso una condizione di isolamento, determinata dal malessere psicologico e da un'effettiva tendenza dei familiari e degli amici a far fronte a una situazione emotivamente complessa. Tali donne avvertono il bisogno di sostegno psicologico competente e di un supporto sociale efficace. Gli interventi di gruppo in ambito oncologico hanno preso avvio negli anni Cinquanta del Novecento e hanno confermato la loro efficacia nei decenni seguenti, elaborando ambiti e modalità di applicazione sempre ampi e diversificati.

Un interesse più circoscritto (e del tutto immotivato) ha caratterizzato lo psicodramma classico, ideato da Jacob Moreno. Si tratta di un metodo d'approccio psicologico diretto a favorire lo sviluppo personale e in grado di permettere all'individuo di esprimere le diverse dimensioni della sua vita attraverso la forma dell'interazione teatrale. La finalità dello psicodramma moreniano è sollecitare il soggetto alla spontaneità e alla creatività, due elementi fondamentali che permettono di sviluppare e ampliare modalità di comportamento adatte a soddisfare i bisogni dell'individuo. Tale intervento di sostegno presenta caratteristiche che lo rendono applicabile e adatto a un paziente oncologico. Il setting psicodrammatico favorisce, infatti, la creazione di un clima accogliente in cui il paziente, mediante le tecniche psicodrammatiche, è in grado di esprimere se stesso e i propri stati d'animo in forme meno dirette e dolorose. Inoltre, lo psicodramma promuove la presa di coscienza dei nuclei vitali e più profondi, spesso resi inattivi dalla malattia, oltre a favorire lo sviluppo di legami che consentono di condividere esperienze di sofferenza e che permettono al paziente di ristrutturare le relazioni già esistenti. Infine, la tecnica dell'inversione di ruolo, vale a dire la possibilità di calarsi nei

panni altrui, mette il soggetto con una diagnosi tumorale nella condizione di intravedere nuove modalità di azione e di pensiero con le quali fare fronte alla malattia.

Questo lavoro si propone di illustrare gli esiti di un'esperienza personale, consistente nell'utilizzo dello psicodramma classico a vantaggio di un gruppo di donne colpite da tumore. L'iniziativa è stata realizzata nel contesto della struttura complessa di Psicologia Clinica dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano.

In questa prospettiva il primo capitolo descrive l'impatto della patologia oncologica in termini di angoscia e sofferenza personale, per poi spostare l'attenzione sulle caratteristiche della terapia di gruppo in generale e dello psicodramma in particolare. Grazie al meccanismo psicodrammatico, il soggetto oncologico può impersonare e manifestare emozioni e stati affettivi che riguardano la sua dimensione più profonda. I gruppi supportivo-espressivi con pazienti oncologici hanno lo scopo di creare quattro fattori di sostegno: legami sociali, in un'ottica di aiuto per fronteggiare l'isolamento sociale determinato dalla malattia; uno spazio protetto, dove le emozioni possono essere espresse nella loro totalità e complessità, uscendo quindi dall'isolamento emotivo che nasce a difesa dell'angoscia sia nei pazienti che nei loro familiari; un contesto relazionale comunicativo, dove è possibile pensare alla morte e al morire, evitando che i pazienti restino da soli con i loro pensieri; uno spazio interpersonale dove, grazie al confronto, si ridefiniscono le proprie priorità esistenziali, sulla base di un principio di realtà che tiene conto della malattia e delle sue prospettive.

Il secondo capitolo prende in esame gli aspetti operativi dello psicodramma. Si intende illustrare la sua organizzazione e le dinamiche psicologiche elettive, la relazione di *tele*, i ruoli e la gestione della sessione. Il terzo capitolo intende descrivere gli aspetti metodologici dell'intervento, il quarto riporta i suoi risultati dialettico-psicologici, cercando di evidenziare se la modalità di svolgimento dell'intervento di aiuto, basato sulle tecniche dello psicodramma classico, sia effettivamente efficace nel generare reazioni positive nei fattori terapeutici di cambiamento.

Capitolo primo  
**Terapia di gruppo e psicodramma con pazienti oncologici:  
una *review* della letteratura**

**1.1. Diagnosi di cancro e situazione dei pazienti**

Nel corso degli ultimi decenni l'attenzione del mondo medico si è spostata da un modello esclusivamente bio-medico a un modello bio-psico-sociale. Tale nuovo approccio propone una visione olistica della persona e, prendendo in considerazione l'insieme degli aspetti fisici e psichici (come espressione di un pieno stato di benessere), attribuisce una particolare attenzione ai vissuti emotivi e al loro riconoscimento nell'ambito delle situazioni di malattia (Bertini, 2013)<sup>1</sup>.

Nelle situazioni di malattia, l'attenzione alla condizione emotiva del malato è oggi considerata un elemento imprescindibile nel modello bio-psico-sociale. Questa attenzione facilita nel paziente la comprensione del percorso di cura, la *compliance* verso il progetto terapeutico, l'accettazione attiva della malattia stessa. Il supporto emotivo e la riflessione interiore, in particolare, possono aiutare a meglio integrare questa esperienza difficile dentro il proprio percorso di vita.

Tra le malattie più frequenti nel mondo occidentale, quelle oncologiche hanno una posizione specifica, sia per la loro frequenza, che per la severità dell'*iter* terapeutico (caratterizzato da operazioni spesso invasive e percorsi terapeutici debilitanti). A questo tipo di patologie è spesso associato un vissuto di drammaticità e di pericolo. La notizia di malattia viene percepita, infatti, come “una specie di agguato all'interno del proprio percorso di vita” (Bertini, 2013, p. 76). Nell'immaginario individuale e collettivo, del resto, il cancro è associato

---

<sup>1</sup> Secondo la General System Theory elaborata da von Bertalanffy (2004), tutti gli elementi, individuali e di contesto sono funzionalmente connessi, in un processo di reciproco influenzamento. I processi biochimici che presiedono al funzionamento del corpo interagiscono con le dinamiche relazionali e sociali che coinvolgono un soggetto nella sua quotidianità.

solitamente alla sofferenza fisica e psichica, all'impotenza, all'angoscia e alla probabilità di morte (Costantini et. al., 1998).

Alcuni autori hanno applicato all'esperienza del cancro la metafora del viaggio. Si tratta di un viaggio inatteso che costituisce, come altre esperienze difficili, un "accidente durante il percorso, ed è sempre qualcosa di inaspettato per il suo presentarsi come rottura traumatica all'interno del viaggio esistenziale" (Lepri, 2011, p. 14). La letteratura evidenzia, peraltro, come questa malattia possa diventare anche occasione di scoperta interiore, maturazione e attribuzione di senso, come emerge per esempio dagli studi che trattano della cosiddetta "crescita post-traumatica" (Silva, Moreira e Canavaro, 2012).

La reazione più frequente a una malattia è costituita da uno stato di stress di natura fisico-psichica. Il dolore in questi casi, oltre che essere una risposta d'allarme a un pericolo, assume altri significati e può diventare un modo per richiedere aiuto. Come è stato osservato, "il cancro è un qualcosa capace di paralizzare, di annientare, una minaccia alla propria identità ed integrità, al proprio equilibrio emotivo; è un fenomeno in grado di scatenare una catastrofe esistenziale, di stravolgere vite umane, non solo a livello fisico ma anche psicologico, non è possibile infatti separare il corpo dalla sfera psichica" (Lemmi, 2005, p. 2).

Nonostante i successi nelle cure, l'aumento della sopravvivenza e anche i frequenti casi di guarigione, la ricerca in ambito psicosociale evidenzia come la patologia oncologica sia tuttora quella maggiormente temuta (Clarke-Everest, 2006). La capacità di fronteggiare la malattia risente, sul piano psicologico, della variabilità individuale, cioè delle caratteristiche di personalità, delle difese messe in atto da un soggetto, dell'età, della qualità dei legami familiari, delle aspettative e del significato che ciascuno di noi attribuisce all'esistenza.

In proposito, da vari studi (Chen-Chang, 2012) emerge che gli esiti psicosociali della malattia possono essere influenzati dalle modalità individuali di fronteggiare il cancro. La risposta emotiva dipende, cioè, dalla capacità di ogni soggetto di raggiungere, progressivamente, un certo adattamento psicologico alla nuova situazione, trovando un nuovo significato e nuove risposte, anche attraverso

risorse di tipo spirituale (Thuné-Boyle et al., 2013). Lo stato psico-emotivo del paziente è, quindi, un punto fondamentale della terapia delle patologie oncologiche. Ogni tipo di supporto parte, infatti, dalla conoscenza delle conseguenze psicologiche del cancro sulla psiche del paziente, comprendendo “quanto essa possa incidere in modo mutativo sulla mente del paziente e sulle sue prospettive esistenziali” (Bertini, 2013, p. 81). La malattia oncologica è in grado, infatti, di rimodellare il nostro “essere nel mondo”. Essa, nello stesso tempo, dà modo di “rimodellare il viaggio della nostra esperienza di vita, fino a consentirci, talvolta, di percepirla con occhi nuovi, secondo i significati che ciascuno è stato in grado di elaborare attraverso i percorsi individuali e spirituali nella risposta al cancro” (Bertini, 2013, p. 81).

## 1.2. **Patologia oncologica, *coping* e resilienza**

Nelle pagine precedenti è stato evidenziato come la diagnosi di cancro generi nel soggetto, oltre a un senso di angoscia ed impotenza, uno stato di confusione e smarrimento. La necessità di sottoporsi a operazioni e cure spesso invasive e debilitanti spinge l'individuo in una condizione in cui la malattia diventa l'elemento centrale della quotidianità. Spesso, inoltre, è necessario convivere con un corpo menomato da operazioni chirurgiche che determinano la perdita di parti importanti di sé e impongono dolori e disfunzionalità (Lemmi, 2005).

Il soggetto con una patologia oncologica deve affrontare una serie di alterazioni che agiscono sulla dimensione fisica e psicologica:

- il corpo viene percepito come diverso e colpito nella sua integrità;
- la forza fisica viene ridotta dai trattamenti medici;
- la qualità della vita viene deteriorata dal dolore, dalle preoccupazioni e dagli impegni terapeutici;
- l'identità precedente va in crisi in quanto 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;

- l'autonomia e l'indipendenza personale possono ridursi (Gabanelli, 2021).

Toscano (2001) sottolinea come le espressioni più frequenti della crisi del malato oncologico siano “il rifiuto, come negazione della propria malattia ed ostacolo alla *compliance* in fase terapeutica; l'ansia, come paura della morte, della perdita di capacità fisiche e possibilità affettive; la depressione, come perdita di motivazioni e di emozioni, rassegnazione”. La possibilità di ricevere informazioni sul decorso e la possibilità di dialogare e di ricevere supporto consentono di ridurre l'ansia e di avviarsi verso un percorso di maggiore padroneggiamento e di progressiva e graduale integrazione dell'evento malattia dentro la propria vita (Janiszewska et al., 2008). Questo processo vale per ogni tipo di patologia e naturalmente anche per il cancro.

Tale reazione può essere spiegata in base alla teoria dell'adattamento cognitivo (Taylor, 1983). Secondo questo approccio i pazienti, attraverso la ricerca di informazioni e di supporto cercano di trovare una via di uscita, cioè di mantenere un senso di controllo sull'evento malattia e quindi sulla propria vita, per arginare il vissuto di minaccia e di sopraffazione. La ricerca di aiuto è determinata anche dal fatto che il soggetto deve confrontarsi con la paura di recidive, l'impressione che il recupero della salute non abbia raggiunto un livello soddisfacente, l'eventuale perdita di alcuni aspetti funzionali, la sensazione individuale di vulnerabilità che colpisce profondamente il senso del sé (Morasso-Di Leo, 2018).

Gli studi sullo *stress* e sul *coping* hanno illustrato i processi di risposta agli eventi stressanti attraverso modelli di lettura diversi, dal binomio stimolo-risorse di Lazarus del 1966, fino alla teoria della conservazione delle risorse di Hobfoll (2010). Questa importante area della ricerca psicosociale ha ampliato l'analisi dei fattori in base ai quali l'individuo reagisce agli eventi stressanti e la dinamica della loro interazione, spaziando anche in altri ambiti della ricerca psicologica, in particolare in quello psicodinamico, che valorizza in modo particolare le determinanti emotive, i bisogni di sicurezza e l'autostima.

Tra i meccanismi psicologici che danno luogo alla capacità di adattarsi agli eventi stressanti, un ruolo fondamentale hanno i meccanismi del *coping* e dell'*appraisal*. Si tratta di due costrutti che rientrano nel più ampio processo di

regolazione delle emozioni. La loro importanza sta nel fatto che, nella vita quotidiana, le persone sono costantemente impegnate a valutare (*appraisal*) ciò che succede attorno a loro e a rispondere (*coping*) in modo selettivo e finalizzato a ciò che si presenta come un pericolo, una minaccia o una ricompensa. Le emozioni sono l'esito, quindi, di come l'ambiente è valutato dal soggetto in relazione al proprio benessere e al raggiungimento dei propri obiettivi. Ciò significa che il fattore determinante è costituito dal significato delle situazioni in quanto stimoli e non dalla loro natura oggettiva (Malaguti, 2005). In particolare, il termine *coping* indica l'insieme delle strategie cognitive (o mentali) e comportamentali messe in atto da un soggetto per fronteggiare una situazione di *stress*. In altre parole, si riferisce sia a ciò che un individuo fa effettivamente per affrontare una situazione difficile, fastidiosa o dolorosa o a cui comunque non è preparato, sia al modo in cui si adatta emotivamente a tale situazione. Nel primo caso si parla di *coping* attivo, nel secondo di *coping* passivo<sup>2</sup>.

Più di recente, la letteratura sulla malattia oncologica ha fatto riferimento alla nozione di resilienza. Questa può essere definita come la capacità dell'individuo di fare fronte con successo alle avversità che incontra. Essa consiste, secondo Cyrulnik e Malaguti (2011, p. 4), “nella capacità o nel processo di far fronte, resistere, integrare, costruire e riuscire a riorganizzare positivamente la propria vita nonostante l'aver vissuto situazioni difficili che facevano pensare ad un esito negativo”. In generale, quindi, la nozione di resilienza comprende due elementi: l'esposizione a un rischio significativo; l'adattamento positivo malgrado l'importanza della minaccia cui è sottoposto lo sviluppo del soggetto<sup>3</sup>.

Negli ultimi anni, lo studio del supporto psico-emotivo, in relazione al concetto di salute, di *coping* e alle strategie di adattamento psicologico è stato

---

<sup>2</sup> Lazarus e Folkman, nel saggio *Stress, Appraisal and Coping*, definiscono il coping come: “l'insieme degli sforzi comportamentali e cognitivi, volti alla gestione di specifiche richieste esterne e/o interne, valutate come situazioni che mettono alla prova o che in ogni caso eccedono le risorse di una persona” (Lazarus e Folkman, 1984, p. 141). I due autori precisano, inoltre, che questi sforzi sono finalizzati a ridurre, minimizzare, padroneggiare, sopportare tali richieste.

<sup>3</sup> Il termine deriva dal verbo latino *resalio* (da *re* e *salio*) che significa, in senso figurato, non essere toccati da qualcosa (di negativo). Storicamente, esso è stato utilizzato in un primo tempo nell'ambito della fisica per denotare la proprietà di un materiale di resistere a sollecitazioni ed urti, riprendendo la sua forma o posizione. Un significato analogo si ritrova anche in altre discipline come la biologia per la quale la resilienza è la capacità di autoripararsi dopo un danno (Malaguti, 2005)

oggetto di studio. Gli studiosi tendono, infatti, a collegare una prognosi favorevole a un atteggiamento resiliente di fronte alla malattia.

Gli studi realizzati su campioni ampi di malati di cancro hanno preso avvio nella seconda metà degli anni '80 del secolo scorso. La ricerca di Goodkin (1986) ha preso in esame lo *stress* e lo stile di *coping* nel carcinoma della cervice da parte di un gruppo di donne. Le pazienti sono state sottoposte alla valutazione psicologica prima che la diagnosi fosse nota. Gli autori hanno riscontrato che le pazienti caratterizzate da elevati livelli di pessimismo, di disperazione e di alienazione sociale presentavano una correlazione più marcata tra *stress* e progressione della patologia.

Lo studio di Greer (1990), durato quindici anni, ha confermato come, a parità di condizioni cliniche iniziali, “i pazienti che affrontavano la malattia con senso di fatalismo, disperazione e impotenza avevano nel tempo un cattivo adattamento, con alti livelli di ansia e di depressione e un decorso peggiore della malattia rispetto ai pazienti con spirito combattivo o di negazione” (Peveri, 2009, p. 21). Le ricerche più rilevanti sono state condotte da Dunkel-Schetter e colleghi (1992). Essi hanno evidenziato in donne operate al seno e guarite dalla malattia una correlazione positiva tra la resilienza e la ricerca attiva di supporto sociale, da un lato, e lo stile cognitivo-comportamentale di evitamento dall'altro.

Dopo gli studi di Lazarus e Folkman sul *coping* la letteratura internazionale ha avviato una serie di ricerche che prendono in esame questo tipo di strategia di reazione durante la fase acuta della malattia neoplastica (diagnosi e cura). In particolare, si è cercato di analizzare le diverse modalità di far fronte a eventi stressanti, oppure si sono esaminati i fattori predittivi delle strategie di *coping* adeguate in relazione a componenti psicopatologici. Solo nel corso del nuovo millennio, di fronte a una maggiore curabilità della malattia, la ricerca si è spostata dallo studio della resilienza e del *coping* nei momenti acuti a quello delle strategie attivate nei pazienti lungo-sopravvissuti alla malattia.

La letteratura più recente ha confermato come l'atteggiamento psicologico dell'individuo possa influenzare il decorso di malattia, portando a comportamenti che possono migliorare o peggiorare la condizione patologica (Grafton et al., 2016).

La relazione tra il sistema nervoso e il sistema immunitario può provocare effetti terapeutici benefici quando lo stato emotivo del soggetto è positivo e resiliente o danneggiare quando è negativo e passivo. Ne deriva che un atteggiamento ansioso e depresso ha il potere di diminuire le difese immunitarie. Invece un atteggiamento calmo, ottimistico e sereno ha il potere di aumentare le difese immunitarie e, perciò, di facilitare il superamento della malattia.

### **1.3. Le caratteristiche della terapia di gruppo e la sua applicazione ai pazienti oncologici**

La popolazione oncologica è soggetta ad un alto rischio psicopatologico. L'avvio e la prosecuzione delle cure contro una patologia oncologica rappresentano infatti, insieme all'*iter* di approfondimento diagnostico e alla comunicazione della diagnosi, l'apice dei vissuti di ansia e *stress* per un paziente. La patologia oncologica è associata infatti "alla debilitazione, alla mutilazione, alle terapie aggressive; senza dimenticare poi lo stato di dipendenza che si può generare, l'allontanamento forzato o non dal proprio ambiente di vita ed infine il rischio di morte" (Lemmi, 2005, p. 2). Molti soggetti sono assaliti da un senso di minaccia che crea disperazione, ansia, attacchi di panico, rabbia, sintomi depressivi e un'elevata sofferenza emotiva, collegata a sentimenti negativi costanti.

Questo stato di ansia e prostrazione è all'origine sia di elaborazioni negative (auto-aggressività, idee di colpa e perdita di autostima), sia di conseguenze psicofisiche (basso tono dell'umore, disturbi del sonno, calo di peso). Il soggetto tende, inoltre, a perdere interesse per tutto ciò che lo circonda e a non provare piacere, entrando in uno stato di rallentamento o di agitazione psicomotoria (Gabanelli, 2021).

In questo contesto un ruolo fondamentale ha l'intervento sui "correlati psicologici" della patologia oncologica. L'azione sul *coping* e sulla resilienza, oltre a determinare un miglioramento della qualità della vita, aumenta infatti la capacità del soggetto di fare fronte alla malattia. L'obiettivo è quello di limitare il rischio di

effetti psicopatologici che incidono sulla vita del paziente e possono aggravare il quadro clinico.

La psicologia è in grado, in questo ambito, di fornire un rilevante supporto alla medicina oncologica. Essa opera nella fase di informazione, nel supporto psicologico post-diagnosi, nell'accompagnamento durante le terapie e nella ridefinizione di un progetto di vita. Si tratta, come osserva un autore, di “una creazione di senso, equivalente ad una ristrutturazione cognitiva, che permette l'espressione della speranza, influenza una nuova stabilizzazione identitaria e favorisce in vario modo il benessere” (Bertini, 2013, p. 80). Alcuni autori definiscono *coping* psico-emotivo questo processo, sottolineando l'importanza della ricerca di nuovi significati applicati alla situazione di difficoltà e il ruolo delle variabili dirette e indirette che possono favorire un adattamento all'esperienza di malattia.

L'intervento psicologico ha lo scopo, in particolare, di influenzare il benessere psicologico, potenziando lo spirito combattivo, diminuendo lo stile passivo e di diniego e favorendo l'accettazione delle circostanze negative che tendono a cronicizzarsi, come nel caso della malattia tumorale (Adamsen et al., 2006). La malattia oncologica può, quindi essere considerata anche come una possibilità di acquisire nuove conoscenze sulla vita, oppure come occasione per la riorganizzazione delle proprie priorità esistenziali. L'aiuto psicologico ha lo scopo, infatti, di supportare il paziente nel trovare “nuove cornici interpretative entro cui inserire la propria condizione”, permettendogli di “riscoprire se stesso all'interno della propria vicenda di malattia, e di mantenere o guadagnare – proprio a partire da questa esperienza – nuova forza emotiva, una delle caratteristiche dell'equilibrio psicologico” (Silva et al., 2012).

Circa la metà dei pazienti con una patologia oncologica e un terzo dei familiari presentano un disagio psichico più o meno rilevante e necessitano pertanto di un aiuto psicologico. Le terapie psicologiche si propongono di assistere il paziente oncologico in tutti i momenti della cura, perseguendo due specifici obiettivi:

- da un lato, diminuire i sentimenti di ansia, impotenza, alienazione e isolamento;

- dall'altro, rigenerando un quadro psicologico in grado di assicurare un buon livello di accettazione di sé, un'autoregolazione emotiva, il senso di controllo sul proprio ambiente, l'autonomia e la capacità di instaurare relazioni interpersonali positive. Queste risorse psicologiche appaiono fondamentali per affrontare l'esperienza di malattia. Mediante il trattamento, infatti, si agisce (in modo compensatorio e riequilibrante) sui livelli di ansia e sulle percezioni di sé alterate dall'angoscia e approdanti a un senso di inettitudine e sfiducia. Nello stesso tempo i trattamenti psicologici incoraggiano i pazienti ad avere una piena fiducia nella competenza medica e una maggiore *compliance*, vale a dire una maggiore responsabilità e rispondenza alle cure (Fawzy-Fawzy, 1998).

La letteratura internazionale ha evidenziato i vantaggi derivanti da quattro tipi di interventi:

- la terapia comportamentale (*behavioural therapy*), che comprende le tecniche di rilassamento, ipnosi e *biofeedback*;
- la terapia educativa (*educational therapy*), operante soprattutto attraverso la formazione diretta a rafforzare le abilità di *coping* e il senso di controllo del soggetto malato;
- la psicoterapia (in cui viene compreso il *counseling*)<sup>4</sup>;
- e la terapia di gruppo (*support groups*), il cui intervento si propone di aiutare i soggetti a esternare le loro emozioni.

Negli ultimi anni la psico-oncologia ha prestato una particolare attenzione per la terapia di gruppo. Questo intervento si è rivelato, infatti, un approccio particolarmente adatto ad affrontare solidalmente e in modo cooperativo i problemi fisici e psicologici che caratterizzano i pazienti oncologici.

L'origine di tale approccio può essere individuata negli studi condotti dallo psicanalista statunitense Trigant Burrow, che già nel 1925 usava l'espressione "analisi di gruppo" e ha coniato il termine "gruppo-analisi" (oltre a fondarne la teoria e il metodo) (Gasca, 2012). Burrow è arrivato a sviluppare una tecnica

---

<sup>4</sup> La Società Italiana di Counseling (S.I.Co.) definisce l'intervento di *counseling* come "la possibilità di offrire un orientamento o un sostegno a singoli individui o a gruppi, favorendo lo sviluppo e l'utilizzazione delle potenzialità del cliente".

grupuale di analisi e a sperimentare gruppi differenti per dimensione, qualità e durata. Nel 1928 egli ha definito un modello formalizzato, caratterizzato “dall’analisi del gruppo attraverso il gruppo” (vale a dire eliminando la posizione di privilegio dell’analista)<sup>5</sup>. Ogni membro è, nello stesso tempo, l’osservato e l’osservatore. L’idea è che ciò che emergeva da un individuo non era proprio di quell’individuo, ma era l’espressione della interazione di gruppo, il quale a sua volta era rappresentativo della società nel suo insieme. Lo scopo è dare all’individuo l’opportunità di esprimere se stesso in una situazione sociale, senza le inibizioni delle “immagini sociali” abituali.

Gradualmente è emersa, quindi, l’idea che ciò che proviene dall’individuo non riguarda solo l’individuo, ma è l’espressione dell’interazione del gruppo. Burrow ha elaborato il concetto del gruppo come matrice dinamica che a sua volta rinvia alla matrice del gruppo più vasto, che è la società<sup>6</sup>. Altri pionieri americani sono stati Edward Lazell che ha utilizzato nel 1921 presso un ospedale di Washington lezioni-conversazioni di gruppo come strumento terapeutico con pazienti schizofrenici ricoverati, spiegando in termini psicoanalitici le origini dei loro disturbi e Cody Marsch, un sacerdote poi diventato medico, che ha anticipato le comunità terapeutiche lavorando nell’ospedale di Worcester in Massachusetts con gruppi molto numerosi e promuovendo attivamente l’interazione (come “classi” di arte e di danza), così come organizzando gruppi di discussione tra i pazienti (Gasa, 2012).

Nella seconda metà nel XX secolo e nel nuovo millennio la terapia di gruppo ha fatto registrare un significativo sviluppo, affermandosi come uno degli interventi più efficaci di supporto. Il gruppo consente, infatti, di recepire, compensare e rielaborare i vissuti emotivi individuali.

Nel contesto oncologico è ormai diffusa la prassi di creare gruppi psicoterapeutici guidati da un professionista e fondati sullo scambio “orientato” di comunicazioni verbali. Questa esperienza di aiuto si è rivelata in grado sia di

---

<sup>5</sup> Che diventa soggetto all’analisi attraverso il gruppo come ogni membro.

<sup>6</sup> Dopo il 1928 Burrow ha fondato la Lifwynn (gioia di vivere) Foundation for Laboratory Research in Analytical and Social Psychiatry, fondazione che esiste ancora e fa parte dell’IAPG, Associazione internazionale di psicoterapia di gruppo.

supportare ogni singolo soggetto coinvolto nel trattamento, sia di utilizzare il gruppo come strumento terapeutico (Costantini-Grassi, 2002). L'interazione relazionale e comunicativa, nell'ambito di un gruppo, darebbe luogo infatti a un microcosmo sociale che, facendo riferimento a una socialità elementare, dà modo al soggetto di venire ascoltato, compreso e supportato. L'azione all'interno del gruppo, come osserva la letteratura sulla terapia di gruppo, mette in atto un processo di apprendimento interpersonale che promuove una cooperazione e un cambiamento sia nel singolo che negli altri partecipanti.

La terapia di gruppo ha preso avvio nella seconda metà del XX secolo, applicandosi progressivamente a nuovi gruppi di soggetti in difficoltà. Più recente è la sua adozione nel supporto a pazienti neoplastici, allo scopo sia di ridurre la portata di ansia e depressione, sia come strumento di sostegno emotivo e di veicolo informativo come la terapia di gruppo di tipo supportivo sia caratterizzata da un'elevata efficacia clinica negli interventi individuali (De Feudis et al., 2019). Il gruppo, a sua volta, impara a relazionarsi meglio rispetto alla malattia osservando le reazioni assunte dai diversi membri. L'insieme dei partecipanti come osserva Lemmi, "diviene il contesto di condivisione ed analisi degli ostacoli comuni, sviluppando un senso di universalità che allevia la sensazione di solitudine e di impotenza" (2005, p. 3).

In pratica, il gruppo ha la funzione di "cassa di risonanza" e di "area di compensazione". La prima funzione è legata al fatto che le convenzioni tra i membri consentono l'ascolto e la condivisione delle ansie del soggetto, impedendone l'isolamento e la solitudine. Nello stesso tempo, il gruppo evita che il pensiero relativo al disagio si trasformi in una ruminazione interiore. Viene eliminato, cioè, il pericolo che il soggetto "metta in atto un pensiero disfunzionale e maladattivo che si focalizza principalmente sugli stati emotivi interni e sulle loro conseguenze negative" (Waller et al., 2014). Il gruppo come "area di compensazione" ha lo scopo, per l'appunto, di spingere il soggetto a esternare la sua angoscia, le preoccupazioni e i disagi, ascoltandoli e contrastando, attraverso il dialogo, i sentimenti di impotenza e inutilità mediante l'aiuto a vicenda. L'efficacia di questi interventi ha creato le condizioni perché venissero elaborati

diversi approcci e orientamenti nelle terapie di gruppo. Queste diverse metodiche condividono, peraltro, alcune tecniche di base e fanno riferimento ai fattori terapeutici che sono sintetizzati nella tabella seguente (De Feudis et al., 2019).

