

Mary Julian White

Ricerca Psicoanalitica, 1997, Anno VIII, n. 1, pp. 45-78.

Sullivan e il trattamento¹

Traduzione dall'americano di Giovanna Granata.

SOMMARIO

In questo testo H. Sullivan espone il trattamento degli ossessivi e degli schizofrenici a partire dai colloqui iniziali.

Sono due le variabili specifiche da tenere sotto controllo: l'angoscia e l'osservazione partecipe.

L'angoscia, soprattutto quella inespressa o camuffata dalla rabbia, è sempre minaccia alla propria autostima, legata al rapporto medico-paziente. In generale è facile fare in modo che la gente parli dell'angoscia, ma spesso essa è solo una parola, finché non si è lavorato molto affinché il paziente scopra ciò di cui si sta parlando.

L'osservazione partecipe rimanda all'interazione con il paziente: Non possiamo trovare il significato delle azioni di un'altra persona se non sulla base di un comportamento significativo di cui abbiamo fatto esperienza. Se l'analista non è consapevole della sua partecipazione non saprà mai che cosa sta succedendo.

SUMMARY

Sullivan and treatment

In this paper H. Sullivan presents the treatment of obsessive-compulsive states and schizophrenic disorders, beginning from the first interviews.

The specific variables, which have to be kept under control, are anxiety and participant observation.

Anxiety, overall unexpressed or hidden by anger, is always a threat to one's self-respect, bound to the relationship between analyst and patient. "In general, it is easy to get people to talk about anxiety, but often it is just a word, until one has gone to considerable trouble to get the patient to discover what you are talking about".

The participant observation refers to the interaction with the patient. "We cannot make any sense of motor movements of another person except on the basis of meaningful behavior that we have experienced".

Alcune note-guida alla lettura del testo

Qui di seguito pubblichiamo il contributo della White sulla figura di Sullivan.

Nell'interesse storico che riveste quest'articolo del 1952 rientra anche l'intento, quanto mai attuale, cui l'autrice accenna, quasi in forma d'introduzione al suo testo, riferendosi al bisogno di "rendere esplicito" (p.

¹ Questo articolo, Sullivan and treatment, originariamente comparso nel volume a cura di Patric Mullahy The Contributions of Harry Stack Sullivan (New York, Hermitage House, 1952) è qui pubblicato nella traduzione di Marco Conci.

48) il rapporto Freud-Sullivan. Contiguità oggi ritraducibile nell'individuazione di aree di incontro tra teorie psicoanalitiche p.d. e teorie interpersonali.

Se infatti Sullivan aveva volutamente disertato il vocabolario metapsicologico a testimonianza di un "allontanamento definitivo" (H. Bacal, K. Newman) dalla psicoanalisi freudiana, la precisazione della White precorre i tempi dell'attuale linea programmatica che mira invece al superamento storico degli steccati, solidale con i bisogni della ricerca contemporanea sul sapere psichico.

Venendo all'oggetto dell'articolo, si tratta di una preziosa documentazione storica sulla tecnica sullivaniana: un agire clinico che rinnova e rivoluziona l'intervento classico. È qui che Sullivan ritaglia uno spazio privilegiato utile al terapeuta per valutare e intervenire strategicamente nei confronti dell'area dell'angoscia. Il tema dell'angoscia e delle operazioni di protezione, dominante nello schema epigenetico sullivaniano, mobilita tutta la creatività e l'attivismo del Sullivan impegnato, sul fronte del setting, a indicizzare la presenza e monitorare le conseguenze dell'angoscia. Questo è uno dei nuclei più sollecitanti dell'operazionismo di Sullivan, che anticipa aspetti privilegiati nell'attuale ricerca sulla cura (si pensi alla dominante dell'angoscia in riferimento al "piano inconscio" di Sampson e Weiss).

Ciò non toglie però che l'osservatorio clinico di Sullivan sia monopolizzato dalla preoccupazione terapeutica del controllo-riduzione degli stati di angoscia e delle operazioni di sicurezza del Sé, legittimando il dubbio che l'intervento risulti meccanicamente impostato secondo una logica quantitativa; in altri termini ci si può chiedere se l'intervento premi l'imperativo pragmatista che, di fronte all'insorgenza dell'angoscia, "bisogna fare qualcosa" (non disdegnando nemmeno interventi di realtà), altrimenti il lavoro non procede.

Senz'altro, tanto gli espliciti quanto gli impliciti indici di angoscia del paziente, sono un ottimo alleato del terapeuta nel calibrare gli interventi in funzione della predominanza in atto dei livelli e degli stati di rigidità del Sé.

Questa sensibilità Sullivan ben l'insegna. Ma è bene anche ritoccare l'idea che induce a trattare l'angoscia come un'incomoda insorgenza da neutralizzare (un po' come Freud concepì in un primo tempo il transfert e come la pensò sempre nei confronti del controtransfert). Sarebbe vantaggioso invece perseguire anche l'intento di esplorare le significazioni storico-strutturali del paziente, la cui presunta destabilizzazione risulta disorganizzante e ansiogena.

Sempre in tema d'angoscia c'è un omaggio tutto speciale che Sullivan tributa alla "rabbia". Avvertendo che essa è derivabile dall'angoscia ("il segno di un'angoscia imminente", p. 51), Sullivan fu storicamente il primo a collegare la rabbia alla minaccia di un pericolo, come risposta di impotenza di fronte all'esperienza di angoscia. Di lì in poi è stata inaugurata una pista, da molti in seguito battuta (basti pensare a Kohut) e oggi da altri percorsa (ad esempio, Fonagy, Mitchell, Lichtenberg) che non vede nella rabbia una dotazione innata, ma una risposta secondaria e appresa di tipo reattivo-difensivo.

Quanto ad un altro aspetto toccato dal testo, le libere associazioni, la cautela che impone Sullivan nell'impiego di questo metodo suona un buon monito allo psicoterapeuta nel non illudersi che esistano strumenti oggettivamente corretti, ma a valutare l'esito in funzione dell'uso strumentale che il paziente può farne. Così anche la richiesta di associare liberamente non si sottrae ai giochi di depistaggio del paziente. Questa accortezza induce Sullivan a ridimensionare la centralità delle associazioni, inventando input più attivi e collaborativi, nell'interattività del dialogo con il paziente, fatti di domande indirette, "associazioni guidate" e interrogativi trasversali.

Sicuramente una tecnica di raccolta dati più rispondente a ciò di cui necessita oggi l'analista rispetto ad una diversa teoria della mente e del ricordo, attualmente in vigore.

Ma anche in questo caso l'espedito tecnico non è garante di per sé e quindi non previene automaticamente i rischi di cadute in interventi rassicuratori e suggestivi o in interventi di realtà che, nella misura in cui possono veicolare la dinamica controtransferale, non riparano dal rischio dell'intrusività.

Un'ultima nota con un occhio al diverso referente in adozione presso Sullivan: le problematiche sessuali vengono trattate non come oggetto privilegiato, ma come una specie di epifenomeno che rinvia a monte al nucleo psichicamente centrale della solitudine. E quest'ultimo tema non è certo un discorso datato.

Daniela De Robertis

Sul muro della città di Rugby si può leggere questa iscrizione: "Questa lapide commemora la coraggiosa impresa di William Webb Ellis il quale, con fine noncuranza delle regole del football giocato ai suoi tempi, per la prima volta prese la palla in mano e si mise a correre, dando così origine al carattere distintivo del gioco del rugby. A.D. 1823". Fu la "fine noncuranza" di Sullivan delle regole della psicoanalisi classica ad apportare il cospicuo contributo nel concepire e formulare un approccio operativo tale da coprire una così vasta area clinica. Il suo convincimento, che la psicopatologia fosse una dimensione che si origina e si sviluppa nel campo delle relazioni interpersonali, ha rappresentato un notevole progresso.

Sullivan concepiva il "sistema del Sé" dell'individuo e le sue "operazioni di sicurezza" come un sistema prodotto in risposta all'angoscia che si origina nel campo interpersonale. Che Sullivan parlasse di una forma dinamica di Psicologia dell'Io non è stato riconosciuto a causa della terminologia da lui usata. I conflitti **intra-psichici** di Freud e quelli **inter-psichici** di Sullivan sono sempre aspetti di una medesima "psiche" e, per rendere esplicito tale rapporto, bisogna però costruire un metasistema capace di coniugare i concetti descrittivi con i concetti operazionali. Comprendendo a fondo le formulazioni sia di Freud che di Sullivan, è possibile riconoscere l'importanza del posto occupato da Sullivan nella storia della psichiatria. Le sue idee trovano riscontro nel passato, in quel che si sta producendo oggi e, presumo, nel futuro del pensiero psichiatrico.

Per apprezzare l'*approccio pragmatico* di Sullivan al trattamento, bisogna avere una certa familiarità con le sue formulazioni teoriche e conoscerne l'autore. Egli sembrava essere animato da un inesauribile impegno a capire il più possibile quei pazienti che, fino ad allora, erano considerati meno accessibili alla psicoanalisi: gli schizofrenici e gli ossessivi. Il suo obiettivo transpersonale sembrava essere l'investigazione dell'angoscia in tutte le sue forme, anche se era particolarmente interessato alle manifestazioni di questi casi particolarmente difficili. Il suo interessamento a tali casi derivava dal sentirsi molto vicino a questo genere di pazienti, quanto dal senso d'impotenza e disillusione che veicolava l'approccio analitico strettamente classico. Le sue intuizioni divennero importanti contributi, grazie all'impegnativo sforzo di Sullivan nel tradurre le sue idee in termini operativi, tale da garantire una validazione consensuale.

La sua attenzione privilegiata per la schizofrenia e la nevrosi ossessiva, condusse all'inclusione di queste manifestazioni psicopatologiche così importanti, nell'ambito dei dati osservabili da parte della psichiatra dinamica. Dal momento che Sullivan esplorava campi che non riteneva essere accessibili da parte delle tecniche classiche, sviluppò di necessità dei metodi che differivano da quelli ritenuti perseguibili per altri tipi di pazienti. Dobbiamo tenere presente che, seppur Sullivan riteneva che le sue teorie dell'angoscia e del processo interpersonale avrebbero potuto contrarre un'applicazione generale, non si aspettava che il suo approccio clinico al trattamento dei casi schizofrenici e ossessivi fosse applicato anche ad altri tipi di pazienti.

