

TRATTO DISFUNZIONALE DI PERSONALITA', COSTELLAZIONI DI TRATTI E DIAGNOSI DI PERSONALITA' COME GUIDA DEL TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

Matteo Selvini e Anna Maria Sorrentino

La tecnica della definizione di tratto disfunzionale

La teoria dell'attaccamento ci consente un primo livello di diagnosi dell'adolescente e dell'adulto. Percepire nel paziente una capacità di entrare in relazione, vuoi con noi, vuoi con altri, rimanda ad un attaccamento ambivalente o sicuro. Al contrario la distanza, l'irraggiungibilità, la mancanza di empatia ci parleranno di un attaccamento evitante. Situazioni meno nette, con aspetti di polarizzazione contrastanti, ci fanno ipotizzare un attaccamento confuso o disorganizzato.

La diagnosi di personalità basata sull'attaccamento è base fondamentale nella psicoterapia perché consente un immediato collegamento tra le premesse esistenziali del paziente (il suo modello operativo interno) e le sue radici relazionali.

Il modello dell'attaccamento è però legato ad un linguaggio ancora troppo lontano dalla pratica clinica. I tre cluster ed i dieci tipi di disturbo di personalità del DSM IV al contrario ci portano al cuore del linguaggio clinico. Qui però, ad eccezione della Benjamin, non esiste quasi nulla che ci chiarisca le radici relazionali dei tipi di personalità.

L'attuale ricerca della Scuola di psicoterapia della Famiglia "Mara Selvini Palazzoli" mira a riempire questo vuoto, attraverso la ricerca clinica e stabilendo dei collegamenti con la teoria dell'attaccamento. Secondo alcune rilevazioni un adulto su dieci soffre di disturbo della personalità, così come il 50% dei pazienti in trattamento.

La diagnosi di personalità non è indispensabile nelle prime due fasi di un processo psicoterapeutico (colloqui preliminari e consultazione), tuttavia può essere utile identificare un tratto significativo della personalità del paziente sottostante il sintomo, per spiegare il malessere ed il funzionamento in termini di difesa dalla sofferenza (Selvini 2003).

Ad esempio, ho incontrato recentemente una famiglia che portava in terapia una ragazzina anoressica di dodici anni che già era stata ricoverata a lungo in ospedale e che si presenta muta ed ostile. La spiegazione standard sull'anoressia come difesa da un sentimento di inadeguatezza lascia perplessi i genitori. Carola è bella, bravissima a scuola, piena di amiche, brillantissima nella danza e nei corsi privati di inglese! Una serie di domande sulla storia di Carola, ed il vederla in seduta con me e con i genitori, mi consente allora di precisare la mia restituzione: Carola è molto spaventata, molto sola, perché vive il mondo come ostile, un luogo dove si può solo competere, dove non c'è calore, affetto, solidarietà, confidenza. Su questa spiegazione sento nascere una prima sintonia con i genitori, la ragazzina resta misteriosa.

L'individuazione di un tratto di personalità, qui quello più tipicamente autarchico-competitivo, consente di mostrare una sofferenza che Carola per prima sta ben attenta a nascondere.

La diagnosi di personalità può essere utile più avanti nel percorso terapeutico sia per impostare il trattamento propriamente detto, sia per verificare quali progetti terapeutici sono più efficaci a seconda del tipo di personalità del paziente.

Disturbo e tratto

Intendiamo per **disturbo** della personalità una configurazione pervasiva del carattere di una persona, che rappresenta un'organizzazione difensiva rispetto ai vissuti soggettivi di sofferenza, rispetto agli stress relazionali ed esistenziali, rispetto alle sfide evolutive; essa è caratterizzata da un funzionamento ripetitivo, per lo più non funzionale, proprio per il tipo rigido di risposta che viene messo in atto.

Non è così frequente che una persona presenti un vero e proprio disturbo di personalità. Più spesso troviamo pazienti con la presenza di importanti **tratti** riconducibili ad un assetto di Personalità o, a volte, miscellanee di queste caratteristiche, dove però è possibile definire un orientamento prevalente, su cui è necessario lavorare. Il terapeuta non si propone infatti di riequilibrare i tratti in genere, tratti che in qualche misura appartengono a ciascuno di noi e che danno specificità ad ogni singola personalità, ma lavora solo su quelli disfunzionali, che appaiono direttamente correlati alla sofferenza del soggetto e che stanno alla base dei sintomi. I sintomi emergono quando le organizzazioni difensive della personalità collassano e/o devono essere ulteriormente irrigidite per tenere a bada una nuova ondata di sofferenza.

Dobbiamo ritenere normale la variabilità degli assetti difensivi riconoscibili in ogni individuo e patologica la sua rigidità, che si esprime in un impoverimento del funzionamento cognitivo, affettivo, interpersonale e del controllo degli impulsi. E' possibile supporre che le difese, anche le più punitive e limitanti, debbono essere state attivate "utilmente" in epoche evolutive precedenti, quando il soggetto, vuoi per l'età e lo sviluppo, vuoi per la pressione rappresentata dalla carenza e/o dal trauma, non avesse altre risorse a cui attingere.

Tutti i tratti di Personalità possono essere compatibili con diversi livelli di funzionamento: normale, nevrotico, di fascia limite (borderline), o psicotico. In passato, i disturbi di personalità veri e propri, erano classificati come patologia "limite" o disturbi del carattere e costituivano un livello di funzionamento a sé stante. Usiamo i tratti, più che i disturbi, di personalità, come orientamenti categoriali **della nostra mente** per entrare in sintonia con le persone, immaginare una possibile storia di crescita, e ipotizzare un approccio terapeutico rispondente ai loro bisogni. Più è importante la patologia, più queste caratteristiche della persona saranno rigide, inappropriate all'età e alla situazione, tali da procurare ulteriori quote di disagio soggettivo ed interpersonale. Sostanzialmente, la rigidità fa fallire lo scopo originario di tipo difensivo, per cui erano state attivate nel passato: se ad esempio è protettivo per un bambino piccolo stare accostato alla figura di riferimento, è meno praticabile per costui, raggiunti i trent'anni, non poter recarsi al lavoro, se non accompagnato dalla propria madre; la difesa che la madre rappresenta, segnala all'ambiente una sua profonda inadeguatezza che lo espone ad attacchi più pericolosi di quelli rappresentati dall'allontanamento da lei. Come si vede nell'esempio, una condotta adattiva (la dipendenza) può divenire drammatica in un'altra circostanza, ma può apparire scomoda e solamente immatura se il soggetto ha tredici anni, anziché trenta, come, d'altra parte, può apparire folle se il nostro trentenne non solo sta appiccicato alla propria madre, ma pretende che lei stia sempre in casa con lui, senza allontanarsi mai, a prezzo di gravi crisi.

