

Studio di Psicodramma di Milano
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia

Specializzanda: Patrizia Dambrosio

Tesi di diploma

**INCONTRARE LA MORTE:
LO PSICODRAMMA E IL PRENDERSI CURA DEI PAZIENTI CON
DIAGNOSI INFAUSTA**

Anno Accademico 2023

Sommario

CAPITOLO 1:	4
INCONTRARE LA MORTE: LO PSICODRAMMA E IL PRENDERSI CURA DEI PAZIENTI CON DIAGNOSI INFAUSTA	4
1.1 L'INCONTRO CON LA MORTE	4
1.2 LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE	7
1.3 SI SCRIVE CANCRO, SI LEGGE MALATTIE NEOPLASTICHE	9
1.4 IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO E LA CENTRALITÀ DELLE CURE PSICOLOGICHE E PSICOSOCIALI	12
1.5 IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO E LA CENTRALITÀ DELLE CURE PSICOLOGICHE E PSICOSOCIALI NELLA REALTÀ ITALIANA	13
1.6 L'ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY: IL MODELLO ACT	14
1.6.1 UN'ALTRA REALTÀ ITALIANA DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN CONTESTO OSPEDALIERO È IL SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA DELL'AT SANTI CARLO E PAOLO	17
1.7 LO PSICODRAMMA VS IL MODELLO ACT	20
CAPITOLO 2	22
LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE	22
2.1 L'ESERCIZIO DI MORTE	22
2.2 IL GRIDO VERSO L'AL DI LA'	24
2.3 L'INCONTRO CON LA MALATTIA	25
2.4 LE ESPRESSIONI DELL'INCONTRO CON LA MORTE: LA TANATOLOGIA	26
2.5 LA MORTE CEREBRALE E IL PROBLEMA MENTE-CERVELLO	27
2.6 LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE: ANALISI DELLE STRUTTURE CONCETTUALI	28
2.6.1 LE DOTTRINE DUALISTICHE	28
2.6.2 LE DOTTRINE MONISTICHE	29
2.7 COSA INTENDIAMO PER MORTE IN OCCIDENTE OGGI?	30
2.8 L'UOMO DARWINIANO E IL TERRORE DELLA MORTE	32
2.9 LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE IN ETA' EVOLUTIVA	34
2.10 L'ULTIMA NASCITA	37
CAPITOLO 3	39
LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE E LE SCELTE CHE IMPLICANO	39
3.1 BREACKING BAD NEWS	40
3.2 LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE DI DUE PAZIENTI IN SETTING IN PRESENZA E ONLINE	42
3.2.1 IL CASO DI ESTER	43
3.2.2. IL CASO DI ALICE	47
CAPITOLO 4	52

CONCLUSIONI	52
4.1 INCONTRARE LA MORTE: LO PSICODRAMMA E IL PRENDERSI CURA DEI PAZIENTI CON DIAGNOSI INFAUSTA	52
BIBLIOGRAFIA	56

CAPITOLO 1:

INCONTRARE LA MORTE: LO PSICODRAMMA E IL PRENDERSI CURA DEI PAZIENTI CON DIAGNOSI INFAUSTA

1.1 L'INCONTRO CON LA MORTE

Con l'espressione "*breaking bad news*" si fa riferimento alla comunicazione della *cattiva notizia*, intesa come l'evento che modifica in modo negativo e irreversibile le prospettive del futuro da parte di chi le riceve.

Il cordoglio e la sua elaborazione iniziano prima ancora del *trapasso*, ovvero nel momento in cui viene annunciata la presenza di una possibile causa di morte. La *bad news* viene comunicata al paziente o ai suoi familiari dal medico e la capacità di gestire tale situazione dipende da fattori sia individuali che culturali. L'evento modifica profondamente le dinamiche relazionali del malato e dei suoi familiari.

Se fino alla metà del secolo scorso il momento della previsione del congedo era centrale nella vita della comunità che si stringeva intorno alla famiglia supportandola, oggi con la crisi e la mancanza di nuovi scripts sociali, si conferisce a questa condizione inevitabile e naturale i tratti della catastrofe, indipendentemente da come essa accade.

L'espressione *anticipatory mourning*, lutto anticipatorio, indica lo stato psicologico derivante dal *breaking bad news*, caratterizzato dal dolore molto intenso e simile al lutto completo, per una sostanziale impreparazione davanti al confine estremo.

Si evita di pronunciare il nome delle malattie più temute. Ad oggi i tumori sono ancora una malattia grave, ma il nome è diventato pronunciabile. Molti tumori hanno trovato una risposta per la loro cura e la prevenzione comincia a dimostrare tutta la sua efficacia.

È molto migliorata la capacità del sistema sanitario di far fronte efficacemente a una percentuale crescente di significativi miglioramenti dello stato patologico.

Continuano ad aumentare i pazienti prevalenti, le persone che vivono dopo aver avuto una diagnosi di tumore.

Tuttavia tali dati se da un lato indicano un miglioramento in campo diagnostico, terapeutico e di prevenzione (primaria e secondaria), dall'altro spostano l'attenzione sulla necessità di gestire una maggior richiesta di supporto dopo la diagnosi, durante e dopo il trattamento oncologico.

La comunicazione della malattia tumorale rappresenta un evento traumatizzante, un cambiamento non solo fisico ma anche mentale, in quanto cambia il modo di percepire e sentire il proprio corpo, cambia la percezione che si ha del mondo, cambiano le relazioni sociali e interpersonali. Nonostante i progressi della medicina, tutt'oggi ricevere una diagnosi di tumore e di recidiva è un evento inatteso e destabilizzante per la vita dei pazienti e dei familiari e può portare allo sviluppo di sintomi post traumatici da stress oltre che a indurre a stati d'animo di incredulità, rabbia, disperazione e isolamento rispetto alla malattia: è un pericoloso verdetto che entra violentemente nella quotidianità e ne interrompe la continuità, inducendo un senso di incertezza, di impotenza e

di minaccia. Nuove prassi, scandite da analisi e cure, rimettono in gioco l'identità e il ruolo sociale dei pazienti.

Il modo di reagire e la prognosi della malattia oncologica sono influenzati dall'interazione di diversi fattori di tipo biologico, psicologico e sociale. Ogni paziente vive e affronta la malattia in modo soggettivo. Si attiva un processo di adattamento alla nuova condizione fisica che comporta una trasformazione radicale nella vita del paziente.

Di fronte alla parola "cancro" la primissima reazione è avvertire un senso di confusione, sbandamento, un vero e proprio shock. È una parola che evoca emozioni angoscianti, rimanda a uno scenario altamente catastrofico nell'immaginario collettivo e a una "condanna a morte".

Sebbene oggi esistano molti successi nella cura dei tumori, la malattia cancerosa porta inevitabilmente a doversi confrontare con "i pensieri di morte". Affrontare la nuova condizione soggettiva, le aspettative e le immagini connesse alla diagnosi, apertamente e insieme ad altre persone è un principio terapeutico fondamentale dei gruppi di intervento per pazienti con cancro (Spiegel, 1983; Gray et al., 1991).

C'è un valido supporto all'idea di includere nel gruppo discussioni attive sulla morte e rielaborazioni dei lutti dei partecipanti che muoiono.

Il processo di adattamento alla malattia non è scontato per i pazienti e il loro gruppo familiare. È stato descritto in modo specifico nel modello teorico a cinque fasi della Kübler-Ross (Kübler-Ross, 1969), la quale ha illustrato, le specifiche dinamiche psicologiche che caratterizzano il vissuto di pazienti che si trovano ad affrontare una malattia cronica e potenzialmente mortale.

Il modello teorico è articolato in cinque fasi che descrivono le reazioni emotive che possono verificarsi o contemporaneamente o successivamente:

- Prima fase: *shock, rifiuto e isolamento*.

È la fase successiva alla diagnosi. Il paziente è incredulo di fronte alla malattia vissuta come una catastrofe. Ricorre pertanto a dei meccanismi di difesa: esistono studi che evidenziano come il meccanismo difensivo della negazione possa svolgere un ruolo adattivo in fase iniziale, come protezione dallo stress emotivo che la diagnosi procura. La negazione opera una "distorsione" della realtà, ma permette di ridurre il senso di minaccia, aiutando a preservare un'immagine positiva di sé e l'autostima. In seguito subentra l'isolamento dall'ambiente sociale, nel momento in cui si considera l'impossibilità della guarigione e del ritorno al precedente stato di salute. Questo tempo può consentire di trovare coraggio e mobilitare altre difese. Subentra successivamente una parziale accettazione.

- Seconda fase: *collera, rabbia e risentimento*.

Il malato si chiede: "Perché proprio a me?" È la fase in cui è molto difficile per i parenti o gli amici riuscire a stare vicino al paziente, che spesso è risentito e ostile anche nei loro confronti. Teme che si dimenticheranno di lui, vede che la loro vita continua normalmente mentre la sua non può più essere quella di prima.

- Terza fase: *compromesso*.

Il paziente immagina e desidera di poter in qualche modo riuscire a rimandare l'evento, sperando di essere graziato e avere un prolungamento di vita. E' possibile che il paziente stipuli dei patti segreti, di solito con Dio e che formuli delle promesse che psicologicamente sono collegate a qualche senso di colpa.

- Quarta fase: *depressione e distacco emotivo*.

In questa fase il paziente prende coscienza delle gravi perdite che subisce, essendo impossibilitato ad essere curato. Può sentire sensi di colpa o di vergogna. La depressione, però, può essere soprattutto causata dal dolore di dover affrontare l'ultima separazione da questo mondo.

E' un lutto anticipatorio. Questa depressione consente di affrontare l'imminente evento della morte ed è caratterizzata dal silenzio e dalla necessità di un distacco emotivo.

- Quinta fase: *accettazione della morte*.

I sentimenti negativi delle precedenti fasi sono stati affrontati e il paziente può permettersi di contemplare la fine imminente in quanto la morte non suscita più disperazione o paura, ma è vista come possibilità di riposo e pace.

La speranza è trasversale in ogni fase. Le innovazioni mediche e scientifiche portano a lasciare comunque aperta qualche possibilità di cura, o almeno a poter pensare di migliorare la situazione. In questo modo è possibile mobilitare il coraggio che serve per i momenti difficili. E' fondamentale la relazione che si instaura con i medici curanti, la fiducia che essi trasmettono, condividendo la speranza, accogliendo dubbi e difficoltà, mostrando sempre il loro interesse per la situazione del paziente, ciò permette di accettare meglio le cure e il decorso della malattia.

1.2 LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE

Il lavoro della filosofia e della psicologia a riguardo è finalizzato a trasformare il sentimento di angoscia di fronte alla malattia e alla morte, in qualcosa di rappresentabile e quindi riconoscibile, al fine di renderne accessibile le elaborazioni.

Gli individui hanno cominciato a essere sempre più attenti agli argomenti che mettono a tema le cause della sofferenza, del dolore e della perdita, grazie a una crescente scolarizzazione e all'accesso a internet per maggior informazione sul tema, cercando di non aderire acriticamente a fedi che non siano state da loro prescelte.

È importante riconoscere i profili dell'angoscia, come gestirla quando essa sia causata dall'incontro con la morte, finché intorno a quest'ultima, possa aprirsi un territorio di confronto culturale in grado di garantire a ognuno di non divenire facile preda di paure e illusioni.

Gli istinti di autoconservazione e sopravvivenza sono comuni a tutte le specie animali che abitano la Terra, ma la consapevolezza della propria mortalità pare che caratterizzi solo quella umana.

Le Rappresentazioni della morte informano e orientano la vita. È importante offrire la possibilità che se ne parli esplicitamente, affinché tutti acquisiscano una competenza specifica al riguardo e possano situarsi rispetto alle istanze culturali e normative che orientano e disciplinano il trapasso. È un sapere che viene utilizzato nella contingenza delle occasioni in cui è necessario fare i conti con la realtà delle perdite.

Negli ultimi anni si sono intensificati e approfonditi gli studi sulle *“Rappresentazioni della morte”*, di cui Ines Testoni è stata una fine esploratrice.

Da alcuni decenni i progressi della medicina, oltre ad aver allungato i tempi della vita in buona salute come pure quelli della malattia terminale, hanno modificato quelli che un tempo erano considerati come i confini naturali tra la vita e la morte.

Il rapporto tra vita-morte-tecnica si è così complicato da escludere che si possa mantenere la dicotomia che poteva valere fino alla fine dell'800 tra la competenza sul corpo e quella sull'anima, riconosciuta rispettivamente dalla medicina e dalla religione. Infatti «dopo l'assunzione sociale dei principi di autodeterminazione e di alleanza terapeutica o consenso informato, secondo le indicazioni della World Health Organization, della Convenzione di Oviedo, delle Medical Humanities e delle leggi che a esse si sono conformate nei Paesi occidentali, non possono ormai più essere le autorità religiose o mediche a stabilire, in base al significato che esse attribuiscono al rapporto salvezza/salute, come intervenire sulla vita delle persone.

Divenuto ormai un soggetto autonomo e responsabile di se stesso, propenso all'autodeterminazione, ciascun individuo mira a utilizzare liberamente tutte le terapie che il progresso continuo della scienza medica gli mette a disposizione.

Il consenso informato è la conseguenza della nuova definizione del malato come depositario di diritti inviolabili: nessun intervento terapeutico o di altro genere potrà essere effettuato su di lui a sua insaputa e senza che egli abbia fornito il suo esplicito consenso.

Il problema della morte può essere aggirato considerando che il decesso mette fine a tutto, troncando qualsiasi esperienza del soggetto vivente. Che la morte sia solo annientamento su cui

non vale la pena di argomentare e interrogare, è già stato detto da Epicuro. Ma il punto è, avverte Testoni, che questa concezione è una fede tra le altre, non una certezza che debba gettare nello sconforto.

L'idea della morte come annientamento non è un'evidenza ultima e indiscutibile, ma un'apparenza contraddittoria, senza ricorrere alla concezione dell'immortalità dell'anima che salva l'uomo al prezzo di un dualismo indebolito da molte incoerenze.

Tuttavia, spiega Testoni, è indispensabile acquisire una conoscenza approfondita delle diverse posizioni intorno alla morte, per comprenderne le diverse implicazioni psicologiche ed esistenziali. "Siamo ciò che crediamo di essere: se crediamo di essere mortali, la nostra sofferenza sarà un inferno. Ma si può credere senza sapere oppure credere sapendo ciò in cui si crede, così che nel secondo caso non si tratta neppure di un credere, ma di un avere dinanzi a sé l'evidenza incontrovertibile per cui l'essente, ogni essente è." (Testoni, 2015)

Il tema della morte tra i pazienti oncologici, le sue rappresentazioni e le credenze filosofico-culturali che le sottendono, saranno argomento di approfondimento del secondo capitolo.

1.3 SI SCRIVE CANCRO, SI LEGGE MALATTIE NEOPLASTICHE

Prima di addentrarci nello specifico sui trattamenti del paziente oncologico e la centralità delle cure psicologiche e psicosociali, è utile avere chiara la definizione di malattia oncologica.

La teoria prevalente interpreta il cancro come un insieme di circa 200 malattie diverse, “malattie neoplastiche” caratterizzate da un’abnorme crescita cellulare, svincolata dai normali meccanismi di controllo dell’organismo.

Il processo di trasformazione di una cellula normale in cellula neoplastica avviene attraverso varie tappe con accumulo di anomalie genetiche, funzionali e morfologiche.

La proliferazione (divisione cellulare) è un processo fisiologico che ha luogo in quasi tutti i tessuti e in innumerevoli circostanze frutto di un persistente equilibrio tra proliferazione e morte cellulare programmata (apoptosi).

Le mutazioni nel DNA che conducono alle malattie neoplastiche portano alla distruzione di questi processi ordinati, dando luogo a una divisione cellulare incontrollata ed eventi a cascata in grado di evadere i meccanismi fisiologici di controllo replicativo fino alla formazione del tumore.

L’evento cancro/malattia neoplastica richiede più di una mutazione a carico di diverse classi di geni. La perdita del controllo della proliferazione ha luogo solo in seguito a mutazioni nei geni che controllano la divisione cellulare, la morte cellulare e i processi di riparazione del DNA. Il nostro organismo è in grado, attraverso processi di riparazione e attivazione del sistema immunitario, di contrastare i processi di trasformazione.

Tuttavia, quando questa capacità viene meno, la cellula sana subisce la trasformazione in cellula tumorale. Sono necessarie quindi sia l’attivazione dei geni che promuovono la crescita (oncogeni), sia l’inattivazione dei geni che inibiscono la crescita (geni oncosoppressori).

In genere, un agente cancerogeno agisce sul DNA cellulare e provoca un processo di “Iniziazione” (rapido e irreversibile), seguito da una fase di “Promozione” della crescita neoplastica (lenta e irreversibile). Ulteriori fattori intervengono per favorire la “Progressione” della malattia facendo sì che, nella maggior parte dei processi di cancerogenesi, questi processi richiedano diversi anni.

Tra i meccanismi essenziali per la crescita tumorale, il cosiddetto microambiente (cioè tutto ciò che ruota attorno al tumore) svolge un ruolo particolarmente importante, attraverso l’azione di cellule favorenti e fattori di crescita da un lato e cellule che mangiano o uccidono la cellula tumorale dall’altro.

Un ulteriore meccanismo è necessario alla progressione della malattia neoplastica: il tumore potrebbe infatti rimanere dormiente per molti anni finché non si accende una lampadina. È il cosiddetto “switch angiogenico”, cioè la capacità del tumore di costruire i propri vasi sanguigni tali da permettergli di crescere indisturbato.

Sintetizzando: la trasformazione di una cellula normale in cellula neoplastica è un processo biologico di lunga durata che si realizza per un progressivo accumulo di anomalie genetiche, funzionali e morfologiche causate da molteplici agenti.

