

8 gennaio 2017

EFTA CLINIC INTERVENTIONS IN FAMILY THERAPY, N°4, SPRINGER, BERLIN (EDITOR JUAN LUIS LINARES AND ROBERTO PEREIRA)

## **A CHALLENGE TO BORDERLINE PERSONALITY DIAGNOSIS: INVESTIGATING POST-TRAUMATIC PERSONALITY DISORDERS. CONNECTING PERSONALITY TRAITS TO DEVELOPMENT IN THE FAMILY**

Matteo Selvini<sup>1</sup>

### **Modello sistemico e teoria dell'attaccamento**

Il disturbo della personalità non venne preso in considerazione dai pionieri della terapia familiare. Infatti i primi lavori degli anni Cinquanta-Settanta fanno riferimento solo alla psicopatologia, cioè al primo asse del DSM IV: Bateson con schizofrenia e doppio legame, Cancrini con le tossicodipendenze, Selvini Palazzoli con l'anoressia. Si parte così dalla malattia per cercare di "dissolverla" attraverso il lavoro sistemico di "depatologicizzazione", le prescrizioni, i rituali, le provocazioni, e così via.

Il primo manuale sistemico del 1967 *Pragmatica della comunicazione umana* di Paul Watzlawick, una sorta di traduzione/divulgazione del pensiero troppo complesso di Gregory Bateson, punta con forza sul qui ed ora. In polemica con la psicoanalisi sostiene che il focus dell'attenzione clinica deve essere spostato dal passato al presente, nell'osservazione delle dinamiche/comunicazioni delle famiglie, che intanto vengono convocate congiuntamente per la prima volta nella storia della psichiatria/psicoterapia. Il modello sistemico nasce così ignorando totalmente i modelli della psicologia evolutiva (si veda l'avversare la teoria dell'Attaccamento in quanto diadica), puntando

---

<sup>1</sup> Co-responsabile della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli" di Milano, Brescia, Torino, Mendrisio (CH). Questo lavoro è frutto del lavoro d'équipe con Stefano Cirillo ed Anna Maria Sorrentino con i suggerimenti di Roberto Mazza e Liliana Redaelli.

su interventi dirompenti che cambino le famiglie in tempi brevi (gli interventi strutturali di Minuchin, quelli strategici di Haley, i paradossi della Selvini Palazzoli).

La generazione successiva ai pionieri, a partire dagli anni ottanta, si renderà conto dei limiti dell'estremismo sistemico: una teoria troppo semplice che rischia di alimentare nei terapeuti atteggiamenti tecnicistici, provocatori e direttivi. Un rinnovamento si produce con la divisione del movimento della terapia familiare in due filoni: quello costruttivista post-moderno sposterà il focus sul terapeuta stesso e la sua creatività e la messa a fuoco della personalità viene sostituita con il mal definito tema della "narrazione". Il filone Selvini Palazzoli resta invece centrato sulle psicopatologie e le famiglie, ma aprendosi ai concetti della psicologia evolutiva: diviene determinante la teoria dell'attaccamento. È il filone sistemico che potremmo definire: "integrativo della sofferenza", perché parlando soprattutto di funzione omeostatica del sintomo, "gioco di potere", "mancato svincolo", la dimensione del dolore veniva ad essere parzialmente offuscata o dimenticata. Cirillo e il suo gruppo di ricerca nel 1996 iniziano ad occuparsi di trauma e personalità ne *La famiglia del tossicodipendente*; subito dopo sul tema della personalità interviene l'ultimo lavoro di Mara Selvini Palazzoli *Ragazze anoressiche bulimiche* (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1998) dove vengono teorizzati quattro tipi di personalità delle pazienti anoressiche-bulimiche: dipendente, borderline, ossessivo compulsivo e narcisista (p. 175-195) che oggi preferiamo ridenominare come personalità post-traumatiche (sottomessa-parentificata, seduttiva, autarchica e punitiva-tirannica) in riferimento alle riorganizzazioni dell'attaccamento che illustrerò nel prossimo paragrafo.

Da un modello relazionale puro si passa ad un modello individuale-familiare, dove dev'essere recuperata la dimensione del trauma, inteso sia come trauma specifico che come sviluppo traumatico (anche nel senso della carenza).