I cluster

I disturbi di personalità, e quindi i tratti che li caratterizzano, sono raggruppati in **cluster**. Riferirci ad essi sembra utile per cogliere meglio l'organizzazione dell'assetto difensivo. Sono raggruppamenti che mettono in luce particolari sottolineature di questo funzionamento centrato, ad esempio, sulla ricerca di un autarchico riferimento ai propri "pensieri" come rifugio dall'angoscia (cluster A), oppure centrato sull'espressione impulsiva, di tipo drammatico, degli stati affettivi (cluster B), o, infine sulla gestione di un'ansia allarmata attraverso l'adesione ad un modello esterno, considerato più affidabile delle proprie stesse percezioni (cluster C).

Queste caratteristiche, come abbiamo già detto, possono essere espresse lungo un continuum che va dalla sfumatura del carattere della persona normale alla drammatica patologia psichiatrica. Ad esempio, un soggetto con sfumature di funzionamento autarchico, che rimandano a caratteristiche che ricordano tratti del cluster A, può essere un individuo solitario, preso dai suoi studi astratti, che non si sente a suo agio con gli altri, poichè gli danno la sensazione di annoiarlo e fargli perdere tempo prezioso, pur rimanendo un soggetto adattato o perfino utile per la comunità nella sua veste di brillante ricercatore e studioso. Molti matematici del novecento avevano queste caratteristiche! Un soggetto del genere è ben diverso da un bambino autistico che spinge il suo isolamento al punto da bloccare lo scambio interpersonale e con questo limitare il proprio sviluppo! Certo, un soggetto autistico presenta una diagnosi di primo asse, che è esaustiva per descrivere il suo comportamento, senza bisogno di ricorrere al secondo asse come riferimento. Pure, per individuare ad esempio nel trattamento con l'holding una tecnica utile a penetrare la rigida difesa autistica, possiamo utilizzare un riferimento sul secondo asse, secondo cui il soggetto autistico, delirando, si definisce come lo schizoide, uno che non ha bisogno degli altri, siano pure le figure di riferimento affettivo. Queste figure nell'adulto debbono far sentire la propria presenza regolatrice ed affettiva e, nel caso del bambino, la madre si impone a lui nell'holding,

con la forza della propria drammatica ricerca di un contatto con lui, per non permettergli di rimanere solo.

Va tuttavia anche tenuto presente che oltre ad aspetti di omogeneità i cluster presentano anche importanti differenze tra una categoria e l'altra. Il cluster più omogeneo pare essere il cluster A, dove tutte le tre categorie, seguendo gli assi definiti della Benjamin, paiono orientate sui versanti dell'ostilità e del distacco. Ricordo qui che la Benjamin classifica i tratti di personalità su due assi distacco-sottomissione (equivalenti all'asse autarchia-dipendenza da noi utilizzato a partire da "Ragazze anoressiche e bulimiche") e ostilità-amichevolezza da noi fin qui non utilizzato in modo sistematico e teorizzato.

Il cluster B (drammatico) appare nettamente spaccato in due con narcisisti e antisociali nettamente più spostati sui poli del distacco e dell'ostilità, mentre border ed istrioniche vanno verso i poli opposti della sottomissione e dell'amichevolezza.

Anche il cluster C appare nettamente diviso specie sul registro della sottomissione, dominante nei dipendenti ed in molti evitanti, rovesciata verso il distacco autarchico in altri evitanti ed in molti ossessivi-compulsivi.

Caratteristiche dei nostri pazienti

I soggetti adulti con un vero e proprio disturbo di personalità, appartenenti al cluster A, sono assai rari tra i pazienti di uno studio privato come il nostro. Anche quando sono portati in consultazione dai familiari, sono resistenti a collaborare al punto che può già considerarsi un successo terapeutico riuscire ad averli in seduta. Questo cluster presenta inoltre un'importante problematica teorica e clinica sul celebre tema della distinguibilità tra grave evitante, schizoide e paranoide. E' infatti possibile ipotizzare che evitante-schizoide e paranoide non provengono da contesti di apprendimento qualitativamente differenti, ma solo dalla progressiva radicalizzazione di un contesto ipercritico che evolve verso l'ostilità ed infine il sadismo, in parallelo all'ulteriore dimensione del crescente affievolirsi di elementi compensatori di vicinanza affettiva (si va sempre più verso il distacco).

I pazienti invece che appartengono al cluster B, o drammatico, rappresentano una popolazione importante di uno studio di terapia familiare poiché, raggruppando i soggetti caratterizzati dagli agiti e dalla sottolineatura violenta delle emozioni, coinvolgono i familiari che non possono ignorare il loro malessere. Non a caso, al cluster B appartengono i disturbi di personalità più studiati ed intorno ai quali si è aggregato il concetto stesso di disturbo di personalità. Ad esso appartengono infatti quelle strutture che in passato erano considerate le organizzazioni "limite" (tra psicosi e nevrosi).

