

Undici tipi di personalità. L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso

Matteo Selvini

Riassunto. Non sempre, specialmente nei primi colloqui, è opportuno restituire agli utenti una connessione tra il sintomo ed una difficoltà relazionale. Infatti una tale spiegazione potrebbe non essere capita ed essere vissuta come giudicante/accusatoria, oppure potrebbe essere strumentalizzata dal paziente in senso accusatorio o vittimistico e quindi usata "contro" i familiari. In presenza di questi rischi può essere più opportuna una prima restituzione che colleghi il sintomo con un tratto esistenziale centrale dell'identità della persona del paziente. Anche per questo è opportuno uno studio approfondito dei vari tipi di personalità. Studio fondamentale anche per apprendere a pensare "per andirivieni" tra dimensioni relazionali ed individuali. Infatti, lo studio della personalità aiuta ad avere linee guida per prevedere in quali processi relazionali quei tratti saranno stati acquisiti. Infine la diagnosi di personalità ci fornisce una guida ulteriore nella scelta delle tecniche e dei formati.

Parole chiave. Spiegazione sistemica o intrapersonale, tratto chiave della personalità, co-responsabilità, disorganizzazione, emozioni del terapeuta.

Summary. *Eleven types of personality. The integration of personality diagnosis in complex systemic thought.*

Not in every case, specifically during initial sessions, is an explanation useful which connects a symptom with a relational problem in the family. In fact such an explanation can be misunderstood and considered as being critical and accusing, or could be used by the patient in a victimistic way against other family members. A better idea might be an explanation which connects the symptom with a key personality trait in the patient's identity. This is the first reason for the in-depth study of the various personality types. Another important reason for such a study is to learn to think in a "back-forth" fashion between relational and intrapersonal dimensions. In fact, a personality study helps us to build guidelines for anticipating in which relational processes those traits have been acquired. To conclude personality diagnosis gives us another guide for choosing settings and techniques.

Key words. Systemic versus intrapersonal explanation, key personality trait, co-responsability, disorganization, therapist's emotions.

Resumen. No siempre, y especialmente en los primeros encuentros, es apropiado proponer al paciente una conexión entre el sintoma y una dificultad relacional. De hecho, una tal explicación podría no ser comprendida o ser recibida como crítica o

accusacion, si no podría ser usada por el paciente de manera victimistica contra los familiare. Dado estos riesgos seria preferible una primera explicacion que colege el sintomo con un rasgo central de la personalidad del paciente. Tambien por esta razon es recomandable un estudio en profundidad de los tipos de la personalidad. Este estudio es importante tambien para aprender a pensar de manera "ida y vuelta" entre las dimensiones relacionales y intrapersonales. De hecho, el estudio de la personalidad ayuda a individuar lineas guia para prever en quales processos relacionales estos rasgos havran sido adqueridos.

Concludendo el diagnostico de la personalidad nos ofrece una guia mas para elegir tecnicas y settings.

RESTITUZIONI RELAZIONALI (O SISTEMICHE) VERSUS RESTITUZIONI INDIVIDUALI

Fa parte della tradizionale ottica sistemica considerare il pensare in termini di relazioni (pensiero circolare) come superiore al pensare in termini individuali (pensiero lineare). Di qui tutto il fondamentale filone degli studi sui sistemi e sui contesti. Sono invece arrivato a pensare che questo atteggiamento teorico rischi di favorire un grave errore: la polarizzazione verso un pensiero iper-relazionale che perde di vista la dimensione individuale su come un individuo costruisce il rapporto con se stesso, come elabora la sua sofferenza, come inventa le sue strategie di sopravvivenza. Nella pratica clinica, nelle supervisioni, ho dovuto constatare come la "deformazione sistemica" faccia perdere all'individuo ogni spessore esistenziale. La sua unicità, la sua ricchezza di sfaccettature, le sue contraddizioni ed i suoi drammi vengono ridotte ad un sintomo, a un simbolino in fondo ad un genogramma o a una marionetta mossa dai fili del gioco della famiglia.

Dicendo questo non voglio certo negare la forza degli occhiali sistemici: e la pratica clinica, infatti, continua a riproporci situazioni dove la psicopatologia o le sofferenze sono collegate a problematiche del gruppo convivente definibili come "premesse disfunzionali" o, in altri termini, un misconoscimento della realtà. Il modello sistemico classico della circolarità aveva preso di mira un tipico misconoscimento: quando un capro espiatorio, appunto chiamato paziente designato, è definito come malato/disfunzionale, negando ed oscurando le malattie/disfunzioni di chi gli sta vicino e delle relazioni nella famiglia. Di qui le classiche e spesso efficaci ridefinizioni del problema come familiare e quindi la "depatologizzazione" del paziente. Una strategia di intervento che resta validissima a due condizioni:

1. aver correttamente diagnosticato un sistema familiare in cui alcuni membri chiave utilizzano questa difesa di negazione dei propri limiti e proiezione sul "paziente".
2. Essere capaci di una conduzione terapeutica in grado di ristrutturare quella difesa di negazione/proiezione.

Non possiamo però pensare che si tratti di una strategia invariabile, perché un intervento di depatologizzazione funziona solo se riesce con efficacia a confrontare i familiari con la loro responsabilità nel problema in atto. Nei fatti mol-

to spesso un'ipotesi sistemica non incide su pazienti e familiari ancora bloccati a livelli pre-psicologici di negazione. Devono prima essere condotti attraverso i passi che descriverò tra poco.

Tuttavia il problema non è sempre quello della rigidità di una definizione tutta individuale del problema (è lui che è matto, indemoniato, ecc.): altrettanto pericolosa può essere la rigidità di una definizione tutta relazionale del problema. Con elevata frequenza ci può infatti capitare di incontrare sistemi familiari che sono invece prigionieri di una errata definizione relazionale dei drammi che stanno vivendo. In quelle situazioni il dramma si alimenta proprio sulla negazione/misconoscimento di aspetti individuali di patologia e responsabilità.

L'esempio più eclatante di questo tipo di sistemi è dato dalle coppie dove un uomo violento percuote o umilia la sua compagna. Qui il dramma può perpetuarsi proprio sulla base di una premessa sistemica: mettere sullo stesso piano la violenza dell'uomo e le inadempienze/provocazioni della donna. In questi sistemi è chiarissimo che la definizione di una patologia individuale dell'uomo dev'essere l'irrinunciabile premessa di ogni intervento e un intervento anche familiare e di coppia può essere utile solo se e quando l'uomo violento ha davvero accettato un programma terapeutico mirato alla risoluzione della sua disfunzione. Dobbiamo mettere in crisi la posizione cognitiva di quest'uomo che nega il suo problema o nega le sue responsabilità.

Questo esempio può essere allargato anche ad altre patologie dove l'accettazione di uno stato di sofferenza o *malattia individuale* dev'essere ottenuta prima che abbia senso un intervento psicoterapeutico sia individuale che relazionale. È il caso di tutte le dipendenze: alcolismo, droghe, anoressia, gioco d'azzardo e così via.

Recentemente mi è stata portata in supervisione l'ennesima richiesta di terapia di coppia di persone già pluritratte senza alcun risultato. Mi è sembrato chiarissimo come ribadire ancora una volta la definizione di un problema di coppia, non solo non diceva niente di nuovo, ma anzi, parificando e mettendo sullo stesso piano le responsabilità, operava una seria mistificazione. Infatti, anche se non c'erano chiare testimonianze di violenza fisica, era evidente la dinamica sadomasochistica in cui l'uomo esercitava un dominio umiliante su una moglie che non solo non era in grado di sottrarsi (aveva infatti fatto fallire numerosi interventi volti ad aiutarla a separarsi), ma anzi sembrava attivamente ricercare nuove umiliazioni.

In situazioni come questa potrebbe risultare assai più utile impostare il trattamento a partire da definizioni di patologie della personalità individuali che hanno realizzato tra loro un incastro che alimenta circoli viziosi negativi.

Da questo tipo di riflessioni scaturisce l'utilità di approfondire lo studio della personalità: non solo come più specifica guida nei trattamenti prevalentemente individuali di pazienti richiedenti, ma anche per capire quando, anche all'interno di consultazioni familiari, definizioni del problema di tipo individuale che colleghino il sintomo (o il problema) con un tratto di personalità del paziente siano prioritarie rispetto ad una classica restituzione sistemica o trigerazionale [1].