### **I contesti di sviluppo come matrici dell'apprendimento di funzionamenti individuali?**

Nell'occuparci delle cause dei disturbi di personalità si ripropone lo stesso dilemma che si pone rispetto alle psicopatologie: è giusta una ricerca delle "cause" familiari/relazionali? La psichiatria biologica dominante risponde negativamente a questa domanda, rimandando a fattori genetici e biochimici. Nel secondo asse del DSM IV si trovano solamente descrizioni dei disturbi di personalità, senza nessun riferimento all'eziopatogenesi. Nella letteratura della psicoterapia si possono invece trovare delle ipotesi che collegano un disturbo di personalità con una matrice o contesto relazionale, ad esempio un'autrice di riferimento come Lorna Benjamin (1993) parla della famiglia caotica, "un disastro al giorno" del borderline.

D'altra parte gli studiosi della personalità (Oldham et al. 2008) sottolineano con forza che la famiglia può "plasmare" solo in parte il suo bambino, il quale ha sempre un ruolo attivo ed apporta la sua specificità genetica (bellezza, salute, ecc.) e temperamentale. Il disturbo della personalità è il frutto di un complesso percorso di sviluppo, un percorso interattivo dove possono avere impatto rilevantisimo sia traumi specifici che traumi dello sviluppo, legati alle difficoltà familiari. Specialmente il momento della nascita pare lasciare un *imprinting* caratteriale davvero rilevante: ad esempio, un'ottima mamma può cadere, per ragioni spesso non facili da decifrare, in una depressione post-partum che non può non segnare il suo piccolo, nel senso di un attaccamento disorganizzato. In seguito questa donna si riprenderà, il marito saprà essere un ottimo padre e marito, ma quel figlio, che magari incontreremo nell'adolescenza, porterà nel suo corpo la memoria di quel dramma originario (Van der Kolk, 2014). Per questo motivo sarebbe un errore pensare che sempre, nella famiglia che incontriamo oggi, troviamo attiva quella disfunzione relazionale che ha provocato quel sintomo o quel tratto disfunzionale della personalità. Era questo uno dei limiti importanti del purismo sistemico. Quel bambino potrebbe anche essere stato un bambino difficile e la famiglia aver attivato risposte non riparative o solo parzialmente riparative.

Si veda nel nostro recente *Entrare in terapia* (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016, p. 145) la riflessione sulla dimensione sistemica evolutiva: spesso è gravemente errato collegare un sintomo a come il sistema si muove nel presente.

Il nostro lavoro clinico dovrà essere individuale e relazionale: non studiamo primariamente famiglie, quanto il percorso evolutivo dei nostri pazienti, cercando di capire se le loro figure di riferimento siano state adeguate nel passato e se lo siano oggi.

Sappiamo che le famiglie possono essere disfunzionali: misconoscimento della realtà (Selvini, 1993) significa innanzitutto vedere il proprio figlio in modo non realistico/deformato. Non diamo però per scontato che sempre le famiglie siano disfunzionali. L'emblematica concezione di Framo (1965) "Quando vi è qualche disturbo nei figli vi è sempre qualche disturbo nel matrimonio, anche se non tutti i matrimoni disturbati producono figli disturbati", accolta come assioma di verità dai pionieri della terapia familiare, ha favorito atteggiamenti giudicanti ed ipercritici: la nostra benevolenza verso le famiglie è decisivo fattore terapeutico, la colpevolizzazione/demonizzazione dei familiari, tipica della cultura freudiana, è pericolosamente tossica.

Quando in una prima seduta con un adolescente ed i suoi genitori (Selvini, 2014) vedo in azione un padre gelidamente sadico, osservo una mamma impotente e sono turbato dalla furia delle reazioni del figlio, posso certamente ipotizzare che quel tipo di sistema abbia funzionato così fin dalla nascita del bambino e sicuramente dovrò cercare di capire le cause del dramma (riflessioni trigenerazionali sul padre, storia della coppia, ecc.) ma il clinico dovrà anche chiedersi quale

potrebbe essere stato il ruolo attivo del bambino, per quali buone ragioni ed in quale fase della sua crescita.

Anche una relazione o evento extrafamiliare potrebbe aver avuto un impatto negativo, soprattutto se nessuno della famiglia ne è stato consapevole. Il riconoscimento del trauma è la prima fase della resilienza (Selvini, Sorrentino, Gritti, 2012).

Il modello individuale/sistemico deve essere un modello processuale e circolare delle reciproche influenze tra la specificità dello sviluppo del bambino e le relazioni familiari.

### **Le cinque strategie di riorganizzazione**

Per lo studio dei disturbi della personalità, cioè dei percorsi evolutivi più fallimentari, è decisivo il concetto di attaccamento disorganizzato: il bambino va ad impattare con una figura di riferimento spaventata, spaventante, ostile o impotente (Lyons-Ruth et al., 2009).

