

Il «soffio» di Eolo

MARISA DAVY

L'esperienza di psicodramma individuale che da un anno stiamo conducendo, ha sollevato una serie di interrogativi, dubbi, domande, ripensamenti ma soprattutto ha evidenziato la necessità di un confronto con chi ha esperienze analoghe. Ovviamente le domande più pressanti risentono della soggettività di ogni singolo terapeuta e della sua possibilità di ascolto del linguaggio «muto» del nostro paziente.

Anzitutto perché psicodramma individuale? Quale motivazione ha determinato questa scelta?

A) *Storia di Eolo*

Eolo, così indicheremo il nostro paziente perché inafferrabile e imprevedibile è un giovane ora di 23 anni, diagnosticato, fin dall'età di 4 anni, psicotico grave, con periodi regressivi accentuati, scatti di violenza contro i genitori, con momenti deliranti alternati a periodi di relativa lucidità e passività.

I genitori hanno sempre, con larghezza, provveduto ai suoi bisogni, considerandolo però «perso» come era stato definito da alcuni medici (colleghi dei genitori), finché uno psichiatra, non accettando tale rinuncia, lanciò «una sfida alla classe medica» (come egli stesso disse) e incominciò a lavorare con i genitori e con E. con incontri periodici, cercando vie nuove, mentre seguiva farmacologicamente il ragazzo per contenere i momenti deliranti e gli scatti di furore imprevedibile. Infine ipotizzò l'opportunità di una psicoterapia.

E. aveva ormai 20 anni quando i genitori e lo psichiatra lo «portarono» da me.

Il caso era grave, ma lo psichiatra non voleva arrendersi, sembrava visse passionatamente la sua sfida al mondo medico, che diagnosticando l'inutilità di ogni intervento aveva consigliato ai genitori di «ricoverare il figlio in qualche ospizio e dimenticarlo». Questo intervento aveva suscitato reazione e rifiuto più nello psichiatra che nei genitori che con questo verdetto potevano tentare di negare il profondo insulto alla propria immagine, alla immagine della loro coppia, al loro narcisismo individuale, insulto e ferita evidenziati dalla realtà di un figlio così malato. È da sottolineare però che l'unica figlia femmina, ultimogenita (E. è primogenito di 4 fratelli) è stata anoressica per parecchi anni.

B) *Psicoterapia individuale*

Il trattamento individuale presentò delle difficoltà per l'incapacità di E. di stare in un setting (non si adeguava a nessuna regola, era inquieto, usciva, entrava ecc.). Successivamente il livello di angoscia e di panico aumentò e rese estremamente difficoltoso il proseguimento della cura. Angoscia, impotenza, sconforto erano presenti anche nel terapeuta. Era sempre presente il timore di un delirio, di uno scompenso con conseguente stato confusionale e con violenza — specie nei confronti della madre. C'era sempre la possibilità di un passaggio all'atto contro un qualunque altro, non ben identificato ma che era vissuto come l'oggetto minaccioso, persecutorio, da attaccare.

Era l'Altro non-me da annientare. Si può dire che il passaggio allo psicodramma individuale è da considerarsi in rapporto ai due anni di psicoterapia «mancata» e di scompensi psicotici agiti.

Si profilava sempre più chiaramente la presenza di una madre perseguitatoria e protettiva, la persona cioè alla quale E. era totalmente asservito e dalla quale era a sua volta eccessivamente servito (a più di 20 anni veniva lavato-vestito come un bambino piccolo). Questa relazione così privilegiata lo faceva sentire protetto, difeso ma anche incapace ed impaurito.

Dopo i primi tempi (in cui si ripeteva la situazione con lo psichiatra: il terapeuta parlava e E. in assoluto silenzio, ascoltava) il rapporto si modificò. Incominciò a riportare il lamento del padre che, pur pagando le sedute, era escluso e non aveva dal terapeuta alcuna indicazione sul modo di comportarsi — cioè non aveva consigli che pur riceveva dallo psichiatra. L'impressione del padre era che si evidenziasse sempre più una regressione del figlio che ora importunava in casa, in modo querulo, esprimendo il suo dissenso e richiedendo attenzione e cure.

In realtà sembra che vi sia stata effettiva carenza di cure genitoriali: infatti E. non ha vissuto molto con i genitori impegnati con il lavoro (direttori di istituti universitari), ma affidato a domestici e ad una nonna che sembra essere stata con lui particolarmente protettiva.