È molto chiaro che l'accoglienza benevolente del deficit e della sofferenza di un paziente può facilitare l'abbassamento della difesa di negazione di altri membri della famiglia: se il familiare ci sente accoglienti verso le debolezze del paziente, potrà logicamente attendersi un simile atteggiamento anche nei confronti dei suoi limiti. Il procedimento inverso, partire dalla depatologizzazione, può avere il vantaggio di allentare per tutti lo stigma della "malattia mentale", ma presenta importanti rischi di confusioni e accuse (su cui ritornerò fra poco).

Resta un aperto terreno di ricerca stabilire quando è più efficace una restituzione tutta relazionale, o una restituzione che mescoli connotazioni relazionali (parificanti) ed individuali. Ad esempio, in presenza di un chiaro problema relazionale (conflitto, distanza o altro) e in assenza di una definita psicopatologia, potrebbe essere indicato iniziare con una restituzione tutta relazionale (sistemica) che appunto metta sullo stesso piano le responsabilità dei singoli, specialmente in quelle situazioni in cui il conflitto si gioca proprio sul "palleggiarsi" la definizione di pazzia. L'assenza di una psicopatologia strutturata è potenzialmente un indicatore di una maggiore maturità della famiglia e quindi di una capacità riflessiva di co-responsabilità. Ma di sicuro non è un criterio sufficiente.

Una dinamica familiare molto difficile da gestire è infatti quello del conflitto tra genitori preoccupati per comportamenti al limite della psicopatologia di un figlio adolescente e l'adolescente stesso che rifiuta, più o meno rabbiosamente, il tentativo di definirlo malato o problematico. In questi casi è meglio tentare un approccio cautamente relazionale.

In presenza di una psicopatologia la spiegazione centrata sulla difesa dalla sofferenza è utile per contrastare la conflittualità interna alla famiglia e creare un clima collaborativo per capire e portare aiuto. Fondamentalmente contrasta soprattutto l'ostilità verso il paziente (vedi le ricerche sulla psicoeducazione).

Rispetto alla posizione cognitiva del paziente l'osservazione di una sua posizione di idealizzazione della famiglia e di autocolpevolizzazione orienta verso spiegazioni relazionali che ridistribuiscono più correttamente le responsabilità. Al contrario la demonizzazione dei familiari orienta verso restituzioni individuali che aiutino il paziente a vedere la sua parte attiva nell'alimentare il suo proprio malessere.

In presenza di una psicopatologia, cioè di sintomi specifici, una tecnica fondamentale è quella di collegarli in modo logico e comprensibile con un tratto chiave della personalità del paziente [2]. Vediamo un esempio portato recentemente in supervisione. Giuliana, una donna di trentuno anni, chiede per la prima volta una consultazione psicologica per un fastidioso prurito di cui soffre da quindici anni, curato senza successo in molti modi e diagnosticato come psicologico dal dermatologo. In questa situazione dare una prima restituzione o spiegazione relazionale potrebbe essere del tutto sterile, in presenza di una storia familiare palesemente disfunzionale (genitori separati, madre alcolista, relazione conflittuale con il padre, ecc.). Infatti istituisce un ovvio collegamento con un triste immodificabile passato. Può essere molto più utile stare sul presente e aiutare la paziente a riflettere sulla sbrigatività, il distacco, il tono di banalizzazione con cui ci ha riferito di vicende familiari tanto dolorose. Probabilmente la

paziente ha utilizzato con successo per molti anni della sua vita una difesa dissociativa che l'aiutava a "chiudere via" le molte sofferenze della sua infanzia. Gratandosi sfoga su se stessa una tensione che non ha mai potuto condividere perché da sempre ha dovuto imparare che non c'era nessuno disposto ad ascoltare il suo dolore. In questo caso una restituzione che spiega il suo sintomo collegandolo ad un suo tratto chiave della personalità, nell'area dell'attaccamento evitante organizzato, risulta efficace per colpire la sua attenzione ed aprire la strada ad una consultazione.

GLI STADI PRÉ-PSICOLOGICI

Così come ogni paziente, gli stessi familiari, per poter utilizzare con utilità e soddisfazione il contesto di una psicoterapia, devono essere aiutati a superare i cosiddetti "stadi pre-psicologici" del loro pensare il problema. Il più primitivo è quello della negazione o banalizzazione del problema (tutto regolare, tutto a posto), segue quello dell'onnipotenza (ce la faccio da solo), quindi quello del vittimismo o negazione della responsabilità (è tutta colpa di cattivi genitori o simili) per arrivare finalmente all'accettazione di una co-responsabilità. La donna che si gratta in quindici anni non è mai riuscita ad arrivare a questo quarto stadio, continuando così a cercare e non trovare le soluzioni negli stadi dell'onnipotenza o del vittimismo. Una psicoterapia può divenire efficace solo quando il paziente e/o i suoi familiari sono arrivati a una capacità riflessiva autocritica - tra i molti si veda Yalom - [3]. Quando incontro per la prima volta la famiglia di un paziente grave è quasi inverosimile che tutti siano già giunti a questo stadio evoluto. Abituamente solo un genitore, il richiedente che ci chiama, ha raggiunto questo quarto livello di consapevolezza.

Si noti qui lo stretto parallelismo con quanto ha scritto Stefano Cirillo sulle famiglia maltrattanti [4] rielaborando Trepper e Barret [5].

Per questa fondamentale ragione cognitiva, molto frequentemente in un primo incontro una restituzione relazionale potrebbe risultare inutile o controproducente: non parliamo lo stesso linguaggio, non possiamo essere capiti, un'ipotesi sistemica implica implicitamente una co-responsabilità di tutti, proprio quello che regolarmente, soprattutto il paziente, ma anche gli altri, non sono ancora capaci di mettere a fuoco.

Tuttavia una restituzione sistemica può essere molto utile quando la famiglia porta alla consultazione un paziente molto rigido nel negare ogni sua sofferenza. Infatti, nella misura in cui una spiegazione relazionale lo mette più o meno esplicitamente nella posizione della vittima, può aiutarlo ad uscire dalla negazione, proprio perché sente accolto quel suo dolore fin lì vissuto come inascoltato o bersaglio di atteggiamenti ostili. Una spiegazione relazionale può quindi servire a "conquistare" un paziente fortemente non richiedente, contemporaneamente è necessaria una qualche capacità dei genitori nel mettersi in discussione, altrimenti rischiamo di arrivare a farci sentire dal paziente, ma nello stesso tempo disgustiamo i familiari nei nostri confronti. Nel momento in cui il paziente ha invece accettato una definizione di malattia, non fosse altro che per

ad un tipo di inversione di ruoli dove il bambino è stato "obbedito", divenendo il reuccio della famiglia e così via.

Dobbiamo disporre di un modello sistemico complesso dove questa guida deve andare ad integrarsi con gli altri essenziali sistemi di valutazione. Ad esempio, focalizzare sulla specifica psicopatologia ci aiuta a conoscere le più ricorrenti costellazioni familiari di quel tipo di pazienti e a considerare i collegamenti più comuni di quel sintomo con certi tipi di personalità. Ho già accennato alla diagnosi sistemica, o all'attaccamento, ritornerò più avanti agli altri sistemi (domanda, trigenerazionale, emozioni del terapeuta). Per tenere insieme questa capacità di connettere vari livelli è utile lo schema proposto dalla Benjamin [7] secondo il quale è sempre individuabile una coerenza tra i tre livelli:

1. come un individuo è stato trattato;
2. come un individuo tratta se stesso;
2. come un individuo tratta gli altri.

Gli stadi pre-psicologici possono aiutare a pensare la psicoterapia come un processo che si sviluppa in un tempo prolungato: per questo ci servono modelli che ci aiutino a decidere quale ordine dare ai nostri interventi. Si veda il mio articolo del 2003 "Tecniche di presa in carico psicoterapeutica del paziente non richiedente" [6] per una teoria sulle tre fasi del processo terapeutico: colloqui preliminari, consultazione (o alleanza diagnostica), terapia propriamente detta.

PERCHÉ UN TERAPEUTA SISTEMICO HA BISOGNO DELLE DIAGNOSI DI PERSONALITÀ?