Ricerche recenti su popolazioni non cliniche calcolano circa al 15-20% i soggetti con un attaccamento disorganizzato; tale percentuale sale al 50-80% nelle popolazioni di pazienti in trattamento. È quindi altamente probabile che una grande parte dei nostri pazienti presenti questa matrice nella storia evolutiva.

Liotti e Monticelli (2008), seguendo Lyons-Ruth et al. (2009) concepiscono la disorganizzazione come una frattura, cioè come uno stato soggettivo di angoscia elevata nel dilemma paura-bisogno rispetto alla/alle figure di riferimento: un tipo di angosciata ambivalenza impossibile da sopportare. Gli storici concetti di difesa possono essere riletti come necessità di trovare una via di uscita rispetto a vissuti insopportabili. Lyons-Ruth e altri ricercatori sull'attaccamento hanno individuato due fondamentali strategie per riprendere il controllo, cioè per riorganizzare la disorganizzazione:

*Protettiva: il salvatore.* Si tratta della classica inversione dei ruoli, il bambino diviene nonno di se stesso ponendosi come genitore del proprio genitore/figura di riferimento. Risulta evidente che il prevalere di questa scelta esistenziale condurrà all'identità (o sottoidentità nei tipici quadri disorganizzati) del tipo parentificato.

*Punitiva-Tirannica: il carnefice.* Il bambino diviene tirannico/dominante sulla figura di riferimento. Troviamo questa riorganizzazione soprattutto nei quadri border (il vertice "carnefice" del triangolo drammatico) però è probabile sia anche una delle matrici delle personalità antisociali, narcisiste e paranoidi.

Liotti propone di studiare altre tre strategie di riorganizzazione:

*Sottomissione: la vittima.* Il bambino può apprendere che per controllare la figura di riferimento, e quindi renderla meno minacciosa e più prevedibile, funziona il mettersi totalmente "ai suoi ordini" in uno stato di totale compiacenza/assoggettamento. Questa idea mi ha molto colpito

perché risolve una grossa contraddizione che mi aveva tormentato nella descrizione del tipo “dipendente-simbiotico”. Nel libro citato (Selvini Palazzoli et al., 1998) nella descrizione del tipo dipendente avevamo messo insieme tratti simbiotici (la difficoltà di agire in autonomia e di pensare con la propria testa) con tratti di inversione dei ruoli (protettivi). Come vedremo più avanti, si tratta della frequentissima combinazione di due riorganizzazioni, ma come tipologia risultava confusa quando cercavamo le corrispondenze nella storia evolutiva. Infatti, nell’occuparci di soggetti che con il DSM IV potevano essere classificati come “dipendenti”, l’esperienza clinica molto spesso non confermava affatto la presenza di un contesto di apprendimento iper-protettivo, al contrario incontravamo storie di gravi carenze, al limite con il maltrattamento; parallelamente, nella letteratura troviamo anche il riferimento alla genitorialità di tipo autoritario (Bornstein, 1998). Posso così ipotizzare l’esistenza di due tipi di personalità dipendenti, così diversi tra loro da far seriamente dubitare della sensatezza di conservare un identico termine. Infatti questo bambino sottomesso sembrerebbe meglio rimandare alla genesi di un tratto masochista o passivo aggressivo, cioè appunto ad un’identità basata sulla sottomissione alla volontà della figura di riferimento. Dobbiamo quindi ben distinguere tra l’incapacità a pensare e fare da solo sulla base di una infantilizzazione provocata da un accudimento ansiosamente iperprotettivo e la medesima incapacità costruita sulla base della strategia di sottomissione ad un riferimento inattendibile/minaccioso.

*Seduttiva: il manipolatore.* Arriviamo qui su un terreno classico della storia della psicoterapia: le famose isteriche di Freud oggi ribattezzate istrioniche: bambine spaventate dal non essere viste che cercano di esistere con attive strategie di ipercoinvolgimento della figura di riferimento (usando appunto la seduzione ma anche il malessere e la malattia). Queste bambine sono le più a rischio di abusi sessuali. Mettere a fuoco questo tipo di riorganizzazione ci aiuta ad ipotizzare una loro parte attiva, appunto sul terreno della eccessiva ricerca di attenzione.

*Autarchica: l’autosufficiente.* Liotti la chiama «staccare la spina dell’attaccamento», cioè gli attaccamenti fortemente evitanti che rimandano al retroterra delle personalità ossessive, schizoidi o paranoidi, ma che incontriamo anche spesso come instabilmente presenti nei quadri border e psicotici: se la mia figura di riferimento mi fa paura la cancello, ne farò a meno.

