

VERSO UN MODELLO EVOLUTIVO INDIVIDUALE/SISTEMICO DEI DISTURBI DELLA PERSONALITA'

Matteo Selvini¹

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 muovono sempre dalla psicopatologia cioè dal primo asse del DSM: 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 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 si 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, puntando su interventi dirompenti che cambino le famiglie in tempi brevi (vedi 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 gravi limiti dell'estremismo sistemico: una teoria minimalista che alimenta nei terapeuti atteggiamenti tecnicistici, provocatori e autoritari. Il rinnovamento avviene con la divisione del movimento della terapia familiare in due filoni: quello costruttivista post-moderno sposterà tutto il focus sul terapeuta stesso e la sua creatività, quello a cui appartiene chi scrive, 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".

¹ Corresponsabile 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.

Solo in questo secondo filone il disturbo della personalità è importantissimo e dev'essere studiato per capire cosa provoca la deformazione di un percorso evolutivo. 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 FAMILIARI COME MATRICI DELL'APPRENDIMENTO DI FUNZIONAMENTI INDIVIDUALI?

Nell'occuparci dell'eziopatogenesi 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 ufficiale, con varie edizioni del DSM, ovviamente risponde negativamente a questa domanda, rimandando a fattori genetici e biochimici. Nei manuali, nel secondo asse del DSM, 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 relevantissimo 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. Per questo motivo sarebbe un errore pensare che sempre, nella famiglia che incontriamo oggi, troviamo una disfunzione relazionale che provoca quel sintomo o qual tratto disfunzionale della personalità.

Quel bambino potrebbe anche essere stato un bambino difficile e la famiglia aver attivato risposte non riparative o solo parzialmente riparative.

Il nostro lavoro clinico dovrà essere individuale e relazionale: non studiamo primariamente famiglie quanto il percorso evolutivo dei nostri pazienti, cercando di capire quanto le loro figure di riferimento siano state adeguate nel passato e quanto 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. La famosa frase 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 spesso introdotto 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 trigerazionali 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, senza che nessuno della famiglia ne fosse consapevole.

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 rilette 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: 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 possibile sia anche una delle matrici delle personalità antisociali o narcisiste.

A queste due fondamentali strategie Liotti ne aggiunge altre tre:

Sottomissione: la vittima. Il bambino può apprendere che per controllare la figura di riferimento, e quindi renderla meno minacciosa e più prevedibile, funziona il suo 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".

Infatti 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. 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). Ben mi guardo dal negare che queste

bambine siano, in molti casi, soprattutto vittime di abusi, tuttavia l'idea di questo tipo di riorganizzazione ci aiuta ad ipotizzare una loro parte attiva, appunto sul terreno specifico della ricerca dell'attenzione.

Autarchica: l'autosufficiente. Quella che Liotti definisce lo «staccare la spina dell'attaccamento», cioè gli attaccamenti fortemente evitanti che rimandano al retroterra delle personalità ossessive, schizoidi o paranoide ma che incontriamo 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.

Questo semplice modello di cinque tipi di riorganizzazione mi pare clinicamente assai utile, innanzitutto per rifondare su basi più etologiche il classico concetto di difesa. Inoltre, ci aiuta a vedere in una luce più chiara i possibili percorsi evolutivi che portano ai diversi tipi di disturbi della personalità.

ABOLIRE LE STIGMATIZZAZIONI DIAGNOSI BORDERLINE E MASOCHISTA

Le cinque riorganizzazioni ci aiutano a pensare traiettorie di percorsi evolutivi verso il disturbo della personalità. Difficilmente i nostri pazienti presenteranno un'unica riorganizzazione: il sé diviso dei pazienti post-traumatici è proprio caratterizzato da diversi sotto-sé e dall'oscillazione dall'uno all'altra (si veda il concetto storico di triangolo drammatico di Karpman, 1968). Tuttavia per impostare un programma terapeutico è importante identificare dapprima l'area dell'attaccamento insicuro (ambivalente o evitante) e successivamente la riorganizzazione prevalente. Infatti cambia moltissimo 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.