Storicamente l'identità dei terapeuti sistemici si è costruita contro la diagnosi, sul terreno dello scontro con la psichiatria istituzionale marginalizzante e con la psicoanalisi classica sua fedele alleata [8]. Riscoprire le diagnosi di psicopatologia e di personalità costringe quindi ad una vera crisi d'identità, un importante movimento cognitivo ed emotivo di integrazione di concetti.

In questo percorso il gruppo che ha fatto capo a Mara Selvini Palazzoli dopo *Paradosso e controparadosso*, a partire dagli anni ottanta, è stato facilitato dalla forte presa di posizione del suo leader a favore di una linea scientifica di salvaguardia della centralità della diagnosi di psicopatologia come insostituibile punto di riferimento per la stessa sopravvivenza della ricerca clinica sull'efficacia della psicoterapia nel trattamento di tutti i maggiori disturbi mentali. In quegli anni fu una scelta davvero difficile, controcorrente (seppure condivisa da altri leader come Cancrini e Linares) nell'infuriare dell'ondata delle terapie costruttiviste, post-moderne e narrativiste, tutte fortemente contrarie a linee di ricerca basate sulle psicopatologie. Tuttavia per tutti gli anni Ottanta anche il gruppo di Mara Selvini Palazzoli continuò a condividere con i narrativisti un'impostazione iper-relazionale dove la tanto proclamata "riscoperta dell'individuo" continuava ad essere basata solo sull'ottica molto particolare della "vittima come attore" [9], cioè sul vedere il paziente come attivo stratega dentro un gioco relazionale [10]. Questa concezione, che definisco "sistemico-classica", sul piano teorico comin-

ciò a vacillare sotto i colpi del crescente interesse per la teoria dell'attaccamento. Il concetto di "modello operativo interno" riporta in primo piano la possibilità di pensare ai molti e differenti modi con cui il soggetto elabora in una identità di base la sua esperienza relazionale. Contemporaneamente questa elaborazione può essere vista come finalizzata alla difesa rispetto ad un eccesso di sofferenza.

Nella mia personale esperienza clinica l'influenza di queste idee entra nella mia pratica quotidiana, tuttora in corso, di responsabile unico e conduttore senza ausilio di équipe, di tutti i primi incontri (da noi definiti colloqui preliminari) del centro di terapia di Mara Selvini (una media di settantasette prime sedute l'anno a partire dal 1990, [6]).

Agli inizi degli anni novanta questa intensa esperienza mi portò ad una sorta di resa dei conti con il modello sistemico-classico. Un primo colloquio familiare non può non concludersi con una prima restituzione o spiegazione rispetto alla psicopatologia che viene presentata (nel nostro caso prevalentemente disturbi alimentari e psicotici). Le restituzioni basate sui classici criteri della "depatologizzazione" e dell'ipotizzazione relazionale si dimostrano con impressionante frequenza fallimentari e controproducenti: drop-out, chiusura, sterili polemiche con le famiglie, sono frequentissimi. Tutto questo mi ha spinto a sperimentare un approccio molto diverso: scopro così che il progresso dell'empatia dei familiari verso il paziente e la collaborazione nella terapia risulta enormemente incrementata se nei primi colloqui mi astengo radicalmente da qualunque restituzione che connetta il sintomo con le relazioni nella famiglia. È molto più utile concentrarsi su spiegazioni che focalizzino su una sofferenza personale ed esistenziale del paziente che trova nei sintomi un faticoso tentativo di difesa e contenimento di quella sofferenza. Parallelamente andrò alla ricerca di una specificità del modo di "essere nel mondo" del paziente (tratto chiave della personalità): "un principe che nasconde le sue paure?" (area narcisista), "una bambina che non parla oppure urla le sue ragioni?" (area border) e così via.

SCHEDA RIASSUNTIVA SU UNDICI TIPI O PROTOTIPI DELLA PERSONALITÀ

Ho cercato di essere molto sintetico per attenermi ai concetti più certi di questo molto controverso campo di studi.

Ho ordinato undici tipi secondo il classico *continuum* degli studi di personalità che noi abbiamo denominato autarchia/dipendenza [11], ma che nella storia della psicoterapia ha avuto dozzine di termini. Si potrebbe infatti parlare di *continuum* evitante/ambivalente come introverso/estroverso e così via [12].

La mia posizione di fondo è quella di credere nel "*continuum*" tra normalità e patologia. Ritengo quindi che queste 11 diagnosi possano essere utilizzate per classificare qualsiasi persona. Come sostiene Johnson [13], a seconda di quanto le caratteristiche (o tratti) siano rigide, pervasive e radicalizzate, si potrà parlare di **stile di personalità, nevrosi della personalità, disturbo della personalità**.

La diagnosi sugli undici tipi deve essere considerata anche in termini di coerenza o organizzazione. Solo in circa un terzo dei casi un individuo rientra in modo preponderante in un unico tipo. Nella maggioranza dei casi la diagnosi finisce

per raggruppare "con peso differenziato" tratti riconducibili a due o tre tipi di personalità. Si può parlare di presenza di una buona o discreta organizzazione se tali tratti sono tra loro contigui o affini. Parlo invece di disorganizzazione se i tratti appaiono tra loro molto contraddittori, ad esempio, schizoidi e simbiotici sull'asse citato autarchia/dipendenza. Credo che la disorganizzazione, nelle sue forme più eclatanti, possa essere considerata una nuova terminologia per quei fenomeni (frammentazione e scissione) per i quali molti autori hanno parlato di personalità psicotica.

Non considero quindi che il cosiddetto cluster A, eccentrico, (schizoide/paranoide) abbia particolari affinità con l'area psicotica. Un paranoide organizzato è a rischio di scompensamento psicotico quanto un soggetto simbiotico organizzato.

Non approfondisco questo tema che resta controverso (tra i clinici come nella letteratura). Non tratterò la disorganizzazione e la discontinuità della personalità nelle sue diverse e complesse manifestazioni in questa sede in modo sistematico perché non mi sento in grado di farlo, a parte quanto troverete rispetto alla personalità border.

1. SCHIZOIDE
2. PARANOIDE
3. NARCISISTA
4. ANTISOCIALE
5. EVITANTE
6. OSSESSIVO
7. BORDER
8. ISTRIONICO
9. PARENTIFICATO (ORALE)
10. MASOCHISTA
11. DIPENDENTE-SIMBIOTICO.

Con questa mia classificazione, come si può vedere, sono costretto a far saltare la distinzione del DSM IV tra cluster B (drammatico) e C (ansioso), perché usando un criterio diverso, non solo descrittivo, ma riferito ad un'eziologia sull'asse dell'attaccamento evitante-ambivalente, finisco per "mescolarli".

LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA

Una peculiarità di questo mio scritto è rappresentata dal tentativo di individuare i controtransfert caratteristici di questi tipi di personalità.

Non mi soffermo su questo tema, a scanso di equivoci voglio solo premettere che:

1. le emozioni del terapeuta in seduta sono plurideterminate: si possono individuare almeno otto ordini di fattori che le influenzano, la personalità del paziente non è quindi che uno di questi [14].
2. esiste un chiaro rapporto tra nitidezza e universalità del controtransfert e gravità del disturbo di personalità. Lo spiegò molto bene Cancrini [15], citando

Kernberg, in un seminario di qualche anno fa. Pazienti meno gravi, meno "prototipo", possono suscitare emozioni diverse in terapeuti diversi, il prototipo border grave del DSM IV fa a tutti lo stesso effetto (anche se poi qualcuno reagirà scappando, qualcuno paralizzandosi, qualcuno accanendosi e così via...). Si può quindi dire che la stessa emozione può portare a controtransfert o risonanze (nella terminologia sistemica di Elkaim) differenti.

3. La relazione con il terapeuta è lo strumento diagnostico fondamentale, molto più attendibile di ogni racconto o test.

ANCORA SUL DIBATTITO SULLA DIAGNOSI

Il pensiero sistemico complesso, o "familiare-individuale", come ho recentemente provato a definirlo [16], è in continuità con il pensiero sistemico classico o storico [17] nell'attenzione al cattivo uso della diagnosi come reificazione di un problema, connotazione negativa del paziente, scarico di tutte le responsabilità sul paziente, stigma sociale, ecc. Questo comporta un rifiuto della diagnosi puramente descrittiva o fotografica. La diagnosi sistemica continua a caratterizzarsi per l'attenzione al processo che evidenzia come si costruisce la realtà che porta a quella diagnosi. Tuttavia il pensiero sistemico classico metteva all'indice tutte le diagnosi individuali, cadendo nel riduzionismo di negare le realtà individuali per conferire "esistenza" solo al relazionale, al processo, al gioco (a seconda delle terminologie).

