

Stefano PADOAN

LA SCENA DEL SINTOMO: CONSIDERAZIONI SU UN'ESPERIENZA DI PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA MORENIANA

Introduzione

Il tema di questa mia relazione riguarda alcune esperienze che ho vissuto nella mia recente e breve pratica clinica con lo psicodramma classico moreniano, esperienze che riguardano il gruppo privato di psicoterapia che, dalla fine del 2007 sino a maggio del 2008, ho condotto presso il mio studio. Per quanto l'attività con il gruppo, di cui descriverò alcuni momenti importanti per la mia formazione, sia tutt'ora in corso, ho scelto di presentare una sintesi delle osservazioni tratte da alcune delle sessioni condotte in questi mesi. Lo scopo è analizzare alcune dinamiche personali ed intersoggettive che mi sono sembrate rappresentare in modo molto efficace la traduzione concreta di alcuni dei principi teorici fondamentali della mia attività terapeutica come psicodrammatista. Il tono di questa mia relazione sarà intenzionalmente narrativo, quasi un racconto in prima persona di eventi che riguardano la storia di vita di alcuni miei pazienti; è una scelta che mi ha costretto a rinunciare a molta della precisione terminologica che probabilmente una tesi necessita, ma che, d'altro canto, mi ha consentito di restituire quelle dimensioni affettive ed emotive, quei passaggi intensi che solo la prosa è in grado di presentare in modo fedele. Mi scuso anticipatamente, come insegnavano i latini, di questo mio tono prosastico, talvolta enfatico, ma è il registro migliore per raccontare un po' anche me oltre agli eventi che presento. Devo anche ammettere, con un po' di stupore, che nello scrivere della mia esperienza ho scoperto la bellezza del raccontare l'evoluzione del mio percorso di crescita come psicodrammatista in un modo piano, a volte colloquiale, in un modo che sento corrispondere molto bene a quella semplicità di intervento e di azione scenica che sto imparando a portare nel mio gruppo terapeutico. Sto recuperando una lezione importante che tante volte le parole di Giovanni Boria hanno richiamato: l'idea che il processo di cura della sofferenza di altri uomini e donne si mostri nella sua immediatezza attraverso il contatto sincero e spontaneo con questa umanità in scena, senza orpelli o tecnicismi che tentino un inutile riscatto intellettualistico di ciò che già si offre apertamente e semplicemente allo sguardo.

Per rendere più coerente questo mio racconto, ho scelto di articolare le mie osservazioni a partire dall'analisi di un caso, quello di F.¹, una paziente che ho seguito in gruppo e che ha rappresentato in questi mesi l'occasione per me di dare *corpo vissuto* ad una serie di riflessioni sull'efficacia dello psicodramma classico nel prendersi cura di alcune forme di disagio personale. Accenno ad una dimensione somatica (il corpo vissuto) nel parlare di riflessioni astratte, in quanto proprio il "corpo a corpo" terapeutico con questa paziente, giocato sulle dimensioni affettive e relazionali dello stare assieme condividendo con altri uno stesso spazio di cura, mi ha consentito di incarnare nella mia esperienza personale significati che prima erano solo teorici e come tali, per me, paradossalmente, ancora difficili da assimilare in modo organico.

Da questo punto di vista, il gruppo di psicoterapia privato ha rappresentato un osservatorio privilegiato, utile non solo a proseguire quel lavoro di crescita continua nel ruolo di conduttore e di terapeuta, ma utile anche per riconoscere nei processi concreti che sono andati realizzandosi sulla scena quegli elementi concettuali che spesso faticosamente mi sono trovati a integrare ad un livello strettamente cognitivo. Ho scelto questa esperienza rispetto, ad esempio, a quella condotta durante il tirocinio, in quanto in essa ho potuto scoprire in modo più genuino ed immediato quelle zone di sovrapposizione

tra la teoria e la pratica clinica, zone di adesione di un livello sull'altro o di traduzione di un linguaggio nelle parole dell'altro, per realizzare un quadro per me più coerente dell'azione trasformativa che lo psicodramma moreniano mette in atto. L'esito di questo lavoro ricostruttivo è un'ipotesi parziale, forse anche precaria, che mi guida nella mia attività, dandomi un orizzonte di riferimento per rendere sensata e orientata la mia azione terapeutica; non pretendo che essa divenga norma né mi sembra opportuno che questo accada, mi accontento di presentarla come un contributo da condividere con altri sul significato profondo che la nostra missione di cura porta con sé.

Capitolo 1

IL MODELLO TEORICO GENERALE

1.1. - Dal disturbo al sintomo: excursus teorico

Le dimensioni che prenderò in considerazione nell'analisi del percorso terapeutico di F. integrano i fondamenti della psicoterapia psicodrammatica con elementi concettuali che ho tratto dalle mie ricerche e dal confronto con altri indirizzi terapeutici, di tipo soprattutto analitico e fenomenologico. Il primo contributo che traggio da questo tentativo di integrazione è la scelta di considerare il processo terapeutico psicodrammatico moreniano come un percorso di *analisi personale in gruppo*², percorso che resta saldamente ancorato ai principi che caratterizzano la filosofia dell'uomo moreniano, l'epistemologia che egli ha proposto e, soprattutto, la metodologia di conduzione dei gruppi di psicodramma classico, come è stata definita da Giovanni Boria in questi anni (2005). Ho scelto di enfatizzare in questo contesto l'espressione *analisi personale*, perché interrogandomi sulle finalità del percorso di cura proposto dallo psicodramma e sperimentandone in concreto le possibilità terapeutiche, mi è apparsa sempre più convincente l'idea che questo processo non assuma il sintomo (nell'accezione tradizionale) e la cura di un disagio come dimensione prioritaria del suo intervento, ma si ponga come itinerario di esplorazione di sé e di riconoscimento delle proprie potenzialità trasformatrice verso il mondo interno che ci appartiene e verso il mondo esterno a cui si appartiene. Assumere lo psicodramma classico come analisi personale *in gruppo* per me non significa né mettere in discussione il valore delle dimensioni gruppalì che lo caratterizzano né minimizzare l'importanza di riconoscere il disagio nelle sue nominazioni nosografiche. Significa muovere sullo sfondo questi due aspetti caratterizzanti e rendere figura quella dimensione originariamente esistenziale dello psicodramma come luogo per la moltiplicazione delle proprie possibilità di essere, come luogo di un Incontro con altri significativi che mi *interpellano* e a cui mi *rivolgo*, come luogo per sperimentare ancora la sorpresa e l'imprevisto. Propongo in questa relazione di considerare il disagio personale come quell'esperienza soggettiva di sofferenza che restringe questo spazio potenziale sino a trasformarlo in un perimetro angusto che coarta la persona e la sua capacità progettuale, in un'espressione, la sua *possibilità di futuro*. Se, anticipando una considerazione che potrei assegnare alle conclusioni, osservo in questi primi mesi di attività l'evoluzione dei pazienti che *appartengono* al gruppo di psicodramma che conduco, posso osservare come, in particolare in una di loro, quello che è cambiato non è solo il rapporto tra sé ed il *sintomo* che li conduce alla scelta terapeutica, ma anche il rapporto tra sé e le proprie possibilità di agire in modo spontaneo azioni creative nei propri contesti di vita o nei propri universi ideativi. Senza entrare nel merito di un confronto con le definizioni attuali di psicoterapia, ma sintetizzandole in modo generico come quei linguaggi specialistici della psicologia finalizzati alla cura del disagio mentale, ritengo pur alla luce della mia brevissima esperienza terapeutica, che la pratica clinica psicodrammatica moreniana si ponga tra di esse in modo molto peculiare, ricavandosi uno spazio che condivide con quegli orientamenti a matrice esistenziale che pongono la persona e la sua verità al centro dell'azione clinica.

¹ I nomi delle persone coinvolte nel gruppo sono stati modificati per salvaguardarne la privacy.

² Intendo "analisi" in un senso più vicino a quello esistenziale proposto da Frankl (2001) che a quello proposto dagli orientamenti psicodinamici.

Lo psicodramma classico si propone, letteralmente, come quella *scena* capace di accogliere la domanda di senso che ogni sintomo porta con sé, sollecitando la condizione esistenziale in cui la persona va vivendo in un particolare momento della sua vita e creando le condizioni perché *faccia problema* per essa, perché divenga un tema a cui dedicarsi. In quest'epoca di "passioni tristi"³, dove il futuro si è contratto, divenendo minaccia, e sembrano esaurirsi le forze creative, il pensiero di Moreno irrompe, nuovamente, come proposta di possibilità, come offerta di una sorgente mai inariditasi di slancio e di positivo ingaggio con il mondo. Il tema del senso da dare alla propria condizione di vita recupera in questo modo quello sfondo esistenziale a cui Moreno inevitabilmente aderiva nella formulazione delle sue prime tesi sullo psicodramma come teatro dell'anima e ritroviamo qui rimessi in gioco quei fondamenti del proprio *essere-nel-mondo* (Heidegger, 2005).

Valorizzando la vocazione clinica dello psicodramma classico come terapia esistenziale, si propone un'altra differenza interessante, quella che sussiste tra due diverse culture di approccio terapeutico, l'una orientata ed attenta al problema del *disturbo* l'altra orientata ed attenta al tema del *sintomo*. Evidenzio questa distinzione perché passando attraverso di essa ho la possibilità di sottolineare una ulteriore qualità dell'approccio moreniano alla sofferenza, qualità che mi si è presentata incrociando i miei lavori con lo psicodramma classico e la riflessione, condotta anche in sede di tirocinio, su un diverso approccio allo psicodramma che è quello lacanian. Per quanto siano evidentemente alternativi i due modi di interpretare lo psicodramma (assolutamente derivativo quello laciano, peraltro) sia dal punto di vista epistemologico che metodologico, mi è sembrato di rilevare in entrambi un'interessante, comune valorizzazione della *verità soggettiva* della persona, la cui sofferenza portata in terapia non è letta come una *disfunzione* da correggere, bensì come un *tema* attorno a cui si gioca la possibilità del soggetto di assumersi la responsabilità della sua condizione di vita e di sentirsi protagonista del suo mondo interno.