Il cluster C, o ansioso, raggruppa i soggetti che esprimono intensa ansia ed i tentativi di difendersene. L'effetto caratterizzante questi quadri è l'allarme ansioso, il sentimento d'inadeguatezza e d'inaffidabilità/incompetenza del Sé. Di solito questi soggetti hanno un funzionamento nevrotico, disponendo di un vissuto di Sé sufficientemente coeso, anche se inadeguato. Per fascia nevrotica intendiamo in particolar modo soggetti che vivono il proprio funzionamento o i propri sintomi come distonici, cioè fonti di sofferenza, più forti della volontà soggettiva, ma in qualche modo criticati dalla mente consapevole come inadeguati o impropri. Per questo motivo, questi pazienti sono disponibili all'alleanza terapeutica, almeno formalmente, percependosi come portatori di un disagio. Possono rappresentare, se adulti, persone che fanno una richiesta di terapia individuale, poiché sono capaci di farsi portatori di una domanda terapeutica. Ciò non toglie che, pur accettando il loro livello elevato di funzionamento, capace di autocritica, si possa, e si debba, allargare a membri della loro storia d'origine la consultazione, stando per altro attenti anche ai loro giusti bisogni di svincolo (sarà questo il tema portante di Salice 2004).

Se si tratta di soggetti in età evolutiva portati dalle loro famiglie, si riesce abbastanza facilmente a coinvolgerli in percorsi individuali paralleli, utili per rinforzare e rassicurare la loro giovane mente nei processi di individuazione-separazione.

Alcuni casi trattati fra i nostri pazienti però, hanno rivelato nuclei dipendenti o evitanti come cardine di strutture di funzionamento anche molto gravi e sofferenti, giungendo alla terapia con diagnosi di primo asse di tipo psicotico. Per essi, ristabilire l'attaccamento alle figure genitoriali, figure a propria volta spesso sofferenti, ha comportato un importante miglioramento dell'equilibrio psichico.

All'interno di ciascun cluster sono molto frequenti le "contaminazioni" tra tratti dei vari disturbi di personalità. Ad esempio soggetti border del cluster drammatico possono avere importanti tratti

narcisisti e qualche nucleo antisociale. Il cluster è un paradigma di riferimento utile al terapeuta relazionale perché è più facile considerare le connessioni tra uno stile di funzionamento generale (ad esempio ansioso o drammatico) ed un certo stile di accudimento/allevamento.

Ad esempio, gli aspetti carenziali dell'attaccamento evitante, associati eventualmente anche ad alti livelli di disorganizzazione, con fasi caotiche, imprevedibili o minacciose, sembrano dominanti anche nelle storie del cluster A, dove spesso i futuri pazienti si sono difesi autisticamente o paranoicamente, perché allevati da soggetti mentalmente disturbati.

Interessante è sottolineare che lo stile di attaccamento/accudimento non è identificabile con un concetto generico come può essere un clima familiare, prova ne sia il fatto che i fratelli possono presentare tratti riferibili a cluster molto diversi, il che fa supporre che la storia della diade o delle diadi di allevamento sia altamente specifica (Dunn e Plomin).

Radici relazionali del cluster eccentrico/bizzarro

Il caso di Leo ci ha fatto molto riflettere sulla sopracitata distinzione evitante/schizoide. Infatti formalmente sembrava proprio un tipo schizoide, come funzionamento fin dall'infanzia, ma ora, col procedere del lavoro terapeutico con sua madre, appare sempre di più un impulsivo con forti bisogni di accudimento e di contenimento. Riflettendo su questo caso ci siamo appunto interrogati su quanto stabili possano essere considerati i tratti o i disturbi di personalità, dato che sembrano modificarsi nel processo terapeutico, mostrando bisogni infantili primari irrisolti. Anche nel caso di Alfio, paziente schizofrenico con personalità nettamente schizoide e paranoide, il successo della terapia familiare lo sposta verso il quadro evitante del ragazzo solitario che fa grandi sforzi per socializzare.

I soggetti di questo cluster hanno avuto un attaccamento spesso trascurante da parte della figura materna, che appare stranamente incompetente a sintonizzarsi con i bisogni profondi dei figli, i quali, anche se formalmente accuditi, tanto che nessuno all'esterno sospetta trascuratezze, sembrano incapaci di cogliere i propri ed altrui stati psichici, di empatizzare con essi. Nei nostri casi il padre appare spesso una figura distruttiva, non contenuto dalla moglie, la quale, poco empatica coi figli, non realizza la pressione distruttiva del coniuge. Pur criticandolo e disapprovandolo, lo considera un paziente e non lo argina, quasi che per lei il marito e i figli siano sullo stesso livello di autonomia. Facciamo l'ipotesi che questi soggetti, per sfuggire dall'esperienza angosciante di essere soli di fronte alla propria/altrui rabbia, generata dal comportamento ingiusto ad esempio del padre, cui per altro non possono sottrarsi, si ritirino in un mondo di pensieri propri difendendosi dalla frustrazione con una sorta di anestesia psichica e convertano la rabbia in freddezza e disprezzo. Interessante è anche il caso di Federico, la cui madre sembra una donna complessivamente adeguata e non trascurante, che tuttavia ha avuto due figli su due con gravi problemi emotivi fin dall'infanzia, il che fa supporre che ci troviamo di fronte a problemi di non facile identificazione. Parlando a questa donna, ad esempio, mi sono spesso scontrata con bizzarre rigidità, completamente incomprensibili se inquadrare in un soggetto così intelligente e apparentemente adeguato (ad esempio l'ostilità per il fidanzato della figlia, perché figlio di una paziente, quando lei stessa descrive la propria madre come un caso psichiatrico).

Questi pazienti sembrano dipendere più dalle cose e dalla loro costanza che dalle persone, quasi si difendessero dal più instabile mondo relazionale attraverso la prevedibilità del mondo inanimato (computer, la propria stanza, le proprie abitudini ecc.). Dipendono cioè dall'invarianza ambientale e reagiscono con disagio, furia o persecutorietà in tutti i casi in cui le loro aspettative o previsioni vengono alterate. Aspettative e previsioni molto povere e concrete che dimostrano la grave e antica precarietà del mondo interno affettivo. Essendo così fatti, è possibile ipotizzare che tengano anche ad avere un'attività scolastica o lavorativa oggettivamente adeguata, se tenuta in schemi rigidi e prevedibili. La crisi avviene di solito quando le strutture esterne d'ordine cambiano, ad esempio perché passano ad altro ciclo di studi, o nel caso di un cambiamento d'ambiente. In questo caso riducono l'interazione interpersonale al minimo, ma se questo non è sufficiente e non vengono lasciati in pace, crollano. Raramente fanno legami affettivi e prediligono la solitudine. Possono essere oggetto di cure da parte di persone con la sindrome "io ti salverò" che tuttavia alla lunga divengono reattive perché frustrate e quindi abbandonano o sono abbandonate. Alcuni genitori (padri) che sembrano appartenere a questo gruppo sembrano vivere in una sorta di mondo parallelo, dove la genitorialità sembra non riguardarli, affiancati da partner infelici e lamentosi che non riescono a smuoverli (il padre di Cesare).