Il trattamento di questi pazienti da parte di Sullivan è diretta conseguenza dell'aver riconosciuto la rilevanza dell'angoscia nelle relazioni interpersonali e in particolare nel rapporto medico-paziente. Egli sosteneva che il terapeuta è sempre coinvolto nelle operazioni di sicurezza del paziente, e cioè negli sforzi con cui il paziente intende evitare, minimizzare, nascondere l'angoscia al terapeuta, a se stesso e agli altri. Sullivan affermava che "l'abilità del terapeuta consiste nell'invalidare queste operazioni di sicurezza senza

aumentarne la portata; questa strategia evita di provocare un'angoscia non necessaria senza, comunque, perdere gli elementi utili per una corretta valutazione del problema".²

Per rendere tutto ciò più chiaro, riporterò alcune citazioni tratte dalle conferenze di Chestnut Lodge: "L'angoscia deriva da un decremento dello stato di benessere che si verifica nelle prime fasi della vita, in connessione con i disturbi nelle relazioni con le persone significative che circondano il bambino. L'angoscia è un'esperienza che segnala una minaccia alle esperienze di successo che il bambino incontra con gli adulti significativi, oppure alla propria autostima, che di fatto rappresenta un'elaborata struttura a partire dall'autostima riflessa dagli altri [...] L'angoscia può essere considerata un segno attraverso il quale l'attenzione viene focalizzata su una minaccia alla sicurezza. Dal momento che le manifestazioni d'angoscia si esprimono attraverso un attacco di ansia, possiamo pensare che prontamente vengano effettuate una serie di operazioni allo scopo di stornare la capacità di azione da una data situazione, cosicché l'angoscia possa passare relativamente inosservata. Finché non ci rendiamo conto che, in questo senso, l'angoscia è sempre in agguato, saremo in alto mare nel poter dare un senso e gestire l'angoscia all'interno del trattamento. Gli effetti dell'angoscia, nel caso in cui la persona in questione non abbia colto gli eventi che l'hanno preceduta, sono facilmente suscettibili di razionalizzazione. Soltanto facendo in modo che il paziente veda - a condizione che il terapeuta sia in grado di vedere - il manifestarsi dell'angoscia a seguito di un cambiamento di rotta, si può evitare di perdere parecchio tempo ascoltando razionalizzazioni, speculazioni e discorsi utilizzati come operazioni di sicurezza. [...] Bisogna cogliere l'utilità dell'angoscia e di fatto essa probabilmente funziona come funzionano il dolore e il turgore nell'ambito della diagnosi di tipo organico, nella misura in cui guidano il medico nella localizzazione delle aree malate. L'esperienza dell'angoscia è sempre spiacevole e per evitare tale sensazione - il dolore - si cerca in genere un anestetico. Esiste l'anestesia attivata dalla disattenzione selettiva: l'immediato allontanarsi dalle cose compromettenti a seguito del monito dell'angoscia; ma esiste anche l'anestetico che ha l'effetto di un *colpo di maglio*; ciò si verifica quando il paziente, rispondendo alla sua angoscia con la violenza, ottiene l'effetto di ignorarne la presenza. La sicurezza che il paziente ottiene, passando attraverso una serie d'insicurezze di intensità sempre minore, insieme alla sicurezza che il medico gli comunica con la sua chiarezza e la presumibile correttezza delle sue operazioni, è la base del trattamento. La considerazione che la presenza dell'angoscia accompagni il processo terapeutico assume di per sé una funzione terapeutica; infatti, una volta che il paziente si è abituato al fatto che procediamo da una situazione scatenante l'angoscia ad una successiva, potrà dire: "Bene, col dottore faccio ancora fatica, ma nella vita me la cavo molto meglio per quel che riguarda le mie esperienze di relazione". In altre parole il paziente ha perso alcune delle cose che lo rendevano impotente [...] Il paziente ha bisogno di innumerevoli ripetizioni di questo tipo per abituarsi e poter esprimere al dottore le sue esperienze passate ed imparare qualcosa da questo. Questo ricorsivo ri-provare l'esperienza dell'angoscia come minaccia al progredire necessita di molte ripetizioni, ma ogni ripetizione è forse impercettibilmente meno pesante. La maggior parte delle volte l'angoscia è così nascosta da non presentarsi chiaramente alla coscienza; è semplicemente un piccolo monito immediatamente seguito da rabbia e da varie altre operazioni di sicurezza di cui il paziente è consapevole. Ma il cenno preliminare dell'angoscia è passato inosservato, dimenticato, perso. Il nevrotico ossessivo, per esempio, non

² Devo al Dr. Dexter Bullard e al Dr. Otto Will, che ne è il curatore, le citazioni delle conferenze tenute da Sullivan a Chestnut Lodge; al Dr. Robert Kvarnes devo il materiale proveniente dal suo seminario clinico registrato alla Washington School of Psychiatry il Dr. Otto Will, curatore, sono debitrici delle citazioni tratte dalle conferenze sul "colloquio psichiatrico" e alla Dr.ssa Janet Rioch dei suoi appunti sulla tecnica; sono inoltre debitrici, per il tempo e la collaborazione gentilmente prestatami, ai colleghi Dexter Bullard, Rex Buxton, Mabel Cohen, Robert Cohen, Ralph Crowley, Edna Dyar, Frieda Fromm-Reichmann, Thomas Harris, Robert Kvarnes, Eugene Meyer, Douglas Noble, Edward Ohaneson, Jane Pearce, David Rioch, Janet Rioch, Alfred Stanton, Herbert Staveren, Clara Thompson, Philip Wagner, Edith Weigert, Mabel Wilkin, e Otto Will.

sperimenta angoscia molto spesso. Possiamo individuare la caratteristica di queste persone nel pesante ricorso a meccanismi difensivi; anche se è naturale pensare che abbiano un'angoscia elevata, da parte nostra è necessario un notevole sforzo educativo per abituarli a poterne riconoscere la presenza. In generale, è facile fare in modo che la gente parli dell'angoscia, ma spesso essa è solo una parola, finché non si è lavorato molto affinché il paziente scopra ciò di cui stiamo parlando. Ci sono, naturalmente, persone che, avendo attacchi d'angoscia, si sentono terribilmente in ansia, tese e a disagio, ma penso che siano la minoranza: meno della metà delle persone che vengono a cercarci per un trattamento psichiatrico [...] La natura intrinseca dell'angoscia ne fa un problema centrale in psicoterapia. Ciò non significa che l'angoscia non sia "normale", ma essa rappresenta il segno che rimanda sempre alla presenza di problemi concatenati. È un indicatore così spiacevole per chi ne è vittima da preferire di fare a meno di questa esperienza. Pertanto è fondamentale insegnare alle persone a riconoscere quella angoscia meno manifesta che pur tuttavia produce comportamenti disturbati e atti sintomatici".³

Nelle sue conferenze sul colloquio psichiatrico, Sullivan espose la sua concezione dello psichiatra come **osservatore partecipe** nella situazione interattiva col paziente. Il significato delle azioni umane non può essere compreso solo attraverso operazioni intellettuali, nelle quali non rientrino anche le esperienze precedentemente effettuate dall'osservatore; la comprensione che lo psichiatra ha dell'interazione deriva dalla sua stessa esperienza passata, dai divieti culturali, ecc. Sullivan a questo proposito affermò: "Non possiamo trovare il significato delle azioni di un'altra persona se non sulla base di un comportamento significativo di cui abbiamo fatto esperienza o che abbiamo visto prodursi in circostanze in cui lo scopo, o perlomeno le intenzioni a monte, ci sono state comunicate. Il terapeuta contrae un coinvolgimento inevitabile in tutto quello che succede nel colloquio; e nella misura in cui non è consapevole o è ignaro della sua partecipazione, non si rende conto di cosa stia succedendo".(3) Sullivan sosteneva che lo psichiatra deve essere attento anche ai più piccoli indici dell'angoscia dentro di sé così come nel paziente. L'angoscia del terapeuta potrebbe riferirsi anticipatamente a qualcosa che potrebbe prodursi nella terapia; potrebbe anche rimandare alla sua incapacità di avvicinarsi alla figura del terapeuta "ideale", oppure al fatto che egli possa aver bisogno del paziente come fonte di stima riflessa. Sullivan utilizzava l'angoscia come un segno attraverso il quale si rivela la presenza di problemi sia controtransferali che transferali. Per esempio, riconoscendo che la rabbia è così spesso un segno di angoscia imminente, espresse l'avvertimento che un terapeuta, che senta effettivamente rabbia o irritazione nei confronti di un paziente, ha bisogno lui stesso dell'aiuto psicoterapeutico.

Oltre alla sua concezione dell'osservazione partecipe, Sullivan riteneva che la situazione del colloquio dovesse avere il carattere di una relazione esperto-cliente. Cito ancora dalle conferenze sul colloquio psichiatrico: "Il colloquio è strutturato come una relazione esperto-cliente in cui il paziente deve sperimentare qualcosa che lo colpisca come la reale capacità di trattamento di un esperto. La questione è ciò che intendiamo per 'trattamento esperto': se ci fermiamo un attimo a considerare le persone alle quali guardiamo come 'capaci di comprenderci', e cioè capaci di trattarci in maniera esperta, noteremo che ci dimostrano un considerevole rispetto. Incontrare una tale persona può essere un evento davvero significativo ed è quasi un privilegio averla a disposizione. In primo luogo si è ben trattati quando si è trattati come una persona con cui vale la pena trattare; in secondo luogo quando l'esperto è acutamente consapevole dei disturbi della vostra autostima in sua presenza; in altre parole dei disturbi nel vostro senso di sicurezza. Egli infatti, quando si accorge che una certa domanda sta per toccare un argomento che vi renderà insicuri od angosciati, fa un piccolo gesto preliminare per farvi capire che è consapevole del disagio

³ Tutte le citazioni, contrassegnate dai relativi numeri, sono tratte da materiale di Sullivan non ancora pubblicato. Ad eccezione delle note n. 5, 25, 28 e 31 che sono del curatore del libro, Patrick Mullahy, da cui questo articolo è tratto ed hanno lo scopo di segnalare i punti in comune con i temi tratti da altri autori.

legato a questa sua domanda, ma che è anche ovviamente necessario che debba venir a conoscenza dell'informazione in questione, avvertendovi dunque di chiamare a raccolta le vostre forze. In ogni caso egli riconosce le vostre emozioni, compresa l'angoscia, per cose che pur possono apparire le più naturali del mondo e a quel punto forse può prendere l'iniziativa dicendo: "Bene, Le pare che questo sia tanto strano?" E voi replicate "Sì, dottore, ho paura di sì" ed egli continuando: "Caro mio, dico questo perché non ho mai sentito nessuno che parlando senza finzioni non vi alludesse". (4)

Per il dr. Sullivan le variazioni del tono della voce erano spesso chiavi di lettura molto affidabili circa le variazioni nella situazione comunicativa. Era anche attento ad altre più sfumate manifestazioni di angoscia, come un cambiamento d'argomento, la mancata comprensione degli interventi dell'analista, oppure una domanda che non desse luogo a risposta.(5) Riconosceva nel *sistema del Sé* un antagonista della terapia, in quanto sviluppato per andare "fuori contatto", in determinati momenti, per evitare problemi. La sua tecnica era quella di ricercare la particolare area in cui era stata notata la variazione, in maniera tale da chiedere al paziente di ricordare quello che gli era passato per la mente proprio prima che la variazione si verificasse. Se possibile, chiedeva poi al paziente di produrre associazioni sul punto in questione. La logica di tutto questo era molto chiara: il sistema del Sé produrrebbe un'operazione di sicurezza allo scopo di evitare un'area carica di angoscia. Di conseguenza, i pensieri, che hanno luogo immediatamente prima dell'operazione di sicurezza, sono cruciali e, potendone venire a capo, se ne ricaverebbe un'informazione assai rispondente a riguardo dell'angoscia del paziente. Ora, molto spesso non è possibile ottenere questo tipo di informazione, o almeno non al primo tentativo, ma si può insegnare al paziente a prestare lui stesso più attenzione a questi cruciali punti di variazione. Perciò, se il paziente presta un po' più attenzione e il dottore molta più attenzione a tali aree, la risposta può essere ottenuta. Metteva in atto modificazioni del tono di voce, cambiamenti di argomento, incapacità di seguire un pensiero ecc., sono elementi tutt'altro che indefiniti, piuttosto devono agire da segnale per il terapeuta, e più tardi da segnale per il paziente, nella misura in cui indicano che si sta producendo qualcosa al di fuori della coscienza che ha bisogno di essere indagato.

