

Nancy McWilliams¹

Ricerca Psicoanalitica, 2006, Anno XVII, n.1, pp. 51-88

LA RELAZIONE ANALITICA CON I PAZIENTI SCHIZOIDI²

SOMMARIO

L'A. sostiene che, nonostante la convinzione prevalente che vi sia qualcosa di "primitivo" o patologico nelle dinamiche schizoidi, le persone che presentano caratteristiche schizoidi si possono collocare lungo l'intero continuum della salute mentale, dall'estremo psicotico a quello di un buon funzionamento altamente creativo. Prende in esame molti aspetti che la letteratura psicoanalitica non mette in rilievo: la reazione alla separazione, la sensibilità ai processi inconsci degli altri, la sensazione di intima unione con l'universo e complessi legami tra personalità isteriche e schizoidi. Esamina le implicazioni terapeutiche inerenti la diagnosi presentando il suo lavoro con una donna gravemente schizoide con cui alla fine della terapia ha lavorato in modo totalmente non convenzionale.

SUMMARY

Some Thoughts about Schizoid Dynamics. The Woman Who Hurt Too Much to Talk.

The Author argues that despite the prevalent assumption that there is something inherently "primitive" or pathological about schizoid dynamics, people with schizoid psychologies are found along the entire continuum of mental health, from psychotically compromised to high-functioning and remarkably creative. She discusses several areas that the psychoanalytic literature has not emphasized; namely, the reactivity of schizoid individuals to separation; the sensitivity of schizoid people to unconscious processes in others, their sense of interconnectedness with the universe; and the complex connections between hysterical and schizoid psychologies. She reviews the therapeutic implications of an understanding of schizoid psychology and presents her work with a deeply schizoid woman with whom she eventually worked in a highly unconventional way.

¹ Nancy McWilliams è docente di Teoria e Terapia psicoanalitica presso la *Graduate School of Applied and Professional Psychology*, Università statale del New Jersey. E-mail: nancymcw@aol.com

² Questo lavoro è stato presentato in occasione dell'Incontro-Confronto tenutosi a Roma il 21 maggio 2005. La prima parte dell'articolo originale è pubblicata in *The Psychoanalytic Review*, 93, 1 (2006). Si ringrazia la *National Psychological Association for Psychoanalysis* per aver concesso il permesso di traduzione.

Traduzione di Maria Luisa Tricoli.

È da molti anni che mi dedico a mettere in luce il funzionamento dei pazienti schizoidi. Non già a comprendere il Disturbo Schizoide di Personalità descritto in tassonomie psichiatriche come il DSM, ma la lettura psicoanalitica fenomenologica delle problematiche schizoidi. Ho sempre avuto un grande interesse ad esplorare le differenze individuali più che a definire ciò che è o non è patologico ed ho scoperto che quando persone con dinamiche schizoidi - siano esse pazienti, colleghi o amici - si accorgono che non disdegno o non criminalizzo le loro "comunicazioni", come ha detto di recente un terapeuta, si aprono facilmente alla condivisione del loro mondo interno. Come avviene in molti altri campi, quando si arriva a permetterci di vedere qualcosa, la si vede ovunque.

Sono convinta che le personalità con tendenze schizoidi sono più comuni di quanto si pensi e che esiste una gamma mentale ed emotiva che va dalle persone con disturbi psicotici a quelle che presentano una invidiabile consistenza psichica. Sono anche persuasa che le personalità schizoidi non presentino conflitti a "livello nevrotico" (cfr. Steiner, 1993), per cui le persone schizoidi che funzionano al meglio, e ce ne sono tante, sono molto più sane (vita soddisfacente, sensazione di essere padroni della loro vita, regolazione degli affetti, relazioni personali, creatività) di persone con caratteristiche nevrotiche. Anche se il concetto junghiano di "introversione" sembra meno stigmatizzante, preferisco usare il termine "schizoide" perché sottolinea meglio la vita interna dell'introverso rispetto alle forme solitarie di introspezione che sono fondamentalmente epifenomeni.

Uno dei motivi per cui i professionisti della salute mentale non si accorgono dell'esistenza di un loro funzionamento psicotico è che molte di queste persone si nascondono o si "mostrano" come non schizoidi. Sono persone che non solo hanno una forma di allergia ad essere oggetto dello sguardo intrusivo degli altri, ma che hanno anche imparato a temere di essere considerati pazzi. In genere gli osservatori non schizoidi tendono ad attribuire aspetti patologici a coloro che sono più chiusi ed eccentrici di quanto non lo siano loro, per questo è comprensibile che gli schizoidi abbiano paura di essere classificati e visti come meno sani e possano anche esprimere proiettivamente la convinzione di essere, in modo appena abbozzato ed inespresso, profondamente non accetti agli altri pazzi.

Hanno ragione? I professionisti della salute mentale hanno la tendenza a pensare che gli schizoidi siano mentalmente primitivi e che i primitivi siano pazzi. La brillante concettualizzazione kleiniana (1946) della posizione schizoide-paranoide come antesignana della separatezza dall'altro (posizione depressiva) ha contribuito a introdurre questa abitudine mentale, sostenendo la tendenza generale a considerare per loro stessa natura i fenomeni evolutivi precoci come "immaturi" o "arcaici" (cfr. Sass, 1992: 21, riguardo la *Great Chain of Being Fallacy*). Per di più, siamo un po' tutti portati a credere che le manifestazioni della personalità schizoide siano possibili precursori di una psicosi schizofrenica. Il comportamento della personalità schizoide può certamente essere simile ai primi stadi di un ritiro schizofrenico. Potremmo citare molte storie di adolescenti che passano una quantità sempre maggiore di tempo nella loro stanza, che si chiudono nella loro vita immaginaria e, alla fine, divengono apertamente psicotici. Personalità schizoidi e schizofrenia possono in realtà essere molto vicini.

Ricerche recenti sui disordini schizofrenici hanno identificato disposizioni genetiche suscettibili di sfociare in un ampio spettro di patologie: dai casi di schizofrenia grave alle normali personalità schizoidi (Weinberger, 2004). D'altra parte esistono molte persone diagnosticate come schizofreniche la cui personalità prima della manifestazione della sindrome era soprattutto isterica o ossessiva o depressa o narcisistica.

Un'altra possibile spiegazione dell'associazione tra schizoidi e patologia grave è che molti schizoidi sentono un'affinità con le persone che presentano disordini psicotici. Un mio collega, che si autodefinisce schizoide, preferisce lavorare con persone con disturbi psicotici per farli diventare "sanamente nevrotici" perché ritiene "disonesti" (cioè "difesi") coloro che hanno disturbi nevrotici, mentre percepisce gli psicotici più disponibili a una piena e autentica lotta con i loro demoni. Sembra, da varie fonti, che alcuni autorevoli

studiosi, come Jung e Sullivan, che hanno dato un valido apporto alla costruzione di teorie della personalità, non solo hanno rivelato di essere schizoidi, ma hanno anche avuto durante la vita uno o più brevi episodi psicotici, pur non essendosi mai trasformati in una condizione schizofrenica stabile. Michael Eigen (1998: 18) ha descritto una breve esperienza personale di angoscia psicotica, seguita da un momento di felicità su cui si è innestata una capacità di *jouissance* che non lo ha più abbandonato.

Si può dedurre con sicurezza che la capacità di questi analisti di occuparsi dell'esperienza soggettiva di pazienti seriamente disturbati abbia molto a che fare con il contatto che riescono ad instaurare con la loro potenziale follia.

Anche gli schizoidi la cui operatività è buona e che appaiono emotivamente sicuri possono essere preoccupati della propria salute mentale.

Un mio caro amico si sentì scombussolato vedendo il film *A beautiful mind*, che descrive la lenta discesa nella psicosi di John Nash, un brillante matematico. Il film cattura gli spettatori trascinandoli nel mondo illusorio di Nash, rivelando solo dopo che ciò che lo spettatore ha visto era frutto delle allucinazioni di Nash e che i suoi processi di pensiero si erano spostati da una genialità creativa alla confabulazione psicotica. Il mio amico entrò in ansia e comprese che, come Nash, non sempre discriminava tra i momenti in cui stabiliva connessioni creative tra due fenomeni reali solo apparentemente non legati e i momenti in cui stabiliva connessioni illusorie. Parlò di questa sua ansia al suo analista, anche lui per alcuni aspetti schizoide, e la tranquilla risposta dell'analista alla descrizione di quanto poco potesse fidarsi della sua mente, fu: "Sì, parlamene".

Nella seconda parte della mia relazione sulle implicazioni del trattamento, chiarirò perché penso che questo intervento sia sensibile e corretto, anche se da un punto di vista analitico sembra del tutto inadeguato.

Nonostante i supposti legami tra funzionamento schizoide e vulnerabilità psicotica, sono stata ripetutamente colpita dal fatto che una personalità schizoide è in genere altamente creativa, individualmente soddisfatta e socialmente valida e che, nonostante ciò che Freud chiamava processi primari, essa non presenti quasi mai un serio rischio di rotture psicotiche. Le arti, le scienze e le discipline filosofiche e spirituali sembrano contare un'elevata percentuale di persone schizoidi. Lo stesso vale per la psicoanalisi. Harold Davies (comunicazione personale) sostiene che Harry Guntrip una volta gli disse che "la psicoanalisi è una professione di schizoidi per schizoidi". Le ricerche empiriche sulla personalità degli psicoterapeuti attualmente in corso presso l'Università Macquarie di Sydney in Australia hanno messo in luce che la personalità tipica tra le terapeute donne sia quella depressa, mentre tra gli uomini predomina quella schizoide (Judith Hale, comunicazione personale).

La mia spiegazione di questo dato è che le persone schizoidi meno disturbate non sono sorprese o sconcertate dall'inconscio. Sono persone che hanno un'intima, seppur a volte scomoda familiarità con processi che per altri sono inconsapevoli, un accesso all'inconscio che rende più accessibile e vicina al senso comune l'ottica psicoanalitica, più di quanto comunque lo sia per chi spende anni sul lettino, aprendosi la strada a colpi di accetta attraverso la rimozione, per arrivare a conoscere i propri impulsi, fantasie e sentimenti.

Le persone schizoidi sono portate all'introspezione per temperamento. Amano perdersi nei meandri della mente e su questo la psicoanalisi li raggiunge offrendo loro metafore suggestive. Inoltre, l'analisi e la terapia psicoanalitica permettono un'analisi avvincente della chiusura e della distanza tipiche della personalità schizoide (cf. Wheelis, 1956).

Sono sempre stata attratta dagli schizoidi, infatti la maggior parte dei miei amici più intimi rientra in questa categoria. Un'attrazione che certamente ha a che vedere con alcuni miei aspetti dinamici, che, come dirò, tendono alla depressione e all'isteria.

Un po' di anni fa alcuni rimandi inaspettati al mio libro sulla diagnosi mi hanno affascinato (McWilliams, 1994). Sono stata avvicinata da persone che dicono di aver trovato utile un particolare capitolo per la comprensione di alcuni tipi di personalità o nel lavoro con un certo paziente o addirittura una chiara descrizione dei loro aspetti dinamici, ma niente di simile è mai successo per la parte dedicata alla personalità schizoide. Mi capita invece di essere avvicinata, dopo una conferenza o un workshop, da qualcuno (spesso seduto silenziosamente in fondo alla sala, vicino alla porta), che, assicurandosi di non darmi fastidio, dice: "Volevo ringraziarla per il suo capitolo sulla personalità schizoide. Lei ci ha capiti". Mi colpisce in espressioni come queste, al di là del fatto che esprimano più una gratitudine personale che non un elogio professionale, l'uso del plurale "noi". Mi chiedevo ultimamente se la categoria degli schizoidi non sia da accostare alle minoranze sessuali. Mi chiedevo, cioè, se queste persone non temano di essere considerati "devianti", "malati" o "con disturbi del comportamento" da coloro che si ritengono "normali" solo perché sono una minoranza. Gli operatori della salute mentale parlano a volte di loro con lo stesso tono che usano per le persone omosessuali, lesbiche, bisessuali e transessuali. Esiste purtroppo una tendenza ad equiparare aspetti dinamici e patologia e a classificare negativamente chi entra in analisi per problemi di personalità.