Il pensiero sistemico complesso, in conformità con la classica prescrizione del pensare "per andirivieni" [10] recupera tutti i livelli diagnostici che si sono clinicamente dimostrati utili ed operativi e cerca sempre di *interconnetterli*. Questi livelli (o sistemi di classificazione) diagnostici sono almeno sette:

1. Domanda: chi chiede aiuto, perché e per chi: quattro casi fondamentali.
2. Psicopatologia: la sintomatologia, asse I DSM IV.
3. Sistema: nel qui e ora.
4. Personalità: MOI o assetto identitario o asse II DSM IV.
5. Attaccamento: fondamentale cerniera tra pensiero individuale e relazionale.
6. Trigenerazionale: la trasmissione di modelli relazionali.
7. Emozioni del terapeuta: prodotte dall'interazione tra impatto del paziente sul terapeuta e reazione del terapeuta legata alla sua propria logica affettiva.

L'idea di fondo è che nessuno dei sette livelli debba essere utilizzato da solo e/o "sottomettere" gli altri.

Questo vale a maggior ragione per la diagnosi di personalità: *mai* dev'essere utilizzata isolandola dagli altri livelli osservativi e diagnostici, in particolare staccandola dalle dimensioni sistemiche o trigenerazionali. È questa la fondamentale istruzione per l'uso delle schede che seguono.

Questi livelli rappresentano un più esauriente completamento della teorizzazione del 1998 [11] sulla necessità di ragionare su tre poli (sintomo, famiglia, personalità) e non solo sul nesso tra sintomo e famiglia.

In linea generale tutto il campo della psichiatria e della psicoterapia è forte-

mente diviso tra settori di professionisti, modelli e scuole che rifiutano i sistemi diagnostici e contrapposti settori che tendono a polarizzarsi verso forme di mitizzazione/sacralizzazione delle classificazioni nosografiche: l'uso di differenti sistemi diagnostici aiuta ad elaborare un migliore relativismo e pragmatismo nell'uso delle diagnosi e a trovare una più equilibrata integrazione tra le opposte polarizzazioni.

1. SCHIZOIDE

Nucleo della definizione

Distacco, distanza "siderale", irraggiungibilità nella relazione.

Cause

Questo bambino è stato allevato con fatica e sopportazione, senza gioia. Un accudimento estremamente formale e distaccato.

Attaccamento

Evitante distaccato.

Deficit fondamentale

È fortemente colpito il senso di appartenenza alla famiglia e alle relazioni affettive in genere. Deficit di monitoraggio, cioè nessuna capacità di riconoscere gli stati interni. Questi pazienti sono alessitimici, cioè opachi, incapaci sia di riconoscere che di esprimere le loro emozioni. Deficit di empatia.

Controtrasfert tipico

La fatica, la noia, la difficoltà ad arrivare alla fine dell'ora di seduta possono essere molto importanti, anche perché difficilmente questi pazienti sono richiedenti ed arrivano in terapia individuale per delle pressioni esterne. Di Maggio e Semerari [18] parlano del ciclo disfunzionale della distanza cioè il terapeuta inconsapevolmente reagisce alla distanza emotiva "siderale" del paziente distanziandosi a sua volta.

Linee guida

In molti casi si può lavorare soprattutto attraverso i genitori perché le sedute familiari, sia non aiutano il paziente ad esprimersi, sia rischiano di essere condizionate dall'ostilità/distacco di uno o più familiari nei confronti del paziente. Spesso questi pazienti rifiutano il coinvolgimento dei loro familiari. Sono spesso pazienti poco trattabili e che sicuramente richiedono tempi molto lunghi, in una terapia che non è necessariamente intensiva, perché sedute troppo frequenti possono disturbare il paziente. La terapia dev'essere un'esperienza correttiva nel non permettere al paziente di metterci da parte, confermando così le sue premesse. Come osserva Sorrentino [2] con tutti i pazienti del versante autarchico occorre dare (o incoraggiare i familiari a farlo) innanzitutto sul piano dell'accudimento. Il piano delle regole e della guida è molto meno importante.

Combinazioni e sottotipi

L'idea di fondo è quella di considerarla la forma più grave dell'evitante. Molto simile al paranoide che si differenzia solo per la presenza di un genitore più fortemente distruttivo.

Patologie associate

Autismo, depressione maggiore.

2. PARANOIDE

Nucleo della definizione

Distacco, distanza come lo schizoide, ma insieme la vigilanza dettata dalla diffidenza e dalla sfiducia prende una forma molto attiva.

Cause

Questo bambino non è stato solo un peso, è stato anche odiato ed attaccato, tuttavia non ha solo subito, ha imparato forme attive di autodifesa del tipo: "la miglior difesa è l'attacco".

Attaccamento

Evitante distaccato/rabbioso.

Deficit fondamentale

Grave incapacità autocritica e autoriflessiva. I deficit sono gli stessi dello schizoide.

Controtransfert tipico

Il terapeuta è confrontato con la diffidenza e la rabbia del paziente che proietta su di lui quei genitori sadici o indifferenti. Il sentimento prevalente è quindi quello dell'aver paura.

Linee guida

Queste persone sono trattabili con molta difficoltà, come gli schizoidi ben difficilmente chiedono aiuto. Riuscire a stabilire una relazione, come per lo schizoide, è molto importante, ma può essere molto difficile uscire dalla dimensione collusiva con il loro vivere esclusivamente come vittime.

Possiamo essere interpellati dai familiari di pazienti paranoide non trattabili, ma molto spesso le sedute congiunte non sono realizzabili. Viceversa, se arrivano a chiedere una terapia individuale, rifiuteranno il coinvolgimento dei familiari. Sono spesso padri maltrattanti inviati dal Tribunale.

Combinazioni e sottotipi

Ho già detto della stretta affinità con lo schizoide.

Il paziente persecutorio che rende la vita impossibile agli operatori è un sottotipo del paziente border. Infatti un certo sottotipo border ha un importante nucleo identitario paranoide: l'identità di una vittima può essere infatti inter-

pretata in senso più istrionico o più paranoide (il che potrebbe far diventar il triangolo drammatico - 19 - un quadrangolo).

È importante non confondere paranoide con psicotico, perché il paranoide presenta un'organizzazione stabile, mentre lo psicotico presenta tratti contraddittori non integrati. Anche se, ovviamente, molti psicotici presentano importanti tratti o difese paranoide. Questo tema resta controverso in quanto molti professionisti considerano come psicotico il disturbo di personalità paranoide.

Patologie associate

Somatizzazioni connesse allo stress di uno stato di allarme permanente.

3. NARCISISTA

Nucleo della definizione

Sentimento di essere speciali, superiori.

Cause

Il bambino è stato obbedito, esaltato ed usato come trofeo, ma tutto questo si combina con una dimensione di trascuratezza. Infatti il bambino sa di non potersi permettere di avere delle debolezze, altrimenti il suo mito cadrebbe. Questa dinamica può essere alimentata da entrambi i genitori, oppure dalla cosiddetta "madre da palcoscenico" che vive per il figlio contrapponendolo al coniuge. La ferita di fondo che queste persone devono elaborare è quella di non essere stati amati dai loro genitori e familiari, una basilare freddezza/anaffettività occultata ed in parte compensata dall'esaltazione delle loro doti straordinarie. La mancanza di empatia è passata da una generazione all'altra, mentre è stata esaltata la dimensione esistenziale della competizione.

Attaccamento

Evitante rabbioso.

Deficit fondamentale

- Incapacità di riconoscere limiti e difficoltà, cioè incapacità autocritica.
- Gravi difficoltà nelle relazioni intime: difficoltà a coinvolgersi e quindi a coinvolgere stabilmente l'altro dopo la fase dell'innamoramento. L'altro tende ad essere percepito come dominante o disinteressato.
- Deficit di identificazione delle emozioni (o monitoraggio).