Nelle conferenze sul colloquio psichiatrico Sullivan illustra l'importanza dei cambiamenti del tono della voce tramite l'esempio seguente: "... se qualcuno cerca di descrivere il suo lavoro di operaio elettricista, tutto procederà bene fino a quando il soggetto sarà arrivato al punto di dire qualcosa che ha a che fare, per esempio, con un atto gravemente disonesto commesso verso il suo sindacato; a questo punto la sua voce suonerà mutata. Egli potrà ancora illustrare ciò che un elettricista deve fare e fa, ma la sua voce suonerà diversamente. Nel colloquio psichiatrico gran parte dell'esperienza che lentamente si acquista, permette di avvertire e cogliere una semplice differenza di voce. Così l'intervistatore dirà, per esempio: "Immagino che il versamento del 2,5% delle proprie entrate alla Cassa Malattie ed Infortuni venga eseguito puntualmente dai membri onesti del sindacato". Alla qual cosa l'altro potrà replicare, con un tono di voce di nuovo molto diverso da quello che aveva prima: "Proprio così. Questo è un aspetto molto importante per l'Associazione". Allora, se l'intervistatore si sente sicuro della situazione, potrà dire: "È certo un aspetto che lei non ha mai violato". Al che l'intervistato, con un tono molto diverso, forse anche indignato, dirà: "Naturalmente!" E se l'intervistatore è proprio sicuro di come si sono svolti i fatti, potrà anche dire: "Infatti, naturalmente lei sa che non sospetto minimamente di lei, ma la sua voce suonava strana quando ne ha parlato e non ho potuto fare a meno di domandarmi se ciò non la turbasse". A questo punto il tono dell'altro potrà presentarsi ancora diverso, dicendo: "Sì, effettivamente agli inizi del mio lavoro intascai parte della percentuale e da allora l'ho avuto sulla coscienza". E così il lavoro procede". (6)

Con i pazienti ossessivi Sullivan destinava una prima serie di colloqui a raccogliere una storia dettagliata della loro vita. Innanzitutto ciò era finalizzato allo scopo di aver chiaro quale fosse il problema da affrontare nella fase iniziale del lavoro terapeutico, perché sarebbe stato inopportuno promettere al paziente più di quanto non fosse realisticamente ottenibile. Pertanto, alla fine della serie iniziale di colloqui, era uso

rendere una dichiarazione semplice, sintetica e molto chiara di ciò che aveva udito fino a quel momento. Sapeva bene che il paziente non era in grado di capire neppure le implicazioni più evidenti, tuttavia tale dichiarazione, prodotta nella fase iniziale, giocava un ruolo più chiaro nell'impostare la situazione terapeutica di quanto non sarebbe accaduto se fosse stata pronunciata dopo che si fossero già prodotti fenomeni di distorsione, destinati quindi a sfuggire all'osservazione. Egli consigliava anche ai terapeuti di fare ripetute valutazioni durante il lavoro, domandando a se stessi "Dove siamo, che cosa dobbiamo ancora adoperarci a fare?" Dal momento che la condizione ossessiva rappresenta anche una modalità di relazione con un'altra persona, Sullivan coglieva il pericolo che analista e paziente potessero finire col diventare sempre più ossessivi. Per questo motivo egli sottolineò l'opportunità di definire gli obiettivi della terapia in ogni singolo caso e di tenerli sempre a mente.

In secondo luogo, Sullivan utilizzava i colloqui iniziali per insegnare al paziente ossessivo a riconoscere l'angoscia. Su questa tecnica di conduzione del colloquio così si esprime: "A mano a mano che il paziente vi presenta la sua storia, se ascoltate con attenzione, molto spesso sarete in grado di cogliere su quale punto egli ha dovuto deviare il discorso verso qualcosa di collaterale, oppure non ha potuto procedere nel logico sviluppo di un argomento. Questi atti sono manifestazioni di angoscia. È probabile che il paziente sia scarsamente consapevole di aver modificato il corso del suo discorso. Di conseguenza, ad un certo punto possiamo comunicargli: "Un attimo, sa una cosa? Ho notato che lei aveva cominciato a dirmi una certa cosa, e poi, per qualche ragione, si è messo a parlare di un'altra. Ha qualche idea su come ciò sia potuto accadere?" Il paziente, se si ricorda, può rispondere in questi due modi: può produrre delle razionalizzazioni, nel qual caso ci si deve rendere conto di essere di fronte ad un'angoscia troppo intensa perché un'altra persona possa eliminarla; oppure può rimanere colpito dalla cosa e mostrare una timida tendenza ad indagare su di essa. A quel punto prendo direttamente la parola e dico: "Allora, avevo indovinato nel ritenere che lei avrebbe proseguito a parlare di questi fatti", riferendomi con queste parole allo sviluppo successivo del flusso di pensieri originariamente deviato. Se a questo punto il paziente si mostra molto ansioso, è probabile che io abbia colto più o meno nel segno. A questo punto ci sono ottime probabilità di aver preparato il terreno per un buon intervento, dal momento che il paziente ha manifestato tale angoscia. In questo caso ho organizzato la situazione in cui l'angoscia ha luogo duplicando e riattuando il processo che aveva di fatto avuto luogo tra noi alcuni minuti prima. Quindi, mi è consentito dire: "Bene, ne deduco che lei è in ansia, che si sente a disagio. È forse preoccupato per quello che penso?" Faccio in modo che mi parli del suo stato mentale, cioè che tiri fuori espressioni che gli sembrano adeguate ad indicare il suo stato mentale spiacevole: situazione durante la quale tale stato ovviamente migliora. Alla fine di tutto ciò posso quindi concludere: "Bene, questa è un'interessante esperienza di come funzioni l'angoscia, vero? Nella misura in cui lei è stato in grado di abbandonare l'idea di pericolo, le è stato più facile non accorgersi di essere in ansia. Se invece la cosa le viene gettata in faccia, lei prova angoscia. Ora posso dirle qualcosa di più su come poter risolvere il suo problema. Se ci sono valide considerazioni che, in vista del suo futuro, la inducono a preferire di sottoporsi a questo tipo di esperienza spiacevole, vissuta da lei in questi ultimi minuti, piuttosto che continuare a vivere come ha fatto finora, non vedo nulla che possa ostacolare la cura. Non c'è niente di connaturato o innato nel suo problema: esso si origina nelle prime esperienze di vita, ma non possiamo portare a riparare le sue esperienze in officina; devono essere rimesse a posto da lei, dentro di lei ed è da prevedere una notevole angoscia che accompagnerà questo processo. Se per lei vale la pena sottoporsi a questa esperienza, bene, in caso contrario, essa non avrà luogo".(7)

Sempre nell'ottica di superare le difese contro l'angoscia, il dr. Sullivan era solito ascoltare i racconti dettagliati che forniscono gli ossessivi, poi, tagliando corto domandava: "In questa situazione le è venuto in mente qualche pensiero?" (8) Questo risultava in genere il nocciolo della storia. Quindi, invece di analizzare cosa potesse significare, indagava come venisse usato, quando e per quale bisogno.

Sullivan insegnava che con gli ossessivi “lo psichiatra gioca un ruolo molto attivo nel fare domande, non perché dubiti di quanto racconti il paziente, ma piuttosto per confermare di aver percepito correttamente quanto gli è stato detto. È estremamente salutare per il paziente rendersi conto della sentita preoccupazione del medico tesa a cogliere esattamente cosa egli intenda. Quasi tutte le volte che il terapeuta si rivolge al paziente dicendo: “Bene, lei intende dire questo?”, il paziente avverte con più chiarezza ciò che vuol dire. E quale sollievo rappresenta la scoperta che il vero significato è ben lontano dalla cosa detta”.(9) Per esempio, quando un paziente si riferì al mordersi le unghie come una manifestazione di angoscia, il dr. Sullivan fece un’espressione incuriosita, a indicare di volerne sapere di più. Dopo che il paziente aveva impiegato un po’ nel cercare di dimostrare questa sua idea, il fraintendimento si fece evidente. Paziente e analista poterono concordare sul fatto che “comportarsi esprimendo disagio era funzionale per dimostrare inequivocabilmente agli altri quanto essi mettono a disagio”. (10)

Sullivan non avrebbe mai interrotto un paziente per chiedergli cosa stesse dicendo, senza aggiungere molto semplicemente ed onestamente “Forse ho perso di vista qualcosa?” Era del parere che escludere la possibilità di aver perso di vista qualcosa fosse un serio inciampo per il terapeuta. Era solito rammentare agli studenti: “Probabilmente vi sorprenderà il numero di volte che avete perso di vista qualcosa. È una piacevole sorpresa per il paziente scoprire che il dottore *ha perso di vista qualcosa*; sapere che quest’ultimo possa contemplare con tranquillità tale possibilità, non può che migliorare l’immagine che il paziente ha del terapeuta. Molto spesso, sfortunatamente, non vi è sfuggito niente, e la vostra richiesta di sapere cosa il paziente stia dicendo lo metterà più a disagio. Di conseguenza, dovete sapere che cosa il paziente sta elaborando a questo punto: non necessariamente qualcosa in linea con il lavoro attuale, ma qualcosa emerso poco prima e che è rimasto tralasciato su cui si può lavorare proficuamente”. (11)

Sullivan non attribuiva nessuna utilità ad interrogativi introdotti da “perché” (come ad esempio: “Perché ha fatto questo?”), dal momento che il paziente, in base alla sua precedente esperienza, li vive come una critica. Egli, secondo il suo modo di fare, usava circonlocuzioni oppure la forma impersonale, ad esempio: “Si potrebbe essere curiosi sul significato di questa notizia”.(12) Un altro esempio è il seguente: dopo aver sentito di una qualche azione umiliante, da considerarsi un agito, commentava semplicemente: “Alcune delle cose che si fanno per comunicare la propria insicurezza non tendono ad aumentare l’autostima”.(13) Con gli ossessivi poteva pronunciare affermazioni piuttosto semplici e dirette per scuotere il paziente, ma in genere scoraggiava dal farlo. Sullivan formulava i suoi concetti in modo non assertivo, quasi imprimendo un movimento circolare, tale che in seconda battuta potessero essere di ritorno al paziente senza essere rifiutate.