E. incominciò ad essere più attivo con la modalità a lui più congeniale: l'aggressività. Accogliendo questa modalità di rapportarsi, migliorò la comunicazione e in lui si rinforzò la consapevolezza di poter essere in qualche modo capito.

Si evidenziava però sempre più la difficoltà di portare i conflitti più centrali: ad un atteggiamento, a volte, apparentemente estraneo ed assente faceva contrapposizione una attenzione costante e vigile. Sembrava sempre sospettoso e allerta, nei momenti in cui sembrava esserci pericolo (non meglio definito) assumeva difesa caratterizzata da atteggiamento di apatia e di indifferenza.

Non si era ancora in presenza di transfert, bisognava acconten-

tarsi di essere oggetto significativo. In seguito si verificarono ancora momenti di impasse. In questo periodo di terapia si poterono però notare alcuni cambiamenti avvenuti:

1) Acquisizione di una maggiore consapevolezza del tempo, specie nel setting.

Riuscì a venire nell'ora e nel giorno stabilito, ricordava le scadenze fissate, incominciava ad usare l'orologio per «non sbagliare più» (come disse quando me lo fece vedere per avere la mia approvazione).

2) Desiderio di conoscere di più di sé e della sua storia.

Nella sua ricerca, ricondusse l'origine del suo trauma al fatto che una amica di famiglia gli «strappò» gli abiti stracciati con cui girovagava costringendolo a vestirsi in modo decente e presentabile. In quella occasione subì una violenza (come egli stesso disse): si era visto strappare l'unica immagine da lui riconosciuta, che evidenziava l'aspetto a lui noto: la sua malattia.

3) Tentativi di elaborare il suo bisogno di rassicurazione.

Della sua storia questo bimbo «buttato via» ha strutturato una continua ansia e angoscia di nuovi abbandoni. Aveva ora bisogno di sapere che essere lontani e separati non significava necessariamente abbandonati e dimenticati «Quando non ci vediamo, lei mi pensa?».

4) Emerge la sua domanda di cura.

Ora è lui che chiede di essere curato, di avere progetti, di non essere solo amato ma di poter amare. Essere messo in grado di amare. «Lei dice che potrò sposarmi? È bene e lo potrò fare?».

In realtà il rapporto terapeutico che diventava sempre più significativo, ha fatto nascere la prima domanda. «È veramente, totalmente psicotico?». Questo rapporto diventava però sempre più pressante, ora E. lo si trovava ad ogni ora sotto lo studio, per le scale, dietro la porta, come in attesa, si accentuavano i momenti di regressione mentre i genitori sempre più si spaventavano delle richieste «da piccolo» del figlio.

Reggere questa situazione era difficile. Essere soli di fronte a E., alla richiesta dei genitori, alla attesa dello psichiatra era troppo gravoso. Si propose a E., durante gli ultimi mesi del secondo anno di psicoterapia individuale di animare con la rappresentazione il suo dire, in modo da poter trovare un'altra parola e con meraviglia si scoprì quanto E. al posto dell'Altro, sapesse trovare parola ed azione. L'Altro identificato con sé poteva esprimere parole e lasciare trasparire sentimenti. Non c'era più l'Altro non-me che faceva paura, era l'Altro come me che toglieva le differenze.

La proposta dello psicodramma individuale, era stata suscitata anche dalla difficoltà che sentiva il terapeuta di reggere ai momenti,

così frequenti, di regressione totale; infatti una co-animazione comporta supporti differenti al transfert.

C) *Psicodramma individuale.*

Con due colleghi, ambedue con analisi personale terminata e con iter formativo in psicodramma concluso, (Cecilia e Luigi) si iniziarono le sedute settimanali di psicodramma individuale.

Vorrei qui riportare le modalità di lavoro che abbiamo assunto e gli interrogativi che sono emersi.

Si giocano solo le indicazioni di E. e si struttura il gioco (che a volte serve solo per dare parola a un silenzio) e nessuno dei terapeuti pur commentando il gioco e la loro partecipazione diretta, fa riferimenti alla propria storia, anche se a livello fantasmatico, ciò può significare la propria neutralizzazione. Ma non si è lì per fare i propri giochi.

L'animatore di turno in genere non gioca, preferendo rimanere più all'esterno della situazione; di turno, dato che la conduzione viene gestita alternativamente da ogni terapeuta, senza regole rigidamente stabilite, ma in relazione a ciò che si è creduto di cogliere come domanda latente. L'animazione da parte di Luigi (il terapeuta maschio) ha significato dare voce a un padre muto e vissuto da E. come assente.