Le indagini epidemiologiche sistematiche, necessarie per implementare campagne di prevenzione primaria, hanno quantificato il rischio neoplastico attribuendolo a fattori di rischio.

I fattori di rischio per neoplasie (potenziali cause di tumori maligni) sono distinti in 2 categorie: 1) “ambientali”; 2) dipendenti dal “profilo genetico dell’ospite” (host related).

I fattori ambientali consistono in tutto ciò che è “esterno” all’ospite (agenti infettivi, chimici, fisici, alimentazione, stili e ambiente di vita, etc.).

I fattori di rischio propri dell’ospite includono il profilo endocrino-metabolico, il profilo immunologico e le neoplasie “sindromiche”, che trovano motivazione in alterazioni ereditarie del patrimonio genetico.

Il trascorrere degli anni moltiplica le probabilità ed estende i tempi di incontro con gli agenti oncogeni ambientali, favorendo il loro variabile combinarsi; ciò spiega il fatto che l’incidenza del cancro cresce al crescere dell’età.

Il rischio di tumore cresce al crescere dell’età. Il crescere dell’età aumenta il numero degli incontri con i rischi ambientali, impigrisce i meccanismi di riparazione dei danni ambientali genotossici e affievolisce le difese immunitarie; di conseguenza il numero dei tumori cresce con il crescere del “contenitore” di tutti i rischi: l’età.

Quindi le cause note delle alterazioni del DNA nella genesi del cancro sono legate agli stili di vita, a esposizioni ambientali o ad agenti infettivi, a mutazioni genetiche non ereditarie casuali o, meno frequentemente, ereditarie.

Un fattore di rischio comportamentale e quindi modificabile è il fumo di tabacco.

Mangiare sano, mantenere il giusto peso corporeo, fare regolarmente attività fisica e moderare il consumo di bevande alcoliche può ridurre il rischio di ammalarsi di tumore – un rischio particolarmente elevato per le persone obese di sviluppare tumori.

Alcune infezioni croniche, con percentuali di rischio che variano molto da Paese a Paese, includono vari tipi di Papilloma virus, l’*Helicobacter pylori*, i virus dell’epatite B e C. Inquinamento ambientale (in particolare quello atmosferico), radiazioni ionizzanti ed esposizione ai raggi ultravioletti.

Le 12 principali modalità per ridurre il rischio di sviluppare un tumore sono riassunte, a cura della Organizzazione Mondiale della Sanità, della IARC (Agenzia Internazionale per la cura sul cancro) e della Commissione Europea, nel Codice Europeo Contro il Cancro:

1. Non fumare. Non consumare nessuna forma di tabacco.
2. Rendi la tua casa libera dal fumo. Sostieni le politiche che promuovono un ambiente libero dal fumo sul tuo posto di lavoro.
3. Attivati per mantenere un peso sano.
4. Svolgi attività fisica ogni giorno. Limita il tempo che trascorri seduto.
5. Segui una dieta sana:
 - Consuma molti e vari cereali integrali, legumi, frutta e verdura.
 - Limita i cibi ad elevato contenuto calorico (alimenti ricchi di zuccheri o grassi) ed evita le bevande zuccherate.
 - Evita le carni conservate; limita il consumo di carni rosse e di alimenti ad elevato contenuto di sale.
6. Se bevi alcolici di qualsiasi tipo, limitane il consumo. Per prevenire il cancro è meglio evitare di bere alcolici.

7. Evita un'eccessiva esposizione al sole, soprattutto per i bambini. Usa protezioni solari. Non usare lettini abbronzanti.
8. Osserva scrupolosamente le istruzioni in materia di salute e sicurezza sul posto di lavoro per proteggerti dall'esposizione ad agenti cancerogeni noti.
9. Accerta di non essere esposto a concentrazioni naturalmente elevate di radon presenti in casa. Fai in modo di ridurre i livelli elevati di radon.
10. Per le donne:
 - L'allattamento al seno riduce il rischio di cancro per la madre. Se puoi, allatta il tuo bambino.
 - La terapia ormonale sostitutiva (TOS) aumenta il rischio di alcuni tipi di cancro. Limita l'uso della TOS.
11. Assicurati che i tuoi figli partecipino ai programmi di vaccinazione contro:
 - l'epatite B (per i neonati)
 - il papillomavirus umano (HPV).
12. Partecipa a programmi organizzati di screening per il cancro:
 - dell'intestino (uomini e donne)
 - del seno (donne)
 - del collo dell'utero (donne).

Non è verosimilmente possibile cancellare dal mondo le cause di tumore. È possibile, però, eliminare o limitare i comportamenti o le "situazioni ambientali" che aumentano il rischio di tumore.

1.4 IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO E LA CENTRALITÀ DELLE CURE PSICOLOGICHE E PSICOSOCIALI

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

La Psiconcologia è una disciplina che si occupa della vasta area delle variabili psicologiche connesse alla patologia neoplastica e in generale delle implicazioni psicosociali dei tumori, interfacciandosi con l'oncologia, la psicologia e la psichiatria. Considera i fattori psicologici, culturali e sociali nella loro influenza per il trattamento e la cura del paziente. Inoltre si va sempre più affermando come modalità interdisciplinare per l'attuazione di un sistema d'intervento finalizzato a migliorare la qualità della vita, limitando il rischio di conseguenze psicopatologiche.

L'approccio psicosociale prende in considerazione, oltre alle problematiche mediche, le difficoltà psicologiche, sociali, spirituali, come anche quelle pratiche-organizzative ed economiche, durante tutto il decorso della malattia.

La proposta di interventi è ampia e varia da modelli psicosociali a modelli psicologici e psicoterapeutici di gruppo e/ o individuali.

Tra gli approcci più utilizzati per l'intervento psicoterapeutico in oncologia si possono trovare quelli di stampo cognitivo comportamentale, psicodinamico e umanistico-esistenziale.

L'approccio è o di gruppo o individuale. In quest'ambito gli studi di valutazione mostrano effetti positivi sia in merito all'adattamento emotivo che rispetto alla qualità della vita del paziente. Esiste però un'ampia letteratura che testimonia dell'efficacia dell'intervento di gruppo. In questo caso la capacità di adattamento dei pazienti aumenta, grazie ai processi d'identificazione e di sostegno reciproco, alla possibilità di espressione delle emozioni e al confronto di strategie per il fronteggiamento delle problematiche che la malattia determina.

Tra gli interventi psicologici per pazienti oncologici, numerosi studi hanno rilevato l'importanza e l'efficienza di interventi terapeutici di gruppo, perché favoriscono il contenimento, la condivisione, la socializzazione, l'identificazione, la rottura dell'isolamento (Foulkes, 1964), l'infusione della speranza, l'informazione, l'apprendimento interpersonale (Yalom, 2005), diminuzione dei disturbi dell'umore, diminuzione dei sintomi da stress traumatico (Classen et al., 2001).

1.5 IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO E LA CENTRALITÀ DELLE CURE PSICOLOGICHE E PSICOSOCIALI NELLA REALTÀ ITALIANA

La tempestività della diagnosi di cancro e la compliance (aderenza) al trattamento medico sono determinanti nell'aumentare le probabilità di una risoluzione positiva della malattia oncologica. Nasce da qui la necessità di assistere psicologicamente il paziente sin dal momento della diagnosi, come già si sta facendo in diversi ospedali italiani dove sono presenti psicologi che affiancano il medico.

Sul territorio italiano esistono diverse realtà di presa in carico del paziente oncologico del SSN sia a livello individuale che di gruppo.

Alcune pratiche psicologico-sanitarie nell'ambiente oncologico di interesse operativo hanno sviluppato programmi terapeutici a indirizzo Cognitivo Comportamentale e Psicodrammatico nelle pratiche sanitarie nazionali avvalendosi di strategie e interventi specifici per il paziente oncologico.

Tra le terapie utilizzate per il trattamento dei sintomi psicologici del paziente oncologico, la terapia Cognitiva Comportamentale (CBT) e le sue evoluzioni di 3^a ondata, sembrerebbe la più raccomandabile, poiché segue protocolli di trattamento convalidati, basato su evidenze sperimentali

Per quanto riguarda la presa in carico individuale e di gruppo di stampo cognitivo-comportamentale faccio riferimento al dott. Giuseppe Delledda, responsabile del Servizio di Psicologia Clinica dell'I.R.C.C.S dell'Ospedale "Sacro Cuore – Don Calabria", di Negrar di Valpolicella (VR), come eccellente punto di riferimento, che da anni applica il modello ACT nella presa in carico dei pazienti oncologici.

Il modello ACT è una terapia cognitivo-comportamentale di 3^a ondata, ACCEPTANCE and COMMITMENT THERAPY, applicato in questo caso al contesto della salute e nello specifico a varie patologie organiche oncologiche. Infatti, tra le terapie utilizzate per il trattamento dei sintomi psicologici del paziente oncologico, la più efficace e raccomandata sembrerebbe la CBT, cognitivo comportamentale, ma la psiconcologia si sta aprendo all'utilizzo dei modelli ACT e MCT. Si stanno infatti valutando l'efficacia dell'Acceptance Commitment Therapy di Steven C. Hayes, e la Metacognitive Theory (MCT) introdotta da Adrian Wells.

Le linee guida nazionali ed internazionali raccomandano l'assistenza psicologica nei pazienti oncologici che presentano una sintomatologia psicologica.

Dalla revisione della letteratura effettuata, sebbene alcune delle tecniche tipiche della CBT, quali l'intervento sulle distorsioni cognitive e l'analisi dei pensieri automatici negativi, risultino essere valide, sono presenti anche alcuni limiti dal punto di vista clinico. I limiti evidenziati potrebbero essere superati dalle terapie cognitiviste di 3^a Ondata. Questi interventi non si focalizzano sul contenuto della cognizione ma si direzionano sull'analisi dei processi psicologici coinvolti.

Il focus nelle terapie di 3^a Ondata si sposta dall'analisi dei contenuti dei pensieri disfunzionali alla relazione tra la persona e il proprio pensiero.

Tali metodi di intervento enfatizzano il ruolo della metacognizione ed approcci esperienziali quali la mindfulness, l'accettazione, il lavoro sui valori e gli scopi di vita.

1.6 L'ACCEPTANCE COMMITMENT THERAPY: IL MODELLO ACT

L'ACT è un intervento psicologico e psicoterapeutico sviluppato all'interno di una cornice teorica e filosofica coerente e basato su evidenze sperimentali che usano strategie di accettazione e mindfulness insieme a strategie di impegno nell'azione e modificazione del comportamento al fine di incrementare la flessibilità psicologica (Hayes, 2005).

Obiettivo dell'ACT è quello di aiutare la persona a scegliere di *AGIRE* (comportamenti concreti in linea con i propri valori) in presenza di eventi privati difficili o interferenti.

Secondo la visione del fondatore, Steven C. Hayes, l'ACT fa parte di un movimento più ampio, basato e costruito su precedenti terapie comportamentali e cognitivo-comportamentali. Le terapie cosiddette di "terza ondata" sono caratterizzate da strategie di cambiamento su basi contestuali ed esperienziali (oltre agli aspetti più didattico-direttivi) e da una forte sensibilità al contesto dei fenomeni psicologici e non alla loro forma o al loro contenuto.

Il focus è dunque concentrato sui processi mentali.

Le terapie di terza ondata hanno diversi aspetti in comune, ovvero:

- Focus sui processi di accettazione
- Focus sul decentramento/shifting cognitivo (punto in comune con lo psicodramma)
- Focus sulla relazione terapeutica
- Focus su ciò che per l'individuo è importante nella vita (i valori)

Il modello teorico analizza il funzionamento psichico globale ed è fondato su chiari fondamenti teorici ed è strettamente connesso ai protocolli e tipologie di trattamento clinico. L'ACT si basa su un modello teorico-filosofico noto come Relational Frame Theory.

Secondo tale teoria nell'essere umano il linguaggio è basato sull'abilità appresa di mettere in relazione gli eventi in modo arbitrario senza l'esperienza diretta. Ancora una volta si sottolinea che non è importante intervenire sui contenuti di pensiero ma sulla relazione che si instaura con i propri pensieri. Sul "come del cosa".

L'obiettivo dell'ACT è promuovere la flessibilità psicologica dell'individuo., che si può promuovere, attraverso interventi su ciò che vengono considerati i sei pilastri del modello ACT.

I sei processi chiave sottendono due macro-aree che in sostanza rappresentano la A e la C dell'ACT. Al posto della A (acceptance) possiamo leggere "processi di mindfulness e accettazione", che includono accettazione, defusione cognitiva, contatto con il momento presente e sé come contesto. Al posto della C (commitment) possiamo invece leggere i "processi di modificazione comportamentale e azione impegnata secondo i valori", che includono i valori, l'impegno nell'azione, il sé come contesto e il contatto con il momento presente.

Secondo il modello ACT ciò che promuove il cambiamento e il benessere psicologico è un insieme di competenze di accettazione e impegno all'azione (Commitment).

Tali atteggiamenti descritti in sei pilastri, se mantenuti e sperimentati nel tempo, portano alla flessibilità psicologica e quindi a stare meglio:

1. Il primo processo chiave dell'ACT è l'*evitamento* esperienziale, metafora delle sabbie mobili e la sua controparte è l'Accettazione (lasciar spazio, aprirsi all'esperienza, alle emozioni dolorose, agli impulsi, ai pensieri, ai ricordi dolorosi) che rientra nel macro-processo di processi di mindfulness e accettazione.
Il cardine per la flessibilità psicologica cui mirano i percorsi psicoterapici ACT, per aprirsi all'esperienze della vita sono: a) imparare a non giudicare le proprie esperienze interne (ed esterne) con uno sguardo malevolo dell'inquisitore di e stessi e b) imparare ad accogliere gli stati emotivi e dar loro l'importanza "informativa" che meritano e c) indebolire il potere dei pensieri sul proprio comportamento e sulla propria esperienza quotidiana.
2. Il secondo processo è la *fusione cognitiva*: quando siamo "fusi" con i nostri pensieri, soprattutto quelli disfunzionali, dimentichiamo che stiamo interagendo con un pensiero e non con un evento reale, un po' come se i nostri pensieri e le nostre valutazioni sulla realtà vivessero al posto nostro. La controparte è la *defusione cognitiva* che rientra nel macro processo di mindfulness e accettazione.
L'ACT promuove due capacità psicologiche: 1) imparare a notare i propri pensieri, immagini e ricordi, riconoscendoli per ciò che sono, prodotti della mente e non realtà assolute, 2) guardare la propria esperienza da una posizione privilegiata, dall'alto, decentrandosi e promuovendo la consapevolezza della propria esperienza mentale, mettersi nella posizione consapevole dell'osservatore; 3) rinunciare al controllo dei propri pensieri e lasciarli andare, lasciargli spazio, passarci attraverso e quindi diminuire l'influenza e la potenza di tali pensieri.
3. Il terzo processo incluso nel macro-processo dei processi di mindfulness e Accettazione è la *dominanza del passato e del futuro sul momento presente concettualizzato*. Il rimuginio, la ruminazione depressive, i pensieri catastrofici, le difficoltà di attenzione, la rigidità, la mancanza di consapevolezza verso ciò che accade nel momento presente sono conseguenze di questo processo.
L'ACT promuove l'entrare in contatto con il momento presente, che significa scegliere consapevolmente di portare la propria attenzione su ciò che sta accadendo dentro di Sé e nel mondo fisico esterno in quel preciso momento e di "apprendere dall'esperienza", di notare cosa sta accadendo nel momento stesso in cui accade, presenti a se stessi e all'esperienza nel momento presente.
Ciò permette di individuare risposte adeguate e di agire in modo consapevole e adeguato.
4. Il quarto processo incluso nel macro-processo dei processi di Mindfulness e Accettazione è il *Sé concettualizzato*, che può essere caratterizzato da *fusioni o etichette* con alcuni aspetti di sé rigidi e astratti e valutativi.
La controparte che l'ACT promuove è l'osservazione delle esperienze mentre esse avvengono, tramite uno sguardo attento e consapevole (potremmo dire meta-cognitivo), di autoriflessione della propria esperienza mentre avviene.
La controparte virtuosa che propone il modello ACT è il *Sé come contesto*, cioè è un punto di vista nuovo, in cui impariamo a osservare la nostra esperienza interna ed esterna da un punto di vista privilegiato, cioè quello di un "osservatore partecipe, gentile, compassionevole e curioso" della propria esperienza.
Mantenendoci dentro la maschera che indossiamo, potremmo pensare al Sé come Contesto come ad un attore, che sa di essere un attore, sa di essere su un palco e sa che una volta conclusa la storia messa in scena si può "uscire dal personaggio", togliere la maschera e

vivere le esperienze della vita nella loro interezza, in modo pieno e significativo, meno vincolato dalla propria storia e, soprattutto, *scegliendo* se seguire il “personaggio della sua maschera” (e comportarsi come se credesse alla storia del proprio sé concettualizzato) oppure no. Nell’ACT questo atteggiamento viene chiamato “*consapevolezza di essere consapevole*”, oppure “*Coscienza dell’essere cosciente*”.