**Tab. 1: I fattori terapeutici della terapia di gruppo**

|  |  |
|--|--|
| Infusione della speranza                                 | Il gruppo infonde la speranza che si possa stare meglio sia dal terapeuta che dai compagni di gruppo è un fattore terapeutico. Lo stimolo positivo fornito da coloro che condividono le stesse problematiche porta a sostanziali miglioramenti negli esiti medici.   |
| Universalità   | Il senso di unicità della disgrazia che una persona attraversa risulta spesso intensificato dall'isolamento sociale. Sentire gli altri membri del gruppo parlare delle stesse preoccupazioni rappresenta una notevole fonte di sollievo.   |
| Informazione   | Il terapeuta spiega il funzionamento psichico attraverso la psico-educazione, aiutando le persone ad osservare le reazioni dannose alla malattia.  |
| Altruismo  | E' fattore terapeutico cruciale, in quanto l'essere umano ha bisogno di sentirsi necessario all'altro. La terapia di gruppo è l'unica a dare l'opportunità ai clienti di essere di beneficio agli altri.   |
| Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare | La famiglia d'origine è nella maggior parte delle situazioni dei pazienti che effettuano una terapia di gruppo la sede delle prime esperienze profondamente insoddisfacenti. Il gruppo diventa una famiglia ed è spesso condotto da due terapeuti maschio e donna costituendosi anche come figure genitoriali. |
| Sviluppo di tecniche di socializzazione                  | Lo sviluppo di doti essenziali per il vivere sociale è un fattore terapeutico che agisce in tutti i gruppi. Attraverso il confronto i pazienti possono rendersene conto di comportamenti sociali non adattivi.   |
| Comportamento imitativo                                  | I membri del gruppo imparano osservando il modo in cui gli altri affrontano i problemi. Nel gruppo oncologico questo avviene sia per le questioni pratiche inerenti ad esami come risonanze, sia nel modo in cui esse vengano affrontate.  |
| Apprendimento interpersonale                             | Il gruppo, in quanto microcosmo sociale, enfatizza l'importanza delle relazioni interpersonali e l'esperienza emotiva correttiva. Il gruppo viene visto come contesto in cui lavorare sui modelli relazionali rigidi e limitativi, sulle distorsioni interpersonali.   |
| Coesione di gruppo                                       | Si riferisce all'attrazione provata per il gruppo. Ha come componenti il clima di gruppo, l'elusione e il conflitto all'interno del gruppo, l'alleanza, il senso di appartenenza.  |
| Catarsi  | La coesione di gruppo permette maggiore auto-svelamento. Accettazione, fiducia, sostegno del gruppo sono ingredienti sottostanti questo fattore. Una buona coesione di gruppo è una condizione sine qua non per una psicoterapia che dà buoni frutti.  |
| Fattori esistenziali                                     | I fattori esistenziali si riferiscono ai fatti esistenziali della vita: la mortalità, la libertà e la responsabilità di costruire il proprio progetto di vita, la sensazione di solitudine, la ricerca di un significato.  |

Fonte: De Feudis et al., 2019.

La prassi della terapia di gruppo ha elaborato, nello specifico ambito dell'oncologia, diversi tipi di intervento: i gruppi di informazione-educazione, i gruppi con *focus* cognitivo e *coping skill training*, i gruppi interpersonali di “recupero” o di “supporto” ad orientamento esistenziale (Lemmi, 2005). I primi due approcci prevedono un minore impiego delle occasioni di interazione e conversazione, mentre vengono privilegiate le tecniche tipiche del *setting* individuale.

I gruppi di informazione-educazione si propongono di promuovere, nei soggetti con una patologia oncologica e nei loro parenti, una maggiore conoscenza della patologia e del trattamento, un adattamento funzionale e una migliore aderenza al regime terapeutico. In questo modo ci si propone di ridurre lo stato ansiogeno derivante dalla diagnosi e dalla cura, promuovendo la percezione di efficacia personale e il senso di controllo (Gabanelli, 2021). I coordinatori organizzano alcune lezioni di gruppo, “condotte con uno stile deduttivo - didatticamente orientato, con interazione limitata a eventuali domande poste dai partecipanti” (Lemmi, 2005, p. 5).

I gruppi con *focus* cognitivo e *coping skill training* vengono organizzati per i pazienti che stanno seguendo una terapia. Si tratta di terapie di gruppo brevi (dalle dodici alle quindici lezioni), che hanno l'obiettivo di supportarne lo stato emotivo di tali soggetti e di migliorarne la risposta comportamentale. Ciò spiega sia la connotazione di tipo esistenziale ed affettiva, sia lo stile di conduzione interattivo e l'alternanza di elementi esperienziali didattici (i quali, mediante discussioni ed esercizi, si propongono di favorire la capacità di rispondere alla malattia e migliorare la gestione di alcuni sintomi). In queste terapie, come osserva Lemmi (2005), “viene stimolata un'aperta espressione e consapevolezza delle proprie reazioni emozionali ed una comunicazione autentica all'interno del gruppo, una formazione specifica per migliorare la capacità di far fronte alla malattia promuovendo comportamenti che favoriscono la salute”.

Infine, i gruppi interpersonali di “recupero” vengono attivati in presenza di pazienti che si trovano in fasi avanzate della malattia e che si trovano ad affrontare tematiche complesse di tipo personale ed esistenziale. Per questi soggetti il tempo

assume una particolare rilevanza (esistenziale e psicologica), dal momento che la malattia rappresenta una “cesura” rispetto a tre periodi percepiti come autonomi:

- il tempo passato, caratterizzato da uno stato di salute;
- il tempo presente; percepito come precario;
- il tempo futuro, avvertito come il limite massimo (più o meno breve) che separa dalla morte.

I soggetti che conducono una vita connotata dalla malattia oncologica avanzata vivono, quindi, in un “tempo sospeso”. La sospensione è determinata dal fatto che tali soggetti vivono la certezza di una “vita a tempo limitato”, a differenza degli altri individui che, anche se destinati anch’essi a morire, non hanno cognizione della durata della loro vita<sup>7</sup>. L’elaborazione del trauma è un processo complesso e spesso lungo, attraverso cui il malato deve cercare di arrivare all’accettazione del proprio male. Uno degli aspetti più problematici riguarda la percezione del tempo (passato e futuro), dal momento che la dimensione temporale viene vista sotto diverse forme ed aspetti; influenza l’azione degli operatori, richiede l’individuazione di un giusto equilibrio tra i pazienti (che tendono a vivere la loro situazione come un “tempo del corpo”, e i curanti (che vivono invece il tempo della cura). Uno studio condotto nel 2014 da Giuliani e Ghilardi (2014) ha potuto accertare come la percezione del tempo del malato di cancro in una fase avanzata sia modificata dalla prospettiva della morte e dall’incertezza circa il futuro. La revisione ha consentito di verificare quattro temi principali:

- il tempo sospeso dell’attesa, il quale varia in funzione della personalità del soggetto e su cui possono avere un ruolo rilevante coloro che si prendono cura di lui;
- il tempo del corpo malato, vale a dire la percezione del progressivo deterioramento psico-fisico;
- la prospettiva dei mutamenti nel tempo, ossia il timore di andare incontro a una situazione di sofferenza;

---

<sup>7</sup> Le neoplasie sono caratterizzate, infatti, da un’evoluzione molto varia, che dipende dal tipo di tumore e dalla sua collocazione. La classificazione delineata dall’OMS si fonda sul *grading*, vale a dire sul grado di malignità e di severità della patologia oncologica (oltre che su altri elementi).

- il tempo oltre la fine, relativo alla proiezione temporale della propria persona al di là dell'esistenza che si sta chiudendo.

Fig. 1: **I temi rilevanti della ricerca di Giuliani e Ghilardi (2014)**



Lo studio ha evidenziato alcune significative differenze circa il modo con cui i soggetti malati e quelli sani considerano la dimensione temporale e i significati che si attribuiscono al tempo. È stata osservata, in particolare, “la natura interconnessa degli aspetti fisici, sociali ed emotivi della percezione del tempo e il profondo impatto sociale determinato dalle cure offerte e ricevute” (Giuliani-Ghilardi, 2014, p. 21). Questi diversi significati del tempo evidenziano come, per la persona malata, la dimensione temporale abbia un rilievo emotivo ed esistenziale fondamentale, in grado di suscitare attese, speranze, delusioni e paure.

I gruppi interpersonali di “recupero” si caratterizzano come forme di aggregazione solidale prolungata (almeno sei-otto mesi). La loro durata permette al soggetto di creare relazioni significative ed esprimere in modo autentico e profondo le proprie emozioni, preoccupazioni e angosce. La conduzione ha una natura

induttiva e si propone di creare la massima “coesione possibile nel gruppo, attraverso la gestione della discussione, della rete di relazioni e delle dinamiche di gruppo” (Lemmi, 2005, p. 6). I soggetti che vi partecipano presentano difficoltà di tipo esistenziale: questi gruppi sono organizzati, quindi, in modo non strutturato e tale da favorire la regolazione e l’espressione delle emozioni. L’interazione viene facilitata dal terapeuta, anche se i contenuti vengono proposti dai pazienti. Il loro obiettivo, oltre al supporto emotivo e l’adattamento emozionale, è “la revisione delle priorità, il recupero della progettualità esistenziale, l’affrontare il significato personale del vivere e del morire” (Lemmi, 2005, p. 6). Il supporto del gruppo e l’espressione delle emozioni più dolorose (tristezza, paura, angoscia) permette di ridurre il livello di *stress* e di promuovere il sostegno sociale.

#### **1.4. Lo psicodramma in ambito oncologico**

Nell’ambito della terapia di gruppo predisposta per soggetti oncologici, un ruolo rilevante ha assunto, negli ultimi due decenni, la tecnica dello psicodramma.

Nelle pagine precedenti è stato evidenziato come la malattia oncologica sia all’origine di una grave sofferenza sia per la minaccia di morte che per i trattamenti dolorosi e a volte deturpanti. Spesso, inoltre, essa determina la perdita del sostegno sociale da parte di coloro (familiari e amici) che fanno parte del contesto di vita. In questi casi “l’angoscia può raggiungere i livelli che portano alla disperazione” (Lemmi, 2005). La diagnosi può creare tra i familiari un isolamento emotivo per cui le preoccupazioni, le ansie legate al cancro, tutto ciò che comporta tale malattia non possono essere comunicate per difendersi dall’angoscia. In realtà, tale comportamento difensivo fa sì che i membri della famiglia rimangano soli con le proprie ansie, togliendosi la possibilità di supportarsi emotivamente l’un l’altro. I gruppi supportivo-espressivi con pazienti oncologici hanno lo scopo di creare legami sociali in un’ottica di aiuto per fronteggiare l’isolamento sociale (Fossati, 2015).

L'etimologia del termine "psicodramma" è di origine greca, derivando dall'unione di *psiche* (mente) e *dramma* (azione). La tecnica dello psicodramma, nata a Vienna all'inizio del Novecento ed esportata negli Stati Uniti, è stata poi riportata in Europa grazie al contributo degli psichiatri francesi, che recatisi a Beacon (dove il suo creatore Jacob Moreno aveva fondato l'Accademia dello psicodramma) per apprendere la tecnica, l'hanno utilizzata nella cura dei bambini. Da allora il modello moreniano è stato adottato dalle varie scuole psicoanalitiche (Manes, 2011).

Con psicodramma si intende una specifica psicoterapia di gruppo che utilizza la drammatizzazione spontanea come strumento per risolvere problemi individuali in un contesto di gruppo. Lo psicodramma permette ai soggetti con patologia oncologica di esprimere, attraverso il gioco e la drammatizzazione, i diversi aspetti della loro vita, aiutandoli a stabilire tra tali aspetti alcuni collegamenti costruttivi. I protagonisti sono chiamati a improvvisare il loro ruolo, a esprimere il disagio, l'ansia, le preoccupazioni legate alla malattia (Boria-Muzzarelli, 2018). Il presupposto è che il soggetto tende a proiettare nella rappresentazione, cioè nella "messa in azione", la sua reale condizione psicologica. Ciò permette di sperimentare (piuttosto che raccontare) le angosce e le speranze. La rappresentazione scenica assume la forma di una finzione e permette quindi un'espressione più libera dei conflitti e dei comportamenti inadeguati, rendendoli evidenti ed espliciti (Lamiani et al., 2016). L'approccio psicodrammatico utilizza diverse tecniche proprie della metodologia d'azione, come le tecniche di autopresentazione, il rispecchiamento, l'inversione di ruolo, il doppio, lo specchio, il soliloquio, la proiezione nel futuro, la sociometria. Si tratta di una pratica che è finalizzata alla crescita personale o alla formazione professionale (Poli, et al., 2018).

Uno dei maggiori esponenti dell'approccio psicodrammatico è lo psichiatra e psicologo sociale Jacob Moreno. Egli, dopo una serie di ricerche sui piccoli gruppi, ha fondato la sociometria e ha iniziato nel 1919 la sua attività psicodrammatica sistematica. Nel 1921 Moreno ha creato lo Stegreiftheater (il Teatro della Spontaneità) e ha messo a punto la tecnica dello psicodramma classico.

Grazie a queste prime forme di interazione gruppale, Moreno ha potuto prendere atto delle potenzialità terapeutiche della recitazione spontanea (Boria, 1997). Questa tecnica è stata sviluppata successivamente negli Stati Uniti, dove egli era emigrato e aveva fondato a Beacon un nuovo teatro di psicodramma.

Moreno ha individuato gli elementi ispiratori dello psicodramma nei riti drammatici dei primitivi. In essi un gruppo di individui impersona una situazione sociale allo scopo di ottenere la “liberazione” da un male individuale e collettivo (la siccità, una malattia, ecc.) (Boria-Muzzarelli, 2018). Partendo da questa osservazione, Moreno ha definito un primo principio della tecnica psicodrammatica. Egli afferma che dalla spontaneità nasce la creatività, la quale può essere considerata come un nuovo modo di dare una risposta ad un vecchio problema. Il significato del termine “spontaneità” non è quello di uso comune: non si tratta, cioè, di mettere in atto comportamenti spontaneistici. La spontaneità è uno strumento psicologico che permette al Sé di emergere dai ruoli predefiniti e cristallizzati imposti dalla società (Lamiani, 2016).

Un secondo elemento ispiratore di Moreno è rappresentato dalla catarsi<sup>8</sup>, intesa come un processo che “libera” da un’affezione patologica<sup>9</sup>. Il metodo dello psicodramma moreniano si fonda sull’ipotesi che, per fornire ai pazienti (singolarmente o in gruppo) una nuova occasione di “reintegrazione psicodinamica e socio culturale”, è necessario ricreare le situazioni e gli eventi che causano disagio (Manes, 2011).

Nella sua forma classica il conduttore dello psicodramma ha una triplice funzione: di direttore di scena, psicoterapeuta e attore. Egli intervista i soggetti presenti, sulla base di questa interazione preliminare (prologo), viene scelta una figura centrale, il “protagonista”, in quanto il suo problema e la sua dinamica personale risultano interessanti per coloro che compongono il gruppo. Il direttore

---

<sup>8</sup> Il termine *katharsis* compare nel sesto capitolo della *Poetica*, dedicato alla definizione della tragedia e delle parti che la costituiscono. Qui Aristotele spiega che la tragedia è una rappresentazione che imita la vita, si compone di diverse parti drammatiche (scene, monologhi, parti corali) e, a differenza dell’epica che imita la realtà proponendola nel racconto, affida la narrazione dei fatti all’azione scenica degli attori. Infine, secondo Aristotele, la tragedia “è una rappresentazione che, suscitando *phobos* (timore o terrore) e *eleos* (compassione o pianto e lamento) permette (provoca) la *katharsis* di tali emozioni”: Arist., *Poet.*, 6-1449b.

<sup>9</sup> Anche Freud, negli *Studi sull’isteria*, mette in rilievo come il compito della terapia sia di recuperare “a posteriori” la scena traumatica e provocare la reazione liberatoria.

cerca quindi, scena dopo scena, una recita-gioco spontaneo, nella quale il protagonista è la figura centrale e interpreta i sogni, gli episodi, i conflitti della sua vita reale. Altre persone scelte tra l'auditorio (gli Io ausiliari) drammatizzano altri ruoli (Boria-Muzzarelli, 2018)<sup>10</sup>.

L'elemento centrale dello psicodramma moreniano è costituito, quindi, dall'incontro tra soggetti diversi, i quali formano un gruppo. Secondo lo psicoterapeuta rumeno, l'incontro è "un Io e un Tu (che) stabiliscono un vero rapporto di reciprocità soltanto quando ognuno dei due riesce ad immaginarsi e a sentirsi nei panni dell'altro. In tal modo realizzano l'incontro, cioè lo stare insieme, il ritrovarsi, l'essere in contatto fisico, il vedersi ed osservarsi, il condividere, l'amare, il comprendersi, il conoscersi intuitivamente attraverso il silenzio o il movimento, la parola o il gesto" (Moreno, 1987, p. 14). La tecnica psicodrammatica non è, quindi, né una pratica teatrale, né un semplice elemento psicologico: si tratta invece di una combinazione delle due cose.

La periodicità degli incontri crea un'atmosfera di familiarità, la quale favorisce una relazione di *tele*, vale a dire "la più semplice unità di sentimento trasmessa da un individuo verso un altro". Il *tele* è un elemento fondamentale dello psicodramma e consiste in un'empatia reciproca e in una reciproca comprensione. Il legame psicodrammatico può essere caratterizzato, peraltro, da una qualità dell'emozione molto diversa. A volte il legame si presenta come un'attrazione; altre volte come un rifiuto: una relazione di attrazione si fonda su un *tele* positivo, una relazione di rifiuto su un *tele* negativo. In ogni caso è necessario che coloro che fanno parte del gruppo assumano uno stato di spontaneità, la quale, come osserva Moreno, "opera nel presente, nel qui ed ora: essa stimola l'individuo verso una risposta adeguata ad una situazione nuova o a una risposta nuova ad una situazione già conosciuta" (Moreno, 1987, p. 62). La spontaneità, come si è già ricordato, permette di rompere gli schemi e di evitare le cristallizzazioni, stimolando la

---

<sup>10</sup> Le tecniche principali utilizzate da Moreno erano i soliloqui, l'autopresentazione, l'utilizzo del doppio, lo specchio, il mondo ausiliario, la proiezione nel futuro, la drammatizzazione del sogno e l'inversione dei ruoli.

creatività dell'individuo. Moreno definisce infatti come fattore S-C l'elemento chiave che misura l'espressione dell'individuo e la relazione con l'altro.

Lo psicodramma rappresenta, quindi, una tecnica relazionale creata con l'obiettivo di aiutare l'individuo e il gruppo a liberare e condividere la potenziale creatività inespressa. La pratica psicodrammatica ha, in particolare, una finalità diagnostica e una finalità comunicativa. La prima è legata al fatto che lo psicodramma permette al soggetto di diventare consapevole della sua situazione storico-evolutiva; la seconda deriva dalla circostanza che il gruppo, grazie al suo clima di empatia e di spontaneità, costituisce un amplificatore dei sentimenti e dei desideri, riduce i disagi legati alla condivisione dei propri vissuti e consente di mettere in comune difficoltà, problemi ed emozioni. Impersonando ruoli diversi e grazie al meccanismo della catarsi, il paziente oncologico può riportare alla luce stati d'animo, ansie, angosce ed esternare anche la propria disperazione<sup>11</sup>.

Grazie al meccanismo psicodrammatico, il soggetto oncologico può impersonare e manifestare emozioni e stati affettivi che riguardano la sua dimensione più profonda. Se è vero che lo psicodramma di Moreno è nato come terapia di gruppo con l'obiettivo di "facilitare l'individuo nella costruzione di una personalità capace di produrre ruoli adatti a sé e adeguati alle diverse situazioni interpersonali in cui egli viene a trovarsi" (Boria, 1997, p. 23), ha trovato sempre più spesso un'applicazione anche in campo oncologico.

I gruppi supportivo-espressivi con pazienti oncologici hanno lo scopo di:

- creare legami sociali in un'ottica di aiuto per fronteggiare l'isolamento sociale determinato dalla malattia;
- creare uno spazio protetto, dove le emozioni possono essere espresse nella loro totalità e complessità, uscendo quindi dall'isolamento emotivo che nasce a difesa dell'angoscia sia nei pazienti che nei loro familiari;
- creare un contesto relazionale comunicativo, dove è possibile pensare alla morte e al morire, evitando che i pazienti restino da soli con i loro pensieri;

---

<sup>11</sup> La focalizzazione dello psicodramma sul singolo soggetto lo differenzia dal sociodramma. Entrambi utilizzano i principi e le tecniche della metodologia psicodrammatica, però nel primo si rappresenta con l'azione un evento individuale, mentre nel secondo si rappresenta un evento sociale.

- creare, grazie al confronto, uno spazio interpersonale dove si ridefiniscono le proprie priorità esistenziali, “sulla base di un principio di realtà che tiene conto della malattia e delle sue prospettive” (Fossati, 2015).

Lo psicodramma classico di Moreno, come terapia supportivo-espressiva, si adatta bene ad essere usata come metodologia di intervento con i pazienti oncologici. Essa risponde, infatti, agli obiettivi evidenziati in precedenza. Inoltre, grazie all’attenzione su una persona nella sua globalità (soma, psiche, relazioni) promuove stili comunicativi interpersonali che fanno leva sulle nuove condizioni di salute dei malati, promuovendo le relazioni e l’accoglienza in un contesto relazionale protetto come è il gruppo di psicodramma. Il gruppo diventa, così, un luogo di incontro dove gli ammalati possono manifestare le loro emozioni e paure, anche nella forma della sofferenza. Infine, lo psicodramma, fondandosi sulla teoria dei ruoli, “propone un percorso di ristrutturazione in termini funzionali-adattivi del nuovo ruolo di malato di cancro, con i suoi risvolti sul piano fisico, emotivo, e relazionale all’interno della personalità dell’individuo” (Fossati, 2015, p. 25).

### **1.5. Gli studi condotti a livello internazionale e italiano**

Gli interventi di gruppo in ambito oncologico hanno evidenziato una notevole utilità ed efficacia sin dal loro esordio, intorno agli anni Cinquanta negli Stati Uniti. Successivamente essi sono stati migliorati e convalidati, dando luogo a risultati rilevanti (Spiegel-Classen, 2003). Negli ultimi decenni la terapia di gruppo ha fatto registrare ulteriori sviluppi, spingendo ad applicazioni sempre maggiori e diversificate (De Feudis et al., 2019).

Diversi studi suggeriscono che la partecipazione a gruppi di terapia o di supporto possa aiutare i pazienti oncologici ad affrontare meglio le difficoltà che una diagnosi oncologica porta con sé (Menichetti et al., 2015). La letteratura ha esplorato in particolare i benefici della partecipazione a gruppi terapeutici ad orientamento cognitivo-comportamentale o gruppi di arte terapia (Visser-Hoog, 2008). Pochi studi documentano, invece, gli effetti della partecipazione a gruppi che

utilizzano il dispositivo psicodrammatico nell'ambito oncologico. In passato, infatti, come è stato osservato, “in letteratura è già stato esplorato l'utilizzo delle terapie di gruppo cognitivo-comportamentali e delle arti creative nella cura del cancro, mentre non c'è letteratura che indaghi sul gruppo di psicodramma analitico (APG)” (Alby et al., 2017, p. 68). Questa scarsa attenzione è singolare dal momento che tale approccio presenta aspetti e metodiche che si adattano bene alle caratteristiche di un paziente oncologico. In primo luogo, come si vedrà meglio nel secondo capitolo, si tratta di un metodo attivo, che favorisce la creazione di un clima poco ansiogeno e l'allentamento dei meccanismi di difesa. In secondo luogo, l'azione fa sì che il paziente possa esprimere se stesso in modi diversi, spesso meno dolorosi, rispetto a quello verbale. Inoltre “lo psicodramma facilita il contatto con nuclei profondi e vitali, spesso coartati dall'esperienza di malattia” (Fossati, 2015, p. 24).

Un altro aspetto riguarda il fatto che nello psicodramma la dinamica di gruppo è facilitata in senso intersoggettivo. Ciò stimola la nascita di nuovi legami che supportano il paziente e permettono anche una ristrutturazione delle relazioni già esistenti. Infine la possibilità, che le tecniche psicodrammatiche offrono di calarsi nei panni altrui (inversione di ruolo) e di giocare ruoli differenti dal proprio, consente al paziente di intravedere nuove modalità di azione e di pensiero con i quali affrontare la condizione presente.

Un primo studio basato su un'esperienza psicodrammatica condotta a vantaggio di un gruppo di pazienti e familiari oncologici è quello di Vegni e colleghi (2010). Nel contributo dal titolo *Interventi di supporto per pazienti oncologici: un'esperienza di psicodramma classico*, questi studiosi illustrano gli esiti di un percorso di supporto per pazienti oncologici, basato sullo psicodramma classico. Lo studio ha riguardato otto soggetti arruolati (tre uomini e cinque donne, con un'età media di 59 anni).

La ricerca ha potuto verificare come le migliori relazioni sociali abbiano determinato una modificazione (in senso positivo) nelle rappresentazioni interne dei pazienti. Le interviste hanno registrato una generale impressione positiva in relazione al gruppo e verso lo psicodramma. Le motivazioni principali di tale apprezzamento sono consistite nel “poter esprimere se stessi in uno spazio protetto e

secondo diverse modalità; poter ascoltare ed essere ascoltati, parlando anche di morte; poter condividere il vissuto e confrontarsi, promuovendo meccanismi di auto e mutuo aiuto (Vegni et al., 2010). Le sensazioni piacevoli sono state l'esito soprattutto del fatto che lo psicodramma:

- ha permesso di stabilire legami positivi con gli altri membri;
- si è rivelato uno spazio di sfogo, di condivisione e di confronto, non creando nessuna particolare difficoltà.

Nello stesso tempo gli otto soggetti hanno sottolineato l'importanza che vi sia un conduttore professionista. La tabella seguente riporta le principali risultanze dello studio.

Tab. 2: Sintesi delle tematiche emerse dalle interviste

| <i>Domanda</i>   | <i>Risposta</i>  |
|--|--|
| <b>1. Impressioni generali rispetto al gruppo</b>                            | – Spazio neutro di sfogo (4/5)<br>– Condivisione (3/5)   |
| <b>2. Che cosa è stato di maggiore aiuto rispetto all'esperienza vissuta</b> | – Spazio neutro di sfogo (4/5)<br>– Condivisione (3/5)<br>– L'emergere di meccanismi di auto-mutuo aiuto (1/5)   |
| <b>3. Sensazioni rispetto al gruppo</b>                                      | – Sensazioni davvero positive (4/5): buone relazioni instaurate con tutti (3/5), anche con persone di differenti età (1/5)<br>– Sensazioni positive verso alcuni membri del gruppo e desiderio di maggiore apertura da parte di tutti i componenti (1/5) |
| <b>4. Soddisfazione in relazione alla durata dell'esperienza di gruppo</b>   | – Durata ottimale (2/5)<br>– Desiderio che l'esperienza continui (3/5)   |
| <b>5. Soddisfazione in relazione alla durata di ogni singolo incontro</b>    | – Durata ottimale (5/5)  |
| <b>6. Punti di forza dell'esperienza</b>                                     | – Il gruppo di psicodramma in se stesso (3/5)<br>– Spazio di sfogo, condivisione e confronto (1/5)   |
| <b>7. Punti deboli dell'esperienza</b>                                       | – Professionalità del conduttore (2/5)<br>– Nessun punto di debolezza (4/5)<br>– Censura interna nel rispetto della sensibilità altrui (1/5)   |
| <b>8. Suggerimenti</b>   | – Nessun suggerimento (4/5)<br>– Desiderio di ricevere consigli pratici (1/5)  |

Fonte: Vegni et al., 2010.

Successivamente Fossati e colleghi (2014) hanno preso in esame otto pazienti con patologie oncologiche, allo scopo di indagare la loro esperienza soggettiva dopo la partecipazione a sessioni di psicoterapia ad orientamento

psicodrammatico. Il reclutamento è avvenuto presso l'Ospedale S. Paolo di Milano. La ricerca ha potuto accertare come tale partecipazione abbia permesso di conseguire risultati positivi. Essa ha favorito, infatti, relazioni "in cui potersi esprimere liberamente, in cui poter rafforzare i pazienti nel loro sentirsi capaci di dare e ricevere aiuto, supportando la mobilitazione fisica e il senso di controllo sulle proprie vite, e permettendo di affrontare il processo di lutto". Fossati e colleghi sottolineano, inoltre, come "sviluppare programmi psicoterapeutici orientati in senso psicodrammatico, all'interno del percorso di cura del paziente oncologico, potrebbe favorire una sua presa in carico globale, rispondendo a bisogni complessi quali quelli di supporto sociale, di elaborazione della malattia e di ristrutturazione identitaria, che altrimenti rimarrebbero insoddisfatti" (2014, p. 27).

Nel 2015 Menichetti e colleghi (2015) hanno condotto un intervento di psicodramma a favore di otto soggetti oncologici. Anche in questo caso è stato possibile rilevare come tale metodica di gruppo sia in grado di ridurre il carico ansiogeno e di promuovere relazioni più gratificanti. Tali risultati sono stati confermati da uno studio, condotto su due pazienti, da Lamiani e colleghi (2016).