In realtà, dopo lo stupore iniziale nel vedere un padre «in piedi» che agiva e si esprimeva nel suo desiderio (dirà più volte E.: «Anche Luigi si interessa a me e cerca di aiutarmi») e dopo aver espresso una riflessione al riguardo («ma allora vuole da me qualcosa, desidera per me...») E. ha accettato, con piacere più o meno dissimulato, questa nuova figura di padre. E la risposta, nel tempo, al nostro intervento è stata una diversa attenzione alla figura del padre reale (non lo ha più così violentemente aggredito, ha richiesto il suo aiuto per un concorso, si è interessato al suo lavoro) da parte di E.; e un diverso atteggiamento del padre nei confronti del figlio (che lo ha più così palesemente respinto, lo aiuta nello studio, gli parla con più frequenza esprimendogli il suo desiderio di poter fare qualcosa per lui).

Ma in noi sorge un dubbio, un sospetto.

Cerchiamo forse un adattamento ad un desiderio di padre, visto che in E. non è evidenziato?

È libero E. di esprimersi anche contro il volere del padre? È capace di sopportare per questo il rifiuto paterno?

Sembra infatti che per essere amato dal padre, si debba non avere desideri, parola soggettiva.

Siamo in presenza di un padre che nega disperatamente la malattia del figlio, facendolo concorrere per un posto di applicato all'Università (usando il suo prestigio, come aveva fatto per gli esami universitari, che solo dopo accordi preliminari ben precisi, E. poteva sostenere). Aveva anche fatto pubblicare un romanzo (a proprie spe-

se) che il figlio aveva scritto, aiutato da terzi, con la disperata illusione che ciò significasse «normalità». All'Università E. riuscì a sottrarsi quando, riconoscendo il proprio desiderio, ebbe il coraggio di dire che questo studio era troppo faticoso per lui, che era troppo umiliante essere trattato con sopportazione dai professori e che del resto non avrebbe certamente mai potuto fare l'avvocato. Di questa decisione, il padre accusò (a ragione) la terapia che aveva fatto riconoscere a E. il suo desiderio anche in contrapposizione a quello del padre («da quando vai lì, fai di testa tua»).

L'animazione risente certamente della soggettività dei terapeuti e in genere è più attiva, più sollecitante per scuotere l'apatia di E. Il terapeuta maschio è più silenzioso, meno attivo; più presenti nel loro intervento le terapeute femmine e ciò sembra riproporre la situazione familiare:

Una madre attiva, più chiara nel suo desiderio.

Un padre meno attivo, più ambiguo nel suo silenzio.

Non c'è l'osservazione alla fine della seduta, ma dopo i giochi o durante il parlare o il non parlare di E. ogni terapeuta liberamente si esprime. Si tenta così di suscitare l'inconscio più che di puntualizzarlo — anche se gli interventi sottendono interpretazioni e precisazioni quando si ha l'impressione che possano essere intese.

E. chiama per nome solo Cecilia e Luigi, solo dopo alcuni mesi ha chiamato, una sola volta, per nome anche me (e non dottoressa) come se fosse difficile, minacciosa la distinzione fra reale e immaginario.

Leclair nel suo articolo «A la recherche des principes d'une psychoterapie des psychotes» specificò chiaramente il significato che i termini immaginario-simbolico-reale hanno presso gli psicotici, e noi ritroviamo che è un uso personale che E. fa di queste tre categorie in cui il carattere particolare della realtà significa perdita di questa realtà. C'è difficoltà a separare reale e immaginario.

L'esperienza del reale suppone l'uso simultaneo delle altre funzioni correlative: la funzione immaginaria e la funzione simbolica.

In questa nuova situazione, in cui il setting è mutato perché ora ci sono più sguardi che fanno precipitare la risposta, E. non si vede, si vede meglio nei panni dell'Altro a cui può dare voce ed azione. Solo successivamente poté ritrovarsi al suo posto.

Ma il timore che i genitori sottraessero il figlio ad una terapia che non realizzava il loro desiderio, che non cercava adattamento alle regole familiari e sociali, portava i terapeuti ad accelerare il tempo di comprendere e di concludere. Troppo presto. Bisognava contenere le proprie paure e i propri timori perché E. potesse fare il suo cammino. E lo scontro-incontro fu giocato fra i terapeuti e i genitori (che accettarono di fare parte di un gruppo di sostegno con genitori di adolescenti trattati con psicodramma di gruppo).