In questo clima di deprivazione affettiva caratterizzata dall'evitamento o dalla distonia emotiva, il bambino, spesso dotato intellettivamente, è allevato con schemi rigidi (il "dover essere" della

famiglia di Federico, le cure sanitarie per l'epilessia di Cesare), come una cosa meccanica, da figure di accudimento che hanno altro da pensare, prese da proprie priorità. Spesso sentono il legame col bambino come un dovere da sbrigare nel modo più spiccio o come un compito pedagogico che serve a confermarle nel loro ruolo di buon genitore. Essendo prese dalle proprie priorità non si pongono come interlocutorie. Episodicamente la depressiva stabilità carenziale è interrotta da attacchi incongrui e paralizzanti (ad esempio dal padre) che non ricevono difesa o condivisione da alcuno.

Poggiandosi sulla propria giovane mente capace di autostimolarsi con attività ripetitive/sedative, e sfruttando gli apprendimenti legati alla formalità dell'allevamento, il bambino impara a difendersi controllando l'ambiente e ritirandosi nei suoi pensieri. Così il panico suscitato dagli attacchi viene elicitato dalla coscienza, specie per ciò che riguarda l'emozione dolorosa, nel tentativo di fabbricare un mondo in cui le "brutte cose" non esistono (non succedono) o possono essere dimenticate.

Queste persone non chiedono aiuto temendo il coinvolgimento terapeutico, e se la famiglia è anaffettiva, non è in grado di attivarsi. Quando la struttura difensiva non tiene, costoro possono precipitare in forme psicopatologiche gravi, di Asse I, dove solitamente sono soggetti a diagnosi di schizofrenia con sintomi negativi, caratterizzata da ritiro, passività, isolamento o, come nel meno grave caso di Federico, in depressione, dismorfofobia, disturbo ossessivo-compulsivo. A tratti possono apparire crisi d'ira violenta e pericolosa che squarciano l'apatia generalizzata come nel caso di Leo.

In situazioni di presa in carico istituzionale (ricovero) funziona un approccio quieto, prevedibile, lievemente maternante, che opera un lento scongelamento della difesa. L'obiettivo, nei casi più gravi, può essere una modesta mobilitazione affettiva, ma non una riabilitazione sociale completa.

SCHIZOIDE

Nucleo della definizione: distacco e freddezza

CAUSE

Attaccamento evitante passivo. La Benjamin parla di famiglia fredda e formale, dove l'allevamento del figlio è un faticoso dovere. Chiara la corrispondenza con il concetto di madre evitante della teoria dell'attaccamento. Quindi madre sovraccarica, depressa, o coinvolta in altre problematiche e padre non compensatorio. Non altre figure di riferimento.

LINEE GUIDA DELLA TERAPIA

Attivare una qualche forma di legame affettivo tra il paziente ed almeno un membro della sua famiglia, ad esempio rimuovendo i pesi che sovraccaricano la madre.

Cercare di coinvolgere il paziente nella relazione con il terapeuta.

Formati terapeutici più allargati possibile in fase iniziale; quando poi un qualche aggancio è avvenuto, ad esempio con un genitore, procedere con sedute individuali per sostenerlo ad essere una risorsa. Possibile una specifica indicazione per le terapie di gruppo.

NOTE

Diagnosi molto rara nella forma completa. Diagnosi differenziale difficile con l'evitante: considerare che lo schizoide non mostra manifestazioni ansiose indicative di ambivalenza tra desiderio e timore del rapporto, quanto piuttosto distacco.

Queste persone non riescono né a coinvolgere affettivamente né a coinvolgersi.

Sorrentino sostiene che con tutti i pazienti del versante autarchico occorre dare (o far dare dai familiari) prima accudimento e solo successivamente regole, che non appaiono immediatamente necessarie visto lo stato di pseudo adattamento.

Il massimo dell'autarchia è l'autismo, forma che compare precocemente o, nell'adulto, in stadi di sofferenza profonda e disperata.

PARANOIDE

Nucleo della definizione: distacco + diffidenza e sospettosità

CAUSE

Come lo schizoide, ma in aggiunta c'è un genitore, di solito il padre, con tratti distruttivi/sadici che dà corpo a vissuti di rabbia, proiettata sui "persecutori". La rabbia dà maggiore consistenza emotiva al mondo psichico, rispetto vuoto e all'assenza del nucleo schizoide. Il paranoide essendo stato precocemente affidato alle proprie risorse è stato anche valorizzato come competente. Non è solo capro espiatorio.

LINEE GUIDA

Vivono spesso il terapeuta individuale come reincarnazione del genitore sadico, ma è molto difficile ne possano prendere coscienza. Di fatto sono sospettosi con lui e non accolgono, se non dopo lunga pazienza, gli intenti terapeutici

Soggetto più attivo che si è evoluto psicologicamente più dello schizoide, nella percezione sé/altro. Presenta difese di scissione e proiezione massiva dei vissuti negativi, descrivendo se stesso come giusto, buono ed il mondo in generale come ingiusto/cattivo. Può esistere un interregno tra buono e cattivo che è abitato da persone non messe a fuoco, non oggetto di proiezioni. Mano a mano che sta male questo mondo libero da proiezioni si logora e si riduce.