Nel 2017 Alby e colleghi hanno indagato i benefici dello psicodramma analitico come terapia di gruppo a supporto delle cure oncologiche. I dieci soggetti reclutati hanno partecipato a un intervento psicodrammatico coordinato da tre operatori. Gli esiti dello studio hanno evidenziato come la terapia di gruppo abbia determinato nei partecipanti diversi processi di *coping* e cambiamenti positivi in diverse aree. In particolare, i soggetti con patologia oncologica hanno sottolineato come lo psicodramma "li abbia aiutati ad aumentare la loro consapevolezza, ad esprimere e condividere emozioni, ridurre paure, prendere decisioni". Alby e colleghi (2017) hanno potuto accertare, inoltre, come l'approccio psicodrammatico sia particolarmente adatto per promuovere l'intersoggettività e per incentivare l'empatia nelle relazioni sociali.

Alby (2018) ha analizzato le narrazioni prodotte in un gruppo di supporto composto da sette soggetti e rivolto a familiari e pazienti oncologici. L'intervento, condotto con il dispositivo dello psicodramma analitico, ha previsto la realizzazione di cicli annuali di dieci sedute della durata di un'ora mezza, che si sono svolte

presso l'Università di Roma Sapienza. Il gruppo è stato condotto da due psicodrammatisti che si sono alternati nelle funzioni della conduzione e dell'osservazione del gruppo.

La ricerca ha potuto evidenziare che il dispositivo dello psicodramma analitico “riprenda alcune delle caratteristiche della narrazione come romanzo polifonico a più voci amplificandole attraverso il gioco, la dinamica tra scena e fuori scena nel gruppo, i doppiaggi, l'inversione di ruolo, gli interventi del conduttore” (2018). Questa ricerca conferma le conclusioni di Cepeda e colleghi (2008), i quali hanno condotto uno studio su 234 pazienti neoplastici, suddivisi in tre gruppi. A un gruppo è stato chiesto di narrare la propria esperienza, trascorrendo venti minuti a settimana, per tre settimane, a descrivere il modo in cui il cancro stesse modificando la loro vita di tutti i giorni. A un secondo gruppo è stato somministrato un questionario standard sulla sintomatologia del dolore; al terzo, invece, si è continuato a fornire il trattamento ordinario. L'evoluzione dello stato psicologico dei tre gruppi è stato monitorato attraverso un questionario riguardante il benessere e la percezione del dolore da parte dei malati.

Lo studio ha evidenziato come alcuni malati di cancro possano trarre beneficio dall'esprimere i loro sentimenti e le loro emozioni attraverso la scrittura, la quale crea una relazione tra essi e i medici curanti. Inoltre, l'atto dello scrivere può anche aiutare i pazienti a comprendere se stessi e i propri bisogni. In particolare, i partecipanti al gruppo di scrittura si sono dimostrati più aperti rispetto alle loro emozioni, meno sensibili al dolore e con un umore, lungo il corso delle otto settimane, migliore rispetto ai partecipanti degli altri due gruppi. L'effetto “resilienza” determinato dalla scrittura rappresenta, quindi, un fattore protettivo nella gestione del dolore causato dal tumore.

Infine è necessario ricordare lo studio di Poli e colleghi (2018), condotto su trentotto soggetti (trenta femmine e otto maschi) afferenti all'Ospedale S. Paolo di Milano. Le sessioni di psicodramma, dedicato alla percezione della morte, hanno orientato l'attenzione dei partecipanti su quattro aree tematiche: la morte di altri significativi; l'immagine della propria morte, la mortalità dell'essere umano e il ruolo della malattia nella rivalutazione della vita. In particolare, è stato osservato

che, se nella vita ordinaria il tempo tende a caratterizzarsi in senso attuale e concreto, venendo utilizzato soprattutto per misurare l'efficienza delle prestazioni, nel contesto di una malattia oncologica, la certezza e l'efficienza vengono sostituite dall'incertezza e dalla fragilità.

Una ricerca condotta da Zoratto e colleghi (2021) ha analizzato, mediante lo strumento della socioanalisi narrativa, tre aspetti della temporalità dei malati di cancro: il significato e il valore del trascorrere del tempo; la componente spirituale e psicosociale legata alla percezione del tempo in tali pazienti; e infine l'impatto sulla qualità di vita del soggetto indotto dalla cura del tempo, dalla comunicazione e dall'ascolto da parte del personale. Lo studio ha permesso di accertare che metà dei pazienti presentava una percezione particolarmente dilatata del tempo, inteso come "la vita che rimane"; l'altra metà era caratterizzata, invece, da una percezione concentrata e ristretta del tempo, inteso come "la vita che finisce". Se il primo atteggiamento determina soprattutto depressione e tristezza, il secondo è all'origine di paura, collera e isolamento. Il comportamento affettivo e psicosociale ha evidenziato rilevanti differenze negli atteggiamenti verso la dimensione temporale: a fronte di un terzo dei soggetti che "avevano una proiezione del loro tempo in un "futuro trascendentale" e pertanto avevano acquisito un atteggiamento di fiducia e speranza", due terzi "non avevano prospettive future ma erano focalizzati nel 'tempo presente', assumendo un atteggiamento di consapevolezza e di accettazione, che prevedeva la necessità di spendere nel migliore modo possibile il tempo a disposizione" (2021, p. 69).

## **1.6. Gli esiti della letteratura e le indicazioni operative**

Negli ultimi dieci anni sono stati realizzati in Italia alcuni interessanti studi sull'impiego dello psicodramma come terapia di gruppo a favore dei soggetti con patologia oncologica. Gli esiti di queste ricerche concordano nel rilevare come la

partecipazione a queste esperienze agisca in modo positivo sui processi di *coping* e promuova la resilienza.

Come si è cercato di illustrare nelle pagine precedenti, i fattori di resilienza che influiscono sulla qualità della vita sono diversi. Gli studi condotti negli ultimi anni hanno confermato come i fattori protettivi e le qualità resilienti concorrano a fare sì che i soggetti colpiti dal cancro affrontino meglio le situazioni difficili legate alla malattia, alla gestione del trauma o alle situazioni di stress legate agli esami e alle cure. Ad esempio la percezione di maggiore controllo, determinata dalla consapevolezza acquisita con la partecipazione alle sessioni psicodrammatiche, permette a un soggetto di avere un pensiero maggiormente positivo su sé stesso. Ciò lo aiuta a reagire nei confronti della malattia con decisione e in prima persona. In genere, i soggetti reclutati nella terapia di gruppo psicodrammatica si dimostrano maggiormente propositivi e collaborano con l'équipe medica, aumentando così la *compliance* con i farmaci. Le caratteristiche di questi soggetti possono essere sintetizzate in uno spirito maggiormente "proattivo", che li motiva a non lasciarsi andare, ma a collaborare al progetto di cura per il bene proprio e di chi gli sta intorno.

Un'altra peculiarità dei soggetti reclutati nelle iniziative psicodrammatiche è la loro migliore accettazione dei cambiamenti che la vita impone, considerati necessari per riguadagnare la salute. Anche questa disposizione costituisce un fattore protettivo, dal momento che questi soggetti si adattano alle necessità delle cure e agli aspetti negativi della degenza con plasticità e controllo allo stesso tempo, trasformando questi cambiamenti in sfide positive. In particolare, una caratteristica di coloro che svolgono attività psicodrammatica è l'autoesperienza, cioè la coscienza del valore della propria esperienza. Questa consapevolezza aiuta a superare delle sfide passate e aiuta a superare le difficoltà che si presentano.

La letteratura sulle relazioni tra malattia oncologica e psicoterapia psicodrammatica, anche se ancora limitata, permette di individuare alcuni benefici derivanti da essa:

- la capacità di anticipare le emozioni negative per non ritrovarsi impreparati;

- la capacità di compensare gli eventi stressanti cercando aiuto nei familiari o in conoscenti;
- la maggiore capacità di fare leva sulle possibilità di cura (Alby, 2017).

De Feudis e colleghi (2019) hanno potuto verificare come il malato oncologico al quale viene proposta una occupazione pratica (artistica o psicodrammatica) riesce a recuperare almeno in parte un equilibrio emotivo (compromesso dallo stato di tensione). Ciò è dovuto, probabilmente, al fatto che parlare della propria malattia aiuta il soggetto ad esprimere pensieri ed emozioni che altrimenti generano ansia e disagio. Come è stato osservato, “elaborare il proprio vissuto specialmente di fronte alla malattia ed entrare in contatto con quelle che sono le nostre ansie e preoccupazioni ‘attraversandole’ aiuta a ritrovare la speranza, nella forma di un maggiore supporto sociale e una maggiore fiducia in se stessi” (Boria-Muzzarelli, 2018, p. 81).

## Capitolo secondo

### **Gli aspetti operativi della terapia di gruppo e dello psicodramma a vantaggio di pazienti oncologici**

#### **2.1. Lo psicodramma classico**

Il gruppo rappresenta il contesto privilegiato di condivisione ed analisi di difficoltà comuni, favorendo un senso di universalità che allevia la sofferenza derivante dal sentirsi soli ed isolati con i propri problemi. Con una tipologia di utenza come quella oncologica, in gruppo si attenua, in parte, il sentimento di paura, si condividono le ansie e il timore per il futuro e insieme si rinforza la motivazione a lottare contro il male.

Le psicoterapie di gruppo, come si è rilevato nel primo capitolo, fondano il proprio trattamento sui fenomeni inter-psicologici all'interno di gruppi ristretti creati per questo scopo. Il gruppo, infatti, è istituito per operare come un fattore terapeutico esso stesso, favorendo una presa di coscienza da parte del soggetto.

Lo psicodramma classico, definito anche come “metodo d'espressione psicomotoria e drammatica” si distingue sia dalle metodiche basate sulla dinamica di gruppo<sup>12</sup>, sia dalle tecniche verbali psicanalitiche non direttive<sup>13</sup>. Lo psicodramma di Moreno utilizza, oltre alle verbalizzazioni, anche la personificazione, attività psicomotorie, la recitazione. Secondo il suo ideatore, l'attività drammatica consente al soggetto di agire con creatività e spontaneità, le

---

<sup>12</sup> In tal caso, “riunioni regolari raccolgono un gruppo di soggetti per utilizzarne a fini terapeutici i movimenti interni al gruppo. Creato da Slavson per bambini ed adolescenti, il metodo dei *club* terapeutici si è diffuso nelle istituzioni, con orientamenti teorici e realizzazioni pratiche molto diverse. Esso costituisce uno dei motori della terapia istituzionale” (Costantini et al., 1998, p. 21).

<sup>13</sup> La psicanalisi di gruppo “si basa su gruppi formati da un certo numero di pazienti: lo psicanalista, aiutato da alcuni assistenti, invita i partecipanti a parlare liberamente tra di loro. Il materiale verbalizzato in questo modo contiene discussioni generali, racconti di avvenimenti attuali o passati, sogni e fantasie. I pazienti reagiscono gli uni sugli altri e quindi si crea uno stato di equilibrio. Grazie a questo materiale è possibile praticare un'analisi dei problemi personali di ciascun malato e mobilitarne le difese nevrotiche” (Costantini et al., 1998, p. 22).

quali rappresentano le nozioni chiave dello psicodramma. Questi due costrutti sono fondamentali, infatti, sia nella fase di approccio all'azione psicodrammatica (in quanto sono alla base della disponibilità mentale a mettersi in relazione con se stessi, con gli altri e con l'ambiente), sia nella fase di attuazione dell'intervento terapeutico (in quanto sono i due *medium* che consentono di affrontare vissuti ansiogeni).

Secondo Moreno, essere inseriti in un gruppo consente ai soggetti di vivere una situazione protettiva e rassicurante, in grado di vincere le barriere psicologiche che spingono il soggetto alla chiusura emotiva e di “rendere maggiormente permeabili” le sue difese (Fonseca, 2012). Ne deriva “una facilitazione delle espressioni e un ammorbidimento delle resistenze che facilita le manifestazioni emotive anche intense; il fatto che numerose resistenze individuali vengano comprese abbastanza presto dai membri del gruppo provoca un primo miglioramento sintomatico, spesso rapido e comunque incoraggiante; inoltre, l'identificazione con gli altri, aiutata dalla tecnica dell'inversione di ruolo, facilita l'assunzione di posizioni precedentemente sentite come pericolose” (Gasca, 2012, p. 26).

Il *setting* psicodrammatico presuppone tre regole fondamentali, dirette a tutelare che l'attività si svolga:

- in modo circolare e simmetrico (evitando gerarchie sia di tipo operativo che psicologico);
- che venga espressa la “verità soggettiva di ognuno”;
- e che non siano formulati giudizi preventivi o si assumano atteggiamenti valutativi (regola della sospensione della risposta) (Vegni et al., 2010).

All'interno di questo *setting* i soggetti vengono spinti a ritrovare la spontaneità e ad esercitare la creatività. Lo psicodramma classico di Moreno si serve, del resto, di un vero teatro e vede come protagonisti un gruppo di soggetti-attori. In questa prospettiva, la relazione che si crea nel *setting* psicodrammatico è una sorta di “palestra” o di “ambiente di allenamento” in cui manifestare la propria spontaneità e creatività.

La spontaneità assume un rilevante ruolo terapeutico in quanto la sua repressione è causa di disagi individuali. Un atteggiamento di apertura e di espressione emotiva permette, invece, al soggetto di fare ricorso alle proprie risorse intellettive e di attivare le sue competenze relazionali. La spontaneità, in particolare, è l'elemento dal quale nasce la creatività, la quale può essere considerata come un nuovo modo di dare una risposta ad un vecchio problema. La "spontaneità" (dal latino *sponte*, vale a dire di propria volontà) è "la risposta adeguata" ad una situazione nuova e quindi difficile. Si tratta, cioè, di uno strumento psicologico che permette al Sé di emergere dai ruoli predefiniti e cristallizzati imposti dalla società (Manes, 2011). Lo stato mentale di spontaneità aumenta le facoltà sensoriali, acuisce l'intuizione e permette al corpo di essere più pronto. Inoltre, nel *setting* psicodrammatico, la spontaneità dà modo di creare connessioni mentali, rende più facile immedesimarsi in ruoli diversi e stabilire relazioni attive, dal momento che aumenta la capacità di percepire i bisogni propri e altrui, oltre a rendere più aperti a nuove suggestioni e soluzioni.

Analogamente, la creatività è un costrutto importante per affrontare situazioni negative. La creatività (dal latino *creare* – dalla stessa radice di *crescere*) significa produrre dal nulla, fondare, costituire, produrre cose nuove e originali. Il *Lessico Universale Italiano* (1969) definisce la creatività come una "virtù creativa, capacità di creare con l'intelletto e con la fantasia" e sottolinea come in psicologia il termine sia stato assunto ad indicare un processo di dinamica intellettuale che ha come fattori caratterizzanti una "particolare sensibilità ai problemi, capacità di sintesi e di analisi, capacità di definire e strutturare in modo nuovo le proprie esperienze e conoscenze"<sup>14</sup>. Sternberg e Lubart (1999) definiscono la creatività come "la capacità di produrre qualcosa che sia nuovo (originale, inatteso) e adeguato (utile, appropriato allo svolgimento di un compito)" (Sternberg e Lubart, 1999, p. 3). Le produzioni creative secondo i due autori sono l'esito non di un

---

<sup>14</sup> Nel dizionario viene anche messo in evidenza il carattere di "produzione divergente" della creatività, come l'unica tra le altre operazioni della mente (quali la cognizione, la memoria, la produzione convergente e la valutazione) in grado di "condurre il pensiero a una risposta corretta che non è mai unica né predeterminata, opponendosi a qualsiasi tipo di conformità intellettuale".

ragionamento deterministico, ma di un processo autonomo e in parte estraneo alla logica del pensiero razionale. L'attività creativa non sembra riconducibile, cioè, a una successione di pensieri concatenati, ma a un processo di "emersione olistica" del risultato (Gennaro-Bucolo, 2011).

Gibson, Folley e Park (2009) contrappongono il "pensiero divergente" (creativo) al pensiero "convergente". Quest'ultimo (misurabile attraverso i test del QI) utilizza la logica e si propone di individuare una singola soluzione corretta al problema. Il pensiero creativo, al contrario, ha una natura divergente ed è caratterizzato da quattro dimensioni: la flessibilità (vale a dire la varietà delle idee prodotte), la fluenza (ossia la capacità di produrre un numero più o meno elevato di idee differenti), l'originalità (determinata dal grado di novità delle idee) e l'elaborazione (legata alla capacità di arricchire di dettagli le nuove idee). I tre studiosi osservano come il pensiero divergente sia presente in tutte le forme di creatività artistica. Questo tipo di elaborazione mentale è in grado, infatti, di "liberare" il soggetto dagli schemi convenzionali e permette di individuare percorsi alternativi o inusuali, così come associazioni inesplorate.

Moreno sottolinea come non si possa considerare come creativa qualunque manifestazione del comportamento umano. In psicologia, infatti, viene fatta una distinzione tra l'intelligenza, che consiste essenzialmente nella capacità da parte di un individuo di risolvere un problema e la creatività, che riguarda la capacità di dare il maggior numero possibile di soluzioni a un dato problema. Nel caso del *setting* psicodrammatico la creatività permette, in sinergia con la spontaneità, di elaborare nuove visioni di se stessi e degli altri, individuando soluzioni che permettono di riprogettare la propria vita.

## **2.2. L'organizzazione dello psicodramma e le dinamiche psicologiche elettive**

La letteratura fornisce un numero limitato di contributi riguardanti l'utilizzo dello psicodramma con pazienti oncologici. Il termine psicodramma indica, come si

è già ricordato, un movimento di messa in atto, di rappresentazione di uno stato psichico, di un ruolo.

Il gruppo di psicodramma con pazienti oncologici ha le ritualità di molti altri gruppi, ma con alcune peculiarità. Si tratta, quindi, di uno psicodramma adattato al particolare tipo di utenza che tiene conto delle diverse esigenze che talvolta la malattia impone.

Come ogni gruppo di psicodramma, è costituito da persone che si siedono in cerchio e la rappresentazione avviene all'interno del cerchio stesso. La circolarità è uno degli aspetti fondamentali che concorrono a creare lo spazio del gruppo e che sono legati alla relazione spazio-mentale dei soggetti. Nel gruppo, inoltre, è di solito necessaria una prima fase per costituire un buon clima gruppale, il riscaldamento attraverso il movimento psicomotorio e la verbalizzazione; questa fase è necessaria in quanto, solitamente, serve “un tempo di connessione” al gruppo per abbassare difese, entrare in sintonia e mettersi in gioco. È spesso complesso, per i soggetti con una patologia oncologica, iniziare un percorso psicodrammatico affrontando, fin da subito, l'impatto con altri soggetti e con un *setting* gruppale. Questo impatto, se forzati, può costituire un ostacolo alla costituzione di una base di fiducia e all'instaurazione dell'alleanza terapeutica. Occorre concedere ai soggetti il tempo per “ripensare se stessi come parte di un gruppo” (Vegni et al., 2011) e per poter rivivere la propria vicenda di malattia attraverso la rappresentazione scenica.

Un aspetto non trascurabile, nella predisposizione del *setting* psicodrammatico con soggetti oncologici, è costituito dal fatto che si tratta a volte di individui indeboliti dalla terapia e spesso caratterizzati da una mobilità non integra. La rappresentazione del corporeo in un lavoro di psicodramma con pazienti oncologici avviene spesso attraverso il mentale, la memoria, il semplice “racconto del movimento, dell'esperienza”. La conduzione è orientata a guidare il movimento con i pensieri e con le immagini mentre il corpo tende ad essere dinamicamente più limitato.

L'attività psicodrammatica moreniana, grazie alla spontaneità e alla creatività, è in grado di attivare alcune specifiche funzioni e meccanismi mentali

che portano al cambiamento positivo della persona nell'ambito psicoterapeutico. Lo psicodramma si fonda infatti, su numerosi meccanismi. Boria (1997) descrive alcuni fondamentali funzioni: la funzione del doppio, la funzione di specchio, la funzione del decentramento percettivo o inversione di ruolo, il rispecchiamento, la catarsi abreativa e di integrazione, il soliloquio.

La funzione del doppio opera quando, nell'ambito dell'interazione psicodrammatica tra due soggetti, il primo offre al secondo una serie di stimoli che gli consentono di "scavare dentro di Sé" o "dialogare con se stesso" alla ricerca di sentimenti, immagini e sensazioni profonde. Nello stesso tempo la funzione del doppio permette di esprimere tali contenuti in modo verbale, gestuale o mimico, condividendoli con l'interlocutore o gli interlocutori. Le tecniche del doppio e del soliloquio vengono utilizzate come strumenti auto-osservativi, in grado di promuovere la riflessione e l'introspezione: ciò permette al soggetto-protagonista dello psicodramma di "comprendere aspetti di se stesso attraverso le suggestioni e le immagini relative alla sua persona create dagli altri" (Boria, 1997, p. 21), riconoscendo i suoi contenuti mentali profondi (attraverso la sua immagine così come viene percepita dagli altri). La funzione di doppio ha alcuni elementi che la accomunano alla teoria drammaturgica di Goffman, soprattutto con riferimento alla definizione del Sé come un prodotto sociale, cioè come un riflesso delle risposte degli "altri". La differenza sostanziale sta nel fatto che per Goffman il Sé è solo un "artificio drammaturgico" e non è un'entità autonoma, mentre Moreno utilizza lo psicodramma per far emergere il vissuto emotivo dell'individuo grazie alla (e non come riflesso della) interazione.

La funzione di specchio viene esercitata quando il soggetto non fornisce direttamente agli altri un'immagine di sé, ma la riceve attraverso la descrizione altrui, oppure mediante l'espressione o la rappresentazione, fatta da altri, di qualcosa che poco prima ha detto o fatto la persona (Collareda, 2020). Questo meccanismo consente di verificare come gli altri ricostruiscono aspetti, emozioni o comportamenti di se stesso. È attivata mediante la funzione dello specchio e della catena come strumenti di rappresentazione degli stati d'animo altrui.

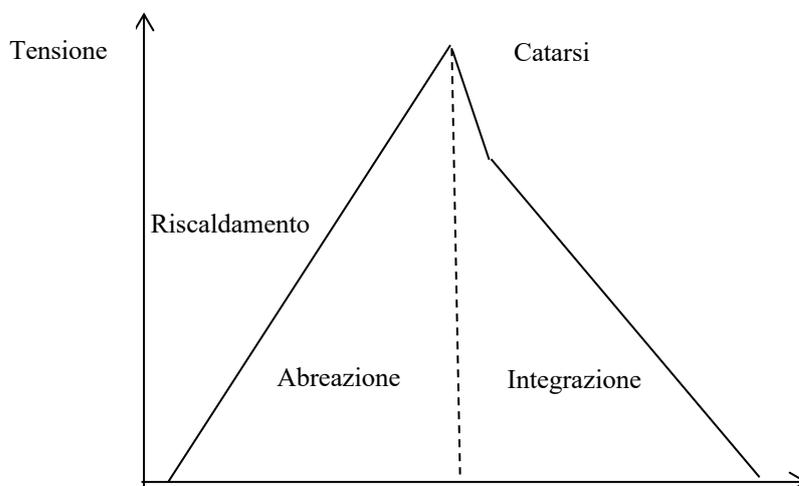
La terza funzione è quella dell'inversione di ruolo. Questo meccanismo si attiva quando il soggetto, nell'ambito della rappresentazione psicodrammatica, è condotto a decentrare la sua percezione e ad assumere il punto di vista dell'altro. In questo caso, un soggetto "si mette nei panni" di un altro (contro-ruolo) e opera in modo tale da creare un rapporto di reciprocità. Come osserva Boria, essi "realizzano l'incontro, cioè lo stare insieme, il ritrovarsi, l'essere in contatto fisico, il vedersi ed osservarsi, il condividere, l'empatizzare, il comprendersi, il conoscersi intuitivamente attraverso il silenzio o il movimento, la parola o il gesto" (1997, p. 71). L'inversione di ruolo comporta, quindi, che il soggetto viva l'interazione attraverso la mente e la sensibilità di un altro. L'aspetto più rilevante, però, non è soltanto mettersi nei panni altrui per percepirne i vissuti, ma per poter guardare se stessi con gli occhi dell'altro. L'obiettivo di questa funzione è il decentramento percettivo ed emotivo, in modo che il soggetto colga "nuove verità", superando i pregiudizi cognitivi e i blocchi emotivi.

Infine, una quarta funzione è quella del rispecchiamento. Essa si propone di promuovere, attraverso la scena psicodrammatica, un confronto interpersonale e un processo di identificazione con l'altro con lo scopo di individuare le somiglianze e le differenze reciproche. Ciò si verifica attraverso "il riconoscimento di parti di sé nell'altro o viceversa grazie alla precisazione di caratteristiche proprie per differenza rispetto a quanto manifestato dall'altro" (Boria, 1997, p. 78). La funzione di rispecchiamento è presente, in modo trasversale, in tutte le fasi della sessione psicodrammatica ed è fondamentale nel momento conclusivo dello psicodramma, definito *sharing* (Collareda, 2020).

Lo psicodramma attiva, inoltre, il meccanismo della catarsi, in quanto il soggetto mette in scena il proprio mondo interno e situazioni reali o traumatiche della sua vita (Takis-Vassiliadi, 2017). Ciò avviene con l'aiuto di "io ausiliari" scelti dal protagonista che a loro volta possono avere vantaggi terapeutici da questa partecipazione.

La figura seguente illustra la collocazione di alcune fasi dello psicodramma.

Fig. 2: **Relazione tra tensione e integrazione nello psicodramma**



Come è possibile rilevare, la catarsi segue il periodo di riscaldamento, in cui il soggetto deve cercare di acquisire il livello massimo di spontaneità. Essa presenta, inoltre, un andamento a due fasi. Nella cosiddetta “catarsi da abreazione” il soggetto libera cariche emotive inibite, mentre nella “catarsi d’integrazione”, più breve, si ha il “riadattamento della struttura psichica in nuove forme di comprensione” (Boria, 2997, p. 66).

Negli incontri con i soggetti oncologici è importante ricordare che gli individui non sono tutti uguali, anche se condividono la stessa malattia. Se è comune il sentimento di appartenenza è anche vero che ognuno rivendica la propria unicità di fronte alla malattia. Uno spazio di incontro e di confronto è pur sempre uno spazio transizionale, la cui costruzione può essere fonte di riparazione del dolore, dell’ansia e della depressione. Uno spazio psicodrammatico attiva una *rêverie* che filtra gli elementi distruttivi, la paura della morte e dell’ignoto. È uno spazio per la costruzione di un incontro con potenzialità trasformazionali di fronte alle vicende della vita e, quindi, anche della malattia.

### 2.3. La relazione di *tele*

Nel primo capitolo è stato ricordato come la periodicità degli incontri permetta di creare un'atmosfera di vicinanza e familiarità. Questa fiducia è fondamentale per favorire una relazione di *tele*, la quale rappresenta un elemento chiave dello psicodramma.

Il *tele* viene definito da Moreno come “la più semplice unità di sentimento trasmessa da un individuo verso un altro” (1987, p. 61). Si tratta di un “ponte invisibile” attraverso cui passano le emozioni e acquisiscono una specifica qualità. Il *tele*, infatti, è una delle strutture principali della comunicazione interpersonale, o, come rileva Boria, “è il cemento che tiene unito ogni gruppo ed il principale strumento del processo terapeutico e dell'incontro tra le persone”. Il *tele* costituisce la più semplice unità di sentimento che viene trasmessa da un individuo ad un altro, ed è l'espressione della naturale tendenza dell'essere umano a porsi in relazione emozionale con altri esseri umani” (Boria, 2005 pp. 38-39). Esso permette di relazionarsi con gli altri su un piano emotivo e di creare legami significativi nel contesto di situazioni di aiuto e condivisione.

Questo concetto comprende alcuni significati dei fattori terapeutici descritti da Yalom (2016), come l'empatia, l'altruismo, la comprensione reciproca e la coesione di gruppo. Moreno sottolinea soprattutto la componente del *tele* consistente nell'empatia, vale a dire la capacità di comprendere le emozioni e i sentimenti degli altri, adottando la loro prospettiva fino a stabilire con essi una sintonia emotiva. Essa indica, quindi, la possibilità di avere un'esperienza “dall'interno” delle emozioni altrui, come se fossero provate in prima persona. Si tratta del primo passo verso la compartecipazione empatica, cioè verso forme di partecipazione affettiva più elaborate e complesse.

Il riconoscimento degli stati emotivi altrui e la capacità di codificare rapidamente questa percezione rendono il soggetto in grado di agire in base alla cosiddetta “partecipazione empatica”. È stato dimostrato, infatti, che le stesse strutture cerebrali che comandano le espressioni facciali relative alle emozioni si

attivano anche durante l'osservazione e l'imitazione delle emozioni altrui. La capacità di comprendere gli stati mentali e i comportamenti altrui è un aspetto fondamentale della comunicazione fra individui e dell'apprendimento per imitazione.

Accanto alla nozione di competenza emotiva, un secondo costrutto rilevante è quello di intelligenza emotiva. Questo termine indica quattro diversi tipi di capacità: di percepire ed esprimere le emozioni; di usare le emozioni per esprimere il proprio stato d'animo e il proprio pensiero; di capire le emozioni altrui; di gestire (e regolare) le emozioni (Anolli, 2016). L'individuazione di questo particolare tipo di intelligenza, in parte sovrapponibile a quella di competenza emotiva, si deve ad alcuni lavori di Thorndike sull'Intelligenza Sociale, risalenti agli anni Venti del Novecento. Questo studioso ha avuto il merito di evidenziare come non vi sia un unico tipo di intelligenza, creando i presupposti per un filone di studi che ha avuto in Gardner, autore di *Intelligenze multiple* del 1983, in Sternberg, teorico dell'Intelligenza Triarchica (1985), e in Goleman, autore di *Intelligenza emotiva* (2006), tre tra i suoi rappresentanti più significativi.