Per comprendere meglio questa associazione ritorno rapidamente alla distinzione iniziale tra disturbo e sintomo, per enfatizzare la distanza che separa gli *psicodrammi* (ipotizzo in questa sede una sorta di somiglianza di famiglia tra i diversi approcci) da quelle forme di terapie che leggono il disagio personale come una *malattia*, come un tratto universalizzabile, scorporato dalla singolarità del soggetto che patisce e orientata ad una proposta terapeutica di tipo ortopedico, riabilitativo, normalizzante. Questo tipo di indirizzo terapeutico è rintracciabile, in forme diverse non solo laddove la psicofarmacologia si impone come scelta preferenziale e prima opzione di cura, ma anche in quelle culture psicologiche, quali i movimenti cognitivo-comportamentali (ma la classe andrebbe estesa a molti altri indirizzi surrettiziamente normalizzanti), che prediligono il recupero del disagio, percepito come scarto rispetto ad una media generale. E' in contrapposizione a questa visione normotetica della persona, che oggi, credo, vada riproposta la contrapposizione di quegli indirizzi, alcuni dei quali nati nel solco del pensiero freudiano altri nell'alveo della tradizione fenomenologica-esistenziale, indirizzi per i quali il paziente non è portatore di un disturbo o di una malattia in senso biologista o mentalista, ma si presenta come portatore di un *sintomo*, quale costruzione singolare che gli è irriducibilmente propria, la cui causa gli è in enigmatica, che lo interroga sui fondamenti della sua condizione esistenziale. Se il disturbo può, dunque, essere letto come un dato, come un qualche cosa che *capita* al soggetto senza riguardarlo in modo personale, il sintomo è quel discorso che avviene *nel* soggetto, che lo coinvolge in modo profondo e che apre nel tessuto della sua normalità psico-affettiva una ferita attraverso la quale guardare alle strutture profonde della sua identità.

Pensata come sintomo, la condizione esistenziale di sofferenza rappresenta in un'ottica psicoterapeutica una domanda senza risposta che, se nell'ambito propriamente analitico necessita di una

articolazione interpretativa di tipo ermetico-semantic, nel contesto esistenziale dello psicodramma moreniano necessita di essere tradotta nelle scene molteplici che la rappresentano a livello simbolico e immaginativo. Una cultura del sintomo si basa sull'accettazione dell'assoluta singolarità di questa condizione, non riducibile a nessuna media, a nessun inquadramento nosografico; all'ascolto del terapeuta ogni condizione soggettiva si presenta in tutta la pluralità dei suoi modi, tale da imporre al terapeuta stesso una modalità idiografica di relazione con il sintomo e non normotetica. L'enigmaticità con cui questa condizione si presenta è tale da non poter essere ridotta a nessuna delle possibili interpretazioni saturanti. Del sintomo si può arrivare a dire che non è possibile una *sintomatologia*, poiché esso si presenta come eccezione a qualsiasi discorso normativo, come uno scarto che non può essere recuperato all'interno di nessuna curva gaussiana. Nella mia, breve, esperienza clinica, questo aspetto è risultato sino ad ora dominante negli incontri con i pazienti che ho accolto nel gruppo di psicoterapia e lo sarà nello specifico nell'analisi del caso di F. che introdurrò a breve: per ognuno di essi, e per lei in particolare, l'accesso alla terapia è passato attraverso il manifestarsi di una condizione esistenziale, ciò che chiamerò il loro sintomo, per loro inquietante in quanto misterioso, perturbante, una presenza estranea dentro di loro che non riuscivano a controllare, con cui non riuscivano a fare i conti. Da questa urgenza che preme dentro il soggetto origina il percorso di cura, e questo percorso, per tutte le terapie che vogliono appartenere coerentemente alla famiglia dell'umanesimo, si muove lungo una direzione particolare, di conversione di ciò che è *alienus* in *alter*. Questo passaggio costituisce il movimento decisivo nel processo di Incontro con il paziente nel setting psicodrammatico, laddove questo Incontro apre al terapeuta la possibilità di accompagnare la persona lungo il sentiero che conduce dall'iniziale esperienza di *estranità al proprio mondo interno* ad un'esperienza di *alterità dentro* questo mondo, scoprendo che vi è sempre, creativamente dell'*altro* in esso da interrogare per consentirgli l'espressione del suo mistero. Il paziente nel percorso di cura, *attraversa* in questo modo il suo sintomo come un viatico che anima la materia inerte del disagio, lavora l'estranità che assedia il soggetto e lo rende estraneo nella propria casa, per trasformarla in matrice di possibilità creative, in *alterità* che lo interroga e lo riconduce ad una sofferita messa in gioco della sua stessa esistenza. In questo movimento dall'alienità all'alterità si traduce la premessa dell'azione clinica nello psicodramma moreniano, come azione che riconcilia l'uomo con la propria sofferenza e gli consente di assumerla come spazio di esplorazione delle proprie possibilità, in quella relazione io-altro che non si riassume solo nell'incontro, determinante, con il *tu* di un'altra persona, ma anche con l'esso dell'alterità che vive in ciascuno di noi.

1.2 - Il sintomo come scena, la scena del sintomo

In questi mesi di attività terapeutica, mi sono sempre impegnato a considerare in modo fenomenico la presenza delle persone che hanno avuto accesso al mio studio, mi sono impegnato a restare il più possibile vicino al loro dettato personale, cercando di minimizzare ogni tentazione interpretativa. A partire da quanto affermato nel paragrafo precedente, quello che ho cercato di fare, entrando qui, mi sembra, in un'ottica strettamente moreniana di approccio alla sofferenza, è di non guardare al sintomo come un qualche indizio di una realtà ulteriore, inconscia, come un segnale enigmatico per cui fosse necessario individuare una qualche chiave interpretativa, bensì di attenermi nel modo più fedele possibile alla forma del soggetto, assumendo il suo racconto e la descrizione del suo disagio come una scena primaria a cui eventualmente riandare nel corso della terapia. Integrando anche qui elementi analitici lacianiani, ho assunto, euristicamente, il sintomo come la *soluzione* trovata dal soggetto per arginare il suo rapporto con la domanda inesa sul senso di sé e della propria storia; questa soluzione ho cercato sempre di assumerla come una scena che non si dovesse lacerare per accedere forzatamente ad una verità sottostante, ma come il modo migliore con cui il soggetto è stato in grado di presentarsi nel mio studio, in cerca di un percorso terapeutico. Proprio come *modo* ho cercato di pensare alla presenza dei miei pazienti nel palcoscenico,

³ Il richiamo è all'opera di Miguel Benasayag (2004), dedicata all'analisi del mood sociale che caratterizza l'epoca contemporanea.

come modi diversi di rappresentarsi il rapporto con le dinamiche del proprio mondo interno. Ed è in questo modo che ho interpretato il sintomo stesso, come condizione soggettiva che si esprime attraverso un particolare modo di essere della soggettività della persona, un modo di essere che si presenta come soluzione, quindi come una scena, o un sistema di scene, in cui la persona, in modo inconsapevole, si trova rappresentata per rendere in qualche modo abitabile la sua condizione soggettiva attuale. In questa accezione il concetto di scena, proprio dell'approccio psicodrammatico moreniano, lo intendo in un senso più generale della sua articolazione nel setting di gruppo e come sua concretizzazione sul palcoscenico. Considero la scena come principio psicologico di organizzazione in forma rappresentativa dei vissuti soggettivi, tradotti non in pensieri o immagini, ma simbolizzati già come dinamiche intrasoggettive che coinvolgono il soggetto e tutti gli altri controruoli⁴ che lo vanno dinamicamente definendolo. Il *mettere in scena*, dunque, prima ancora di essere un'azione di concretizzazione che avviene in interazione sul palcoscenico, costituisce una modalità del pensiero di accedere ai propri contenuti interiori. Il sintomo va qui a indicare quella particolare *messa in scena* del proprio stato di sofferenza, in cui il soggetto si trova in qualche modo congelato; un sistema di scene cristallizzato in cui le proprie possibilità di accesso spontaneo e creativo all'interazione con l'ambiente (sia esso interno che esterno) sono ridotte e in cui prevale il ritorno coattivo delle stesse forme. La scena del sintomo come scena cristallizzata è una rappresentazione dei vissuti interiori connessa ad un evento traumatico; la scena del sintomo è identificabile come una scena traumatica, che sembra occupare completamente lo spazio interiore della persona, quello che abitualmente definiamo il suo teatro interno, intendendo metaforicamente quella dimensione propria dell'interiorità soggettiva in cui rappresentazioni di pensieri, affetti, emozioni prendono la forma di *funzioni attoriali*⁵ che interagiscono in uno spazio mentale. In questa metafora del teatro interno, viene proposta un'immagine dinamica della vita interiore della persona, un'immagine che sembra riprodurre analogicamente quella che va realizzandosi nella scena dello psicodramma in cui i soggetti concretizzano quel mondo interno, traducendolo in gesti, scelte feliche, azioni drammatiche. Quando questo spazio interno viene saturato da una scena dominante, esso perde le sue qualità dinamiche, smette di essere quel palcoscenico in cui trascorrono le sequenze mobili ed imprevedibili dell'esperienza relazionale; in questo spazio resiste, statica, la medesima rappresentazione che si impone al soggetto come una presenza intrusiva e persistente e da essa proverranno instancabilmente ricordi disturbanti, flashback intollerabili di un passato che sembra non passare più, il riporsi di uno stato d'animo angosciante che si affaccia continuamente alla finestra emotiva del soggetto. E' la ripetizione ossessiva della medesima scena ad angosciare il soggetto, poiché questa riproposizione coattiva dello stesso si contrappone al flusso di esperienza che fonda la sanità soggettiva sospinta nella relazione trasformativa con il mondo dai principi di spontaneità e creatività più volte richiamati da Moreno (2007, p. 8-10). L'apertura della persona alla novità, all'improvviso, all'inaspettato si chiude, lasciando il posto ad un atteggiamento irrigidito nei confronti della vita, percepita non più come luogo dell'Incontro intersoggettivo con un'alterità, incontro sempre rischioso ma per questo benefico e mobilitante, vita che diventa un deserto bianco, vittima di un'ibernazione affettiva per la quale il paziente sembra prigioniero di una gabbia da cui sente di non riuscire ad uscire. Durante questa glaciazione dello spirito⁶ tutto il mondo

⁴ Mantengo i concetti di ruolo e contruolo come definiti nella letteratura moreniana, enfatizzando anche il loro aspetto di rappresentazioni interne (Boria, 2005)

⁵ Il concetto di *funzione attoriale* è qui ispirato al modello delle *funzioni atanziali* di Greimas (2000) ed indica, sinteticamente, la proprietà di un *oggetto* psicologico (rappresentazioni di pensieri, affetti, emozioni) di agire o di subire un'azione.