Il timore dello schizoide di venire stigmatizzato ha senso nella misura in cui, inconsciamente, ci rinforziamo a vicenda nell'idea che la psicologia tradizionale è di fondo normativa e che quindi le eccezioni vanno considerate patologiche. Potremmo anche essere convinti che esistono differenze significative tra le persone, date da fattori psicodinamici, aspetti costituzionali, esperienziali e contestuali, ma in realtà queste differenze non fanno le persone né migliori né peggiori in termini di salute mentale. Certo, questa tendenza a catalogare le differenze in gerarchie di valori ha motivi profondi, ma non è giusto che le minoranze siano sempre relegate al rango più basso di tali gerarchie.

Riprendo ora il significato del "noi". Le persone schizoidi si riconoscono tra di loro, si sentono membri di un gruppo. Un mio amico che tendeva ad isolarsi parlava di "una comunità di solitari". Come gli omosessuali, gli schizoidi si riconoscono l'un l'altro nella folla. Nonostante tendano all'isolamento e raramente verbalizzino le affinità o esplicitino il reciproco riconoscimento, li ho sovente sentiti descriversi con un senso di profonda e compassionevole affinità. Per fortuna alcuni libri recenti li stanno presentando come normali e arrivano persino a valorizzarne alcune caratteristiche come l'estrema sensibilità (Aron, 1996), l'introversione (Laney, 2002) e la preferenza per la solitudine (Rufus, 2003).

Un mio amico schizoide doveva partecipare a un seminario con alcuni compagni di classe e vi si stava recando con un insegnante che egli sospettava fosse schizoide. Passando dall'ufficio, videro una foto di Coney Island d'estate che rappresentava la spiaggia con una folla di persone così numerosa che la sabbia era difficilmente visibile. L'insegnante diede un'occhiata al mio amico e, indicando la foto, fece un gesto che indicava orrore ed evitamento. Il mio amico spalancò gli occhi e assentì. Si erano capiti.

Come definire la personalità schizoide?

Il mio impiego del termine schizoide fa riferimento ai teorici delle Relazioni oggettuali britannici, e non al DSM (vedi Akhtar, 1992: 139; Doige, 2001: 284; Gabbard, 1994: 431; Guntrip, 1969). Il DSM stabilisce arbitrariamente e senza basi empiriche una differenza tra la personalità schizoide e la personalità evitante (Shedler e Western, 2004), sostenendo che il disturbo di personalità evitante presenta un desiderio di vicinanza, nonostante il tratto della presa di distanza, mentre il disturbo schizoide di personalità presenterebbe un'indifferenza alla vicinanza. Personalmente non ho mai incontrato nessun malato mentale, ma anche nessuna persona sana, che non vivesse il ritiro in modo conflittuale (cf. Kernberg, 1984). Siamo animali in cerca di attaccamento. Il distacco degli schizoidi rappresenta una strategia difensiva di ritiro dalla sovrastimolazione, dalla pressione traumatica e dall'invalidazione. Non dovrebbe essere preso per come appare, per grave possa sembrare.

Esistono molti resoconti di persone ritirate anche a livello catatonico, del tempo in cui i pionieri della psicoanalisi lavoravano con pazienti psicotici privatamente, non trattati in centri come Chestnut Lodge e prima della scoperta dei neurolettici, che uscivano dal loro isolamento quando si sentivano abbastanza sicuri da tollerare un contatto umano. Famoso il caso di Frieda Fromm-Reichmann che, a quanto viene riferito, sedeva tranquillamente per un'ora al giorno accanto a un suo paziente schizofrenico catatonico, facendo di tanto in tanto delle osservazioni su quanto stava succedendo in corsia e su quali potessero essere i sentimenti del paziente. Dopo quasi un anno di questi incontri quotidiani, il paziente bruscamente si girò verso di lei e disse di non essere d'accordo con qualcosa che lei aveva detto diversi mesi prima.

L'uso psicoanalitico del termine schizoide è collegato all'osservazione di "scissioni" tra la vita interiore e la vita osservabile (cfr. Laing, 1965). Per esempio, le persone schizoidi, appaiono senza ombra di dubbio distaccate, ma in terapia esprimono un grande desiderio di vicinanza e profonde fantasie di intimo coinvolgimento. Appaiono autosufficienti, ma chiunque riesca a entrare nel loro mondo conosce la profondità del loro bisogno emotivo. Possono essere distratti, ed essere allo stesso tempo profondamente vigili. Possono non sembrare reattivi, eppure soffrono per la loro grande sensibilità. Possono sembrare affettivamente ottusi, ma in realtà stanno internamente destreggiandosi con quello che uno dei miei amici schizoidi chiamava "proto-affetto", ovvero la sensazione di essere sopraffatti da intense emozioni. Possono sembrare indifferenti al sesso, e invece alimentano frequenti fantasie di una sessualità molto variegata. Possono colpire per la loro insolita sensibilità, ma chi li conosce intimamente sa che nutrono elaborate fantasie di distruzione del mondo.

Il termine schizoide può essere stato anche influenzato dalla frammentazione, la confusione e l'andare in pezzi, indici dell'angoscia tipica delle persone schizoidi. Tutti loro si sentono troppo vulnerabili nei confronti di un'incontrollabile scissione di sé. Ho ascoltato numerosi schizoidi descrivere le loro soluzioni personali al pericolo della frammentazione come avvolgersi in uno scialle, dondolarsi, rimuginare, vestire un cappotto a rovescio, rifugiarsi in un armadio e altre simili modalità di auto-conforto, tutte fondate sulla convinzione che gli altri più che rassicuranti siano sconvolgenti. Negli schizoidi l'angoscia di annichilimento è più comune dell'angoscia di separazione e quelli più gravi possono anche soffrire occasionalmente di terrori psicotici come la sensazione di rimanere senza la terra sotto i piedi perché il mondo potrebbe implodere o essere inondato o crollare a pezzi. L'urgenza di proteggere un nucleo inviolabile di sé può essere a volte molto profonda (Elkin, 1972; Eigen, 1973).

Essendomi formata sul modello della psicologia dell'Io, ho trovato vantaggioso pensare alla personalità schizoide come definita dal fondamentale e costante meccanismo difensivo del ritiro. Un ritiro che può essere concreto, come nel caso di quel signore che si ritirava nella sua "tana" o in luoghi isolati tutte le volte che il mondo diventava "troppo" oppure può essere interiore, come nel caso di quella donna che sembrava apparentemente presente, mentre di fatto si sentiva risucchiata da fantasie e preoccupazioni interne. I teorici delle Relazioni oggettuali sottolineano la presenza negli schizoidi di un conflitto nucleare tra vicinanza e distanza interpersonale, un conflitto che di norma trova soluzione nella distanza fisica (Fairbairn, 1940; Guntrip, 1969) e, in coloro che stanno un po' meglio, una significativa oscillazione tra connessione e disconnessione. Guntrip (1969, p. 36) ha coniato l'espressione "dentro e fuori programma" per descrivere la ricerca dello schizoide di rapporti affettivi intensi seguita da una presa di distanza per salvare il senso di sé minacciato dall'intensità.

Sospetto che una delle ragioni per cui trovo simpatiche le persone con dinamiche schizoidi sia che questo ritiro si presenta come una difesa "primaria", globale, circoscritta (Laughlin, 1979; Valliant, Bond e Valliant, 1986), molto diversa dall'uso di processi difensivi più distorti, fondati sulla rimozione e, per così dire, "più maturi". Quando uno schizoide "va fuori di testa", fisicamente o psicologicamente, non usa la negazione o lo spostamento o la formazione reattiva o la razionalizzazione per cui gli affetti, le immagini, le idee e gli impulsi che le persone non schizoidi tendono a tener fuori dalla loro coscienza sono nel loro caso

liberamente disponibili. Una disponibilità così emotivamente onesta da colpire me, e forse anche altri, per un candore che lascia senza fiato.

Come si diventa così?

Ho già scritto della possibile etiologia delle dinamiche schizoidi (Mc Williams, 1994) per cui in questa relazione preferirei rimanere al livello fenomenologico, ma permettetemi comunque di dire qualcosa sulla complessa etiologia della personalità schizoide.

Rimango sempre più colpita da ciò che ritengo un aspetto costituzionale della personalità schizoide: un temperamento sensibile, evidente fin dalla nascita, probabilmente influenzato da una disposizione genetica. Sospetto che un'espressione di questa eredità genetica sia un livello di sensibilità, nel suo significato positivo e negativo (vedi Eigen, 2004), molto più acuto e penoso di quello della maggior parte delle persone non schizoidi. Una sensibilità che si manifesta progressivamente con il rifiuto di esperienze ritenute troppo schiaccianti, troppo penetranti, troppo invadenti.

Diverse persone, autodiagnosticatesi schizoidi, mi hanno riferito che la loro madre ricordava come da neonati rifiutassero il seno o come, quando venivano accudite e abbracciate, si allontanassero da una stimolazione ritenuta eccessiva. Uno dei miei amici mi ha confidato che la sua metafora interiore per esprimere l'accudimento fosse "colonizzazione", un termine che evoca lo sfruttamento di un innocente da parte di un intrusivo potere assoluto.

Correlata con questa immagine c'è la profonda preoccupazione per il latte cattivo e velenoso e il nutrimento tossico che caratterizza comunemente gli schizoidi. Una delle mie amiche più schizoidi una volta, mentre stavamo pranzando in una rosticceria, mi chiese: "A che serve questa cannuccia? Perché alle persone piace bere attraverso la cannuccia?" "Ricorda il succhiare" suggerii io. "Puah!". Esclamò lei.

Gli schizoidi sono frequentemente descritti dai familiari come ipersensibili o di "pelle sottile". Doidge (2001) sottolinea la loro "iper-permeabilità" ossia la loro sensazione di essere senza pelle e privi di una adeguata barriera agli stimoli e nota una prevalenza di immagini di ferite alla pelle nella loro vita fantasmatica. Già dal 1949, Bergman ed Escalona osservarono che alcuni bambini mostrano, fin dall'infanzia, un'acuta sensibilità alla luce, ai suoni, al contatto, all'odore, al gusto, al movimento e al tono emotivo. Più di una persona schizoide mi ha detto che la favola preferita dell'infanzia era "La Principessa sul Pisello". La loro sensazione di essere facilmente fagocitati dagli altri è frequentemente espressa con il timore di essere inghiottiti, con la paura di ragni, serpenti ed altri divoratori e con la preoccupazione di essere sotterrati vivi, come succedeva a Edgar Allan-Poe.

A complicare l'adattamento ad un mondo percepito come troppo ricco di stimoli e troppo sollecitante, c'è l'esperienza di essere invalidati e avvelenati dagli altri. La maggior parte dei miei pazienti schizoidi ricorda che gli è stato detto da genitori esasperati che erano "ipersensibili" o "impossibili" o "troppo difficili" o che "facevano di un moscerino un elefante". Le loro esperienze dolorose vengono ripetutamente disconfermate dai *caregiver* che, a causa del loro temperamento diverso rispetto a quello degli altri figli, non riescono ad identificarsi con la loro estrema sensibilità e perciò li trattano con impazienza e anche con scherno. L'affermazione di Khan (1963) che i bambini schizoidi mostrano gli effetti di un "trauma cumulativo" è un modo di descrivere queste ricorrenti disconferme. È facile quindi dedurre che il ritiro diventi la loro soluzione adattiva preferita: non solo il mondo esterno è troppo per il loro livello di sensibilità, ma invalida la loro esperienza, esige comportamenti atrocemente difficili e li tratta da pazzi per le reazioni che non riescono a controllare.

Riferendosi al lavoro di Fairbairn, Doidge (2001), in un'affascinante analisi dei temi schizoidi del film // *Paziente inglese*, sintetizza nel seguente modo la situazione dell'infanzia dello schizoide: "I bambini (...) sviluppano l'immagine di genitori allettanti, ma rifiutanti (...) ai quali sono disperatamente attaccati. Sono genitori spesso incapaci di amare o troppo presi dal soddisfare i propri bisogni. Il bambino viene

ricompensato quando non chiede e viene svalutato o ridicolizzato come esigente se solo esprime dipendenza. Perciò, il quadro del “buon” comportamento del bambino è distorto. Il bambino impara a non infastidire o a non desiderare l’amore, poiché ciò renderebbe i genitori più distanti e ipercritici. Può allora coprire il suo senso di solitudine, di vuoto e inadeguatezza con la fantasia (spesso inconscia) di autosufficienza. Fairbairn pensa che la tragedia dei bambini schizoidi sia che “essi credono che sia l’amore e non l’odio la forza distruttiva interna. È l’amore che distrugge. Così, la più importante operazione mentale del bambino schizoide sarà quella di reprimere il normale desiderio di essere amato” (Doidge, 2001: 285-286).