5. Il quinto processo incluso nel macro-processo dei processi Commitment è fare chiarezza sui propri valori personali e sugli obiettivi per raggiungerli. I valori sono ciò che motiva le persone al cambiamento e ad affrontare momenti difficili. Potremmo pensare “Questo è per me importante, e lo porterò avanti nonostante le emozioni difficili che sto provando”.
6. Il Sesto processo è l’attività e l’impegno per raggiungere i propri valori personali. Scegliere continuamente di impegnarsi in azioni nella direzione dei propri valori personali, nonostante le emozioni difficili che si potranno incontrare durante il percorso. 1) Impegnarsi nelle azioni importanti per se stessi e nel momento di difficoltà ancorarsi al respiro, in modo quanto possibile gentile, grazie alle pratiche di mindfulness. 2) godersi anche il viaggio, non concentrarsi sempre e solo sui piccoli obiettivi (un piccolo fallimento può essere un passo importante e diretto verso i propri valori personali) 3) persistere e mantenere tale impegno, mettendo in conto ostacoli e difficoltà (ad esempio, paura di sbagliare, ricordi dolorosi, sensi di colpa, vergogna), 4) *Do what it takes!* fa quel che serve per vivere secondo i propri valori.

La proposta dell’ACT risiede nel concetto di “*azione impegnata*”: il termine è usato per definire l’azione personale guidata dai propri valori e prevede che l’individuo “faccia i conti” con le proprie difficoltà e fragilità. Accogliendo e prendendo contatto con le proprie fragilità e guidando le proprie azioni partendo dai propri valori personali, permette di perseguire una vita significativa e ricca, non senza sofferenze, ma soddisfacente.

In particolare è importante per l’Acceptance and Commitment Therapy il concetto della *workability*, della “*fattibilità*”.

Un’azione impegnata e guidata dai propri scopi deve essere anche fattibile, perseguibile. Quindi l’azione impegnata consiste nello scegliere continuamente di impegnarsi in azioni nella direzione dei propri valori personali, nonostante le emozioni difficili che si potranno incontrare durante il percorso.

La diagnosi oncologica e le sue conseguenze possono avere un forte impatto negativo sulla vita dei malati e delle loro famiglie. Lo sviluppo di comorbilità psicopatologiche, a seguito di una diagnosi oncologica, correla con un decorso peggiore della malattia (J.R. Satin, W. Linden, M.J. Phillips, 2009; Y.H. Wang et al. 2019).

Pazienti oncologici sottoposti a interventi basati sull’ACT sembrano mostrare miglioramenti in stato emotivo, qualità di vita e flessibilità psicologica.

Interventi basati sulla mindfulness (MBI Mindfulness-Based Interventions) hanno dimostrato la loro efficacia nel fornire utili strategie di *coping* con conseguente riduzione di ansia, stress, fatigue, problemi del sonno, miglioramento del tono dell’umore ed incremento generale della qualità di vita (Bartley, 2011).

Jhon Kabat Zinn, pioniere dell’applicazione terapeutica della mindfulness, la definisce come “un processo di consapevolezza che emerge prestando intenzionalmente attenzione al momento presente, attraverso un’osservazione non giudicante, al dispiegarsi dell’esperienza, momento per momento” (Kabat Zinn, 2003). Si tratta, quindi, di un processo psicologico fondamentale, che può

modificare il modo in cui rispondiamo alle inevitabili difficoltà della vita, non solo alle sfide esistenziali quotidiane, ma anche a problemi psicologici gravi. Quando la mindfulness viene adattata allo scopo di alleviare specifiche condizioni cliniche, inizia ad includere, oltre alla consapevolezza, attenzione e ricordo, anche qualità come il non giudizio, compassione e accettazione. Le pratiche basate sull'accettazione favoriscono l'apertura, in modo consapevole e non giudicante, a sentimenti, sensazioni, impulsi ed emozioni dolorosi: 'abbandoniamo la lotta con loro, diamo loro qualche spazio di respiro e permettiamo loro di essere come sono. Piuttosto che combatterli, resistere, scappare via o rimanere invischiati o sopraffatti, apriamoci a loro e lasciamoli essere quello che sono.' (Harris, 2016).

Il protocollo ACT, nel perseguire gli scopi sopra citati, si avvale prevalentemente di tecniche esperienziali, esercizi di mindfulness, metafore e richiede impegno e allenamento costante nella vita quotidiana. Si è dimostrato efficace nell'incoraggiare i pazienti oncologici ad accettare la realtà e compiere azioni in linea con i propri valori, piuttosto che continuare ad impegnare la propria esistenza in strategie di evitamento della sofferenza.

Diversamente dalla CBT consente, di ampliare il proprio repertorio comportamentale e di gestire il proprio disagio con nuove strategie: tolleranza delle problematiche inerenti la malattia, la capacità di stare sul qui ed ora piuttosto che focalizzarsi sulle paure riguardanti il futuro. Questi aspetti aprono la strada ad un approccio mentale di accettazione sull'inevitabilità del disagio correlato alla neoplasia.

1.6.1 UN'ALTRA REALTÀ ITALIANA DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN CONTESTO OSPEDALIERO È IL SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA DELL'AT SANTI CARLO E PAOLO

Milano mette a disposizione alle persone con una diagnosi di tumore un trattamento psicoterapico di gruppo al quale si può accedere attraverso il sistema sanitario nazionale e previa l'analisi e la valutazione dei bisogni del paziente attraverso colloqui psicologici effettuati in precedenza dal dott. Ivan Fossati, Dirigente Psicologo presso l'U.O.C di Psicologia clinica dell'ospedale.

I pazienti chiedono al loro medico di medicina generale o allo specialista oncologo il rinnovo dell'impegnativa contenente la dicitura 94.44 psicoterapia di gruppo ogni otto sessioni effettuate, avendo in questo modo la possibilità di fare un percorso continuativo di lunga durata.

La presa in carico è di gruppo, attraverso gruppi di psicoterapia psicodrammatica: il modello teorico fa parte dell'approccio di stampo umanistico - esistenziale.

Lo psicodramma è un approccio terapeutico di gruppo che, basandosi sulle teorizzazioni ed esperienze di J.L.Moreno (1985), utilizza la rappresentazione scenica per consentire al paziente di esprimere i propri vissuti, emozioni, credenze, attitudini e di entrare in contatto con essi attraverso la messa in atto sulla scena. Grazie all'utilizzo di metodi attivi e alla rappresentazione scenica, facilita lo stabilirsi di un intreccio più armonico tra le esigenze intrapsichiche e le richieste della realtà e porta alla riscoperta e alla valorizzazione della propria Creatività/Spontaneità anche attraverso l'inversione di ruolo, tecnica elettiva dei metodi d'azione. Tali capacità permettono ai pazienti di potenziare la resilienza necessaria a fronteggiare la situazione traumatica che segue la comunicazione della diagnosi e le cure che minano per altri versi la loro salute.

Il setting gruppale psicodrammatico diviene terreno fertile per un paziente oncologico, che vive l'esperienza del sopravvento nella propria vita della malattia e si ritrova impossibilitato ad agire nel suo quotidiano, poiché tutto ruota intorno alla patologia.

Lo psicodramma con pazienti oncologici consiste di sperimentarsi in un ambiente protetto, con persone che vivono emozioni, pensieri e aspettative simili e consente di potersi esprimere con libertà, senza dovere indossare maschere protettive a tutela di qualcuno. Come nel contesto familiare, tra i pazienti e i caregivers si instaura una dinamica comunicativa di reciproca protezione, non volendo mostrare il proprio vissuto emotivo di sofferenza. (Fossati, 2007)

Lo psicodramma mette al centro la soggettività di ciascun paziente e favorisce una dinamica comunicativa di intersoggettività e di non interdipendenza, per esempio con la tecnica della sospensione della risposta che favorisce la legittimazione della propria verità soggettiva e quindi di qualsiasi risposta psicoemotiva (Greco, 2009). Infatti le relazioni tra i pari sono centrali nel processo terapeutico per le reciproche azioni del gruppo nel campo intersoggettivo. Le attività tra i partecipanti e il campo intersoggettivo sono elementi fondamentali dell'approccio psicodrammatico.

Nei gruppi di psicodramma il supporto del gruppo è fondamentale poiché i pazienti si sentono isolati in relazione al loro mondo sociale precedente e dato per scontato.

La dimensione del gruppo nello psicodramma incontra i bisogni insoddisfatti del paziente, promuovendo un luogo dove svelarsi. Partecipare a un gruppo di psicoterapia all'interno del percorso di cure oncologiche è necessario per elaborare le sofferenze emozionali e relazionali dovute al tumore.

Gli interventi di gruppo sono efficaci nel ridurre l'agitazione, la sofferenza emotiva e relazionale e nel migliorare la qualità della vita dei pazienti con tumore.

Il cambiamento dell'identità richiesto dalla malattia è supportato dal gruppo: essere agenti terapeutici, prendersi cura reciprocamente, mettersi nei panni degli altri e viceversa, aumenta l'Empowerment e una sensazione di controllo sulla propria vita. Si realizzano positivi cambiamenti nel benessere e nell'identità con un aumentato senso di controllo e di efficacia.

La reciprocità è di grande aiuto per i pazienti che frequentano gruppi di supporto oncologici poiché favorisce il senso di autoefficacia, la speranza e fiducia in se stessi e il passaggio dalla posizione di vittima a quella di agente.

L'Agency, ovvero la percezione soggettiva di potere agire efficacemente e liberamente nel mondo, è richiesta durante le sessioni di psicodramma ed è rinforzata. (Greco, 2009) Infatti le messe in atto durante le sessioni di psicodramma inducono un coinvolgimento personale che permette di esperire un Sé temporaneo che fa esperienza. (Yaniv, 2014)

Le caratteristiche peculiari dell'approccio psicodrammatico sono i metodi attivi, attraverso i quali i pazienti sono incoraggiati ad esprimersi grazie alla drammatizzazione spontanea, all'inversione di ruolo e quindi all'espressione di Sé. Il corpo è direttamente coinvolto durante le sessioni, e l'esperienza sensoriale, attraverso l'uso degli oggetti scenici, consente la libera espressione dei pensieri e dei sentimenti, andando ad attingere a memorie emotive implicite. Il cancro ha un forte impatto sul corpo dei pazienti e la sua mobilitazione durante le azioni, attraverso esperienze fisiche

positive, ha come conseguenza lo sviluppo di un senso di controllo, dell'agency personale sulle proprie vite e di fiducia in se stessi.

Infine nei gruppi oncologici di psicodramma il tema della morte è presente. Sono presenti tre differenti esperienze di morte/abbandono: abbandono per morte reale, abbandono per morte supposta e abbandono dichiarato, che permettono di elaborare il proprio lutto e la paura di morire. La discussione sulla morte è uno degli aspetti più difficili dell'appartenenza ai gruppi di supporto dei pazienti oncologici.

L'importanza di venire a patti con la morte, sia individualmente che come comunità, come le conseguenze negative dell'evitare il processo del lutto, sono state molto studiate in letteratura. Affrontare la morte apertamente e insieme ad altre persone è fondamentale nei gruppi di intervento per pazienti con cancro, dove vengono attivate discussioni attive sulla morte e rielaborazioni dei lutti dei partecipanti che muoiono. Infatti la possibilità che offre lo psicodramma di rappresentare, attraverso tecniche attive, le perdite e i lutti è percepita dai pazienti come un valido strumento per favorire il processo di elaborazione del lutto.

Generalmente durante il lutto le persone devono affrontare "solo" la rappresentazione mentale del defunto, rendendo in questo modo più lungo e difficile il processo di elaborazione del lutto. Lo psicodramma permette invece di dare un corpo al fantasma morto e di fare fisicamente una reale esperienza di morte grazie all'incarnazione della rappresentazione in azione, permettendo in tal modo l'elaborazione dei sentimenti di abbandono.

In questo modo, secondo la fenomenologia della percezione di Merleau-Ponty (1962), l'esperienza corporea permette di accedere ad un livello di significato sul Sé e sul mondo che va al di là del livello riflessivo verbale e la reale interazione tra i partecipanti consente l'immediatezza fenomenologica della situazione sociale.

In questa prospettiva il corpo umano è concepito come uno spazio espressivo che contribuisce al significato delle azioni personali. Così si può dire che l'intervento contiene elementi liberatori strettamente legati all'esperienza di libertà e allo sviluppo di significato, forse rafforzato dal fatto che le azioni fisiche vengono compiute con altri in una situazione simile (Midtgaard et al., 2007). L'adozione di un approccio che coinvolge attivamente il corpo potrebbe avere un impatto sulla mobilitazione fisica e sociale, supportando l'empowerment dell'individuo nonostante il cancro e i suoi trattamenti.

Anche Moreno nella sua biografia, durante la pratica medica a Bad Vaslau, descrive un primo caso clinico in cui si prende cura di un paziente ricco e infelice che gli chiede di aiutarlo a *morire*. Questo caso ha rappresentato un punto di svolta nella sua carriera e nella decisione di diventare psicoterapeuta. Il trattamento terapeutico indagò il mondo interiore di quest'ultimo: per settimane parlarono della morte, addirittura il paziente scrisse il suo ultimo testamento, discusse sui vari modi di suicidarsi, mangiò con più appetito essendo il suo ultimo pasto. Queste azioni hanno permesso al paziente di srotolare il proprio mondo interiore turbolento, fare esperienze emotive chiarificatrici, attivando possibilità *integrative del proprio vissuto interiore*.

1.7 LO PSICODRAMMA VS IL MODELLO ACT

Lo psicodramma è una terapia situazionale dove si susseguono accadimenti. La tecnica che permette l'emersione di contenuti psicologici significativi grazie all'utilizzo di metodi d'azione. Le regole del setting psicodrammatico presuppongono il rispetto della circolarità, della simmetria, della verità soggettiva e della sospensione della risposta.

Concetti chiave dello psicodramma sono la spontaneità e la creatività, intese come disponibilità mentali da attivare per relazionarsi al meglio con se stessi e l'ambiente.

Il *Fattore S/C* porta alla maggiore mobilità dei ruoli e favorisce la fluidità tra azione e pensiero.

Le funzioni mentali e relazionali attivate attraverso lo psicodramma sono:

- il *doppio*, grazie al quale si può dare voce ai propri contenuti interni, tramite un insieme di meccanismi auto-osservativi.
Si attiva attraverso diverse tecniche, per esempio quella del doppio, il soliloquio, la sedia ausiliaria.
- lo *specchio*, grazie al quale un individuo può cogliere aspetti di se stesso nelle immagini relative alla sua persona costruite dagli altri e a lui rimandate, oppure quando osserva da fuori una sua azione riprodotta da uno o più compagni.
È attivata da diverse modalità e tecniche, quali la sociometria, la catena o semplicemente, sotto la consegna del direttore, attraverso i rimandi dei compagni.
- il *decentramento percettivo*, grazie al quale mettendosi nei panni di altri, i controruoli, si possono cogliere "nuove verità", sia decentrandosi e assumendo il punto di vista dell'altro, sia guardando se stessi, attraverso gli occhi dell'altro.
- il *rispecchiamento*, grazie al quale si attivano i processi di confronto interpersonale e di identificazione. È sempre attiva durante la sessione ed è centrale nella fase finale, lo sharing.

Nel modello psicodrammatico moreniano vi è la centralità del ruolo, ovvero del binomio ruolo/controruolo, come unità di esperienza "sintetica, interpersonale, privata, sociale", da cui discende la teoria dello sviluppo individuale come progressiva organizzazione dei ruoli in matrici di differente livello interrelazionale (Moreno, 1980, p.76 e segg.; 1985, p.253).

Il cambiamento dei ruoli nel senso di un loro ampliamento e di una loro maggiore mobilità è sinonimo di flessibilità psicologica.

L'Acceptance and Commitment Therapy si fonda su sei pilastri per favorire la flessibilità psicologica: 1) *il contatto con il momento presente*, 2) *la defusione cognitiva*, 3) *l'accettazione*, 4) *il sé come contesto*, 5) *i valori* 6) *l'azione impegnata*.

L'ACT adopera nel suo modello di intervento sia strategie esperienziali di accettazione e mindfulness sia un atteggiamento di impegno all'azione e alla modificazione del comportamento.

Il fine è quello di incrementare la flessibilità psicologica della persona ovvero l'essere in contatto consapevolmente con il momento presente agendo in linea con i propri valori.

Tra i due approcci si possono trovare delle convergenze nelle modalità d'intervento.

Lo psicodramma è una tecnica attiva e grazie ai metodi d'azione si possono vivere le emozioni attraverso le diverse messe in atto. Si può dare voce alle emozioni attraverso i doppi dei compagni, degli io-ausiliari e del direttore.

Il doppio aiuta a scavare dentro di sé bypassando le difese, superando l'evitamento esperienziale e favorendone l'accettazione.

Si possono personificare le proprie emozioni, i propri pensieri disfunzionali, come il rimuginio e la ruminazione depressiva, portandoli fuori da sé, concretizzandoli e decentrandosi da essi.

Ci sono diversi metodi d'azione con questa finalità come la personificazione, la sedia ausiliaria, il decentramento percettivo.

L'azione scenica dà la possibilità di guardare la propria esperienza da una posizione privilegiata, dall'alto, decentrandosi e guardando dalla balconata la scena del proprio teatro interiore.

Tutte le tecniche dello psicodramma hanno il fine di sviluppare un pensiero metacognitivo, mettendosi nei panni altrui, guardandosi da altre prospettive, affinando le proprie capacità auto-osservative, rendendo fluido il dialogo tra io-attore e io-osservatore, favorendo così la defusione cognitiva.

Lo psicodramma si basa sulla teoria dei ruoli e le azioni favoriscono e danno spazio a nuovi ruoli più creativi e adattivi rispetto alle richieste della realtà, attivando la funzione di sé come contesto.

CAPITOLO 2

LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE

2.1 L'ESERCIZIO DI MORTE

La morte non è solo un evento biomedico ma è una esperienza personale, intima, con profondi significati.

Il nuovo millennio ha esordito con una diffusa *renaissance* dei temi inerenti le rappresentazioni della morte e la gestione dell'angoscia che essi suscitano. Tra le persone c'è più attenzione agli argomenti che affrontano le cause della sofferenza, del dolore e della perdita, per non aderire acriticamente a fedi che non siano state da loro prescelte, grazie anche alla crescente possibilità di operare scelte consapevoli che l'elevata scolarizzazione e la diffusione della conoscenza dovuta a internet permettono.