Salovey e Mayer (1990) hanno delineato il *Four Branch Model*, costituito da quattro macro-dimensioni o abilità implicate nell'Intelligenza Emotiva:

- la percezione delle emozioni: vale a dire la capacità di identificare, esprimere e differenziare le emozioni proprie e altrui; la base dell'Intelligenza Emotiva è costituita, quindi, dalla percezione delle emozioni proprie e altrui, che permette una loro corretta comprensione e una successiva regolazione del comportamento;
- l'utilizzo delle emozioni per facilitare il pensiero: ossia la capacità di impiegare le emozioni per orientare il pensiero e favorire il *problem solving*; l'Intelligenza Emotiva permette, cioè, di sfruttare i propri stati d'animo e tipi di pensiero per perseguire i propri obiettivi;
- la comprensione e analisi delle informazioni emotive: si fa riferimento alle abilità nel comprendere le emozioni e le loro combinazioni, distinguere le varie emozioni e individuare i cambiamenti emotivi;

- la regolazione delle emozioni: vale a dire l'abilità di regolare le emozioni proprie e degli altri, utilizzandole in base alla loro utilità.

Moreno rileva, peraltro, come non vi sia una sovrapposizione completa tra *tele* ed empatia. In *Il teatro della spontaneità* egli evidenzia come quest'ultima comporti spesso "una proiezione affettiva a senso unico"; al contrario il *tele* presuppone un'interazione emotiva a due vie, mediante cui "le coscienze di due o più individui si interpenetrano" (2014, p. 86). Inoltre, l'empatia non prende in considerazione l'esito della relazione, vale a dire le strutture socio-affettive che ne derivano. Il rapporto-legame può caratterizzarsi, infatti, come attrazione o rifiuto: il *tele* positivo si crea nel caso di una relazione di attrazione, mentre un *tele* negativo connota una relazione di rifiuto.

La condizione fondamentale perché si formi questo costrutto emotivo è uno stato di spontaneità. La spontaneità, come si è già ricordato, permette, di superare le situazioni bloccate, le resistenze emotive e psicologiche, gli schemi preconcepiuti, stimolando la creatività dell'individuo. Se la spontaneità è l'esito psicoterapeutico perseguito dallo psicodramma, la creatività è il suo prodotto a livello psico-emotivo. L'autore definisce "fattore S-C", cioè spontaneità-creatività, l'elemento chiave che fornisce un riscontro circa il grado di spontaneità dell'individuo e la relazione con l'altro. Secondo l'approccio moreniano, la spontaneità e la psicopatologia sono collegate in modo inverso: se la prima viene limitata dalle resistenze e dai blocchi, la seconda ha modo di manifestarsi.

Queste considerazioni evidenziano come la dimensione telica sia uno dei fattori più rilevanti del processo terapeutico. Essa permette al soggetto di superare le barriere psico-emotive e di rivelare agli altri la propria interiorità in un clima di fiducia, accogliente e non giudicante, anzi predisposto proprio per fornire supporto ai soggetti che soffrono. Lo psicodramma è, infatti, "una situazione costruita con lo scopo di aiutare l'individuo e il gruppo a liberare e mettere in circolo la potenziale creatività inespressa" (Boria, 2005, p. 40). Il compito del terapeuta psicodrammatista è di creare un gruppo caratterizzato da relazioni teliche, come presupposto per analizzare i conflitti interpersonali. Un gruppo accogliente e solido

fornisce, infatti, una base sicura per raccogliere, sostenere e supportare la sofferenza psicologica.

#### **2.4. I ruoli e la gestione della sessione**

Il modello psicodrammatico di Moreno assegna una funzione centrale al “ruolo” e, più in particolare, al binomio “ruolo/controruolo”. Il ruolo è l’elemento in cui si esprime e intorno a cui si focalizza l’esperienza psico-emotiva personale (Moreno, 1980, p.76). Esso può essere definito come le diverse forme (reali e percepibili) che il sé può assumere nel momento in cui il soggetto reagisce a una specifica situazione in cui sono coinvolti altri individui.

Il “ruolo” è stato preso in esame da diversi autori attivi in campo psicologico e sociologico. Uno dei contributi più rilevanti è quello di Goffman, secondo cui il Sé non nasce dall’interazione tra il soggetto (Io) e ciò che egli intende mostrare a livello sociale (Me); è invece il prodotto di un ruolo che la società affida al soggetto e che egli inscena nella vita quotidiana. Goffman osserva che “il Sé è il prodotto di una scena che viene rappresentata e non una sua causa. Il Sé, quindi,... è un effetto drammaturgico che emerge da una scena che viene rappresentata... Durante la sua “rappresentazione”, l’attore sociale dovrebbe sempre avere “compostezza”, cioè autocontrollo e calma; mostrare, in altri termini, “sicurezza di scena”, vale a dire la capacità di far fronte ai pericoli ed alle opportunità che si incontrano quando si appare di fronte ad un pubblico numeroso, senza dimostrare vergogna, imbarazzo, o farsi prendere dal panico” (2003, p. 298).

Goffman si serve, quindi, di una metafora drammaturgica per sottolineare come la vita sia una sorta di teatro in cui ogni individuo recita una “parte” o *routine*. In questa vita-teatro non è rilevante ciò che i soggetti fanno effettivamente o le funzioni sociali svolte, ma è importante “la condotta umana diretta a creare e mantenere un’immagine del Sé” (2003, p. 299). La teoria drammaturgica di Goffman prende spunto dal fatto che il termine ruolo (dal latino *rotulus*, ossia,

ruota) indicava nell'antica Roma il rotolo sul quale venivano scritte le parti da interpretare per gli attori. Analogamente, in epoca moderna, le teorie psicologiche e sociali hanno utilizzato il termine "ruolo" per fare riferimento, da un lato, alla funzione svolta da un soggetto in un contesto sociale e, dall'altro, alle aspettative comportamentali che vengono esercitate nei suoi confronti (Fonseca, 2012).

Mead ha utilizzato per primo la formula *role-taking* (assunzione di ruolo) per indicare il processo attraverso cui il Sé "interiorizza i ruoli significativi presenti nel proprio ambiente". Cooley ha sviluppato la nozione del "Sé-specchio", secondo cui ogni individuo in un ambiente sociale diventa uno specchio simbolico che riflette le immagini di sé. Quindi ciascun soggetto arriva a conoscere se stesso attraverso l'interiorizzazione delle immagini altrui (Fonseca, 2012). Moreno ha criticato l'approccio di Mead, delineando una definizione più articolata di ruolo e includendo tre dimensioni: sociale, psicosomatica e psicodrammatica. Se la dimensione psicosomatica del ruolo rappresenta gli aspetti biologici della persona, la dimensione psicodrammatica riguarda gli aspetti psicologici. Secondo Moreno, come si è già ricordato, il ruolo è la "forma operativa" che un individuo assume nel momento in cui "reagisce a particolari situazioni in cui sono coinvolte altre persone e oggetti" (Moreno, 1980).

Moreno, a differenza di Mead che definisce l'uomo come un assunto di ruoli (*role-taker*), lo qualifica come un giocatore di ruoli (*role-player*). Questa distinzione si fonda sul fatto che, se l'approccio di Mead è di natura cognitiva (il soggetto diventa un sé in quanto apprende e interiorizza i ruoli assegnati dagli altri), la concezione di Moreno è "più attiva e drammatica: il soggetto diventa una persona nel momento in cui è in grado di esprimere/giocare i suoi numerosi ruoli e (attraverso il processo dell'inversione di ruolo) i ruoli degli altri" (Landy, 2015, p. 3). Moreno sottolinea l'importanza di valorizzare l'origine teatrale del ruolo. Egli ricorda come, nel teatro classico, le parti degli attori fossero scritte sui "ruoli" ("rotoli") e lette da suggeritori. Con la scrittura dei copioni, gli attori hanno dovuto "interiorizzare" le caratteristiche e le parole pronunciate dal loro personaggio, tanto che il ruolo è stato "identificato con l'essenza della parte dell'attore in scena".

Il *role playing* di Moreno presenta alcune analogie con la drammaturgia sociale di Goffman. Quest'ultimo, nello studio dal titolo *La vita quotidiana come rappresentazione*, analizza la vita sociale mediante lo strumento drammatico, concludendo che il Sé non è solo un "prodotto cognitivo", cioè l'esito dello sviluppo psicologico e della riflessione del soggetto su se stesso. È anche un "prodotto drammatico" che si conforma e si adatta alla scena rappresentata" (Goffman, 2003, p. 252). Goffman non chiarisce la differenza tra il Sé e il ruolo, dal momento che egli tende a identificarli. Distingue invece il "personaggio" (la parte più stabile della persona, ossia l'"Io") dall'attore (la parte soggettiva e più flessibile, ossia il "Me"). Questa ripartizione di funzioni ha alcuni elementi in comune con l'approccio terapeutico di Moreno. Egli individua tre diversi ruoli che il soggetto assume durante la sua esistenza:

- i ruoli fisiologici o psicosomatici, i primi ad emergere in quanto legati al mondo naturale;
- i ruoli psicologici o psicodrammatici, che consentono al soggetto di stabilire una distinzione tra mondo interno e mondo esterno (matrice d'identità parziale);
- i ruoli sociali, tipici della maturità psicologica dal momento che solo in questo momento avviene una stabilizzazione dei legami operativi tra i diversi ruoli e Sé (Manes, 2011).

Lo psicodramma di Moreno si basa su una nozione attoriale del ruolo, per mezzo della quale il soggetto, grazie alla spontaneità e alla creatività, può superare le barriere (di solito dolorose) della propria condizione assumendo il ruolo degli altri individui che formano il gruppo (inversione di ruolo).

Il ruolo moreniano, come si è già ricordato, può essere definito come le diverse forme (reali e percepibili) che il sé può assumere nel momento in cui il soggetto reagisce a una specifica situazione in cui sono coinvolti altri individui. Moreno osserva che "la forma è creata dalle esperienze passate e dai modelli culturali della società in cui la persona vive, ed è sostanziata dalle caratteristiche specifiche delle capacità produttive della persona stessa" (Moreno, 1964, p. 52). Il ruolo è, più precisamente, "l'imprescindibile unità esperienziale che rende

percepibile, osservabile e modificabile la relazione e la situazione interpersonale” (Boria, 2005, p. 46).

Ogni ruolo richiede sempre una relazione con qualcosa di esterno al soggetto (persone ed oggetti), in un contesto o situazione specifica. Moreno afferma, quindi, che il ruolo presuppone una bipolarità, una relazione con l’Altro, cioè due entità che, interagendo, creano una relazione, un ruolo e un contro ruolo. Se non vi fosse l’Altro, non sarebbe possibile assumere un ruolo diverso, cioè un contro-ruolo. Tutta la vita mentale si struttura e si organizza attivando la bipolarità ruolo-contro-ruolo che viene attivata attraverso l’elemento propulsivo rappresentato dal fattore spontaneità-reattività (Boria, 1997). Come osserva Moreno, “i contro-ruoli sono incarnati dalle persone o dagli oggetti con cui la persona interagisce e sono gli altri significativi in relazione con lui nelle sue diverse dimensioni in termini di complementarità di significato” (Moreno, 1964, p. 38).

Fare emergere i ruoli permette ai soggetti di rendere esplicite e cioè di esternare le resistenze psicologiche, i blocchi emotivi e le dinamiche relazionali cristallizzate a cui fa riferimento Yalom. La sofferenza psicologica deriva, infatti, da meccanismi di “inespressione” emotiva, comportamentale e relazionale, di cui invece bisogna prendere consapevolezza. Ciò è possibile, secondo Moreno, assumendo ruoli diversi ed esterni, che consentano di “osservarsi dall’esterno” e più adatti a gestire gli stati di malessere e di ansia.

Lo psicodramma, come si è già ricordato, consiste sostanzialmente in un’azione scenica. Più ausiliari agiscono, infatti, la situazione o il problema di un protagonista, cioè di un soggetto che viene posto al centro dell’attenzione. Questa azione viene realizzata in un “palcoscenico psicologico” e la sessione è guidata dal terapeuta (direttore). La presenza degli ausiliari permette che possano essere inscenati tutti i ruoli di cui il protagonista ha bisogno.

Lo psicodramma classico richiede, quindi, cinque elementi fondamentali. In primo luogo vi deve essere uno spazio scenico. Questo spazio ha la funzione di creare un ambiente “differenziato”, cioè un luogo in grado di consentire una separazione tra la rappresentazione e la vita quotidiana. Un secondo elemento è il

soggetto protagonista. La sua individuazione può avvenire attraverso un'autocandidatura, oppure può essere indicato (scelto) dal gruppo, secondo modalità che non comportino coercizione, ma che siano espressione di libertà e di spontaneità. In terzo luogo, la rappresentazione è condotta da un direttore o psicodrammatista. Questa figura interagisce con il protagonista e con il gruppo, svolgendo un ruolo direttivo e promuovendo il processo psicodrammatico. La sua funzione è quella di favorire un rapporto umano diretto e immediato, promuovendo la rappresentazione con indicazioni al soggetto protagonista e agli Io-ausiliari (Boria, 2005). Questi costituiscono la quarta componente dello psicodramma. Si tratta di soggetti scelti dal protagonista per giocare (in piena libertà e con la possibilità di rifiutare) una parte nella sua rappresentazione. Come si è già ricordato, l'atmosfera di familiarità permette di creare quella che Moreno definisce una relazione di *tele*, vale a dire un'empatia e una comprensione reciproca.

Infine, la rappresentazione psicodrammatica prevede la presenza di un uditorio composto dagli altri membri del gruppo, altri pazienti o talvolta da altri terapeuti. Le sue funzioni sono diverse: può fornire semplicemente Io-ausiliari o può veicolare la voce sociale. Un'altra possibile funzione è quella dell'osservatore, nel caso in cui venga coinvolto nell'analisi finale della sessione di psicodramma. Questo compito risulta giustificato dal fatto che anche chi osserva subisce gli effetti della catarsi, vedendo le proprie risonanze riflesse sulla scena. In generale il gruppo psicodrammatico può essere reale o artificiale. Nel primo caso i partecipanti vivono situazioni personali comuni (come nell'ipotesi dei soggetti oncologici), nel secondo invece vivono situazioni diverse, prendendo parte alla rappresentazione per sperimentare un'esperienza psicoterapeutica o formativa.

La sessione di psicodramma si articola di solito in tre tempi. La prima sezione è dedicata al riscaldamento e aggiornamento del gruppo. In questa fase avviene una valutazione generale della situazione del gruppo, viene individuato il tema o un eventuale bisogno emerso e si procede alla scelta del protagonista (Boria, 1997). La fase del riscaldamento è dedicata, quindi, all'organizzazione del gruppo attorno ad un tema. Lo scopo è quello di creare una condizione favorevole che,

attraverso il legame di *tele* tra i partecipanti, consenta alle emozioni personali e ai bisogni di emergere.

La seconda fase è quella dell'azione, definita anche "tempo del singolo". Il protagonista dopo un breve riscaldamento per "entrare e connettersi alla situazione" entra in contatto con la parte che egli vuole esplorare del suo mondo interno. Dopo che il protagonista è entrato nel ruolo di protagonista deve scegliere, con l'aiuto del direttore, gli Io-ausiliari che ricopriranno il ruolo delle figure significative della rappresentazione, ritornando quindi a una situazione di gruppo. In pratica, il protagonista mette in scena la "propria storia". Egli può mettere in scena spontaneamente ciò che sente o, attraverso suggerimenti del direttore, attraverso le diverse tecniche psicodrammatiche (Boria, 1997).

Alcune modalità possono essere:

- l'atomo familiare in cui il protagonista "gioca" in scena il rapporto che ha con la sua famiglia e le persone per lui significative;
- l'atomo sociale in cui il protagonista impersona i diversi ruoli che ha nella sua vita personale e sociale;
- la tecnica della sedia vuota in cui "il protagonista è davanti ad una sedia vuota e prima parla di ciò che prova in prima persona e poi passa nella sedia vuota, parlando al posto della persona con la quale vuole entrare in relazione, mettendosi nei suoi panni" (Boria, 1997).

La terza fase è il "tempo del gruppo" (*sharing*) che prevede la partecipazione dell'uditorio. L'interazione tra il protagonista e il gruppo ha quattro finalità:

- permette al protagonista di uscire dal suo isolamento sentendo che il suo problema o una parte di esso è condiviso all'interno del gruppo.
- permette al protagonista di beneficiare dell'esperienza degli altri ricongiungendosi al gruppo.
- permette ai partecipanti di esprimere ciò che hanno sentito (catarsi di gruppo).
- permette al gruppo di capire cosa succede nel "qui ed ora" del gruppo.

## 2.5. Gli esiti attesi e le barriere psicologiche

Lo psicodramma presenta alcuni tratti specifici che ne fanno uno strumento adatto ed efficace per gli interventi di natura psicoterapeutica e quindi nel trattamento dei pazienti con patologie specifiche oncologiche. Il sostegno reciproco e la possibilità di confrontare strategie di adattamento sono individuati come fattori di efficacia portati dal gruppo (Fossati et al., 2014).

Il gruppo di psicodramma, in particolare, è organizzato in modo tale da consentire a ogni partecipante di far parte dell'esperienza gruppale secondo le sue esigenze e possibilità. Ciò permette ai soggetti oncologici di immedesimarsi negli altri, ma nello stesso tempo di vedersi riconosciuti nella propria peculiare soggettività e condizione esistenziale. Si attiva così tra i partecipanti una comprensione immediata dello stato di disagio creato dalla malattia. Ogni membro del gruppo di psicodramma è stimolato ad agire per esprimersi, coinvolgendo la sua corporeità, così rilevante in questa condizione. Il setting e la metodologia psicodrammatica sono in grado di "favorire l'elaborazione delle problematiche legate alla rappresentazione dell'identità corporea. L'utilizzo dell'azione scenica per rappresentare i propri e gli altrui stati interni e le situazioni relazionali, consente di agire e osservare, per poi modificare e integrare, aspetti nuovi di sé stessi, atteggiamenti mentali e modalità comportamentali più funzionali al proprio benessere" (Bergo, 2017, p. 59).

Affrontare le difficoltà di comunicazione con altri soggetti significativi è molto importante per questi pazienti. Il gruppo diventa il luogo in cui poter esprimere i vissuti che non si riesce ad esprimere altrove. La circolarità delle comunicazioni e il rispecchiamento tra i membri del gruppo facilitano la condivisione di vissuti intimi e spesso taciuti. Con un gioco di specchi "il gruppo crea la possibilità di esprimere ciò che nella quotidianità viene trattenuto e che rischia di aggiungere ulteriore malessere alla situazione di compromissione già portata dalla malattia" (Bergo, 2017, p. 60). L'altro bisogno comune ai pazienti oncologici riguarda la necessità di affrontare le perdite e i lutti. Le perdite

attraversano la vita stessa del gruppo: un compagno può prendere la decisione di interrompere o concludere il percorso, oppure essere costretto a farlo per l'aggravamento della sua malattia. La metodologia psicodrammatica offre la possibilità di ritualizzare emozioni e vissuti ed elaborare il senso di perdita. Il gruppo funziona da contenitore in cui, attraverso la rappresentazione concreta dell'accadimento, le persone affrontano insieme il dolore e la paura, trovano significati nuovi agli accadimenti e riconoscono la morte come parte della vita stessa. Nel "tempo del singolo", invece, il lavoro psicodrammatico permette di affrontare le storie personali, precedenti alla malattia, e aiuta a comprendere gli atteggiamenti con cui i pazienti vivono l'esperienza attuale.

Lo psicodramma, come si è ricordato, presenta alcuni tratti specifici che ne fanno uno strumento adatto per gli interventi di natura psicoterapeutica. In primo luogo si tratta di un metodo attivo e, come tale, permette che nell'ambito della "scena" si crei un clima più disteso e meno ansiogeno, determinando un allentamento dei meccanismi di difesa. In secondo luogo, un ruolo fondamentale ha l'azione o la rappresentazione dell'elemento problematico. Attraverso l'azione scenica è possibile per il soggetto esprimere se stesso in modi diversi, utilizzando i movimenti e le interazioni per veicolare emozioni spesso dolorose o particolarmente complesse da esprimere (Boria, 1997).

In secondo luogo, lo psicodramma facilita l'ascolto di se stessi e il contatto con i nuclei più profondi e vitali. Spesso l'esigenza di "esprimere se stessi" non viene assecondata in quanto non ci si ritiene in grado di farlo. Altrettanto di frequente, però, si sente il desiderio di esprimere gli stati d'animo verso se stessi e verso gli altri, entrando in contatto attraverso forme codificate e rispettate (percepite come meno pericolose rispetto all'interazione improvvisata e priva di regole). Mettere in scena se stessi significa, in primo luogo, acquisire la consapevolezza di poter essere visti e ascoltati, cioè "compresi" nel proprio stato di disagio.

Lo psicodramma è in grado di produrre modificazioni sia nelle rappresentazioni interne dei soggetti-attori, sia nella loro soddisfazione rispetto alle relazioni di gruppo. La rappresentazione dei nuclei problematici, portata in scena

attraverso lo psicodramma, dà indicazioni su ciò che viene definito come l'interiorità. Questa pratica, come osserva Boria, tende a favorire nei soggetti il recupero delle "tracce di senso" esistenziali, relazionali, cognitive e affettive che accompagnano ogni percorso individuale (Boria, 1997, p. 7).

In terzo luogo, nello psicodramma la dinamica di gruppo è particolarmente facilitata in senso intersoggettivo. L'interazione stimola la nascita di nuovi legami che offrono un supporto per tutti i soggetti-attori e che permettono anche una ristrutturazione delle relazioni già esistenti. In quarto luogo la possibilità, che le tecniche psicodrammatiche offrono, di calarsi nei panni altrui, attraverso l'inversione di ruolo e di giocare ruoli differenti dal proprio, permette al soggetto in difficoltà di intravedere nuove modalità di azione e di pensiero. Per queste ragioni il metodo clinico psicodrammatico è ritenuto particolarmente vantaggioso sia per la totalità dei soggetti, sia per coloro che vivono profonde sofferenze psicologiche come i malati oncologici. In questo caso il *focus* viene centrato sullo specifico malessere per esplorare e possibilmente modificare le dinamiche del vissuto di inadeguatezza, come anche le problematiche relazionali generate da questo stato di sofferenza psicologica. Lo psicodramma, in particolare, considera i disagi psicologici come l'espressione di stati di blocco nel dialogo con se stessi e con gli altri. Questi stati possono essere trattati, quindi, mediante la ricostruzione "scenica" delle situazioni che creano ansia, dolore e disagio, cercando, secondo l'approccio tipico della psicologia del profondo, di provocare una modificazione del comportamento attraverso la sua narrazione teatrale e la sua rappresentazione collettiva.

Per comprendere la funzione psicoterapeutica dello psicodramma, va ricordato come quest'ultima sia un modo di concepire il mondo come relazione di incontro e di aiuto. Ciò attua il concetto moreniano di "mondo ausiliario" per cui ogni persona può diventare agente terapeutico per un'altra. Moreno osserva come l'ipotesi di fondo di questa pratica sia che "ciò di cui un paziente ha bisogno, più di ogni altra cosa, è di entrare in contatto con persone che evidentemente hanno un affetto profondo e caldo per lui ... Quanto più il contatto è caldo, intimo e genuino,

tanto più grandi saranno i vantaggi che il paziente potrà trarre dalla scena psicodrammatica” (1980, p. 25). Il mondo ausiliario che si crea nel gruppo costituisce il contesto psicologico e relazionale in cui ogni attore può prendere atto del proprio vissuto e accettare quello altrui. Si tratta di un’esperienza reciprocamente protettiva.

In questa prospettiva, il percorso psicodrammatico si propone cinque obiettivi (Boria, 1997):

a) integrare le informazioni emerse nei colloqui individuali e restituire al paziente la coscienza della sua dimensione storico-evolutiva (obiettivo diagnostico);

b) promuovere la comunicazione grazie al suo clima di spontaneità ed empatia: lo psicodramma opera in tal modo come amplificatore dei sentimenti e dei desideri, contiene le ansie e le angosce legate all’interazione con gli altri e permette di condividere difficoltà, problemi ed emozioni (obiettivo di facilitazione);

c) promuovere un pensiero evolutivo, invitando i soggetti-attori a proiettare se stessi nel futuro e nel passato, così da sperimentare dimensioni differenti e meno costrittive rispetto al tempo presente (percepito come fonte di sofferenza);

d) stimolare la ristrutturazione delle rappresentazioni interne delle relazioni significative, favorendo la consapevolezza della loro importanza e della loro connotazione emotiva;

e) consentire l’espressione e la condivisione di emozioni, paure, ansie, dubbi, aspettative legati alla situazione di sofferenza.

### **2.5.1. L’obiettivo diagnostico**

Lo psicodramma costituisce uno strumento di psicoterapia in un duplice significato. Da un lato rappresenta una modalità di intervento sul disagio, mediante una ricostruzione collettiva dei fatti e delle situazioni che creano maggiore tensione ansiogena nel soggetto. Dall’altro offre l’opportunità ai partecipanti di individuare dimensioni di fragilità psicologica, operando a livello diagnostico.

La pratica psicodrammatica risulta indicata, in particolare, per alcuni specifici interventi clinici: nel caso in cui le terapie verbali si rivelino difficili o insufficienti, come supporto a una psicoterapia individuale, negli interventi psicoterapeutici su bambini o adolescenti, in presenza di pazienti che presentano una struttura di personalità di tipo nevrotico. Lo psicodramma presenta, peraltro, anche numerose applicazioni non cliniche: un esempio è il suo utilizzo nei gruppi di formazione e di sensibilizzazione (con studenti, professionisti, ecc.).

Il principio operativo, come si è ricordato nel corso del lavoro, si fonda su ciò che Moreno considerava l'elemento motore del funzionamento mentale, vale a dire il fattore creatività-spontaneità (Boria, 1997). L'ideatore dello psicodramma rileva infatti che "lo stato di spontaneità è una precisa entità psicologica. Nasce di sua propria volontà, appare per conto proprio, non è creato dalla volontà cosciente del soggetto che frequentemente funziona come una barriera inibitoria. Quelle che sono capacità latenti e abilità di base comuni a tutti gli uomini, il fulcro dell'esistenza appassionata e geniale che si mostra in alcune persone con un'intensità difficile da rinvenire nell'individuo medio deve essere un elemento positivo e sostanziale latente in ogni neonato" (Moreno, 1987, p. 101). Questo elemento accomuna tutti gli individui ed è un principio che concorre a creare la personalità in quanto stimola a trasformare la realtà in relazione ai propri bisogni.

Grazie al binomio spontaneità-creatività, il soggetto crea il proprio Io mettendosi in relazione con il mondo esterno. Ciò fa sì che la personalità si sviluppi in forme diverse, definite da Moreno con il termine "ruoli". Può accadere che il ruolo esprima in modo autentico l'interiorità di un individuo<sup>15</sup>. Spesso, però, il ruolo non corrisponde a ciò che un soggetto sente e pensa. La discrasia tra ruolo e interiorità è determinata da un adattamento alla realtà (Moreno afferma infatti che in questo caso non è il ruolo ad essere falso, ma il disagio è espressione di un falso Sé). Per operare nella vita quotidiana, ognuno deve disporre di un repertorio di ruoli che si intersecano e si articolano con quelli giocati dagli altri. Ne deriva che "un

---

<sup>15</sup> Il processo di costruzione dei ruoli avviene gradualmente, fin dall'inizio della vita e si sviluppa per livelli successivi.

buon equilibrio personale è condizionato dalla padronanza dei ruoli, dalla facilità a passare da un ruolo ad un altro e soprattutto dalla capacità di mettersi dal punto di vista dell'altro, addirittura nei panni dell'altro" (Palermo, 2012, p. 222). All'opposto, l'incapacità di svolgere adeguati ruoli sociali o la difficoltà a relazionarsi con alcune figure fondamentali della propria vita determina un disagio che porta ad assumere falsi Sé. Il disagio nell'assumere ruoli diversi (somatici, psichici, sociali) si manifesta con una scarsa spontaneità e creatività nell'incontro con altri esseri umani. Lo psicodramma si propone, per l'appunto, di ricreare questa relazione tra il soggetto e gli altri, così come tra la mente e il corpo di ogni singolo individuo.