Preferiva interrompere il paziente quando si esprimeva in termini di sensi di colpa, allo scopo di dirigerne invece l’attenzione verso la comprensione di ciò che era successo. Puntare in questa direzione promuoveva la presa di coscienza del paziente e implicitamente veicolava quanto fosse irrilevante per il terapeuta determinare le colpe. Naturalmente non poteva ignorare che le persone si sentissero responsabili, ma interrompeva la sofferenza legata a un irrazionale senso di colpa.

Il dr. Sullivan era considerato un analista attivo, ma non per quanto riguarda l’uso del linguaggio. Parlava e interpretava poco. Era consapevole che il ruolo del terapeuta e le sue idee esercitano un potente effetto e che non reca nessun vantaggio al paziente sentirsi dominato. È così facile andare avanti seguendo ciò che il leader sostiene essere giusto, senza mai ammettere che anche noi siamo in grado di saperlo. Spesso parlava del rischio psichiatrico dell’“ingiustificata interferenza nella vita delle persone”. L’intervento diretto non era la sua prerogativa, poiché pensava che avrebbe soltanto suscitato ribellione. Per esempio, un resoconto del modo in cui può aver cercato di procrastinare un matrimonio ritenuto precipitoso, suona in questo modo: “Faccio in modo che il problema venga discusso e mi adopero per raccogliere informazioni per poi, in maniera volutamente evidente, mostrarmi colpito. Aggrotto le sopracciglia in segno di preoccupazione, dando al paziente il tempo di rendersene conto. Posso dire addirittura “Il nostro tempo è

finito” e alzarmi per lasciare la stanza. In base a tutto quello che sappiamo sulla personalità, è presumibile che il paziente entri in ansia per il mio stato di preoccupazione. A qual punto dico: “Vede, non mi sento di dire come stanno le cose, ma nemmeno che lei abbia ragione in proposito. Se questa è una relazione importante per lei, perché non tenere la decisione in sospeso per qualche tempo?” Praticamente non ho detto nulla, però, commentando la situazione con domande che testimoniano la mia incertezza, spero che il paziente si accorga che il fatto mi riguarda, senza peraltro nutrire l’intenzione d’imporre qualcosa o di screditare qualcuno. In genere cerco di lasciar cadere la cosa, aggiungendo però che mi lascia perplesso: “Le sembra tanto importante andare avanti con questa storia adesso? Io non conosco quest’altra persona, però sono colpito da come lei ne parla; in questa situazione lei cosa ci guadagna?” Concludo ponendo questa domanda non per esigere una risposta, ma per comunicare i miei dubbi”. (14)

Gli interventi del dr. Sullivan all’occorrenza prevedevano ben calcolati sospiri, mormorii, perfino brontolii ed anche la tipica esclamazione «ah, ah!». Egli insegnava che con i pazienti ossessivi il dottore poteva permettersi il ricorso deliberato ed attentamente dosato nel tempo a qualsiasi tipo di umore adatto alla situazione, tranne la frivolezza. “Usava” anche espressioni di rabbia e di leggera irritazione, mettendo comunque in guardia gli studenti di quanto sia inopportuno per lo psichiatra - proprio in quanto esperto di questo genere di emozioni - arrabbiarsi davvero col paziente, il quale è inesperto e in posizione svantaggiata. A volte, con un paziente ossessivo, poteva comportarsi come se stesse per addormentarsi e se il paziente sottolineava: “Come può pretendere che parli con lei?”, egli ribatteva: “Caro signore, ma lei è stato ad ascoltare? Ha la più pallida idea di quel che stava dicendo?” La risposta era in genere: “No, non so”. Questo era un modo di procedere dettato dall’attenzione che il dr. Sullivan prestava alle difese ossessive che inducono il paziente ad allontanarsi dall’argomento toccato.

Dobbiamo tener presente che alcuni di questi interventi potrebbero risultare repressivi, se applicati a casi inadatti. Sullivan non pretendeva certo che le sue idee sulla tecnica terapeutica fossero applicate ai pazienti più svariati. Insegnava che l’abilità di uno psichiatra sta nella sua innata capacità di sincronizzarsi con il paziente e nella scelta di un ruolo attivo o passivo a seconda di particolari frangenti.

Sullivan rinunciò al metodo delle associazioni libere dopo averlo praticato per un certo periodo, pur continuando a non sottovalutare l’importanza dei pensieri fugaci e spontanei. Riscontrava come le associazioni libere fossero improponibili per gli schizofrenici e come i nevrotici ossessivi potessero farne un uso all’infinito, per evitare di avere a che fare con materiale carico di angoscia. Poiché Sullivan era interessato soprattutto alle aree in cui il paziente manifestava angoscia, al fine di individuare le distorsioni, faceva ricorso ad associazioni guidate. In linea con questa posizione era solito dire: “Se la mente non ci conduce direttamente, allora vediamo dove conduce: forse c’è qualcosa”. Nei limiti del possibile riteneva giusto che le comunicazioni al paziente fossero espresse in termini reciprocamente comprensibili: infatti con gli ossessivi, benché cercasse di rintracciare forme primitive di angoscia più profondamente sedimentate, non usava termini primitivi. Nella sua pratica clinica era guidato da una conoscenza fenomenico-intuitiva del materiale giacente oltre la coscienza, ottenendo indizi dalle fantasie, dai sogni e dal materiale simbolico. Cogliendo il rischio di perdersi nel labirinto delle figure simboliche, tendeva a non interpretare i sogni così come gli venivano presentati: difatti, dopo aver ascoltato le associazioni, restituiva il “nocciolo” del sogno in termini esemplificati, per poi riascoltare quel che il paziente aveva da dire.

Non in tutte le sedute Sullivan si comportava in maniera attiva. Ci potevano essere lunghi periodi di lavoro segnati da scarsi interventi. Tale strategia era così spiegata: “Se un paziente sta parlando e voi non sapete bene di cosa stia parlando e, nonostante questo, alla fine della seduta avete la sensazione che stia pur andando in qualche direzione, lasciatelo tranquillo. Ma se non nutrite questa sensazione, potete anche dire: “Non so perché, ma non credo di riuscire a seguirla oggi. Non riesco a vedere in che direzione siamo andati. Forse lei potrà chiarirlo la prossima volta”. (15)

In generale Sullivan gestiva la situazione terapeutica attraverso gesti, domande e calibrate interpretazioni, evitando che il paziente procedesse per conto proprio e, di conseguenza, finisse col sentirsi frustrato. Ben contemplava che le sue interpretazioni avrebbero potuto essere sbagliate e sperava che il paziente potesse rettificarle. Nel lavoro interpretativo dava la priorità alle operazioni di sicurezza del paziente, particolarmente a quelle che, nell'interazione con lo psichiatra, servivano a protezione dall'angoscia. Questa procedura terapeutica era stata messa a punto da Freud e i concetti operativi di Sullivan hanno apportato un importante contributo. Sullivan faceva anche in modo di dare contemporaneamente due o più interpretazioni alternative, liberando così il paziente dalla necessità di gratificare e di accondiscendere il terapeuta.

Dato che le modalità di vita nel paziente producono difficoltà esistenziali, che emergono gradualmente, consigliava di lavorare partendo dalla periferia, ovvero dalle esperienze con le persone meno significative. Solo quando fossero state identificate le modalità di base, ci si poteva permettere di guidare il paziente in direzione della relazione "io-tu", entrando nel merito delle distorsioni paratassiche. Il modo in cui metteva a nudo una distorsione era in genere il seguente: il paziente poteva, per esempio, accennare con una certa animosità al giorno in cui il terapeuta l'aveva definito "molto magro". Il dr. Sullivan allora si irrigidiva, esclamando con tono serio: "Come ha detto?". A quel punto il paziente ripeteva la frase, dilungandosi e mostrandosi ancora più dispiaciuto. Allora il dr. Sullivan precisava: "Ricordo molto bene quel che ho detto e cioè che lei sembrava aver sofferto per il fatto che sua madre pensasse che lei fosse magro. Detto questo, lascia cadere l'argomento. I suoi pazienti facevano una profonda esperienza di tali "equivoci" e presto imparavano a capire che cosa però era successo. Sullivan usava dire che, non appena il paziente riconosce e accetta una distorsione paratassica, ci si può aspettare un esito terapeutico favorevole.

A volte Sullivan si mostrava volutamente rigido, come se "non riuscisse a vedere" un punto di vista, oppure pronunciava un'affermazione volutamente falsa con funzione provocatoria, fatta apposta per essere corretta. Sapeva che il bisogno di correggere è più potente della forza delle angosce che a volte ostacolano la presa di coscienza. La strategia era finalizzata a trovare il punto debole nel sistema difensivo del paziente, a premere in quella direzione. Non era di alcuna utilità effettuare un attacco frontale nei confronti dell'angoscia, soprattutto quando sottende un grosso meccanismo di difesa. Per esempio, egli asseriva che, non potendo essere direttamente analizzata l'impotenza maschile o la frigidità femminile, è necessario un approccio trasversale.

Il paziente negativista o dominatore tenterà di usare la situazione analitica come un campo di battaglia, dal momento che si sente più a proprio agio quando combatte. Per questo può annunciare che "non cambierà", oppure che "non deve di necessità cambiare". Il dr. Sullivan smontava questi tentativi di ingaggiare battaglia, precisando come andasse correttamente inteso il fenomeno del "cambiamento", attraverso una precisazione del genere: "Risulta evidente che il cambiamento sembra essere una proprietà della natura. Tutti gli organismi vanno incontro a forme di cambiamento più o meno rapide. Di conseguenza, la questione non è certamente da porre in termini di probabilità, poiché tutti evolviamo continuamente. Piuttosto, la questione si pone circa i tempi e la direzione del cambiamento. Quello in cui si può sperare in analisi, è di cambiare quando i tempi lo consentano in una direzione più favorevole, sebbene questo lavoro richieda, logicamente, del tempo".(16)

Il dr. Sullivan riteneva fondamentale tener conto in analisi dell'operato della resistenza di fronte ad un cambiamento troppo rapido: se il sistema difensivo, strutturato da lungo tempo e ben funzionante, dovesse entrare in crisi troppo presto, potrebbe intervenire uno stato di panico. Egli rassicurava il paziente, affermando che entrambi dovevano avere un vero e proprio rispetto per le sue difese. Se aveva la sensazione che un senso di disillusione e depressione aveva manifestamente fatto seguito ad una progressiva presa di coscienza, interpretava al paziente questo stato come una misura di autoprotezione usata al servizio dell'angoscia, provocata dalla minaccia del cambiamento. Infatti, un rapido cambiamento

fa sentire il paziente in una posizione pericolosa ed è importante che ci si accorga del livello della sua angoscia. Una corretta interpretazione aiuta ad evitare l'uso della disillusione come manovra difensiva.