È importante riconoscere i profili dell'angoscia e saperla gestire quando essa sia causata dall'incontro con la morte, per non divenire facile preda di paure e illusioni.

Gli istinti di autoconservazione e sopravvivenza sono comuni a tutte le specie animali che abitano la Terra, ma la consapevolezza della propria mortalità pare che caratterizzi solo quella umana: il rappresentarsi della morte è proprio dell'uomo.

Le Rappresentazioni della morte informano e orientano la vita, orientano e disciplinano il trapasso. La mancanza di momenti di riflessione sui significati concreti del morire può far precipitare le prospettive esistenziali in un presente dilatato senza passato e senza futuro, dove prevalgono i principi mitologici della circolarità, favorendo l'illusione che sia sempre possibile ripetere e ricominciare l'azione a dispetto dei punti di non ritorno che scandiscono l'irreversibile storicità degli eventi e delle biografie personali.

La *meditatio mortis*, il *memento mori*, l'*ars moriendi* hanno accompagnato tutta la nostra storia. L'Occidente si sviluppa all'interno di ciò che Platone definiva "*askesis thanatou*" o "*esercizio di morte*". Il padre della pedagogia nel Fedone spiega come l'anima sia immortale poiché capace di raggiungere l'iperuranico mondo delle idee.

Quindi l'amante del sapere è colui che si esercita a sciogliere la propria anima dal corpo, perché è possibile togliere la morte a-thanatos con l'abbandono consapevole di tutte le sensazioni del corpo e il ritiro totale in se stessi, percependo il corpo come un impiccio da cui l'anima deve liberarsi.

Infatti il fondamento delle rappresentazioni della morte inerenti il Sacro, l'Oltre e l'Aldilà, dal Bardo tibetano, (intervallo tra la morte e la reincarnazione), all'aldilà delle religioni monoteistiche, è rintracciabile nell'esercizio di morte di Platone, grazie al quale Oriente e Occidente si incontrano attraverso le idee di anima e reincarnazione, insieme alla dedizione al sapere contemplativo che implica la secondarizzazione delle istanze del corpo, considerato come carcere dell'anima.

Oggi la chiusura all'interno degli spazi della cura, c ospedali, RSA, hospice e la gestione professionale del trapasso, ha relegato nel privato il dover fronteggiare l'incontro con il morire reale, sottraendolo alla partecipazione collettiva e al territorio della sua manifestazione sacra, custodita ed elaborata dal linguaggio religioso.

L'idea che siamo solamente corpo sopravvive malgrado l'insegnamento platonico.

2.2 IL GRIDO VERSO L'AL DI LA'

Mentre in passato la morte veniva affrontata con comportamenti collettivi di *trionfazione* durante i rituali funebri, grazie ai quali gli individui si identificavano in quanto gruppo e trasformavano in simbolo ciò che è naturale, oggi si vive la morte con un processo di occultamento e rilegamento negli spazi del linguaggio medico ed economico. Il rapporto tra spiritualità, religiosità e ritualità definiva uno spazio di interazione tra individuo e società nel controllo dell'angoscia che l'incontro con la morte implicava.

Ciò rappresenta lo sforzo che l'uomo compie per dimenticare piuttosto che ricordare la propria mortalità, ovvero il *memento mori*. Nei segreti della morte è nascosto il *Mysterium*, il quale si lascia intravedere soltanto nell'esperienza numinosa. L'esperienza del luminoso si evidenzia alla fine biologica del corpo che viene trasformato in salma. Il rito appartiene già alle prime espressioni culturali arcaiche. Le culture si sono costituite e avviciate sul bisogno di rendere gestibile l'angoscia che il sapere di dover morire comporta, organizzando gruppi umani che nella condivisione dei simboli della trascendenza hanno allestito i riti dell'ultimo passaggio.

Prima ancora del grande impianto razionale del pensiero metafisico platonico-aristotelico, su cui hanno trovato fondamento le religioni abramitiche, le culture arcaiche avevano già affrontato l'interrogazione sul limite ultimo, trovando le risposte nella narrazione mitologica, capace di raffigurare la continuazione della vita oltre la morte come ciclica e chimerica metamorfosi tra vegetali, animali, uomini e divinità.

In tutte le tradizioni i diversi riti funebri assumevano la funzione simbolica di facilitare la liberazione del principio vitale dalle spoglie mortali, lungo un processo complesso che richiedeva un periodo intermedio di non vita e di non morte.

La ritualità funebre delle principali religioni che hanno attraversato la storia ha assunto e rielaborato le arcaiche espressioni apotropaiche del rapporto con i defunti, articolando complessi codici per indicare la morte come passaggio e trapasso.

L'Oriente e l'Occidente hanno delineato scenari differenti rispetto al rapporto con il morire.

In Occidente, attraverso il concetto di anima, come principio di identità essenziale dell'individuo, si immagina il trapasso come un cambiamento che garantisce il mantenimento della propria coscienza in continuità tra questo e l'altro mondo.

In Oriente, (l'induismo, il buddhismo...) il principio primo è considerato come coscienza cosmica a cui si torna abbandonando la volontà di rimanere vincolati al proprio io.

Ma perché la morte è considerata così temibile e come fonda l'intera storia Occidentale?

Molte evidenze empiriche sottolineano la tendenza dell'uomo a evitare tutto ciò che gli ricorda di essere mortale come difesa necessaria per vivere.

Anche Freud rifletteva sul valore del principio di realtà a cui l'uomo deve sottostare per affrontare consapevolmente la propria condizione arrivando a dire che: "...se vuoi sopportare la vita, impara ad accettare la morte..".

I dispositivi culturali riducono la salienza di questa nostra condizione naturale.

2.3 L'INCONTRO CON LA MALATTIA

Morire è il compito più difficile che spetta a ciascuno di noi e richiede un lungo processo in cui il dolore della perdita non lascia tregua.

Le Rappresentazioni della morte sono multiformi e complesse per i molti aspetti che le costituiscono, per la pluralità dei punti di vista che si possono adottare a riguardo, ma innanzitutto per l'angoscia e la caduta di senso che l'averci a che fare implica.

L'incontro con la propria e l'altrui malattia, con la cronicizzazione e la terminalità protratte, con l'età sempre più avanzata della popolazione, fanno sì che la morte non sia più un'astrazione come sembrava nel secolo scorso ma una realtà concreta che impone di comprenderne il senso.

L'allungamento per un verso dei tempi della vita sana e per l'altro anche di quelli della condizione di malattia e di terminalità ha imposto ai malati e ai loro familiari di doversi confrontare a lungo con ciò che significa perdere progressivamente l'identità a causa del percorso sempre più rallentato delle cure verso la fine.

La tecnica biomedica ha fortemente modificato i confini naturali tra la vita e la morte e le categorie del pensiero medico riportano alla dialettica del corpo sano/malato in funzione dell'opposizione vita/morte. Le istanze di confronto sia etico sia esistenziale su questo cambiamento epocale sono diventate più urgenti.

Fino alla fine del diciannovesimo secolo le competenze sul corpo erano attribuite alla medicina e quelle sull'anima erano attribuite alla religione. Mentre oggi non è più così chiaro questo passaggio a causa del rapporto tra vita, morte e tecnica.

Dopo l'assunzione sociale dei principi di autodeterminazione e di alleanza terapeutica o consenso informato con l'indicazione del WHO, della Convenzione di Oviedo, delle Medical Humanities e delle leggi che a esse si sono conformate nei paesi occidentali, non possono più essere le autorità religiose e mediche a stabilire come intervenire sulla vita delle persone, in base al significato che esse attribuiscono al rapporto salute - salvezza.

L'interiorizzazione individuale del principio di responsabilità verso se stessi e verso gli altri, dopo anni di cultura della prevenzione della malattia, del diritto e del dovere nei confronti della sicurezza e dell'incolumità, della pace e benessere proprio e altrui, ha sviluppato nell'individuo l'idea di soggetto autonomo e responsabile di sé, con un intenso desiderio di padroneggiare con competenza le pratiche che la tecnica mette in atto per agire sul corpo, a partire da quelle mediche.

Questo assunto è fondato sulla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948) e dall'innalzamento del livello culturale delle persone. L'Italia non partecipa ancora alla Convenzione di Oviedo, ma partecipa allo stesso Zeitgeist.

2.4 LE ESPRESSIONI DELL'INCONTRO CON LA MORTE: LA TANATOLOGIA

L'essere umano si differenzia dagli altri abitanti della Terra per la capacità di rappresentare ciò che comprende la consapevolezza della propria finitudine e il chiedersi che senso abbia vivere, sapendo che si debba morire.

Ci sono molteplici significati esistenziali che scaturiscono dallo studio dell'*inoltrepassabile*: il termine "Morte" viene utilizzato secondo un numero infinito di accezioni facendo riferimento tanto alla fine della vita, quanto alla metafora della perdita. La molteplicità afferisce, comunque in un concetto preciso, che evoca un fenomeno universale, reale e irripetibile: l'irreversibile disintegrazione della persona.

La capacità di rapportarsi alla morte rispetta specifiche tappe evolutive fino ad arrivare a un concetto maturo di morte che può essere raggiungibile da tutti.

Dalla seconda metà del Novecento gli studi sulla Tanatologia hanno cominciato a guadagnare un crescente valore scientifico. Il primo aspetto che storicamente la Tanatologia ha preso a oggetto riguarda l'apparire della morte in quanto disintegrazione della persona, che si manifesta con il disfacimento del corpo con la diagnosi clinica e la diagnosi a fini legali. Ma la morte non consiste solo nella degenerazione del corpo, per questo la Tanatologia comprende lo studio delle forme con cui, lungo la storia e nelle diverse culture, si sono avvicendate diverse rappresentazioni del morire. La Tanatologia ha affrontato l'argomento sulla morte affidandosi ad un punto di vista fenomenologico, per capire l'orizzonte di senso entro il quale vivono questi eventi.

Per parlare di morte e affrontare l'arcano dobbiamo prima stabilire che significato dare alla parola realtà. Bisogna capire bene quale sia il confine tra il reale e l'irreale, tra ciò che desideriamo e ciò che crediamo che sia vero. Chiamiamo questo confine *limes*.

Che cosa significa per noi la morte? Che cosa crediamo che accada quando si muore? Che cosa diamo per scontato senza rendercene conto?

2.5 LA MORTE CEREBRALE E IL PROBLEMA MENTE-CERVELLO

Le rappresentazioni della morte si sono evolute nel tempo.

Nelle culture arcaiche si pensava che il decesso fosse interamente compiuto con il totale disfacimento del corpo mentre oggi invece si pensa che si possa essere morti anche se il corpo è ancora vivo in base ai parametri previsti dalla legge che descrivono le modalità con cui viene gestita la dipartita e ciò che resta di noi.

Addirittura oggi può essere giudicato morto un corpo vivo per prelevarne gli organi, causandone quindi la morte.

In Italia come in altri paesi evoluti è possibile, infatti, stabilire che la persona è deceduta anche se il corpo è ancora vivo. Per quanto le funzioni vegetative di un paziente non siano compromesse l'attività cerebrale può risultare totalmente pregiudicata.

I trapianti che restituiscono speranza evidenziano come in Occidente non si dia la corrispondenza assoluta tra morte e cessazione della vita biologica. I trapianti avvengono per coma irreversibile ma non per stato vegetativo nel quale l'espianto non viene effettuato.

La legge n. 578 del 93 in Italia afferma la funzione essenziale del cervello in quanto la morte è identificata come una cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

Non si può dire che sia la vita il principio intangibile, ma neppure la coscienza, perché lo stato vegetativo priva il soggetto di ogni consapevolezza di sé e del mondo.

Per capire che cosa si intenda per morte bisogna capire cosa è il cervello in rapporto all'identità di chi muore, quindi alla sua esistenza: se riteniamo che la dimensione mente-coscienza sia l'elemento essenziale dell'identità della persona è importante definire quale sia la sua relazione con ciò che di essa muore rispetto al corpo e al cervello, perché la legge è implicitamente portatrice di tale assunzione, regolando di conseguenza i comportamenti sociali.

2.6 LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE: ANALISI DELLE STRUTTURE CONCETTUALI

In origine, prima con Platone e poi Cartesio, ai quali è seguito l'empirismo, attraversando razionalismo, illuminismo, positivismo e neopositivismo, si è costituito un dibattito interminabile, oggi il dibattito è focalizzato su coscienza-cervello e mente-cervello.

La dicotomia essenziale che si incontra sul tema mente-cervello si costruisce tra due polarità, le quali vedono contrapposti le dottrine dualistiche e monistiche.

2.6.1 LE DOTTRINE DUALISTICHE

Le prospettive filosofiche dualistiche assumono la prospettiva platonica-cartesiana, secondo cui esistono due dimensioni differenziate e autonome: una *sostanza pensante* (res cogitans: spirito, anima, mente) e una *sostanza estesa* (res extensa: materia, corpo-cervello), concordano nel ritenere che la mente, il corpo-cervello siano due entità diverse e che tra esse intercorrano o meno rapporti differenti. Vi è una radicale differenziazione tra res cogitans e res extensa.

Dalle matrici filosofiche derivano le recenti prospettive epistemologiche contemporanee

- *dualismo di sostanza*: la mente è un'entità non fisica, separata dal corpo. Deriva dalla prospettiva platonica - cartesiana e mantiene un fondamento metafisico che può fondare dottrine religiose, perché considera la mente come una realtà irriducibile alla dimensione cerebrale. Tra i due c'è un rapporto univoco, biunivoco o nessun rapporto. E' un dualismo di matrice metafisica.
- *dualismo delle proprietà*: non esiste un'entità non fisica, ma il mondo fisico possiede alcune proprietà che appartengono a una classe distinta.
Si pone tra il dualismo di matrice metafisica e riduzionismo materialistico, come posizione intermedia, secondo il quale alcune espressioni della materia come il cervello e il computer, posseggono proprietà mentali in aggiunta alle proprietà fisiche.
Tutto ciò che ha caratteristiche non fisiche è necessariamente derivato da entità con caratteristiche fisiche.

Le prospettive dualistiche sono numerose perché devono fronteggiare le istanze riduzionistiche dei monismi, soprattutto il monismo materialistico. Esse rappresentano il tentativo di spiegare i termini della differenza tra dimensione mentale e dimensione cerebrale. La complessità delle argomentazioni dà l'idea di quanto sia difficile stabilire a priori che la legge sappia con certezza di che cosa sta parlando quando indica la morte del cervello per definire la morte della persona, oppure quando afferma che la vita di un ammalato è insopprimibile perché permane la sua coscienza, sebbene il suo corpo e il suo cervello siano paralizzati e quindi non in grado di rispondere alla sua intenzionalità.

2.6.2 LE DOTTRINE MONISTICHE

Le teorie monistiche sono classificate secondo due categorie:

- la prima è quella dell'*idealismo*, spesso collegata con il *mentalismo*, dal cui punto di vista la totalità dell'essere è pensiero e quindi l'essenza dell'uomo è mentale, mentre il mondo empirico è un prodotto immanente nel pensiero.
- All'opposto abbiamo il *materialismo o fisicalismo*, per cui la totalità dell'essere è materia e l'essenza dell'uomo è corpo, quindi il pensiero è riducibile al cervello o a un computer.

Tutte le condizioni mentali sono definibili come stati e processi biochimici legati alla fisiologia e all'anatomia cerebrale.

Rispetto al rapporto mente-cervello il monismo stabilisce che la mente non esiste come entità separata dal corpo, quindi può essere studiata solo attraverso lo studio del comportamento (Comportamentismo), o dell'attività neuronale (Neurobiologia), rispettando la metodologia delle scienze dure il cui linguaggio è riducibile alla fisica.

È impossibile adottare qualsiasi principio metafisico per spiegare eventi mentali.

2.7 COSA INTENDIAMO PER MORTE IN OCCIDENTE OGGI?

Attualmente questo tema è di grande interesse per il confronto bioetico inerente a come gestire la vita e la morte, sulla base dei cambiamenti che la tecnica medica ha determinato mediante il protrarsi innaturale della vita, grazie a dispositivi che permettono la sopravvivenza nonostante stati gravi di malattia.

Il dibattito sul fondamento su ciò che si ritiene essere l'umano e che cosa accade quando si muore è molto complesso e non scontato, perché, a seconda dell'assunto di partenza, derivano comportamenti individuali e collettivi, scelte e leggi.

Alla base della questione mente / coscienza - cervello risiede il problema dell'identità dell'individuo, ovvero del riconoscimento di che cosa significhi essere umano.

Se partiamo dall'idea di *identità* (idem: uguaglianza di sé con sé), secondo cui l'individuo consiste in ciò che permane nella propria medesimezza, ossia che non subisce alterazione e non si trasforma in altro da sé, derivano alcune conseguenze importanti.

A partire dalle dottrine dualistiche delle sostanze che si rifanno a Platone e Cartesio, l'identità è ciò che rimane se stessa dopo la morte è la mente (anima, spirito, *res cogitans*).

Per il dualismo delle proprietà, di cui il riduzionismo materialistico è una conseguenza, è la materia che procede lungo il proprio corso biologico e niente di mentale le sopravvive perché si decompone con il cervello.

Le due prospettive sono presenti in tutte le culture attuali e da queste derivano specifiche rappresentazioni della morte.

Le teorie dualistiche possono accordarsi con le prospettive metafisico-religiose che considerano l'anima come il principio identitario della persona, destinata a permanere oltre la morte, perché ha un'esistenza oltre la vita. Si contrappongono alle teorie materialistiche secondo cui l'esistenza dell'individuo corrisponde solo alla vita biologica.