Ne troviamo traccia solo nelle diagnosi psicodinamiche di dipendente orale (Johnson, 1994). Queste persone risultano esposte soprattutto al rischio di sovraccarico, con conseguenti sintomi ansiosi e depressivi. Con forte probabilità sceglieranno le professioni di aiuto. La Miller 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, balziamo al polo opposto della prognosi peggiore: il bambino tiranno innescherà molta negatività 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 borderline (almeno alcuni sottotipi di quell' "oceano", Cancrini, 2006) narcisista, antisociale e paranoide.

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.

La riorganizzazione seduttiva (area attaccamento ambivalente) sembra essere più chiaramente collegata ad un contesto relazionale dove l'angoscia della disorganizzazione 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 storiche 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 sarà quella di personalità istrionica.

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.

Come giustamente sostiene la Herman (1992) le diagnosi di personalità borderline e masochista sono divenute gravemente stigmatizzanti per i pazienti. Credo che siano molto più utili diagnosi di personalità che rimandino ad un percorso di sviluppo e soprattutto favoriscano 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 cinque riorganizzazioni:

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

Ho pensato di riunificare due delle riorganizzazioni perché l'esperienza clinica mostra che sono quasi sempre combinate insieme.

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 PERSONALITA'

Abbiamo 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 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

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

Area evitante versus disorganizzata

- 7) post-traumatica aggressiva
- 8) post-traumatica autarchica

Area evitante

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

Questa organizzazione verticale non ha nulla a che vedere con le valutazioni di gravità che vanno piuttosto lette in orizzontale su ogni tipo (stile-nevrosi-disturbo).

Questa organizzazione si avvicina a quella della Benjamin rispetto all'asse appartenenza-distacco, ma si distacca decisamente dai tre cluster del DSM 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. Inoltre di tutti dovremo valutare il livello di radicalità/gravità del funzionamento/disturbo.

COLLEGARE TRATTI DI PERSONALITA' E STORIE FAMILIARI

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. 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.

TRATTO PERSONALITA'	STORIA EVOLUTIVA
Dipendente/Infantile	Iperprotezione
Parentificata	Inversione dei ruoli
Istrionica	Vista solo se malata o seduttiva
Passivo Aggressivo	Umiliato e sopraffatto
Post-Traumatica Protettiva/Sottomessa	Trascuratezza e maltrattamento in contesto affettivo
Post-Traumatica Seduttiva	Alternanza accettazione/abbandono in un contesto affettivo ma di scarsa visibilità
Post-Traumatica Aggressiva	Alternanza esaltazione/attacco in un contesto imprevedibile/ostile
Post-Traumatica Autarchica	Contesto rifiutante e freddo
Evitante	Distacco ed ipercriticismo
Ossessivo	Distacco ed iperresponsabilizzazione
Narcisistico	Carenza ed esaltazione
Antisociale	Carenza e strumentalizzazione
Paranoide	Carenza e aggressione
Schizoide	Rifiuto nei primi mesi di vita

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) dove prevalgono le riorganizzazioni autarchica e sottomessa, ma sono tutte e cinque presenti, seppur con diverse prevalenze, sia in generale che nei singoli casi, ha mostrato l'efficacia di un lavoro 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), che in quella successiva di 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

È il padre di 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 il ragazzo 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 il figlio 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. L'adolescente, 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, che va avanti, a periodi, da vari anni. In una drammatica seduta 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 / ragazzo 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.

Il sostegno dei familiari è decisivo perché il paziente possa ricordare ed elaborare.

Molti pazienti possono arrivare in terapia solo grazie al processo autocritico dei genitori.

La storia della terapia familiare è fitta di esperienze trasformative di rituali collettivi di condivisione ed elaborazione di traumi e lutti (Canevaro, 2009).

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 può davvero dimostrare la sua utilità sociale: una sfida scientifica ancora ai suoi primi passi.

BIBLIOGRAFIA

Benjamin LS (1993). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi della personalità*. Roma: LAS, 1999.

Cancrini L., (2006). *L'oceano boderline. Racconti di viaggi*, Raffaello Cortina Milano.

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., 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.

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.

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.

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”, inviato alla rivista *Terapia Familiare*.

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”. *Psicobiattivo*; 32: 32-51.

Solomon, M., (1989). *Narcissism and Intimacy*. New York: Norton,

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*, Cortina, Milano.