Si può ipotizzare una disorganizzazione della personalità tipica del narcisismo, ma probabilmente presente anche in associazione con altri tratti: l'oscillazione/instabilità tra essere vincente o dominante, che dà al soggetto una sensazione di benessere, e l'estraniarsi dalla relazione non appena tale bisogno di centralità non viene appagato.

Controtransfert tipico

Il paziente comunica un senso di lontananza ed esclusione: non ci fa sentire terapeuti. È però anche possibile l'idealizzazione reciproca [20] oppure un clima

di sfida in cui il paziente mette in dubbio la capacità del terapeuta o l'utilità della terapia. Tipica la delusione del terapeuta che si è affezionato ad un paziente (spesso brillante) e che viene molto freddamente liquidato. Queste persone devono essere dominanti in tutte le relazioni, se non ci riescono se ne tirano fuori. È evidente la difficile compatibilità con il ruolo di paziente in psicoterapia.

Linee guida

Questi pazienti sono trattabili solo se hanno ricevuto delle batoste. La più tipica è l'essere stati abbandonati dalla moglie. Altrimenti dobbiamo noi metterli in crisi o sfidarli; accogliere empaticamente un narcisista compensato (come un antisociale) è del tutto controproducente. Setting individuale con allargamenti.

Combinazioni e sottotipi

Millon [4] parla di quattro sottotipi:

1. l'antisociale senza principi (molti leader politici);
2. l'amoroso seduttivo Don Giovanni (istrionico);
3. l'elitario narcisista puro (l'aristocratico);
4. l'evitante compensatorio (vedi alla scheda sull'evitante).

Aggiungerei la classica combinazione con il border meno richiedente, più paranoide, difficilissimo da agganciare, ed anche il narcisismo nevrotico di cui parla la Miller [22], cioè il parentificato che si sente speciale nella sua capacità di aiutare gli altri. Vedi anche la voce "parentificato" che è uno dei vertici del triangolo drammatico. Si può così arrivare a prendere in considerazione sei sottotipi.

Patologie associate

Promiscuità sessuale, disturbi della sessualità, uso di alcool e droghe, altre dipendenze.

4. ANTISOCIALE

Nucleo della definizione

Mancanza di rimorso per le sofferenze inflitte agli altri, strumentalità delle relazioni con gli altri.

Cause

Il bambino è stato attivamente rifiutato, di solito dal padre [23], e contemporaneamente usato/valorizzato come difensore da altri membri della famiglia, di solito la madre, incapaci di protezione ed empatia nei suoi confronti.

Attaccamento

Evitante rabbioso.

Deficit fondamentale

- Incapacità empatica, con conseguente blocco dell'intimità.
- Grave difficoltà nella riflessività autocritica.
Gli stessi dei narcisisti.

Controtransfert tipico

Questi pazienti vengono spesso incontrati in contesti coatti dove riescono a sollecitare nel terapeuta un movimento empatico destinato a trasformarsi presto in amara delusione quando si svelerà la strumentalità della relazione. Rischio di colludere con il paziente in una minimizzazione della gravità dei suoi comportamenti.

Linee guida

Nello stato di compenso queste persone non sono assolutamente trattabili. Lo diventano, pur con serie difficoltà, solo quando la loro strategia esistenziale sia stata duramente attaccata in termini di fatti reali (carcere, abbandoni ecc.), ma anche in questo caso il registro della presa in carico può essere soprattutto quello della sfida e della provocazione, data la presenza di un importante deficit nel mettere a fuoco i propri limiti.

Combinazioni e sottotipi

Sono soprattutto importanti le somiglianze con il narcisista di cui costituisce uno dei sottogruppi. Infatti i deficit fondamentali sono molto simili. Occorre riflettere se la personalità sadica sia la stessa cosa o un sottotipo o un'altra personalità. In linea generale si pensa che l'antisociale funzioni sulla base di un'identificazione con l'aggressore (mentre il border è instabile/oscillante in questa identità). Personalmente ritengo che la personalità sadica possa essere considerata sinonimo di antisociale, o un possibile sottotipo.

Patologie associate

Gabbard (24) sostiene che il 50% dei carcerati ricade in questa categoria e che molti antisociali diventano tossicodipendenti (dal 52% al 65%). L'uso di sostanze è rivolto a eccitanti che dilatino il senso di potenza oggettiva. Comune la depressione di fronte agli insuccessi e la sessualità sadica.

5. EVITANTE

Nucleo della definizione

Paura del giudizio, predisposizione al vergognarsi di se stessi; timidezza estrema.

Cause

Si è trattato di un bambino che è stato fatto vergognare di se stesso e a cui è stato di fatto impedito di esprimere pensieri e sentimenti. Il tipo di controllo ed ipercriticismo tende a paralizzare il soggetto, spingendolo verso una formale compiacenza (etero-regolazione degli scopi). Per loro vicinanza ha sempre

voluti dire scegliere tra costrizione o umiliazione. Cercano quindi delle relazioni che consentano una distanza di sicurezza. L'accudimento è formale, distaccato, anche se non nel modo più estremo delle famiglie dei pazienti schizoidi. Spesso queste persone ricordano di non aver avuto alcun rapporto con uno dei due genitori, se non per ricevere critiche o sarcasmi. Modestamente compensatorio l'altro genitore.

Attaccamento

Evitante timoroso.

Deficit fondamentale

- È colpito il senso di appartenenza alla famiglia e alle relazioni. Un sentimento di estraneità.
- Deficit di monitoraggio cioè scarsa capacità di riconoscere gli stati interni: opachi a se stessi e agli altri [18]. Tuttavia a un livello moderato, infatti: "L'evitante saprebbe raccontare al suo diario i propri sentimenti, ma non comunicare a parole la dolorosa difficoltà del vivere con gli altri" [18 p.322].

Controtransfert tipico

Simile all'ossessivo, ma con una minor fatica e noia. È meno difficile che il paziente riesca a "dire il suo diario". L'ossessivo ci coinvolge emotivamente di meno (e lo schizoide ancora meno). Questo paziente stimola anche molta protettività. Delude fortemente quando ci accorgiamo che mente anche a noi! (per evitare il biasimo immaginario).

Linee guida

Un setting parallelo individuale e familiare, dove è probabile che riunioni familiari siano particolarmente efficaci per ridare voce a queste persone. Particolarmente con le tecniche esperienziali che favoriscono l'intensità del contatto emozionale praticate da Alfredo Canevaro, come ad esempio "lo zaino" [25].

Combinazioni e sottotipi

La frequente combinazione con la personalità dipendente segnalata dal Gabbard appare contraddittoria con la definizione qui riportata. Potrebbe essere legata ad un difetto del sistema diagnostico che confonde l'evitamento del conflitto presente in entrambe le personalità, ma sulla base di una diversissima dinamica di funzionamento. Noi stessi abbiamo a lungo, per questa confusione, sovradiagnosticato la dipendenza. Più logica la contiguità autarchica con il parentificato, l'ossessivo e quella con lo schizoide che è un evitante molto più estremizzato. L'evitante può presentare un'area fantastica o reale di "rivalsa narcisistica" che potrebbe aver generato la dubbia diagnosi di Gabbard di narcisismo ipervigile. La doppia diagnosi dipendente-evitante potrebbe anche essere legata alla elevata frequenza di pazienti disorganizzati nevrotici che oscillano tra i due tipi di funzionamento.

Patologie associate

La Benjamin osserva che queste persone sono inclini a diventare "amanti" o "terapeuti" per poter godere di un'intimità pur mantenendo una distanza di sicurezza.

6. OSSESSIVO-COMPULSIVO

Nucleo della definizione

Perfezionismo, sacrificialità, biasimo per gli altri, iper-responsabilizzazione nella gestione di se stessi.

Cause

Un bambino che è stato caricato e/o si è caricato da un eccesso di regole e rigida disciplina.

Attaccamento

Evitante timoroso/distaccato.

Deficit fondamentale

- Incapacità di concedersi piacere e riposo seguendo la bussola dei propri desideri.
- Difficoltà ad entrare in relazioni davvero intime.
- Deficit di monitoraggio.

Controtrasfert tipico

Frustrazione e fatica per la distanza emotiva e il conseguente formalismo del rapporto, il paziente è cordialmente sulla difensiva. Diffidenza falsamente compiacente. Rischio di congedo prematuro per la fatica/noia del terapeuta.