Descrivendo il problema centrale di uno di tali bambini, Seinfeld (1993: 3) scrive che “lo schizoide ha un bisogno intenso di dipendenza dall’oggetto, ma l’attaccamento minaccia lo schizoide con la perdita di sé”. Questo conflitto interno, al di là delle diverse sfumature con cui viene presentato, è al centro della teorizzazione psicoanalitica della struttura di personalità schizoide.

Alcuni aspetti poco noti della personalità schizoide

1. Reazioni alla perdita e alla separazione

Le persone non schizoidi, tra cui presumibilmente gli autori del DSM e molti altri appartenenti alla corrente della psichiatria descrittiva, spesso arrivano alla conclusione che, poiché gli schizoidi risolvono i loro conflitti di vicinanza/distanza con la scelta dell’allontanamento e sembrano trovarsi meglio stando soli, non sono particolarmente sensibili all’attaccamento e quindi non reagiscono alla separazione. Gli schizoidi invece possono interiormente avvertire un intenso bisogno di attaccamento. Il loro attaccamento può essere più intenso di quello di persone con personalità più “analitiche”. Poiché gli schizoidi tendono a sentirsi al sicuro e a loro agio con poche persone, qualsiasi minaccia o perdita di questi rapporti può essere devastante. Se esistono solo tre persone da cui ci si sente davvero voluti bene e uno di loro viene a mancare, allora si può dire che un terzo del proprio sistema di supporto è stato eliminato.

In effetti, il motivo più comune per cui le persone schizoidi chiedono un trattamento è la perdita. Un’altra preoccupazione è la solitudine. Come sostiene Fromm-Reichmann (1959/1990), la solitudine è un’esperienza emotiva dolorosa stranamente poco esplorata nella letteratura scientifica. Che gli schizoidi tendano al distacco e alla solitudine non prova che siano immuni dalla solitudine, non più di quanto l’evitamento dell’affetto di un ossessivo significhi che sia indifferente alle emozioni forti o di quanto la vischiosità di un depresso denoti l’assenza di un desiderio di autonomia.

Gli schizoidi possono richiedere il trattamento perché, come sottolinea Guntrip (1969), si sono allontanati a tal punto dalle relazioni significative che si sentono deboli, inutili e morti. Oppure vengono in terapia con uno scopo specifico: riuscire a prendere un appuntamento, diventare più socievoli, iniziare o migliorare una relazione sessuale, vincere quella che essi chiamano “la fobia sociale”.

2. Sensibilità ai sentimenti inconsci altrui

Probabilmente, poiché non hanno difese rispetto ai loro pensieri, sentimenti ed impulsi più arcaici, gli schizoidi hanno una straordinaria sintonia con i processi inconsci degli altri. Quello che per loro è ovvio è spesso invisibile a persone meno schizoidi. Molte volte ho pensato di comportarmi in modo non comprensibile o non diversamente da come mi comportavo gli altri giorni, solo perché un amico o paziente schizoide mi metteva di fronte al mio stato mentale di ovvietà. Nel mio libro sulla psicoterapia (McWilliams, 2004) ho raccontato la storia di una paziente schizoide, una donna che aveva un attaccamento profondo con gli animali, che fu la sola fra i miei pazienti a rendersi conto che qualcosa mi preoccupava la settimana dopo che mi era stato diagnosticato un cancro al seno, mentre cercavo di tenere per me quella notizia fino all’intervento chirurgico. Una sera, in cui aspettavo con gioia il fine settimana che avrei trascorso con un vecchio amico, una paziente schizoide venne in seduta, mi lanciò uno sguardo e, nonostante pensassi che il

mio comportamento fosse quello abituale, ossia professionale, mentre ero sul punto di sedermi, mi disse: "Bene! Siamo proprio felici stasera!"

C'è un aspetto problematico raramente preso in considerazione che spesso coinvolge gli schizoidi a causa della loro sensibilità ai rapporti interpersonali: si tratta di quelle situazioni in cui essi, più degli altri, percepiscono ciò che non viene detto. È probabile che lo schizoide abbia appreso dalla propria storia dolorosa di disapprovazione parentale e di *gaffes* sociali che una parte di ciò che egli vede è evidente a tutti, mentre altri aspetti percepiti da lui non lo sono. E, dal momento che vede i segreti di tutti, lo schizoide non sa di che cosa si possa parlare o che cosa sia sconveniente rivelare o sapere. Perciò, una parte del ritiro dello schizoide può rappresentare non tanto un automatico meccanismo di difesa, quanto una valutazione cosciente del valore dell'evitamento.

Questa situazione è certamente dolorosa. Se nella stanza c'è il proverbiale elefante, lo schizoide comincia a chiedersi perché mai si debba intrattenere una conversazione rispettando ciò che l'altro disconosce. Gli schizoidi mancano di normali difese di rimozione, trovando di conseguenza difficile capire perché gli altri rimuovano.

Quindi, essi si chiedono "Come faccio a portare avanti questa conversazione senza parlare di quello che so essere vero?". In questa esperienza del non detto/non dicibile ci può anche essere qualcosa di paranoico: forse gli altri sono consapevoli dell'elefante e hanno deciso di non parlarne. "Qual è il pericolo che loro percepiscono ed io no?" O forse sono davvero inconsapevoli dell'elefante e in questo caso la loro ingenuità o ignoranza può essere ugualmente pericolosa. Kerry Gordon (manoscritto inedito) nota che la persona schizoide vive nel mondo delle possibilità e non delle probabilità.

Come i *pattern* ripetitivi finiscono in un cerchio vizioso, gli schizoidi si confermano da soli nel ritiro schizoide aumentando in questo modo la tendenza a rimanere nel processo primario e in un ritiro sempre maggiore.

3. Il senso di unità con l'universo

Si è detto spesso che gli schizoidi hanno come loro tratto distintivo fantasie difensive di onnipotenza. Per esempio, Doidge (2001: 288) riferisce di un paziente apparentemente collaborativo il quale "soltanto in analisi svelò di avere costantemente una fantasia onnipotente di controllare qualsiasi cosa dicessi". Il senso di onnipotenza degli schizoidi differisce tuttavia da quello delle persone narcisistiche, psicopatiche, paranoiche o ossessive. Piuttosto che attestarsi su immagini di sé grandiose o mantenere un ferreo controllo, gli schizoidi tendono a instaurare con il loro ambiente un tipo di relazione profonda e reciproca. Possono pensare, per esempio, che i loro pensieri influenzano l'ambiente, così come l'ambiente influisce sui loro pensieri. E questo è molto di più di un'assunzione organica e sintonica di una difesa autosoddisfacente (cfr. gli scritti di Khan [1996] sull'onnipotenza simbiotica). Gordon (manoscritto inedito) ha presentato questo tipo di relazione più come "onnipresenza" che onnipotenza, correlandola con la nozione di pensiero simmetrico di Matte-Blanco (1975).

Mi colpisce che ciò che gli schizoidi provano sia un sentimento, che potremmo definire esistenziale, di mancanza di differenziazione o di elaborazione di sé. Ritengo anch'io che si debba parlare più di un senso di fusione primaria, dell'"armoniosa fusione pervasiva" di Balint (1968) che non di onnipotenza. In letteratura, vengono affrontati i motivi per cui questi legami sono diventati disarmonici e negativi. Doidge (2001) fa notare quanto l'opera di Samuel Beckett risuoni di temi schizoidi e sottolinea la sua affermazione di non essere mai nato. Un terapeuta, in una conferenza sulla personalità schizoide, affermò che gli schizoidi, che vivono in un mondo in cui i loro corpi non sono più reali di quelli di coloro che li circondano, non sono "sufficientemente incarnati". Questo senso di fusione con l'ambiente può portare ad animare l'inanimato. È risaputo che Einstein parlava della sua identificazione con le particelle per poterne capire la loro natura. Abitualmente, la tendenza a sentire una parentela con le cose, è spiegata come conseguenza

dell'allontanamento dalle persone, ma potrebbe anche essere dovuta al riemergere di un'attitudine animistica che la maggior parte di noi riscontra solo nei sogni o in vaghe memorie del pensiero infantile. Una volta, mentre stavamo mangiando insieme dei *muffins*, una mia amica commentò "Sto andando bene, l'uvetta non mi dà più fastidio". Chiesi che cosa ci fosse di problematico nell'uvetta: "Non è di tuo gusto?". Lei sorrise. "Tu non capisci: potrebbero essere mosche!". Questo aneddoto suscitò, in una collega alla quale l'avevo raccontato, un'associazione: anche al marito, che lei considerava schizoide, non piaceva l'uvetta, ma per una ragione differente: "Dice che *si nasconde*".

4. Il romanzo isterico-schizoide

Ho accennato alla mia attrazione per le personalità schizoidi. Quando penso a questo e rifletto sulla frequenza con cui altre donne eterosessuali con dinamiche isteriche sembrano essere attratte da uomini con tendenze schizoidi, arrivo alla conclusione che debbano esserci delle ragioni dinamiche, oltre al motivo consapevole della mia attrazione e cioè che vivo gli schizoidi come persone limpidamente oneste, che spieghino la risonanza che suscitano in me. La pratica clinica abbonda di osservazioni sulle coppie isterico-schizoidi: le loro incomprensioni, i loro problemi di inseguimento-allontanamento, l'incapacità reciproca di vedere l'altro per quello che è ossia timoroso e bisognoso, invece di vederlo forte ed esigente. Purtroppo, nonostante la nostra recente rivalutazione dei processi bipersonali, esistono pochi scritti scientifici degli aspetti intersoggettivi di personalità specifiche. Un racconto breve di Wheelis (1966/2000) *The Illusionless Man and the Visionary Maid* e la classica descrizione di Balint (1945) dell'ocnofilo e del filobate mi sembrano descrivere meglio l'alchimia isterico-schizoide di scritti clinici più recenti.

Il più delle volte l'ammirazione tra una persona isterica ed una schizoide è reciproca. Come la donna con organizzazione isterica idealizza la capacità dell'uomo schizoide di stare da solo, "di parlare liberamente ai potenti", di contenere l'affetto, di attingere quei livelli creativi d'immaginazione che lei può solo sognare, così lo schizoide ammira la capacità dell'isterica di stare a proprio agio con gli altri, la sua empatia, il suo garbo nell'esprimere le emozioni senza imbarazzo o vergogna, la sua capacità di utilizzare la propria creatività nei rapporti. Gli isterici e gli schizoidi si attraggono per le loro configurazioni opposte. Tendono ad idealizzarsi l'un l'altro e poi impazziscono quando le rispettive necessità di vicinanza entrano in conflitto. Doidge (2001: 286) ha mirabilmente paragonato la relazione d'amore con uno schizoide ad una controversia legale.

Penso tuttavia che l'affinità tra le personalità isteriche e quelle schizoidi siano maggiori delle differenze. Entrambe possono in effetti essere descritte come ipersensibili e preoccupate del pericolo di stimoli eccessivi. Mentre lo schizoide teme di essere sopraffatto da stimolazioni esterne, l'isterico sente il pericolo di non riuscire a gestire pulsioni, impulsi, affetti e altri stati interni. I due tipi di personalità sono stati anche associati a traumi da tensione cumulativa. Sia gli uomini schizoidi che le donne isteriche hanno quasi certamente sviluppato più la parte destra che quella sinistra del cervello. Sia gli schizoidi che le isteriche tendono in famiglia a vedere il genitore del sesso opposto come il centro del potere ed entrambi si sentono interiormente invasi da lui. Entrambi provano una sensazione di fame distruttiva che lo schizoide prova ad arginare e l'isterica a sessualizzare. Credo proprio che una parte dell'incanto tra isterici e schizoidi sia basato sulle somiglianze piuttosto che sulle differenze.