È ovvio il collegamento tra queste strategie e molti disturbi della fiducia nell’altro. La fobia dell’attaccamento che richiede di attivare altri sistemi motivazionali, matrici delle riorganizzazioni. Questo semplice modello delle riorganizzazioni è assai utile per ripensare alla luce della psicologia evolutiva il classico concetto di difesa e per capire i percorsi evolutivi che portano ai disturbi della personalità.

**Abolire le stigmatizzanti diagnosi borderline e masochista**

Difficilmente i nostri pazienti presenteranno un'unica riorganizzazione: il sé diviso dei pazienti post-traumatici è proprio caratterizzato da diverse parti della stessa persona e dall'oscillazione dall'uno all'altra (si veda il concetto storico di triangolo drammatico di Karpman, 1968). Per impostare un programma terapeutico è importante identificare dapprima l'area dell'attaccamento insicuro (ambivalente o evitante) e successivamente la riorganizzazione prevalente: questo orienta l'approccio e la prognosi.

Partiamo dalla riorganizzazione protettiva (area attaccamento ambivalente) che è quella che presenta la prognosi migliore, al punto di non avere riscontro nel II° asse del DSM IV. Richiedono un approccio più direttivo, una guida, come tutta l'area dell'attaccamento ambivalente. Faticano ad accettare la terapia perché stentano ad occuparsi dei propri bisogni, essendo sintonizzati su quelli dell'altro. Ne troviamo traccia nelle diagnosi psicodinamiche di dipendente orale (Johnson, 1994). Queste persone risultano esposte soprattutto al rischio di sovraccarico (iper-responsabilizzazione), con conseguenti sintomi ansiosi e depressivi. Con forte probabilità sceglieranno le professioni di aiuto. La Miller (1996) le ha definite personalità narcisiste nevrotiche, altri ancora, tra cui chi scrive, hanno parlato di personalità parentificata (Selvini, 2008).

Con la riorganizzazione punitiva, area attaccamento evitante, passiamo al polo opposto della prognosi peggiore: il bambino tiranno innescherà molta negatività nelle sue figure di riferimento fino a veri e propri maltrattamenti. Ecco aprirsi percorsi evolutivi che partono con reazione *fight* a stress/traumi e viaggiano verso le diagnosi di disturbi della personalità narcisista, antisociale e paranoide. Qui l'approccio dovrà essere accogliente, come per tutta l'area evitante, ma con importanti cautele iniziali: il narcisista confonde l'empatia con il compatimento e spesso risponde più positivamente a una bonaria sfida come più rispettosa.

La sottomissione (area attaccamento ambivalente) è invece collegata ad una reazione post traumatica *frozen* (congelamento/ottundimento/depressione) presenta anch'essa una brutta prognosi, anche se migliore rispetto al tirannico. Abbiamo infatti un "bravo bambino", anche se un po' "addormentato". La traiettoria verso i disturbi di personalità porta verso le diagnosi di masochista, border sottotipo dipendente, passivo-aggressivo. Punto chiave delle terapie è portare il paziente all'esperienza correttiva di poter avere un ruolo attivo e efficace ed appagante.

La riorganizzazione seduttiva (area attaccamento ambivalente) sembra essere più chiaramente collegata ad un contesto relazionale dove la paura è alimentata da un vissuto d'invisibilità. Di qui due fondamentali sottotipi: quello seduttore-rianimatore (con prognosi migliore) e quello del malato (ad esempio le paralisi delle isteriche curate da Freud). Anche qui la reazione post-traumatica parrebbe prevalentemente "fight" ma più mescolata con aspetti dissociativi/ *flight*, da cui il rischio che il corpo parli al posto della persona stessa. La diagnosi DSM IV sarà quella di personalità

istrionica. Nelle terapie lavoreremo per capire per appagare quel bisogno di visibilità e per prevenire agiti o comportamenti autolesivi (esibizionismo fatuo, promiscuità, ecc.).

Infine la riorganizzazione autarchica (area attaccamento evitante) s'innesta sicuramente sul post traumatico dissociativo/ *flight*. Presenta una prognosi di gravità intermedia analoga a quella seduttiva, e conduce, in ordine di gravità, verso le diagnosi di disturbo di personalità schizoide, ossessivo ed evitante. Entrare davvero in contatto autentico con questi pazienti, aiutarli a farlo con l'altro (allargamenti) è la sfida di questi trattamenti.