Linee guida

Setting individuale e familiare con sedute congiunte e disgiunte (solo genitori, quando nelle sedute familiari ostilità reciproca e incomunicabilità restano troppo elevate).

È fondamentale salvaguardare l'empatia, la leggerezza e la piacevolezza del lavoro individuale: la terapia non può diventare l'ennesimo peso o dovere e un altro luogo dove vivere nella paura di essere criticati. Evitare di colludere con le intellettualizzazioni del paziente, usare tecniche molto esperienziali, come per gli evitanti.

Combinazioni e sottotipi

L'affinità maggiore è con l'autarchia e l'organizzata diffidenza dell'evitante. Nei casi più gravi la diffidenza può avvicinarsi al tratto paranoide. L'iper-responsabilizzazione per se stessi può estendersi verso qualche familiare creando una combinazione con il tratto parentificato. Il perfezionismo estremo può avvicinarsi al tratto narcisistico.

Esistono due principali sottotipi: quello disciplinato da genitori rigidi e quello della persona gravemente carente, spesso cresciuta in istituto, che si è "salvata" auto-disciplinandosi, fenomeno tipico tra i padri delle anoressiche [11].

Patologie associate

Tutte le dipendenze e i disturbi dell'affettività (depressioni maggiori, disturbi bipolari).

7. BORDERLINE

Premessa

L'esistenza stessa di questo tipo di personalità non viene accettata dal movimento psicoanalitico contemporaneo. Si veda il recente *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)* pubblicato dall'alleanza di tutte le associazioni psicoanalitiche americane unitesi contro il *DSM*. Il *PDM* porta a quattordici i disturbi della personalità, aggiungendo le personalità sadica, masochistica, depressiva, somatizzante, ansiosa e dissociativa, ma non includendo la schizotipica (credo correttamente) e soprattutto borderline. Infatti, se la diagnosi non deve essere solo descrittiva, ma deve far corrispondere un certo funzionamento o organizzazione della personalità con determinati comportamenti tipici, è vero che tratti disorganizzati (per me sinonimi di border) come il dilemma bisogno/paura (impossibilità di regolare la distanza affettiva) e delle integrazioni impossibili d'identità (tratti antitetici, oscillazioni idealizzazione-demonizzazione) possono essere osservati in tipi di personalità tra loro assai eterogenee e non solo nel border impulsivo/aggressivo messo a prototipo dal *DSM IV*. Tuttavia in questa sede seguirò la posizione presa dai cognitivisti, che trattano invece quella di border come una diagnosi a sé stante [18].

Nucleo della definizione

Impulsività aggressiva ed autoaggressiva, instabilità emotiva tra atteggiamenti opposti, difficoltà a regolare le distanze interpersonali: troppo vicino/troppo distante. Tipica l'immediata e precoce rivelazione di fatti personali assai pesanti.

Il concetto di triangolo drammatico [19] rende bene l'idea di una oscillazione di identità tra tre nuclei (i vertici del triangolo) carnefice/vittima/salvatore.

Cause

Il bambino è stato spaventato ed eccitato, è stato trattato in modo da farlo contemporaneamente sentire colpevole e vittima, e nell'impossibilità di integrare coerentemente le diverse identità o vissuti (ad esempio piacere nel dolore, potenza nell'impotenza ecc.)

Le relazioni fondamentali sono state paritarie ed instabili, oscillando continuamente da una dimensione relazionale ad un'altra. La struttura della famiglia (gerarchie e distanze) è assai instabile, muta a seconda degli argomenti e dei momenti.

Frequenti esperienze traumatiche. Possibili fenomeni dissociativi. Si può ipotizzare che queste persone abbiano avuto genitori disorganizzati, che rapidamente vanno "dalle stelle alle stalle". Il classico concetto di "doppio legame", vedi gli atteggiamenti contraddittori della madre dello schizofrenico descritta da Bateson [26], può essere visto come esempio di disorganizzazione del funzionamento di quella madre.

Attaccamento

Disorganizzato ambivalente.

Deficit fondamentale

Disregolazione emotiva, non integrazione di polarità e ruoli opposti (tipicamente la paura e il bisogno dell'altro), deficit di gerarchizzazione (con iperproduzione narrativa), stati dissociativi.

Controtransfert tipico

Il rapporto terapeutico è molto intenso e coinvolgente, più che con qualsiasi altro paziente. La relazione può divenire anche molto stressante con pazienti altamente imprevedibili che accusano il terapeuta, gli chiedono di uscire dal setting, minacciano ricattatoriamente il suicidio. Il terapeuta può così arrivare a sperare che il paziente abbandoni la terapia. Il paziente riproduce nel terapeuta le sue stesse scissioni: quando critica il terapeuta gli fa vivere in contemporaneità il sentimento di essere vittima di una violenza ingiustificata, ma anche quello che il paziente ha una parte di ragione.

Linee guida

Il tema fondamentale è quello del contenimento e della stabilizzazione del paziente, per favorire ordine mentale ed integrazione. Per questo le sedute congiunte possono non essere indicate, in quanto rischiano di favorire scambi aggressivi, rivendicativi, accusatori. Il formato più classico è quello "a scacchiera", o "parallelo" in cui il paziente è visto individualmente e altri familiari sono parallelamente visti individualmente o a sottogruppi. Il progresso della terapia rende poi utili anche sedute allargate a un altro membro della famiglia. Qui pare essere particolarmente specifico l'obiettivo di recuperare con un genitore un attaccamento più sicuro, superando le passate reciproche dinamiche distruttive (terapia della riconciliazione) [16].

Forte il rischio di sopravvalutarne le risorse. Un paziente "avido" e "sregolato" in funzione del quale è stata inventata la rigidità e la distanza del setting psicoanalitico classico. Parallelamente per le famiglie di questi pazienti è stata inventata la direttività e prescrittività delle terapie familiari sistemiche.

Combinazioni e sottotipi

Come dicevo nella Premessa la tradizione psicoanalitica si oppone alla definizione di un tale disturbo della personalità, riservando il termine borderline a un livello o tipo di funzionamento [27].

In parte concordo riconoscendo che ci sono molte personalità caratterizzate da oscillazioni e non integrazioni o discontinuità di identità (cioè da disorganizzazione). Alcune di queste varianti possono essere:

- Presenza di un nucleo simbiotico/abbandonico particolarmente importante;
- Vittimismo lamentoso che apparenta alla personalità istrionica;
- Tratti sadici ed eteroaggressivi che avvicinano alla personalità antisociale;
- Forte distanza, disprezzo e diffidenza nelle relazioni principali che apparenta a pazienti narcisisti, a schizoidi, a paranoidi;
- Presenza di un'importante attitudine "io ti salverò";
- La dissociazione delle personalità multiple.

La complessità di queste variegate sottoidentità è stata parzialmente sintetizzata nel concetto di triangolo drammatico (vittima, carnefice, salvatore).

Una possibile ipotesi di lavoro è che tutti gli attaccamenti disorganizzati portino a personalità non integrate che possono funzionare ad un livello nevrotico (tipiche le sintomatologie fobiche, ansiose e distimiche) o al livello più tipicamente border. Ad un livello ancora più grave di disorganizzazione si giunge alla personalità psicotica [16], che può sfociare nelle schizofrenie, nei disturbi bipolari e nelle depressioni maggiori.

La presenza di più o meno importanti aspetti di funzionamento disorganizzato è stata osservata praticamente in tutti gli undici tipi di personalità che sto qui considerando. In particolare in tutte le mie pazienti anoressiche o bulimiche, anche quelle più evitanti/ossessive, apparentemente lontanissime dal prototipo border del DMS IV. Questo pone un problema teorico e clinico di fondo perché se ci distacciamo (come stiamo cercando di fare) dai criteri descrittivi del DMS IV per classificare le diverse personalità, per pensare invece in termini di deficit e tipo di funzionamento, non possiamo definire una personalità disorganizzata perché le oscillazioni polari dell'identità, o mancate integrazioni tra atteggiamenti contraddittori (vicinanza/distanza o bisogno/paura, idealizzazione/demonizzazione, sacrificialità/egocentrismo, dominanza/sottomissione, aggressività incontrollata/inibizione, ecc.) sono state appunto osservate in tutti i tipi di personalità.

Quali sono allora deficit e funzionamento davvero specifici di un'ipotetica personalità border-border?