Le Rappresentazioni della morte sviluppate lungo l'intera storia dell'umanità sono tante e costituiscono un complesso frame in cui gli individui accedono tramite le reti di formazione e informazione culturale.

L'Occidente è il luogo in cui appare la rappresentazione più temibile, sottoposta a costanti operazioni logiche di verifica e falsificazioni.

Per molte teorie di matrice darwiniana l'uomo è un animale, quindi è materia biologica che produce pensieri e rappresentazioni che lo aiutano a vincere contro le altre specie.

L'idea del passaggio differisce tra le religioni occidentali e orientali: nonostante Platone, le religioni occidentali considerano la vita con un unico transito dell'esistenza nel mondo, mentre le religioni orientali prevedono la metempsicosi.

Le forme più diffuse di rappresentazione del rapporto tra identità individuale e morte nelle culture occidentali e non occidentali sono le seguenti:

- *Annientamento totale*. È la rappresentazione più problematica dell'Occidente. Si tratta della convinzione che dopo la morte l'uomo sia annientato totalmente sia come individuo che come specie, perché anche la Terra e il cosmo sono destinati a finire.

Il monismo materialistico e il dualismo delle proprietà corrispondono a questa visione.

- *Permanenza parziale di un principio di identità desoggettivato o depauperato.*
Appartiene al dualismo delle sostanze. In base alla rappresentazione dell'al di là che lo accoglie, il principio di identità subisce le seguenti limitazioni:
 - 1) Vita diminuita. Per esempio l'Ade greco, lo sheol ebraico o mondo dei morti
 - 2) Esistenza terrestre invisibile (culture arcaiche)
 - 3) separazione dell'anima dal corpo e metempsicosi, con perdita dell'autocoscienza e dell'identità
 - 4) Confusione con il tutto (induismo, buddismo)
 - 5) Immortalità corporea come dimensione biologica e tecnologica (per esempio mantenimento del DNA con perdita di autocoscienza del soggetto)
 - 6) Permanenza della traccia soggettiva nella memoria storica senza mantenimento dell'identità individuale autocosciente, che può corrispondere al monismo materialistico e al dualismo delle proprietà
- *La visione dualistica platonica e cartesiana, sviluppata all'interno delle religioni storiche, presenta l'idea forte della permanenza di un principio di identità soggettivo.*
Idea sostenuta dalle argomentazioni razionali della tradizione filosofica occidentale relativa al mantenimento di un principio di identità forte (Anima, spirito), dotato di autocoscienza, memoria e intenzionalità, che trascende la vita terrena.
In questa dimensione viene garantito il permanere dell'individuo e della sua agentività, per un tempo infinito e in spazi di premiazione e punizione come nel paradiso o all'inferno.
- *Eternità.* Per Emanuele Severino l'eternità non è legata all'idea di tempo, quindi di durata, pur includendola ma inerisce all'idea dell'essente, il cui essere sé e non altro è identico all'eternità, in quanto l'essere non può essere l'altro assoluto in cui consiste il nulla.

In Occidente lo studio di che cosa significhi morire appartiene alla contrapposizione tra teorie del sospetto, darwiniste, riduzionistiche e materialistiche e dualismi, per contendersi il primato nello stabilire se il principio di identità sarà materia cerebrale che si disintegra con la morte o una sostanza che la trascende.

Nel primo caso abbiamo il trionfo della rappresentazione riduzionista che demolisce ogni certezza intorno la possibilità di pensare l'esistenza oltre la morte. Mentre nel secondo caso abbiamo il trionfo della trascendenza. Qualsiasi dottrina dualistica può sembrare illusoria anche se consolatoria. Ma il dibattito su ciò che significa illusione è ancora aperto.

2.8 L'UOMO DARWINIANO E IL TERRORE DELLA MORTE

Nelle teorie fondate sul darwinismo si stabilisce a priori che l'uomo è una specie animale, quindi materia destinata a soccombere e ogni rappresentazione di una identità soggettiva oltre la morte, orientata da contenuti culturali e religiosi, è illusione utile a gestire l'angoscia che caratterizza la vita umana.

L'antropologo Ernest Beker sottolinea come la cultura sia un apparato di illusioni prodotto dall'uomo per rendere tollerabile la vita e gli affanni che le istanze sociali impongono. L'eroe è colui che facendo leva sull'autostima (self-esteem) sopporta la fatica di esistere nel dolore pur sapendo di dover morire. Questa è la contraddizione più significativa che gli esseri umani devono affrontare perché le illusioni sono pericolose.

Le illusioni agiscono in forma adattiva grazie alla teoria della dissonanza cognitiva, la cui idea di base è il bisogno di coerenza dell'uomo, di non essere in contraddizione con se stesso, col proprio modo di pensare e di agire.

Le applicazioni della teoria della dissonanza cognitiva possono essere estese coinvolgendo il rapporto tra autostima e cultura di riferimento nei processi decisionali. L'individuo si sente meno in pericolo quando percepisce di appartenere a un gruppo e di essere simile a coloro che lo compongono. Il terrore della morte funziona a questo livello in quanto agisce come sottofondo che spinge all'omologazione del comportamento nel gruppo, sulla base di valori derivati da ideologie rassicuranti, perché negano la morte e sostanzialmente illusorie.

La psicologia sociale spiega il funzionamento delle relazioni umane secondo il principio della selezione e dell'adattamento. Il terrore della morte e la consapevolezza di dover morire sono alla base dell'angoscia più profonda e paralizzante, configurando quindi il pericolo più temibile.

L'istinto di sopravvivenza ha prodotto strategie di difesa sofisticate per garantire la tranquillità necessaria per vivere.

L'angoscia di morte è parallela alla volontà di vivere. Poiché l'individuo è circondato da informazioni che gli ricordano la sua caducità, entra in uno stato di dissonanza che egli cercherà di riequilibrare attraverso cognizioni che allontanino la rappresentazione della morte mediante la ricerca selettiva di informazioni rassicuranti.

La dissonanza del voler lottare per vivere, sapendo che comunque bisogna morire, viene combattuta attraverso la costruzione di apparati simbolici che mantengono impegnato il pensiero umano su territori diversi da quelli esistenziali e con le rappresentazioni che negano la morte. La cultura è il prodotto di tale incessante lavoro.

Si contrasta la morte con la costruzione di anxiety buffers, all'interno di un apparato psicosociale costituito da due elementi: *difese prossimali*, derivanti dalla costruzione dell'identità sociale dell'autostima (self-esteem) e *difese distali* consistenti in miti, religioni e filosofie (cultural worldview).

Dinanzi alla mortality salience tali difese cancellano dalla coscienza il sapere di essere mortali, proiettando in un futuro remoto la rappresentazione dell'evento inevitabile e regalando all'individuo la sensazione di invulnerabilità. Queste difese sono però deboli. Richiedono un costante lavoro di ristrutturazione per mantenere accesa la sensazione di poter dominare la precarietà della vita, attribuendole prevedibilità e significatività.

Aderire a una visione del mondo condivisa che attribuisca ordine e significato all'universo, promettendo l'immortalità a coloro che aderiscono alla stessa prospettiva, offre la spinta a rispettare i valori del gruppo e a misurarsi con gli altri per sentirsi integrati in esso.

Ci sono vari livelli di funzionamento dell'ANXIETY BUFFER.

Il primo riguarda la reazione iniziale alla mortality salience, relativo alla ricerca di distrazione e rassicurazioni, per poi attivare un secondo livello difensivo, consistente nel ricorso a errori e distorsioni cognitive che negano la morte. Infine come terzo livello, consolidare socialmente le convinzioni culturali che supportano il self-esteem: l'immortalità è uno dei cardini più importanti che intervengono nella costruzione di difese contro l'angoscia di morte.

Rispetto ad essa abbiamo due rappresentazioni della morte:

1. Quella *letterale*, riferita al contenuto ontologico e relativo alla convinzione del mantenimento della propria identità da parte del soggetto dopo la morte, ampiamente elaborato dalle religioni.
2. Quella *simbolica* riferita all'idea di sopravvivenza dopo la morte grazie al ricordo degli altri.

Ricerche cross-culturali confermano che l'autostima e l'attenzione a se stessi riduce l'ansia dinanzi a situazioni rischiose e minacciose, mentre la salienza di morte accresce la coesione del gruppo che condivide la stessa prospettiva, aumentando lo sforzo per mantenere i valori che la worldview promuove. Le minacce all'autostima o ai fondamenti delle credenze condivise aumentano l'accessibilità dei pensieri di morte.

2.9 LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE IN ETA' EVOLUTIVA

La consapevolezza della morte non è mai stata innata nell'uomo, sebbene il terrore che la riguarda sia probabilmente presente fin dai primi momenti di vita come istinto di sopravvivenza che promuove comportamenti di attaccamento nei confronti delle figure parentali e di evitamento dinanzi a estranei, con vissuti di sofferenza nelle separazioni.

In sintonia con gli studi etologici di Harlow e di Bowlby secondo il quale all'attaccamento e ai suoi stili, inteso come dimensione psicologica nei legami significativi, perdurante e non modificabile da situazioni momentanee, corrispondono diverse modalità di risposta alle lontananze e alle perdite, entrambe potenziali cause di morte.

La separazione da chi garantisce protezione e affetto espone al pericolo estremo. Quindi ci si mantiene costantemente vicini a coloro che accudiscono. Questo comportamento inconsapevole non è determinato da una seppur lontana cognizione del pericolo di morte.

È un comportamento geneticamente determinato che determina la costruzione dei futuri legami affettivi.

Sono abilità relazionali fondamentali e inconsapevoli, destinate a diventare strutture schematiche di conoscenza su cui si strutturano le rappresentazioni mentali, ovvero i modelli operativi interni, funzionali alla gestione dei rapporti con se stessi e con gli altri. Sono patterns relazionali che si sviluppano dai primi legami con le figure parentali, sui quali il bambino costruisce i suoi meccanismi di azione. L'esperienza affettiva si traduce in una struttura cognitiva grazie alla quale il contatto può essere interiorizzato, appreso e mentalizzato.

La teoria dell'attaccamento viene considerata la teoria dello spazio relazionale, in cui la vicinanza esprime corrispondenza, vita e amore mentre la lontananza esprime odio, abbandono, perdita e morte. I comportamenti innati e selezionati lungo la storia umana hanno portato agli affetti che legano gli individui tra loro attraverso relazioni di mutuo riconoscimento e aiuto.

Le cognizioni sulla morte si formano durante l'età evolutiva in modo casuale, in base al tipo di informazioni che l'ambiente mette a disposizione. Il concetto di morte impiega anni prima di raggiungere la struttura matura del pensiero adulto. Si compone di tratti essenziali: irreversibilità, cessazione delle funzioni vitali, universalità, inevitabilità e causalità.

L'idea di morte si sviluppa a partire dai tre anni, nell'infanzia, a conclusione della fase dell'attaccamento, quando il bambino comincia a rendersi conto di provare emozioni e sentimenti e si conclude all'inizio della preadolescenza, con lo sviluppo del pensiero astratto propedeutico alla cognizione adulta.

Secondo l'opera pionieristica di Maria Nagy (1948), sono tre gli stati di maturazione del concetto di morte connessi allo sviluppo delle abilità di ragionamento:

- Prima fase (3-5 anni): la morte è rappresentata come temporanea partenza, uno stato di sonno e quindi i defunti sono pensati come persone che stanno vivendo altrove e che potrebbero tornare

- Seconda fase (6-9 anni): il bambino si confronta con il mondo ed esprime la propria idea di Sé, mentre la morte viene personificata tramite figure orrende, tra cui scheletri, mostri, vampiri, terrorizzanti ma esorcizzabili perché inesistenti e facilmente vincibili. Quindi anche la morte appare perlopiù vincibile. Intorno agli 8 anni intuisce che la morte è il punto di non ritorno da cui dipende la separazione irrimediabile da tutto e tutti
- Ultima fase (9-12 anni): viene compreso che si tratta di un evento finale universale al quale non ci si può sottrarre.

La consapevolezza delle cause foriere di morte e dell'essere mortali si sviluppano insieme:

- tra i 3 e i 5 anni ci si figura che si muoia in tarda età, ma si può ancora tornare
- Tra i 5 e gli 8 anni si pensa che la morte sia causata da aggressioni
- Intorno agli otto anni la morte è causata da malattie

Alla strutturazione di queste rappresentazioni di morte si accompagna l'insorgere di paure e ansie, insieme alle prime strategie fantastiche, di difesa, che aiutano il bambino a gestire queste idee e sentimenti negativi.

I comportamenti adolescenziali pericolosi di sfida del pericolo appartengono alle forme con cui si attiene l'illusione di poter sfidare la morte. (Anthony, 1971)

L'ultima variabile riguarda l'acquisizione della consapevolezza della propria morte che avviene intorno ai 7 anni. Lo sviluppo di questa cognizione genera una intensa angoscia collegata alla prima acquisizione di competenza sulle cause.

La competenza delle cause della morte può subentrare anche prima dei 7 anni e può essere riferita:

- *a cause esterne e artificiali*: è un agente esterno che uccide con atto aggressivo
- *a cause naturali e interne*, per esempio l'invecchiamento.

La fine della vita viene considerata come un evento da temere che procura dolore e paura, dovuta all'angoscia di separazione perché espone al pericolo estremo. (Anthony, 1971)

La paura di essere vittima in prima persona di una causa di morte, compresa quella violenta, appare da intorno ai sette anni e si mantiene costantemente presente, accompagnando le altre successive rappresentazioni causali fino all'adolescenza, età in cui si abbandonano le paure infantili passando dall'immaginifico, (mostri, assassini, persecutori) al catastrofico (guerre e disastri nucleari lontani dal qui e ora).

L'adolescente elabora un'idea della morte diversa sia dal bambino che dall'adulto.

La rappresentazione della morte è adulta e include i cinque fattori che la sostanziano, ma l'adolescente considera la morte a volte come liberatoria.

Egli perde le proprie sembianze infantili senza aver assunto le fattezze stabili della maturità, quindi la percezione di sé diventa incerta, originando vissuti di ansia che si agganciano a rappresentazioni di perdita, al ricorso all'immaginario di una morte risolutiva, a portata di mano.

Possono avere inizio l'ideazione suicidaria e i primi comportamenti a rischio collegati all'im maturità e incapacità di gestire l'angoscia.

I pensieri di morte divengono particolarmente aggressivi quando si è impreparati ad affrontarli, perché il corpo si trasforma dando segnali di instabilità di cui non si comprendono le cause e non si prevedono gli effetti. Nell'adolescenza la presa di coscienza di sé come identità si accompagna alla percezione di inaffidabilità dei propri profili psicosomatici.

Alcuni studiosi ritengono che l'acquisizione di un concetto maturo di morte potrebbe ridurre l'ansia eliminando molte rappresentazioni fantastiche che causano vissuti dolorosi di tipo persecutorio.

Un buon esercizio di morte comincia con il cammino del bambino e dell'adolescente verso la progressiva conquista dell'individuazione e dell'autonomia.

2.10 L'ULTIMA NASCITA

Come già menzionato, la rimozione della morte dagli scenari della vita quotidiana è un fenomeno recente e circoscritto alle aree in cui la civiltà della tecnica ha raggiunto i traguardi più avanzati.

La Tanatologia nello specifico ha descritto le forme di *Trionfazione* della morte e ci ricorda come fino all'Ottocento essa non fosse censurata ma era lo spettacolo attorno al quale si raccoglieva la comunità.

La morte oggi è relegata all'ambiente ospedaliero, all'isolamento del paziente nella propria stanza, in solitudine senza riferimento su come potere affrontare il trapasso, il passaggio nell'al di là.

Alla fine degli anni sessanta Elizabeth Kubler Ross iniziò le sue ricerche, intervistando le persone che si trovavano in una fase terminale della vita, isolati e abbandonati a loro stessi, con nessuna voce in capitolo rispetto alle cure e all'assistenza. Ha permesso di iniziare a comprendere l'importanza di offrire un accompagnamento alla sofferenza psicologica oltre che a quella fisica.

Con l'avvento delle cure palliative la cultura sta recuperando la questione della sofferenza legata al fine vita, considerando gli aspetti esistenziali, etici e ridando valore alla persona e alla qualità della sua vita e della sua morte, per offrire un accompagnamento e un'assistenza sempre più adeguati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la necessità di cure palliative, ossia "l'assistenza globale e attiva di quei pazienti la cui malattia di base non risponda più ai trattamenti curativi".

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

Dal secondo dopoguerra in poi è sempre più evidente la perdita di referenza da parte delle religioni, proprio dinanzi al momento in cui il loro messaggio è più importante e dove nessuna tecnica biomedica può risultare risolutiva. L'isolamento sociale del morire, affidato al linguaggio delle tecniche mediche, in qualche misura consiste nella profanazione della sua sacralità. Questo è il paradosso della spiritualità chiamata in causa dal modello palliativo sui malati terminali.

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

Il contributo della psicologia, nell'ambito delle cure palliative, consiste nell'intendere il "dolore totale" come un'esperienza specifica di ogni individuo. (Morasso, & Di Leo, 2002). La morte non è solo un evento biomedico ma è una esperienza personale, intima, con profondi significati.

Il paziente si trova a vivere in un tempo tra la vita e la morte. In questo tempo è progressivamente più difficile per il paziente preservarsi e farsi riconoscere in un ruolo attivo. Si susseguono le fasi già descritte dalla Kubler Ross: dal rifiuto alla rabbia, dal venire a patti, al deprimersi fino all'accettazione. È necessario organizzare un contesto per accogliere e accompagnare il paziente ad esprimere queste fasi.