⁶ Utilizzo, anche qui inconsapevole della sua improprietà, l'espressione di Resnik (2001) sulle glaciazioni psicotiche, per il suo potere evocativo e per-

soggettivo sembra subire un arresto, esso non scorre più trasformandosi continuamente ma il suo tempo rallenta sino a fermarsi ed il suo spazio si restringe fino a farsi angusto ed inabitabile. Se il teatro interno in cui si svolge la rappresentazione drammatica dell'interiorità si congela, in essa permane la scena che ne ha provocato la sospensione e il flusso attoriale del soggetto, quello che definiamo il suo io-attore, intendendo con esso il farsi continuo della trasformazione interiore, si arresta coagulandosi (mi sembra adatta la metafora del flusso sanguigno in questo caso).

1.3 - Elementi di analisi moreniana

Una delle dimensioni che fondano la capacità trasformativa dello psicodramma moreniano è certamente quella corrente affettiva che passa tra i membri di un gruppo psicodrammatico e determina quel processo di comunicazione inconsapevole tra le persone presenti ad un autentico incontro intersoggettivo. Moreno definisce *tele* questa corrente ed essa costituisce la più semplice unità di sentimento che viene trasmessa da un individuo ad un altro, ed è l'espressione della naturale tendenza dell'essere umano a porsi in relazione emozionale con altri esseri umani (Boria G., pag. 38-39). Questa definizione ha il merito di sottolineare come il tele rappresenti la condizione essenziale di quel riconoscimento spontaneo da parte dei membri del gruppo di far parte tutti di una stessa umanità in cammino. Vale questo riconoscimento a maggior ragione nelle situazioni intersoggettive in cui si osserva sin dalle prime verbalizzazioni come la sofferenza personale riduca spesso il soggetto ad una monade, ad una unità di patimento che si percepisce come isolata e solitaria rispetto alle persone che la circondano e vi interagiscono. Il tele, come suggerisce questa sua assonanza con l'idea di una rete di flussi emozionali che embricano le persone tra loro, sostiene il processo di reciproco riconoscimento di quella *universalità* del patire che richiama direttamente uno dei più noti principi dello Yalom (1997, p. 22). Tra le dimensioni trasversali, infatti, che spiegano e supportano il processo di cura nelle situazioni terapeutiche di gruppo, vi troviamo quella possibilità di scoprirsi in situazione con altri che condividono un medesimo destino di sofferenza, un destino che può assumere per ciascuno forme diverse, ma che ciononostante accomuna tutti nella stessa sofferta interrogazione del loro stato. E' opportuno, credo, ricordare come nel gruppo terapeutico di psicodramma le differenze tra gli individui, fondate sul *che cosa* essi sono gli uni per gli altri, sugli elementi strettamente biografici delle loro storie e sulle informazioni che li identificano nei loro ruoli sociali tradizionali, queste differenze cedono progressivamente al sentimento di una familiarità che riguarda il *chi* ciascuno è per sé e per l'altro. Richiamo qui un'espressione propria ad una filosofa come Hanna Arendt (1964) che spiega l'irriducibilità del *chi* di ciascuno a qualsiasi categoria precostituita, per suggerire un possibile modo in cui il tele funziona quando interpella, al di sopra della consapevolezza di ognuno degli attori della relazione, quel *daimon* che identifica il loro nucleo di valore. Nella tradizione greca il *daimon* è lo spirito, spesso teratomorfo, che incarna la particolarità di ciascuno, che custodisce il segreto di ogni soggettività ed esso, sempre sfuggente allo sguardo di chi lo porta con sé, resta alle spalle del suo possessore, sottratto alla sua vista. E' solo allo sguardo dell'altro significativo che ci rivolge un'attenzione sincera che questo *daimon* mostra il suo volto ed è l'altro a divenire a questo punto il depositario del nostro segreto, che ci restituisce nel racconto di noi, di come ci vede, di come ci percepisce. La *funzione di specchio* assume qui un altro valore, quello di un'azione che consente a ciascuno di noi coinvolto in un Incontro di recuperare i riflessi del nostro *daimon* dalle parole e negli occhi di colui che ci sta di fronte e ci racconta non del come ci ha visti o del che cosa ha scoperto di noi, ma del *chi* ha incontrato in scena accanto a lui.

Alla base di questa possibilità di incontro tra l'io ed un tu vi è il presupposto che la soggettività sia prima di tutto inter-soggettività e sia fondata sull'incontro reciproco con un altro, che definiamo *signi-*

ché identifica un tipo di esperienza con il paziente che ho sentito presente nel con-tatto con F..

ficativo in quanto non è già più un qualcuno generico, ma proprio l'altra persona che mi sta davanti, che condivide il mio sguardo e per il quale mi assumo il rischio di mostrare l'aspetto del mio mondo interno e di vedere la fisionomia del suo. Questa intersoggettività⁷, altro grande insegnamento di Moreno, non origina, primariamente, a partire dal linguaggio in quanto atto di parola e racconto di sé ma si fonda su di una condizione che precede ogni verbalizzazione e che riguarda il contatto di un individuo con altri individui, a livello di semplice senso vissuto. Il contatto, che qui separo nelle sue componenti per esaltare la dimensione del *cum*, dell'insieme, dell'essere almeno in due, che ne caratterizza profondamente lo spirito, è l'esperienza primaria della relazione e vi ritroviamo nel suo paradosso di pratica personale che non può che essere già da sempre duale (è necessario che vi siano almeno due superfici perché vi sia l'esperienza del contatto) lo sfondo per comprendere l'intersoggettività moreniana come pratica dell'intimità e della relazione. Se è *assieme* che avviene la relazione, essa parla attraverso il linguaggio del *toccare*, di quell'esperienza umana che prima ancora di assumere l'espressione della tonicità, della carezza, del "pelle a pelle" epidermico, riassume il valore di un'unione trascendente che fa sentire vicini, quasi a sfiorarsi, partecipi di una pelle comune coloro che nello spazio dello psicodramma moreniano scoprono di non essere soli e di partecipare tutti, in forme diverse, di una stessa, spesso sofferente, umanità. È questo, forse il valore dell'intersoggettività moreniana colta un attimo prima di diventare materia psicologica e poi psicoterapeutica, quando in essa trapassano ancora le tracce di quell'attenzione spirituale per l'uomo che Moreno portava con sé come destino. Se è il contatto lo spazio dell'incontro moreniano, esso dimostra la presenza di una dimensione pre-verbale e pre-simbolica della relazione, dimensione che spiega l'importanza di quei passaggi dell'azione psicodrammatica che valorizzano le dimensioni teliche, la sospensione della risposta, la relazione con il movimento, l'essere in scena davanti ad altri che ti osservano. Mi diventa in questo modo più chiaro cosa Moreno intendesse per tele, al di là delle puntuali interpretazioni che lo hanno già definito. Accettare il tele come contatto, come senso vissuto dell'altro, significa restituire la sua originaria valenza esistenziale e individuare proprio quella dimensione pre-rappresentativa della conoscenza di chi ho di fronte, accanto, attorno a me, conoscenza non ancora simbolizzabile ma che già marca in senso qualitativo l'incontro con l'altro. Diviene significativo l'altro quando viene vissuto come *mondo*, come mondo che entra in risonanza con ciascuno di noi, vissuto a sua volta come mondo da questi; è una risonanza tra *mondi affettivi* quella che si innesca nell'interazione tra soggetti in un incontro psicodrammatico.

1.4 - La sintomatizzazione

Sulla base di quanto definito sin qui, partire dal sintomo come esperienza di sofferenza, significa da una parte riconoscere in esso un itinerario che la persona compie in terapia per rendersi responsabile del proprio dolore, dall'altra accettarlo come l'espressione del modo (psico)drammatico con cui la persona si presenta e si muove nello spazio clinico. All'interno di questa visione, il sintomo diviene paradossalmente la cura e non il segnale della malattia e quest'ultima può essere interpretata come l'incapacità soggettiva di dare rappresentazione ad una particolare condizione esistenziale, di riuscire a ricondurre a tema, quindi a immagine, una particolare situazione emotiva, affettiva, relazionale, che agisce come un oggetto non simbolizzato che invade e domina il mondo interno della persona. Propongo qui, che il sintomo rappresenti il miglior tentativo possibile di quella persona di far fronte a questa impossibilità rappre-

sentativa, in quanto il sintomo stesso, come modo di essere, descrivibile e concretizzabile sul palcoscenico, è la soluzione al problema di una scena im-possibile e sempre mancante. Mi permetto di introdurre a questo punto un interessante concetto tratto dalla tradizione analitica lacaniana, quello di "sintomatizzazione" (Laurent, 2006)⁸ termine che richiama e ribadisce l'assunzione del proprio disagio come sintomo, di sentirsi responsabile per esso e di accedere in questo modo ad un percorso di esplorazione delle condizioni, strutturali in questo caso, che ne determinano la sofferenza. Assumersi il proprio sintomo, *appropriarsi di esso* come un'espressione di sé che necessita di essere interrogata nel suo enigmatico porsi come scarto continuo rispetto alla propria realtà abituale o desiderata, questo è l'approdo, solo in apparenza paradossale, a cui conduce un percorso terapeutico di tipo analitico. L'analisi lacaniana assume in questo caso che il disagio in sé, come disturbo psico-fisico, sia semanticamente inespressivo, non parli alla persona, non la riguardi; esso si presenta come *stato* che non fa problema ed in questo modo non interroga, resta muto. Questo processo di soggettivizzazione del proprio stato di disagio rappresenta, a mio parere, un movimento importante anche nel percorso di cura psicodrammatico moreniano, laddove la condizione di turbamento con cui i pazienti arrivano alla richiesta terapeutica si trasforma positivamente in una situazione personale di sofferenza. Per quanto possa sembrare improprio parlare di sintomo in un contesto esistenziale e fenomenologico come quello moreniano, ricordo come qui io lo consideri l'espressione di un particolare *modo di essere* e di *agire* della persona che si presenta in teatro, un modo di essere che diviene un oggetto di riflessione e di assunzione soggettiva quando arriva ad essere pensato come espressione genuina del proprio mondo interiore. Questo processo di assunzione personale delle proprie scene interne è, per quanto riguarda l'ipotesi di questa mia relazione, un equivalente analogico della sintomatizzazione lacaniana, lasciando, in questo contesto, volutamente inesplorata la dinamica inconscia che essa inevitabilmente sottende e la sua natura nel linguaggio moreniano.