L'errore diagnostico più comune è quello di confondere uno "scompenso", cioè una fase di sofferenza acuta, con la diagnosi di personalità. Infatti, qualsiasi tipo di personalità, in un momento di acuta disperazione tende a comportamenti impulsivi, aggressivi, sregolati, ecc. Fondamentale ricordare che la diagnosi di personalità si fa valutando comportamenti che presentano continuità e ripetitività nel tempo, non si può fare solo sul qui e ora.

Patologie associate

Tutte le dipendenze e i disturbi dell'affettività (depressioni maggiori, disturbi bipolari).

8. ISTRIONICO

Nucleo della definizione

Teatralità, esibizionismo.

Cause

Il bambino è stato dimenticato, per esistere ha avuto bisogno di protestare e lamentarsi o di rendersi interessante sintonizzandosi sui bisogni degli adulti. Il caso più tipico è infatti quello della bambina trascurata che diventa seducente con il padre per guadagnarsi le sue attenzioni.

Attaccamento

Ambivalente organizzato.

Deficit fondamentale

La presenza di un nucleo simbiotico, come per il border, rimanda agli stessi deficit. In particolare un deficit di mentalizzazione/riflessività.

Controtrasfert tipico

Il terapeuta si sente investito da una forte seduttività, può essere coinvolto oppure può provare fastidio per una percezione di fatuità o stupidità del paziente.

Linee guida

Setting parallelo individuale e familiare. Indicazione specifica all'uso di interpretazioni e riflessioni che favoriscano l'autocoscienza.

Combinazioni e sottotipi

Le combinazioni più tipiche sono quelle con le personalità border del DSM e con il sottotipo seducente del narcisismo.

Patologie associate

Come per il border. I sintomi isterici o di conversione (cecità, paralisi) potrebbero non essere presenti soprattutto in personalità di questo tipo [13].

9. PARENTIFICATO

Nucleo della definizione

Questa diagnosi è assente dal DSM e anche da PDM, forse perché si tratta di una difesa o adattamento complessivamente funzionale, anche se possono esistere forme estreme di dedizione agli altri "io ti salverò" socialmente tuttavia classificate nella santità e non nella patologia. Tuttavia nella tradizione psicoanalitica sono definiti e descritti come "orali" [13].

Queste persone vivono in funzione dei bisogni altrui trascurando e non mettendo a fuoco i propri. C'è un'importante somiglianza con i dipendenti simbiotici, con la fondamentale differenza che i parentificati non sono capaci di chiedere accudimento per sé, si accontentano della benevolenza derivante dal darsi all'altro.

Cause

Il bambino è stato stabilmente adultizzato e responsabilizzato nell'inversione dei ruoli: deve farsi carico dei bisogni di uno dei due genitori, di entrambi, di altri familiari, dell'intera famiglia.

Attaccamento

Ambivalente.

Deficit fondamentale

Analogie con dipendente, ossessivo, evitante, vedi le linee guida.

Controtrasfert tipico

È fondamentalmente gradevole stare con una persona addestrata a farsi carico dei bisogni dell'altro. Come per il dipendente-simbiotico il rischio è che la protettività compiacente del paziente illuda il terapeuta di un'inesistente efficacia della terapia.

Linee guida

Setting individuale e familiare. Aiutare la famiglia a farsi finalmente carico delle difficoltà del paziente. Nel setting individuale occorre lavorare sui vari deficit: quello della rappresentazione di scopi propri (come per il dipendente), quello della messa a fuoco dei desideri e della ricerca del piacere (come l'ossessivo), quello della difficoltà a esprimere sentimenti e bisogni (come l'evitante).

Combinazioni e sottotipi

Ho già toccato le combinazioni principali con dipendente, ossessivo ed evitante. Un nucleo "io ti salverò" è presente nel border come una delle punte identitarie del triangolo drammatico.

Una sacrificialità estrema può avvicinarsi al masochismo. Viceversa se l'identità "io ti salverò" viene molto rinforzata e valorizzata diviene un nucleo narcisista, equivalente al tema della "rivalsa narcisistica" che caratterizza alcuni evitanti. La Miller [22] ha descritto queste persone ne *Il dramma del bambino dotato* parlando infatti di "narcisismo nevrotico".

Patologie associate

Non esiste nessun dato a questo proposito.

10. MASOCHISTA

Nucleo della definizione

Anche questa diagnosi non fa parte della sezione ufficiale del DSM, probabilmente anche per ragioni politiche, dato che il nesso eziologico con la violenza intrafamiliare è troppo evidente.

Non è per nulla chiaro se questa diagnosi di personalità sia riconducibile all'uso storico e comune del termine: il masochismo sessuale, definito da Johnson [13] "un'evidente perversione della sessualità in cui dolore, umiliazione e

degradazione vengono ricercati o perché piacevoli in se stessi o perché rendono possibile o aumentano lo sfogo sessuale" [13, p. 225 ed. it.]. Infatti il masochismo sessuale potrebbe essere una specifica sintomatologia post-traumatica tipica di soggetti molto disorganizzati. Il masochismo come tipo di personalità potrebbe invece riferirsi ad una più generale tendenza ad esprimere comportamenti autofrustranti nelle vita sociale, emotiva e lavorativa.

Descrittivamente il tratto più significativo è probabilmente quello di un'apparente sottomissione nella relazione ma combinata con elementi di aggressività passiva. In questo senso la diagnosi di masochismo viene a coincidere con quella di personalità passivo-aggressiva. Si tratterebbe così di persone molto ambivalenti, piene di risentimento ed invidia, copertamente critiche verso l'altro, dicono di sì, ma pensano di no.

Il paziente ha sviluppato una sorta di orgoglio nella sua capacità di essere costantemente vittima e riuscire ugualmente a resistere e sopravvivere.

Resta aperto il dibattito sulla diagnosi differenziale con la diagnosi di personalità che Millon [28] definisce "scettico-negativistico", "pessimistico-depressiva" e appunto "afflitta masochista" (aggrieved).

Cause

Il bambino è stato umiliato e sopraffatto senza che nessuno dentro e fuori dalla famiglia muovesse un dito per difenderlo. Il soggetto interiorizza così l'incapacità di difendersi attivamente sviluppando la sua identità proprio attorno all'essere vittima, ma contemporaneamente nella idealizzazione, almeno parziale, dei suoi persecutori.

Attaccamento

Ambivalente.

Deficit fondamentale

Molto frequente un ciclo disfunzionale basato sulla tipica profezia che si autodetermina: queste persone attendendosi di essere umiliate creano condizioni che favoriscono il loro maltrattamento.

Controtransfert tipico

Desiderio di far del male o perlomeno scuotere il paziente: irritazione, disprezzo, fino a vere e proprie fantasie di torture fisiche.

Linee guida

Setting individuale e familiare. Cercare di mostrargli che non è così impotente, ha già una grande influenza e può attivamente guadagnarsi una maggiore efficacia positiva.

Combinazioni e sottotipi

Il bambino sottoposto a disciplina estrema va sul confine tra l'ossessivo e il masochista. Si veda il celebre caso freudiano del presidente Schreber.

Un discorso analogo vale per il dipendente che cade preda di un accudimento sadico, così come per le umiliazioni che costruiscono il versante evitante/schizoide, tuttavia il masochista resta molto aperto alla relazione quindi l'affinità, combinazione e confusione più tipica resta quella con il dipendente e quella con l'istrionico, che pure ha un nucleo identitario molto legato all'essere vittima. Tuttavia l'istrionico è estremamente rivendicativo e protestatario, mentre il masochista è al massimo sommessamente lamentoso.

Patologie associate

Somatizzazioni. Depressione. Recentemente ho ipotizzato un nesso con certe forme di obesità [29].

11. DIPENDENTE - SIMBIOTICO

Nucleo della definizione

Incapacità di stare solo per una vitale necessità di relazioni interpersonali accudenti.

Attenzione alla grande confusione in cui anche noi stessi siamo caduti con tratti come "l'incapacità di sostenere un conflitto", che, con basi funzionali differenti, caratterizza anche evitanti, schizoidi, parentificati e masochisti; e attenzione anche alla confusione con la capacità assertiva che è poi una sorta di sinonimo dell'incapacità di sostenere un conflitto.