Implicazioni terapeutiche

Le persone che presentano significative dinamiche schizoidi, almeno coloro che sono meno disturbati, più vitali e più capaci di rapporti interpersonali, sono attratti dalla psicoanalisi e dalla psicoterapia psicoanalitica. A differenza di quanto alcuni affermano, gli schizoidi non pensano, però, di sottoporsi ad interventi che attribuiscono, nel progetto terapeutico, un ruolo secondario all'esame dell'individualità e all'esplorazione della vita interiore. Se hanno le risorse per affrontare l'analisi, gli schizoidi meno gravi sono

dei candidati eccellenti per un intervento psicoanalitico. Sono contenti di un analista che si intromette poco nei loro processi associativi, dello spazio inviolabile costituito dall'uso del divano ed apprezzano non essere sottoposti all'eccessiva stimolazione della presenza fisica dell'analista e al peso di vederlo. Anche in un'analisi a una volta a settimana *vis à vis*, il paziente schizoide è molto grato per l'attenzione del terapeuta ad evitare intrusioni e brusche interruzioni. E poiché essi "possiedono" il processo primario e sanno che il terapeuta ha un'adeguata preparazione personale, possono sperare che la loro vita interiore non susciterà in lui *shock* o critiche o disprezzo.

Nonostante il fatto che i pazienti schizoidi meno disturbati accettino e apprezzino la pratica analitica tradizionale, ciò che contribuisce al successo del loro trattamento non può essere correlato all'affermazione freudiana di rendere conscio l'inconscio. Sebbene alcuni aspetti inconsci dell'esperienza schizoide legati al ritiro difensivo - in particolare il desiderio di dipendenza - emergano a coscienza in una terapia efficace, ciò che funziona con gli schizoidi è l'esperienza dell'elaborazione di sé in presenza di un altro accettante, non intrusivo e profondamente sintonizzato (Gordon, scritto inedito). La proverbiale fame degli schizoidi è, per quanto ho potuto sperimentare, essenzialmente una fame di quel riconoscimento che la Benjamin (2000) ha descritto come riconoscimento della loro soggettività. Ciò che è stato profondamente danneggiato è la capacità di impegnarsi nella lotta per tale riconoscimento e di riprenderla dopo che si è spezzata.

Winnicott, che viene descritto dai biografici come profondamente schizoide, ha descritto lo sviluppo del linguaggio con modalità che si possono applicare direttamente al trattamento del paziente schizoide. La sua idea del *caregiver* che permette al bambino di "continuare ad essere" e di "stare solo in presenza della madre" non potrebbe essere più appropriata. Una ricetta per la terapia degli schizoidi potrebbe essere l'importanza che egli dà all'ambiente facilitante in cui gli altri non siano oppositivi, ma valorizzino il vero e vitale sé invece di sostenere l'accomodamento collusivo alle difese degli altri.

La tecnica convenzionale è molto adatta ai pazienti schizoidi meno gravi, perché, a meno che il terapeuta non senta la necessità narcisistica di bombardare l'analizzando di interpretazioni, la pratica analitica classica offre allo schizoide lo spazio di sentire e parlare ad un ritmo tollerabile. Tuttavia, nella letteratura clinica è stata data una particolare attenzione alle richieste di quei pazienti schizoidi che hanno bisogno di qualcosa che vada oltre la tecnica standard.

Primo punto, dal momento che parlare col cuore in mano può essere per lo schizoide oltremodo penoso e che parlare con immediatezza emotiva può essere altrettanto opprimente, la relazione terapeutica può essere favorita dalla comunicazione dei sentimenti attraverso modalità transizionali. Lo schizoide che non riesce a descrivere direttamente l'angoscia di isolamento può più facilmente parlarne attraverso un film, un poema o un racconto.

I terapeuti che lavorando con pazienti schizoidi fanno uso dell'empatia si ritrovano spesso a iniziare o a condividere conversazioni sulla musica, le arti visive, le arti drammatiche, la letteratura, le scoperte antropologiche, gli eventi storici o riflessioni di carattere religioso e spirituale. Diversamente dai pazienti ossessivi che evitano le emozioni con le intellettualizzazioni, i pazienti schizoidi possono riuscire ad esprimere l'affetto veicolandolo attraverso discorsi intellettuali. A motivo di questa funzione transizionale, le terapie artistiche sono state a lungo considerate particolarmente adatte a questo tipo di pazienti.

Secondo punto. Nei resoconti clinici, scritti da autori dotati di una certa sensibilità, è stato anche sottolineato quanto gli schizoidi siano sensibili ai sotterfugi, al gioco dei ruoli e alle note stonate.

Per questa ed altre ragioni può dimostrarsi necessario nella terapia essere "realistici". A differenza dei pazienti che utilizzano avidamente le informazioni riguardanti il terapeuta facendo domande intrusive per alimentare l'idealizzazione o la svalutazione nei suoi confronti, il paziente schizoide tende ad accettare con gratitudine le aperture dell'analista e a rispettarne lo spazio privato. Robbins (1991), nell'esposizione di un suo caso clinico, ci offre un bell'esempio della sensibilità di una sua paziente ai temi transizionali e della sua

consapevolezza di dover essere “reale”. Si trattava di una donna schizoide devastata dall’improvvisa morte dell’analista e ancora incapace di parlare del suo dolore. Sarebbe stato certamente troppo pericoloso mettere al corrente la paziente dell’immagine che se ne era fatto: un’estranea su un’isola deserta, immobile e allo stesso tempo invocante aiuto. Ma anche se la coppia analitica affronta temi apparentemente insignificanti, vengono toccati comunque livelli profondi.

“Un giorno la paziente è arrivata e si è messa a raccontare di aver appena mangiato velocemente in pizzeria. Ci siamo messi allora a parlare del gran numero di pizzerie nel West Side, convenendo tutti e due che Sal era di gran lunga la migliore. Abbiamo continuato a condividere i nostri interessi, passando in rassegna tutte le pizzerie di Manhattan. Ci siamo scambiati informazioni e sembravamo trarre un reciproco piacere in questo scambio. Certamente, questa è una deviazione dalla procedura analitica standard, ma, ad un livello molto sottile, scoprimmo aspetti importanti del pensiero di entrambi, anche se sospetto che la conoscenza della paziente fosse largamente inconscia. Tutti e due sapevamo che cosa significasse mangiare di corsa, afferrare avidamente qualcosa che riempie una inesprimibile oscura cavità come migliore palliativo ad un appetito insaziabile. Questa fame, certamente, rimaneva nascosta: chi avrebbe potuto sostenere il rivelarsi di tale rapacità! La conversazione sulla pizza gettò un ponte tra noi permettendoci di fare esperienza di una relazione condivisa e questo ha permesso recentemente alla paziente di dar forma e sostanza al suo passato e al suo presente. La nostra “pizza-connection” è servita da rifugio, un luogo in cui sentirsi capita”.

Per arrivare a sviluppare la disponibilità a rivelare il sé, cosa che catalizza la terapia dei pazienti schizoidi, questi pazienti hanno bisogno più di altri di fare un’esperienza soggettiva di riconoscimento e accettazione. Anche una semplice rassicurazione li fa sentire trattati con condiscendenza. L’interpretazione da sola, per quanto accurata possa essere, non arriva a trasmettere loro che il contenuto interpretato non è strano, ma è positivo.

Ho conosciuto molte persone che hanno speso anni in analisi e che ne sono venute fuori con una dettagliata conoscenza delle loro dinamiche, ma con la sensazione di aver scoperto realtà vergognose e non di aver portato alla luce la loro umanità con tutti i suoi normali aspetti positivi e negativi. La capacità dell’analista di essere “reale”, di avere difetti, di sbagliare, di essere arrabbiato, insicuro, in conflitto, vivo, entusiasta, autentico può essere il cammino più credibile per incoraggiare la persona schizoide ad accettarsi. Questo è il motivo per cui vedo la battuta dell’analista del mio amico, il suo “Sì, parlamene” in risposta all’ansia di perdere la mente, come un aspetto essenziale della psicoanalisi e come l’espressione di una profonda sintonizzazione.

Terzo ed ultimo punto. Esiste un pericolo nel lavoro con i pazienti schizoidi: non appena si troveranno a loro agio e cominceranno a scoprirsi, faranno della relazione professionale un sostituto delle soddisfazioni che dovrebbero perseguire fuori dalla consultazione. Sono molti i terapeuti che hanno lavorato con pazienti schizoidi sentendosi gratificati nel loro impegno e che di colpo si sono ricordati di come la persona fosse venuta in terapia per essere aiutata a sviluppare una relazione intima, del cui inizio, però, non c’era traccia.

È vero che la linea tra essere una presenza incoraggiante e un critico insensibile, è sottile ed è vero che riuscire ad incoraggiare il paziente senza essere vissuti come intolleranti e critici come i primi oggetti d’amore, è un’arte. Per questo, se il terapeuta fallisce nell’essere percepito diversamente, saranno necessarie disciplina e pazienza per contenere la ferita e l’offesa del paziente che, ancora una volta, si è sentito costretto ad una relazione tossica.

Conclusioni

Nel presentare queste mie idee mi sono sentita un po’ come l’ambasciatore di una comunità che preferisce non essere coinvolta in pubbliche relazioni. È interessante notare quali aspetti del pensiero psicoanalitico entrino nel campo professionale, per così dire, pubblico e quali altri aspetti rimangono

nascosti. Sono convinta che il lavoro di Guntrip avrebbe dovuto essere per la psicologia schizoide quello che Freud è stato per il complesso edipico o quello che Kohut è stato per il narcisismo. Avrebbe cioè dovuto rivelarne la presenza in molti ambiti, disintossicare e destigmatizzare il nostro rapporto con questa patologia. Invece, anche esperti psicoanalisti non sono addentro al pensiero analitico della personalità schizoide o sono indifferenti. Presumo che, per ovvie ragioni, nessuno che conosca la psicologia schizoide dal di dentro avverta l'urgenza di un Freud o di un Kohut di dar vita ad un movimento che porti alla consapevolezza di tutti i temi che pervadono queste soggettività.

Mi sono chiesta spesso se non sia all'opera in campo psicoanalitico qualche processo parallelo nella mancanza di attenzione a questi problemi. George Atwood un giorno mi diceva che la controversia se esista o no la personalità multipla (disturbo dissociativo di personalità) è strettamente paragonabile all'incessante lotta interna della persona traumatizzata che sviluppa una personalità dissociativa: "Ricordo bene questo o me lo sono costruito?". "È veramente successo o me lo sono immaginato?". È come se la comunità degli operatori della salute mentale, nella posizione dicotomica che ha assunto riguardo all'esistenza di personalità dissociative, stia agendo un ampio e non riconosciuto controtransfert che riflette la lotta dei pazienti in questione. Allo stesso modo possiamo chiederci se la marginalizzazione dell'esperienza schizoide non corrisponda ai processi interni che mantengono gli individui schizoidi ai margini del contatto con gli altri.

Penso che noi appartenenti alla comunità psicoanalitica abbiamo sia capito che frainteso la persona schizoide. Siamo a conoscenza di alcuni brillanti scritti sulla natura delle dinamiche schizoidi, ma, come in una psicoterapia che produce *insight* senza auto-accettazione, le scoperte dei più intrepidi esploratori sono state troppo spesso tradotte in linguaggio patologico. Certamente nell'ambito delle dinamiche schizoidi molti pazienti che vengono da noi per essere aiutati manifestano aspetti decisamente patologici, ma molti altri, compresi innumerevoli individui schizoidi che non hanno sentito mai la necessità di un trattamento, costituiscono una versione più adattiva di simili dinamiche.

Ho provato con questo scritto a esplorare alcuni modi in cui la personalità schizoide differisce dalle altre configurazioni, sottolineando che queste differenze non sono intrinsecamente peggiori o migliori, né più o meno mature, né un arresto evolutivo né una conquista evolutiva. La personalità schizoide è quello che è e deve essere apprezzata per quello che è.

Un caso clinico: la donna che non amava parlare

Sono molti i motivi, almeno quelli consapevoli, che mi spingono a parlare della mia paziente Sarah. Innanzi tutto, la persona di cui parlerò, una donna che morì di una malattia improvvisa nel corso del nostro lavoro, presenta problemi di riservatezza minori di quanto non avvenga per la maggior parte dei miei pazienti attuali e pregressi; di conseguenza posso parlare della mia esperienza clinica con lei in modo dettagliato.

Un secondo motivo è che questa paziente costituisce un esempio affascinante di buon funzionamento da parte di una personalità profondamente schizoide, che non aveva mai rivelato il suo mondo interiore a nessuno prima di provare a farlo con me.