Un esempio di una sessione di psicodramma classico con obiettivi e strumenti utilizzati è riportato nella tabella seguente.

| <i>Le fasi di una sessione di psicodramma</i> | <i>Durata</i> | <i>Obiettivi</i>   | <i>Attività/strumenti</i>   |
|---|---------------|--|---|
| 1. Aggiornamento e riscaldamento              | 15 minuti     | - Accoglienza e graduale introduzione psicodrammatica;<br>- Comunicazione anche a livello preverbale e non verbale.  | - Condivisione degli avvenimenti principali della settimana;<br>- Attivazione motoria: esplorare lo spazio camminando, stabilire un contatto oculare. |
| 2. Attività psicodrammatica                   | 60 minuti     | - Ingresso in condizione di semirealtà;<br>- Presa in carico del/i protagonista/i;<br>- Rappresentazione del mondo interiore e dei conflitti;<br>- Decentramento percettivo e sperimentazione di ruoli | - Le tecniche psicodrammatiche: inversione di ruolo, doppio, amplificazione.  |

---

|  |           |   |   |
|--|-----------|---|---|
|  |           | differenti.   |   |
| 3. Condivisione                            | 10 minuti | - Condivisione di sensazioni, emozioni, pensieri emersi;<br>- Integrazione dei vissuti e interiorizzazione. | - Condivisione di risonanze emotive da parte dell'uditorio. |
| 4. Osservazione (integrata <i>ad hoc</i> ) | 5 minuti  | - Possibilità di fruire di una prospettiva esterna al gruppo.   | - Verbalizzazione da parte dell'osservatore                 |

---

La quarta fase, relativa all'osservazione, non rientra nello schema originario dello psicodramma, ma è stata introdotta nel *setting* istituzionale allo scopo di favorire la presenza degli specializzandi in formazione.

Nella sessione psicodrammatica viene temporaneamente sospeso il quadro di riferimento quotidiano e si dà modo al protagonista di dare libera espressione alla propria emotività, alla presenza delle persone che compongono il gruppo.

### 2.5.2. Lo psicodramma come facilitatore della comunicazione

Moreno attribuisce all'azione psicodrammatica lo specifico compito di promuovere e facilitare la comunicazione. Sulla scena, infatti, il protagonista utilizza il corpo come veicolo di espressione della propria interiorità. La mimica, i gesti e tutte le espressioni non verbali aiutano la persona a mostrare ciò che non può o non sa dire a parole. Attraverso l'azione scenica anche i rapporti intrapsichici si spostano in uno spazio interpersonale. Si può affermare che una scena della vita reale viene inscenata in un ambiente che non è reale dal punto di vista spazio-temporale (Manes, 2011). Ciò permette di dare vita a un'esperienza nuova che determina la catarsi, vale a dire la liberazione dalla sofferenza provata dal protagonista (Manes, 2011).

Al gruppo Moreno assegna il ruolo di “contenitore rassicurante” delle emozioni dei componenti. Si tratta di un contenitore in cui non vengono formulati giudizi, ma che si caratterizza soltanto come “il luogo dell’incontro interpersonale, agente dello sviluppo della spontaneità, condizione essenziale per una dimensione creativa della vita” (Boria, 2005, p. 16). Il compito del gruppo è quello di far sì che i componenti sperimentino il *tele*, ossia l’empatia e la forma primaria della comunicazione interpersonale.

Gli esiti di una psicoterapia psicodrammatica possono essere valutati mediante la misurazione dei mutamenti intervenuti nelle rappresentazioni interne dei soggetti. Lo strumento utilizzato è il Test dell’Atomo Sociale Proiettivo di Moreno (MSAPT), che prevede di valutare l’Atomo Sociale: esso è formato dall’insieme dei contatti interpersonali significativi che una persona riconosce nella propria vita. Il test si somministra seguendo un percorso a quattro passi. In particolare si chiede ai soggetti di: pensare alle persone significative in senso sia positivo che negativo della propria vita e schematizzarle su un foglio secondo una simbologia decodificata (passo 1); specificare il tipo di relazione che unisce il soggetto con ognuna delle persone individuate secondo un criterio di ruoli sociali (passo 2); aggiungere un segno “più” o un segno “meno” per identificare quelle persone che sono vissute in particolare positivamente o negativamente (passo 3); inserire delle frecce (→) tra il soggetto e le persone indicate per segnalare all’interno della specifica relazione la caratteristica “dare e ricevere” (passo 4).

Un soggetto trae molti benefici da un numero consistente di legami e da contatti regolari con gli altri. Spesso però il vissuto di disagio costringe il soggetto ad una condizione di isolamento sociale. Lo strumento del MSAPT è molto interessante perché permette di verificare l’ampiezza dell’Atomo Sociale, catturando, in un’immagine, il numero delle persone che il protagonista sente vicine a sé e particolarmente significative; dall’altro stimola a connotare qualitativamente le relazioni indicate e permette di dedurre la valenza che esse assumono per il soggetto.

Nel suo utilizzo psicoterapeutico il MSAPT viene somministrato come pre e post test all'inizio e al termine del percorso. Il test viene poi analizzato sulla base di tre indicatori quantitativi: il numero totale di persone, inserite da ciascun soggetto-attore nel proprio Atomo Sociale Proiettivo; le relazioni conflittuali corrispondenti al numero totale di simboli meno applicati alle persone rappresentate; il "dare" (*give*) e il "ricevere" (*receive*), rappresentati dalle rispettive frecce.

In generale, il percorso psicodrammatico risulta particolarmente utile non solo per permettere al soggetto di esprimere "in forma teatrale" il proprio nucleo di disagio, spezzando il suo isolamento, ma anche per ampliare il numero di persone incluse nel proprio Atomo Sociale, ricavandone una sensazione di aiuto. In generale, lo psicodramma permette di aumentare la rete sociale percepita dai soggetti e di ridurre i rapporti percepiti come emotivamente costosi o conflittuali. Esso promuove, inoltre, un atteggiamento di reciprocità, cioè la disponibilità a dare e ricevere dagli altri. Si può affermare, quindi, che lo psicodramma svolga la funzione di facilitatore nei confronti delle relazioni e influisca nel delineare una parziale modificazione delle rappresentazioni interne.

## Capitolo terzo

### **Una ricerca condotta su alcune pazienti oncologiche**

#### **3.1. La domanda di ricerca e il contesto di osservazione**

La seconda parte del lavoro si propone di illustrare un'esperienza particolarmente coinvolgente, realizzata nel contesto della struttura complessa di Psicologia Clinica dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano. Tale esperienza consiste nell'osservazione di un gruppo di psicodramma terapeutico con donne colpite da patologie oncologiche.

L'obiettivo è di illustrare le caratteristiche dell'intervento di aiuto mediante la terapia psicodrammatica, descrivendone le modalità di attuazione e gli esiti supportivi. Il terzo capitolo intende descrivere gli aspetti metodologici dell'intervento, il quarto riporta i suoi risultati dialettico-psicologici e le indicazioni operative. La domanda di ricerca è se la modalità di svolgimento dell'intervento di aiuto, basato sulle tecniche dello psicodramma classico, sia effettivamente efficace nel generare reazioni positive nei fattori terapeutici di cambiamento.

L'esperienza è stata condotta presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale San Paolo di Milano. I soggetti coinvolti provengono, infatti, dall'U.O. di Oncologia dello stesso nosocomio (ma in realtà i pazienti possono arrivare anche da altre strutture ospedaliere). L'idea guida è quella di mettere a disposizione dei soggetti affetti da cancro uno spazio fisico e un luogo di confronto in cui poter esprimere e condividere le emozioni e le problematiche generate dalla malattia, socializzare con altri soggetti che vivono la stessa esperienza e confrontarsi con gli operatori. La struttura di Psicologia Clinica ha elaborato da tempo (la prima esperienza pilota è del 2004) un piano di intervento diretto a supportare tali pazienti, consistente in un progetto fondato sulla terapia individuale e di gruppo. La sua attivazione è stata motivata dalla consapevolezza che la malattia oncologica porta con sé una profonda angoscia di morte e un tipo di invalidità che colpisce il corpo e la

psiche. La sofferenza generata da una diagnosi di cancro e dagli interventi terapeutici suscita ansie spesso difficili da contenere e per la cui gestione è necessario attuare un intervento nello stesso tempo individuale e collettivo: individuale in quanto mirato sulla specifica situazione esistenziale e psicologica del paziente, e collettivo in quanto supportato dalla presenza di un gruppo di soggetti che condividono l'esperienza di malattia e sono in grado quindi di fornire comprensione e solidarietà (Vegni et al., 2010).

La struttura complessa di Psicologia Clinica si propone, in particolare, di intervenire in presenza di pazienti oncologici che “manifestino condizioni psicopatologiche o stati di disagio psico-emotivo nelle diverse fasi del ciclo di vita”. L'Ambulatorio di Psicologia Clinica effettua le prime visite e offre supporto nella forma di colloqui di sostegno psicologico individuale e psicoterapia di gruppo ai pazienti dell'ospedale e agli utenti del territorio che ne fanno richiesta. Il gruppo continuativo di psicodramma rivolto a pazienti oncologici è condotto dal dott. Ivan Fossati presso l'ambulatorio di psicologia clinica dell'ospedale ASST Santi Paolo e Carlo.

I pazienti hanno la possibilità di intraprendere un percorso psicologico con finalità supportive, di sostegno agli aspetti di autonomia personale, di valorizzazione delle risorse psicologiche e di rinforzo alle dimensioni relazionali, familiari ed affettive in senso lato. La terapia individuale e quella di gruppo vengono proposte all'utente dopo alcuni colloqui di orientamento al servizio e alle proposte offerte, di anamnesi della storia clinica e personale, dell'invio al centro e della motivazione a frequentare lo stesso centro, facendo emergere i bisogni, le richieste e la domanda di aiuto.

Fin dall'inizio, la filosofia della struttura è orientata alla terapia di gruppo in quanto ci si è resi conto dell'isolamento dei pazienti con diagnosi oncologica e dell'assenza di confronto e condivisione con altre persone malate. Per questo motivo l'ottica gruppale è considerata come un approccio efficace e progressivo di supporto. Il gruppo è un contesto privilegiato di condivisione ed analisi di difficoltà comuni, favorendo un senso di universalità che allevia la sofferenza derivante dal

sentirsi soli ed isolati con i propri problemi di salute. La letteratura più recente (Fossati et al., 2014; Vegni et al., 2010) ha confermato, del resto, come l'interazione di supporto e la riflessione empatica su un problema comune siano in grado di promuovere il sostegno reciproco e l'individuazione di percorsi di crescita pur in presenza di situazioni di salute e familiari complesse. La stessa continuità dell'intervento gruppe nel contesto dell'Ambulatorio di Psicologia Clinica dimostra come i pazienti abbiano confermato la domanda di supporto nel corso del tempo, ad attestazione della sua utilità percepita.

### **3.2. La metodologia di analisi: le sessioni in presenza e on line**

La conduzione dello psicodramma terapeutico ha previsto due diversi tipi di setting, resi necessari dall'insorgenza dell'evoluzione della pandemia da Covid-19.

La psicoterapia psicodrammatica in presenza è stata condotta presso L'Ambulatorio di Psicologia Clinica, il quale ha messo a disposizione una stanza che è stata attrezzata allo scopo di organizzare gruppi di psicoterapia secondo il modello di psicodramma classico (Boria, 2005). L'ambiente presenta un'area centrale che ha la funzione di palcoscenico e sede dell'azione scenica; alcune sedie che possono essere disposte in funzione del numero dei presenti, in modo da creare un uditorio; una serie di oggetti (sgabelli, cuscini, teli, e vari oggetti scenici) che possono essere impiegati nel lavoro.

La recrudescenza della crisi pandemica ha reso necessario, per alcuni mesi (da marzo 2020 a giugno 2021), interrompere gli incontri in presenza e dare luogo a sessioni realizzate mediante un *setting* di lavoro a distanza. I collegamenti sono stati realizzati online attraverso la videochiamata in Skype. Tale soluzione ha indubbiamente modificato gli elementi interattivi e le dinamiche tipiche dello psicodramma terapeutico, dal momento che la distanza fisica genera modalità di interazione diverse da quelle messe in atto in presenza.

In generale, il tema della psicoterapia a distanza è stato ancora poco trattato dalla letteratura scientifica. Il distanziamento imposto dalla pandemia, peraltro, ha inciso profondamente sulle prassi di incontro e richiederebbe un approfondimento circa l'incidenza degli incontri di gruppo *on line* sul gradimento dei pazienti, sulla loro percezione di essere accolti in una piccola comunità accudente e sugli esiti terapeutici.

Già negli anni Cinquanta alcuni psicoanalisti statunitensi hanno avviato la sperimentazione delle tecnologie telefoniche nel trattamento psicoanalitico, affermando che tale strumento poteva essere di aiuto per superare le resistenze dovute alle reazioni di transfert. Anche l'approccio sistemico ha ammesso la possibilità, negli anni Settanta, che il primo contatto con i pazienti potesse avvenire mediante il telefono, evidenziando però l'importanza che questo colloquio fosse diretto soprattutto a raccogliere dati utili per il successivo trattamento. È stato soprattutto L'Abate (2004) a definire, mediante una lunga esperienza, un tipo di intervento psicoterapeutico a distanza attraverso l'uso di libri di lavoro (*workbooks*), che prevedono una serie di compiti e prescrizioni diretti a favorire la pratica interattiva. Tali esercizi possono essere assegnati durante le sedute in presenza e riconsegnati dai partecipanti mediante i *device* elettronici. Tra i soggetti destinatari dei *workbooks* vi sono anche i pazienti colpiti da malattie gravi e in una fase critica dell'evoluzione della patologia. Lo scopo di questo tipo di intervento, secondo L'Abate (2004), è anche rendere l'azione terapeutica quantificabile, confrontabile, valutabile in termini di efficacia.

Più di recente, la diffusione dell'uso della messaggistica istantanea e delle videochiamate ha portato gli psicoterapeuti ad analizzare la questione relativa alla gestione delle comunicazioni tra essi e i pazienti sia nell'ambito delle sedute a distanza, sia fra una seduta e l'altra. Manfreda (2009) ha evidenziato come i messaggi e i collegamenti da remoto possano rappresentare un importante "appoggio" alla psicoterapia: grazie ad essi i soggetti possono trasmettere dati, ma soprattutto esprimere le proprie emozioni e mettere in atto processi di autoregolazione. Sia la comunicazione terapeutica online che la gestione di *setting*

clinici mediante nuove tecnologie è oggi una realtà diffusa, anche in un ambito, come quello della malattia oncologica, che prevede l'interazione tra soggetti e la regolazione delle emozioni. La possibilità di comunicare a distanza è percepita come una soluzione in grado di evitare lunghe stasi negli incontri (a causa di un aggravarsi della patologia) o di mettere in atto strategie di differimento dell'incontro diretto che riducono il carico emotivo del confronto.

Nel caso dello psicodramma, peraltro, il passaggio al setting online si è reso necessario per la contingenza rappresentata dal Covid-19, che ha imposto di rispettare le misure relative al distanziamento (eliminando quindi la presenza fisica dei pazienti che rappresenta un requisito fondamentale di tale intervento di sostegno). Se il vantaggio delle sedute on line è quello di permettere un'interazione psicodrammatica continuativa (per coloro che sono impossibilitati a recarsi sul *setting* fisico) e di ridurre lo *stress* degli incontri, dal momento che la distanza tende a creare uno "schermo emotivo", il rischio è quello di una minore comunicazione non verbale, dovuta anche all'impossibilità di visualizzare i partecipanti a figura intera. Le esperienze di *setting* on line evidenziano inoltre una maggiore fatica e distraibilità, come ha sottolineato da tempo la letteratura sull'argomento. Vi è infatti la necessità di un impegno molto maggiore per interpretare il non verbale, il tono della voce, la postura. Un'altra variabile è il silenzio, normale nella conversazione faccia a faccia, ma che provoca ansia rispetto agli aspetti tecnologici se ha luogo durante una videochiamata. Uno studio di Schoenenberg, Raake e Koeppe (2014) ha dimostrato che la differenza di trasmissione di 1, 2 secondi faccia percepire l'interlocutore come meno attento e meno "gentile". Inoltre, la maggior consapevolezza di essere guardati aumenta l'ansia, cosa che incrementa la sensazione di fatica e stanchezza nelle prestazioni online.

La letteratura ha analizzato, negli ultimi anni, le caratteristiche della comunicazione terapeutica online, allo scopo di migliorarne l'impiego anche nei casi di sessioni psicodrammatiche. È stato accertato che la differenza fra la terapia online e quella in presenza è soprattutto di natura clinica: non basta conoscere una piattaforma o avere dimestichezza con le modalità di interazione *on line*, ma è

necessario valutare le proprie competenze. La letteratura condivide, infatti, l'idea che la terapia online non sia un *setting* più facile, ma comporti una situazione relazionale più complicata da gestire. È necessario, inoltre, accertare con scrupolo se sia opportuno o meno, per l'intervento psicoterapico, attivare un percorso a distanza. Questo tipo di comunicazione, infatti, può non essere adeguato per i pazienti che hanno necessità di contatto fisico, di sentirsi accolti in un gruppo fisicamente presente, di interagire emotivamente con gli altri partecipanti. In ogni caso, è sempre opportuno conoscere in modo approfondito la gestione del *setting* in presenza prima di passare alla modalità *online*, la quale, oltre che comportare un'invasione nello spazio privato dei pazienti, rende più complessa la valutazione di elementi emotivi, di certe sfumature della voce o del comportamento non verbale. In alcuni casi, inoltre, vi possono essere difficoltà a partecipare a causa della mancanza dell'attrezzatura e delle competenze tecniche necessarie, così come dalla mancanza della privacy nella propria abitazione.

Nel caso qui analizzato, durante l'anno 2021, la terapia psicodrammatica ha avuto luogo nella modalità a distanza nei primi sei mesi dell'intervento e in presenza nei secondi sei mesi, mediante collegamenti in videochiamata sulla piattaforma Skype. Essa ha dato modo, pertanto, di sviluppare alcune considerazioni generali circa le caratteristiche dei due *setting* di lavoro.

Gli incontri del gruppo, condotti secondo i criteri generali dello psicodramma, sono stati focalizzati sulla malattia oncologica con lo scopo di esplorare e, possibilmente, modificare le dinamiche del vissuto di malattia e le problematiche relazionali generate dalla nuova realtà. In particolare, il percorso ha inteso:

a) promuovere un pensiero evolutivo, invitando i soggetti a proiettare se stessi nel futuro e nel passato, così da sperimentare dimensioni differenti e meno costrittive rispetto al tempo presente (percepito come fonte di sofferenza);

b) stimolare la ristrutturazione delle rappresentazioni interne delle relazioni significative, favorendo la consapevolezza della loro importanza e della loro connotazione emotiva;

c) consentire l'espressione e la condivisione di emozioni, paure, ansie, dubbi, aspettative legati alla situazione di sofferenza.

L'adattamento dell'interazione al *setting* on line ha comportato una maggiore attenzione alla componente verbale degli interventi, rispetto a quella paraverbale e metalinguistica. Si è potuto verificare, peraltro, come la relazione a distanza aumenti l'attenzione per i contenuti della comunicazione e per le sue sfumature emotive. Ciò facilita gli atteggiamenti empatici e non pregiudica (anzi sembra quasi promuovere) le dinamiche legate al *tele*. Quest'ultimo, come si è ricordato nel corso del lavoro, è una delle strutture principali della comunicazione interpersonale, un "ponte invisibile" attraverso cui passano le emozioni e acquisiscono una specifica qualità. Esso permette di relazionarsi con gli altri su un piano emotivo e di creare legami significativi nel contesto di gruppo.

### 3.3. Le caratteristiche del campione coinvolto

L'analisi intende focalizzarsi sull'esperienza psicodrammatica di quattro donne con patologia oncologica: Doriana, Laura, Carla e Martina<sup>16</sup>. Il gruppo di psicoterapia è di tipo continuativo, con una struttura ben definita anche se in continuo cambiamento. Attualmente è costituito da sette membri, nel corso dell'anno alcune avranno una presenza più costante mentre altre avranno una frequentazione più intermittente per diverse ragioni.

All'inizio dell'anno, al rientro della pausa per le feste di Natale, una compagna che non dava notizie da alcune settimane non è rientrata nel gruppo e le compagne hanno ipotizzato il suo decesso. Non è stato possibile, peraltro, averne una effettiva conferma. Nel mese di febbraio si è aggiunta al gruppo una nuova compagna che è restata solamente fino a giugno. I primi sei mesi dell'anno il gruppo si è riunito su una piattaforma telematica a causa dell'alto rischio dovuto

---

<sup>16</sup> I quattro nominativi non corrispondono a quelli delle quattro pazienti prese in esame, ma sono stati modificati allo scopo di rispettarne la privacy.

alla pandemia causata da covid-19. Questo ha portato da un lato alcune complicazioni per le frequenti interruzioni nei collegamenti in quanto non tutte disponevano di adeguati supporti tecnologici, dall'altro ha permesso comunque, di proseguire gli incontri. Nonostante fossero tutte autonome nella gestione delle attività on-line, alcune volte le sessioni sono iniziate in ritardo a causa della connessione, qualche interruzione ha talvolta reso meno fluida la sessione. Vi è stato, inoltre, in alcune situazioni un problema con la privacy, la quale non potendo sempre essere garantita per la presenza di altri familiari in casa, ad esempio, ha impedito alla donna di partecipare alla sessione.

Nel secondo semestre del 2021 le sessioni si sono svolte nuovamente in presenza. La donna entrata a febbraio ha dovuto sospendere la sua partecipazione in quanto non ha potuto recarsi in presenza presso la sede degli incontri a causa della distanza tra il luogo di residenza e la sede degli incontri. Negli ultimi quattro mesi dell'anno sono entrate tre donne nuove, dando una nuova forma al gruppo con i loro contributi e fornendo nuovi ed eccezionali stimoli di lavoro.

Come si è ricordato, l'osservazione riguarda in particolare quattro donne, le quali, tra le sette che formavano il gruppo, sono sembrate le più rappresentative. Infatti, benché ognuna abbia un vissuto diverso e sia una persona unica nella sua esperienza di dolore, vi sono comunque delle tematiche ricorrenti (solitudine, paura di lasciare i figli da soli e se non si hanno dolore per non averli avuti e non poterli più avere...) che risultano emergere dagli interventi psicodrammatici. È sembrato opportuno, pertanto, anche per evitare ripetizioni, focalizzare l'attenzione sulle quattro pazienti in grado di esplicitare con maggiore precisione ed ampiezza tali costrutti emotivi e psicologici.

Si tratta di donne con un'età compresa tra i cinquant'anni e i sessantadue anni, con una differente continuità di partecipazione al gruppo psicodrammatico. Una di esse, Doriana, è con Marina un membro storico del gruppo, Carla rientra ad inizio anno dopo una pausa, mentre Laura si è aggregata più di recente. Nel quarto capitolo ci si propone di esporre alcune sessioni verbalizzate in presenza o effettuate in modalità online.

Il metodo utilizzato è l'analisi interpretativo-fenomenologica (Interpretative Phenomenological Analysis - IPA), elaborata da Richards e Morse (2009). Tale approccio, attribuendo un ruolo centrale ai soggetti che prendono parte alla ricerca, permette di differenziare gli aspetti più propriamente personali da quelli culturalmente determinati. In secondo luogo, l'IPA analizza non tanto gli eventi in sé, quanto il significato che essi rivestono per il soggetto. Si tratta, quindi, di un approccio analitico di natura interpretativa, diretto a esplorare, nel caso dei pazienti oncologici, i rapporti che intercorrono tra un determinato individuo e l'evento-malattia (che può declinarsi anche nel rapporto evento-morte), prendendo in considerazione i significati attribuiti alle loro esperienze. L'IPA prevede, quindi, un doppio livello di interpretazione:

- da un lato, i pazienti oncologici danno un senso alla malattia e ai mutamenti intervenuti nella loro esistenza;
- dall'altro, il ricercatore si propone di esplicitare, a sua volta, tale significato attraverso le parole dei pazienti.

È possibile affermare, pertanto, che l'IPA è un metodo di analisi di tipo fenomenologico, in quanto assegna un'importanza prioritaria alla soggettività piuttosto che all'oggettività (Larkin-Thompson, 2012). Più in particolare, tale approccio si fonda su cinque ipotesi:

- 
- una comprensione del mondo richiede una comprensione dell'esperienza;
  - è necessario entrare in contatto con le personali rappresentazioni delle esperienze, discriminando le componenti culturali e sociali;
  - l'analisi di un singolo caso facilita l'attenzione al particolare;
  - per interagire con l'esperienza di altre persone, i ricercatori devono essere in grado di riflettere sulle proprie esperienze;
  - non si può evitare di interpretare, ma si deve riflettere sul proprio ruolo nel produrre tali interpretazioni (Larkin-Thompson, 2012).
- 

Secondo questa metodica, è necessario cogliere i contenuti percettivi ed emotivi, così come le attribuzioni di senso, associate da un paziente oncologico alla

diagnosi e al processo di cura, partendo dal presupposto che egli è “vero esperto” sul tema della ricerca. L’obiettivo è quello di comprendere il più analiticamente possibile come, e a partire dalla circostanza esistenziale di “sapersi malato di cancro”, il partecipante interpreta ciò che sta vivendo (Sasso et al., 2015). Nel caso della terapia psicodrammatica, il primo passo consiste nell’ascolto dei partecipanti al gruppo e nella trascrizione diretta dei loro dialoghi. Durante la trascrizione può risultare utile cogliere le annotazioni, le variazioni emotive, il tono di voce e il comportamento non verbale. Questo passaggio è importante per far sì che il soggetto diventi il focus dell’analisi e per prendere familiarità con le sue considerazioni.

Un secondo passaggio riguarda l’analisi del contenuto e del linguaggio utilizzato. Le annotazioni possono essere di tre tipi: commenti descrittivi (che si basano su una spiegazione del contenuto che il partecipante ha prodotto); commenti linguistici (basati sull’analisi dello specifico linguaggio utilizzato dal partecipante); commenti concettuali (che riguardano un livello di analisi più profondo e interpretativo). Il terzo passo fa riferimento all’individuazione dei temi emergenti, vale a dire i costrutti che riguardano aspetti emotivamente fondamentali e argomenti che investono il senso dell’esperienza e che sono essenziali in relazione alla domanda di ricerca generale (Sasso et al., 2015).

Successivamente è necessario mettere in relazione i diversi temi, individuando collegamenti e connessioni che consentono di comprendere come un soggetto interpreta l’esperienza della malattia oncologica e altri eventi rilevanti della sua esistenza. In questo modo è possibile conoscere il senso della narrazione e raccordare quest’ultima con altri casi presi in esame:

| <i>Temî emergenti</i> | <i>Soggetto<br/>X</i> | <i>Soggetto<br/>Y</i> | <i>Soggetto<br/>Z</i> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| TEMA UNO              |                       |                       |                       |
| Interpretazione a     |                       |                       |                       |

Interpretazione b

Interpretazione c

---

La tabella evidenzia come, rispetto a ogni tema emergente, possano venire annotate le interpretazioni fornite dai partecipanti alla ricerca. In questa ricerca l'attenzione si focalizza su quattro donne con diagnosi oncologica, per le quali la partecipazione al gruppo psicodrammatico ha risposto a esigenze diverse.

*Doriana*, una donna di cinquant'anni, è alla sua 57° sessione di psicoterapia nel gruppo. Ha iniziato il suo percorso nel gruppo nel marzo 2019, in concomitanza con la 75° sessione. La sua partecipazione durante l'anno 2021 non è stata costante, avendo preso parte a 13 sessioni di cui 10 on-line e 3 in presenza. Dopo i primi tre mesi, infatti, la paziente ha trovato una nuova occupazione lavorativa che l'ha costretta a ridurre la frequenza.

L'ingresso nel gruppo ha rappresentato per Doriana una risposta al suo bisogno di supporto, comprensione e conforto. Si tratta di una donna sola, che non ha un sufficiente scambio emotivo con la madre e il fratello: anche se il rapporto con loro è buono, non può contare sulla loro comprensione. La solitudine nell'affrontare la sua malattia è fonte di grande sofferenza, accentuata dal fatto che a lei si chiede, invece, di fornire sostegno alla madre. Nel gruppo ha una forte presenza: è una donna aperta e comunicativa, tiene molto a mostrare la sua parte di forza che mette a disposizione degli altri partecipanti. Fatica un po' nel mostrare la sua parte più fragile e sofferente e tende a portare esperienze che sa di poter gestire senza "lasciar andare troppo".

*Laura* è una donna di sessantadue anni. È entrata per la prima volta nel gruppo alla fine di ottobre 2021. È sposata da trentotto anni con un uomo che recentemente ha abbandonato la famiglia per una relazione iniziata on-line con un'altra donna. Ha due figli entrambi con una grave disabilità psicofisica: un

maschio che attualmente vive in casa con lei nonostante le sue condizioni di salute si siano aggravate, e una femmina che si trova in un istituto.

Al suo ingresso nel gruppo ha percepito subito la comunità psicodrammatica come un luogo sicuro dove poter esprimere paure e angosce. Il clima accogliente e la presenza di altre donne in grado di accoglierla e comprenderla hanno favorito la sua integrazione emotiva ed operativa. La rapida sequenza degli eventi negativi e traumatici che si sono presentati nella sua vita ha portato Laura a mettere in atto alcune difese che esprime minimizzando la reale gravità della malattia stessa. Altre donne nella sua famiglia, del resto, hanno avuto una diagnosi per cancro (una sorella e una nipote).

*Carla* è una donna di cinquantanove anni che, dopo un periodo di sospensione, è rientrata a far parte del gruppo dal gennaio del 2021. La paziente ha una lunga storia di malattia, essendo stata colpita da numerose complicanze che nel tempo hanno avuto un impatto rilevante sul suo stato generale di salute psicofisica. Carla ha portato al gruppo la sua preoccupazione, riuscendo peraltro a compiere un lavoro di elaborazione attraverso un significativo grazie alle tecniche di inversione del ruolo.