Come lo schizoide è caratterizzato da un accudimento distanziante, cioè evitante\disorganizzato, fatto anche oggetto di attacchi imprevedibili da parte di un genitore sadico (il padre), ma anche da eventi traumatici che comportino la perdita degli accudimenti (precoci separazioni, abbandoni, es. kinderheim da bambino di Cesare e Gabriele).

Sembra che il bambino si rifugi nella sua mente leggendo il dentro come luogo sicuro e il fuori come fonte di dolore e frustrazione.

Quando la richiesta ambientale mette in luce l'inaffidabilità, la povertà del nucleo interno (buono) perché il soggetto sperimenta un proprio non essere all'altezza delle proprie aspettative, si ritira ed enfatizza gli aspetti persecutori esterni fino al delirio, così da poter conservare una parvenza di "buono" dentro con un "cattivo" fuori che fa da sfondo. Tenere la scissione a prezzo di proiezioni è indispensabile per conservare un vissuto della propria continuità adeguata.

La terapia richiede una riparazione effettiva, la sospensione degli attacchi e successivamente una integrazione dei propri limiti per superare le proiezioni necessarie a reggere la scissione.

Inizialmente è meglio procedere con formati allargati nei quali il terapeuta, come un testimone, mette in luce gli attacchi e le trascuratezze di cui il paziente è stato fatto oggetto.

SCHIZOTIPICO

Nucleo della definizione: distacco + bizzarria

CAUSE

Attaccamento evitante versus disorganizzato. La famiglia è quella dello schizoide però più caotica e con atteggiamenti di esaltazione del paziente che offrono una base all'aspetto assertivo delle bizzarrie. Il genitore appare un modello illogico, perché spesso incarna lui stesso quello che punisce nel bambino.

Il disturbo schizotipico presenta aspetti deficitari nelle relazioni interpersonali, ma i pensieri appaiono complicati da forme bizzarre e strane (pensiero magico, note eccentriche nel vestiario, negli atteggiamenti caricaturali, nel linguaggio in falsetto, ecc.) come se in queste "bizzarrie" fosse affermato un diritto del soggetto a differenziarsi, ad imporre all'ambiente qualche traccia, seppur distorta, della propria soggettività. Tali espressioni bizzarre non ottengono di solito apprezzamento interpersonale, ma divengono occasione di derisione o di imbarazzo: facilitano l'isolamento del soggetto, ma non lo rendono indifferente agli altri. Sembra un modo negativo di attirare l'attenzione. L'aspettativa dei familiari è che scompaiano queste bizzarrie imbarazzanti che risultano invece difese dal paziente come se fossero il nucleo della propria identità: un modo per essere "visibili" e nello stesso tempo per "castigare" coloro che dovrebbero aver cura di lui. I familiari tendono a subire la bizzarria senza coglierne il significato di messaggio, "rispecchiando" così

inconsiamente il vissuto del paziente che lui è quello bizzarro. La bizzarria ha forse un aspetto narcisistico e forse un altro di difesa dalla disconferma: "tu non esisti". La bizzarria potrebbe essere stata alimentata da brevi fasi dello sviluppo in cui l'ambiente ha enfatizzato aspetti speciali delle persone.

LINEE GUIDA

Come schizoide e paranoide

NOTE

E' considerato una variante della schizofrenia.

Visti pochissimi casi.

Radici relazionali del cluster drammatico

Questo cluster è caratterizzato dall'uso dell'emotività e del comportamento che la segnala, come modalità di espressione di sé e di influenzamento nelle relazioni interpersonali . E' il raggruppamento del Non Controllo Emotivo sebbene suddiviso in vari aspetti (pretese = illeciti legali=antisociale, instabilità interna emozionale, disordine della condotta; eccitamento/depressione=border; scene d'allarme e di ricerca di attenzione, aspetti isterico seduttivi = istrionico; grandiosità/sfruttamento interpersonale = narcisismo).

Il tema del non controllo rimanda all'epoca in cui il controllo viene proposto nello sviluppo (fase del NO) e fa ipotizzare una manovra inconscia di un bambino di due anni che, arrabbiato "fa scenate" e si oppone, un bambino fragile, insicuro, angosciabile. Se appare più lagnoso che combattivo diventerà forse un istrionico, se appare più prepotente, che non vuol sentir ragioni potrebbe diventare antisociale, se viene fatto sentire superiore e speciale potrebbe sviluppare aspetti narcisistici. Se è eccitabile ed angosciabile ad un tempo potrebbe avere un futuro tratto border. L'insicurezza sottostante a queste risposte rimanda ad un legame di attaccamento ambivalente: le esperienze di disorganizzazione dell'attaccamento così significative nelle storie familiari dei futuri pazienti border danno ragione dell'angoscia intensa e distruttiva. Nell'antisociale e narcisista troviamo un attaccamento evitante versus disorganizzato che facilita in questi soggetti il vissuto di poter fare a meno dell'altro, oggetto disprezzabile per la sua inaffidabile capacità di portare conforto. In questo cluster possiamo incontrare tipi di attaccamento molto diversi con i due genitori e altre figure.

Acquisire controllo sui propri impulsi è un'operazione che richiede a) uno stato di relativo benessere (se non hai benessere e quiete, ma sei pressato dall'urgenza del bisogno non riesci/non vuoi controllarti e vivi il controllo eteronomo come violento e ingiusto) b) una persona che ha l'autorità di imporlo ed è interessata a farlo (cosa che raramente hanno avuto le nutrici di questo cluster sia perché fragili = poca autorità, sia perché depresse = non hanno la forza e la voglia di farlo). La persona che insegna controllo deve avere fiducia in se stessa, aver a cuore il bambino, averlo fatto star bene, rendendolo così collaborante e desideroso di compiacerla. Ciò non è avvenuto nelle storie dei nostri pazienti (ne abbiamo tanti) per i più svariati motivi (ogni caso è un esempio). Su questa base le reazioni del bambino oscillano dal panico perché si accorge di essere affidato a persona che non sa/non vuole occuparsi di lui, a vissuti compensatori di potenza sul saper fare a proprio modo, saper provvedere a se stesso, saper sostenere e sopportare la figura di riferimento, saper fare a meno di una figura di riferimento, saper sedurre una figura sostitutiva con le proprie qualità. L'effetto di eccitamento di queste manovre compensatorie è proporzionale al panico che il soggetto sperimenterebbe se non riuscisse ad attivarle e rappresenta l'euforia di essere riuscito a sfuggire ad un vissuto di vuoto e di privazione grazie alle proprie risorse.