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

La presa in cura psicodrammatica per i pazienti oncologici con l'intervento di gruppo può aiutarlo a facilitare l'espressione dei propri vissuti corporei ed emotivi, riattivare la capacità di agire i propri ruoli, trovare stili di adattamento alla malattia e trattare le tematiche esistenziali. In riferimento all'educazione alla morte, lo psicodramma offre strategie e tecniche elettive per affrontare la morte e le relative fasi, esperienze e sentimenti, offrendo strumenti eccellenti per trattare la perdita e il dolore.

Le principali strategie sono l'azione terapeutica del gruppo e la plus-realtà da mettere in scena con la morte e i morti. Le principali tecniche sono l'inversione di ruolo che prevede la rappresentazione della persona o della situazione perduta con l'io ausiliario, la sedia vuota, il doppio e il genodramma. La scena psicodrammatica può concretizzare la narrazione, trasformandola in un dialogo positivo volto a favorire la soluzione del lutto. Attraverso un'azione in un contesto relazionale del "qui e ora" si possono imitare importanti dinamiche interpersonali del "là e allora". Si può rientrare nella propria realtà passata, fino a quel momento congelata e rielaborarla: rivivere tutto il dolore e iniziare spontaneamente a vivere le cose in modo diverso. Inoltre si può trattare sia la perdita reale che quella simbolica, utilizzando le stesse strategie. Inoltre con lo psicodramma si può affrontare il grande cambiamento derivante dall'interruzione diagnostica o prognostica di cattive notizie, che possono causare disturbi psicologici, aumento dello stress e delle esperienze di ansia.

L'intervento psicodrammatico nella plus-realtà può aiutare le persone in lutto a elaborare tutto ciò che è rimasto in sospeso nella dimensione fantasmatica, guidandoli gradualmente al distacco, al lasciar andare, che significa abbandonare la dimensione fantastica per entrare nella realtà concreta, di cui il gruppo è manifestazione accogliente.

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

CAPITOLO 3

LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE E LE SCELTE CHE IMPLICANO

“Io devo stare da solo e sapere di essere solo per contemplare e sentire completamente la natura; devo abbandonarmi a ciò che mi circonda, devo fondermi con le mie nuvole e con le rocce per essere quello che sono. La solitudine è indispensabile per il mio dialogo con la natura”. Caspar David Friedric

“L’essere senza casa” Martin Heidegger.

“Chi ama la verità non pone come scopo della propria vita il godimento del mondo sensibile. La vita sensibile e corporea anzi disturba e impedisce la contemplazione della verità, la quale si libra in purezza quando l’interessamento che abbiamo per il nostro corpo si tira come in disparte e quasi si smorza. L’eterno essere dell’idea che il contenuto della verità è infatti colto del pensiero e non dei sensi.” Aristotele

“Un tempo, in nome di Dio, gli esseri umani sacrificavano la stessa vita, perché erano convinti che così facendo avrebbero guadagnato la salvezza eterna. La morte non era il temibile, lo era invece il peccato e il dedicare al corpo più attenzioni di quelle dedicate all’anima”. Ines Testoni

3.1 BREACKING BAD NEWS

La perdita della salute determina sempre un atroce sconforto già a partire dalla comunicazione medico-paziente della diagnosi infausta, specialmente quando sia così grave da implicare la morte: *breaking bad news*, ovvero la comunicazione della notizia cattiva.

E' un evento che modifica in modo negativo e irreversibile le prospettive del futuro da parte di chi le riceve e anche della sua famiglia.

Il cordoglio e la sua elaborazione iniziano prima del trapasso, ovvero nel momento in cui viene annunciata la possibilità di una causa di morte. La capacità di gestire la bad news dipende da fattori individuali e culturali. Entrambi implicano le rappresentazioni della morte.

La diagnosi di cancro, similmente ad altre patologie maligne, produce grave stress emotivo poiché, per quanto si possa sperare di guarire o convivere con una neoplasia, le cure per combatterla sono penose, con effetti iatrogeni severi. Chi ne viene colpito si trova a dovere affrontare un rapporto inatteso con il proprio corpo, divenuto improvvisamente straniero e fucina di dolore. Alla sua debilitazione si associa l'invasività dell'intervento medico che peggiora lo stato di malessere fino allo sfinimento della *fatigue*.

Da quel momento in poi la vita quotidiana viene alterata e i cambiamenti determinano l'insorgere del terrore e della demoralizzazione, compromissione e destabilizzazione degli equilibri familiari. Si attiva la *mortality salience* e l'*anticipatory mourning* che indica lo stato psicologico derivante dalle breaking bad news, caratterizzato da dolore molto intenso simile al lutto completo.

Ma si è sempre impreparati davanti al confine estremo!

Avere davanti a Sé la morte e gestirla, soprattutto nella società occidentale, è difficile e si preferisce evitarla. In famiglia, in molti casi, si attiva "*la congiura del silenzio*" per tenere a bada lo spettro della morte.

I progressi medico-scientifici hanno permesso l'allungamento della vita e molte malattie, un tempo mortali, si sono trasformate in malattie croniche con cui è possibile convivere a lungo. Si vive più a lungo. Lo sviluppo tecnologico, soprattutto nel campo biomedico, sostenuto dalla visione monistica di un riduzionismo materialistico, ci ha allontanati dal concetto di morte e dalla sua visione sia spirituale sia comunitaria, le quali fino a qualche decennio fa erano prioritarie per affrontarla. La morte oggi è sempre più relegata all'ambiente ospedaliero, all'isolamento del paziente dalla comunità. La visione più spirituale e comunitaria accennata sopra fa riferimento al dualismo soprattutto di sostanza, l'altra faccia della medaglia del positivismo ovvero l'esistenzialismo, che favorisce una ricerca autentica del Sé nel rapporto con se stessi e con il mondo.

Oggi la morte è diventato quasi un tabù. Nelle società più avanzate prevale un atteggiamento di rimozione e fuga. Così come non è possibile considerare l'evento morte come un evento naturale, tanto meno è ritenuto un evento per cui occorra una preparazione.

Sopravvivono ancora faticosamente sistemi religioso - filosofici che permettono di ricevere in qualche modo un addestramento, almeno simbolico, nella gestione della morte. Ad esempio le categorie religiose di espiazione e beatificazione danno una forma alla sofferenza e all'angoscia del morente. Dolore e morte sono parte integrante dell'esperienza esistenziale e il patimento è stato

scelto lungo la storia dell'umanità per rappresentare la più piena realizzazione umana, come nella salvezza, nel martirio, nello stoicismo.

Molte discipline, quali la psicologia, la filosofia, la pedagogia e la sociologia, concorrono in modo interdisciplinare a riconsiderare gli aspetti esistenziali, etici e ridando valore alla persona e alla qualità della sua vita e della sua morte grazie alla cultura delle cure palliative, sempre più presenti. Pertanto oggi esistono diversi settori d'intervento che si prendono cura della persona morente, offrendo una rete di professionisti sul territorio il cui compito è offrire un accompagnamento e un'assistenza più adeguata al soggetto e ai familiari.

È difficile parlare di morte ma ancora più difficile è affrontarla, aver realizzato il proprio compito sulla terra e riprendere in mano la propria vita e di conseguenza la propria morte poiché le cure non devastano solo il corpo ma anche lo spirito. Difficile anche fare scelte che implicano cure alternative andando contro al sistema prevalente, sottolineando il proprio bisogno di autodeterminazione (vedi Convenzione di Oviedo e Legge 38/2010), per dar spazio alla propria autenticità esistenziale nel rapporto con se stessi e con il mondo.

Queste sono alcune delle questioni più salienti che riguardano le rappresentazioni personali del morire e le conseguenti scelte per prepararsi all'incontro con il limite ultimo.

3.2 LE RAPPRESENTAZIONI DELLA MORTE DI DUE PAZIENTI IN SETTING IN PRESENZA E ONLINE

L'esperienza quadriennale nel gruppo di psicodramma con pazienti oncologici in un ospedale del nord Italia, mi ha permesso di incontrare donne eccezionali che, grazie al sostegno delle compagne reciprocamente agenti terapeutici, hanno trovato nel gruppo il luogo privilegiato dove poter incontrare la morte e fare quindi in prima persona i conti con essa: operare le scelte per affrontarla senza ancorarsi a cristallizzazioni e pregiudizi, ma appellandosi all'inesauribile risorsa di spontaneità e creatività che ciascuno porta dentro di Sé.

L'obiettivo del presente lavoro, come già menzionato, è quello di identificare ed estrapolare le rappresentazioni della morte che hanno accompagnato il lavoro di preparazione al trapasso e che hanno accompagnato le scelte esistenziali per affrontare con coerenza l'incontro con la morte.

Verranno analizzate otto sessioni, verbalizzate attraverso i trascritti cartacei: sei in presenza e due online. Le prime quattro corrispondono alle mie prime sessioni nel gruppo di pazienti oncologiche presso l'ASST regione Lombardia in cui ho svolto il tirocinio, che mi hanno vista partecipare nei panni dell'Osservatrice del gruppo. Le ultime due sessioni sono state condotte con il setting online a causa della pandemia Covid-19.

Le prime quattro sessioni corrispondono al mio ingresso nel gruppo dove ho incontrato Ester, in fase terminale della malattia. La sua morte in quest'ultima fase di vita è accettata ed è stata rappresentata grazie alle tecniche psicodrammatiche: le sue questioni implicavano la comunicazione ai figli della diagnosi infausta e la scelta pratica di dove morire, a casa o in ospedale.

Nelle altre sessioni ho incontrato Alice che nella vita ha sempre sostenuto una visione originale di se stessa e del mondo e che nella pratica ha espresso tale visione compiendo scelte di vita alternative: anche nelle cure medico-sanitarie si è affidata a percorsi alternativi ovvero alla medicina naturale e omeopatica, evitando i protocolli ufficiali. Ha mantenuto fino all'ultimo la sua scelta esistenziale, lottando per aderire a una sua coerenza interiore, fonte di benessere psicologico.

Le rappresentazioni della morte che considero prioritarie le ho estrapolate attraverso "l'analisi tematica dei contenuti" delle verbalizzazioni dei trascritti delle sessioni.

Il gruppo di psicodramma è stato per Ester e Alice un contenitore, un punto fermo, un luogo dove mettere vissuti di impotenza, di blocco, avendo la funzione di stemperare le emozioni di rabbia, di dolore e di sofferenza.

Per Ester frequentare il gruppo una volta alla settimana erano le uniche uscite che faceva. Questo perché nel gruppo poteva esprimersi in maniera autentica senza doversi frenare, senza la paura di appesantire l'altro. Rappresenta la vera forza del gruppo: il solo esserci è sufficiente per le persone che si trovano a vivere un periodo di vita che porta alla terminalità. Ester si è presentata al gruppo fino a che ha avuto le forze residue che le hanno permesso di parteciparvi. Malgrado tutti i ruoli della sua vita fossero ridotti ai minimi termini, attivando in lei un vissuto di inutilità, era importante frequentare il gruppo perché si sentiva di aiuto alle persone che vivevano la sua stessa sofferenza. Sentiva di avere un suo ruolo nei confronti del gruppo, senza aspettarsi di ricevere aiuto dagli altri. Anche nel momento finale della sua vita è stato di conforto sentirsi di essere ancora di aiuto per qualcuno e ancora in grado di fare qualcosa di importante per le altre.

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

Come vedremo, l'evento morte modifica profondamente le dinamiche relazionali del malato e dei suoi familiari. Dal momento della *bad news* fino al decesso, tempo che può essere breve ma anche durare un periodo consistente, il gruppo di psicodramma ha favorito un percorso per la significazione della vita già vissuta in prospettiva del commiato.

L'esperienza nel gruppo ha contrastato l'adesione al copione del *the show must go on* su cui si basa quella forma speciale di finzione che è la *congiura del silenzio*, ovvero la volontà di ancorarsi alla quotidiana normalità, scotomizzando le esperienze esistenziali difficili come se niente fosse malgrado le emozioni continuino a fluire nel sottosuolo della coscienza.

3.2.1 IL CASO DI ESTER

Presenterò il caso di Ester per comprendere meglio in cosa possa consistere il trattamento psicodrammatico nell'accompagnamento al morire e come le rappresentazioni della morte possano dare forme diverse nell'affrontarla.

Ester la incontro alla mia prima presenza al gruppo delle pazienti oncologiche nel ruolo di Osservatore. E' alla sua IX° presenza ed è nella fase di pre-terminalità.

La sessione è la numero 88 del 09/09/2019 ed è la prima dopo la pausa estiva.

Durante l'aggiornamento Ester esprime tutto il suo malessere, la disperazione dettata dall'angoscia di non comprendere ciò che le sta accadendo.

Per quanto riguarda le rappresentazioni della morte in questa prima sessione si ritrova l'implicazione di una visione dell'uomo darwinistica che stabilisce a priori il senso della sofferenza. Potrebbe rappresentare una visione che si accompagna al monismo riduzionistico e materialistico che corrisponde all'annientamento biologico e totale.

È difficile dare un senso alla sofferenza quando non ci si aspetta che al di là dell'ultimo respiro ci attenda una realtà che ci riguarda interamente (monismo riduzionismo). La filosofia neo-positivista è modellata sulla sostanziale coerenza di tutto il pensiero occidentale e grazie alla quale il sapere medico e scientifico-tecnologico guadagna il proprio valore, ovvero il credere che la morte significhi annientamento assoluto per cui ogni strumento che garantisca la moltiplicazione dei giorni di permanenza nel mondo è a priori dotato di senso.

Durante l'aggiornamento Ester dice:

“devastazione completa...non c'è stato un giorno in cui sono stata bene... domani vediamo...anche se non è facile metabolizzare tutto e pensare a tutto...*non vedi la strada*, non hai stimoli, vedi tutto buio, in più se non stai bene...”.

“...sono nel limbo, non riesco a dire dove sono, mi perdo, non so dire dove è l'inizio o la fine di questa cosa...non riesco a capire dove sei... non riesci a darti una spiegazione...mi perdo...i passaggi che sto facendo...”

La consegna del Direttore favorisce l'uso dei doppi delle compagne per alternare momenti di “comprensione” a momenti di “Stimoli/risposte” per aiutare Ester a dare una forma alla sua angoscia e sensazione di sentirsi in un limbo.

Direttore: “ TI VA ESTER SE COME GRUPPO TI AIUTIAMO, PROVANDO A TROVARE DELLE IPOTESI DI RISPOSTA A QUESTO TUO SENTIRTI IN UN LIMBO. (il Direttore doppia) NON RIESCO A CAPIRE DOVE MI TROVO, L'INIZIO DI TUTTO QUESTO ...”

Ester: “Sono apatica, è come se avessi un peso addosso che non ti fa fare nulla, svuotata... non ho la forza di fare le cose. Mi fa sentire inutile, senza prospettive... “

Ester: “ho sempre lottato, da quando sono stata male ricominciavo sempre da zero ... poi ti lasci andare quando le terapie cominciano ad essere pesanti... le fai e poi senti che il corpo non c'è più anche se la testa si! quindi quando ti dicono adesso lasciamo tutto così...vada come vada , lasciamo tutto così, ti senti in questo limbo....un po' abbandonato...anche dopo 10 tipi di chemio....Mi reputo sempre più fortunata perché sono qua e c'è chi sta peggio...arriverò al compleanno di mia figlia...adesso sto bene ma settimana scorsa ero moribonda. Non puoi progettare niente...riuscire a vivere le giornate...non entri neanche nel tunnel. Non riesco ad entrare e ad uscire...io sono sempre stata positiva...come se l'avessero fatta ad un'altra persona.... le terapie...non le ho mai vissute sulla mia pelle! Anche con l'intervento, mi sono sdoppiata, come se l'avessero fatto ad un'altra. Mi sono sdoppiata, adesso quando la dottoressa mi ha scritto e non me l'ha detto a voce che non ci sono più terapie, mi sono sentita abbandonata... anche se l'assistenza c'è, ero in uno stato di frustrazione totale!” .

Ci troviamo immersi in una società che ha interamente esternalizzato dal soggetto e dalle relazioni familiari l'esperienza della malattia e della fragilità, affidando il momento del distacco al linguaggio della tecnica piuttosto che a quello degli affetti e della ricerca interiore.

Il linguaggio della tecnica si avvale dell'uso di dispositivi tecnologici sempre più raffinati ed invasivi, anziché proporsi come esperienza di condivisione della sofferenza nella vicinanza, attraverso abbracci, ascolto e ricerca intorno al significato che la vita già vissuta ha espresso o mantenuto segreto.

Il periodo che inizia con l'annuncio della *bad news*, ovvero da quando viene data la notizia dell'impossibilità di porre rimedio, potrebbe essere, come ritenevano gli antichi, un tempo utile per chiudere bene la vita in accordo con gli dei e con i propri familiari e così è stato per Ester. Si presenta un orizzonte di senso, grazie al quale è possibile affrontare la morte con i familiari.

Leggere la morte al di là dello spettacolo materiale.

Direttore: “ABBIAMO AVUTO STIMOLI CHE INDICANO DI SFRUTTARE IL MARITO, LE AMICHE, IL GRUPPO, CON LE TELEFONATE, CON USCITE O SOLO CON WHATSAPP... QUALI RISUONANO DI PIU'?”

Ester: “poter parlare con mio marito della morte”

Lo psicodramma dà la possibilità di rappresentare attraverso le tecniche attive, le perdite e i lutti. Permette di dare un corpo al fantasma morto e di fare fisicamente una reale esperienza di morte grazie all'incarnazione della rappresentazione in azione, permettendo in tal modo l'elaborazione dei sentimenti di abbandono.

Durante la sessione n.91 Ester è alla 12^a presenza nel gruppo e viene personificata la sua morte durante una drammatizzazione dove vengono personificati i membri del nucleo familiare: N. il marito, A. il figlio quattordicenne e I. la figlia maggiorenne.