Il terzo motivo è dovuto al fatto che parlare e scrivere di lei mi permette di elaborare il dolore per la sua morte e per l'improvvisa interruzione del nostro lavoro. Quanto più la mia conoscenza di Sarah si approfondì, tanto più fui presa da ammirazione per il suo coraggio ed imparai ad apprezzare la sofferenza interiore che aveva tenuto solo per sé per più di 55 anni. Di maggior peso, però, è la convinzione che la storia di questa terapia esemplifichi una tematica su cui ho parlato e scritto per tanti anni. È infatti mia convinzione che ciò che ha maggior valore nell'approccio psicoanalitico alla cura non è la tecnica, ma un insieme di valori e un corpo di conoscenze che possono dar forma ad ogni tipo di impegno terapeutico. Altri

avrebbero potuto lavorare in modo diverso con Sarah, ma credo che qualsiasi terapeuta sensibile si sarebbe confrontato con la ricerca di una soluzione creativa alla sua difficile situazione personale.

La versione del caso che presento include la sfida costituita da una depressione grave, un'ossessività molto forte, una struttura così schizoide da costituire un disordine di personalità e, alla fine, gravi problemi di salute che misero la terapia a repentaglio. La soluzione, che trovammo insieme ai suoi non semplici problemi, scaturì dall'incontro delle nostre rispettive personalità e costituisce un valido esempio di trattamento che considero profondamente psicoanalitico anche se del tutto non convenzionale.

Cercherò di presentare la nostra interazione abbastanza fedelmente parola per parola, piuttosto che fare considerazioni astratte su interventi specifici. Ho imparato che, quando si vuole scoprire come lavora un analista, è preferibile sentire ciò che realmente ha detto piuttosto che le sue affermazioni astratte del tipo "interpretazione della resistenza" o "processamento dell'*enactment*". Poiché non ho sedute registrate, quanto segue è stato ricostruito dai miei appunti. È la ricostruzione più accurata che io abbia potuto fare. Ho cambiato il nome della paziente, ma per il resto ho riferito fedelmente i particolari della sua vita, i tratti della sua sofferenza e i discorsi intercorsi tra noi. Certamente si potrebbe arrivare a molteplici interessanti conclusioni sulle dinamiche di Sarah e sulla natura di ciò che accadde tra noi, tuttavia ho cercato di attenermi ad un livello descrittivo piuttosto che inferenziale.

Le impressioni iniziali

Il mio primo contatto con Sarah avvenne per telefono e, quando udii la sua voce spenta, ebbi l'immediata impressione che fosse pericolosamente vicina al suicidio. "Lei è Nancy McWilliams?" chiese in tono monocorde. "Ho bisogno di vederla".

In quel periodo non avevo tempo per prendere un altro paziente, ma fui molto cauta nel rispondere, seguendo l'intuizione che la persona dall'altra parte del filo si trovasse in uno stato di disperazione che poteva renderla vulnerabile a qualsiasi rifiuto. "La mia agenda è piuttosto piena in questo momento" dissi "ma forse potrei incontrarla una volta per capire qual è il suo problema e suggerirle qualcosa. Lei dove abita?". Fece il nome di una città distante ottanta miglia e quindi lontana due ore buone dal mio studio. "Conosco un certo numero di buoni terapeuti molto più vicini" iniziai a dire. "No" rispose. "C'è qualche ragione particolare per cui Lei pensa che io sia la persona che ha bisogno di vedere?". "Ho letto i Suoi libri". "Che cosa Le ha fatto sentire che io potessi esserle d'aiuto?". "Lei sembrava, in un certo senso, umile". Mi sentii lusingata e incuriosita, ma anche allarmata sul suo stato mentale. Ricordo di aver pensato che quella voce era la più depressa che avessi mai sentito. Dissi a Sarah che probabilmente non sarei riuscita a vederla regolarmente, ma che sarei stata felice di vederla almeno una volta e che probabilmente avrei potuto suggerirle qualche altro collega dopo l'incontro.

Sarah fu puntuale. Entrò nel mio studio, mi osservò accuratamente e disse: "Lei è così piccola", mentre la mia altezza e il mio peso sono senz'altro nella media. Colsi l'occasione per accennare un'interpretazione prima che si sedesse e le dissi sorridendo: "Immagino che quando si leggono i libri di qualcuno, l'autore diventi più grande nella propria immaginazione di quanto non sia nella realtà. Ed eccomi qui, una persona del tutto normale". Sorrise anche lei. Era una paio di pollici più alta di me, una donna grande, attraente, dall'espressione energica. Quando seppi delle sue origini scandinave, mi ricordo di aver pensato che era proprio l'immagine di una sana Svedese. Era vestita in modo *casual*, ma con gusto e sembrava a suo agio finché non sedette ed io le chiesi come avrei potuto aiutarla.

All'improvviso sembrò trasformarsi in una esile, tremante, terrorizzata versione della persona che mi era apparsa in precedenza. Ebbi l'impressione di un animale in trappola. Cominciò a torcersi le mani e ad agitarle, dicendo ripetutamente a se stessa: "Sapevo che non avrei dovuto farlo. Come ho potuto pensare che avrebbe funzionato? Certamente non lo posso fare!". Per ridurre la sua angoscia evidente, dissi: "Ho l'impressione che Lei si trovi a fronteggiare una depressione abbastanza seria". Sarah annuì. "Si è mai

rivolta a qualcun altro in passato per poter trovare sollievo?” chiesi. “È questo il problema” mormorò. Aspettai, ma rimase in silenzio. “Può dirmi qualcosa di più?”. Scosse la testa. “Forse potremmo cominciare col parlare della Sua depressione”, suggerii. “Ha sentito parlare di una non-cola?”, rispose riferendosi ad un programma commerciale di una TV americana riguardante una bevanda non gassata. “Io ho una non-vita. Tutto ciò che faccio è lavorare e dormire”. Chiesi da quanto tempo andava avanti. “Da sempre”, rispose. “È peggiorato di recente?”. “Da quando mi sono trasferita qui e sono andata da una psichiatra, ma ciò è quello di cui non voglio parlare”. “Il trasferimento ha comportato qualche importante perdita?”. “C’era un uomo nella ditta in cui ero sempre stata, prima di essere trasferita. Non eravamo amici intimi, ma ci piacevamo. Lui è rimasto ed io sono andata via”.

Le chiesi quale fosse la sua occupazione e scoprii, con mia grande sorpresa, che occupava una posizione di alto livello in una importante società americana in cui era responsabile delle relazioni internazionali. Non riuscivo a fare quadrare il suo brillante successo nel mondo degli affari con l’immagine dell’animale spaventato e intrappolato che mi era venuta in mente quando l’avevo vista torcersi dolorosamente sulla sedia. Aveva ottenuto un considerevole successo, in una ditta che trattava macchinari pesanti e che quindi veniva associata con figure e potere maschili, ma non sembrava per niente intimidita per averlo fatto.

Feci un passo indietro per mettere a fuoco il problema presente: “Era successo qualcosa di particolare quando Lei decise di dover venire da me?” “Stavo guardando *Oprah*”.¹ “Di che stavano parlando in *Oprah*?”. “Non posso dirlo”. A questo punto suggerii di fermarci finché non si fosse sentita più a suo agio e in grado di dirmi ciò che per lei era così difficile; nel frattempo avrei voluto sentire la sua storia. Ed ecco quello che venni a sapere.

La storia

Sarah era cresciuta nel nord del Vermont, secondogenita di genitori che descriveva come vecchi, depressi e ansiosi. Sua sorella aveva diciotto anni più di lei. Mi chiesi se non fosse stata una figlia non programmata, nata piuttosto tardi. Di recente, durante la presentazione del mio lavoro con Sarah all’*Austin Riggs Center* a Stockbridge nel Massachusetts, uno dei terapeuti presenti suggerì che Sarah potesse essere stata la figlia di sua sorella, ipotesi che mi colpì subito come altamente probabile. Che ciò sia vero o no, ci fu un altro evento che ebbe una forte ripercussione sulla giovane Sarah. Quando aveva cinque anni, sua madre diede alla luce due gemelli. Intanto sua sorella si era sposata ed aveva avuto due bambini e la famiglia si divise nei “grandi” (i suoi genitori e sua sorella) e i piccoli (i gemelli e i bambini della sorella). Sarah si sentiva al margine, invisibile, persa nel mezzo.

Il padre di Sarah, che occupava una posizione di medio rilievo in una compagnia di assicurazioni, venne descritto come un gran lavoratore, sempre preoccupato ed emotivamente distante. Sua madre aveva svolto il suo ruolo di madre di famiglia fino ai tredici anni di Sarah. In quel periodo cominciò a soffrire di un qualche genere di “collasso nervoso”, probabilmente una depressione di tipo psicotico, che la portò in ospedale per tre settimane. Sarah riferì di aver sgridato la madre, una volta tornata a casa, perché se non avesse trovato un lavoro sarebbe caduta di nuovo in depressione. Sua madre fu d’accordo, trovò un posto come segretaria e lo mantenne per il resto della sua vita lavorativa. Fu interessante sentire che, sebbene Sarah pensasse di non aver voce in famiglia, tuttavia percepisse che la sua esortazione alla madre avesse avuto un gran peso. Entrambi i genitori erano morti nell’arco degli ultimi dieci anni.

Sarah era stata educata alla fede cattolica, la religione di sua madre. Si era limitata ad essere credente e non aveva mai preso parte alle funzioni fino al momento del nostro incontro. Detestava i gruppi organizzati e non le era mai piaciuta la scuola. Aveva trovato insopportabili i suoi primi giorni alla scuola materna, dove era stata mandata essendo stata scalzata dalla sua posizione dai gemelli. Non aveva mai avuto simpatia per l’ambiente scolastico. Fu, però, fortunata perché viveva nelle vicinanze di un *college* che formava insegnanti molto aperti e proprio da lì proveniva la maggior parte degli insegnanti delle scuole che si trovò a

frequentare. I suoi insegnanti le permisero di marinare la scuola molto più di quanto le normali istituzioni educative avrebbero permesso. Sarah era il tipo di studente che prendeva il massimo, quando le piaceva l'insegnante o trovava la materia interessante, e il minimo quando non stimava l'insegnante o si annoiava. A causa del suo elevatissimo numero di assenze sembrava probabile che non potesse prendere il diploma di scuola superiore, ma le autorità scolastiche alla fine non presero in considerazione questo aspetto perché era molto intelligente e non creava problemi. Dopo il diploma, cominciò subito a lavorare in una piccola ditta locale, non proseguendo gli studi finché una società presso cui si era impiegata dopo aver lasciato la prima occupazione non insistette per mandarla ad una scuola serale. Alla fine conseguì un titolo universitario.

All'età di otto anni, accadde qualcosa nella vita di Sarah che scatenò in lei un interesse ossessivo per il pattinaggio artistico. Non mi rivelò mai il motivo e a tutti i miei tentativi di indovinare di che si trattasse, incluso un possibile trauma sessuale, reagì come se io fossi lontana le mille miglia. I suoi genitori non condivisero il suo entusiasmo perché associavano il mondo competitivo del pattinaggio artistico con la possibilità di acquisire un carattere direttivo. Non andarono mai alle sue esibizioni, che continuarono per tutti gli anni della scuola superiore. Sarah seguì le normali attività infantili e adolescenziali, ma il suo unico vero amico durante il periodo della scuola fu il suo partner di pattinaggio, un sensibile ragazzo gay con cui si sentiva sicura e a suo agio e con cui le piaceva creare qualcosa di bello. Nonostante la realtà di evitamento e di marginalità sociale che aveva vissuto, Sarah descriveva le persone del suo passato con sorprendente ricchezza di dettagli evocativi.

Il primo anno dopo il diploma di scuola superiore, Sarah fu presentata da amici ad un uomo sposato con cui iniziò un'appassionata storia d'amore. La loro relazione durò nove anni finché il suo partner non morì di una rara malattia degenerativa. Sarah si prese cura di lui durante la malattia ed era accanto a lui al momento della sua morte. Quando le chiesi se avesse elaborato a pieno questa perdita, rispose: "Non ho mai smesso di soffrirne". Continuò dicendo che non si era più innamorata di nuovo. "A volte ho provato attrazione, ma questo è diverso". Mentre mi raccontava questa storia, sembrava che si rilassasse divenendo più animata e disposta a parlare.