Come giustamente sostiene la Herman (1992) le diagnosi di personalità borderline e masochista sono divenute gravemente stigmatizzanti per i pazienti. Sono molto più utili diagnosi di personalità che favoriscano il riconoscimento delle distorsioni del percorso di sviluppo e quindi aiutino un atteggiamento empatico/positivo verso i pazienti. La mia proposta è quella di abolire le etichette borderline e masochiste per sostituirle con definizioni legate alle riorganizzazioni:

- 1) Personalità post traumatica sottomessa/parentificata
- 2) Personalità post traumatica seduttiva
- 3) Personalità post traumatica punitiva-tirannica
- 4) Personalità post traumatica autarchica

Propongo di riunificare due delle riorganizzazioni perché l'esperienza clinica mostra che sono quasi sempre combinate insieme, seppur con differenti pesi specifici, come avevamo anticipato in *Ragazze anoressiche e bulimiche* (Selvini Palazzoli et al., 1998) seppur in modo ancora intuitivo. La ricerca clinica ha dimostrato la presenza di gravi traumi nella quasi totalità dei pazienti che ricevono diagnosi psichiatriche in genere, e specialmente nei portatori di diagnosi borderline e masochista. La diagnosi di borderline risulta però eccessivamente estendibile a troppe persone, anche molto diverse tra loro. Di qui la necessità per la ricerca clinica d'individuare gruppi di pazienti più omogenei per valutare la maggiore/minore efficacia delle diverse strategie terapeutiche.

### **Organizzare una classificazione dei disturbi della personalità**

Ho seguito il criterio della continuità tra normalità e patologia: lo stesso tratto può essere classificato come stile, nevrosi o disturbo (Johnson, 1994). Se prendiamo come esempio il narcisismo abbiamo così lo stile di narcisismo benigno della persona fondamentalmente ben funzionante, consapevole del rischio della sua tendenza a sentirsi superiore, dell'essere sprezzante, della difficoltà a vedere i suoi limiti, talvolta poco sensibile ai sentimenti altrui. Poi abbiamo la nevrosi di chi è solo parzialmente consapevole del suo funzionamento narcisistico ed infine il disturbo vero, cioè il narcisismo maligno della persona del tutto egosintonica con il suo disfunzionamento.

La diagnosi della personalità non ha utilità clinica senza una simultanea valutazione del livello di gravità del disturbo.

Come criterio ordinatore dell'intero arco delle personalità abbiamo usato la teoria dell'attaccamento e quindi l'arco attaccamento ambivalente/disorganizzato/evitante.

Anche Solomon (1989) ha proposto un contributo analogo che Cirillo (2013) ha preso come punto di partenza per una classificazione dei disturbi della personalità, che va dal polo dell'eccesso di dipendenza a quello dell'eccesso di autonomia.

Ne derivano i seguenti 14 tipi di personalità:

*Area ambivalente*

- 1) dipendente
- 2) parentificata
- 3) istrionica
- 4) passivo-aggressiva

*Area ambivalente versus disorganizzata (già disturbo borderline di personalità)*

- 5) post-traumatica protettiva-sottomessa
- 6) post-traumatica seduttiva

*Area evitante versus disorganizzata (già disturbo narcisista, antisociale, paranoide, schizoide e schizotipico)*

- 7) post-traumatica tirannica-punitiva
- 8) post-traumatica autarchica

*Area evitante*

- 9) evitante
- 10) ossessiva
- 11) narcisistica
- 12) antisociale
- 13) paranoide
- 14) schizoide

Questa classificazione verticale non ha nulla a che vedere con le valutazioni di gravità che vanno piuttosto lette in orizzontale su ogni tipo (stile-nevrosi-disturbo). Nel mio articolo del 2008 avevo collocato il disturbo borderline nell'area dell'attaccamento disorganizzato ambivalente. Se invece

cancelliamo la diagnosi borderline per sostituirla con quelle di personalità post-traumatica, andiamo a collocarle anche nell'area disorganizzata evitante.

Questa classificazione si avvicina a quella della Benjamin rispetto all'asse appartenenza-distacco, ma si distacca dai tre cluster del DSM IV perché questi mettono insieme aree di attaccamento opposto: ad esempio nel cluster ansioso vengono accomunati il dipendente, di area ambivalente e l'ossessivo di area evitante. È inevitabile che seguire un criterio evolutivo faccia saltare una classificazione puramente descrittiva. Le nostre diagnosi saranno così sia categoriali che dimensionali. Saranno categoriali perché in una minoranza di casi incontreremo persone che ben incarnano il prototipo di un certo tipo o tratto della personalità. Ma saranno soprattutto dimensionali perché più frequentemente vedremo persone che incarnano e combinano tratti diversi.