Proseguendo nel mio tentativo di considerare lo psicodramma classico innanzitutto un percorso di analisi della propria condizione soggettiva, per poterla comprendere e quindi, solo a questo punto poterla significare (Ricoeur, 1989), mi approprio, in modo improprio, del concetto di sintomatizzazione per cercare di spiegare uno dei fenomeni terapeutici per me più interessanti nel caso di F. (vedi infra): il progressivo appropriarsi da parte della paziente della propria sofferenza come qualcosa che la riguardava in modo particolare e singolare, il progressivo sintomatizzare la propria condizione uscendo da una concezione in qualche modo medicalista della propria sofferenza, interpretata come qualcosa che le è semplicemente capitato, che le è estraneo ed esterno, che non riguarda lei, la propria visione del sé, la propria relazione con le tematiche profonde del proprio esistere. Il percorso, anche se solo parziale da lei compiuto (è ancora presente nel gruppo terapeutico), è sino al momento attuale arrivato ad una importante svolta che riguarda proprio la possibilità di nominare in prima persona la ragione della sua angoscia, senza arginare gli effetti di questa scoperta con soluzioni consolatorie, ma prendendosi autonomamente carico del senso del suo patire. L'evento traumatico, in questo modo, da una serie di circostanze storiche che l'hanno riguarda in modo esterno, come qualcosa che ha semplicemente subito per responsabilità di altri, un evento che non cessa di passare e che la costringe continuamente a farci i conti, questo evento diviene qualcosa che racconta di lei altro, diviene un'opportunità per ricominciare quel gioco di analogia

⁷ Per quanto il concetto sia stato elaborato in ambito analitico da Silvia Montefoschi (Montefoschi, S. (1977). *L'uno e l'altro. Interdipendenza e intersoggettività nel rapporto psicoanalitico*. Milano: Feltrinelli) e poi ripreso da De Leonardi (Leonardi, P. D. (2003). *Lo scarto del cavallo*. Milano: Franco Angeli), è nel pensiero esistenzialista e relazionale di Moreno che è possibile rintracciare una strada originale al medesimo approdo propria dello psicodramma classico.

⁸ Questo concetto si riferisce in particolare a quelle situazioni di disagio psicologico (esempio tipico le condizioni connesse ai disturbi alimentari, quali l'anoressia e la bulimia nervosa) in cui il soggetto che si presenta in terapia non si descrive come sofferente o portatore di un sintomo che lo angoscia, bensì si descrive in modo egosintonico come persona in equilibrio con sé, il suo mondo interno, il contesto in cui vive, tutto questo in contraddizione con una condizione psicofisica degenerata.

e di rimandi, per il quale ogni scena rinvia, positivamente a tutte le altre. Ed è in questo gioco che la vita ricomincia, che ricomincia la possibilità di aprirsi alla sperimentazione di cose nuove, laddove cioè ciò che ci è successo e a cui attribuiamo il nostro dolore è un testo da interrogare per scoprirvi i motivi più profondi del nostro rapporto con il mondo, motivi che spesso rimandano ad un altrove fatto dai rapporti familiari primari, dagli abbandoni subiti, dalle ferite dell'amore.

Capitolo 2 **PRASSI E TEORIA DELLA PRASSI**

2.1 - Il set ed il setting del gruppo

Il gruppo è stato condotto presso il mio studio, uno spazio non molto grande ma sufficiente a ospitare un teatro piuttosto essenziale. Non essendo ancora in grado di realizzare il mio teatro di psicodramma, mi sono accontentato di realizzare un luogo accogliente e funzionale, in cui fossero presenti i dispositivi fondamentali: un tappeto circolare, che delimitasse lo spazio della rappresentazione, una panca rivestita per definire la posizione dell'uditorio, una piattaforma rialzata che indicasse il punto di vista della balconata, sedie e materiali vari per le diverse concretizzazioni. Non disponendo di un impianto luci all'avanguardia, ho scelto di creare le atmosfere luminose con due lampade regolabili con pratici dimmer. Questo, sostanzialmente, per quanto riguarda il set dell'attività; per quanto riguarda gli elementi di setting, il gruppo si è ritrovato per circa 7 mesi, con incontri di 70/90 minuti, a cadenza settimanale (solitamente il giovedì sera, dalle 19.00 alle 20.30). La scelta della durata variabile è dovuta, soprattutto nelle prime sessioni, alla mia difficoltà nel lavorare con tre persone, e talvolta solo con due, per un tempo che fosse superiore ai 70 minuti; ho scelto una gestione dinamica del tempo, che rispettasse le esigenze del lavoro in scena, ma che fosse proporzionale alle risorse personali dello specifico incontro.

2.2 - La composizione del gruppo

Il gruppo di psicoterapia che ho condotto in questi mesi e che è tuttora attivo è composto, attualmente da 4 persone: oltre a F. (22 sessioni) al gruppo sono presenti D. (20 sessioni), S. (21 sessioni), A. (10 sessioni). Le caratteristiche essenziali delle persone presenti, che connotano in qualche modo anche la loro partecipazione all'esperienza del gruppo, individuando i temi che li hanno condotti al percorso terapeutico e che si ripresentano in forma diversa durante la successione delle sessioni sono:

D.

D., è un uomo di 42 anni, impiegato, che vive tuttora con la sua famiglia d'origine. Si presenta al gruppo di terapia con entusiasmo, dopo un colloquio individuale; le ragioni della sua scelta di affidarsi ad un percorso terapeutico sono attribuite a continue crisi di panico, che negli ultimi anni si sono ripetute e che non è mai riuscito a risolvere attraverso interventi farmacologici e la consulenza di uno psichiatra. È una persona molto disponibile al lavoro psicodrammatico; ha partecipato a quasi tutte le sessioni che prendo in considerazione, mostrando sempre una buona capacità di auto-osservazione e una naturale disposizione a proporre specchi "costruttivi" nei confronti dei compagni.

S.

È una donna di 38 anni, che gestisce un negozio in città. Anche lei, come D., vive con la famiglia di origine anche a seguito di una storia sentimentale molto tormentata. È proprio la storia sentimentale che S. definisce "di passione e di paura" a condurla a scegliere la psicoterapia come percorso di cura personale; S. si sente "invischiata" in una situazione da cui non sa come uscire, alle prese con un uomo che lei descrive come manipolatorio e "ipnotico", dal quale, per quanto lei si sforzi, non riesce mai a separarsi in modo definitivo. Questa situazione di dipendenza l'ha fatta cadere "in una profonda depressione, che mi impedisce di fare qualsiasi cosa, di vedere gli amici, di andare al lavoro. Ho paura di diventare matta come lui." Qui S. si riferisce ad una situazione patologica del compagno, a cui farà più volte riferimento nel corso delle prime sessioni, patologia mentale che la spaventa molto e che teme possa diventare anche il suo "destino".

A.

È l'ultima arrivata nel gruppo di psicoterapia. È una donna di 32 anni, iscritta all'università per la seconda laurea, sposata da 4 anni con un uomo a cui dice di essere molto legata. A. si è decisa alla terapia dopo un lutto che l'ha colpita improvvisamente. La morte di un amico che non sentiva da molto tempo l'ha portata ad una profonda crisi personale: ha incubi ricorrenti, non riesce più ad avere rapporti sessuali con il marito, sta cominciando a rifiutare i rapporti con chi le è più vicino. Il pensiero dell'amico scomparso, fidanzato per qualche anno quando frequentava i primi anni delle scuole superiori, l'ossessiona al punto da non riuscire più a pensare ad altro.

2.3 - Il caso

Il caso che presento è quello di F., una donna di 35 anni che si è presentata nel mio studio nel mese di dicembre dell'anno scorso. F. ha scelto di venire in terapia in modo spontaneo ed ha dimostrato sin dal primo incontro una certa comunicatività e competenza nel descrivere la propria condizione di sofferenza. F. vive con la madre e la sorella; i genitori si sono separati molto anni prima e lei non ha più rapporti con il padre. L'urgenza che l'ha spinta a decidersi per un percorso di tipo terapeutico è una condizione di ansia che perdura ormai da due anni e mezzo e che lei associa direttamente ad un evento della sua vita professionale che l'ha irrimediabilmente segnata. F. comincerà a raccontarmi in modo agitato ed emozionato tutto gli eventi della sua storia personale che a suo dire hanno causato la sua attuale condizione di sofferenza.