Le chiesi se si sentisse pronta a parlare di ciò che era stato così difficile da dire prima ed ella scosse la testa, così le feci qualche domanda sulla sua depressione e venni a sapere che ne aveva sofferto in forma lieve anche prima della morte del suo partner. Quando chiesi che farmaci assumesse, emerse la seguente storia con palpabile esitazione e difficoltà.

I problemi presenti

Nel suo tempo libero Sarah scriveva un romanzo e questo era un altro dettaglio interessante poiché non ho mai conosciuto nessun dirigente di società che si dedicasse allo scrivere. Dal momento che la sua protagonista era una psichiatra, decise che doveva saperne di più sul mondo della psichiatria. Pensò che, dal momento che tutto sommato era depressa, avrebbe fatto bene ad andare da una psichiatra nella città in cui si era trasferita e quindi cercò sull'elenco il nome di una psichiatra e le chiese un appuntamento. Dopo un certo numero di incontri, le fu prescritta una terapia antidepressiva (SSRI)² e un appuntamento settimanale di mezz'ora. Quando si accorse che la psichiatra non gestiva al meglio le ricevute di pagamento, si offrì di aiutarla ad usare un programma al computer che le avrebbe reso il compito più facile. In breve tempo, Sarah finì con l'occuparsi delle fatture, dell'archivio, seguendola anche in altre pratiche d'ufficio, a dispetto del fatto che ciò comportava che Sarah venisse a conoscenza di informazioni riservate riguardanti altri pazienti. Molto presto cominciarono a fare regolarmente colazione insieme e in queste occasioni la psichiatra confidò a Sarah una sua storia di abuso sessuale entrando nei dettagli sull'attrazione che provava per uomini abusanti.

Dopo parecchi mesi, la psichiatra all'improvviso cambiò le regole. Per quel che ho potuto immaginare, doveva essere successo che aveva descritto la sua relazione con Sarah a qualche collega o supervisore e le era stato consigliato di non continuare ad infrangere le regole in quel modo. Qualsiasi cosa fosse successa, la psichiatra annunciò all'improvviso a Sarah che non avrebbero più potuto avere una relazione professionale o qualsiasi altro tipo di relazione, che quella era l'ultima volta che si vedevano, dopodiché non ci sarebbe più stato nessun contatto. Sarah fece una pausa nel suo racconto. "Che cosa sa Lei di omosessuali a caccia di un partner a tutti i costi (*stalker*)?" chiese con l'aria di non voler proseguire. "Lei teme di essere una di loro?" chiesi. Annuì. Provai immediatamente una fitta d'ansia. Diversi miei colleghi erano stati il bersaglio di pazienti erotomani, un'esperienza davvero sgradevole, e mi sorpresi a chiedermi se non avessi una persona del genere nel mio studio.

Le chiesi se fosse questo l'argomento di cui si parlava in *Oprah* e Sarah annuì a testa bassa. "In che cosa si era concretizzata la richiesta omosessuale che aveva rivolto a quella psichiatra?". "Una volta ero passata in auto dinanzi casa sua per vedere dove abitava". Tirai un respiro di sollievo. Avendo fatto altrettanto con la mia analista, decisi che Sarah non era un pericolo. "Il problema è - aggiunse all'improvviso con un tono di voce disperato - che ora penso di dovermene andare!".

Faticosamente le tirai fuori i penosi pensieri ossessivi che aveva nutrito verso due sue insegnanti delle elementari. "Non potevo levarmele dalla testa!". "C'era qualcosa di erotico nei Suoi pensieri?". "No!" rispose guardandomi come se le avessi posto una domanda davvero strana. "Volevo solo entrare nei loro pensieri per capire quali fossero". Le chiesi se aveva avuto altre idee ossessive da allora e venni a sapere che per un po' era stata presa dal pensiero di una donna che aveva incontrato quando era sui vent'anni frequentando gli Alcolisti Anonimi, ma, quando l'aveva conosciuta meglio, il carattere ossessivo dei suoi pensieri era molto diminuito. Le dissi che non mi sembrava che fosse a caccia di un partner omosessuale, aggiungendo che soffriva di pensieri ossessivi a livello abbastanza grave, ma che non c'era da meravigliarsi in relazione all'insensibilità abbastanza traumatica con cui la sua psichiatra/amica aveva posto fine alla loro relazione.

"Lei pensa che la tendenza a ricercare a tutti i costi un partner omosessuale possa essere curata?" esclamò. Le risposi che sapevo bene che dalle ricerche statistiche si poteva ricavare che quel problema fosse refrattario al cambiamento, ma che nella mia lunga carriera avevo incontrato un buon numero di persone con problemi che i ricercatori avevano definito intrattabili basandosi semplicemente sui campioni presi in esame dalle statistiche, ma che nondimeno avevano trovato terapeuti dediti e determinati con cui avevano fatto progressi significativi. Per la seconda volta durante il nostro incontro Sarah sorrise. "Questo è ciò che Lei dice nel Suo libro".

A quel punto Sarah mi aveva conquistato. La trovavo interessante e stimolante. Ero lusingata dalla sua convinzione che fossi l'unica persona a poterla aiutare e volevo capire l'insolita situazione di successo esterno e disperazione interna che presentava. Il suo vissuto di tormento interiore era tangibile. Cancellai un appuntamento serale e stabilii con lei una terapia settimanale. Ricordo che nella seduta iniziale le dissi che non ci sarebbe stato da meravigliarsi se, andando avanti, fossero sorti in lei pensieri intrusivi su di me, simili a quelli che aveva avuto verso la psichiatra e, prima di lei, verso altre figure femminili autorevoli. Sarebbe stato importante per lei comunicarmeli al loro apparire. Sembrò molto scettica e disse che questo era semplicemente impossibile. Lasciai cadere l'argomento.

Il trattamento

Per molte settimane ogni seduta con Sarah cominciò allo stesso modo. Entrava nel mio studio, salutava cordialmente e si sedeva. Non appena provava a parlare di qualcosa che non fosse il tempo o il programma della giornata, impallidiva e cominciava a tremare incontrollabilmente e a torcersi le mani, mormorando in continuazione che doveva essere stata pazza a pensare di riuscire a parlare con me, a pensare che una

faccenda come la terapia potesse esserle d'aiuto. Cercavo di fare il possibile per aiutarla a parlare. Di solito cominciavo chiedendole della sua depressione. Provavo una forte impressione che fosse una paziente suicidaria, ma lei non confermava né negava pensieri di quel tipo. Chiari subito che avrebbe considerato un impegno a non tentare il suicidio un ridicolo e futile esercizio. Quando le chiedevo come andava con i suoi pensieri ossessivi, mi dava solo vaghe risposte monotone del tipo: "Non molto meglio, mi pare".

È interessante il fatto che il suo ritiro non fosse volontario; avvertivo infatti che fosse semplicemente incapace di elaborazione piuttosto che ostile o spaventata. Quando finalmente trovavo un argomento su cui sembrava capace di parlare senza sentirsi troppo esposta (di solito qualcosa della sua vita passata o esperienze di lavoro), si trasformava in una piacevole professionista dall'eloquio scorrevole con un talento per le descrizioni. Veniva coscienziosamente alle sedute, era puntuale, pagava senza ritardi l'onorario e, ovviamente, cercava di collaborare anche quando qualcosa le era angosciata.

Sebbene la considerassi un rebus diagnostico, mi domandavo se la sua struttura di personalità di base fosse schizoide. Sembrava che Sarah provasse un disagio per la vicinanza ed avesse quella straordinaria sensibilità verso gli altri che caratterizza gli schizoidi.

Il suo frequente ricorso alle metafore (per esempio: "la non-vita") faceva pensare ad un ricco mondo interiore. Che lei stesse scrivendo un romanzo faceva trasparire le sue attitudini artistiche, intuitive e l'intelligenza lineare dello schizoide. Ho già dimostrato (McWilliams, 1994; McWilliams in corso di stampa) che la comunità medica tende scioccamente a patologizzare gli schizoidi e, di conseguenza, non immagina che possano avere successo e un comportamento sociale adeguato. Il disagio di queste persone ad essere sempre sotto esame le può rendere riluttanti a confrontarsi con l'incomprensione dal momento che ciò comporterebbe attirare l'attenzione su di sé.

In una delle prime sedute Sarah mi disse che si era identificata con ogni capitolo del mio libro sulla diagnosi "eccetto che con le personalità psicopatiche e dissociative". Le chiesi se si fosse identificata per qualche aspetto con la descrizione degli schizoidi ed ella sorrise. In un altro scambio durante le prime sedute portò il discorso sul fatto che avessi riferito di un'amica con ADD (Attention Definit Disorder), che spesso diceva che mi avrebbe chiamato il giorno dopo ed invece mi chiamava dopo due o tre giorni. Il discorso verteva sul fatto che una formulazione diagnostica esatta può concorrere ad aumentare l'empatia: una volta che ebbi capito che l'inaffidabilità di quella persona era dovuta ad un disturbo dell'attenzione piuttosto che ad ostilità o indifferenza nei miei confronti, avevo potuto accettare il suo comportamento e non risentirmi. "Non si è sentita ferita?" aveva voluto sapere Sarah. Una domanda tipicamente schizoide.

Durante il quinto mese di trattamento la diagnosi di personalità schizoide, secondo l'ottica delle Relazioni oggettuali (Fairbairn, 1940; Guntrip, 1969, Seinfeld, 1991), non quella del DSM, venne confermata. Sarah entrò nel mio studio e, mentre dopo aver chiuso la porta mi stavo dirigendo verso la mia poltrona, scorsi un fugace sguardo di gioia sul suo viso. Presa dal desiderio di evitare i soliti venti minuti di tremori e lamenti dissi: "Qualcosa le è passata per la mente: lei stava sorridendo. Posso sapere di che cosa si trattava?". "Non era niente, solo una fantasia che qualche volta ho su di Lei". "Coraggio - dissi - vediamo se mi permette di entrare nella Sua fantasia". Fece un profondo respiro e disse: "Lei sta per partorire. È in ospedale. A volte è lì Suo marito, a volte il dottore. La testa del bambino è uscita. Sono tutti felici".

Fui colpita dalla ricchezza della vita interiore che aveva prodotto questa fantasia e ne trassi immediatamente la conclusione che Sarah era una personalità schizoide e che ciò era rimasto non solo nascosto, ma anche incomprensibile per la sua famiglia. La maggior parte dei pazienti schizoidi che ho trattato mi hanno parlato dell'insensibilità dei loro genitori verso la loro acuta sensibilità e immaginazione; di norma l'espressione delle loro emozioni e le loro fantasie erano state disconfermate e criticate. Avendo presente quanto fosse significativo per lei aver corso il rischio di espormi la sua fantasia e volendo evitare qualsiasi impressione di disconferma, le risposi: "Penso che con la Sua fantasia Lei colga qualcosa che è davvero centrale nella mia personalità, cioè la mia forte vena materna". Sembrò compiaciuta. Decisi di

approfittare della situazione favorevole e aggiungi: "Può essere anche che la Sua immagine esprima una fantasia abituale sulla psicoterapia, l'idea che comporti una specie di nascita". All'espressione di scetticismo sarcastico che seguì, lasciai cadere questa linea interpretativa.

Lentamente Sarah cominciò a far trasparire di più le sue fantasie, anche se farlo fu per lei sempre una lotta. Diceva, per esempio, di sentirsi come un piccolissimo insetto che, entrando innocentemente nel mio studio, finiva nella ragnatela di un enorme ragno affamato. Cominciava a parlare con grande agitazione di una minaccia interna, un serpente. Era difficile descrivere la sua sensazione, ma l'esperienza comportava sicuramente un'ansia annichilente. Il serpente non era un'immagine fallica, ma piuttosto una figura satanica divorante. Mesi dopo, quando a Sarah fu diagnosticata una malattia terminale, mi chiesi se l'immagine del serpente non esprimesse, ancor prima che i sintomi si manifestassero, la sua sensazione viscerale che la sua vita fosse minacciata da un predatore interno. Quando presentai questo caso ad alcuni esperti di terapie artistiche che avevano lavorato in ospedali con ragazzi affetti da malattie terminali, mi dissero che l'immagine del serpente era predominante nella produzione artistica di quei pazienti. Aggiunsero che Jung aveva considerato il serpente come simbolo di passaggio e trasformazione.