La diagnosi differenziale più complessa e più determinante è quindi quella tra un disturbo di personalità primario o organizzato e un disturbo di personalità disorganizzato in quanto post-traumatico. Ad esempio, un bambino cresciuto con un attaccamento evitante stabile, contemporaneamente esaltato per doti naturali eccezionali, potrebbe sviluppare un disturbo narcisistico organizzato, che presenta somiglianze con i tratti di persone con storia post-traumatica di riorganizzazione punitiva. Le due strutture di personalità, e quindi trattamenti e prognosi, saranno però completamente diverse. Lo stesso problema si pone per altre diagnosi differenziali: ad esempio, un paranoide si sarà così strutturalmente arroccato in risposta ad un ambiente stabilmente negativo o starà solo presentando una riorganizzazione principale che ne cela altre, più accessibili alla relazione terapeutica?

### **Collegare tratti di personalità con storie di sviluppo nella famiglia**

Alla metà degli anni Novanta, per la preparazione del nostro libro *Ragazze anoressiche e bulimiche* (Selvini Palazzoli et al. 1998) abbiamo iniziato a ricercare queste correlazioni e a studiare la letteratura.

È stato importante poter verificare nel lavoro clinico che i collegamenti attesi funzionano: ad esempio, di fronte ad un tratto narcisistico ci aspettavamo che quel bambino fosse stato esaltato/obbedito e molto spesso era proprio qual che ritrovavamo nella storia familiare. Quando l'ipotesi non era invece confermata, questo era comunque molto interessante, perché metteva in luce altri sottotipi della personalità, ad esempio il narcisismo da rivalsa (Di Maggio, Semerari, 2003). Allo stesso modo fu molto interessante studiare i casi dove al tratto dipendente non corrispondeva una storia familiare di infantilizzazione/iperprotezione. Questo consentì di meglio individuare la riorganizzazione sottomissione.

Provo ora a sintetizzare in una tabella le principali correlazioni.

<b>TRATTO DI PERSONALITA'</b>	<b>STORIA EVOLUTIVA DELLA FAMIGLIA</b>
Dipendente/Infantile/Simbiotico	Iperprotezione
Parentificata	Inversione dei ruoli
Istrionica	Vista solo se malata o seduttiva
Passivo Aggressivo	Umiliato e sopraffatto
Post-Traumatica Protettiva/Sottomessa	Trascuratezza, maltrattamento, fragilità genitoriale in contesto affettivo
Post-Traumatica Seduttiva	Alternanza imprevedibile di accoglienza/abbandono in un contesto affettivo ma di scarsa visibilità
Post-Traumatica Punitiva-Tirannica	Alternanza di esaltazione/attacco in un contesto imprevedibile/ostile, poco affettivo
Post-Traumatica Autarchica	Alternanza imprevedibile di presenza/assenza di genitori fragili in un contesto rifiutante e freddo
Evitante	Distacco ed ipercriticismo in contesto formalmente adeguato
Ossessivo	Distacco ed iper-responsabilizzazione in contesto formalmente adeguato
Narcisistico	Carenza di accudimento ed esaltazione di qualità non legate al merito
Antisociale	Carenza e strumentalizzazione in contesto sotto stress
Paranoide	Carenza e aggressione in contesto poco affettivo
Schizoide	Inaccessibilità delle figure di attaccamento

Con questo schema propongo una distinzione tra carenza e trauma dello sviluppo. Carenza rimanda a deficit dello sviluppo legati ad attaccamenti insicuri organizzati, ambivalenti o evitanti. Trauma dello sviluppo rimanda alla disorganizzazione dell'attaccamento.

## Le strategie terapeutiche

La letteratura esistente, sia sui disturbi di personalità che sui disturbi post traumatici, due campi che tendono a sovrapporsi moltissimo, tendenzialmente ignora il lavoro con le famiglie, per puntare solo sulle psicoterapie individuali.

L'esperienza clinica del mio gruppo, messa alla prova soprattutto sul terreno dell'anoressia restrittiva (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2011) ragazze con personalità post-traumatica dove prevalgono le riorganizzazioni autarchica, sottomessa e protettiva, ma sono tutte e cinque presenti, seppur con diverse prevalenze, ha mostrato l'efficacia di un lavoro multimodale d'equipe che integri un lavoro individuale con un lavoro familiare.

Il lavoro familiare è decisivo sia nella prima fase del trattamento dei disturbi della personalità: quella del riconoscimento dell'impatto del trauma (Selvini, Sorrentino, Gritti, 2012) o della carenza, che in quella successiva del preparare i familiari alla condivisione dei traumi che il paziente non ha mai rivelato e sostenerlo nel percorso di elaborazione.