Sullivan attribuiva una grande importanza agli aspetti positivi di una situazione. Dopo aver sentito un paziente parlare a lungo in maniera critica della moglie, insisteva nel voler sentire ciò che al paziente piacesse di lei. Voleva conseguire la prospettiva più giusta ed era disposto a continuare a fare domande fino a che il paziente non fosse in grado di vedere in che misura parte di questo discredito non appartenesse propriamente alla moglie. Analogamente, per quanto riguarda la storia della vita del paziente, si soffermava sugli aspetti di maggior successo nella vita: ai pazienti non era permesso sottacere le loro qualità.

Spesso era in grado di accorgersi in che direzione stesse andando il pensiero del paziente, ancor prima che quest'ultimo potesse rendersene conto e allora comunicava questa sua percezione con un gesto o con il suo garbato "ah-ah!". Un paziente descrisse tutto questo nel modo seguente: "Improvvisamente mi rendevo conto di un cambiamento in lui, come il segnale d'allerta di un cane da punta che ha scovato un uccello; una segnalazione vigile e gentile, non espressa a parole. Sapere che lui era già lì dove io stesso non sapevo di stare dirigendomi, mi rese possibile superare una serie di momenti difficili". All'inizio del lavoro con questo paziente, Sullivan disse: "Sento che c'è tanto dolore davanti a noi". Ciò rese molto più sopportabile questo stato d'animo quando di fatto comparve. Man mano che il lavoro progrediva, gli interventi del dr. Sullivan erano assai meno frequenti ma incisivi, come ad esempio: "Vivere è semplice, si rende conto di avere la tendenza a complicarlo?". Oppure: "Ci vuole un notevole grado di competenza per portare avanti un disturbo mentale così complesso come fa lei". E ancora: "Lei ha copiato la psicosi paranoide di sua madre apportandovi alcuni miglioramenti". Questi interventi sembravano intollerabili, non solo per il significato cui rimandavano, ma anche per lo sforzo che comportava fare proprie queste ammissioni. Il paziente poteva comunque affrontare il problema che un linguaggio di questo tipo gli poneva davanti perché sentiva costante il sostegno del dr. Sullivan. In altri casi Sullivan sottolineava il fatto che, trovarsi in una certa situazione, non era tutta colpa del paziente: "Non le sembra un tantino esagerato responsabilizzarsi a tal punto da pensare di essere così cattivo? Sarebbe opportuno esaminare questa esagerazione". (17)

Sullivan riteneva prioritario coi pazienti schizofrenici ed ossessivi riconoscere i loro passi avanti, ritenendo il silenzio imperdonabile in una tale circostanza e invece ritenendo proficuo convalidare e sottolineare tali avanzamenti prima di proseguire. Egli descrisse in questo modo la maniera con cui procedere: "Nel dar corpo al resoconto di quel che è stato realizzato, cerco di cogliere dalla trama delle associazioni quei punti nodali che comprovano il conseguimento dell'obiettivo di cui desidero parlare. Penso proprio che varrebbe la pena dedicare qualche minuto alla fine di una seduta, per far capire al paziente che almeno per un certo periodo della seduta, egli è riuscito a non farsi coinvolgere dagli avvertimenti dell'angoscia, così da non interrompere il processo di pensiero e da non mostrare una preoccupazione eccessiva circa l'impressione che i suoi pensieri avrebbero potuto produrre o il significato che avrebbero potuto veicolare. Una volta formulato questo pensiero, procedo quindi a dire al paziente: "È estremamente importante considerare che lei in questi ultimi venti minuti non ha interrotto il flusso dei suoi pensieri". Riguardo a questo aspetto Sullivan così continuava: "Se mi sento abbastanza sicuro da comunicare al paziente che c'è stato un progresso, sono disposto ad utilizzare anche una notevole dose di ingegnosità interpretativa. Se il paziente è grave, può essere estremamente riconoscente nello scoprire che qualcosa in lui si è messo in moto, anche se all'inizio non può fare altro che percepirlo attraverso i vostri occhi, le vostre orecchie e la vostra bocca, invece che attraverso la sua personale osservazione. Se comunque, per un eccesso di zelo, avete colto erroneamente un progresso, attribuendolo forzatamente al paziente, quest'ultimo potrebbe essere così arrabbiato con voi a motivo del vostro sciocco ottimismo, che potrebbero venir fuori alcuni dei suoi problemi emotivi fino a quel momento tenuti nascosti. E ugualmente per questa evenienza si può essere riconoscenti". (18)

Se un paziente continuava a rimuginare apparentemente a vuoto, a volte il dr. Sullivan era solito fornire rassicurazioni. Sullivan ha specificato la maniera di gestire questa situazione nel modo seguente: “Dico molto semplicemente che ho la netta sensazione che qualcosa stia progredendo, benché non sia in grado di dire cosa. Anche se posso ben capire la sensazione di perplessità del paziente, pur nondimeno suggerisco di andare avanti per il momento, essendo esattamente questo ciò di cui il paziente ha bisogno. Se al paziente è stata trasmessa l’idea rassicurante che l’area su cui lavora non gli è disperatamente preclusa, procederà più speditamente. In genere non bisogna aspettare molto prima che si affacci qualcosa: qualcosa che, come è facile retrospettivamente vedere, ha richiesto una laboriosa preparazione, affinché idee, piuttosto obsolete e del tutto sconosciute al paziente, potessero essere finalmente espresse. A questo punto sorrido e dico: “Bene, non la sento forse dire così e così?” E il paziente risponde: “Oh Dio, penso di sì!” Poi sottolineo che questo è stato il frutto di un duro lavoro, aggiungendo: “Bene, forse solo ora possiamo appieno capire il lavoro che tutto questo ha richiesto”. Un ulteriore passo sarà quello di riuscire a capire come mai ciò abbia richiesto una fatica così grande. Talvolta è anche possibile, nel corso delle sedute immediatamente successive, conseguire una certa comprensione di alcuni dei concetti nascosti affrontati dal paziente. A volte il paziente riesce a veder chiaro prima di voi, spiegandoci le cose. In caso contrario - sempre che voi possiate una visione abbastanza chiara della situazione - è preferibile, verso il volgere della seduta, riprendere in mano l’argomento sempre con uno stile conversativo, perché è vitale, dal mio punto di vista, che il paziente addivenga gradualmente a condividere la nostra convinzione che la sua struttura di personalità sarà in grado di riordinarsi, se solo ne ha la possibilità. La testimonianza che tale tendenza è al lavoro, non tralasciando - naturalmente - di fornire la chiave di lettura del suo funzionamento, è un elemento di grande aiuto al riordino della personalità e questo per il paziente è di grande incoraggiamento”. (19)

Il dr. Sullivan assumeva una particolare posizione circa l’espressione di sentimenti positivi verso il terapeuta da parte del paziente. Diceva: “Quando si avverte che un paziente sta sviluppando un senso di stima nei nostri confronti, bisogna riflettere sulle implicazioni di questo atteggiamento, chiedendosi se il paziente può permettersi di stimarci. Se un paziente ha una bassa autostima, qual è il prezzo pagato nel pensare che il dottore sia meraviglioso? È qualcosa di incongruo per il paziente pensare che una persona così straordinaria sia interessata a lui, mentre è più consono pensare che il terapeuta abbia ben altro da fare. Così, a mano a mano che questi indici di stima esasperata escono fuori, chiedo senza mezzi termini se davvero sembro così diverso dagli altri. Oppure, se il paziente manifesta l’idea di quanto è stato facile parlare con me, sarei propenso a dire: “Caspita, ma davvero è la prima volta che le succede una cosa così?” In questo modo comunico che io non sto facendo miracoli e che lui non ha detto una stupidaggine. In ogni caso, anche quando il paziente esprime un apprezzamento per qualcosa che ha sentito davvero valido, siamo pur sempre davanti ad una situazione delicata. Se si passa sotto silenzio la lode del paziente, può pensare che voi vi stimiate tanto da essere fuori della sua portata (in questo caso lo ringrazio per le sue gentili parole e quindi continuo il lavoro). Il vero rischio si verifica quando la stima cresce a tal punto che il paziente pensa di dovervi davvero molto. Allora è necessario avere un’idea di quale ambito dover indagare e, sempre dopo aver prestato il dovuto riconoscimento al sentimento del paziente, dico: “Ora vogliamo esaminare quest’altro aspetto? E questo è tutto”. (20)

Un paziente, dopo numerosi tentativi, era riuscito ad affrancarsi da una realtà illusoria con cui si era gingillato tutta la vita. Alla fine della seduta espresse la propria gratitudine per il dr. Sullivan, che commentò semplicemente: “Quando una persona corregge una grande illusione alla presenza di un’altra, è portata a nutrire per essa sentimenti d’affetto”. (21)

Sullivan sintetizzò in questi termini il suo trattamento dei pazienti ossessivi: “In condizioni di stress così intenso che i mezzi della dinamica ossessiva non sono in grado di gestire, la persona notevolmente dipendente da processi ossessivi, svilupperà una fenomenologia schizofrenica. L’indicazione, di con-

sequenza, è di non esercitare troppa pressione sul paziente ossessivo in quell'area in cui lo stress non può essere tollerato. I processi ossessivi sono mezzi, anche se scomodi, utili a fornire il conseguimento di una sicurezza. Finché l'interpretazione di una particolare situazione di vita non è quasi autoevidente, inutile fornire interpretazioni ad una persona notevolmente ossessiva. Se il terapeuta non esagera con i suoi interventi, il problema è continuamente *macinato* dal paziente, diventandogli ogni volta più chiaro. Questo è proprio il modo in cui le personalità ossessive sembrano curarsi. Esse continuano a mettere ripetutamente in atto le loro operazioni di sicurezza, ma ciò non impedisce che il resto della personalità si evolva gradualmente nel corso del processo. Talvolta, proprio nel momento in cui vi sentite sicuri di interpretare, avendo chiaro il quadro, il paziente vi batte sul traguardo. Altre volte, vi trovate a fornire la vostra interpretazione quasi sotto forma di indovinello: "Bene, ma non sarà forse che il quadro che lei mi ha descritto significa questo e quello? Cos'altro potrebbe significare? Non riesco a trovare nessun'altra ipotesi che spieghi il corso degli eventi". Quindi, con notevole angoscia, il paziente mostra un timido cenno di accordo, per poi concludere col dire: "Ma come mai c'è voluto così tanto tempo?" Questo è il tipo di approccio per affrontare e risolvere le difficoltà e che caratterizzano la terapia della nevrosi ossessiva". (22)

Sullivan aveva ipotizzato uno stretto rapporto tra dinamica ossessiva e processo schizofrenico, avendo osservato il prodursi, anche se abbastanza tardivamente, di una transizione relativamente fluida dall'uno all'altro stato.