Fu un lavoro snervante indurre Sarah a riferirmi i vissuti emotivi che aveva su di me. Sembrava urtata da qualsiasi tentativo io facessi per toccare tematiche transferali. Una volta avemmo tre sedute di seguito tormentose per entrambe durante le quali non disse quasi niente. Quando si presentò per la quarta seduta, si sedette mi guardò con disgusto e disse "Bene, suppongo di doverne parlare; perché di certo Lei non lo farà". Continuò dicendo che l'avevo insultata nelle quattro sedute precedenti e che lei pensava che io sapessi di averlo fatto. Non avevo la più pallida idea di che cosa stesse parlando. Sarah mi ricordò che io avevo detto, in risposta ad una sua comunicazione alla fine dell'ora "Questo è davvero interessante, ma penso che dovremo parlarne la prossima volta dal momento che la seduta è finita". "Dovremo parlarne la prossima volta" ripeté in una cantilenante parodia disperatamente condiscendente. "Lei sapeva di avermi insultato, sapeva di aver ferito i miei sentimenti e non ha più detto niente a riguardo!". Mi scusai per non essere stata abbastanza acuta da capire sia che era arrabbiata sia per che cosa era arrabbiata, ma insistetti nel dire che non ricordavo neppure l'incidente. Mi guardò dubbiosa. Le dissi di esserle grata per aver avuto il coraggio di dirmelo, aggiungendo che una delle cose cui si doveva abituare sul mio conto era che io ero a volte meno sensibile di quanto lo era lei verso altre persone. Dentro di me ero contenta che avesse espresso la sua rabbia. La seduta successiva la prima cosa che disse fu: "Lei è stata brava la scorsa volta".

Sarah era in sintonia sia con i miei stati emotivi sia con le mie sviste cliniche. Una volta che entrai nel mio studio con il mio solito contegno professionale, almeno nella mia impressione, sorrise un po' canzonatoria e disse: "Bene, *siamo* felici oggi!" Aveva colto con esattezza la contentezza che provavo all'idea di rivedere un vecchio amico nel fine settimana. Riconobbi di essere particolarmente di buon umore. Subito dopo questo scambio, ci fu un altro piccolo battibecco in cui mi accusò di trattarla con distacco: "Lei sa che io sono curiosa di sapere perché Lei è felice e invece decide di non dirmelo. Le fa piacere tenerlo per sé". C'era qualcosa di vero nella sua percezione che mi andasse bene nascondermi dietro la regola della *non-disclosure*, sebbene non ci fosse niente della sfumatura sadica e compiaciuta che Sarah aveva attribuito alla mia riservatezza. Raramente le sue inferenze su di me potevano essere considerate distorsioni transferali, ma, quando le esprimeva, erano caratterizzate dal presumere l'ascoltatore superiore e sprezzante.

A volte, quando ero presa da qualche fantasia razionalizzante, di solito in parallelo con il suo ritiro schizoide, scherzava dicendo che mi vedeva come se avessi una testa di plastica trasparente con dentro un intreccio di rotelline in movimento.

Una settimana che mi sentivo scoraggiata per la lentezza del nostro lavoro, cercai aiuto in un gruppo di colleghi. Circa la metà di loro pensò che ciò che facevo era proprio ciò di cui lei aveva bisogno: rimanere tranquillamente in ascolto, cercare di mantenere aperto uno spazio in cui Sarah potesse elaborare i suoi

aspetti problematici senza sentirsi troppo stimolata, criticata o costretta. Gli altri colleghi suggerirono di aiutarla a prendere contatto con il suo lato aggressivo. Due giorni dopo, Sarah cominciò la seduta chiedendo: “Lei parla mai di me con i suoi colleghi?”. Attenta all’importanza di convalidare le sue intuizioni, per quanto inquietanti, risposi: “Sì, naturalmente senza rivelare la Sua identità. Di fatto ho parlato di Lei ad un gruppo di colleghi questa settimana”. “E che cosa hanno detto?” volle sapere. Risposi che metà dei presenti aveva detto che stavo conducendo bene l’analisi con lei. Sorrise ad annuì. Quando aggiunsi che l’altra metà aveva pensato che io dovessi incoraggiarla ad esprimere di più i suoi sentimenti aggressivi, aggrottò la fronte e chiese: “Quali sentimenti aggressivi?”.

Nonostante questa dichiarazione, Sarah aveva una certa consapevolezza dei suoi vissuti negativi nei miei confronti. In una occasione le feci notare che provava maggiore difficoltà ad aprirsi con me dopo quelle sessioni in cui ci eravamo sentite più vicine: “Non Le sono vicina. Non sono mai gentile con Lei!” protestò. “Le due cose non sono identiche” dissi e lei sorrise. Una volta che feci un commento sul fatto che stesse probabilmente avvertendo sentimenti negativi su me e la terapia, mi ricordò che lei guidava per due ore e mezza per venire da me e tornare indietro ogni settimana, quindi pensava che *quello* non fosse negativo. A intervalli regolari mi chiedeva: “Vuole che smetta? Non è stufa?”. Interessante notare che, nonostante il fatto che la noia è un aspetto controtransferenziale non raro tra i sentimenti che provo durante le sedute, non lo provai mai con Sarah. La trovo avvincente anche quando non riusciva a trovare argomenti di cui potesse sopportare di parlare.

Continuavo ad essere colpita da quanto fosse diversa nel suo ruolo professionale o quando parlavamo di argomenti privi di implicazioni emotive. Al lavoro - diceva - collaborava facilmente, si trovava a suo agio ad esercitare la sua autorità, parlava del più e del meno, faceva battute, canzonava i suoi colleghi ed era presa in giro da loro. Sembrava che avesse costruito un personaggio efficace e funzionante, ponendosi come un vecchio membro della rete aziendale. Alla fine compresi che una delle ragioni per cui quella donna sensibile, con un’anima da artista, si trovava a suo agio in quel ruolo aziendale era che con “i ragazzi” non si correva alcun pericolo di conversazioni più intime che non fossero: “Che ne pensate del tempo?”.

Dopo aver riconosciuto un po’ di più la sua ostilità nei miei confronti, Sarah mi confidò di aver detto ai suoi colleghi che aveva cominciato a vedere un nuovo “strizzacervelli” e che li intratteneva regolarmente sulle cose più buffe dette da me. Le avevano detto tutti di non spendere soldi per queste stupidaggini, ma aveva risposto che lavorare con me era troppo divertente per smettere!

Dopo molti mesi di lavoro insieme, ci fu una serie di sedute in cui Sarah incontrò maggiori difficoltà del solito a parlare. In quel periodo ricevetti due telefonate in cui sentivo qualcuno singhiozzare e poi riagganciare. Ebbi l’intuizione che si trattasse di Sarah. Decisi di fare qualcosa in relazione al mio vissuto, alla peggio avrei fatto solo la figura della stupida, e feci il suo numero.

Rispose con un tono di timidezza nella voce. Le dissi, scusandomi un po’, che avevo appena ricevuto due chiamate in cui l’interlocutore non aveva parlato e che avevo provato una forte impressione che aveva qualcosa da dirmi e non ne aveva il coraggio. “Sì” rispose. La incoraggiai a cercare di mettere i suoi vissuti in parole ora che io ero all’apparecchio. Cominciò a piangere, cosa che non aveva mai fatto in seduta. “Voglio che Lei sappia che io desidero *davvero* parlare con Lei, ma questo mi fa troppo male!” disse tra le lacrime. Dissi che lo capivo e la assicurai che avrei potuto aspettare mentre combatteva la sua lotta per esprimersi. Mi sembrò che le sue parole esitanti esprimessero perfettamente il quadro schizoide.

Non fui sorpresa dal fatto che Sarah poteva essere più diretta ed accedere ad una dimensione di maggiore intimità quando era separata da me da ottanta miglia di linea telefonica. Aveva potuto avere un’amicizia più stretta solo con un ragazzo per cui non era oggetto d’attrazione erotica e si era innamorata solo di un uomo saldamente sposato e non pienamente disponibile. Fui contenta della sua chiamata telefonica, sperando che fosse il segno di una maggiore apertura.

A poco a poco Sarah divenne meno tesa, ed anch'io con lei. Una sera, per esempio, entrò sorridendo, dicendo che si era trovata a cantare *Love for sale* di Cole Porter, mentre saliva le scale del mio studio. "Non è la prima volta che qualcuno paragona una psicoterapeuta a una prostituta" dissi e ridemmo insieme. Prese confidenza con la sua ostilità portandomi una vignetta dietro l'altra in cui qualche povero analista dimostrava la sua inettitudine. Una volta mi disse: "Questo è nella lista delle dieci cose più stupide che io abbia mai fatto". Quando cominciai ad esprimere i suoi sentimenti negativi più direttamente, riferì che le sue idee ossessive sulla psichiatra erano diminuite e che la sua depressione era meno forte e disperata. Aveva ancora, però, molti segreti. Dopo un anno e mezzo mi disse di aver fatto una lista di trentuno cose di cui non mi aveva parlato. "Vuol provare con la trentesima?" le proposi e lei sorridendo, rifiutò.

La sensazione che avevo della scarsa consistenza della nostra relazione insieme all'estrema fragilità della sua intensità di soglia rispetto agli stimoli (la "iperpermeabilità" di Doidge [2001], termine memorabile per esprimere la dolorosa vulnerabilità degli schizoidi a intromissioni e stimolazioni eccessive), mi rendeva attenta a non stimolarla. Ricordo di averle detto una volta che mi sentivo come se fossi seduta vicino ad un ustionato che aveva bisogno di essere toccato, ma che toccarlo sarebbe stato un tormento. Apprezzò la similitudine.

Dopo venti mesi di sedute settimanali, quando cominciavo ad avere la sensazione che ci trovassimo più a nostro agio, la vita le assestò un colpo mortale.

La minaccia

Il primo accenno della sciagura che si preparava fu quando Sarah mi disse quasi per caso che doveva saltare una seduta per passare un paio di notti presso un centro medico locale per fare alcuni test. Quando chiesi che cosa non andasse, sembrò irritata e ignorò le mie richieste con risposte vaghe del tipo "Oh, dicono che ho il sangue viscoso". Si rifiutò di continuare. Avevo notato che appariva pallida e tirata e fui contenta che si occupasse della sua salute. Dopo aver fatto i test, per un po' la diagnosi rimase incerta, ma, alcune settimane dopo il suo ricovero, Sarah arrivò devastata: le avevano detto che aveva una mielodisplasia, una rara malattia del midollo osseo che alla fine si sarebbe evoluta in una leucemia. Il medico le aveva spiegato che esistevano due versioni della malattia: una progrediva lentamente ed un'altra era molto aggressiva. Non era in grado di dire dagli esami di laboratorio eseguiti di quale tipo soffrisse.

Durante quella seduta cercai di sapere tutto il possibile sulla malattia e la prognosi prevista per le due varianti. Tentai di coinvolgerla su ciò che ci si poteva aspettare dal decorso della malattia e a quali risorse si poteva ricorrere per fronteggiare la situazione, ma era troppo coinvolta emotivamente per seguire questo genere di discorsi. Ad un certo punto fece un commento quasi sotto voce sull'ironia di avere quel particolare tipo di malattia ma, quando le chiesi di spiegarmi l'aspetto ironico, si fece silenziosa. Mi domandavo tra me e me se il suo partner fosse morto della stessa malattia. Verso la fine della seduta, nella quale non le avevo offerto molto conforto, dissi che avrebbe forse preferito non parlarmi della diagnosi. Di nuovo, quando cercai di capire perché fosse così penoso per lei che io lo sapessi, non aggiunse nulla ai suoi mormorii.

Alcuni giorni dopo mi chiamò per annunciarmi la sua intenzione di finire la terapia. Il suo medico, spiegandole che era risaputo che lo stress emotivo favoriva lo sviluppo di questo tipo di malattie, l'aveva sollecitata a tagliare tutto ciò che nella sua vita fosse fonte di tensione. "Questa terapia è la cosa più faticosa che abbia mai fatto - mi disse - non solo dover guidare a lungo, ma anche cercare di parlare. Sono esausta". Le dissi che apprezzavo la sua comunicazione, ma aggiunsi che è anche noto che una delle più grandi fonti di tensione per gli esseri umani sono le separazioni brusche.