Dobbiamo interrompere la catena plurigenerazionale: è davvero frequente constatare come un paziente post traumatico abbia almeno un genitore post traumatico.

Vediamo un drammatico esempio di riorganizzazione tirannica.

*È il padre di Marco, un quindicenne, a contattarci, molto preoccupato per il pessimo andamento scolastico del suo primogenito, le tensioni violente in casa con la mamma, le botte alla sorellina. Al primo incontro invitiamo Marco con i genitori: si presenta molto sfidante, provocatorio, super intelligente. La mamma ci preoccupa ancor più di lui, l'ostilità nei confronti del figlio è feroce, incontenibile. Siamo costretti a dividere subito i formati: Cirillo vede i genitori ed io sono dietro lo specchio e vedo parallelamente il ragazzo da solo. I genitori ci raccontano una tipica storia caotica, da "un disastro al giorno". La mamma viene da una famiglia molto benestante, il padre muore in un incidente quando è ancora adolescente, diventa la pecora nera della famiglia, in perenne conflitto con la mamma che prende in mano l'avviato studio professionale del marito, la preferita sarebbe sua sorella. Nessuna realizzazione professionale, vita sentimentale instabile, fino al matrimonio con un impiegato dello studio di famiglia. Vanno a vivere in un lussuoso appartamento nel centro di Milano. Ma anche questa unione vive di continui pesanti conflitti: anche con la famiglia di origine del marito la donna ha rotto i rapporti. Interrogata sulla sua relazione con Marco ci lascia sconvolti: "Mi ha sempre odiata, fin dalla nascita, rifiutava il mio latte, non mi ha mai guardata!". Il padre cerca molto molto debolmente di mediare, travolto dall'istigazione/intolleranza della moglie e dalla provocatorietà del ragazzino, perde la testa e lo riempie di botte. Marco, nel rapporto individuale, con tipica ma sempre sorprendente svolta, passa dal disprezzo all'inondarmi di rivelazioni e pensieri. Su WhatsApp mi arrivano almeno quaranta foto iper angoscianti di ferite sanguinanti, mi consegna una serie di taglierini. I genitori sono totalmente inconsapevoli del problema dell'autolesionismo, che va avanti, a periodi, da vari anni. Marco in una drammatica seduta individuale mi rivela,*

*con atteggiamento gelido e distaccato, i suoi progetti di sterminio della sua famiglia, i suoi esperimenti, come se la gode quando li vede star male...*

*Attraverso una complicata negoziazione con il ragazzo arriviamo ad un immediato allontanamento dalla famiglia (affido intra familiare) l'inizio della messa in sicurezza produce dei miglioramenti immediati. Riusciamo a convincere la mamma ad iniziare una sua terapia personale, discutiamo con i genitori, siamo nel contesto privato, come rivolgersi ai servizi sociali. Nelle sedute separate parallele genitori/Marco concordiamo la ripresa dei contatti tra la mamma ed il ragazzo, che si erano interrotti per alcune settimane.*

Questo caso mostra molto chiaramente la necessità ineludibile di un lavoro sia familiare che individuale nella presa in carico dei disturbi della personalità. Infatti questo bambino e poi ragazzino era già stato spedito da vari psicoterapeuti, ed era stato visto individualmente, con esiti più che nulli, molto probabilmente iatrogeni.

Nelle prime sedute di un paziente con un disturbo della personalità è decisivo il riconoscimento del trauma: "Dobbiamo capire cosa ha terribilmente spaventato Marco quando era molto piccolo. Marco si è difeso dalla paura diventando molto prepotente: fare il duro, il cattivo, gli dà sicurezza per un po', finché le conseguenze del suo cattivo comportamento non gli ricadono addosso, spaventandolo di nuovo a morte! Dobbiamo uscire da questo tragico circolo vizioso".

La psicoeducazione sulle cause dei disturbi della personalità, attraverso la teoria delle riorganizzazioni, è decisivo strumento per le terapie familiari ed individuali dei disturbi della personalità. In una fase successiva del trattamento il sostegno dei familiari consente la messa in sicurezza del paziente e quindi permette di ricordare ed elaborare: la parte migliore della storia della terapia familiare è quella della condivisione della sofferenza, per consentire una riconciliazione che sia premessa ad una sana appartenenza.