La storia personale

Nel periodo dell'insorgenza delle prime crisi di ansia, infatti, F. lavorava come impiegata presso uno studio di professionisti da circa cinque anni. Era molto contenta del suo lavoro e dell'ambiente di relazioni personali che aveva trovato in quell'ufficio ed era legata affettivamente con il responsabile dello studio, che lei stimava e vedeva come una persona di cui fidarsi e a cui affidarsi anche nelle situazioni di crisi personale. Questo quadro di serenità e di equilibrio viene improvvisamente rotto da un periodo di difficoltà professionale nello studio, durante il quale, causa lo stress e l'insorgere di alcuni attriti tra i professionisti presenti, il clima cambia e l'ambiente si fa teso e conflittuale. Durante questo periodo, e qui continuo a riportare fedelmente il racconto che la paziente mi fa durante il primo incontro, anche il rapporto con il responsabile si corrompe e lei sente che lui la vuole allontanare dallo studio. Comincia a sentirsi "sotto assedio" ed i dubbi del primo momento divengono la certezza che il responsabile, che chiamerò G., le tende delle trappole per farla cadere e per costringerla a rinunciare a quel posto di lavoro cui è tanto legata. Diventa vittima di una "chiara azione di mobbing" e senza che vi siano ragioni di nessun tipo che giustificano questo improvviso cambiamento nei suoi confronti. I boicottaggi si fanno insistenti e lei si sente spiata, è convinta che i suoi cassetti siano frugati alla ricerca di prove di un qualche suo errore o comportamento lesivo verso l'ufficio, sente che il responsabile trama con le sue colleghe per allontanarla. F. resiste per qualche tempo, cerca di chiarirsi con il capo, ma riceve solo false rassicurazioni; comincia a portarsi appresso un registratore per conservare le conversazioni e usarle per un eventuale causa al suo titolare, tiene traccia dei messaggi che le vengono inviati ed entra progressivamente in una spirale di sospetto e di "paranoia". Cominciano a fare la loro comparsa le prime crisi di ansia e dopo qualche tempo succede proprio ciò che aveva sempre temuto: viene accusata di una grave trascuratezza professionale e sostanzialmente costretta a lasciare l'ufficio, il luogo che le dava tranquillità, che la faceva sentire apprezzata e stimata, le relazioni a cui lei teneva di più e un uomo per lei affettivamente importante. A seguito di questo evento, le crisi di ansia si aggravano e fanno la loro comparsa degli importanti attacchi di panico, che la costringono a casa e le impongono il ricorso ad un aiuto farmacologico. D'un fiato, F. mi racconta tutto questo e mi chiede un aiuto per vincere le crisi di ansia e di panico, poiché sa che appena guarita sarà in grado di denunciare finalmente il suo responsabile per le vessazioni a cui l'ha sottoposta e affrontare la causa legale.

Prime considerazioni

Ho riportato estesamente il racconto di F. in quanto molti degli elementi che vi sono contenuti e che lei ha proposto nel primo incontro, rappresenteranno nel corso degli incontri successivi un nucleo narrativo autonomo che tenderà ad imporsi sulle altre possibilità di racconto personale. La relazione con il responsabile, descritta come un *legame decisivo* per il proprio benessere, la presentazione dell'ufficio come un luogo affettivo e come un *ambiente familiare insostituibile*, l'insistenza sul rapporto con le colleghe, indicate come *presenze significative e intime*, hanno costituito per molti degli incontri successivi il tema dominante delle verbalizzazioni di F. e di alcune delle scelte sceniche nel contesto del gruppo di psicoterapia. Quello che può essere a tutti gli effetti considerato l'evento traumatico, a cui la paziente farà costantemente riferimento come causa di tutte le sue sofferenze attuali, è sembrato sin da subito occupare completamente lo spazio del suo teatro interno, presentandosi come una scena cristallizzata. Ciò che maggiormente mi ha colpito nel racconto di F. non sono stati i contenuti, quanto il tono, le modalità con cui ha descritto questi eventi: l'atteggiamento non era di distacco, di distanza, ma per quanto vi fosse intensità emotiva nel suo raccontare era come se i contenuti che presentava non la *toccasse* davvero, fossero senza dubbio *suo*i ma non le fossero *propri*. Provava rabbia, certo, e frustrazione, ma è come se questi sentimenti fossero rivolti ad una storia che non fosse totalmente la sua, come se assistesse ad uno spettacolo emozionante, coinvolgente, ma a cui era paradossalmente convinta di non far parte. Mi è difficile descrivere compiutamente queste sensazioni assolutamente personali ed è solo associandole ad immagini spontanee di un deserto emotivo, di una desolazione psichica che posso dare un'idea della loro connotazione.

Durante il secondo incontro (l'ultimo prima della proposta di cominciare l'esperienza di gruppo che proprio in quei giorni stava partendo) chiedendole di rappresentare graficamente il suo atomo sociale del periodo che stava vivendo, indicando quali fossero i ruoli che nella sua vita stava interpretando, F. colloca con decisione sé stessa al centro e fatica a identificare altre figure significative; solo disegnando la posizione antagonista del suo responsabile e di coloro che nell'ufficio le avevano fatto del male è in grado di mettere in forma il suo mondo relazionale attuale. Non c'era spazio per altre figure significative in quella scena, solo lei e la relazione polare con i suoi "nemici" a dare struttura alla sua scena interna. F. accetterà di entrare in gruppo con molta diffidenza: era venuta per una terapia individuale e non le piaceva l'idea di condividere la sua vita con altre persone, peraltro sconosciute. Fidandosi della mia professionalità si è decisa "a provare" questa esperienza, assicurandomi che se non si fosse trovata bene se ne sarebbe andata.

2.4 - Analisi delle sessioni

Ho scelto di presentare alcune sessioni significative tra quelle a cui ha partecipato F., con lo scopo di isolare alcuni momenti che possono suggerire un itinerario di tipo personale all'interno dello spazio di cura. Alternerò una breve descrizione della situazione scenica, centrata sulla figura di F., con alcune considerazioni che definiscono i passaggi clinici che mi sono sembrati più importanti; non potendo riportare integralmente l'organizzazione delle sessioni, proporrò solo alcuni momenti di ciascuna per isolare alcuni elementi critici. Durante la descrizione e l'analisi delle situazioni mi sono sentito di inserire alcune considerazioni riguardanti il mio sentire nei diversi momenti del lavoro con il gruppo, in quanto, più volte, queste sensazioni personali sono state un indicatore prezioso nel suggerirmi le mie possibilità di azione e di intervento e mi hanno sempre raccontato del mio livello di spontaneità e di adeguatezza nel ruolo.

2.4.1 - Sessione 1: Il ghiaccio

È la prima sessione per tutti i membri del gruppo, ma è anche la mia prima sessione come psicodrammatista, primo e unico responsabile dell'andamento di un gruppo di persone che hanno deciso di affidarsi a me come loro terapeuta. È forte la paura di sbagliare e la sensazione di essere solo di fronte a loro, privo del supporto del mio tutor, presente nel percorso di tirocinio, privo dello sguardo benevolo delle didatte presente durante l'esperienza formativa, pri-

vo della rassicurazione della scrivania nel setting individuale del mio studio. D. S. e F. arrivano puntuali alla seduta e si dispongono seduti in palcoscenico, a terra. Dopo la presentazione del setting del lavoro terapeutico in cui saranno coinvolti, durante la quale, seduto con loro, descrivo le regole e le modalità di partecipazione, chiedo loro di presentarsi reciprocamente, raccontando qualche cosa che li riguarda ed il motivo che li ha portati a partecipare al percorso terapeutico. S. affronta il compito con diligenza, ma con scarsa partecipazione, aspetto che connoterà il suo modo di stare in gruppo per molte sessioni ancora; F., diversamente da D., loquace e in qualche modo contento di potersi raccontare a qualcun altro, appare imbarazzata, contratta, ascolta in modo distratto, rivolgendosi spesso lo sguardo su di me e quando arriva il suo turno racconta in modo molto sintetico aspetti prevalentemente anagrafici della sua vita.

Nell'attività successiva chiedo alle persone di pensare ad un altro significativo della propria vita che possa presentare degli ulteriori aspetti personali di sé: D. sceglie la madre, S. convoca la sorella, F. si mostra in difficoltà, non le viene in mente nessuno che possa dire delle cose su di lei e, solo dopo averla accompagnata nella scelta, propone una sua amica, E., di cui per un attimo sembra non ricordarsi neppure il nome. In inversione di ruolo con E., F. si descrive come una persona sensibile ed emotiva, ma fatica a restare nel ruolo, si volge spesso verso di me chiedendomi cosa dovesse fare, si interrompe spesso e deve essere sostenuta attraverso molte domande.

Considerazioni

Già da questa sintesi emergono due tratti caratteristici della presenza di F. nel teatro psicodrammatico in queste prime sessioni: la sua difficoltà ad agire in modo spontaneo le consegna del direttore e la sua incapacità di convocare sulla scena altri significativi che appartengano a zone del teatro interno non saturate della scena traumatica. Questi tratti, che si sono confermati durante le attività successive, differenziando il modo di agire di F. dagli altri partecipanti, li ho assunti come indicatori, di tipo strettamente fenomenologico, di un suo modo di essere in scena che racconta di una sua più complessiva difficoltà ad accedere a risorse interne che non siano quelle consentite dalla scena cristallizzata. A quest'osservazione posso aggiungere degli elementi tratti dai miei vissuti personali: è stato presente in tutte le prime sessioni un mio forte vissuto di estraneità nei suoi confronti, una sensazione di distanza e di fastidio che mi ha messo molto in difficoltà. Ho sentito dentro di me più volte il morso di una fredda indifferenza verso di lei, diverso dalla partecipazione spontanea che sentivo per i vissuti degli altri due compagni di gruppo. Se, soprattutto all'inizio, ho considerato solo difensive queste sensazioni, associandole alla negazione costante del mio ruolo di conduttore che F. implicitamente agiva con i suoi comportamenti, ho cominciato successivamente a interpretarle come indicatori della tonalità del campo affettivo⁹ che andava generandosi *tra* noi e che raccontava tanto del mio mondo quanto del suo. Ritornavano nuovamente il freddo, l'indifferenza, quel senso di un bianco spietato alieno a qualsiasi screziatura. Nelle sessioni successive, F. concentrerà il suo racconto prevalentemente sulla descrizione del suo stato di disagio ed i suoi aggiornamenti si concentreranno sulle cause di questa sua condizione, sul lamentoso e insistito ritorno alla scena traumatica ed ai suoi attori stereotipati.