Infine *Martina* ha sessantadue anni ed è attiva nel gruppo da quasi tre anni. È una donna creativa e con molte risorse, impegnata nel lavoro e presente nella famiglia alla quale dedica un impegno senza sosta e per la quale rappresenta un pilastro centrale. Ha una figlia sposata (madre di due nipotini che adora) un figlio poco più che adolescente, al quale ha scelto di non dire nulla della sua malattia per proteggerlo. Gestisce un'attività commerciale che la impegna molto anche fisicamente.

La ricerca ha avuto obiettivi di natura interpretativa, limitati ai costrutti psicologici-emotivi determinati dalla malattia e alla loro esternazione nel corso della psicoterapia psicodrammatica. L'osservazione non ha preso in esame, pertanto, gli esiti dell'intervento psicoterapico e mutamenti intervenuti nelle rappresentazioni interne delle pazienti. La natura analitica della ricerca ha

consigliato di valutare i livelli di supporto generati dalla psicoterapia psicodrammatica in modo indiretto, attraverso le affermazioni delle pazienti. Un metodo alternativo, di natura diretta, sarebbe stato quello di coinvolgere le partecipanti in un'intervista semi-strutturata con l'obiettivo di indagare la loro percezione rispetto all'esperienza di gruppo.

L'approccio seguito, al contrario, è stato quello di privilegiare lo spirito del metodo IPA, facendo sì che le pazienti esprimessero spontaneamente, eventualmente, i loro giudizi sull'esperienza.

### **3.4. I dati anamnestici delle pazienti**

Nel primo capitolo è stato ricordato come il tempo assuma una particolare rilevanza (esistenziale e psicologica) per coloro che si trovano ad affrontare una malattia oncologica. Per questi soggetti, infatti, la malattia rappresenta una “cesura” rispetto a tre periodi percepiti come autonomi: il tempo passato, caratterizzato da uno stato di salute; il tempo presente, percepito come precario; il tempo futuro, avvertito come il limite massimo (più o meno breve) che separa dalla morte.

I soggetti che conducono una vita connotata dalla malattia vivono, quindi, in un “tempo sospeso”. La sospensione è determinata dal fatto che l'individuo malato vive la certezza di una “vita a tempo limitato”, a differenza degli altri soggetti che, anche se destinati anch'essi a morire, non hanno cognizione della durata della loro vita. Una ricerca condotta da Gargiulo e collaboratori (2020), evidenzia che “i pazienti più o meno coscientemente vivono la loro angoscia, che può assumere molte forme, toccati da una prognosi oncologica che li obbliga ad affrontare la propria morte come un dato reale. La realistica conoscenza del limite temporale imposto dalla malattia alla loro vita, li pone di fronte al problema disperante di un tempo che ha un termine” (p. 131). I soggetti con una malattia oncologica perdono, di fatto, uno dei parametri fondamentali della vita, vale a dire la prospettiva temporale e la possibilità di progettare un “domani”. Il crollo di questa prospettiva esistenziale fa venire meno le aspettative e le attese, dal momento che l'unico

momento progettabile rimane il presente. Il soggetto colpito da una malattia oncologica non ha più, come avveniva in precedenza, una proiezione temporale tridimensionale, cioè riferibile all'esistenza passata, a quella presente e a quella futura. Un autore osserva che “la fine possibile della vita mette il soggetto di fronte a un passato che risulta spesso doloroso, in quanto restituisce il ricordo di un corpo sano e di relazioni emotivamente intense, e a un presente che risulta complesso da gestire, dal momento che il tempo a disposizione è spesso così ridotto da non consentire di progettare alcunché di rilevante. Il risultato è quel tempo sospeso che viene registrato in tutte le ricerche dedicate ai malati in fase terminale, un tempo senza ancoraggi e senza dimensioni” (Perini, 2016, p. 61).

La ricerca illustrata in questo lavoro ha preso in esame le trascrizioni relative a quattro pazienti presenti in modo più o meno continuativo in entrambe le modalità di lavoro terapeutico (in presenza e *on line*). La relativa continuità ha permesso di confrontare i due *setting* e di valutare i fattori terapeutici più rilevanti. Qui di seguito vengono riportati i dati anamnestici delle quattro pazienti:

*Doriana* ha una storia personale in cui emergono molti eventi che le hanno causato, oltre alla malattia oncologica, profonda sofferenza: i ripetuti tentativi di fecondazione assistita falliti, la chirurgia bariatrica resasi necessaria per l'importante incremento di peso a causa delle terapie ormonali alle quali ha dovuto sottoporsi, e successivamente il divorzio dal marito che le ha comunicato di avere una relazione con un'altra donna. Nel 2018 ha ricevuto la diagnosi di cancro al retto e dopo breve tempo ha subito la perdita del padre che rappresentava per Doriana un riferimento importante nella sua vita. Nel 2019 il cancro si è ripresentato all'ano e ha costretto la donna a sottoporsi a diversi cicli di chemioterapia e radioterapia che le hanno procurato gravi complicazioni, provocandole una grave stenosi vaginale che le impediscono di avere rapporti sessuali. Più di recente la donna è stata sottoposta a un importante intervento di ricostruzione ginecologica che le ha causato un lungo periodo di sofferenza fisica e psicologica anche per la presenza di pesanti effetti collaterali.

*Laura* ha ricevuto nel febbraio del 2021 una diagnosi cancro al seno, in seguito alla quale si è sottoposta ad un intervento chirurgico e a cure chemioterapiche. Ha accettato di intraprendere un percorso di psicoterapia di gruppo in quanto avverte di avere un forte bisogno di “risposte” e l’esigenza di condividere la sua sofferenza allo scopo di dare espressione alle nuove emozioni che non riesce a comprendere. Di recente i problemi con l’ex marito si sono aggravati a causa delle questioni legali legate alla complessa gestione dei figli disabili e a quella del patrimonio economico della famiglia. Tali contrasti rappresentano per *Laura* una costante e opprimente fonte di ansia.

La donna verbalizza pensieri nei quali la malattia oncologica sembra essere il risultato di eventi negativi accaduti in precedenza. Ha necessità di dare un senso a ciò che è accaduto, frutto di un malessere inespresso, cresciuto nel tempo e che si manifesta oggi sotto forma di malattia fisica. Emerge sin da subito il suo bisogno di trovare uno spazio per sé, in qualche modo protetto, nel quale poter comunicare e condividere i suoi pensieri e le sue elaborazioni ansiogene: uno spazio in cui sostare e riflettere su quello che sta accadendo.

*Carla* ha subito nel 2009 il primo intervento a causa del tumore al seno. Avendo un’elevata ricorrenza familiare di malattie oncologiche e test genetici positivi, durante un confronto medico la donna ha deciso di sottoporsi a successivi interventi in ambito ginecologico, facendosi asportare oltre al secondo seno, l’utero e annessi. Al suo rientro nel gruppo ha lamentato uno stato di malessere e affaticamento generale. Un fattore negativo rilevante, inoltre, consiste nella sua difficoltà a gestire l’ansia provocata dalle complicanze patologiche che negli ultimi tempi risultano essersi aggravate (di recente, durante un accertamento, è stato inoltre riscontrato l’imminente rottura della protesi).

In questo periodo la sua vita è caratterizzata da molta solitudine. *Carla* vive in compagnia dei due piccoli cani che rappresentano per lei un’importante risorsa affettiva. In passato la donna ha avuto un compagno dal quale poi si è separata e avverte pertanto la mancanza di una persona vicina e la tristezza di non aver potuto realizzare un proprio nucleo familiare. È molto legata alla famiglia, in modo

particolare alle nipoti per le quali nutre un sentimento profondo. La nipote maggiore ha subito un intervento al seno a causa dello stesso tumore, mentre una seconda, in seguito ad alcuni accertamenti, è emerso il sospetto di una possibile diagnosi oncologica. Lo stesso tipo di tumore ha colpito, inoltre, determinandone la morte, la madre, quando lei aveva quattro anni, e la sorella maggiore.

*Martina* ha ricevuto nel 2006 la prima diagnosi di carcinoma all'ovaio destro, una patologia che si è ripresentata nel 2015 in una differente sede. La malattia ha avuto significative conseguenze sulla sua autonomia lavorativa, costringendola a soste dovute alle cure che l'hanno tenuta lontana dall'attività commerciale e che hanno ridotto l'impegno a favore dei figli e degli altri familiari. Rappresentando per la famiglia un pilastro centrale, la notizia della sua malattia ha minacciato la stabilità del sistema, gli sforzi di *Martina* per tenerlo in equilibrio vanno talvolta oltre alle sue possibilità. Verso la metà dell'anno, in corrispondenza della sospensione estiva, annuncia al gruppo di essersi sottoposta ad accertamenti specialistici per il sospetto di una recidiva.

Queste donne vivono tutti i giorni le loro vite impegnative in cui si destreggiano tra lavoro, relazioni familiari, la loro malattia, arrivando al loro appuntamento nel gruppo con le loro fatiche e le loro emozioni. Condividono la stessa patologia e comune è il sentimento di appartenenza, ma è anche vero che ognuna rivendica la propria unicità di fronte alla malattia.

### **3.5. I tempi e l'organizzazione della rilevazione**

Le sessioni di psicoterapia psicodrammatica in presenza sono state effettuate ogni martedì della settimana, con una durata di un'ora e quindici minuti, dalle 15.30 alle 16.45. Anche le sessioni online hanno mantenuto come giorno il martedì con la stessa durata.

Le trascrizioni sono state effettuate nell'imminenza delle sedute, in modo tale da mantenere vivi il senso dei contenuti scambiati e l'impressione dei portati emotivi. In un primo tempo è stata effettuata una trascrizione integrale dell'intera sessione, riportando puntualmente i passaggi dialogici nella loro integralità e integrandolo con note illustrative relative all'atteggiamento, al tono di voce, all'emozione comunicata, ecc. Qui di seguito viene riportata una figura illustrante tali trascrizioni. Ognuno riporta il numero progressivo della seduta e la data, censendo i presenti e gli assenti (contrassegnati dal nome puntato e dal numero di sedute a cui sono stati presenti). Successivamente, vengono fornite alcune "informazioni generali" relative alla natura della seduta (in presenza o via Skype) e le modalità di formazione del gruppo. Queste indicazioni sono rilevanti per individuare eventuali contingenze così come eventuali difficoltà a collegarsi nelle sessioni da remoto.

**Fig. 3: Esempio di trascrizione integrale di una sessione**

|  |
|--|
| <p><b><u>N° sessione 156 del 11-05-21</u></b></p> <p><b>Presenti in 5:</b> C (71), D (66), A (40), N (29), B (14), MC (12).<br/> <b>Assenti in 2:</b> M (66).</p> <p><b><u>Informazioni generali:</u></b></p> <p>- Il gruppo si riunisce ancora telematicamente tramite Skype.</p> <p>- A. è la prima a connettersi al gruppo, seguono B., N., D., per ultima C.</p> <p>-MC. si collega dopo vari minuti dall'inizio.</p> <p><b>Inizio:</b> 15.34</p> <p><b>ATTIVITÀ:</b></p> <p>D1: <i>LA SETTIMANA SCORSA ERO ASSENTE IO NEL GRUPPO, MA MI SONO FATTO AGGIORNARE DA D2 E OSSERVATRICE, LA SETTIMANA SCORSA MANCAVI TU D. MENTRE LE ALTRE ERANO PRESENTI. BEN RITROVATE A TUTTE QUANTE ... MAGARI D. VISTO CHE ERI ASSENTE LA VOLTA SCORSA, DIAMO A TE UN TURNO DI PAROLA, CON L'INVITO DI SCEGLIERE UNA COMPAGNA DI GRUPPO CHE SARÀ LA TUA INTERLOCUTRICE DEL MOMENTO ... LA COMPAGNA CHE SCEGLIERAI NON SARÀ LÌ IN ASCOLTO PASSIVO MA SARÀ LÌ AD AIUTARTI AD ESPRIMERTI IN MODO PIÙ ATTIVO.</i></p> <p>D: C.</p> <p>D1: <i>C. NON RIMARRAI SOLO IN ASCOLTO PASSIVO, MA POTRAI INTERVENIRE AD AIUTARE D.</i></p> <p>D: <i>In queste ultime due settimane, come sapete, mi sono licenziata dal posto di lavoro e ho iniziato dall'altra parte. Mi trovo benissimo, sono serena, il tempo passa e non me ne rendo conto. È perfetto,</i></p> |
|--|

La trascrizione ha riguardato anche gli aspetti contestuali che interferivano con l'azione psicodrammatica e che risultavano significativi per illustrare l'ambiente comunicativo delle partecipanti.

Fig. 4: Annotazioni degli aspetti contestuali

N: Scusami un attimo, fai silenzio D. (*trambusto*) Scusami D., c'era mio figlio e non volevo sentisse, ora è andato via e mi sono spostata.  
D: Nessun problema, posso ora? (*sorride*)  
N: Sì, sì.

Ogni trascrizione riporta con precisione gli interventi del Direttore, il quale ha il compito di condurre la sessione di psicodramma e l'alternanza degli interventi.

Fig. 5: Indicazioni operative e consegne del Direttore

D1: *ABBIAMO CHIUSO L'INTERAZIONE TRA D. E C.*  
D2: *PROCEDIAMO CON B., SCEGLI UNA COMPAGNA CON LA QUALE APRIRE UN'INTERAZIONE.*  
B: *Scelgo A., ciao A. (sorride)*  
*(A. saluta)*  
D2: *INIZIA CON IL TUO AGGIORNAMENTO E A. SI OCCUPERÀ DI FARE DOMANDE PER L'ESPRESSIONE DEL TUO AGGIORNAMENTO.*  
B: *Lunedì* ho fatto infusione magica di chemio (*ride*). Parlo dopo di lunedì, domenica bellissima giornata fuori, grigliata sulla terrazza di mia cognata, è stata una bella sensazione. Bella. Con persone che non vedevo da tempo ... Invece lunedì, eccoci qui, torniamo nella vita attuale che purtroppo non è bellissima (*sorride*). Sono stata in ospedale... allora conosco adesso ... (*sorride*) beh...è che riesco a fare amicizia pure con le pietre ... ho conosciuto una ragazza, una bella donna ... con cui ho instaurato un bel rapporto di amicizia. Sempre le mie piastrine in impennata. I valori non sono stabili, ma almeno stanno lì. Io mi sento bene, l'unica cosa è la sera in cui ho veramente stanchezza alle gambe. Sembra una stanchezza come se scalassi le montagne ... la sera sono devastata con le gambe, ho chiesto se fosse una cosa normale e mi è stato detto di sì. Facendo la chemio non siamo atleti.

La trascrizione si chiude con una restituzione “specchio” da parte dell'osservatore che comunicherà al gruppo che cosa ha notato durante la sessione.

*Osservatrice: oggi ho visto un grande gruppo di donne che ha lavorato su una sfera così intima, con una forza e serietà infinite. Credo che questo tema sia molto importante per noi donne in generale, e per una donna che porta il peso di una malattia diventa faticoso ed è una parte che non si condivide facilmente. L'esperienza del lavoro nel gruppo ha permesso di accogliere anche queste parti intime e delicate in un modo protetto. Vi siete affidate con la certezza di non essere fraintese o ferite. È stato molto bello osservarvi da fuori, siete delle grandi donne.*

D1: Bene allora ci salutiamo e ci diamo appuntamento a settimana prossima (abbraccio di gruppo).

In una seconda fase la trascrizione integrale è stata riesaminata in modo analitico, allo scopo di individuare i passaggi che contenevano temi emergenti. Ciò ha permesso di ottenere un gruppo di frammenti discorsivi maggiormente significativi e ordinabili secondo le indicazioni dell'analisi interpretativo-fenomenologica (IPA). Anche in questo caso un primo passaggio è stato quello della selezione personale, vale a dire relativa a una singola partecipante. Solo successivamente, sulla base degli esiti di questa analisi tematica, si è cercato di raggruppare ogni categoria di temi emergenti nei temi sovraordinati.

L'esperienza condotta con le quattro donne con diagnosi di cancro ha dimostrato come il gruppo di psicodramma terapeutico possa diventare il luogo privilegiato per la cura della persona e per la ricostruzione dei programmi di vita. Nella comunicazione di gruppo, infatti, gli affetti e i sentimenti, che sono evocati dall'esperienza della malattia, possono emergere e attivare effetti riparativi. Il gruppo, se ben organizzato e gestito nelle sue dinamiche, si caratterizza come uno spazio protetto nel quale condividere ed accogliere anche quei sentimenti legati ad angosce profonde ed antiche e all'angoscia più primordiale, l'angoscia di morte, che una malattia come il cancro porta con sé. Boria e Muzzarelli (2018) sottolineano come il gruppo e la sua accoglienza possano essere intesi come uno spazio e un atteggiamento in grado di comprendere il paziente, di "abbracciarlo" emotivamente e di contenerne il dolore e le angosce.

L'esperienza grupale ha la capacità, come osserva un autore, di "trasformare, in parte, i limiti in possibilità di incontro e in relazioni ancora piene di vitalità e di passione" (Perino, 2016, p. 65). La creazione di un gruppo non a termine rappresenta, infatti, per i pazienti e per gli stessi conduttori, "la possibilità

di utilizzare il tempo a disposizione per accogliere e rendere tollerabile ogni evento, drammatico ed irreversibile, legato al peggioramento ed avanzamento della malattia. L'appartenenza passa infatti attraverso una nuova fisicità, un nuovo disporsi nel cerchio, un nuovo guardarsi con occhi diversi da quelli della commiserazione” (Perino, 2016, p. 65). L'importanza di un gruppo psicodrammatico sta, infatti, nella sua capacità di “contenere” il dolore e di restituire comprensione, accoglienza e risposte empatiche rispetto all'esperienza della malattia.

## Capitolo quarto

### **Gli esiti della ricerca e le indicazioni operative**

#### **4.1. Le tematiche emerse**

La trascrizione e l'analisi delle interazioni avvenute nel corso delle sessioni psicodrammatiche hanno permesso di identificare alcuni temi chiave che caratterizzano le quattro pazienti oncologiche prese in esame.

Prima di illustrare i contenuti più significativi, è utile ricordare alcune considerazioni sviluppate dalla letteratura relativa ai vissuti dei soggetti oncologici, coinvolti in un'esperienza di psicoterapia di gruppo con approccio psicodrammatico. L'evidenziazione di alcuni costrutti ricorrenti permette di verificare la loro presenza anche nelle riflessioni delle quattro pazienti prese in esame (Fossati et al., 2014).

Un primo tema è relativo agli effetti sociali e relazionali della malattia oncologica. I pazienti, infatti, tendono a percepire il tumore come un evento in grado di alterare e perturbare non solo la loro vita, ma anche quella delle loro famiglie, dei loro cari e delle persone che fanno parte della loro vita sociale. Questa percezione ha, in realtà, un aspetto ambivalente. Da un lato, viene espresso un senso di colpa e di rammarico per il fatto che la malattia oncologica rappresenta una “cesura” nella vita ordinaria, destinata ad introdurre uno stato di tensione, ansia e preoccupazione (atteggiamento di premura); dall'altro, i soggetti oncologici manifestano la convinzione di venire percepiti come un peso dai familiari, i quali si trovano nella necessità di dover supportare il malato e di occuparsi delle sue necessità quotidiane (sensazione di ingratitudine). Inoltre, essi tendono a descrivere i componenti della famiglia e gli amici come incapaci di capire le angosce del paziente e la gravità dello stato patologico (atteggiamento di ostilità).

Il tema delle relazioni affettive coinvolge anche considerazioni circa l'esperienza grupitale. Quest'ultima acquista una particolare rilevanza in quanto le

relazioni sociali sono vissute, nella fase di malattia, come artefatte e insincere. Spesso l'unico modo per relazionarsi con gli altri è quello di mettere una "maschera di salute", dando vita a una finzione necessaria per essere accettati e per continuare a intrattenere relazioni normali. Ciò determina un groviglio di falsi rapporti che incoraggi i pazienti oncologici ad allontanarsi dagli altri per sfuggire a interazioni superficiali. Al contrario, le relazioni all'interno del gruppo vengono percepite sincere, anche se avvengono con compagni conosciuti da poco e la cui vita è quasi del tutto sconosciuta. I partecipanti al gruppo condividono, pertanto, la strana condizione di essere degli "amici estranei" o "estranei capaci di dare sostegno e di capire senza giudicare". Questa condizione contraddittoria è, in realtà, funzionale a promuovere e a creare legami di reciproco aiuto all'interno del gruppo psicodrammatico, in quanto permette di comunicare sentimenti di conforto e di sicurezza.

L'esperienza all'interno del gruppo, come è stato rilevato, "dà ai pazienti la possibilità di esplorare, esprimere, identificare sentimenti che altrimenti non avrebbero potuto riconoscere. Nel riuscire ad esprimere e condividere la loro esperienza con gli altri partecipanti, essi si sentono meno isolati e imprigionati dal tumore" (Fossati et al., 2014, p. 12). Tale sensazione di conforto e di comprensione deriva dalla consapevolezza (rassicurante) che i partecipanti al gruppo, essendo anch'essi malati, condividono pensieri simili, così come analoghi sentimenti di angoscia e smarrimento. Il confronto consente, quindi, di creare un "luogo protetto" in cui esprimere apertamente i propri pensieri e abbandonarsi anche al dolore senza sentirsi giudicati. Più in generale, i partecipanti al gruppo terapeutico con orientamento psicodrammatico apprezzano la creazione di un legame speciale tra i partecipanti, che non richiede parole e che spesso si crea in modo immediato e intenso.

Un secondo tema ricorrente è quello della mutata percezione del tempo e del deterioramento della vita quotidiana. Nel corso del lavoro è stato evidenziato come i soggetti con una malattia oncologica tendono a perdere uno dei parametri fondamentali della vita, vale a dire la prospettiva temporale e la possibilità di

proiettare un “domani”. L’affievolirsi di questa prospettiva esistenziale fa venire meno le aspettative e le attese, dal momento che l’unico momento progettabile rimane il presente. La giornata viene caratterizzata dalla permanenza di sentimenti negativi di depressione, paura e ansia. Spesso, inoltre, i soggetti assumono un atteggiamento irrazionale di controffensiva: se il sentimento di morte insinua la paura, essi rispondono con pensieri e desideri di morte, quasi a voler riprendere in mano la propria vita che la malattia oncologica inevitabilmente sottrae alla loro disponibilità.

I pazienti osservano sovente come la diagnosi di cancro li abbia forzati ad abbandonare la loro identità precedente (di persone sane) e crearsi una nuova identità (di persone malate bisognose di umanità e sentimenti positivi). Tale transizione opera a livello di atteggiamenti e comportamenti, spingendo verso l’isolamento. Il gruppo psicodrammatico rappresenta, in particolare, un contesto nel quale i pazienti possono ridefinire i propri progetti di vita alla luce della malattia. Tende a operare, infatti, una sorta di “catarsi per traslazione”: ascoltare i problemi degli altri e farsene carico aiuta ad avere un atteggiamento più proattivo verso la propria malattia e a circoscrivere gli ambiti toccati dalla patologia. Uno dei problemi maggiori per i soggetti con diagnosi oncologica è quello, infatti, di trasformare il cancro in un’entità totalizzante, in grado di interessare tutte le aree dell’esistenza. L’attività del gruppo permette di prendere coscienza, al contrario, come si possa dare e ricevere aiuto, attraverso dinamiche che fanno uscire dalla condizione esclusiva di malato e assumere anche quella di agente terapeutico.

Questa azione di supporto è attivata anche dalla possibilità di mettere in scena i ruoli degli altri durante le sessioni di psicodramma. Ciò permette ai pazienti di mettersi nei panni degli altri e di vedere gli altri nei propri, superando le rigidità del “copione mentale” che tende a imporsi in questi soggetti. La possibilità di impersonare nuovi ruoli facilita il processo che porta a pianificare nuove traiettorie per la propria vita e a includere in esse la condizione di salute. L’interazione attivata dal gruppo dà modo, in sostanza, di “percepire il ruolo di malato come uno solo dei molteplici aspetti di sé” (Fossati et al., 2014).

Un terzo tema evidenziato dalla letteratura è quello della riattivazione delle emozioni. La possibilità di rappresentare le esperienze o le situazioni vissute attraverso le tecniche psicodrammatiche è percepita come un'opportunità di rendere possibile il cambiamento. Attraverso l'assunzione di ruoli e la loro rappresentazione sulla scena si genera nell'individuo la possibilità di liberare energie e tensioni. In particolare, nel caso dei soggetti oncologici, l'inversione di ruolo dà loro la possibilità di vedere le cose anche in "panni diversi" vivere un futuro che prima creava emozioni negative, provando emozioni maggiormente rassicuranti.

Infine, un quarto tema emerso dalle ricerche precedenti fa riferimento alle risorse necessarie per affrontare la possibile fine dell'individuo e dell'esperienza del gruppo. La morte è un argomento costante nell'attività psicodrammatica con pazienti colpiti dal cancro. Come osserva Kübler-Ross (2005), "il mantenere la maschera non serve, farsi vedere sorridenti non serve, poiché il malato si sentirebbe più ingannato che aiutato". Il compito del terapeuta, con questi malati, è quello di lasciar raccontare, essere disponibile e di non costringerli ad affrontare una realtà inaccettabile. È anche vero, però, che parlare della morte e del morire come esperienza della vita può, a volte, essere utile e dare addirittura sollievo. La stessa studiosa è stata autrice nel 1975 di un'altra importante opera sul distacco, dal titolo *Fasi psicologiche e comportamentali dell'elaborazione del lutto*. In questo saggio la Kübler-Ross osserva come la separazione, essendo la più dolorosa delle esperienze umane, porta a quella forma in cui prevale un "ovattamento dei sentimenti, un vago senso di vuoto, scarsi investimenti affettivi, mancanza di chiaroscuri nell'umore e nelle proprie relazioni emotive: la depressione" (p. 14).

Il confronto con la morte, nell'esperienza psicodrammatica, ha una triplice connotazione: da un lato fa riferimento alla morte del paziente che opera in esso; dall'altro, chiama in causa la perdita di altri componenti del gruppo; infine, rinvia alla fine stessa del gruppo psicodrammatico. Per ogni membro, avere a che fare con la perdita degli altri partecipanti è altrettanto doloroso e destabilizzante quanto pensare alla propria fine. Anche in questo caso, tuttavia, la possibilità di esprimere i propri sentimenti riguardo alla morte, nell'ambito dell'esperienza grupppale, è un

modo per dare senso al dolore e alle ansie personali, attivando sentimenti di pace e di condivisione.

#### **4.2. I pensieri e le considerazioni delle quattro pazienti**

Nelle pagine seguenti si riportano alcuni estratti significativi degli interventi effettuati, nel corso delle sessioni psicodrammatiche, dalle quattro donne prese in esame. Le loro verbalizzazioni sono accompagnate da commenti introduttivi, volti a chiarire alcune situazioni esistenziali e legate all'andamento della malattia, così come le posizioni assunte in relazione agli altri partecipanti.

Gli interventi consentono di chiarire gli stati d'animo delle quattro donne, fornendo indicazioni sui temi prevalenti e sui fattori terapeutici attivabili. Nello stesso tempo, gli interventi delle quattro donne permettono di chiarire gli esiti del supporto psicodrammatico. Secondo la concezione di Moreno, il benessere di una persona è legato al mondo relazionale in cui è inserita e non si può considerare la sua sintomatologia indipendentemente dal contesto delle relazioni e dei ruoli in cui vive. Lo psicodramma, grazie alla presenza del gruppo come mondo ausiliario, offre alla persona relazioni teliche, nutritive e di sostegno, dandole la possibilità di ricostruire e rappresentare il proprio mondo interno; ciò attiva la capacità di auto osservazione che permette di trovare una nuova modalità per entrare in relazione con se stesso e con gli altri.

*La vita è un appuntamento,  
solo che noi non sappiamo mai il quando,  
il chi, il come, il dove.  
ANTONIO TABUCCHI*

*Doriana*

D. ha la capacità di affrontare tematiche femminili con decisione, ma con delicatezza e naturalezza permettendo alle compagne del gruppo di affrontare e portare le loro tematiche più intime e abbattere le barriere della vergogna e dell'imbarazzo. D. ha un compagno da circa otto anni, è separato ma vive ancora a casa con la moglie. L'uomo è per lei un riferimento importante e nonostante le compagne le rimandino perplessità sul loro rapporto, D. difende in modo sostenuto la sua decisione e il suo investimento affettivo nei suoi confronti. Il tema della solitudine emerge spesso, si palesa soprattutto nella difficoltà di chiedere supporto per la paura di essere di peso e non compresi. Doriana riferisce durante l'aggiornamento alla sua 57° sessione di aver vissuto un'esperienza traumatica durante un attacco di panico. Non trova comprensione nella famiglia e nonostante identifichi nel compagno l'unica figura in grado di accogliere le sue preoccupazioni, sceglie di condividere la questione con un'amica ma soprattutto con il gruppo.