A poco a poco E. prendeva consapevolezza della propria sog-

gettività nell'assumere posizione dell'Altro non-me, attraverso un processo di identificazione e somiglianza. Appare la presa di coscienza del proprio desiderio, cioè della differenza e della soggettività di essere soggetto. Lentamente si modifica il transfert, anche se sempre forte è il suo legame con me, incomincia ad accorgersi degli altri terapeuti cui ora direttamente si rivolge.

I tre istanti: vedere-comprendere-concludere sono presenti per ora in E. solo nel primo. C'è però curiosità rispetto al proprio attributo «Cosa pensa di me? Mi vede migliorato? Come sono adesso?».

Lentamente sono diminuiti i movimenti di dondolamento del corpo, i gesti incoordinati degli arti superiori, le risate improvvise, senza che nessun divieto gli fosse stato dato. Solo con il «cambio», con l'assumere il posto dell'Altro E. incominciò a vedersi nel suo agire, si dirà: «Sta fermo!» e modificherà il suo comportamento. Se è vero che il cambio dei ruoli riattualizza la castrazione invece di rielaborarla e che per guarire non basta «vedere» la propria castrazione, ma analizzare il desiderio (cioè ritrovare gli oggetti pre-genitali attraverso il transfert) è pur vero che attraverso questa inversione dei ruoli, E. per la prima volta, si è visto agito da un altro e si è ri-scoperto e ri-trovato. E così ha potuto esclamare «Sta fermo!» «Cosa fai?» e chiedere «Potrò cambiare?».

L'aver tre terapeuti gli ha permesso di mobilitare il suo transfert sulla terapeuta che gli aveva suggerito-imposto il passaggio ad un'altra terapia e con la quale cercava di ripetere il rapporto fusionale ed oppositivo che ha con la madre reale.

Sembra, infatti, che così forte sia il senso di colpa di questa madre, che raramente si sottrae alle pressanti richieste di attenzione che il figlio pone, ma nello stesso tempo riesce ad accogliere il suo bisogno regressivo. È donna che porta tante domande e tanta inquietudine. Non si chiederà «Dove ho sbagliato?» ma «Perché ho sbagliato» (Soddisfacendo però sempre il bisogno del figlio lo ha reso deprivato di desideri, è un ragazzo sempre indifferente: non è nemmeno insoddisfatto.) Per E. non è più il momento di attesa.

Per lui lo psicodramma individuale è terapeutico? Anzitutto è il luogo della presenza, del «Da», della invocazione, è meno minaccioso della psicoterapia individuale perché c'è meno parola (quando c'è la parola, l'oggetto è assente), dice Lacan. La parola è la morte della cosa). È interdetto l'atto concreto, l'azione reale, è nel limite del simbolico che si svolge l'azione per mezzo della rappresentazione e non della assunzione. Le presenze fisiche, attive dei terapeuti intervengono sull'immaginario, inducono la relazione simbolica, smussano la rigidità della ripetizione. L'altro cessa di essere un nome per diventare, attraverso l'identificazione, un altro me.

Anche nello psicodramma individuale però il transfert è resistenza: E. lo sa, come sanno tutti i pazienti, che solo la conoscenza, la verità lo può guarire, ma lui chiede *amore non sapere*. Il transfert

di E. è massivo e qui appare la sua psicosi. Non può ancora essere inserito in un «gruppo» di psicodramma perché non reggerebbe ai transfert laterali («In queste vacanze i fratelli sono andati via e io sono stato figlio unico, si stava bene» dirà con un sorriso alla ripresa delle sedute). In psicodramma individuale il transfert laterale va sugli altri terapeuti che possono maneggiarlo assumendo valore di sapere.

I fenomeni pre-genitali sono prevalenti ed E. aderisce inizialmente solo ad una terapeuta, rifiutando gli altri. Di questo si è tenuto conto. La vista, inoltre, preserva la sua sicurezza, gli dà possibilità fantasmatica di reagire all'aggressione, si rende possibile la regressione orale, l'io ideale si rinforza sull'anale. Non vengono toccate queste sicurezze.

La posizione verticale, l'implicazione del corpo, sono essenziali per E., limitano l'angoscia, nell'inversione dei ruoli scopre e riconosce l'altro, colui al quale cerca di identificarsi. E per questa identificazione si fa ricorso al narcisismo: vive-sente ciò che l'Altro sente ed è proprio attraverso il transfert che acquista conoscenza.