Dovremmo parlare anche della concezione di Sullivan circa le paure ossessive. Si tratta di paure frequenti come quella di usare violenza, di subire un assalto sessuale, oppure di buttarsi dalla finestra. Egli insegnava che è utile innanzitutto indicare al paziente in modo molto diretto la natura "ossessiva" o "compulsiva" di queste paure, per poi procedere a spiegare le funzionalità: ci si tiene occupati con questi pensieri, allo scopo di distrarre la propria attenzione da conflitti rimossi inaccettabili, che altrimenti emergerebbero alla coscienza. L'insistenza del paziente di trovarsi di fronte a pericoli percepiti come realmente imminenti, può essere controbattuta con l'affermazione che questi ultimi devono per forza procurare questa sensazione, allo scopo di svolgere la funzione di depistaggio.

La paura di diventare matto è un problema analogo. Spesso il paziente si sente rassicurato se gli viene sottolineato che la sua paura di "impazzire" rappresenta la paura di perdere il controllo ed è collegata ad un sentimento di impotenza; in alcune persone può essere espresso nei termini di paura di perdere il controllo degli sfinteri, mentre in altre nei termini di paura di perdere la testa. Il problema principale consiste nel capire la paura sottostante che rinvia alla paura di essere impotenti.

Le idee suicide nei pazienti nevrotici venivano affrontate da Sullivan attraverso le consuete e metodiche domande a scopo investigativo. Cominciando da: "È la prima volta che un pensiero del genere le viene in mente?" e proseguendo poi, cercando di scoprire "tutto" sull'origine di questo impulso. Questo a testimoniare che il terapeuta poteva non essere particolarmente spaventato dalla minaccia in corso e che al contrario essa veniva considerata semplicemente un materiale su cui lavorare.

La sua risposta era diversa con alcuni nevrotici ossessivi. Una volta ammise: "Ho riscontrato da parte di pazienti nevrotici ossessivi serie minacce di suicidio come forma di ritorsione verso la mia supposta brutalità, come se questo fosse stato un invito ad essere veramente brutale. Ho chiesto loro di non rendere le cose complicate, perché, se avessi voluto essere veramente violento, ci sarei riuscito egregiamente. Questi sono gli esatti termini con cui ho risposto, in modo tale da rendere i pazienti davvero interessati all'idea di quanto potesse essere attraente uccidersi per pareggiare i conti con la mia brutalità. Però spiego anche che: "l'analista, in quanto uomo e come terapeuta è interessato alla gente viva e non a quella morta; pertanto, viste queste premesse, sarebbe più conveniente non buttarsi dalla finestra". La paura del paziente di commettere un suicidio è una delle fobie più radicate che possono costituire il biglietto da visita di un nevrotico ossessivo. Non appena mi sia convinto dell'esistenza di uno stato ossessivo definito, piuttosto che di una di quelle meno delimitate condizioni ossessivo-schizoidi, è mia abitudine trattare il pro-

blema in maniera molto diretta, guidato dalla convinzione che non ci sia in realtà nessun pericolo. Invece questi aspetti mi preoccupano veramente quando entriamo nell'area della schizofrenia". (23)

Sullivan prestava molta attenzione alle possibili ragioni del pianto. Se capiva che il paziente era triste perché stava male e si sentiva impotente di fronte al dolore, lo rimproverava, riferendosi all'umiliazione e all'ulteriore separazione dalla gente che la sua autocommiserazione avrebbe potuto arrecargli. In tal modo l'atteggiamento veniva bloccato o trasformato in rabbia diretta a Sullivan. Come un paziente ebbe a precisare: "È molto più facile essere arrabbiati nei confronti di qualcosa che si conosce, che non essere arrabbiati per un motivo che non conosciamo". Sullivan sembrava dire: "Finché lei dovrà combattere io combatterò con lei, ma facciamolo apertamente". Molto diversa invece era la sua risposta verso ciò che sembrava un vero e proprio lavoro di elaborazione del lutto. Se il paziente era un po' commosso, con gli occhi umidi e arrossati, Sullivan lo notava dicendo: "Mi è sembrato che i suoi occhi siano diventati umidi". Come di consueto, però, usava un linguaggio molto discreto: se vedeva che il paziente stava veramente piangendo, Sullivan stava zitto, poi ricominciava a parlare, quasi tra sé e sé, con un tono di voce molto lento, facendo capire che quella reazione andava rispettata; poi proseguiva, sottolineando la necessità di elaborare il lutto allo scopo di separarsi dall'oggetto amato, oppure dall'obiettivo desiderato ormai perduto; esperienze dolorose che, a cominciare dall'infanzia si erano via via acuite. Infine aggiungeva: "Ora, per maggiore utilità ho bisogno di sapere a cosa sta pensando proprio in questo momento".(24) Se il paziente rispondeva, citando un preciso episodio relativo alla perdita di qualcosa (non aveva importanza di cosa si trattasse: poteva anche aver perso un'illusione, un temperino, oppure essere stato separato da qualcuno), allora si poteva essere ragionevolmente sicuri che il lavoro di elaborazione del lutto stava procedendo. Per alcune settimane poteva anche non ritornare sul fatto che il paziente avesse pianto, ma prima o poi interveniva con una frase del genere: "Bene, non è il momento di smetterla di soffrire e di cercare di vedere di cosa si tratta?". Oppure: "Dopo tutto, non è forse giunto il momento di superare tutto questo dolore non costruttivo e di iniziare a vedere che cosa può fare con le sue produttive risorse?". Sullivan aveva una fiducia nelle innate capacità umane pari al pessimismo che nutriva circa l'interferenza del sistema del Sé nella realizzazione di queste stesse capacità.

Sullivan ben sapeva quanta angoscia l'invidia potesse provocare.(25) "Niente più dell'invidia è così pesante da tollerare e così distruttivo sul piano della sicurezza personale". (26) Egli così affrontava questo tema: "Prendiamo in esame una situazione in cui l'analista si è impegnato nell'aiutare il paziente a distinguere tra impulsi amichevoli ed ostili. Possiamo riscontrare innanzitutto che l'ostilità del paziente sembra avvelenare tutto, inclusa la terapia; in secondo luogo possiamo notare che egli soffre per qualsiasi dimostrazione da parte degli altri non solo di bravura, ma anche di felicità e di serenità; insomma, per qualsiasi cosa che lui non abbia. Il paziente si sente come se dovesse fare qualcosa a questo proposito: si impegna in una incredibile quantità di manovre di manipolazione dell'ambiente, diffamando, criticando ed emettendo giudizi molto pesanti, con il risultato di legittimare la conclusione che l'ostilità pervade tutto il suo comportamento. Benché sia indubbio che l'ostilità è il quadro dominante, bisogna anche chiedersi cosa provochi queste continue manifestazioni di ostilità. Il paziente soffre di angoscia ogni qualvolta nota che una persona se la cava meglio di lui (durante una conversazione, o qualsiasi altra cosa). La consueta risposta a tale supposta superiorità, consiste nel dimostrare che lui è meglio o che l'altra persona è peggio. Nella misura in cui ulteriori informazioni vengono alla luce, diventa chiaro che non è esattamente l'ostilità la cosa che lo compromette, quanto il suo sentirsi profondamente insicuro davanti a chiunque sembri cavarsela. Sul piano clinico, il problema è quello di concentrarsi sugli impulsi ostili che vanno considerati indici di insicurezza: la risposta terapeutica ad un particolare vissuto ostile, va ricercata in quelle condizioni nelle quali il paziente si è sentito insicuro in tempi trascorsi. Bisogna portare il paziente a cogliere in che misura queste condizioni d'insicurezza lo abbiano condotto, sulla base dell'invidia, ad operare continui confronti tra sé e gli altri. Il comportamento ostile è essenzialmente una spirale in accelerazione di tentativi

disperati, per puntellare un senso di sicurezza costantemente in crisi, con il risultato di essere sempre più detestato ed evitato. Se, esponendo chiaramente al paziente quanto la sua insicurezza e il suo sentimento di inferiorità siano profondi, è possibile imprimere una tregua all'accelerazione di questa spirale, significa che qualcosa di proficuo si è messo in moto. Se il paziente è in grado di capire il senso d'inferiorità che prova nei confronti di chi è contento o soddisfatto, può non aver più bisogno di questa odiosa superiorità: odiosa anche perché egli si odia proprio per il fatto di essere *incapace di essere* quello che *pretenderebbe di essere*. A questo punto, forse, può anche cominciare a prestare attenzione ad alcune delle sue capacità e delle sue doti, di cui sono sicuro ha perso coscienza sotto la continua pressione di dover dimostrare, a tutti i costi, la propria superiorità. A livello di personalità, all'origine di questo quadro, come elemento connotativo non pongo nell'infanzia un'ostilità primaria, bensì una difettualità di valore personale. Penso che gran parte di questa ostilità possa essere convertita in un senso d'insoddisfazione verso se stessi, e che questa sia una trasformazione vantaggiosa, permettendoci di lavorare con il buon vecchio metodo di guardare agli aspetti negativi. Buona parte della scarsa opinione di sé, che grava come un fardello sulle spalle, è il risultato di una deviazione che cresce progressivamente, fino al punto di non poter prestare credito alle proprie capacità e realizzazioni, di preoccuparsi sempre più di dimostrare ciò che non si ha e con il risultato di sentirsi sempre più in pericolo in relazione alla considerazione e al rispetto di sé. Se le cose stanno in questi termini, cioè nell'aver trasformato il mondo esterno in un bersaglio, adottando manovre ostili ed aggressive (un sistema paranoico), trovo utile risalire all'origine dell'insoddisfazione verso se stessi. Solo ora possiamo indagare la *vera* storia di questa insoddisfazione, guidati dalla certezza che la persona in questione possiede pur delle doti e che le sue tendenze sono il risultato di una precoce influenza, che ha distorto la sua realtà personale". (27)

Il dr. Sullivan credeva che nella schizofrenia questa "difettualità di valore personale nell'infanzia" derivasse, in larga misura, dall'interazione del bambino con la madre. Pur attribuendo importanza alle differenze genetiche e costituzionali a livello neonatale prima dell'inizio del processo di acculturazione, non era propenso a prestare eccessiva considerazione a questi aspetti, proprio perché pensava che su di essi non si potesse intervenire.

Ora passerò a parlare del trattamento della schizofrenia. Sullivan si rivolgeva ai catatonici in modo gentile e riservato, mentre trattava il paziente paranoico con distacco e a volte con freddezza. Sapendo che "non si può imbrogliare uno schizofrenico", era apertamente onesto con loro. Insegnava al personale ospedaliero a prendersi in carico ad un livello adulto anche il paziente malato e regredito e ad accettarne l'intero ambito degli interessi e dei bisogni.