*D: "...sono tante cose accumulate in tutti questi anni e probabilmente sono arrivata al culmine. Non lo so adesso realmente che cosa ha scatenato tutto questo, ma il mio attacco di panico è partito nel giro di 2 ore. Ho ricevuto 2 telefonate che possono avermi creato ansia ma non sono state due telefonate che possono aver creato tutto quello che adesso sto provando ...ma tutta una serie di cose che ho incamerato e sono irrisolte dentro di me. Un po' alla volta forse, devo dipanarle".*

*D: " ...non è che non chiedo aiuto però tendenzialmente sono più portata a sobbarcarmi il carico degli altri piuttosto che dare il mio carico agli altri. Questo è il mio punto di partenza. Durante questo anno di pandemia chiaramente... era più perché non stavo bene e la paura di uscire e prendere una malattia, questa mania*

*ossessiva che mi dovevo sempre disinfettare. Ma non c'entra niente perché il primo attacco di panico l'ho avuto 15 giorni fa, perché fino a prima non sapevo cosa volesse dire un attacco di panico... non ne avevo idea”.*

*D: “...quando ho avuto questo attacco, ero con T., lui era presente e quindi è sicuramente il mio punto di riferimento, anche se onestamente in questi giorni ...diciamo così ...non ho voluto... mi sono tirata indietro, nel senso che non ho parlato con lui di come stavo. Lui mi chiede tutti giorni come va...come mi sento come sto e io ...si sto bene...l'unica cosa che ho detto stamattina è che non ho riposato bene ...che è stato un inferno. Ma a lui ancora non ho detto che ho parlato con la mia dottoressa e che mi ha dato questa terapia da prendere. Poi gli ho parlato al telefono quindi, in realtà, di questa terapia lo sapete voi. Questa mattina ho telefonato alla mia sorella di cuore ...non di sangue... e siamo state circa 2 ore e un quarto al telefono ...Ho parlato con lei ma... al di là di questo, per esempio, la mia famiglia inteso come mia madre, mio fratello e mia cognata, non sanno niente... La mia famiglia non sa niente di questo che mi sta succedendo, non me la sento di dirglielo perché sono sicura al 99% che non avrei il loro sostegno. Anzi, dovrei poi essere io a sostenere mia madre come fosse lei la vittima perché è sempre stato così. E mio fratello mi direbbe “non devi prendere niente “così come mi dice che non devo fare sedute di psicoterapia perché secondo lui non hanno senso. Quindi la mia famiglia non lo sa. Il mio sostegno è il gruppo. È la famiglia che ho scelto, non la famiglia di sangue fondamentale”.*

Spesso la famiglia non ha la capacità e le risorse di supportare e alleviare la sofferenza che rischia di ricadere sul paziente stesso aggravandone lo stato di ansia e di disagio. In questa fase del percorso la malattia oncologica è stabile e sotto controllo e D. è in procinto di ricominciare a lavorare. Questo significa per lei non poter più partecipare al gruppo con la stessa frequenza. Il gruppo diventa per lei una risorsa indispensabile, da cui dovrà individuarsi grazie al suo reingresso in ambito lavorativo.

Anche D. rappresenta per il gruppo un importante riferimento, è in grado di sostenere le compagne e spesso viene scelta per dare degli specchi che lei restituisce con rimandi ricchi e puntuali. Per lei stessa il gruppo funge da ricarica, quando gli

impegni lavorativi lo permettono partecipa con piena presenza prendendo ciò che sente necessario per sé. La sua capacità di leggere ed accogliere il disagio e la sofferenza delle compagne le permette di esporsi e comunicare i propri vissuti rappresenta per il gruppo un potente agente terapeutico.

(sessione 66)

*D: “Allora ... io ho raccontato più volte il mio disagio in quanto donna, per un anno ho aspettato un intervento che mi permettesse di avere rapporti intimi con il mio compagno. In seguito alla radioterapia che ha distrutto tutte le mie parti intime, sono andata in menopausa perché mi hanno bruciato tutto, per forza. E come senso di protezione il mio corpo mi ha fatto tornare ragazzina. Questo intervento l’ho fatto 7-8 mesi fa, e non è stato risolutivo. Nonostante io faccia esercizi e insieme facciamo ciò che ci può aiutare, non riusciamo ad avere rapporti. Questo incide sulla mia storia, tantissimo. Non ho potuto avere figli e io lo volevo tantissimo. Se la mia testa mi dice “bene, ho voglia”, non riesco ad avere piacere neanche per finta. Mi sento una cosa messa lì che non dà niente. Questo incide molto nel rapporto con il mio compagno, mi sento colpevole nei suoi confronti. Lui uomo di 52 anni che non viene soddisfatto, temi di perderlo no... Poi ti vengono tutti questi dubbi, poi magari basta un nome sul telefono e i dubbi ti assalgono. Io non mi sento più donna. Comprendo il tuo stato d’animo è qualcosa che vivo quotidianamente. Io, ad esempio, sono qua seduta ma sto soffrendo le pene dell’inferno e so che lui stasera verrà qui e dovrà fare tutto, mi vedrà uno schifo, dovrà pure cucinare”.*

Sebbene non fosse un argomento portato direttamente da D., il disagio espresso dalla compagna riguardo alla difficoltà nella relazione intima con il marito, le ha permesso di esprimere anche il suo disagio. Il suo malessere a causa dei devastanti interventi chirurgici prima e riabilitativi poi, sono vissuti traumatici che richiedono un tempo di guarigione importante. L’impatto della malattia oltre che sul fisico ha toccato profondamente la sua identità femminile e la possibilità di esprimere la propria sessualità. Il gruppo permette di affrontare le questioni con prospettive diverse, prospettive nuove che nascono nell’interazione con l’altro. In questo modo aumenta la consapevolezza e si abbassa il rischio che il vissuto rimanga cristallizzato e identificato con la persona invece che uno stato transitorio

che può cambiare. Entrano in gioco le dinamiche del gruppo che garantiscono comprensione sotto ogni aspetto.

*D: “Che dire? Oggi mi ci voleva proprio e abbiamo toccato un argomento per me molto importante, quindi grazie per aver avuto la possibilità di esternare il mio stato, grazie”.*

Nell'ultimo incontro prima della sospensione per le feste di Natale, D. alla sua 69° sessione rientra dopo un'assenza di qualche mese a causa degli impegni lavorativi. Durante l'aggiornamento comunica al gruppo uno stato d'animo che sentiva necessario condividere con le compagne.

*D: “Bè... vorrei parlare di cose belle per me, non voglio parlare... di cose brutte ... non ne ho voglia adesso. Una cosa che voglio condividere, M. non sarà d'accordo ma non importa, voi sapete che ho una relazione particolare ... ho sempre detto che avrei dato un ultimatum che non ho mai dato; però, diciamo che negli ultimi mesi qualcosa è cambiato. Lui è sempre molto più presente nella mia quotidianità, c'è sempre la necessità di stare insieme e dopo otto anni e mezzo, finalmente mi ha fatto una dichiarazione vera e propria. Non riuscivo a crederci, non stavo nella pelle ... queste sono le cose belle che mi sono successe, per il resto non ci sono cose entusiasmanti da raccontare. Non lo so... mi ha dato una carica, una spinta, una speranza, per affrontare il domani con ottimismo ... la cosa più importante”.*

Sollecitata dal Direttore D. spiega al gruppo la premessa rispetto alla compagna M. che non sarebbe stata d'accordo.

*D: “Perché lei dice che mi sta dando il contentino per Natale, lei la pensa così. Anche mia madre mi dà della “poco di buono” nello stare con un uomo sposato... però, se dopo otto anni e mezzo mi dice questo, io credo che qualcosa di vero ci sia”.*

La condivisione nel gruppo le permette di esplorare la sua relazione attraverso una serie di domande che le compagne le rivolgono in modo che D. possa ricevere preziosi stimoli come arricchimento della sua riflessione. In particolare, le domande di una nuova compagna entrata nel gruppo da poco tempo rinforzano in lei la convinzione del valore che quella relazione ha per lei, uno sguardo più ampio

che va al di là del pensiero. Molte sono le risonanze che le compagne verbalizzeranno nel tempo nel gruppo.

*D: “Bè ma lui in questi anni di malattia mi è sempre stato accanto, non se ne è andato. Anche nei momenti in cui io donna non ero, lui aveva motivo per andarsene, eppure è rimasto, nei momenti in cui ero in crisi perché non potevo essere donna con lui è stato lì a darmi sostegno morale. In questi due anni e mezzo, tra questi alti e bassi, lui mi ha dato la sua presenza e per me è stata fondamentale. Lui è la persona su cui scarico quando ho discussioni con mia madre, mio fratello, lui è lì che mi fa sfogare, ascolta, poi magari dopo una settimana mi dice la sua. Ha avuto due anni e mezzo per andarsene e forse ora che abbiamo passato un momento buio, andiamo verso la luce; se me lo avesse detto durante la malattia avrei pensato che fosse il mio contentino. Questo è quello che credo e se poi dovesse andare male prenderò il bene di questi anni... e quando mia madre mi dice “trovati qualcuno” e io le dico “ma chi se la prende una che non è neanche donna” “eh...ma non è solo questo...è facile dirlo...”*

(compagna) “Se ho sentito bene hai detto: “non mi sentivo donna” ... anche adesso?”

*D: “Mi hanno tolto un tumore al retto nel 2019, ho fatto chemio e radio terapia che colpisce questa parte (indica il ventre)... quindi io già alla seconda seduta di radioterapia sono andata in menopausa... poi purtroppo nonostante io facessi degli esercizi, la mia vagina si è chiusa, sono tornata vergine, ragazzina... dopo il lockdown mi hanno ricoverato per aprirmi, mi hanno operato per aprirmi, purtroppo questa ferita essendo in una zona molto bagnata non si rimargina, per cui io dovrei tutti i giorni stimolarmi con un vibratore per far sì che questa membrana non si rigeneri ... quindi io non mi sento donna perché io non ho rapporti da ormai 3 anni, non è facile, capisci? Poi io in meno pausa non sento nessuno stimolo, perché anche quando riesco ad avere rapporto, non sento niente... capisci che quando a 50 anni dovresti godertela, porca miseria, non è semplice... non mi sento donna neanche adesso”.*

(compagna): *Da quello che ho capito non ti senti donna da un punto di vista ormonale, ma hai goduto di una relazione profonda?*

*D: "... quest'uomo è stato sempre accanto a me, fino a quindici giorni fa mi ha fatto una dichiarazione ma non con un ti amo e basta, mi ha proprio articolato motivazioni di sentimenti."*

*D: "Mi dico che ho trovato l'uomo giusto".*

D. ha potuto rivivere e riflettere sulla questione e rinforzare per sé il significato positivo attribuito, nel gruppo lascia una forte sensazione di speranza.

*Quando tutto attorno è buio  
non c'è altro da fare che aspettare tranquilli  
che gli occhi si abituino all'oscurità.  
MURAKAMI HARUKI*

*Laura*

Alla sua prima sessione, dopo aver ascoltato la presentazione delle sei compagne presenti, Laura si presenta al gruppo.

(sessione 1)

*L: "Sono L, ho 62 anni... anche io ho avuto un tumore al seno, mi è stato diagnosticato a febbraio, ho finito già radioterapia e altro... lì mi è stato detto della possibilità di fare un percorso psicologico, e ho detto "sì, lo devo fare". Quando mi è stato diagnosticato non ho detto... perché a me, perché ho anche un'amica, una nipote, una sorella, con lo stesso problema, e allora mi sono fatta una domanda, che emozioni ci sono dietro ... è una manifestazione di cosa? Perché nella mia vita ho sperimentato che dentro di noi c'è un mondo che ha bisogno di esprimersi e spesso, almeno per me... non sono capace di esprimere quello che ho dentro di me... E poi anche perché magari è il corpo che dice quello che tu non hai saputo cogliere dentro di te ... anche le persone vicine a me ho notato che erano reduci di una vita in cui il dolore aveva bussato alle loro porte, con grande stress, e spesso quando ci si racconta ... si racconta la parte medica, operazione, non ci si racconta quello che c'è prima o neanche dopo..."*

Nel corso della sessione L. sperimenta la possibilità di esprimersi liberamente, sente il dolore farsi strada e prendere forma grazie alla verbalizzazione. Per la prima volta riesce a definire e collocare la rabbia, rimasta bloccata a lungo. Riconosce il tradimento e l'abbandono del marito come una forte violenza, la solitudine in cui l'uomo l'ha lasciata nel farsi carico dei figli e della loro grave situazione di salute. La rabbia e il risentimento nei confronti dell'uomo

non hanno ancora lasciato lo spazio per dare invece forma alle paure legate al suo stato di salute. La sofferenza psichica non ha ancora una voce per poter essere espressa, ha bisogno ancora di fare spazio. L'evento di malattia ha avviato un importante processo nella psiche di Laura avvicinandola al desiderio di ascoltare i segnali che arrivano dal suo mondo interno. Tuttavia, questo è un lavoro ancora molto faticoso e tende a generalizzare passando dalla rapida esplorazione di una emozione che le appartiene per poi portarla fuori e normalizzarla.

*L: "Una mia caratteristica, un segno particolare, mi piace molto andare in profondità, scavare dentro di me, perché in ognuno di noi se si scava, ci sono i cosiddetti demoni, sicuramente, però c'è qualcos'altro, bisogna fare i conti con i demoni".*

Stimolata da una domanda di approfondimento da parte di una compagna, Laura prosegue nel farsi conoscere:

*L: "Io sono sposata e ho due figli disabili, non è stata una vita semplice, anche se entrambi mi hanno fatto cambiare la visione della vita, i miei valori sono cambiati. Però, dopo 38 anni di matrimonio, dove chiaramente non è stato semplice, il marito decide attraverso una relazione online, dopo un mese di amore folle, di andare via di casa, lasciandomi con nostro figlio A. che ultimamente si è aggravato. Questo è stato un dolore enorme, più della patologia dei figli... perché lì ho dovuto mettere amore, qui invece ho vissuto il tradimento, l'abbandono, con insieme una buona forma di violenza, quindi non posso dire che non c'è stato un grande dolore, anzi.. in me ha comportato vedere dei mostriciattoli, dei sentimenti negativi, rabbia, risentimento nei confronti di questa persona... il viverlo poi cercando di salvare me stessa ma anche i miei figli, perché un abbandono non è facile".*

*"Raccontandoci a vicenda con altre donne con tumore al seno ho fatto caso a questo aspetto che anche loro venivano fuori da un momento molto doloroso e stressante. Qui, quando si va dal medico, ti chiedono se hai casi in famiglia, quanto fumi, ma nessuno ti chiede "cosa è successo", ma nessuno guarda l'aspetto psicologico... essere medico significa prendere in cura una persona, nella sua totalità, quando mi hanno proposto questo gruppo ero molto felice".*

*D: “Grazie per essere stata ascoltata e per essere stata messa in condizione di aver ascoltato voi in maniera più profonda”.*

L’abbandono da parte del marito e l’esordio della patologia oncologica attiva pensieri angoscianti perché minaccia la capacità della donna di far fronte ai suoi impegni di madre, la responsabilità di prendersi cura dei figli non è più condivisa. Laura rivela un grande sentimento di speranza nei confronti della terapia nel gruppo e il gruppo ha comunicato grande disponibilità nell’accoglierla, tanto che già alla sua prima sessione offre un contributo sostanzioso. Con l’ingresso di nuovi membri anche il gruppo subisce importanti cambiamenti e si rinnova modificando e rinforzando legami felici.

Nell’osservazione di questa sessione è inoltre importante considerare la potenzialità del lavoro psicodrammatico nel gruppo che ha permesso l’ingresso di tre nuovi membri. Il gruppo ha risposto con grande apertura e accoglienza permettendo a Laura e agli altri membri nuovi modi di esprimersi già al primo incontro con grande generosità e, come già ricordato, gettando le basi per integrarsi nella costante costruzione di nuovi legami.

Le risonanze permettono di attivare quei processi psichici negli individui che portano spesso a riflessioni profonde e inaspettate. Nella sessione successiva, emerge infatti che le parole di L. hanno attivato molte riflessioni utili anche nelle compagne.

(sessione 2)

*Compagna: “Laura l’altra volta diceva che il nostro fisico ne risente quando capitano tante cose negative, anche io mi sono domandata “perché?” quando mi hanno diagnosticato il cancro ... e infatti, una risposta che ha dato lei può essere un modo per capire queste cose”.*

Durante l’aggiornamento vengono proposte dal Direttore quattro aree tematiche di espressione di sé: salute, affetti e famiglia e un jolly. Laura sceglie il tema degli affetti e famiglia.

*L: "È stata una settimana intensa, perché vivo con mio figlio A. che ha dei seri problemi di salute e... questa è una vita che faccio da parecchio tempo. Però in base a quello che è avvenuto, separazione divorzio, in un momento tragico, vivere la freddezza del mio coniuge mi ha fatto riflettere, e mi sono fatta delle domande... anche in base a ciò che mi sono portata a casa dal gruppo... la salute fisica... sì, ho reagito bene, sono stata operata... ma nessuno mi dice che posso avere una recidiva... mio figlio A. ne ha una dietro l'altra ... mi sono chiesta cos'è la parte più importante di me? E quella parte di me in cui ho capito che ormai ci preoccupiamo spesso del corpo, però c'è qualcos'altro perché altrimenti la vita non avrebbe senso per me... ho finito".*

Al secondo giro Laura sceglie il jolly e stimolata da una compagna:

*L: "... quello a cui ho posto maggiore attenzione, che è sorto anche da una riflessione, un testo che ho letto, è quello del prendersi cura di sé... cavoli se non ti sai prendere cura di te e voler bene non sai prenderti cura degli altri... allora mi chiedo, non è il prendersi cura di sé relativo al mondo interiore? Come il mio intervento: ... si è materializzata sta cosa ... io l'ho tolta... ma questo pezzetto di me? È andato via io l'ho tolto ma è rimasto dentro di me, quello mi ha spinto a venire qui a condividere con chi ha vissuto come me un'esperienza simile. Questo è quello che in questa settimana mi girava, e poi anche dei pensieri... perché anche io molte volte faccio la guerra con i pensieri... mi rendo conto che ci sono pensieri ossessivi che si ripetono e dici "basta, mi fa stare male, pensiero vai via" e quindi la fatica di dire "guarda L. questi sono i tuoi pensieri però ci stai male perché a livello emotivo il pensiero ti prende energia" ... pensare al coniuge che ti ha tradito e la toglie... dargli la colpa... non risolve la situazione... ho un pensiero sempre lì, ho una grande ferita e devo imparare a conviverci... come la ferita del mio tumore... che poi è migliorata, la dottoressa è contentissima... ma io so che questa ferita sarà sempre lì... una ferita nel corpo visibile. Anche le mie ferite interiori che sto riconoscendo e dandogli un senso... però ci sono sempre... mi sono presa cura di questa ferita esterna... l'ho lavata bene, disinfettata, ho messo le cremine e tutto quanto... così anche le mie ferite interiori, sono sempre lì e si manifestano con il pensiero.."*

Nella sessione successiva (la terza per Laura), la donna sembra aver esplorato una parte importante di sé trovando risonanza nel racconto del vissuto di una compagna.

*L: “Mi ha fatto provare l’emozione che ha provato lui nel raccontare il suo dolore, io a un certo punto mi sono ... “annebbiata”...Ecco cosa sento. Questa sensazione l’ho provata un’altra volta nella mia vita, una persona che mi stava per dire il suo dolore e io mi sono bloccata, quasi a non volerla ascoltare... io ho provato questo, mi sono calata troppo ecco. Fin troppo”.*

Nel verbalizzare questo pensiero Laura riesce a dare anche un significato all’emozione vissuta, la risonanza riguarda il suo rapporto con il marito, la necessità di elaborare la relazione e quello che con essa è collegata, il suo ruolo di madre, di donna, di moglie e di persona.

*L. “...questa cosa mi ha fatto bene, mi ha fatto sentire bene, ha fatto uscire una parte di me che faceva fatica. A cui facevo fatica a dare un nome, ci sono state le spine. Il dialogo con il marito. Chiaro che ci sono attriti con il divorzio, che però ho saputo gestire rispetto al passato... ho sentito un piccolo scudo oltre alla freccia. Quello che tu stai dicendo è quello che tu vedi di me, ma non sono io!”*

Il lavoro della compagna ha permesso a L. di ripercorrere alcuni vissuti e ha cambiato la sua prospettiva nel suo ruolo nella relazione con l’ex marito. La nuova consapevolezza le ha permesso di affrontare le problematiche con una nuova visione del suo ruolo di donna e madre, dando maggior valore e fiducia nelle sue capacità restando nel suo ruolo e non in quello che il marito le aveva attribuito.

Al termine della stessa sessione, L. riporta le sue risonanze rispetto ad un lavoro svolto dalla compagna (C.), nel quale il nucleo del tema riguarda la “paura di lasciare i figli”.

*L: “A me è successa la stessa cosa... ho sentito qualcosa di grosso dietro, la paura di lasciare i figli da soli dietro, io per il mio. (piange)”.*

Il Direttore doppiando L., l’aiuta a proseguire.

*L: “Disabili ... e poi l’insensibilità del padre nonostante sappia del mio tumore. Io lo vivo come un abbandono, non solo per me ma anche per loro... la tua storia mi ha raccontato che non è importante la morte di per sé perché prima o poi arriva, ma sapere che c’è qualcuno che si occupa di loro che sono più fragili e non solo dentro un istituto”.*

A seguito di questo lavoro L. riesce ad esprimere il nucleo centrale della sua sofferenza e a verbalizzare la paura insostenibile legata alla minaccia di lasciare soli i figli.

Alla quinta sessione L. partecipa con una sola compagna e durante l’aggiornamento che ha come tema la salute del corpo, emerge nuovamente la sua preoccupazione per i figli. Questa preoccupazione supera la paura che ha per sé rispetto alla malattia oncologica. Stimolata dalla rappresentazione simbolica del corpo attraverso un cuscino colorato e dalle domande della compagna, L. riesce ad accedere con molta cautela al suo mondo interno e a trovare delle risposte.

*L: “Io cerco sempre, magari con un po’ di fatica, di ascoltare il corpo, quello che mi dice. Come al mattino quando mi sveglio e che ho un po’ di dolore, oppure io che soffro di ipotensione e a volte mi dimentico di prendere la pillola e a volte la mia testa gira ... quel segnale mi ricorda che devo prendere la pillola della pressione ... Una cosa che riguarda me, ma anche te, è il seno dove sono stata operata. Io ascolto bene bene, mi sono accorta che faceva male... e allora sono andata dal medico e mi ha confermato che il dolore effettivamente ci stava. Durante le mattine cerco di ascoltarlo, non faccio finta di niente...”*

*“Avendo due figli disabili, che non parlano... devo fare attenzione alle risposte del loro corpo e mi rendo conto che se lo faccio con loro devo farlo anche con me ... non riuscirei a farlo con altri, se non lo faccio prima con me stessa...”*

Nella successiva attività viene chiesto a L. di spostare l’attenzione sul “mentale”. Il processo terapeutico che sta sperimentando nel gruppo le permette di avvicinarsi a quella parte più angosciante che la malattia necessariamente porta con sé per poterla comprendere e accettare. Questo processo richiede tempo perché accettare una diagnosi di cancro significa prendere consapevolezza anche delle sue

conseguenze. Il gruppo ha la funzione di un contenitore capace di accogliere le emozioni più profonde e permette a L. di attivare i suoi processi mentali ed avviare il cambiamento in un clima di comprensione e condivisione.

*L: “La vita mi ha dato diverse occasioni e opportunità per misurarmi con diversi stati emotivi. La depressione di tanti anni fa. Ricordo quando ero rimasta incinta di A., un figlio che desideravo tantissimo ... ma in quel periodo c’era stato un evento molto doloroso, il tradimento e la perdita di un’amica. Sono passata da un momento di ... userei un termine forte: “morte interiore”, ero molto fragile. Però poi dovendomi prendere cura di mia figlia sono riuscita a dire: “guarda che è un lusso, c’è qui una piccoletta che ha bisogno di te!” A me quando è arrivata la diagnosi del cancro, a me non ha fatto né caldo né freddo ... mi sono detta ok c’è, ben venga, mi sono affidata... l’unico mio dolore grande è il dover lasciare i miei figli disabili, tutto qui ... poi ringrazio la vita per quello che mi ha dato nel bene e nel male ... non mi ha scosso ... però... qui voglio andare un pochino più a fondo e sono qui per questo ...”*

Il tema dei figli e la preoccupazione di quello che si lascia “dopo” è un pensiero costante nelle donne colpite da una patologia grave che mette a rischio la loro vita. Nel caso di L. non vi è alcuna collaborazione e supporto da parte dei familiari e non può condividere questa responsabilità nemmeno con il padre dei suoi figli. La solitudine e l’assenza di relazioni utili nell’affrontare l’esperienza portano L. a cercare conforto anche su un versante più spirituale, ma soprattutto trova riscontro e nutrimento dal gruppo che già nelle prime sessioni sente come un luogo sicuro dove può mettersi in gioco liberamente.



*Ascolta come mi batte forte il tuo cuore.*

*WISŁAWA SZYMBORSKA*

*Carla*

C. porta al gruppo la sua preoccupazione rispetto al suo stato di salute generale e in particolare uno stato emotivo legato ad una questione con la nipote. Tramite l'inversione di ruolo il Direttore procede con un'attività che possa offrire a C. di dare un significato alle sue emozioni. Una persona significativa della vita di C. darà voce a tutte le emozioni che attraverso il racconto possono essere comprese e rielaborate. La persona significativa che C. porta è la sorella T., emergerà poi che la stessa, prima della sua morte, le affida il compito di farsi carico dei suoi figli e che C. sente pienamente questa responsabilità. Grazie alle tecniche dell'inversione di ruolo e la sedia vuota, C. ha potuto rielaborare alcune emozioni legate alla sofferenza per la perdita della sorella e soprattutto a ridare un significato e una dimensione più adeguata alle sue responsabilità. C. infatti vive una costante preoccupazione nei confronti della malattia oncologica e il rischio che possa ripetersi nuovamente all'interno della sua famiglia. Sono molte le risonanze delle compagne che traggono beneficio dal lavoro di C. elaborando a loro volta vissuti legati al tema.

(sessione 22)

*C: "... sono capitate anche cose familiari, mia nipote che era venuta a vivere con me da (...) è andata a vivere con il compagno, e mi ha detto: "zia aspetto un bambino!", lui che non poteva avere figli, era stato sposato vent'anni e non riusciva ad avere figli. Ora anche lei dagli esami ha qualcosa di sospetto e lei non vuole che la chiami e a me dispiace. So che è sola e vorrei starle accanto, lei mi dice: "non sto affatto bene". Ma non devi dare tutto per scontato... che andrà male... che hai 40 anni. Purtroppo, il cerchio della vita ci dice che le cose possono andare bene oppure*

*male...però io ti chiamo e ti parlo di altre cose. Permetti che io magari mi sento un po' partecipe del tuo stato d'animo perché stai vivendo un po' da sola. Almeno chiamarti per sapere come stai e come procede. La chiamo quasi tutti i giorni ma la vedo che è assente, ma non so cosa fare...”.*

Il lavoro di immaginazione che segue attiva in lei l'immagine della sorella T., deceduta all'età di 42 anni, e dopo essere stata scelta per il lavoro da protagonista esplorerà la relazione con lei attraverso la tecnica dell'inversione di ruolo. Le compagne arricchiscono il lavoro ponendo domande di approfondimento che permettono a C. di liberare ciò che serve e ritrovare nuove risorse per sé.

T. (C): *“...Specialmente dalla malattia, è iniziato un calvario di sofferenza tra noi due. Siamo cresciute già senza la nostra mamma, se n'è andata a 33 anni. Noi ci siamo conosciute che avevamo dieci e dodici anni...”*

T. (C): *“... appena si era ammalata ci hanno messi in un collegio, mio fratello si ricorda un pochino questa donna mastodontica che lo accompagnava all'asilo. Poi all'epoca negli anni '60 ... non c'era la chemio, una malattia che distruggeva molto”*

T. (C): *“Ho detto a C. quando sapevo che non c'era più nulla da fare, sono infermiera anche io, l'unica cosa che le ho detto è stata di non abbandonare i miei figli e così sta facendo, loro si scocciano pure di sentirla così spesso, anche se non ha figli è molto materna.”*

T. (C): *“... Anche mia figlia ha qualcosa al seno, lo ha tolto cinque anni fa, per colpa di questa genetica mutata. Ha un bel bambino, però ironia ha la neurofibromatosi. Una malattia rara che anche lei non perdona*

T. (C): *Mia sorella dieci anni fa faceva di tutto, saltava dappertutto, poi un po' il tumore, le complicazioni...*

T. (C): *“Sono solare spensierata, una persona sempre brillante e ho vissuto bene con mio marito ci siamo amati tantissimo.”*

T. (C): *“Perché a volte i miei familiari nonostante la mia presenza, ero io la matrona di casa, e tutto questo si è spento ora... mio marito si è fatto una compagna che non segue i miei figli, sono allo sbaraglio, sono senza una guida senza un affetto”*.

La sorella T. in inversione di ruolo con C., si rivolge direttamente a lei (si è rappresentata con un telo color beige).

T. (C) → C. (telo): *Ciao C. vedo che stai soffrendo in questo periodo che non te ne va bene nessuna. Sappi che io ti sento lo stesso. Non demoralizzarti e risolvi presto questi problemi che, oltre la malattia grave avuta, questi sono piccoli pungiglioni ...*

C. risponde alla sorella e la saluta con dolcezza e rassicurazione (rappresentata da un cuscino giallo).

C → T. (cuscino giallo): *Ciao T., come sai io tutte le sere ti parlo (piange). Fin quando sarò in grado di seguire i tuoi figli lo farò sempre. Tu per me sei la luce il sole, tutto.*

C: *“...È sempre un dolore ma fa bene condividere le esperienze con le altre”*.