Risorse che purtroppo spesso risultano insufficienti ai compiti eccessivi di auto-allevamento o di supporto dei genitori con cui il paziente si misura. Da cui il precipitare nello stato di panico. Tutto ciò dà vita a modelli operativi interni che deflagrano quando i vissuti di autonomia della prima vita adulta richiedono adattamento come espressione di sicurezza interna e di equilibrata regolazione.

ANTISOCIALE

Nucleo della definizione: mancanza di rimorso per la sofferenza inflitta agli altri.

CAUSE

Attaccamento evitante attivo, con note aggressive.

La Benjamin parla di mancanza di regole, il figlio riceve un controllo occasionale spesso violento e/o caricato di biasimo. Vive in un contesto di violenza subita o assistita. Ha interiorizzato la negligenza dei genitori verso di lui. E' stato iper- coinvolto con un vissuto paritario da uno dei genitori, di solito una madre in difficoltà che lo vive come un suo pari.

Le nostre osservazioni cliniche hanno sottolineato anche altri aspetti forse però legati alla frequente sovrapposizione con tratti narcisisti: atteggiamenti di esaltazione da parte di uno o entrambi i genitori, una cultura della competitività familiare e della strumentalità delle relazioni, il rifiuto paterno, l'istigazione materna contro il padre che attizza nel figlio una sindrome di risarcimento che si sposta dal padre alla società.

LINEE GUIDA

La Benjamin sottolinea obiettivi comuni a tutti gli autarchici: creare legame, empatia ed interdipendenza. Specifica anche che questo paziente non risponde alla terapia individuale. Va costretto alla terapia o va trovato uno stratagemma. Più specifico può essere l'obiettivo di favorire una cura per se stessi perché combattere la negligenza/indifferenza del paziente verso se stesso, la sua salute, il suo aspetto ecc. può essere la premessa per una minore indifferenza verso gli altri. Il nostro lavoro familiare ha mirato soprattutto ad aiutare i genitori a vedere le parti sofferenti del figlio, obiettivo generale che però qui è particolarmente cruciale e problematico. Aiutare i genitori a vivere la responsabilità e a dare delle regole in modo non occasionale, né punitivo.

NOTE

Il Gabbard dice che circa il 50% dei carcerati ricade in questa categoria, molti antisociali diventano tossicodipendenti (dal 52% al 65%). L'uso è spesso legato a eccitanti che dilatano il senso di potenza soggettiva.

Altri sintomi comuni sono la depressione di fronte agli insuccessi e la sessualità sadica.

NARCISISTA

Nucleo della definizione: sentimento di essere speciali, superiori. Può avere caratteristiche esplicite (narcisista aperto) o coperte e negate (narcisista ipervigile)

CAUSE

Attaccamento evitante attivo e passivo. Sia Millon che Benjamin (che noi stessi) sottolineano la presenza di un genitore adorante che esalta eccessivamente il figlio (a volte in modo strumentale contro il coniuge) probabilmente in risposta al proprio bisogno narcisistico dei genitori di sentirsi persone speciali che si rispecchiano in un figlio speciale. C'è quindi un combinarsi di trascuratezza ed esaltazione. Tuttavia la Benjamin sottolinea che il narcisista vivrebbe nella perenne minaccia della caduta in disgrazia per la quale sarebbe il primo a disprezzarsi, specialmente nella forma coperta. Il genitore esaltante/strumentale lo riconosce solo nei successi e non è assolutamente disposto a sentir parlare di difficoltà o problemi. L'altro genitore gode dei suoi fallimenti, perché lo vive come antagonista. Di qui un'autarchia di fondo.

LINEE GUIDA

Non diverse da tutto il versante autarchico. La Benjamin parla della necessità di aiutare il paziente ad accettare la sua fallibilità; possiamo pensare che questo sia realizzabile facendolo sentire accettato dal terapeuta ed aiutando i genitori ad accettarlo rendendosi conto dell'uso improprio che hanno fatto delle relazioni col figlio. Anche qui vanno privilegiati i formati e i temi di sfida. L'aggressività è più libera dei bisogni di legame e meglio mobilizzabile in prima istanza. Successivamente è possibile un'apertura empatica da promuovere nelle figure genitoriali.

NOTE

I sintomi più frequenti sono la promiscuità sessuale, i disturbi della sessualità, l'uso di alcool e droghe.

Tra le anoressiche/bulimiche sono frequenti i tratti narcisistici, ma è rarissima la diagnosi completa.

BORDER

Nucleo della diagnosi: impulsività aggressiva ed auto-aggressiva.

CAUSE

Attaccamento ambivalente versus disorganizzato che genera un vissuto polare di Sé (da esser Dio a essere merda).

La Benjamin parla di una famiglia caotica (un disastro al giorno), di esperienze drammatiche di abbandono, di una famiglia che aumenta la dipendenza della figlia/o, della frequente esperienza della sessualizzazione precoce nel rapporto con una persona, di affidamento. Questo spiega la fondamentale esperienza di confusione di piacere nel dolore (vedi ad esempio i tagli autolesionisti) e potenza nell'impotenza.

In maniera non discorde Selvini ha parlato di una basilare instabilità relazionale caratterizzata da continue oscillazioni tra dimensioni relazionali differenti: complicità, distanza, ostilità, protettività inversa, protezione sana (vedi "Vecchi e nuovi padri").

Più in specifico le nostre osservazioni cliniche su femmine ci hanno fatto spesso incontrare una madre turbata e fragile, lei stessa con tratti border ed un padre seduttivo.