Transfert ed identificazione sono i punti centrali su cui si svolge la cura.

Ora E. si prepara al «grande cambiamento». Inizia il lavoro, «protetto» però per lui è per la prima volta che si proietta fuori di casa «Ce la farò? È molto difficile! Ho paura e timore di non reggere» dirà in seduta. Porta, finalmente, il conflitto e l'angoscia legati al cambiamento della sua vita. Ci sarà qualcuno che come la madre farà barriera protettiva? Riuscirà a distinguere sé dalla madre e mettersi così in relazione con altri? Chi farà per lui da «schermo» antistimolo? (Freud 1920, 1924) eliminante stimoli intollerabili salvaguardando la sua esperienza di holding (Winnicott 1974) di cui ancora necessita?

Ciò che ci chiediamo è cosa fare per aiutarlo ad imparare e a vivere la distinzione fra angoscia «nevrotica» e angoscia oggettiva «reale». Forse proprio aiutandolo a passare dal primo oggetto (la madre) al secondo oggetto (padre), distinti ambedue fra loro e da sé. I genitori sono più disponibili, accettano di più il momento evolutivo così drammatico del figlio e come possono e come sanno, tentano, senza eccessiva recisione e drammaticità di renderlo soggetto distinto. Per questo c'è bisogno di saper attendere. Molto.

Marisa Davy
Via N. Tridente, 2/G
Bari

Notizie Convegni

Presso il Monastero di Santa Scolastica in Bari, sabato 4 marzo 1989, si è svolto il convegno di studio: "SEGNO E PAROLA".

Tale giornata di lavoro nasce come innesto, aperto al pubblico, nell'ambito dei due seminari "Narrazione o della pluralità" e "Rappresentazione o dello svelamento", organizzati a Bari dalla Società Italiana di Psicodramma Analitico e dal Centro Sperimentale di Psicoanalisi condotti dai Dr. Renzo Catalano e Maria Davy.

Sono intervenuti Gennie e Paul Lemoine, Gabriella Ripa di Meana, Andrea Carnemolla e Santa Fizzarotti.

Gabriella Ripa di Meana ha interrogato l'ultima fatica di Gennie Lemoine "Psicoanalisi per la vita quotidiana", mentre Paul Lemoine e Andrea Carnemolla hanno offerto allo sguardo Altro, in un intrecciarsi di luci ed ombre, le loro opere.

SEGNO E PAROLA, perché?

Segno come capacità significante di tutto ciò che è in noi e fuori di noi e perciò della necessità di derivare dal significante il significato. Parola, dal latino tardo parabola, che è il greco *parabolé*, porre accanto, paragonare o discorso fatto per confronti. Parola, quindi, come confronto tra segni, come ricerca di uno stile, di un significante nuovo che può essere quello di un pittore o di uno scrittore.

Il segno pittorico – ci ricorda Paul Lemoine – di per sé non è un significante, lo diventa attraverso lo sguardo dell'altro, il segno inventa ciò che la parola ritrova. Ed è la parola che nell'atto analitico ritrova la sua essenza. Perde la connotazione di velo coprente o riparatore per acquistare la possibilità di legare insieme dei significanti. La parola segna il soggetto nelle sembianze insostenibili della mancanza e lo partecipa del suo discorso, il discorso dell'inconscio.

E sono le parole del libro di Gennie, rilette e commentate da Gabriella Ripa di Meana, che aleggiano nella suggestiva atmosfera della cripta di Santa Scolastica. Il lavoro riprende e puntualizza alcuni dei temi cari alla riflessione lacaniana: i quattro discorsi, l'enunciato "Non c'è rapporto sessuale", il legame sociale, l'importanza del Cartell, del più uno e l'oggetto piccolo "a".

Paul Lemoine, giovane pittore come ama definirsi, affronta in questo convegno i giudizi del pubblico. Per un pittore – egli dice – esporre è esporsi tutto intero, non ci si può nascondere, cioè proteggersi. A Paul Lemoine si affianca in questa esposizione un altro artista, Andrea Carne-

molla, che in questa mostra tenta di colmare, con la pittura “quella che è l'enorme distanza che esiste tra il segno e la realtà osservata dal pittore, tentando cioè di unificare in una sola effigie ciò che non potrà mai essere unificato, l'immagine ed il suo riflesso”.

*Maria Fedele
Antonia Guarini*