*Una cicatrice rimarrà sempre.  
Però una cicatrice è già una forma di cura.  
FERNANDO ARAMBURU*

*Martina*

I due tumori che hanno aggredito M. hanno richiesto devastanti interventi chirurgici che hanno lasciato sul suo corpo cicatrici profonde e visibili. Il tema del corpo è quindi prioritario nelle sue riflessioni. Per M. il gruppo rappresenta il luogo per respirare, per lasciar andare, per potersi rigenerare e ritrovare energia. Sente la responsabilità e il peso della malattia che ha messo a nudo la sua vulnerabilità e i suoi limiti fisici come una forte minaccia. La famiglia richiede la sua attenzione, il marito che sta facendo accertamenti medici accrescono la sua preoccupazione aumentando il senso di impotenza e di perdita di controllo.

(sessione 142).

*“Mi auguro di resistere ancora a questa forza sovrumana perché sono stanca... dolorante... ma se fosse solo questo sarebbe niente. Io non riesco a capire la mia testa...troppe cose, confusione, troppe incombenze mi sembra di sentirmi ...non proprio ma ci siamo quasi...come quando sono arrivata qui ...che non sapevo gestire niente, non sapevo più usare la macchina e mi dimenticavo le cose...e tutto un po' come era all'inizio...”*

L'angoscia e la tensione della malattia vanno ben oltre la persona colpita. I familiari subiscono uno stress che talvolta supera il limite e rompe gli argini ricadendo pesantemente sul paziente stesso. Il gruppo costituisce per M. un importante riferimento e gioca un fondamentale ruolo di sostegno.

(sessione 58)

*“...Insomma, io non posso fare a meno di questo gruppo anche se adesso siamo qui su skype e a me quello che mi manca dal gruppo ormai da quasi un anno è il toccarsi le mani...”*

(sessione 63)

*“Ho la testa troppo ... vorrei parlare ma ho la testa troppo piena ... mi domando come faccio a fare tutte queste cose, non riesco a dirti niente. Una mia cliente mi ha detto “tu sei la colonna portante, se non ti curi tu, chi ti sta accanto come fa ad andare avanti?”. Io non sono la mia priorità, non lo sono mai stata, lo sono per gli altri. Per le associazioni, la mia casa, la famiglia. Per M. non c'è spazio. Punto.”*

Direttore: *“mi prendo il mio momento di stop ora, qui nel gruppo”.*

M.: *“Forse è l'unico momento in cui non penso agli altri, solo questa ora è mia. Per il resto non sono padrona di niente...”.*

(sessione 66)

*“Molte persone non capiscono. I miei amici quando guardano la mia ferita, una ferita grandissima, importante e mi dicono “dove hai trovato questo coraggio?” e io alla fine non è che non voglia parlare con loro, è che loro non capiscono ... Quando uno ha avuto un tumore o un cancro, non dico lo stesso percorso, la stessa ferita da 70 e passa graffe, però chi è da fuori non può capire ... la nostra sofferenza, la nostra gioia, il nostro raccontarci tutte le settimane, è il nostro gruppo qui veniamo liberi ... liberi di portare qualsiasi pensiero ... se io oggi, ad esempio, sto male per il cambio di stagione, ma a chi lo posso dire? A mia figlia con una bambina iperattiva di 2 anni che non può manco portarla fuori in questo periodo? Il nipotino in DAD? Mio genero poverino è al lavoro e poi arriva e gli dà il cambio. Non voglio dare altro peso alla famiglia. Oppure a mia madre, che è già vecchierella, no. Niente. Ma neanche le cose belle, tipo che farò un altro trasloco e avrò una casa bella. Loro non lo sanno. Perché tra di noi le capiamo le cose, abbiamo la stessa malattia e lo capiamo. E tutte le nostre parole ....”*

M. rimane assente dal gruppo per circa tre mesi, rientra comunicando alle compagne durante l'aggiornamento, la grave preoccupazione per il suo stato di salute e il rischio che il tumore si sia ripresentato.

(sessione 67)

M: *“Allora ... premetto che non sto bene fisicamente ... ho paura che l'amico fritz si sia risvegliato ... domani ho l'appuntamento con il medico e penso che domani sapremo ... non “di che morte morire”, perché non voglio dargliela vinta, ma vedremo che fare... se mi apriranno da dietro perché la pancia non la posso più toccare ...”*

M: *“Praticamente ... non la superficialità, ho sempre apprezzato la schiettezza, ieri mi hanno detto che la pancia non la possono più aprire, “e va beh mi aprono di fianco la schiena...” mi ha detto una dottoressa... ma io non sono un gatto ... non è che mi potete aprire e riaprire come nulla fosse, sono una persona...(piange)”*

(Sessione 71)

M: *... sono sempre un po' nervosetta soprattutto oggi perché domani ho il brivido ... incontro con l'istituto nazionale dei tumori ... “... sono agitata ... solo perché domani sarò da sola, domani che ci sarà l'oncologa per vedere cosa è venuto a trovare il mio fegato e lo so che succede sempre così che non so parlare non so chiedere non so domandare, non è da me ... domani non ci sarà chi farà mille domande, c'era una mia sorella che faceva mille domande ... a me gente non mi viene fuori una parola, poi ... sono sicura mi verrà che volevo chiedergli questo e quello... Domani non so cosa mi passerà nella mente...”*

Il Direttore utilizzando qualche doppio di rinforzo aiuta M. ad entrare meglio nello stato emotivo di quel momento e attraverso le domande esplorative delle compagne M. riesce ad arrivare al nucleo de forte disagio e trovare delle risposte.

M: *” ..... mi sono dimenticata di dire un particolare, quando arrivo là, mi manca la voce perché mi blocco, e poi non so voi, arrivo là nuda come un verme e non vedo l'ora di andarmi a vestire... io sono nuda come un verme senza mutande senza canottiera... non è come dalla ginecologa che ti dicono si accomodi ... io non ci sono là con la testa quando loro parlano con me, io torno in me quando inizio a leggere le carte... perché loro ti parlano lì subito, non è che ti dicono vai a vestirti e poi facciamo due chiacchiere... lì ti dicono “ma qua ci consociamo tutti”... è vero nasciamo nudi, gli abiti ci vengono imposti... ma non sono naturista... devo dire che*

*sempre sono carini, mi danno l'acqua... qualsiasi cosa... il dover fare tutte queste cose nuda davanti a loro è disarmante, non riesco neanche a respirare..."*

*M (piangendo): "Vero... questi mi hanno salvato la vita, sono passati tutti a chiedermi come stavo... io me li ricordo tutti i dottori, ahimè su 36 c'erano solo 3 donne... io 16 ore ho dormito ... non è che ho visto cosa stavano facendo ... li ho visti tutti dopo".*

Oltre alla condizione psicologica stressante in cui la comunicazione di un nuovo verdetto sottopone la persona, nell'esperienza di M. si verifica un vero e proprio blocco comunicativo. Non sempre in queste circostanze il personale sanitario è pronto o preparato ad esprimere la giusta empatica presenza necessaria per mettere a proprio agio una paziente. M. sperimenta confusione e imbarazzo, senza nemmeno la protezione di un indumento si sente esposta e accetta di sottoporsi ad una valutazione medica senza protestare. Tuttavia, non riesce più a muoversi, non riesce a fare domande e fatica a comprendere quello che accade intorno a sé. Esposta e a disagio, senza un familiare o una persona di fiducia accanto per sostenerla. Non si tratta della sua incapacità a fare domande che generalmente delega alla sua accompagnatrice, ma si tratta di una condizione che l'ha esposta allo sguardo di molte persone, davanti alle quali si sente in soggezione esponendo il suo corpo nudo e le sue cicatrici. Nel gruppo può verbalizzare quel vissuto dando voce a quell'emozione confusa. Con l'aiuto del gruppo attraverso le domande esplorative e le risonanze, M. comprende cosa le è accaduto e trova nuove strategie utili per affrontare in futuro simili situazioni.

#### **4.3. Analisi tematica delle interazioni**

I temi ricorrenti sono la solitudine e l'impossibilità di essere comprese e ricevere sostegno affettivo e psicologico.

Come si è detto in precedenza la malattia oncologica è una patologia grave e racchiude in sé l'idea della sofferenza, della morte e dell'angoscia. Essere preparati ad assistere e vivere accanto ad una persona con cui si ha un legame affettivo importante è difficile.

Il lavoro terapeutico nel gruppo ha dimostrato nel tempo di essere efficace nel ridurre la sofferenza e di migliorare le capacità di coping psicologico. Nella mia esperienza ho potuto osservare e comprendere l'efficacia dello psicodramma che gioca un ruolo fondamentale nel dare alle pazienti la possibilità di esprimersi in modo spontaneo e creativo. Ogni attività proposta dal direttore è finalizzata ad aiutare la persona ad esplorare quel disagio o quel dolore che arriva. L'aggiornamento all'inizio della sessione permette di individuare in poco tempo il bisogno emergente.

Ho potuto osservare l'efficacia del metodo psicodrammatico che permette di cogliere all'istante i bisogni emergenti delle pazienti offrendo poi la possibilità di scegliere l'attività più adatta per affrontarlo. Tutto il gruppo gioverà del lavoro anche in caso si arrivi alla scelta di un protagonista. Il fattore S/C è l'ingrediente principale che permette in ogni momento di creare quel movimento che permette alla persona di fare il passaggio verso il cambiamento. Mai nulla è scontato e mai nulla può essere preparato in precedenza, tutto avviene in quel momento e il terapeuta deve essere pronto a cogliere il segnale, la parola, l'espressione per individuare il bisogno di quella persona. Ho avuto la possibilità di vedere da un punto di osservazione esterno quello che accadeva sulla scena, dall'esterno della scena è possibile comprendere le dinamiche del gruppo con una visione completa e individuare il motivo di una scelta piuttosto che di un'altra.

Alcuni degli aspetti riferiti ai fattori terapeutici sono centrali. I temi che le donne portano hanno una caratteristica di universalità. Spesso le donne colpite da un cancro hanno la convinzione di essere rimaste sole e di non poter condividere i pensieri angoscianti e le paure perché spesso non sono in grado di verbalizzarli. Nel gruppo sparisce molto presto la sensazione di essere gli unici a portare tanta sofferenza dando immediato sollievo. I membri esprimono sollievo nel capire di

non essere soli ma che altri condividono gli stessi dubbi e le stesse angosce ed esperienze di vita.

Il tema della solitudine è ricorrente e consiste in una condizione che ha portato alcune donne a rinunciare di costruire una famiglia a causa delle conseguenze della malattia. L'impossibilità di procreare, la difficoltà a mostrare il corpo a volte mutilato, le modificazioni ormonali e a volte organiche che non permettono di avere una vita di coppia soddisfacente anche dal punto di vista sessuale. La solitudine come abbiamo visto a volte può allontanare le persone, anche quelle più significative perché incapaci di confrontarsi con il dolore dell'altro per paura. A volte la malattia tiene lontano le persone che non vogliono essere coinvolte, oppure si mostrano curiose e poco sensibili alla sofferenza risultando quindi invasive, oppure persone che negano o minimizzano la gravità.

Tra l'altro la precarietà creata dalla malattia genera in alcune delle donne prese in esame il timore di non poter accudire i figli e l'apprensione di dover predisporre per loro un supporto per il futuro.

Le alterazioni fisiche determinate dalle operazioni rendono difficile se non impossibile la loro vita sessuale, privandole di una componente emotiva importante nella relazione con il partner.

Tutte queste tematiche vengono affrontate nel gruppo che è percepito come luogo sicuro in cui è possibile dare voce al disagio. Ognuna è presente all'altra e offre disponibilità e condivisione, riuscendo a creare attraverso il racconto e l'ascolto un clima di altruismo consapevole che rappresenta un tratto distintivo della nostra specie.

Parlano di speranza e della sorellanza che unisce, guerriere che combattono, combattono per la vita.

## Conclusioni

Questo lavoro nasce dal desiderio di esplorare il mondo femminile nel complesso ambito delle malattie oncologiche. Avendo osservato il gruppo di psicodramma condotto dal Dott. Ivan Fossati presso l'ASST Santi Paolo e Carlo nel corso dell'anno 2021, il mio interesse era di poter comprendere meglio il lavoro con un gruppo psicodrammatico come effetto terapeutico sulle questioni più femminili. Lo scopo era di analizzare come la malattia impatta sulla vita delle donne in termini di sentimenti, responsabilità, relazioni e sulla propria immagine. Nello stesso tempo l'intenzione era di verificare la capacità dello psicodramma di attivare fattori terapeutici, in grado di trasmettere una sensazione di comprensione, di offrire un supporto psicologico e di generare dinamiche di conforto.

Al gruppo Moreno assegna il ruolo di "contenitore rassicurante" delle emozioni dei componenti. Si tratta di un contenitore in cui non vengono formulati giudizi, ma che si caratterizza soltanto come "il luogo dell'incontro interpersonale, agente dello sviluppo della spontaneità, condizione essenziale per una dimensione creativa della vita" (Boria, 2005, p. 16). Il compito del gruppo è quello di far sì che i componenti sperimentino il *tele*, ossia l'empatia e la forma primaria della comunicazione interpersonale.

L'esperienza condotta presso l'ASST Santi Paolo e Carlo ha messo in luce tutte le potenzialità che la terapia attraverso l'utilizzo delle attività psicodrammatiche possiede, evidenziando come spesso le donne riescano a trovare nuove strategie per affrontare i compiti di vita che la malattia impone attraverso il raggiungimento di un livello di consapevolezza che altrimenti richiederebbe un processo più lungo. In generale è possibile osservare come in un gruppo di psicodramma si può lavorare anche entrando in una sfera profondamente intima con forza, serietà e delicatezza nello stesso momento. Questo tema fondamentale, per una donna che porta il peso e i segni di una malattia oncologica diventa un fardello molto difficile da condividere e spesso rimane nascosto e non verbalizzato perché a volte impossibile anche solo esprimerlo.

L'esperienza psicodrammatica permette di accogliere le parti più intime e delicate di un individuo e in una condizione protetta dove può aprirsi ed esporsi senza rischiare di essere frainteso o ferito.

Concludo dicendo che è stata per me un'esperienza di grande valore, professionalmente arricchente dal punto di vista clinico, ma soprattutto umano.

## Bibliografia

- Adamsen L., Quist M., Midtgaard J., Andersen C., Møller T., Knutsen L., Rorth M., *The effect of a multidimensional exercise intervention on physical capacity, well-being and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy*, in *Supportive Care in Cancer*, 2006, 14(2), pp. 116-127.
- Alby F., Angelici G., Picinotti S., Zucchermaglio C., *A pilot study on an analytic psychodrama group for cancer patients and family members*, in *Rassegna di Psicologia*, 2017, 1, pp. 67-77.
- Alby F., *Identity and Agency in care narratives. Identità e Agency nelle narrazioni di cura*, in *Rassegna di Psicologia*, 2018, XXXV, 2, pp. 33-46.
- Anolli L., *Le emozioni*, Bologna, Il Mulino, 2016.
- Bergo C., *Incontro alla fine: l'abbraccio della spontaneità*, in *Psicodramma classico*, 2017, 1-2, pp. 55-68.
- Bertalanffy L. von, *Teoria generale dei sistemi: fondamenti, sviluppo, applicazioni*, Milano, Mondadori, 2004.
- Bertini M., *Psicologia della salute*, Milano, Raffaello Cortina, 2013.
- Blake-Mortimer J., Gore-Felton C., Kimerling R., Turner-Cobb JM., Spiegel D., *Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy with cancer*, in *European Journal of Cancer*, 1999, 35 (11), pp.1581-1586.
- Boria G., *Lo psicodramma classico*, Milano, Angeli, 1997.
- Boria G., Muzzarelli F., *L'intervento psicodrammatico*, Milano, Edizioni FS, 2018.
- Boria G., *Psicoterapia psicodrammatica*, Milano, Angeli, 2005.
- Bovero A., Torta R., *Setting in psiconcologia*, in *Riv. Psicol. Indiv.*, 2014, suppl. n. 75, pp. 18-27.
- Chen P.Y., Chang H.C. *The coping process of patients with cancer*, in *European Journal of Oncology Nursing*, 2012, 16, pp. 10-16.
- Clarke J.N., Everest M.M., *Cancer in the mass print media: Fear, uncertainty and the medical model*, in *Social Science & Medicine*, 2006, 62, pp. 2591- 2600.

- Classen C., Butler L.D., Koopman C., Miller E., Di Miceli S., Giese-Davis J., Spiegel D., *Supportive expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial*, in *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 2001, pp. 494- 501.
- Clerici C.A., Veneroni L., *La psicologia clinica in ospedale*, Bologna, Il Mulino, 2014.
- Collareda E., *Gli oggetti-specchio in scena*, in *Psicodramma classico*, 2020, 1-2, pp. 49-58.
- Corbella S., *La terapia di gruppo*, in A.A. Semi (a cura di), *Trattato di psicoanalisi*, Milano, Cortina, 1908.
- Costantini A., Grassi L., *Gli interventi di gruppo*, in Bellani M. Marasso G., Amadori D., Orrù W., Grassi L., Casali P., Bruzzi P., *Psiconcologia*, Milano, Masson, 2002.
- Costantini A., Navarra C.M., *Interventi psicoterapeutici in psiconcologia*, in ΝΟΟς – Aggiornamenti in psichiatria, 2011, 3, pp. 187-200.
- Costantini A., *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica*, New York, McGraw-Hill, 2000.
- Costantini, A., Grassi, L., Biondi, M., *Psicologia e Tumori. Una guida per reagire*. Napoli, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- Cyrulnik B., Malaguti E., *Costruire la resilienza: La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Trento, Erikson, 2011.
- De Feudis R.L., Graziano G., Lanciano T., Garofoli M., Lisi A., *An art therapy group intervention for cancer patients to counter distress before chemotherapy*, in *Arts & Health*, 2019, 1.
- De Leonardis P., *Il processo di riscaldamento alla spontaneità e lo sviluppo dei ruoli*, in *Rivista di psicodramma classico*, 1-2, dicembre 2016.
- Dunkel-Schetter C., Feinstein L.G., Taylor S.E., Falke R., *Patterns of coping with cancer*, in *Health Psychol.* 1992, 11(2), pp. 79-87.
- Edwards J., *Examining the Clinical Utility of the Moreno Social Atom Projective Test*, in *Journal of Group Psychotherapy – Psychodrama & Sociometry*, 1996, 49, pp. 2-10.
- Fawzy I, Fawzy N.W., *Group therapy in the cancer setting*, in *Journal of Psychosomatic Research*, 1998, 45, pp. 191-200.

- Fonseca J., *Lo psicodramma. Contributi alla teoria e alla tecnica*, Milano, Angeli, 2012.
- Fossati I., *Lo psicodramma in ospedale: un'esperienza pilota con pazienti oncologici*, in *Psicodramma Classico*, marzo 2007, pp. 21-37.
- Fossati I., Menichetti J., Giusti L., Vegni E., *Lo psicodramma in pazienti oncologici. La percezione soggettiva del paziente nei riguardi della propria presa in cura psicodrammatica: uno studio qualitativo con la metodologia dell'IPA*, in *Psicodramma Classico*, novembre 2014, pp. 7-30.
- Fossati I., Vegni E., *Il trattamento psicodrammatico in ambito ospedaliero*, in *Psicodramma classico*, 2015.
- Gabanelli P., *Psicoterapie in psico-oncologia: percorsi clinici a confronto*, Milano, Udine, Mimesis, 2021.
- Gardner H., *Intelligenze multiple*, Milano, Anabasi, 1993.
- Gargiulo V., Gigli F., Buonocore L., Montalto M., Petit N., Ghetti M., *Il tempo delle Cure Palliative...Quale tempo? XXIII Congresso Nazionale SUCP. Il tempo delle cure palliative*, Roma, SICP, 2020, p. 131 ss.
- Gasca G., *Lo psicodramma gruppo-analitico*, Milano, Cortina Editore, 2012.
- Gennaro A., Bucolo G., *La personalità creativa*, Bari, Laterza, 2011.
- Gibson C., Folley B.S., Park S., *Enhanced divergent thinking and creativity in musicians: A behavioral and near-infrared spectroscopy study*, in *Brain and Cognition*, 2009, 69, pp. 162-169.
- Giuliani L., Ghilardi G., *La percezione del tempo nei pazienti di cure palliative: una revisione della letteratura*, in *MEDIC*, 2014, 22(1), pp. 66-70.
- Goffman E., *La vita quotidiana come rappresentazione*, Bologna, Il Mulino, 2003.
- Goleman D., *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli, 2006.
- Goodkin K., Antoni M.H., Blaney P.H., *Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix*, in *Journ. Psychosom. Res.*, 1986, 30(1), pp.7-76.
- Grafton E., Gillespie B., Henderson S., *Resilience: The Power Within*, in *Oncology Nursing Forum*, November 2016, 6.

- Greco M., *Intersoggettività e interdipendenza: ovvero dello stile relazionale nella metodologia psicodrammatica*, in *Psicodramma Classico*, 2009, 9.
- Hobfoll S.E., *Conservation of resources theory: its implication for stress, health, and resilience*, in S. Folkman (a cura di), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. New York, Oxford University Press, 2010.
- Hosaka T., Sugiyama Y., Hirai K., Okuyama T., Sugawara Y., Nakamura Y., *Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients*, in *General Hospital Psychiatry*, 2001, 23, pp. 145-151.
- Janiszewska J., Buss T., de Walden-Galuszko K., Majkiewicz M., Lichodziejewska-Niemierko M., Modlinska A., *The psychological support as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stage*, in *Support Care Cancer*, 2008, 16, pp. 1361-1366.
- Kübler-Ross E., *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella, 2005.
- Kübler-Ross E., *Fasi psicologiche e comportamentali dell'elaborazione del lutto*, Brescia, La Scuola, 1975.
- Lamiani G., Fossati I., Vegni E., *Tra la vita e la morte: studio clinico sul percorso psicodrammatico di due pazienti oncologici*, in *Ricerche di Psicologia*, 2016, n. 4, pp. 611-634.
- Landy R.J., *Il concetto di ruolo in drammaterapia*, mimeo, 2015, in <http://www.priory.com/ital/Landy.htm>.
- Lazarus R. S., Folkman S., *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer, 1984.
- Lemmi M., *Psicologia e cancro: l'importanza della terapia di gruppo*, 2005, in <http://www.psicoterapia.it/rubriche/print.asp?cod=8317>.
- L'Abate L., *Using Workbooks in Mental Health. Resources in Prevention, Psychotherapy and Rehabilitation for Clinicians and Researchers*. Binghampton, Haworth Press, 2004.
- Larkin M., Thompson A., *Interpretative phenomenological analysis*, in A Thompson, D Harper (a cura di), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. Oxford, John Wiley & Sons, 2012, pp. 99-116.
- Lepri C., *Viaggiatori inattesi. Appunti sull'integrazione sociale delle persone disabili*, Milano, Angeli, 2011.

- Malaguti E., *Educarsi alla resilienza: Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Trento, Edizioni Erickson, 2005.
- Manes S., *Lo psicodramma. Tecniche e giochi di conduzione*, Milano, Angeli, 2011.
- Manfrida G., *Gli sms in psicoterapia*, Torino, Antigone, 2009.
- Manfrida G., Eisenberg E., *Scripta... volant! Uso e utilità dei messaggi sms in psicoterapia*, in *Terapia Familiare*, 2007, pp. 59-82.
- Margollicci F., Bovero A., Scumaci E., Leombruni P., Torta R., *Il setting con I malati terminali in hospice*, in *Riv. Psicol. Indiv.*, 2014, suppl. n. 75, pp. 215-224.
- Matei C.R., *Intervento psicodrammatico con pazienti oncologici Il cambiamento terapeutico: dal setting in presenza al setting online*, Milano, Studio di Psicodramma, 2021.
- Menichetti J., Giusti L., Fossati I., Vegni E., *Adjustment to cancer: Exploring patients' experiences of participating in a psychodramatic group intervention*, in *European Journal of Cancer Care*, 2016, 25 (5), pp. 903-915.
- Merisi S., *I giochi di ruolo*, mimeo, 2013, in <https://www.yumpu.com/it/document/view/16099330/sommario-introduzione-6-cap1-definizione-gdr-onlinecom>.
- Miglietta D., *I sentimenti in scena*, Torino, Utet, 1998.
- Morasso G., Di Leo S., *La Psico-oncologia: un panorama generale*, in *Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 2018, 46, pp. 2-13.
- Moreno J. L., *Principi di sociometria, di psicoterapia di gruppo e sociodramma*, Milano, Etas Compass, 1964.
- Moreno J.L., *Il Teatro della Spontaneità*, Firenze, Guaraldi, 1980.
- Moreno J.L., *Le parole del padre*, Firenze, Phasar, 2014.
- Moreno J.L., Moreno T.Z., *Manuale di psicodramma. Tecniche di regia psicodrammatica*, Roma, Astrolabio, 1987.
- Palermo M., *Psicodramma e violenza sessuale intrafamiliare. Un caso di incesto*, in *Riv. sess.*, 2012, 2-3, p. 221 ss.
- Perino A., *Cura del tempo o tempo della cura? La percezione e l'uso del tempo nella malattia terminale. analisi di un caso-studio in ottica tridimensionale (paziente,*

- caregiver, operatori*), in XXIII Congresso Nazionale SUCP. *Il tempo delle cure palliative*, Roma, SICP, 2016.
- Peveri L., *Resilienza e regolazione delle emozioni. Un approccio multimodale*. Tesi dottorato di ricerca in Scienze della Formazione Università di Milano-Bicocca, 2009.
- Poli S., Brusa F., Fossati I., Vegni E., “*Ti liberi dei cadaveri che abbiamo dentro di noi*”: *la psicoterapia psicodrammatica e il tema della morte nei pazienti oncologici*, in *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 2018, 1-2, pp. 44-56.
- Richards L., Morse J.M., *Fare ricerca qualitativa*, Milano, Angeli, 2009.
- Salovey P., Mayer J.D., *Emotional Intelligence*, in *Imagination, Cognition, and Personality*, New York, Baywood Publishing Co., 1990, pp.185-212.
- Sasso L., Bagnasco A., Ghirotto L., *La ricerca qualitativa – Una risorsa per i professionisti della salute*, Milano, Masson, 2015.
- Schoenberg K., Raake A. & Koeppe J., *Why are you so slow? Misattribution of transmission delay to attributes of the conversation partner at the far-end*, in *International Journal of Human-Computer Studies*, 2014, 72(5), pp. 477-487.
- Silva S.M., Moreira H.C., Canavarro M.C., *Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth*, in *Psycho-Oncology*, 2013, 21, pp. 409-418.
- SIPO, *Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica*, 2018.
- Spiegel D., Classen C., *Terapia di gruppo per pazienti oncologici. Manuale di intervento psicosociale basato sulle evidenze*, Milano, McGraw-Hill, 2003.
- Spiegel D., Morrow G.R., Classen C., Raubertas R., Stott P.B., Mudaliar N., Pierce H.I., Flynn P.J., Heard L., Riggs G., *Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study*, in *Psycho-Oncology*, 1999, 8, pp. 482-493.
- Spiegel D., *Psychosocial intervention in cancer*, in *Journal of the national cancer institute*, 1993, 85(15), pp. 1198-1205.
- Sternberg R.J., *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. New York, Cambridge University Press, 1985.

- Sternberg R.J., Lubart T.I., *The concept of creativity: Prospects and paradigms*, in R.J. Sternberg (a cura di), *Handbook of creativity*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 137-152.
- Takis N., Vassiliadi Z., *Il processo catartico in psicodramma*, in *Psicodramma classico*, 2017, 1-2, pp. 43-54.
- Tauvon L., *Psychodrama: Active group psychotherapy using the body in an intersubjective context*, in *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 2010, 5(3), pp. 257-267.
- Taylor S.E., *Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation*, in *American Psychologist*, 1983, 38, pp. 1161-1173.
- Thuné-Boyle I.C.V., Stygall J.A., Keshtgar M.R., Newman S.P., *Do emotional coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature*, in *Social Science e Medicine*, 2013, 63, pp. 151-164.
- Toscano N. (2001), *Il supporto psicologico ai malati oncologici*, mimeo, 2001.
- Vegni E., Tomasoni N., Fossati I., Felisati G., Foa P., Moja EA., *Interventi di supporto per pazienti oncologici: un'esperienza di psicodramma classico*, in *Psicologia della Salute*, 2010, 1.
- Vigliano M., *Lo psicodramma e il tempo ritrovato*, Udine, Mimesis, 2020.
- Waller A., Forshaw K., Bryant J., Mair S., *Interventions for preparing patients for chemotherapy and radiotherapy: A systematic review*, in *Supportive Care Cancer*, 2014, 22, pp. 2297-2308.
- Yalom I.D., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Torino, Bollati Boringheri, 2016.
- Zoratto F., Guarda M., Russo D., *I discorsi sul tempo del malato oncologico terminale: analisi qualitativa e metodologia della socioanalisi narrativa condotta nei pazienti assistiti a domicilio dall'hospice "San Marco" di Latina*, in XXIII Congresso Nazionale SUCP. *Il tempo delle cure palliative*, Roma, SICP, 2021, p. 69 ss.

## **Ringraziamenti**

*Un grazie di cuore a Gianni Boria per i suoi preziosi insegnamenti, ai didatti e tutti i docenti della scuola, agli indimenticabili compagni di Epg.*

*Un ringraziamento speciale a Ivan Fossati per il ricco contributo alla mia formazione e crescita professionale durante la mia esperienza di tirocinio.*

*Ringrazio i miei figli Stefano e Giacomo per la loro presenza, e le persone che hanno condiviso con me l'impegno di questo percorso.*