## **Conclusioni**

Il lavoro di classificazione dei disturbi della personalità è molto importante, soprattutto nell'ancora poco definita area delle personalità post-traumatiche, proprio per poter impostare una ricerca sistematica su quali protocolli terapeutici possano essere più efficaci. In questo campo dove la psichiatria mette a nudo la sua totale impotenza, la psicoterapia sistemica può davvero dimostrare la sua utilità sociale: una sfida scientifica ancora ai suoi primi passi.

## Riassunto

*Deve far parte dei modelli della terapia sistemica una teoria dei percorsi evolutivi che portano ai disturbi della personalità. Spesso è gravemente errato collegare un sintomo a come una famiglia si muove nel qui ed ora. Le ricerche sulle carenze familiari, sugli sviluppi traumatici, sulla disorganizzazione dell'attaccamento e sulle cinque riorganizzazioni sono la base per il trattamento familiare ed individuale dei disturbi della personalità. Le stigmatizzanti etichette diagnostiche come "borderline" devono essere sostituite da termini che facilitino il riconoscimento di traumi e carenze. Parole chiave: riconoscimento del trauma, carenza dello sviluppo, disorganizzazione dell'attaccamento, riorganizzazione dell'attaccamento, terapia parallela familiare ed individuale.*

## Summary

...

Key words:

## Bibliografia

- Benjamin LS (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorder*. N.Y: Guilford Press. 1st edition, 1993; 2nd 1996; paperback 2003.
- Bornstein, R.F. (1998), "Depathologizing dependency". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 67-73. (b)
- Cancrini L., (2006). *L'oceano borderline. Racconti di viaggi*, Milano, Raffaello Cortina Editore
- Canevaro A., (2009). *Quando volano i cormorani*, Borla Roma.
- Cirillo, S. (2013). "Autonomia e dipendenza: due termini che di oppongono?". In *Terapia Familiare*, n. 102.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., (2016), *La famiglia del tossicodipendente*, Nuova edizione, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. "Anoressia Restrittiva: una ricerca su 34 casi", in (2011) a cura di P. Chianura, L. Chianura, E. Fuxa, S. Mazzoni. *Manuale Clinico di Terapia Familiare. Contributi di ricerca della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia relazionale*, Franco Angeli, Milano.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., (2016) *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Di Maggio, G., Semerari, A. (2003) *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Bari.

- Framo, J.L. (1965). "Programma e tecniche della psicoterapia familiare intensiva". Tr.it. in Boszormeny-Nagy, I., Framo, J. (a cura di) (1965) *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Boringhieri, Torino (1969).
- Herman J.(1992). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Roma: Magi Editore, 2005.
- Johnson S. (1994). *Stili caratteriali*. Spigno Saturnia, LT: Edizioni Crisalide, 2004.
- Karpman S.B., (1968), "Fairy Tales and Script Drama Analysis", in *Transactional Analysis Bulletin*, vol. VII, n. 26, pp. 39 – 43.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., (2014), *La personalità e i suoi disturbi*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Liotti G., Monticelli F. (2008) (a cura di). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Lyons-Ruth K., Dutra L., Schuder MR., Bianchi I. (2009). "Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento e dissociazione in età adulta". In: Williams R (a cura di). *Trauma e relazioni*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Miller, A. (1996), *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero sé*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 2002.
- Monticelli F., Panchieri L., Armovidi C., Liotti G. (2008). "Dinamiche motivazionali e psicopatologia". In: Liotti Monticelli (a cura di). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Oldham JM., Skodol AE., Bender DS. (2008) (a cura di). *Trattato dei disturbi di personalità*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Selvini M., (2008). "Undici tipi di personalità. L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso". *Ecologia della mente*; 31: 29-55.
- Selvini M., (1993). "Psicosi e misconoscimento della realtà". *Terapia Familiare*; 41, 45-56.
- Selvini M., (2014). "Coinvolgere adolescenti riluttanti. L'efficacia di un primo incontro familiare". *Terapia Familiare*, n. 105, pp. 55-78.
- Selvini M., (2014). "L'integrazione della diagnosi di personalità e dei funzionamenti non-traumatici nel pensiero sistemico". *Ecologia della mente*; Vol.37 N°1, 49-59.
- Selvini M., Sorrentino AM., Gritti MC. (2012). "Promuovere la resilienza "individuale-sistemica": un modello a sei fasi". *Psicobiettivo*; 32: 32-51.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M., (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina, Milano.
- Solomon, M., (1989). *Narcissism and Intimacy*. New York: Norton,
- Van der Kolk, B., (2014), *Il corpo accusa il colpo*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 2015.

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Tr. It. Astrolabio Ubaldini 1971.

Williams R., (a cura di) (2009). *Trauma e relazioni*, Raffaello Cortina, Milano,