Troviamo nelle storie dei nostri pazienti border madri traumatizzate durante la prima infanzia dei figli e portatrici spesso a propria volta di squilibri depressivi di antica data, riconoscibili nella loro infanzia e adolescenza. Esse non sembrano adatte ad allevare figli in generale anche gli altri figli portano segni di malessere), ma collassano ulteriormente proprio durante l'allevamento nei primi anni del figlio futuro paziente a causa di eventi stressanti della loro vita adulta.

I padri, lungi dall'essere una figura di accudimento alternativo, sono spesso coinvolti nella causa del malessere della loro moglie assieme alla famiglia d'origine di questa (tradimenti, crisi lavorative, abbandoni). Possono apparire "triangolanti" i figli chiedendo loro uno schieramento in proprio favore o "competitivi" con loro per le attenzioni del terzo, competizione spesso "vinta" con manovre di fuga e disimpegno.

LINEE GUIDA

La Benjamin parla dell'importanza dell'insight, di validare il trauma subito, di identificare gli eventi passati che portano all'autolesionismo, per aiutare i pazienti a differenziarsi dagli antichi attaccamenti, divorziando dalla figure abusanti interiorizzate, evitando di cadere nella classica trappola: "ti curerò con il mio amore".

La Benjamin sottolinea la centralità del tema dell'autosabotaggio nella vita di queste pazienti e lo lega alla lealtà verso le figure abusanti. Ritengo che questa interpretazione abbia la classica struttura logico-affettiva nella provocazione paradossale e per questo abbia mostrato efficacia clinica. Tuttavia l'autosabotaggio può essere meglio spiegato proprio per la coesistenza disorganizzata di tratti dipendenti ed autarchici nella personalità di queste persone. Un paradossale e simultaneo avere enorme bisogno e non potersi fidare di nessuno.

Le linee guida da noi indicate ruotano sul dare a queste persone anche in un rapporto individuale un sostegno stabile calmante e rassicurante. Si tratta fundamentalmente di combattere tutte le drammatizzazioni negative verso se stessi e verso gli altri, aiutando una migliore integrazione della classica oscillazione affettiva e cognitiva tra idealizzazione e demonizzazione, facendoli anche empatizzare con le vicende tragiche dei genitori

Il formato ideale è quello di un intervento individuale e familiare in parallelo. Tuttavia quando non è praticabile un intervento psicoterapeutico nel senso della riflessione autocritica, vuoi perché il paziente è radicalmente non richiedente, vuoi perché i genitori sono estremamente ostili ed autodifensivi, un modello alternativo può essere allora quello di un lavoro solo psico-educativo con i genitori (cioè si spiega loro il figlio, ma non si parla mai di loro). Si cerca di aggirarne così le difese e le negazioni che possono venir riconosciute assai tardivamente.

NOTE

Errore storico della terapia familiare sembra essere stato quello della erronea estensione a questi casi del protocollo che funziona con i dipendenti: introdurre elementi critici anti-genitori nell'illusorio intento di produrre "liberazione", producendo invece l'effetto perverso di aumentare i circuiti ipercritici e la drammatizzazione ostile. Negli ultimi anni abbiamo invece sperimentato il successo di interventi di confronto con il paziente per spingerlo a rivalutare i genitori comprendendo la loro fragilità e l'utilità per lui di recuperare una dimensione di figlio/figlia, nell'accettazione di quanto di buono i genitori possono dargli per aiutarlo a "riempire le sue valige".

Se in passato gli stessi genitori sono stati carenti, per personalità fragile assommata a difficoltà oggettive esistenziali, possono, nella maturità, fare utili sforzi riparativi (Alice). Sono prevalentemente donne.

ISTRIONICO

Nucleo della definizione: esibizionismo e teatralità.

CAUSE

Attaccamento ambivalente con possibili tracce di disorganizzazione.

La Benjamin dice che la/il figlio è stato amato solo per il suo aspetto esteriore, oppure ha ottenuto attenzione solo con l'essere lamentosa e malaticcia. E' visto cioè per un aspetto parziale di sé, che diventa invasivo della persona tutta. Non pare esserci il fenomeno dell'autosabotaggio ed è quindi più stabilmente dipendente delle border. Anche se esiste la classica dinamica tra sedurre e lasciare che rimanda alla famosa battuta di Groucho Marx "Non m'iscriverei mai ad un club che mi accettasse tra i suoi soci" (cioè, se l'altro s'interessa a me, non vale niente). Sembra che qui il contesto di apprendimento abbia di fatto rinforzato lamenti e capricci come strumenti di pressione.

L'istrionico sembra rappresentare una esperienza di fallimento della dipendenza fisiologica: "bisogna gridare molto per essere sentiti e portare a casa almeno qualcosa" da cui deriva l'esibizione della sofferenza.

Gabbard (1995) scrive "Nel caso della donna con disturbo istrionico, la mancanza di cure materne la induce a rivolgersi al padre. Essa impara precocemente che è necessario civettare e manipolare in modo teatrale ed esibizionistico le proprie emozioni per ottenere le attenzioni paterne".

LINEE GUIDA

La Benjamin parla dell'aiutarla a diventare competente, a pensare, a concentrarsi su un dovere. Formato analogo al border.

NOTE

Nella letteratura c'è molta confusione rispetto a personalità isterica ed a sintomi di conversione (cecità, paralisi) che sono fenomeni assai diversi. Si noti che viene spesso vista come prevalentemente passiva (lagnosa, malata, ecc.). Tuttavia l'osservazione clinica è meno chiara per il frequentissimo sovrapporsi con i tratti border (Gabbard 74% dei casi) e con quelli narcisisti (vedi l'aspetto dell'esibizionismo). Nella nostra osservazione clinica questi casi a tratti misti ci hanno spesso colpiti per la estrema paritarietà delle relazioni primarie.

Sono prevalentemente donne. Sintomi di tentativi di suicidi manipolatori.

Radici relazionali del cluster ansioso

Questo cluster è caratterizzato dal vissuto di preoccupazione dei soggetti. Sono persone che pensano continuamente "E se ... mi sbaglio? Non mi comporto bene? Non sono all'altezza?" ecc.