Uno dei grandi contributi di Sullivan è stata la "terapia d'ambiente", in cui l'amministrazione ospedaliera e l'intera équipe sono coinvolti nella terapia dei pazienti schizofrenici (i risultati di questo suo lavoro condotto allo Sheppard Pratt Hospital sono stati pubblicati). (28)

Sullivan cercava di comunicare, in qualche modo, agli psicotici, di aver compreso il loro vissuto d'angoscia vissuta, in modo tale da stabilire prontamente una relazione che potesse superare l'angoscia appena insorgeva. Infatti lo schizofrenico sentiva subito di essere compreso, contraendo un'esperienza immediata, attraverso il mezzo diretto dell'identificazione: un senso di comunione grazie al quale il paziente poteva nuovamente osare di far fronte alla realtà, nutrendo così la sensazione di essere compreso anche senza l'uso della parola, esperienza enormemente importante per gli psicotici. Oltre ad assumere un atteggiamento riservato, Sullivan non si mostrava rassicurante, proprio perché la rassicurazione è spesso usata dal paziente con il significato opposto: come se confermasse l'impossibilità di poter sperare in qualche cambiamento: egli stesso provocava la liberazione di un'enorme quantità di angoscia nei suoi pazienti, in virtù della considerazione che poteva offrire un valido sostegno e che poteva vedere al di là della immediatezza della situazione. Tuttavia, insegnava anche una gran cautela rispetto ad una liberazione

improvvisa di angoscia, tanto da far sospettare di nutrire una stima esagerata della fragilità dei pazienti. In generale, suggeriva che il terapeuta non dovesse liberare più angoscia di quanta il paziente potesse integrarne in quel dato momento, così come metteva in guardia contro la liberazione di angoscia in quei pazienti per i quali non fosse disponibile un immediato aiuto terapeutico.

Questa era la sua concezione dell'origine del processo schizofrenico: "Se si incontrano gravi conflitti tra i bisogni di soddisfazione e i bisogni di sentirsi sicuri e liberi dall'angoscia, molto prima che sia avvenuto il consolidamento di un senso di intimità nella relazione con un altro essere umano realmente presente (con tutto l'interesse e le nuove acquisizioni che tali relazioni intime comportano), comparirà una notevole angoscia che condurrà ad una rapida regressione. La perdita di controllo della coscienza e la conseguente irruzione nel campo dell'attenzione, di processi di pensiero più primitivi e meno ordinati (pensieri di tipo onirico e fantasticherie, normalmente non contemplati), saranno seguiti da un decorso che rapidamente elimina dalle manifestazioni del Sé gran parte delle acquisizioni conseguite. In altre parole, si verificherà un decorso sorprendentemente regressivo in cui abitudini sociali, utilizzazione del linguaggio ai fini della comunicazione ed altre capacità saranno perse molto velocemente, fino al manifestarsi del chiaro quadro dell'ebefrenia. Il motivo per cui lo sviluppo ebefrenico compare quasi inevitabilmente in coloro che non hanno contratto queste esperienze nel periodo precedente l'adolescenza, riposa presumibilmente sulla seguente considerazione: non esiste nessuna esperienza utile al conseguimento del livello di autovalutazione della propria personalità così potente come l'esperienza d'intimità tra esseri umani. Contrariamente al quadro precedente, lo sviluppo prende un'altra strada se, durante la preadolescenza, questa esperienza si è consolidata. In altre parole, se il soggetto prima di incontrare questi gravi conflitti, ha avuto modo di realizzare il bisogno di intimità con un'altra persona (un compagno, un amico) e ne ha acquisito nuovi apprendimenti; in questo ultimo caso non si verificherà il rischio di un tracollo schizofrenico, cioè non seguirà niente di così immediato come un disinvestimento regressivo delle recenti acquisizioni della personalità. Seguirà, invece, un corso sostanzialmente e strettamente caratterizzato da quegli incubi che talvolta accade di vivere agli adolescenti e ad alcuni soggetti in età adulta. Il conflitto tra i bisogni di soddisfazione e di sicurezza ha alterato la soglia della coscienza a tal punto che questi vissuti, sfuggiti ai normali dispositivi di esclusione del Sé, hanno preso il posto dei normali processi di pensiero. Analogamente accade nei sogni sgradevoli, negli incubi e in altri fenomeni che rappresentano l'impiego dominante di processi di pensiero a carattere di reverie e di operazioni preverbalì o verbali di tipo autistico, reiteratamente applicate per risolvere un problema. Nella misura in cui questo stato si prolunghi, il paziente può essere definito catatonico e qualora, in qualsiasi momento, può disperare della sua condizione, può subentrare una modificazione in senso ebefrenico oppure il quadro può convertirsi in una soluzione paranoide". (29)

Sullivan descrive gli schizofrenici come persone molto schive, dotate di scarsa autostima e soggette al dubbio di non essere particolarmente apprezzate o rispettate dalle altre persone. Quasi tutti costoro hanno finito col credere di avere una ben scarsa capacità di giudizio sugli altri, tant'è che se le altre persone sembrano favorevolmente interessate a loro, tale interesse o è considerato infido oppure non viene preso in considerazione. Ciò significa che l'interesse verrà meno non appena la persona scopre che tipo è il paziente. Più tale tendenza è di tipo paranoide e più il paziente penserà che è oggetto d'imposizione. In ogni caso, egli sente di avere scarso margine per sviluppare fiducia nel medico. Sullivan mise in evidenza che quest'ultimo, se non è estremamente attento, contribuisce a generare questa reazione; infatti, qualora veda le cose solo dal suo punto di vista, e fornisca qualcosa che il paziente non è in grado di capire, può compromettere la relazione. Il paziente si trova di fronte a qualcosa che gli suona come se il dottore capisca e lui invece non fosse capace di capire, autoconfermandosi nell'essere un buono a nulla". (30)

Sullivan così commentava: "Gli schizofrenici sembrano non aver potuto utilizzare durante l'infanzia la proficua esperienza di crescere con un gruppo di coetanei. Tutti i bambini mostrano deficienze in certe

spontanee competenze se è stato loro negata la normale opportunità di acquisizione. Così questi pazienti hanno dovuto vivere gran parte delle loro aspirazioni giovanili in fantasia, perché non potevano essere comunicate a nessuno e hanno dovuto comportarsi in maniera più adulta di quanto si sentissero. Sfortunatamente, non è possibile forzare il corso della maturazione, ma si può imparare a comportarsi in maniera tale da apparire più maturi, prendendo ad esempio gli altri. A causa di questo tipo di imposta e accelerata maturazione, le aspirazioni e il bisogno di sviluppo e di crescita rimangono insoddisfatti. Questi bisogni possono essere scaricati solo nella fantasia e nel sogno.

Tutto ciò (cioè comportarsi come se si fosse più maturi, esprimendo in altromodo le proprie aspirazioni insoddisfatte) porta ad evitare qualsiasi scambio intimo con gli altri. È come se le cose di cui gli schizofrenici parlerebbero volentieri, fossero infantili, mentre non nutrono la più pallida idea di ciò di cui alla gente piace parlare. Questi pazienti, che si sentono infantili e profondamente inferiori, diventano così attenti nel mascherare questa loro inferiorità in preadolescenza, da non poter permettersi il vantaggio di un compagno con cui avere un rapporto di confidenza. La causa del loro isolamento non ha la benché minima connessione con la sessualità, ma avrà di converso effetti disastrosi sullo sviluppo sessuale. In adolescenza devono essere ancora più sensibilmente accorti nel presentarsi agli altri con il loro mascheramento. È questo l'ambito in cui ha luogo il panico legato all'inferiorità, alla solitudine e al fallimento. I terapeuti dovrebbero evitare con gli schizofrenici di seguire a briglia sciolta la necessità di occuparsi delle problematiche sessuali, mentre è molto più importante lavorare sul problema della solitudine". (31)

Con i catatonici muti il dr. Sullivan portava avanti per mesi lenti soliloqui che occupavano gran parte di ogni incontro, stando attento a lasciar cadere solo un'idea alla volta. Non pronunciava affermazioni oscure e ambigue, suscettibili di essere mal interpretate, tentando di comunicare esaurientemente un'idea con parole semplici e comprensibili, che non lasciassero spazio ad interpretazioni errate. Lavorava costantemente attento a mantenere il livello generale dell'angoscia al minimo. Si comportava con cautela e delicatezza: ad esempio, prima di parlare, avvertiva la persona tramite qualche piccolo movimento o schiarendosi la gola. L'idea stessa veniva anche introdotta lentamente con un crescendo graduale. Con un paziente fortemente angosciato, poteva trascorrere molto tempo, mosso da un implicito proposito che potrebbe essere reso così: "Sbroglierò con lei questa matassa: dobbiamo scoprire cosa la rende così angosciato". (32)

Il suo metodo di far domande e tranquillizzare un paziente schizofrenico ambulatoriale può essere reso al meglio dalle sue parole: "Si deve avere un preciso piano d'azione prima di attaccare il problema di ciò che realmente preoccupa il paziente. Si possono ottenere buoni indizi dalla storia passata, dal momento che il paziente può parlare con minore difficoltà dei problemi del passato che del suo panico attuale. Ma alla fine si può anche chiedere al paziente: "Da che cosa si sente continuamente tormentato?" Supponiamo che il paziente risponda: "Dottore, sono un omosessuale". Cosa fate allora? Potete semplicemente prendere atto di ciò che vi viene detto. Potete presumere che non significhi quel che voi pensate. Potete notare che è estremamente importante per il paziente sapere che siete stati in grado di sopportare il colpo. Potete pensare che la cosa non sia così terribile come lui pensa che voi possiate pensare. È rischioso per il paziente pensare o sapere di essere omosessuale, perciò la vostra successiva mossa deve essere tanto immediata, quanto spontanea e quindi replicare: "Cosa la induce a pensare così?" La risposta statisticamente più frequente sarà: "Beh, dottore, lei sa bene che lo sono". A questo punto non dovete essere esitanti o perdervi in domande irrilevanti: bisogna fare qualcosa che riduca l'angoscia. Così, quando il paziente ritorna alla carica, dicendo: "Lei lo sa che sono omosessuale", rispondo: Veramente non so cosa intenda dire. Non mi era capitato di pensarlo. Cosa le fa pensare di esserlo? Lei ritiene esista qualcosa che deponga in questo senso?" E il paziente in genere qualcosa sa e io tento di metterlo in difficoltà apposta, perché possa difendere la sua posizione. Non posso prevedere che cosa mi dirà (per esempio, venire a sapere che ha avuto un'infinità di rapporti omosessuali). Da parte mia, però, devo ancora fare qualcosa, e che cosa? Sup-

ponete che sappia di un'esperienza omosessuale, procederei allora ad indagarne le circostanze: se - per esempio - sia stato lui a cercarla, oppure gli sia stata imposta (un'indagine a livello di senso comune). Il paziente potrà ammettere di sentirsi interessato ai genitali delle altre persone, che desidera che esse siano interessate ai suoi, che sente strane sensazioni in bocca e che tutte le volte che uno accende una sigaretta deve correre alla toilette. A questo punto devo intervenire perché voglio che l'ultimo atto funzioni. E l'ultimo atto ha appunto luogo quando penso che è arrivato il momento giusto, nel senso che la persona di fronte a me non sembra più essere così tesa rispetto a quando fece la sua *grande ammissione*. È allora che guardo nel futuro e dico: "Ora sì che posso capire come lei vede le cose". Detto questo, sento di aver fatto il possibile per far fronte al rischio rappresentato da questa situazione, in ordine alla necessità di proteggere il mio rapporto col paziente e di prevenire l'insorgenza di eventuali stati di panico per il fatto che ora è nota questa cosa *orribile*, relativa alla sua omosessualità. Se viene detto qualcosa che non nega l'affermazione di partenza, ma che indica che il paziente può comunque essersi sbagliato, mi pare che già sia sufficiente. Questo implica che avremo comunque modo di parlarne ancora". (33)