Le ricordai che la perdita del collega quando si era trasferita aveva aumentato la sua depressione e che l'improvvisa perdita della psichiatra l'aveva spinta in una ossessività debilitante. Sugerii di mantenere la

seduta successiva già fissata e nel frattempo di pensare a come ridurre lo stress del lavoro senza abbandonarlo.

Subito dopo chiamai al telefono un mio amico analista, che conosce molto bene le personalità schizoidi, e gli chiesi che cosa pensasse che io dovessi fare. Mi suggerì di fare un commento del tipo: “Non conosco abbastanza questa malattia per sapere se la terapia può aggravare la Sua malattia. So che Lei pensa che l’attaccamento è dannoso. Mi piacerebbe continuare ad esserle d’aiuto. Delle sedute telefoniche potrebbero rendere il lavoro più sopportabile?”. Quando vidi Sarah, le dissi esattamente questo. Rimase in dubbio sulle sedute telefoniche, ma sembrò apprezzare il mio commento su di lei. Mi chiese che cosa pensassi riguardo a continuare il trattamento o lasciarlo. Le dissi che quella era una decisione che non potevo prendere per lei, che solo lei poteva valutare quanto stress avrebbe provato continuando la terapia o interrompendola; era la sola che potesse sapere come lei si sentisse in quella difficile situazione. Dissi che ciò su cui mi potevo impegnare era lo sforzo, se avesse deciso di continuare, di trovare il modo di renderle l’esperienza più facile. Ci pensò un po’ e decise di terminare, sostenendo la sua decisione con fermezza. Immediatamente avvertii una lacerazione dentro di me. “Lei sta *provando* qualcosa!” disse. “Sì - risposi - mi dispiace tanto di perderla come paziente e sono addolorata per la sua malattia. Mi sembra che abbiamo appena cominciato a sviluppare comprensione e conforto lavorando insieme. Non metto in discussione la Sua decisione, ma a me suona un po’ come un aborto”. Queste parole vennero fuori spontaneamente; in seguito capii che erano inconsciamente collegate alla sua fantasia di nascita. “Allora penso che rimarrò” disse. “Sarebbe possibile lavorare quando ne ho bisogno? Posso telefonarle e annullare la seduta all’ultimo momento, se non mi sento di venire?”. Le assicurai che poteva andar bene e prendemmo la decisione di farci venire in mente qualche idea, durante la settimana seguente, su come lavorare produttivamente, ma senza eccessive pressioni.

La soluzione

Ci pensai su per parecchi giorni. Riflettevo sul fatto che ciò che sembrava più difficile per Sarah era l’esporsi attivamente. Sembrava che, quando provava a dire ciò pensava e sentiva, avvertiva se stessa come insopportabilmente fuori posto, esitante, vulnerabile, senza pelle.

Mi chiedevo come farle sperimentare di aver riconosciuto e accettato la sua vita interiore anche se lei non me l’aveva mai mostrata. Come avrei potuto eliminare la richiesta che le rivolgevo di manifestare la sua interiorità e però rivolgermi a lei come soggetto unico e distinto? A quel punto ebbi un’idea. Esistono nella letteratura psicoanalitica ottimi e comprensibili testi, pieni di comprensione, sulle dinamiche schizoidi. Decisi di cercare semplicemente di leggerle ciò che alcuni dei migliori psicoanalisti avevano detto sul tipo di personalità che io pensavo fosse la sua. Non doveva produrre del materiale. Tutto ciò che doveva fare era dirmi se si sentiva in consonanza con quelle descrizioni.

Quando Sarah venne la volta successiva non aveva trovato nessuna soluzione al nostro problema. Le dissi che mi era venuta in mente una strategia possibile, le spiegai la mia idea e le chiesi che cosa pensasse dell’idea di leggere dei brani dalla letteratura psicoanalitica. Sembrò contenta e interessata. Avevo conservato un articolo in cui Norman Doidge (2001), ponendo le basi per l’analisi del film “Il paziente inglese” nei termini di tematiche schizoidi, le aveva spiegate in un modo insolitamente comprensibile. Cominciai a leggere. Mentre procedevo, Sarah si rilassava visibilmente sempre più. Poi lentamente spalancò gli occhi e cominciò ad annuire. Poi esclamò, dopo una frase particolarmente evocativa: “Sì, è proprio così!”.

Alla fine della seduta, che sembrò arrivare molto prima del solito, sembrava più interessata e più a suo agio di quanto l’avessi mai vista. “Credo che Lei abbia pensato per tutta la vita di essere l’unico essere umano ad avere queste caratteristiche” dissi. Annuì. Mi ringraziò con calore e si girò per andarsene. Poi con

la mano sulla maniglia della porta, si girò verso di me e disse con un accenno di ironia: “Lei è fiera di se stessa, non è vero?”. Risposi di sì.

La perdita

Poiché il giorno stabilito per la seduta era una festa nazionale, quella settimana non ci vedemmo. La settimana successiva non venne, cosa mai avvenuta prima. La chiamai al suo numero di casa e trovai la sorella maggiore. Mi disse che Sarah era in ospedale sottoposta a respirazione assistita. La malattia l’aveva improvvisamente e inaspettatamente sopraffatta. Mandai a Sarah un biglietto all’indirizzo dell’ospedale, invitandola a chiamarmi se avessi potuto esserle d’aiuto. Non ebbi risposta. Due settimane dopo trovai l’annuncio della sua morte sul principale quotidiano locale.

Riflessioni

Leggere ad una paziente brani tratti dalla letteratura psicoanalitica non è un’attività consigliata dai testi di tecnica eppure penso che in questa particolare circostanza sia stata una scelta terapeutica ragionevole. Permise a Sarah e a me di venire a conoscenza di dinamiche che sarebbe stato per lei insopportabile esplorare per vie più convenzionali. Credo che le abbia dato la sensazione di essere seguita in un modo non traumatico (Slochower, 2004, Winnicott, 1955), cosa che aveva sperimentato raramente o forse mai. Credo che i suoi pensieri ossessivi sulle donne con posizioni autorevoli che, pur trattandola con calore, stabilivano confini netti fossero espressione del suo bisogno di conoscere l’altro, di essere conosciuta dall’altro e di sentirsi guidata con sicurezza nel processo.

Sono tormentata dall’idea di non aver portato a termine la terapia di Sarah. Per la sua morte improvvisa non ho mai scoperto i suoi trentun segreti, sebbene nutra il forte dubbio che uno di questi riguardasse i sospetti sulla versione ufficiale della sua nascita. Fu infatti significativo che proprio la sorella maggiore di diciotto anni fosse accanto a lei quando la malattia si aggravò.

Non parlammo mai dell’esperienza che avevamo fatto insieme, non instaurammo mai un senso di intimità reciproco. Eppure sento che qualcosa di “terapeutico” accadde tra di noi. Ripensandoci ora, mi ritrovo a paragonare le letture che ho fatto con lei a quelle che si fanno ad un bambino quando va a letto, un’esperienza che Sarah doveva aver perduto, se mai l’aveva avuta, quando i gemelli erano nati.

Alcuni colleghi, con cui ho parlato del mio lavoro con Sarah, hanno suggerito che forse era gravemente ammalata già da prima di venire da me e che poteva essere venuta sapendo che la sua vita stava per finire. Hanno immaginato che non potesse pensare di morire prima di aver avuto un contatto intimo almeno con un altro essere umano. Mi piacerebbe aderire a questo pensiero.

NOTE

¹ “The Oprah Winfrey Show” è uno spettacolo televisivo molto popolare negli USA, che tratta tematiche di attualità, anche a carattere psicologico, e prende il nome dalla conduttrice.

² Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

BIBLIOGRAFIA

- Akhtar S. (1992) *Broken structures: severe personality disorders and their treatment* Jason Aronson Northvale, NJ.
- Aron E. N. (1996) *The highly sensitive person: how to thrive when the world overwhelms you* Broadway Books, New York.
- Balint M. (1945) *Friendly expanses -Horrid empty spaces* International Journal of Psycho-Analysis, 36: 225-241.
- Balint M. (1968) *Il difetto fondamentale in La regressione* trad. it., Cortina, Milano, 1983.
- Benjamin J. (2000) *Intersubjective distinctions: Subjects and persons, recognitions and breakdowns* Psychoanalytic Dialogues, 10: 43-55.
- Bergman A., Escalona S. K. (1949) *Unusual sensitivities in very young children* Psychoanalytic Study of the Child, 4: 333-352.
- Doidge N. (2001) *Diagnosing the English Patient: schizoid fantasies of being skinless and being buried alive* Journal of the American Psychoanalytic Association, 49: 279-309.
- Eigen M. (1973) *Abstinence and the schizoid ego* International Journal of Psycho-Analysis, 54: 493-498.
- Eigen M. (1998) *The psychoanalytic mystic* Free Association Books, London.
- Eigen M. (2004) *The sensitive self* Wesleyan University Press, Middletown, CT.
- Elkin H. (1972) *On selfhood and the development of ego structures in infancy* Psychoanalytic Review, 59: 389-416.
- Fairbairn W. R. D. (1952) *Fattori schizoidi nella personalità in Studi psicoanalitici sulla personalità* trad. it., Boringhieri, Torino, 1970.
- Fromm-Reichmann F. (1990) *Loneliness* Contemporary Psychoanalysis, 26: 305-329.
- Gabbard G. O. (1994) *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: the DSM-IV edition*. American Psychiatric Press, Washington, CD.
- Gordon K. (2002) *Schizoid hunger, schizoid love* Unpublished manuscript.
- Guntrip H. (1969) *Schizoid phenomena, object relations and the self* International Universities Press, New York.
- Kernberg O. F. (1984) *Disturbi gravi della personalità* Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Khan M. (1963) *The concept of cumulative trauma* Psychoanalytic Study of the Child, 18: 286-306.
- Khan M. (1966) *Role of phobic and counterphobic mechanisms and separation anxiety in schizoid character formation* International Journal of Psycho-Analysis, 47: 306-312.
- Klein M. (1946) *Notes on some schizoid mechanisms* International Journal of Psycho-Analysis: 27, 99-110.
- Laing R. D. (1965) *The divided self: an existential study in sanity and madness* Penguin, Baltimore.
- Laney M. O. (2002) *The introvert advantage: How to thrive in an extrovert world* Workman, New York.
- Laughli H. (1979) *The ego and its defenses* Jason Aronson, New York.
- Matte-Blanco I. (1975) *L'inconscio come insieme infiniti. Saggio sulla biologica* trad. it., Einaudi, Torino, 1981.
- McWilliams N. *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico* trad. it., Astrolabio, Roma, 1999.
- McWilliams, N. (1999) *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. tr. it., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.
- McWilliams, N. (2004) *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide* Guilford Press, New York.
- McWilliams N. (in corso di stampa) *Some thoughts about schizoid dynamics* Psychoanalytic Review.
- Rufus A. R. (2003) *Party of one: The loner's manifesto* Avalon, New York.
- Robbins, A. (1991) *Filling the void on the run: A case study of a schizoid patient* in E. Thorne, S. H. Schaye *Psychoanalysis today: a casebook* Charles C. Thomas, Springfield, IL.
- Sass L. A. (1992) *Madness and modernism: Insanity in the light of modern art, literature, and thought* Basic Books, New York.
- Seinfeld J. (1991) *The empty core: An object relations approach to psychotherapy for the schizoid personality* Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Shedler J., Westen D. (2004) *Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice* American Journal of Psychiatry, 161: 1350-1365.
- Slochower J. A. (2004) *Holding and psychoanalysis: A relational perspective* Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Steiner J. (1993) *Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients* Routledge, London.

- Vaillant G. E., Bond M., Vaillant C. O. (1986) *An empirically validated hierarchy of defenses* Archives of General Psychiatry, 42: 597-601.
- Weinberger, D. R. (2004) *Genetics, neuroanatomy, and neurobiology* in Nemeroff, C. B. *New findings in schizophrenia: an update on causes and treatment* Clinical Psychiatry News, 32, Suppl.
- Wheeler A. (1956) *The vocational hazards of psychoanalysis* International Journal of Psycho-Analysis, 37: 171-184.
- Wheeler, A. (1966) *The illusionless man and the visionary maid* in *The illusionless man: fantasies and meditations on disillusionment* Other Press, New York.
- Winnicott D. W. (1955) *Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up* International Journal of Psycho-Analysis, 36: 16-26.