2.4.2 - Il fuoco

Come nelle sessioni precedenti tutti e tre i partecipanti arrivano puntuali allo studio per la seduta. Propongo un riscaldamento specifico di movimento nello spazio e di contatto tonico tra loro; mi accorgo che tutti sembrano disponibili all'attività, rispondono in modo

⁹ Richiamo qui il concetto di "campo bipersonale" come elaborato dai Bangerter (1990) e definibile, in contesto gruppale, come quella nozione dinamica che identifica diverse forme di *impasse* della situazione terapeutica. Riconoscendo le caratteristiche del campo in cui anche il terapeuta si trova assieme al paziente è possibile osservarlo e uscirne, riconquistando quella libertà affettiva e cognitiva che consente di affrontare le difficoltà cliniche di entrambi gli attori in gioco.

spontaneo alle mie richieste e anche durante l'aggiornamento (momento strutturalmente presente in tutte le sessioni, anche se gestito in forme diverse) le verbalizzazioni richiamano ad eventi di tipo intimo e familiare, con coloriture affettive e confidenti. Anche F., diversamente dal solito, appare maggiormente presente, ascolta i racconti di D. e S., alla quale fa una domanda di approfondimento; racconta di una settimana più serena delle altre, durante la quale gli attacchi di panico (a cui aveva fatto riferimento sin dalla seconda sessione come // suo tema terapeutico) sembravano diminuiti in intensità e frequenza. Mi decido per un'attività che avevo sperimentato da poco nel contesto formativo della scuola e propongo la "ruota della vita", suddividendo il palcoscenico in diversi spicchi che rappresentassero le principali stagioni della vita, dai 5 anni all'età attuale. Tutti e tre contemporaneamente si collocano dentro ciascuno spicchio seguendo l'ordine cronologico; a turno, con le luci abbassate e in una bella atmosfera di racconto privato, si presentano reciprocamente, in inversione con il se-stesso di ciascun periodo. L'attività scorre molto bene, il clima del gruppo è intimo e le tonalità delle comunicazioni sono calde; il chiacchiericcio del mondo da cui ciascuno di noi proviene, lascia il posto alla parola viva che ci si scambia nell'incontro con un altro significativo, presente lì, davanti a noi. F. si descrive in ogni età in modo vivo, riesco a farmi dimenticare da lei, immersa com'è nell'atmosfera onirica del teatro, e racconta di una vita di affermazioni e di rinunce, di affetti trovati ed altri persi per sempre, racconta di una ragazzina piena di vita e di una giovane donna alle prese con i rifiuti del mondo, racconta spontaneamente fino all'età adulta, fino al tempo presente, dove improvvisamente le parole le mancano. F. scopre per la prima volta in gruppo la sua emozione, si scopre incapace di raccontare *qualcosa* che in modo improvviso le si impone come *qualcosa* di assolutamente personale, qualcosa di suo, di lei che ha attraversato le stagioni della sua vita per trovare questa emozione ad attenderla alla fine. Trovando a fatica le parole per raccontare la *sua* storia, questa volta F. accede, nuovamente, alla sua *funzione di doppio* e scopre l'intensità di un pianto che commenta silenzioso lo scorrere di un racconto che si fa vivo e che mette in linguaggio la sua sofferenza privata. Durante lo sharing conclusivo, sceglierà D. per condividere il significato di questa esperienza e sarà S., testimone di questa confessione, a offrirle uno specchio molto significativo: "E' la prima volta, da quando ti ho conosciuto in questo studio, che ti ho visto piangere e capisco adesso quanto tu debba aver sofferto per quello che ti è successo".

Considerazioni

Vi sono attività che nello psicodramma moreniano hanno acquisito per me un significato particolare. Questa, che ho qui descritto brevemente, ha rappresentato un passaggio molto importante non solo nel gruppo di terapia o nel percorso di F., ma anche nel mio modo di interpretare il ruolo di conduttore. Restando in silenzio, discosto, ascoltando tre persone che nella luce fiavole del teatro raccontavano le loro storie, e le raccontavano con pazienza, intensità, consapevoli di star facendo qualcosa di importante per ciascuno di loro, ho capito cosa significhi stare ai bordi della scena, presidiandone solo i confini, cosa significhi lasciare che la scena prenda, teneramente, il sopravvento sulla mia presenza, e conduca, come un fiume placido, le persone all'incontro con la loro verità soggettiva. Non avevo mai compreso sino in fondo questa verità della scena e nel commuovermi, io, nell'ombra, alle storie di vita di chi, provenendo da strade diverse si ritrovava assieme ad altri, raccolto a terra a raccontarsi, ho sentito una vicinanza estrema a quei percorsi, ho sentito di star partecipando a qualcosa che ci accomunava ed era semplicemente la nostra umanità. Anche in F., ripercorrendo la sua storia in scena, si è come ridestata quell'anima affettiva della memoria che riporta le tracce più silenziose del nostro passato, tracce che non parlano solo di eventi, di situazioni, di incidenti e sorprese, ma soprattutto segnalano l'itinerario di una provenienza, di un *da dove* che ridà improvvisamente senso al nostro presente, al suo presente, e lo ricolloca in flusso con il futuro che l'aspetta ad ogni istante. In questo movimento di rimessa in narrazione della propria storia personale, credo che F. abbia sentito la scena tra-

matica come una *sua* scena, ora finalmente collocata nel tempo vissuto delle altre scene che ha abitato e ha sentito per un attimo cedere il gelo che dominava il suo teatro interno. La scelta felice di D. come altro con cui condividere questa piccola fiamma emozionale accesi all'improvviso, rappresenterà nelle sessioni a venire una scelta abituale in tutti quei momenti in cui F. sentirà il bisogno di uno sguardo benevolo che le restituisca il riflesso, negli occhi, del suo fuoco che va lentamente rianimandosi.

2.4.3 - La perdita

I membri del gruppo entrano nello studio; da qualche sessione hanno preso l'abitudine di attendersi all'entrata qualche minuto prima l'inizio della sessione e di accedere al teatro tutti assieme. Penso che sia un importante indizio di un clima di gruppo che va creandosi, anche tra persone che compongono semplicemente un trio. Non serve oramai che li inviti a muoversi in palcoscenico, spontaneamente cominciano a camminare, continuando a scambiarsi qualche battuta. Li coinvolgo in una semplice attivazione psicomotoria e creo le condizioni perché possano aggiornarsi, comodamente, sulla settimana passata. Emerge il tema della casa, della casa delle origini, della casa familiare in cui vivono e della nuova casa che vorrebbero creare o che sono in procinto di comprare. Mi ricordo in quel momento che tutti e tre condividono un tratto comune: vivono di fatto con la famiglia di origine e non sono ancora riusciti, pur avendone voglia (testimonianza che hanno portato nelle sessioni precedenti), a costruirsi uno spazio personale autonomo. Improvviso un'attività che lavora sulla linea del tempo e chiedo loro a turno, di ricostruire in scena con i materiali che trovano nel teatro, l'immagine¹⁰ che hanno della loro casa delle origini, quella da cui sentono di provenire, l'immagine della casa che abitano in questo momento e l'immagine della casa che abiteranno nel futuro. Sia D. che S. costruiscono le tre immagini e, portando gli altri compagni ad abitarle per un po', condividono con loro le emozioni e gli affetti che vi sono rappresentati. Arrivato il momento di F., lei riesce con molta spontaneità e creatività a concretizzare la casa della sua infanzia, che rappresenta per lei lo spazio familiare al completo: usa colori molto caldi, cuscini, ricrea un ambiente morbido e accogliente, eppure pieno di cose, saturo, in cui non è possibile muoversi. La sua testimonianza è commossa, soprattutto quando ricorda i momenti in cui lei, la madre e la sorella condividevano con il padre alcune scene domestiche a lei molto care. La casa del presente è lo stesso luogo ma divenuto uno spazio più asciutto, dove compaiono angoli e sedie; è un luogo in cui si deve stare composti e attenti a non far cadere le cose: le tonalità si fanno più fredde, la luce che sceglie è più viva, più luminosa, perché in questo spazio bisogna guardarsi attorno con cautela, muoversi il meno possibile e diffidare anche delle persone che ti vogliono più bene. Il racconto è irritato, c'è rabbia in F. perché sa, e lo racconta ai compagni in silenzio e concentrati, che la causa di tutto questo è quello che le è successo in passato, è colpa di G., il suo capo, e della sua "cattiveria". Doloroso diventerà per F. a questo punto rappresentare la casa che l'attende in futuro: afferra in modo distratto un lenzuolo, lo lascia cadere, prende dei foulard ma non sa cosa farsene. Decide di fare un mucchio con le cose che la circondano e si siede su questo cumulo, guardandosi smarrita attorno. "Non so come farla, non mi viene in mente niente [In questo momento mi sento...] mi sento così sola, senza un posto dove andare." Dal suo non-luogo di oggetti disordinati, F. guarda le sue immagini precedenti e si commuove: "Ho paura che resterò per sempre in quella casa...che non riuscirò mai ad andarmene". Il suo *insight* mi tocca e, dimenticando anche il principio fondamentale della simmetria, chiedo ai compagni di aiutare F. a costruire il suo spazio futuro, realizzando loro per lei una casa che sentono, per quanto l'hanno conosciuta sino a qui, possa rappresentare un luogo accogliente e positivo. D. e S. accolgono con passione la mia richiesta e realizzano, lavorando in modo spontaneo,

¹⁰ Utilizzo il termine immagine nella sua accezione classica di *imago*, che richiama l'idea di una rappresentazione interiore fantasmatica che sintetizza un affetto in un'immagine iconica.

senza quasi consultarsi, uno spazio pieno di colori, di forme diverse, ma uno spazio in cui potersi muovere, in cui poter girare tra gli oggetti. Sarà S. ad accogliere F. in questo luogo preparato per lei: "La tua prossima casa sarà simile a come ti ho vista in alcuni momenti, qui; piena di possibilità e con tanta voglia di fare tante cose; sarà una casa colorata, in cui potrai invitare tutti gli amici che vorrai... e fare festa". Dopo un abbraccio intenso tra le due, a cui si aggiunge D., per la prima volta commosso, c'è il momento dello sharing conclusivo: F. testimonierà quanto l'abbia angosciata l'immagine di sé sola, perduta in mezzo al niente con la sola possibilità di tornare indietro e quanto l'abbia riscaldata la casa che i compagni avevano realizzato per lei, perché era da molto che qualcuno non le faceva qualcosa di bello e perché da molto non vedeva tanti colori attorno a sé.