Sullivan così continua: "Vorrei aggiungere qualche precisazione circa le drammatiche preoccupazioni che turbano gli schizofrenici. Non esistono motivi per credere che gli schizofrenici siano stranamente diversi da tutti gli altri essere umani, piuttosto è una questione di accadimento temporale degli eventi e, se una persona si limita sistematicamente a rapporti sessuali di tipo omosessuale, allora l'intervento terapeutico dovrà riguardare la comprensione di ciò che blocca la sua libertà nei confronti dell'altro sesso e la sua convinzione di essere un farabutto senza principi, orientato solo da queste inclinazioni. Il problema sta nel comprendere cosa gli abbia impedito di svilupparsi al di là di questo punto. Se una persona è schizofrenica o molto disturbata rispetto a certi andamenti della sua vita sessuale, allora l'approccio a questa persona, che non è stata in grado di adattarsi alla vita in maniera adulta, consiste nel capire perché non abbia potuto procedere oltre. Piuttosto che nutrire opinioni sull'omosessualità, il mio approccio è che essa non è certo l'unica dimensione interpersonale difficile (come realmente poi è). È importante conoscere tutte le difficoltà che una persona ha, al di là del fatto che nella vita si segua un orientamento omosessuale: infatti in genere riscontro nel modo di affrontare la vita, anche altre evidenti mancanze. Molto frequentemente queste problematiche sono intimamente legate ai motivi dell'orientamento omosessuale, ma quando tratto con persone disturbate non entro mai nel merito dell'omosessualità, finché il paziente non l'ha accettata come aspetto di un problema relativamente più vasto". (34)

Con gli psicotici Sullivan naturalmente si avvaleva di una comunicazione più primitiva, di tipo pregenitale. Sembrava capirli senza parole; stava lì ad osservarli e a ascoltarli per mesi, finché non era sicuro della stabilità della sua relazione con questi pazienti; a quel punto cambiava il suo modo di gestire la comunicazione. Descrisse questo cambiamento nel modo seguente: "Quando il lavoro procede, mi decido a correre un notevole rischio, cominciando ad essere drastico ed esigente nell'affrontare pensieri terribili e i terrori del paziente. A questo punto comincio ad esprimere il mio dissenso per queste cose: "Dio Santo, perché mai dovremmo farci prendere la mano da cedimenti, se stiamo facendo un buon lavoro. So che qualcosa la disturba, ma bisogna proprio pensare che sia una cosa terribile? Questi orribili pensieri a lei non le mettono i brividi? Se fossi in lei mi verrebbero". Questo è un modo per ridimensionare la comunicazione schizofrenica che è un ben bizzarro linguaggio. Non darei troppa importanza ai discorsi del paziente, chiedendogli di che cosa sta parlando. So che non lo sa. Se riesco a fargli abbandonare i suoi neologismi e a scoprire quando ha cominciato a sentirsi terrorizzato e cosa pensava in quel momento, arriveremmo direttamente ai motivi della sua profonda insicurezza sul suo valore personale e sulla sua capacità di adattamento. Se colgo una qualche implicazione di natura omosessuale oppure fantasie a carattere aggressivo e distruttivo, posso supporre che rappresentino fantasie di un'epoca precoce in cui l'espressione della rabbia si è dovuta inibire. I bambini non hanno difficoltà a produrre fantasie aggressive (come, per esempio, brandire una scure contro genitori o contro insegnanti antipatici e fare un macello). Si deve essere

preparati all'emergere di materiale di questo tipo, commentandole in tal modo: "Lei deve aver terribilmente sofferto in qualche momento della sua vita passata". Questo non prova che sono spaventato né che vado, in questo momento, troppo a fondo. Ho messo a nudo una fase della vita del paziente, il materiale orribile è davanti a noi, e noi siamo sopravvissuti". (35)

Molti schizofrenici sono del tutto imprevedibili per quanto riguarda le tendenze al suicidio. Il dr. Sullivan era d'accordo con l'idea di Kempf che buona parte dell'operazione catatonica possa avere a che vedere con la morte e la rinascita. Morire per poi rinascere è un'idea diversa dal suicidio a cui pensano i depressi. Ad uno schizofrenico, tutto preso dall'impellente necessità di uccidersi, il dr. Sullivan una volta disse: "Ciò vuol dire che lei vuole ricominciare tutto daccapo?", il paziente lo guardò fisso, con determinazione, e disse: "Sì". E la storia del suicidio si concluse così.

Con pazienti meno gravi, ma comunque in stato di panico, il dr. Sullivan poteva rispondere ad una minaccia di suicidio con un'approfondita valutazione di queste idee. Una situazione che sembra intollerabile in un dato momento, può diventare più tollerabile nel momento in cui si ha la sensazione di poterne uscire. Così l'idea che una persona potrebbe in qualsiasi momento commettere un suicidio, ha di fatto il risultato di superare un'esperienza altrimenti intollerabile. Questa modalità riconosce le difficoltà dell'esperienza presente nel paziente, ammettendo il suo "diritto" a scegliere il corso della propria azione, ma indicando anche in modo positivo in quale misura difficoltà apparentemente intollerabili possono essere superate.

In supervisione Sullivan era straordinario nel gestire le peculiarità dei modi in cui lo schizofrenico si rapporta agli altri. Un collega stava lavorando con un paziente sul delirio ricorrente di essere l'assistente segretario di Stato. Il dr. Sullivan in una seduta di supervisione disse: "Penso che questo individuo abbia la sensazione di essersi reso ridicolo in qualche situazione". Il paziente lavorò su questo e l'intuizione fu confermata; il delirio non si ripresentò più. Ad un altro collega che stava verificando col dr. Sullivan il suo lavoro con un ragazzo schizofrenico, dopo sei mesi di trattamento, in cui non era stata fatta parola sui problemi sessuali, il dr. Sullivan disse: "Penso che questa persona sia uno di quei ragazzi davvero sfortunati che vogliono essere una donna, ma non possono esserlo in maniera soddisfacente, per il fatto di avere un pene e che sono molto preoccupati circa la propria omosessualità, le dimensioni del proprio pene e cose del genere". Anche questo più tardi si dimostrò rispondere a verità. La dinamica di questa situazione fu spiegata in questo modo dal dr. Sullivan: "In certi nuclei familiari, un ragazzo trova un quadro positivo solo nella figura materna. Talvolta il suo significato gradualmente esorbita da quello che ordinariamente appartiene al ruolo materno, al punto che qualsiasi cosa stimabile e buona al ragazzo è un attributo della madre. Il padre può avere successo agli occhi del mondo, ma le sue qualità possono essere irrilevanti per il ragazzo oppure condizionarlo tanto negativamente da non essere stimato affatto, indipendentemente dal rispetto puramente verbale loro conferito. In tali circostanze essere un uomo è ben poco attraente e in questo senso un ragazzo tende ad essere una donna. In altre parole, egli vuole essere quel che gli sembra conveniente e soddisfacente, attributi che sembrano personificati dalla madre. La situazione richiede di controllare sempre più i propri comportamenti quando si è in mezzo ai maschi, a meno che non si venga accettati come effeminati o in qualche altro modo, condizione pesante però da tollerare per la propria autostima. Anche un grande interesse per le ragazze può sottintendere modelli sessuali disturbati. Certe problematiche sessuali potrebbero essere ascritte a carico dello sviluppo libidico, ma in realtà ben esprimono ciò che la persona vorrebbe davvero essere. Essere donna è ciò che uno si sente adatto e capace di fare, malgrado non sia possibile, a causa della pressione culturale e dell'impedimento del proprio sesso. Una persona può relegare tutto questo ad uno spazio che, sfortunatamente, deve rimanere limitato nella propria vita privata, in contrasto con quella pubblica, con il risultato di non avere la minima opportunità di confrontarsi, perché la situazione è ritenuta talmente grave da dover essere tenuta segreta. Alla fine vengono acquisiti tanti tratti omosessuali che non creano certamente, per quanto ne so, una barriera

insormontabile verso le donne, ma mantengono l'impossibilità di trovare un *ruolo maschile* nei confronti delle donne". (36)

Un collega riteneva Sullivan uno dei terapeuti più sul "*tutto o niente*" che avesse conosciuto; mostrava davvero nervi saldi nel trattare con gli schizofrenici. Per esempio, se uno psicotico richiedeva rapporti sessuali al terapeuta, il dr. Sullivan poteva anche rispondere: "Quando voglio fare un'esperienza sessuale, la voglio fare con una *persona*". Così, con un paziente catatonico, Sullivan poteva cominciare con un approccio tangenziale e poi colpire al centro dell'intero problema. Poteva farlo perché era in grado di dare sostegno. Con uno schizofrenico grave poteva affrontare direttamente il problema di dove fosse realmente con la testa, fornendo sostegno per il fatto stesso di essere così diretto.

Con gli ossessivi, così come con gli schizofrenici, egli provocava intense reazioni di transfert, allo scopo di usarle in maniera terapeutica. Era profondamente cosciente di quel che il paziente doveva attraversare. La terapia di Sullivan era un progetto di ricerca finalizzato allo sviluppo di tecniche mirate ad aiutare queste due categorie di pazienti a conseguire una remissione con un *insight* duraturo.

A chiusura di questa mia conferenza ricorro nuovamente alle parole di Sullivan. Egli fece riferimento ad un discorso di Newton Baker, durante il quale questi ebbe a dire: "*Il migliore insegnamento consiste nell'acquisire la capacità di mantenere sospeso il giudizio su problemi non ancora chiari*". Il dr. Sullivan così continuava: "*Se la psichiatria fosse una scienza definita o un'arte, chi vi si dedica, potrebbe trovare per tutta la vita ampia soddisfazione nell'essere apprezzato per quelle abilità di cui hanno potuto beneficiare i propri simili. Ma la psichiatria è ben lontana dall'essere una scienza definita o un'arte. Essa, in realtà, è un grande esperimento, una grande esplorazione, quasi una ricerca allo stato puro. Anche se ne fossi in grado, non so proprio se dovrei sentirmi felice nell'essere apprezzato come un grande psichiatra per le cure che la psichiatria, nella sua attuale fase di sviluppo, può offrire e per la risposta che può fornire agli umani bisogni. Nella misura in cui, operando in un campo molto difficile, si pensa di svolgere un'attività che contribuisce al beneficio dell'umanità, mi sembra che già si abbia una giustificazione adeguata per una tale professione*". (37)