Cause

Il bambino è stato iperprotetto e dominato da un ambiente carico di ansia contagiosa. Non c'è ipercriticità, ma una potente squalifica implicita nella compulsione ad aiutare, consigliare, mettere in guardia, fare al suo posto. Entrambi i genitori possono alimentare tale simbiosi, oppure il padre può non intervenire nella fusionalità simbiotica con la madre ed eventuali parenti, come tipicamente la nonna materna.

Quando si parla di ambienti trascuranti [2] o autoritari [30,31] probabilmente si fa confusione rispettivamente con la personalità parentificata e con quella masochista o ossessiva.

Attaccamento

Ambivalente.

Deficit fondamentale

L'incapacità di pensare con la propria testa implica l'incapacità di avere davvero dei propri scopi, la persona simbiotica si convince di volere quello che desidera la persona che lo accudisce. Quindi in assenza di una persona da cui dipendere si crea una sensazione di vuoto; prevale quindi l'ansia da separazione che è invece assente negli ossessivi e negli evitanti dove è invece dilagante l'ansia da prestazione. La famiglia del dipendente simbiotico è la tipica famiglia invischiata, fusionale ed inseparabile.

Controtransfert tipico

Il paziente pende dalle labbra del terapeuta e lo fa sentire un mito. Il grave rischio è quello di riprodurre un ciclo simbiotico disfunzionale con il terapeuta (fino al rischio di una vera e propria relazione sado-masochistica) oppure il rischio opposto che il terapeuta, alla lunga infastidito dalla passività ed appiccicosità del paziente, lo abbandoni con una fine prematura della terapia.

Un grave rischio del ciclo disfunzionale simbiotico è quello che il paziente idealizzando il terapeuta lo illuda che sono avvenuti cambiamenti in realtà inesistenti.

Linee guida

Anche i cognitivisti consigliano un setting combinato (alternato) con sedute individuali e sedute familiari congiunte [18]. Il paziente ha di solito ottime capacità di entrare in un'alleanza terapeutica. Occorre combattere l'idealizzazione delle figure di accudimento, ma non assolutamente per favorire una separazione fisica del paziente. È fondamentale che il paziente inizi ad usare la sua propria testa, ma restando dentro la relazione di accudimento per farla evolvere e crescere. Va attuato quel processo adolescenziale che queste persone non hanno mai potuto vivere. Pericoloso invece alimentare una formazione reattiva oppositiva aprioristica, occorre invece lavorare per facilitare una maggiore capacità di regolare le scelte in modo autonomo.

Combinazioni e sottotipi

L'affinità e la confusione più tipica è quella con il masochista, che pure tende ad entrare in relazioni di sottomissione, ma accentuando l'accettazione delle umiliazioni fino al punto di favorirle e quasi richiederle con un atteggiamento sottilmente provocatorio.

Un'altra tipica confusione è quella con il border che per definizione ha sempre un importante tratto simbiotico/abbandonico ma mescolato in modo disorganizzato con un tratto evitante o con tratti impulsivi, aggressivi ecc. Un simbiotico abbandonato accentua infatti la sua sottomissione, un border lo fa mescolandola con esplosioni di rabbia.

Analoga la contiguità con la personalità istrionica.

Altra parentela/confusione è con la personalità parentificata, che pure presenta legami affettivi importanti, ma dove accudisce e non chiede di essere accudito. Il simbiotico è "down", sempre a rischio di un'escalation complementare con partner sadici (antisociali), narcisisti, border o parentificati, che lo usano per le loro proprie finalità.

Patologie associate

Depressione, ansia. Essere vittima di una setta (come il masochista).

CONCLUSIONI

Ho scritto questo articolo con questo scopo: fornire agli psicoterapeuti delle buone mappe sui percorsi familiari che portano ai diversi tipi di personalità:

una guida supplementare per il loro lavoro di comprensione per ricostruire e co-costruire insieme con i pazienti e le loro famiglie il senso della sofferenza.

Per queste riflessioni i lavori sono più che mai "in corso". Non sono infatti sicuro di aver potuto recepire e capire tutti i principali apporti della letteratura sulla personalità. Anche l'apporto esperienziale della casistica mia, dei didatti della scuola, delle supervisioni con allievi ed ex allievi, è ancora in una fase troppo basata su casi che mi hanno colpito e troppo poco su più solide conferme quantitative. Infine i legami con gli altri sei livelli diagnostici (o sistemi classificatori) sono da approfondire, in particolare per quanto riguarda le interconnessioni con le varie dimensioni della diagnosi sistemica e soprattutto per la fondamentale ricerca di un nesso tra disorganizzazioni sistemiche e tipi di disorganizzazione della personalità

BIBLIOGRAFIA

1. Selvini M. Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica. *Terapia Familiare* 2007; 84: 9-29.
2. Selvini M, Sorrentino AM. Tratto disfunzionale di personalità, costellazioni di tratti e diagnosi di personalità come guida del trattamento psicoterapeutico 2004. www.scuolamaraselvini.it.
3. Yalom I. *Love's Executioner & other tales of psychotherapy*. Harper Perennial 1989.
4. Cirillo S. *Cattivi genitori*. Cortina, Milano, 2005; 29.
5. Trapper TS, Barret MJM. *Systemic treatment of incest: a therapeutic handbook*. Brunner-March, New York, 1989.
6. Selvini M. (2003) Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente. *Terapia Familiare* 2003;73: 5-33.
7. Benjamin SL, (1996). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. LAS trad. it. 1999
8. Bruni F, De Filippi PG. *La tela di Penelope*. Bollati Boringhieri, Torino, 2007
9. Cirillo S, Di Blasio P, Malacrea M, Vassalli A. *La vittima come attore*. In: Vassalli A, ed. *Segreti di famiglia*, Cortina, Milano, 1990.
10. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *I giochi psicotici nella famiglia*. Cortina, Milano, 1988.
11. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Cortina, Milano, 1998.
12. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006; 22.
13. Johnson S, (1994). *Stili caratteriali*. Crisalide, Spigno Saturnia (LT), 2004.
14. Selvini M. *Introduzione al tema controtransfert e risonanze nelle sedute individuali e nelle sedute familiari*. Relazione al Convegno di Saïce Terme 27 ottobre 2006, www.scuolamaraselvini.it
15. Cancrini L. *L'oceano borderline*. Cortina, Milano, 2006
16. Selvini M. (a) *L'approccio sistemico "familiare-individuale" alle più gravi psicopatologie*. 2005. www.scuolamaraselvini.it
17. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD, (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Trad. it. Astrolabio, Roma 1971.
18. Dimaggio G, Semerari A, (a cura di). *I disturbi di personalità, modelli e trattamento*, Laterza Roma, 2003; 322.

19. Karpman SB. Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Bulletin* 1968; 7: 39-43.
20. Kohut H, (1971). *Narcisismo e l'analisi del Sé*. Trad. it. Boringhieri, Torino 1976.
21. Millon T. *Personality-guided therapy*. John Wiley & Sons, New York. 1999.
22. Miller A, (1996). *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero sé*. Tr.it. Bollati Boringhieri, Torino, 2002.
23. Cirillo S, Rangone G, Selvini M. Il sottotipo regolare dell'adolescente antisociale. *Terapia familiare* 1994; 44: 37-46.
24. Gabbard GO, (1994). *Psichiatria psicodinamica*. Tr.it. Cortina, Milano, 1995.
25. Canevaro A, Selvini M, Lifranchi F, Peveri L. La terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi. *Psicobiiettivo* 2008 (in corso di stampa).
26. Bateson G, Jackson, DD, Haley J, Weakland JH, (1956). *Verso una teoria della schizofrenia*. Tr.it. Verso un'ecologia della mente. Adelphi, Milano 1988.
27. Kernberg OF, (1980). *Mondo interno e realtà esterna*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1985.
28. Millon T, Grossman S. *Moderating severe personality disorders*, John Wiley, Hoboken New Jersey, 2007.
29. Selvini M. La complessità dell'obesità. Relazione introduttiva al 2° convegno dell'associazione Centri Mara Selvini anoressia e disturbi del comportamento alimentare. 2007. www.centrimaraselvini.it
30. Bornstein RF. Dependency in the personality disorders: intensity, insight, expression, and defense. *J Clinical Psychology* 1998; 54, 175-89.
31. Bornstein RF. Depathologizing dependency. *J Nervous and Mental Disease*, 1998; 186: 67-73.