Considerazioni

La concretizzazione, che nello psicodramma classico assumiamo come quel principio di messa in scena dei propri vissuti interni, di esteriorizzazione del proprio teatro intimo e delle sue dinamiche, rappresenta una degli aspetti più affascinanti del lavoro terapeutico, e non solo, in palcoscenico. Vi si trova sintetizzata, infatti, una delle idee centrali del pensiero di Moreno: che il teatrale preceda lo psicologico (vedi anche Dotti, 2002), che, in altre parole, l'individuo impegnato in scena si conosca come soggetto di pensiero e di affetti alla fine della rappresentazione, quando, volgendosi indietro, prende consapevolezza delle tracce che ha lasciato. E' sempre emozionante vedere quanto sia presente nel lavoro in scena questo principio: solo seduta sul suo cumulo di cose, voltata a guardare i luoghi del suo immaginario che lei stessa aveva portato, F. ha compreso intimamente il significato di quella sua posizione ed è riuscita a farla propria, riconoscendola come l'espressione della solitudine e dell'assenza di futuro. Ritornando all'ipotesi guida di questa mia relazione, della scena congelata che occupa interamente il suo teatro interno, sottraendole lo spazio per i suoi pensieri ed il tempo per il suo fluire, rileggo questo suo passaggio come l'intuizione personale di una perdita, dell'essere venuta meno la sua capacità di futuro e con essa il suo potere generativo, la sua creatività. La scena traumatica ha irrigidito il suo sguardo e lo ha fissato sull'istantanea statica del suo passato, celandole alla vista le potenzialità inesprese della sua spontaneità. Quella paura di non riuscire ad andarsene, "di restare per sempre in quella casa", condensa un altro movimento interiore: la sua impossibilità di lasciare quell'immagine cristallizzata di cui è prigioniera, impossibilità di cui, per la prima volta nell'esperienza del gruppo di terapia, assume su di sé tutta la tragicità. E' come se le immagini rappresentate in scena condensassero movimenti affettivi interiori, a cui si richiamano anche solo per analogia strutturale, ed è come se l'elaborazione di queste stesse immagini retroagisse su quegli stessi movimenti modificandone la dinamica. Riferendo a sé l'angoscia provocata da queste immagini, F. accede in modo pieno alla propria sofferenza come tema che la riguarda profondamente, ed anche se non è presente il suo evento traumatico come oggetto esplicito, è ad esso che si rivolge il suo animo che lo comprende finalmente come un vissuto proprio, che la tocca e la riguarda. Avviene in questo modo una prima forma di sintomatizzazione della sua condizione, percepita sempre più come un'esperienza soggettiva che da una parte mette in crisi il suo sistema di vita, ma che dall'altra, inevitabilmente, sembra sottendere ad una verità personale più profonda collegata ad un senso di abbandono e di solitudine. La scena congelata svolge qui la sua doppia funzione: di tema portante la sua domanda di cura e di creazione spontanea per arginare una più radicale ed intollerabile esperienza dolorosa. Dentro la casa che i compagni hanno preparato per lei, F. fa l'esperienza di qualcosa di nuovo, o di nuovamente vitale, un'esperienza che non si risolve nelle sole caratteristiche evidenti dell'immagine (i colori, i materiali...) che pure tanta importanza hanno sul piano percettivo, ma che si sostanzia nel dono d'amore che D. e S. le porgono, un dono di prossimità relazionale e di cura che tocca nel profondo il bisogno di F. di essere accarezzata e accudita. Accompagnata all'interno di quel dono, lei sperimenta di nuovo il calore di qualcuno che ci tiene, che si fa por-

tavoce delle sue potenzialità, che sogna per lei¹¹, in scena, un futuro che da quel momento in poi le sarà aperto per sempre. Riconoscere gli altri due membri del gruppo come altri significativi che si pre-occupano per lei, consente a F. di ospitarli nel proprio mondo interno come figure benevole, che arricchiscono il suo teatro di figure capaci di ridonargli nuova dinamicità.

2.4.4 - L'incontro

In questa sessione il gruppo si ritrova composto da quattro persone: A. è entrata nella sessione 17 e si è ambientata positivamente con gli altri compagni. L'accoglienza da parte di D. e F. è stata molto positiva, solo S. è sembrata irrigidirsi negli ultimi incontri. La sessione comincia con l'aggiornamento in gruppo, F. sente l'urgenza di condividere con i compagni un evento importante che le appena successo: ha re-incontrato G. dopo molto tempo che non lo vedeva. L'incontro è stato improvviso, inaspettato, ma sufficiente a farle riprovare tutta quella rabbia e quell'odio disperato che da quando ha cominciato a frequentare il gruppo non provava. Si rammarica, nel racconto, di non aver avuto il coraggio di fermarlo e di dirgli in faccia quello che pensava di lui e di descrivergli tutto il male che le aveva fatto. Ho sentito, alla fine degli aggiornamenti, che potesse essere il momento opportuno per proporre a F. un lavoro da protagonista; mi ha colpito il fatto che non fosse sorpresa della proposta e, diversamente da come mi aspettavo, non si difendesse in nessun modo dalla possibilità di affrontare in scena il pericolo di incontrare il suo fantasma. Si è lasciata portare nella conduzione con una inusuale disponibilità e, quasi, con determinazione; ha scelto A. come alter-ego e D. per impersonare il suo responsabile; abbiamo ricostruito lo scenario dell'incontro e rappresentato l'episodio critico ripercorrendo in modo filmico la sequenza, fotogramma per fotogramma, sino all'acme drammatico¹²: lo sguardo fisso sulle spalle di G., voltato, mentre prosegue per la sua strada, tutta la rabbia trattenuta nelle lacrime che bordeggiano gli occhi. Alla mia richiesta di fare qualsiasi cosa che sentisse importante per lei in quel momento, F., volge bruscamente il suo volto verso di me, sembra sull'argine di una possibilità creativa, ma poi la sua tensione si scioglie e scuotendo la testa, mi dice "No, non ci riesco; non ho ancora le forze per farlo" (enfasi mia). Le chiedo di salire in balconata e di osservare la scena da fuori; le chiedo di verbalizzare il suo stato d'animo del momento, e F. parla di tristezza, di malinconia: l'emozione ha lasciato il posto ad un sentimento più diffuso e l'oggetto di questo sentimento non è già più il suo responsabile, ma sé stessa che lei vede in scena, nello sguardo smarrito del suo alter-ego. Ed è per quella sé stessa smarrita che F. prova una sensazione genuina di compassione, nel suo significato più nobile di un qualcosa che ci chiama vicino per essere consolata. "Mi vedo così piccola da qui..." e nelle sue parole scorrono immagini di un tempo più antico. Le chiedo quale altra scena della sua vita richiami ciò che sta vedendo e a lei, che guarda sempre giù, davanti a sé, sovviene un momento di quella casa familiare, il momento in cui suo padre esce, di spalle e non ritorna più, fondendo in quest'unica immagine istantanee di momenti diversi, uniti nello stesso sentimento di triste rassegnazione. Incontrerà suo padre in scena, F., e sarà sempre D. ad impersonarlo, prima personaggio della scena traumatica ora figura di una scena ulteriore, richiamata da quella; sarà un incontro emozionante, di frasi interrotte dalla commozione e di rancore e rabbia e nostalgia per un abbandono senza motivi. Tutto finirà in un abbraccio, come sempre finiscono le storie d'amore anche quando restano sospese tra lembi che non si uniscono più. Durante lo sharing, l'abbraccio del gruppo attorno a F. è un momento estetico, prima ancora che psicologico ed affettivo e nel "Grazie" di lei

¹¹ Mi ritornano in mente le parole di Gaetano Benedetti (1997) e l'importanza di sognare, terapeuticamente, per qualcuno che non riesce più a farlo.

¹² Ineludibile e preziosa è stata in questo lavoro l'esperienza personale condotta negli EPG e l'esperienza professionale condensata da Giovanni Boria nel suo manuale (2005) soprattutto nell'educarmi ad un certo rigore nel rispetto della sequenza e nel riconoscere il valore di questa struttura.

rivolto a tutti, me compreso, c'è tutta l'intensità di una sessione molto importante.