Emergono rappresentazioni della morte più soggettive, inerenti ai compiti di vita e alla propria biografia.

Ester accetta la morte imminente ed è consapevole di avere realizzato il suo compito sulla terra, pertanto è pronta a riprendersi in mano la sua vita.

La preoccupazione è comunicare l'evento morte ai figli, i quali rappresentano simbolicamente la continuazione della sua vita su questa terra, malgrado la visione monistica riduzionistica persista:

“...io non ci sarò più... non avrò preoccupazioni...”

In Ester inizia a farsi spazio la consapevolezza di come la sofferenza che precede la morte sia un prezioso periodo di passaggio. Per quanto sia caratterizzato da dolore, molto simile al lutto completo (*anticipatory mourning*), si tratta comunque di una fase in cui è possibile prepararsi al distacco egoisticamente e negoziare nella relazione il senso dell'esperienza passata.

Direttore: “SEI STATA INDIVIDUATA DAL GRUPPO RISPETTO A QUESTO TEMA SULLA PREOCCUPAZIONE DELL'EVENTO MORTE! SENTI CHE POSSA ESSERE UN TEMA CHE POSSIAMO ESPORARE OGGI QUI, INSIEME A TE?”

E. : “La preoccupazione...io non ci sarò più non avrò più preoccupazioni...”

D.: “VA BENE SE PROViamo A METTERE AL CENTRO QUESTA COSA CHE E' DENTRO DI TE? NON E' UN TEMA CHE SI POSSA PORTARE CON FACILITA', QUESTO E' UNO DEI POCHI POSTI DOVE SI POSSA PORTARE UN TEMA DEL GENERE! PRENDIAMOCI QUESTO SPAZIO...LE TUE COMPAGNE DI GRUPPO TE LO RICONOSCONO QUESTO SPAZIO, CE LO PRENDIAMO?”

ALLORA E. È UN MOMENTO IMPORTANTE DEL TUO PERCORSO PERCHE' IL MEDICO TI HA FATTO UNA PROPOSTA ...QUELLA DEL RICOVERO...”

E. : “E' da valutare... siccome settimana scorsa mi aveva detto che c'erano nuove terapie...che non avrei fatto sinceramente...però adesso il ricovero...da un eccesso all'altro...dovrei parlarne con i miei figli...”

D.: “VI CHIEDO UNA COSA DIFFICILE PER TUTTI. PROVA A METTERE UN'ALTRA SEDIA CHE HA A CHE FARE CON LA PREOCCUPAZIONE CHE ABBIAMO DETTO...CHE È LA SEDIA DELL'EVENTO MORTE! TENENDO CONTO DELLA COMPOSIZIONE CHE HAI FATTO (la sedia di E. è centrale, lateralmente ci sono, da un lato A .il figlio, dall'altro il marito N., di fronte la figlia I.).

DOVE SENTI DI METTERE QUESTA SEDIA CHE SIMBOLICAMENTE RAPPRESENTA QUESTO EVENTO MORTE...(la mette dietro di lei)
VORREI CHE PROVASSIMO A METTERCI NEI PANNI DI UNO DEI TUOI CARI!
DA CHI INIZIAMO..."

E.: "Faticoso ..."

D.: "FARO' IN MODO CHE TU E. NON TI RIVOLGI DIRETTAMENTE MA FARO' IO DA PORTAVOCE DEI MESSAGGI PER I FAMILIARI, FARO' LA RIFORMULAZIONE A LORO PERCHE' CAPISCO CHE HA UN IMPATTO MOLTO FORTE... "

Ester inizia con il marito N.
Il Direttore si rivolge al marito N

D.: "IL TUO MESSAGGIO VA NELLA DIREZIONE CHE C'E' LA TUA DISPONIBILITA' AD ACCOGLIERE LE DECISIONI DI E., TU SENTI CHE LA SUA DECISIONE È DI VOLER RIMANERE A CASA FINO A QUANDO E' POSSIBILE...UN ALTRO MESSAGGIO E' DI PENSARE A SE STESSA... E. PER TUTTA LA VITA HA MESSO AL CENTRO TUTTI I SUOI CARI, NON E' TANTO ABITUATA A METTERE AL CENTRO SE STESSA!
E' ORA DI METTERE AL CENTRO TE STESSA! QUESTO È IL MOMENTO CHE TU E. SCELGA PER TE STESSA, METTENDO AL CENTRO SE STESSA!
TI SEMBRA N. CHE C'E' UN ALTRO MESSAGGIO DA FARE AVERE AD E.?"

E.(N): "starle vicino"

D.: "VOI COME GRUPPO FAMILIARE VORRESTE "STARLE VICINO""

Integrazione:

D.: "AVVIAMOCI VERSO LA PARTE FINALE "

D. (doppia): "APPENA CAPISCO MEGLIO VI COINVOLGERO' TUTTI..."

D.: "A I. COSA DICIAMO, COME ULTIMA PAROLA?"

E.: "Le voglio bene..."

D.: "FAI SENTIRE TUO AFFETTO, IL TUO AMORE."

D.: "A N. COSA DICIAMO?"

E.: "Mi dispiace che in questi ultimi anni è andata così...(piange) una vita brutta ..."

D.: "VUOI FARGLI SENTIRE IL TUO DISPIACERE PERCHE' LE COSE SONO ANDATE COSI'!
FINIAMO DICENDO QUALCOSA RISPETTO ALL' EVENTO MORTE, CHE COSA SENTI DI VOLER DIRE?"

E.: "spero che arrivi presto così finisce un po' per tutti, per me e per loro..."

D. (doppia): “A VOLTE DICO CHE SPERO CHE ARRIVI PRESTO COSI’ FINISCE UN PO’ PER TUTTI, PER ME MA ANCHE PER LORO!”

3.2.2. IL CASO DI ALICE

Alice aveva 56 anni quando ha iniziato a frequentare il gruppo. Entra nel gruppo il 10 febbraio del 2020 e trova il gruppo alla sessione n°107.

Dopo 2 incontri in presenza, prosegue da remoto a causa della pandemia.

Ha un figlio di 35 anni. È stata una ragazza madre.

Entra nel gruppo a causa di un tumore al seno e metastasi alle ossa. Si è curata con un protocollo alternativo non ufficiale e ha scelto la medicina omeopatica. L’incontro con la medicina alternativa avviene 35 anni fa, quando ha deciso di non vaccinare il figlio.

La sua disperazione è quella di non sentirsi “vista” e “compresa” nella sua scelta di curarsi con metodi alternativi. L’unica che l’ha capita è la sua cara amica E. che è a sua volta stata colpita da un tumore fulminante al cervello.

Il rapporto con la madre è conflittuale, anch’essa ex paziente oncologica, curata con la medicina tradizionale. Alice riferisce che dopo un po’ che sta con sua madre le cose inacidiscono. Nella fase di terminalità si ricongiunge alla madre malgrado la persistenza di dissidi.

Nonostante sia fedele alla sua scelta di non curarsi tradizionalmente soffre le reazioni dei suoi cari, soprattutto del figlio non convinto della scelta, che le ribadisce di non volerla vedere morire.

Alice ha già scelto la sua strada pur convivendo con il conflitto interno rispetto l’altra possibilità di cura. Nel gruppo ha trovato lo spazio in cui si sente accolta e non giudicata per la sua scelta. Appassionata dalla natura, dall’estetica, dai percorsi spirituali, infonde speranza e coraggio alle persone del gruppo. La cura della spiritualità e del benessere la porta a non soffermarsi sui dolori e sulle sofferenze fisiche, rimarcando la volontà di espandersi, rimuovendo la sofferenza. Associa la medicina tradizionale a mutilazioni, violenze e sopraffazioni e l’associa anche alla figura materna, la quale si è curata con la medicina tradizionale.

Per lei l’auto determinazione e il riconoscimento è fondamentale per il proprio benessere.

In Alice è presente un bisogno esistenziale di autenticità che è la sola dimensione che custodisce il senso del dolore per lasciarne trasparire la decifrabilità proprio nei momenti estremi. Alice sembra sposare pienamente il pensiero esistenzialista per cui la disperazione è una malattia dello spirito che affligge l’Io prima di qualsiasi sofferenza determinata dalle relazioni con il mondo e con il proprio corpo. In questa visione l’individuo compie una continua ricerca per trovare se stesso e acquisire l’autocoscienza necessaria per riconoscersi. Alice cade in una sofferenza abissale quando non ritrova e riconosce tale nucleo identitario di autenticità e soprattutto quando non viene riconosciuta dagli altri la sua autenticità o essenza. La sofferenza causata dal sapere di essere prossima alla morte è solo l’ultima manifestazione di una disperazione profonda causata dall’inconsapevolezza di sé. Alice è diversa da ciò che il monismo materialistico vorrebbe, ovvero macchina pensante mossa da un funzionamento di circuiti biochimici. Al contrario ha una visione dualistica delle sostanze, una visione che contempla anche un connubio tra pensiero occidentale e orientale.

La sua volontà di curarsi seguendo protocolli di cura alternativi, con la medicina omeopatica e naturale, deve essere espressa liberamente. Anzi pretende che siano i medici che si devono adattare a lei nei loro interventi.

Alice in fase di preterminalità ricorre alle cure palliative le quali si rifanno a un approccio centrato sul paziente, volto a umanizzare la cura (medical humanities). Tale approccio considera il malato come persone e non come corpo-macchina ed è finalizzato a offrire la maggior qualità della vita possibile a chi soffre, anche in prossimità della morte. Il perseguimento degli obiettivi di miglioramento del benessere del paziente e di chi si prende cura di lui, viene considerato il principale obiettivo dell'intervento palliativo, il quale, nel rispetto della dignità della persona e del suo diritto di autodeterminazione, basa la relazione di cura sul consenso informato. E' importante riconoscere il paziente terminale come persona che, pur dovendo essere aiutata ad attraversare il passaggio più drammatico della propria vita, non può essere privata della dignità e del rispetto di sé.

Ma vi è una contraddizione di cui il modello incentrato sulla qualità della vita e sul benessere è portatore di cui sembra anche Alice vittima: ignorare la condizione di gravità e l'imminenza della morte può dare l'impressione di ridurre il livello di ansia e sofferenza, perché mantiene viva la speranza che tutto possa tornare alla normalità.

Sintetizzando Alice sposa una visione della vita e della morte che contempla un dualismo di sostanza, che comprende una visione esistenzialista dell'individuo, in cui l'autodeterminazione è fondamentale e l'autenticità del Sé è prioritaria.

Procediamo nell'analisi della sessione n.107 del 10 febbraio prima del Covid e del lockdown, che vede Alice nella sua 1^ sessione di gruppo.

Al.: (parla a bassa voce) "Quello che ho passato te lo posso anche raccontare ma ci devi passare. Ho avuto il tumore al seno, e le metastasi alle ossa...questo mi ha salvato perché me ne sono accorta. Ho seguito un protocollo non ufficiale di cura all'Humanitas. Ho dovuto passare tante file burocratiche.

Sono una ragazza madre, ho cresciuto mio figlio da sola e...deve vedere un cadavere bello, se dovesse essere.

L'ho presa con "buon umore", questa terapia hanno avuto contraccolpi. Ho ancora il seno. Ho fatto i controlli a dicembre e i marker sono positivi. Conto di stare qua a rompere le balle...ancora per un po'."

D.: "ALICE HAI SCELTO DI CURARTI USANDO UN PROTOCOLLO ALTERNATIVO, DI NON CURARTI CON I METODI TRADIZIONALI. TUO FIGLIO È STATO MESSO AL CORRENTE? LO AVETE DECISO INSIEME? VI SIETE CONFRONTATI O HA SUBITO LE TUE SCELTE?"

Al.: "mi sono curata sì, ma non con il metodo tradizionale. Mio figlio è grande ora. Quando è venuta fuori questa cosa gliel'ho detto subito. Lui stesso non è vaccinato... E' stato curato con le cose più bizzarre. Ho conosciuto Ivan e ne ho parlato con lui durante i colloqui e gli ho comunicato quello che avevo in mente di fare...parlando con mio figlio; lui se lo aspettava mi ha detto che sarebbe rimasto stupito del contrario e mi ha appoggiata nella mia scelta... è un bel ricordo."

Come risorsa Alice si dice:

Al.: "E' una immagine: un mazzo di fiori gialli è un inno alla vita, il messaggio è: vivi ed esplodi"

Aggiornamento della sessione n°108 del 17 febbraio 2020, A. è alla sua 2^ presenza.

Al.: "Martedì sono andata a tagliarmi i capelli, sto vivendo la mia seconda nascita, ho cambiato nome, devo trasformarmi in qualcosa di positivo...tagliare i capelli per me serve per fare spazio... Mi sono presa i condilomi che ho preso per via sessuale. Ho rapporti con il mio ex e l'ho odiato per avermeli trasmessi ma poi alla fine mi sono detta che sono solo condilomie non è l'HIV. Mi sono messa la parrucca dei Manga...questa situazione per me difficile, mi è difficile, mi sento esposta. Non voglio che trapeli troppo all'esterno perché mi fa sentire fragile..."

Come già detto Alice non si sente capita dai suoi cari, in particolare dalla madre. Permangono nodi conflittuali e atteggiamenti oppositivi nei suoi confronti. Quando stanno insieme dopo un po' le cose inacidiscono. Anche la madre ha avuto il tumore ed è guarita grazie alle cure tradizionali. Sembra quasi che ci siano degli aspetti in Alice che per individualizzarsi, differenziarsi dalla madre hanno sposato scelte di cura alternative, come la medicina omeopatica e le cure naturali.

Non sentita compresa e sostenuta nelle sue scelte di cura anche esistenziali, che già trentacinque anni fa si sono attivate nello scegliere di non vaccinare il figlio, si innescano conflitti e lacerazioni interiori. In una sessione specifica verrà personificato questo conflitto fonte di profonda sofferenza in cui si daranno voce alle opposte visioni di cura e alle opposte visioni che abitano il suo mondo interiore. Visioni che fanno riferimento a più ampie rappresentazioni esistenziali e quindi anche della morte.

Alice trova uno spazio nel gruppo per affrontare i suoi conflitti e per dare voce alla sua posizione esistenziale più autentica, sentendosi compresa e sostenuta anche in un setting online dove la mancanza di contatto corporeo per le limitazioni imposte dalla situazione emergenziale sanitaria Covid- 19 non hanno costituito un impedimento di espressione.

Sessione n.120 online, Alice è alla sua 7^ presenza nel gruppo.

Durante l'aggiornamento A. dice, riferendosi al carcinoma che chiama Ernesto:

A.: "Su Ernesto, ci ho fatto pace alcune settimane fa, non è la parola giusta sentirmi preoccupata. Ho i linfonodi a dx che si stanno facendo sentire,...sembra che la via linfatica sia intasata e io non credo affatto che siano metastasi ... è che il corpo stia buttando fuori...anche perché ho smesso il chemioterapico... e finalmente il mio sistema immunitario torna a essere vivo...e io ci vedo qualcosa di positivo: il fatto che il corpo stia buttando fuori le porcherie chemioterapiche che ha intasato i linfonodi che sappiamo che funzioneranno...e questa è la mia parte razionale!

La parte più emotiva ... con anni di medici che le fanno robe diverse, si fa sentire!

Quindi è come due scimmiette sulle spalle: una dice: ok, tutto bene, vai avanti per la tua strada. L'altra dice: bene, bene e ti fa vedere la falce.

Sono preoccupata di non riuscire a controllare questi pensieri negativi e questo mi preoccupa più che Ernesto"

D: "PROVIAMO AD IMMAGINARE UNA STATUA FATTA DA TE. E PROVIAMO AD IMMAGINARE SU QUESTA STATUA QUESTE DUE SCIMMIETTE: UNA SU UNA SPALLA E UNA SULL'ALTRA SPALLA.

SCEGLI TU L'ORDINE. ATTRIBUIAMO IL RUOLO DELLE DUE SCIMMIETTE ALLE TUE DUE COMPAGNE DI GRUPPO.

QUANDO SCHIOCCHERO' LE DITA FAREMO QUESTO GIOCO: TU PROVERAI A IMPERSONARE LA SCIMMIETTA SULLA SPALLA SX..."

A.(scimmietta Franca): "Ciao io sono Franca, sono giocosa e aerea. Ci sono da tanto, da quando era piccola ... io l'aiuto a ragionare, a mantenere il senso critico, a mantenere indipendente il suo pensiero..."

Da quando è entrato Ernesto, Alice oscilla tanto...

In altri momenti della vita abbiamo fatto scelte, forti, ribelli, di rottura...per cui le ricordo che è il momento vero di mettere in pratica... che è il riassunto di tutto quello che abbiamo fatto in 55 anni"

D: "QUESTO MOMENTO IMPORTANTE CHE RIGUARDA LE CURE E L'ESISTENZA DI ALICE. QUAL E' LA TUA VOCE? ANCHE PERCHE' DALL'ALTRA PARTE C'E' UNA CUGINA CHE FA ARRIVARE VOCI DIVERSE."

A.(Franca): " l'altra è una stronza! Ragiona con la tua testa!

Le scelte sono state fatte non di pancia, ma su valutazioni concrete...dopo avere raccolto tante informazioni...Dico che sai benissimo in cosa credi...ciò che dentro di te senti...sai qual è la tua strada...l'hai sempre saputo"

"Vivi...nel senso di espanditi"

A.(scimmietta Giuliana): "Io sono la scimmietta della ragionevolezza, del dato di fatto, dello studio. Del si fa così perché si è sempre fatto così!

Mentre l'altra c'è sempre stata...io sono arrivata ad un certo punto quando 35 anni fa doveva decidere se fare i vaccini al figlio. Mi ha sempre allontanata...ma ora si è indebolita e ora mi sente.