Considerazioni

È stato questo il mio primo lavoro con il protagonista nel gruppo di terapia, dopo attività prevalentemente di gruppo o di mini-protagonisti. Sono contento, anche adesso che lo ricordo, che sia stato con F., quasi l'esito provvisorio di un percorso a due, ma in gruppo, che dalla freddezza dei primi momenti, ha condotto entrambi a fidarsi reciprocamente delle nostre verità, la mia di conduttore, la sua di protagonista di una storia di sofferenza. La sintesi che ho proposto è un distillato di un processo molto più faticoso, dove alle svolte emotive si sono alternati momenti di incertezza, miei, e di impasse, suoi. Riguardato come una sintesi di un quadro dinamico più complesso, osservato nella sua struttura narrativa e messo in relazione con le scene che l'hanno preceduto, questo lavoro ha determinato un ulteriore passaggio evolutivo nel percorso di cura di F.. Schiudendole la possibilità di un movimento associativo tra la scena traumatica e altre possibili scene della sua vita, questo lavoro ha realizzato sul palcoscenico una trasformazione decisiva di quella stessa scena congelata: da *cosa* drammaticamente inespressiva collocata al centro del teatro interno, da blocco inerte di pensieri, emozioni, affetti congelati è divenuta matrice dinamica di movimenti analogici; da pietra morta a origine di possibilità creative. A partire da questo momento, è possibile riconoscere retrospettivamente le tracce di un primo cammino compiuto dalla mia paziente, dalla presentazione della propria scena traumatica come spazio mortifero e disperante, sino alla sua trasformazione in un luogo di sofferenza e di infinite possibilità espressive. È sintetizzata in questo ossimoro, che chiude la sofferenza e la creatività nello stesso circolo, la spiegazione psicodrammatica moreniana della sintomatizzazione come accesso soggettivo ad un patire di cui potersi assumere la responsabilità; e F., alla fine di questo primo percorso personale, è definitivamente una persona che soffre, che soffre di qualcosa che riguarda solo lei, che soffre nel portare la propria verità soggettiva come un interrogativo sempre aperto sul suo mondo interno. Resta da chiedersi perché il padre, perché una scena familiare sotto la scena traumatica? Domande solo in apparenza retoriche, poiché richiamano dimensioni come l'inconscio personale che devono, a mio parere, essere ancora debitamente esplorati nel loro linguaggio psicodrammatico moreniano. Ammetto, senza al momento propendere per alcuna ipotesi in particolare, di provare un piacere infantile a pensare che le scene giochino tra loro e si richiamino, orizzontalmente, per aiutare la persona, in scena, disponibile al cambiamento a moltiplicare le sue possibilità espressive. Lo so, è un'ipotesi ancora debole, ma ci sto lavorando.

Le conclusioni

Riprendendo alcune delle considerazioni del testo, posso ammettere che l'esperienza con F. è stata, sino ad ora, una lotta condotta in gruppo, per riconoscere le sbarre della sua gabbia affettiva, per lavorare sui confini della scena che l'ha imprigionata e rendere il suo perimetro una superficie permeabile al trascorrere delle sue altre scene di vita. Sin dall'inizio del lavoro con lei, la scena congelata ha rappresentato, in modo paradossale, l'Altro significativo nella sua interazione con il mondo, il solo sistema di ruoli e controruoli che le fosse possibile interpretare e che in qualche modo le imponeva una determinata interpretazione del suo mondo affettivo interno. L'incontro con gli altri compagni del gruppo, in un setting che ha sino ad ora sempre valorizzato la componente dell'ascolto reciproco e dell'accoglienza benevola della storia altrui, sta rappresentando per questa paziente l'occasione per mobilitare le sue risorse, per accogliere la possibilità di ritornare ad essere spontanea e creativa nei suoi diversi contesti relazionali.

Una delle dimensioni che è apparsa particolarmente importante per questo processo di riapertura della sua scena interiore è quella che definiamo la *funzione di specchio*, funzione che permette di cogliere aspetti di se stessi nelle immagini relative alla propria persona che gli altri propongono e restituiscono alla persona medesima (Boria, 2005, pag. 99). Questa particolare funzione è lo spazio di rifrazione tra l'immagine di sé generata autonomamente dalla per-

sona e il processo di eteropercezione, in cui lo sguardo degli altri mi ridona quanto di me possono vedere, un qualcosa a cui io non avrò mai accesso. Per F., lo sguardo dell'altro, divenuto significativo nel percorso di condivisione dell'esperienza di cura, ha cominciato ad abitare le sue scene interne moltiplicando le immagini di sé, ricordando, di un ricordo affettivo prima ancora che cognitivo, che in ciascuno di noi vive una molteplicità di altri sé possibili, passati, futuri, virtuali. L'azione rifrattiva dello specchio ha avuto la funzione di liberare, immaginativamente F., dalla gabbia della scena in cui era irrimediabilmente congelata, restituendola alla certezza di sé come una persona ancora in potenza, quindi viva, e non rassegnata ad essere già tutta agita dall'evento che l'ha emotivamente segnata, evento, che, drammaticamente, la riproduceva come una sola persona possibile, quella ferita, abbandonata e sola. Questa dinamica non sarebbe, peraltro, possibile, senza la presenza di quel sostrato relazionale a cui Moreno ha dato il nome di tele e che, lo ricordo ancora, identifica quella "semplice unità di sentimento che viene trasmessa da un individuo ad un altro, ed è l'espressione della naturale tendenza dell'essere umano a porsi in relazione emozionale con altri esseri umani" (Boria G., pag. 38-39). Lo definisco sostrato immaginandolo quasi come una sostanza prima, sostanza energetica capace di rendere affettivamente possibile l'inverarsi di tutti quei movimenti di tipo intersoggettivo che avvengono nel teatro di psicodramma. Senza questo componente connettivo ogni intenzione perderebbe il suo valore di iniziativa rivolta verso un soggetto che con la sua presenza ci interpella al fondo della nostra esistenza e diverrebbe semplicemente un'azione rivolta da individuo a individuo, come tale interdipendente. Nel percorso di F., il sentirsi parte di un Incontro che si rinnovava di sessione in sessione e che faceva della partecipazione di ognuno alla sofferenza dei singoli il suo epigramma, le ha consentito di partecipare ad un sistema di relazioni nutritive in cui sentirsi riconosciuta nel suo patire. *Essere riconosciuti* non significa qui essere semplicemente accettati e consolati del proprio dolore, non spiega la tonalità positiva o negativa della relazione, ma assume che vi sia *una* relazione telica che di per sé garantisce della possibilità di portare il proprio *chi*, la propria verità soggettiva senza timore che essa venga smarrita. Per F. la rete telica del gruppo l'ha sostenuta durante tutte le sessioni, promettendole in modo silenzioso, agito attraverso prossimità ed abbracci, che mai in questo teatro sarebbe stata abbandonata.

Non posso non chiudere questo mio breve excursus teorico ed esperienziale, senza ricordarmi che questo è l'ultimo contributo al mio percorso di formazione come psicodrammatista moreniano, il contributo chiamato in qualche modo a sancire la qualità ed il valore che questo percorso ha avuto nella mia formazione professionale e personale. Spero di essere riuscito in queste poche pagine a restituire la passione che sto scoprendo nella pratica di psicoterapeuta "in erba", una passione che deriva da questi anni di apprendimento all'interno della Scuola e dall'esperienza di tirocinio e che si alimenta della consapevolezza che la scelta compiuta molto tempo fa di diventare psicodrammatista *moreniano* è stata una delle scelte determinanti la mia attuale carriera di vita. Ho attraversato questa esperienza formativa con entusiasmo, talvolta con impeto, altre volte con fatica, ma sempre con la convinzione che il pensiero di Moreno, tradotto e reso materia di apprendimento dall'impegno di persone come Giovanni Boria, e che lo psicodramma classico, di cui oggi lo stesso Giovanni Boria si fa non più solo interprete ma anche nuovo proponente, siano per me una casa accogliente e comoda. Proprio confrontandomi concretamente con l'esperienza terapeutica, agendo "sul campo" il ruolo di terapeuta che per molto tempo ho solo teorizzato, sto scoprendo quanto molti dei concetti, delle idee, molto del pensiero con cui ho combattuto (intellettualmente) negli ultimi anni si mostrino nella loro verità attraverso l'azione. Credo di star scoprendo come il pensiero dello psicodramma moreniano non sia apprezzabile attraverso la sola analisi concettuale, ma vada compreso immergendosi in quel brodo primordiale fatto di messa in scena, di relazioni concrete, di prossimità reale alla sofferenza altrui, da cui Moreno stesso ha ricavato la sua proposta. Oggi, alla fine di questo percorso esperienziale di crescita nella Scuola, ben

più quindi di un semplice itinerario formativo, so con la certezza che solo il rapporto vivo con le cose può dare che lo psicodramma classico è per me la grande risposta, tutta ancora da esplorare, alla mia ricerca del senso nella vita quotidiana. Sento questa appartenenza non essere l'esito opportunistico di una scelta professionale, realizzare il desiderio di lavorare come psicoterapeuta, ma l'approdo ad un mondo di significati che sta segnando, positivamente, il mio rapporto con le scelte della mia vita; e credo che la stessa nascita di mio figlio al termine di questo mio percorso sia il segno più bello di quanto la creatività e la spontaneità di Moreno siano dentro di me divenute la possibilità di generare e di dare vita, vita come tradizione della mia genealogia e vita come speranza di salvezza per coloro che si rivolgeranno a me in cerca di cura.

Grazie a tutti.

Bibliografia

Arendt, H. (1964). *Vita activa*. Milano: Bompiani.
Baranger, M. Baranger, W. B. (1990). *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. Milano: Raffaello Cortina.

Frankl, V. E. (2001). *Logoterapia. Medicina dell'anima*. Milano: Gribaudo.
Greimas, A. J. (2000). *Semantica strutturale*. Roma: Meltemi.
Heidegger, M. (2005). *Essere e tempo*. Milano: Longanesi.
Laurent, E. (2006). *Lost in cognition. Psicoanalisi e scienze cognitive*. Macerata: Quodlibet.
Montefoschi, S. (1977). *L'uno e l'altro. Interdipendenza e intersoggettività nel rapporto psicoanalitico*. Milano: Feltrinelli.
Moreno, J. L. (2007). *Il teatro della spontaneità*. Roma: Di Renzo.
Resnik, S. (2001). *Glaciazioni. Viaggio nel mondo della follia*. Torino: Bollati Boringhieri.
Ricoeur, P. (1989). *Dal testo all'azione*. Milano: Jaca Book.
Yalom, I. D. (1997). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Per un contatto con l'autore, scrivere a:

padoan.stefano@gmail.com

Benedetti, G. (1997). *La psicoterapia come sfida esistenziale*. Milano: Raffaello Cortina.
Benasayag, M. (2004). *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli.
Boria, G. (2005). *Psicoterapia psicodrammatica*. Milano: Franco Angeli.
De Leonardis, P. (2003). *Lo scarto del cavallo*. Milano: Franco Angeli.
Dotti, G. (2002). *Lo psicodramma dei bambini*. Milano: Franco Angeli.