La gente si salva con la medicina! La scienza è andata avanti! Lei non può fare scelte che non le competono! Sua madre glielo ha sempre detto!

Da quando è arrivato Ernesto io le faccio ostracismo...cerco di combattere l'altra che la cura con pozioni e stregonerie.

Fai quello che devi fare, quello che fanno tutti e basta! Tutte le altre cose sono vaccate!

Se vai avanti così ci lasci le penne! Schiatti!"

Azione scenica

D.: "METTENDO IMSIEME QUESTE DUE VOCI COSA TI STA GIRANDO DENTRO?"

Soliloquio:

A.(scimmietta Franca): "Ho proprio un concetto di salute e di cura diverso! lo sento che non mi appartiene questo tipo di medicina. È qualcosa che non sento mio.

Sarebbe come picchiare un anziano, un innocente. Sono quelle cose che non mi appartengono, vivrei malissimo...senza l'impressione di conoscermi.

Se credessi che quello che mi propongono dall'altra parte funzionasse...comunque mi avevano proposto cure che allungano la vita...per 2 anni...ma 2 anni vissuti come?

Anche se continuo ad oscillare...preferisco avere una vita più breve, ma mia!

Questo mi pesa (piange), non è la scelta! Ma il giudizio degli altri rispetto alla scelta!

Come se mi dicessero vaffanculo allora muori!

Non c'è qualcuno che mi sostiene in questa scelta...tranne Ec. che è mancata!
Non c'è nessuno che dica: non sono d'accordo! Ma rispetto la tua scelta e la sostengo!"
Integrazione:

D1: "SEI STATA CHIARA E ORDINATA. ULTIMA COSA: NELL'ORDINE CHE VUOI TI RIVOLGI A LORO PER FARGLI *CAPIRE LA TUA VERITA' INTEGRATA* E LE DAI UN TUO RUOLO E UNA VOCE CHE POSSA FARSI SENTIRE CON PIU'O MENO VEEMENZA, A SECONDA DI QUELLA CHE E' LA TUA SCELTA ESISTENZIALE!"

Nell'integrazione Alice, nei panni della scimmietta Franca, si rivolge alla scimmietta Giuliana e le dice la sua verità:

A.(scimmietta Franca): "cara G., non ho fatto questa scelta a cuor leggero, ma l'ho fatta con grande consapevolezza. E' inutile che continui a disturbarmi, a mettere dubbi perché non sei mai riuscita a portarmi un solo fottutissimo dato che potesse dirmi che tu hai di meglio da offrirmi rispetto alle scelte che ho fatto. Tutte le cose che hai portato...quando le ho analizzate, erano niente! Erano niente! Solo cazzate che mi destabilizzano!
Rallentano la mia ragione! Quindi ti chiederei di andare fuori dalle balle!"

Il Direttore le chiede di trovare un gesto di separazione e Alice prende il coltello e si toglie di dosso la scimmietta Giuliana, eliminandola. Mentre accoglie sotto la maglietta la scimmietta Franca, gesto per tenerla più stretta a Sé.

Alla fine della sessione Alice conclude:
"...mi è servito, risuonerà nel silenzio...quando sarò sola..."

Alice, quando è entrata nella fase di preterminalità a causa dell'aggravamento della malattia, si è lasciata circondare dall'affetto dei suoi cari, dalla madre, dal figlio e dal fratello. In questa fase della sua vita trova il conforto e il sostegno della fede: le categorie del principio - benessere tanto presenti in lei hanno lasciato il passo a categorie più inerenti a una dimensione spirituale.

CAPITOLO 4

CONCLUSIONI

4.1 INCONTRARE LA MORTE: LO PSICODRAMMA E IL PRENDERSI CURA DEI PAZIENTI CON DIAGNOSI INFAUSTA

Questo lavoro nasce dal desiderio di esplorare il complesso ambito delle rappresentazioni della morte che accompagnano le malattie oncologiche e l'incontro con il limite ultimo.

Essendo stata osservatrice per due anni e poi co-conduttrice del gruppo di psicodramma condotto dal Dott. Ivan Fossati presso un ASST milanese per altrettanti due anni, fino alla fine del 2022, il mio interesse si è indirizzato su come possa lo Psicodramma "*prendersi cura*" e accompagnare il paziente con diagnosi infausta a gestire e integrare nella propria vita quest'ultimo evento sconvolgente.

Lo scopo è stato di analizzare due modelli di azione terapeutica che si avvalgono del gruppo per dare voce e rappresentazione al tabù più grande, la morte: il modello ACT di 3^a ondata Cognitivo Comportamentale e lo Psicodramma classico.

Come lo psicodramma o il metodo ACT possono prendersi cura dal punto di vista terapeutico di una persona con una diagnosi infausta?

Nello specifico mi sono chiesta come la tecnica dello psicodramma, con i suoi vari strumenti operativi, faciliti la rappresentazione, l'elaborazione e la gestione del lutto anticipatorio nei vari contesti di sofferenza oncologica. *La congiura del silenzio* impedisce l'elaborazione di questo compito evolutivo così importante.

L'esperienza condotta presso l'ASST Santi Paolo e Carlo ha messo in luce tutte le potenzialità che la terapia psicodrammatica possiede, attraverso l'utilizzo delle tecniche attive ed evidenziando come spesso i pazienti riescano a trovare nuove e creative strategie per affrontare i compiti di vita anche di fronte all'ultimo e più difficile compito, che la malattia oncologica impone di rappresentare mentalmente, mediante il raggiungimento di un livello di consapevolezza e di autodeterminazione.

Alcune ricerche evidenziano che sono gli stessi pazienti a voler sapere che cosa li aspetta (Bellani, Marasso, Amadori, Orrù e al.2002) e il loro bisogno più autentico è quello di condividere un'assunzione di responsabilità, per non compromettere le forze resilienti che consentono di affrontare l'estremo.

In un gruppo di psicodramma si può lavorare entrando nell'universo rappresentazionale di questi pazienti, in una sfera profondamente angosciante, per attribuire senso a ciò che sta accadendo e che prelude l'apparire della morte all'orizzonte, rendendo possibile dare forma e contenuto a qualcosa che sembra inesprimibile, poiché nella nostra cultura manca un linguaggio sul senso del morire.

L'esperienza psicodrammatica permette di accogliere le parti e le angosce più profonde e intime in una condizione protetta dove ci si può aprire, esporre ed esprimersi, senza rischiare di essere feriti.

La possibilità di migliorare l'impatto della prognosi infausta è data dall'equilibrio fra il rispetto delle regole di contesto e la loro parziale disattesa, tramite cui viene dato spazio all'accoglienza per gettare un ponte tra passato e futuro e avviare la ricostruzione. Testoni, 2015.

Questa tesi coincide con la conclusione del mio lungo percorso nella scuola di psicodramma, della mia presenza nel gruppo dei pazienti oncologici e della mia relazione con i pazienti sia del gruppo che individuali in ASST milanese. Anche queste chiusure sono per me rappresentazioni di un limite, di una fine che implica anche la fine delle illusioni che lasciano il passo a un nuovo inizio, a un "oltre" foriero di nuove prospettive e di nuove visioni della vita.

A questo punto del mio percorso formativo in cui ho cercato di apprendere dai diversi ambiti teorici, metodologici, esperienziali, ho dovuto attingere alla mia spontaneità per poter dare un senso soggettivo, creativo e compiuto a questo mio percorso soprattutto esistenziale, per uscire da una situazione che mi faceva sentire in una posizione scomoda, inadeguata, di blocco, poiché troppo ancorata alla teoria e al "si deve fare così".

Dovevo riconnettermi a quanto di essenziale c'è dentro di me e la stessa cosa la deve fare il paziente di fronte al compito ultimo della sua vita: *la creatività è l'atto terapeutico*.

La stessa terapia sta nell'atto creativo.

"La spontaneità può essere presente in una persona mentre sta pensando oppure mentre sta sentendo, mentre è in riposo oppure mentre è in azione." (Moreno, 1946).

Ho scelto di concentrarmi sull'analisi delle rappresentazioni della morte e sulle loro implicazioni nell'affrontare il trapasso perché il loro studio e la loro analisi è un passaggio clinicamente importante e operativamente fecondo per l'accompagnamento del malato oncologico all'incontro con il limite ultimo.

Per allenare la mia spontaneità però ho avuto bisogno di essere lì, di immergermi nell'esperienza, mettere mano nelle interazioni, per poterla liberare e questo è stato possibile quando ero sola senza che nessuno mi dicesse cosa fare, confrontandomi con le mie uniche risorse, senza giudizio.

Riprendendo la questione su come lo psicodramma e il metodo ACT possono prendersi cura dal punto di vista terapeutico di una persona con una diagnosi infausta sottolineando che non è possibile morire del tutto...per nessuno! Le persone morte sono presenti nella propria mente così come lo sono da vivi. Nella testa rimane la visione idealizzata, ammirata, che non corrisponde alla realtà! Se si pensa a un parente, a un animale domestico da morto lo si pensa da vivo! Se si pensa a se stessi da morti, ci si pensa da vivi!

La principale caratteristica di una messa in scena è l'azione medianica, fare come se fosse, fare comparire il fantasma ovvero il prodotto della fantasia (fantasma: image, cognition, termini della psicologia cognitiva). La messa in scena è costruita per fare apparire cose che non ci sono poiché sono in un contesto diverso sia spazialmente che temporalmente. Si tratta di semi-realtà. Nella messa in scena infatti si può incontrare normalmente un morto, mettendo in scena per esempio il nonno, la mamma morta, l'amica morta, l'animale domestico morto.

Mettere in scena le persone della propria biografia, quelle morte o la propria morte, è la stessa cosa poiché sono tutte rappresentazioni mentali.

Nessuno si rappresenta morto. Tutti, senza eccezione, si rappresentano come vivi da morti. Nessuno si rappresenta un morto, ma si rappresenta un morto da vivo. Si ha sempre a che fare non con dei vivi, ma con degli elementi con cui ci si rappresenta la vita: persone vive. Il morto è assenza. In qualsiasi modo lo si rappresenti è la presenza di qualcosa di vivo.

Il fantasma è vivo!

Ricevere una diagnosi infausta implica una rottura del proprio sistema: *“breaking bad news”*.

Lo psicodramma come tecnica attiva terapeutica e il metodo ACT si “prendono cura” di questo “ultimo incontro”. Quando il paziente riceve la diagnosi infausta, subentra nel proprio schema, nella propria prospettiva di vita, un fatto nuovo e potenzialmente stravolgente che ribalta la situazione. È un evento che irrompe improvvisamente nella vita e cognitivamente. Nella propria fantasia (cognition, image) è un elemento nuovo con cui bisogna fare i conti e far fronte a una nuova presenza materiale, poiché è diventata soprattutto una presenza mentale.

Entrambi gli approcci sono efficaci nel prendersi cura del paziente oncologico semplicemente perché queste rappresentazioni vengono “affrontate”. Attraverso la messa in scena possono emergere ed essere personificate grazie alle puntuali e lucide suggestioni del Direttore, entrandoci dentro, incontrando la morte, concretizzandola sulla scena.

Rispetto a un fatto che è traumatico, che altera e rompe una sequenza regolare che è la propria vita, lo psicodramma fornisce uno strumento che può aiutare a trovare una soluzione creativa e inedita attraverso una simulazione, che è un sogno molto concreto nella sua espressione, dove si affronta il fantasma, nel senso che lo si incorpora. Si impara a guardarlo in faccia, a capire che cos'è e a dialogare con esso. Nei confronti di questa notizia cattiva, *“bad news”*, che ha fatto saltare il proprio sistema, si trova creativamente una nuova struttura, adattandosi e integrandola.

Tutta la magia risiede in questo, non c'è altro! Risiede nel “fare e realizzare”.

Il metodo ACT si prende cura del paziente grazie al “qui e ora” della mindfulness, ancorandolo al momento presente attraverso la sensorialità e le percezioni del corpo. Lo psicodramma invece usa la semi-realtà grazie alla quale si mettono in scena tutte le forme rappresentative che si concretizzano all'improvviso, in itinere, senza una partitura precisa, ma che si basano sul modo di affrontare soggettivo, sulle reazioni, sulla psicologia delle persone. Questa messa in scena in origine è una modalità medianica. Quando il protagonista (l'autore senza partitura) personifica i ruoli (le rappresentazioni mentali, le emozioni, i fantasmi) sta facendo il medium delle stesse, ovvero di ciò che l'autore-protagonista ha nella testa.

L'*acceptance* del metodo ACT implica la competenza di accettare di essere attraversati dalle emozioni difficili, con la consapevolezza di non venirne sopraffatti: accettare tale emozione faticosa e non fondersi con essa. Lo psicodramma invece personifica l'emozione: la mette in scena e mette il soggetto dentro alla scena per maneggiarla e affrontarla. Entrambi gli approcci implicano l'importante funzione del decentramento cognitivo e il concentrarsi sulle esperienze sensoriali del momento.

Le visualizzazioni che avvengono durante le sedute di mindfulness possono sembrare drammatizzazioni immaginate, mentre nello Psicodramma c'è una coscienza concreta, creativa e operativa: nell'azione si guarda in faccia la rappresentazione della morte che la diagnosi infausta evoca.

Tutta la magia risiede in questo, non c'è altro! Risiede nel *“fare e realizzare”*.

Concludo dicendo che è stata per me un'esperienza di grande valore sia dal punto di vista professionale, sia e soprattutto umano.

BIBLIOGRAFIA

Anthony S., , *La scoperta della morte nell'infanzia e dopo*, Armando , Roma, 1973

ACT – *Acceptance and Commitment Therapy: fare terapia tra accettazione e impegno*, in *State of mind*, Il giornale delle Scienze Psicologiche, 2017.

Bergo C., *Incontro alla fine: l'abbraccio della spontaneità*, in *Psicodramma classico*, 2017, 1-2, pp. 55-68.

Boria G., Togni I., *Il fattore S/C nel pensiero e nella pratica dello psicodramma classico*. Dispensa per la Scuola dello Studio di Psicodramma di Milano, 2013

Boria G., Togni I., *La presenza scenica come rappresent-azione in Psicodramma Classico*, 14 :1-2, AIPSIM, Milano.

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

Bowlby J. (1973), *Attaccamento e perdita. Vol. 1: La separazione dalla madre*, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.

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

Fossati I., Menichetti J., Giusti L, Vegni E., *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., *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.

Freud Sigmund, *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*, in *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, Torino 1976, vol. VIII.

Freud Sigmund, *L'avvenire di un'illusione*, in *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, Torino 1980, vol. X.

Greco M., *Intersoggettività e interdipendenza: ovvero dello stile relazionale nella metodologia psicodrammatica*, in *Psicodramma Classico*, 2009, 9.

- 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.
- 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.
- Marineau R.F., *Jakob Levy Moreno*, Tavistock & Routledge. London and New York, 1989.
- Moreno J. L., *Principi di sociometria, di psicoterapia di gruppo e sociodramma*, Milano, Etas Kompass, 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.
- Moreno, J.L. (1953, III ed. 1978), *Who Shall Survive?*, New York, Beacon House; trad.it. *Who shall survive?. Principi di sociometria, psicoterapia di gruppo e sociodramma*, Roma, Di renzo Editore, 2007.
- Nagy M., *The Child's Theories Concerning Death*, in the *Journal of Genetic Psychology*, 1948.
- NR, *I Numeri di Cancro in Italia 2020*, La Banca dati AIRTUM, Intermedia editore, 2020.
- Spiegel D., Classen C., *Terapia di gruppo per pazienti oncologici. Manuale di intervento psicosociale basato sulle evidenze*, Milano, McGraw-Hill, 2003.
- Spiegel D., *Psychosocial intervention in cancer*, in *Journal of the national cancer institute*, 1993, 85(15), pp. 1198-1205.
- Terapia di terza ondata: *uno sguardo a mindfulness, ACT e MCT*, in *State of mind*, il giornale delle scienze psicologiche, 2019.
- Testoni Ines, *L'ultima nascita. Psicologia del morire e «Death Education»* - edito da Bollati Boringhieri, 2015
- Testoni Ines, *When Death Enters the Theater of Psychodrama: Perspectives and Strategies of Psychodramatists*, *Journal of loss and Trauma*, 2019.

Testoni Ines, *Il grande libro della morte*, il Saggiatore, 2021.

World Health Organization (WHO), World Health Organization, *Definition of Palliative Care*, 2008, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

World Health Organization (WHO), *Communication Bad News*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10065/5821671/1/WHO_MNH_PSF_93.2pdf?ua=1.

Yalom I.D., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, V ed. Torino, Bollati Boringheri, 2016, ed. originale *The theory and Practice of Group Psychotherapy*, N.Y. Basic Books/The Perseus Books Group 1974, V ed. 2005).

Motori di ricerca: Pubmed; Scopus; Google Scholar

RINGRAZIAMENTI

Un grazie di cuore a Gianni Boria per le grandi ispirazioni che mi ha dato, per l'incoraggiamento e lo stimolo intellettuale.

Ai didatti della scuola Tiziana Bianchi e Ivan Togni per i loro preziosi insegnamenti.

Agli indimenticabili compagni di Epg .

Un ringraziamento speciale a Ivan Fossati che mi ha seguito nell'approfondimento della mia preparazione attraverso il tirocinio e nella supervisione.

E voglio ringraziare i pazienti che, con le loro testimonianze e capacità introspettive, sono stati per me dei veri maestri di vita.

“...se accetti il mio aiuto, io starò con te e ti darò la mia presenza e la mia collaborazione per farti entrare profondamente nei tuoi desideri sino all’incontro con la morte della tua immaginazione, non quella della realtà... io ti starò vicino quale sicuro punto di riferimento mentre tu sperimenterai fine in fondo, chiarificandoli, quei sentimenti ...” (Marineau, 1989)