Sono soggetti caratterizzati dal dubbio su di sé. Ma questo che sembra una grave carenza, mostra rispetto ai cluster precedenti un passaggio più evoluto: c'è una percezione nucleare del Sé (Stern) anche se ferita nel proprio porsi intersoggettivo (Stern) che, non venendo confermato dalle figure di accudimento, genera un cronico vissuto di inadeguatezza.

In questo cluster non appaiono frequentemente i tratti dell'attaccamento disorganizzato, ma dell'attaccamento ansioso ambivalente o evitante sufficientemente strutturati. Questo è vero per le forme tipiche del cluster, mentre nei casi più gravi che stanno dietro a forme psicotiche, gli aspetti di trascuratezza, di scarsa sintonia emotiva dei genitori, fanno pensare a forme di disorganizzazione più croniche e meno drammatiche di quelle del cluster B, ma forse più distruttive.

Da dove proviene perciò questo cronico sentimento d'inadeguatezza che caratterizza i pazienti del cluster? Una possibile causa è data dalla sproporzione tra lo sviluppo e i compiti di inversione dei ruoli che i genitori chiedono a questi figli futuri pazienti. Queste madri spesso si comportano da "sorelle" dei loro figli, chiedono loro di riempire le loro solitudini, di sedare le loro ansie, di dar loro soddisfazione con i loro successi così necessari a migliorare la loro autostima. Questi padri appaiono insensibili ai bisogni di riconoscimento delle loro compagne, che sentendosi sole, si

rivolgono ai figli in cerca di sostegno. Per lo più distanti da questi figli, chiedono loro di stare nelle regole, di non dare problemi. Si stupiscono quando i problemi emergono e pretenderebbero che rapidamente rientrassero. Pensano che la moglie è un'incapace, ma non pensano di dover proteggere i figli. Usano mettere in risalto "benevolmente" i limiti di questa per viverli per confronto più forti e solidi. Padri insicuri pensano più a difendere se stessi che ai compiti genitoriali, aggravando spesso la situazione del figlio con le proprie richieste e aspettative.

La sproporzione del compito rispetto alle forze possedute da questi pazienti, dunque, li rende ansiosi.

Ciascuno poi reagisce all'ansia a suo modo: 1) il dipendente sperimentando la propria insicurezza, incapace di affermare un proprio obiettivo, 2) l'evitante rifiutando di farsene carico e nello stesso tempo temendo il giudizio, 3) l'ossessivo cercando in una rigida regola esterna un "giusto" ancoraggio. Naturalmente se stai "appiccicato" a tua madre perché lei ne ha bisogno, finisci col disprezzarti come una persona senza carattere e non sapere più cosa sei o cosa vuoi veramente. Se eviti il contatto interpersonale, le responsabilità e l'intimità connesse, per paura di essere schiacciato e invaso, sei sempre prigioniero del desiderio e del timore. Se affidi ad un rituale la tua sopravvivenza sarai angosciato per ogni infrazione e ti vivrai schiavo di te stesso. In te è la debolezza perché sei figlio di un genitore che ti ha contagiato con la propria, contagio che tu disprezzi, pur se in modo compassionevole, finendo per pensare molto male di te.

OSSESSIVO-COMPULSIVO

Nucleo della definizione: perfezionismo, sacrificialità, biasimo per gli altri.

CAUSE

Si possono qui ipotizzare due matrici di attaccamento opposto: quelle classicamente evitanti (vedi ad esempio la nostra descrizione dei padri delle anoressiche) e quella ambivalente attivo di persone dipendenti che riescono a riorganizzarsi su difese perfezionistiche e sacrificali.

La Benjamin parla di perfezionismo e rigidità dello stile genitoriale, scarse ricompense e scarso calore (rimanda quindi ad un attaccamento evitante).

Il paziente impara a fare sempre meglio per evitare le critiche. Verso se stesso sviluppa autocontrollo e trascuratezza. Verso gli altri mostra un sottomettersi ed un trincerarsi. Verso gli altri è controllante e critico.

La nostra osservazione li differenzia rispetto ai dipendenti ed evitanti del loro stesso cluster, con cui pure condividono importanti elementi del contesto di apprendimento, per il comparire di forti elementi di responsabilizzazione e parentificazione (ad esempio mediare o consolare tra genitori conflittuali) anche se questa valorizzazione non è ricompensata e non barriera efficacemente l'atteggiamento critico del genitore.

La nostra osservazione ha mostrato che questa sacrificialità spesso si sviluppa come polarizzazione rispetto ad un fratello/sorella più egocentrico.

La stessa dinamica di una precoce responsabilizzazione può spiegare i sentimenti di ansia per l'inevitabile vissuto d'inadeguatezza (ad esempio è impossibile "curare" la madre depressa).

Per evitare le critiche hanno dovuto rinunciare ai loro desideri, risolvono l'ambivalenza tra ostilità nei confronti degli altri e timore della loro disapprovazione, con il controllarsi moltissimo.

LINEE GUIDA

La Benjamin parla di maggiore apertura con se stessi (darsi dei piaceri) e verso gli altri (fiducia). Empatia per se stesso bambino sofferente, riconoscimento ed espressione degli affetti. Va quindi sostenuto nel disvelare sentimenti e desideri.

Occorre essere bene attenti che le interpretazioni non siano vissute come le critiche di un terapeuta ipercompetente (vedi gli scritti storici di Mara Selvini Palazzoli nella terapia individuale delle anoressiche). Conferma e valorizzazione sono quindi le principali linee guida. Si possono allora usare anche delle prescrizioni, ma stando bene attenti che non vadano a produrre un sentimento di fallimento. Non devono quindi interferire con lo sviluppo di una maggiore spontaneità. Formato più collettivo per i soggetti più autarchici, parallelo per i soggetti più dipendenti.

NOTE

Gabbard osserva che chi presenta una sintomatologia ossessiva sull'asse I di solito presenta una personalità dipendente, evitante o istrionica

EVITANTE

Nucleo della definizione: paura estrema del giudizio.

CAUSE

Attaccamento ambivalente passivo.

La Benjamin parla di una forte preoccupazione per l'immagine sociale. La famiglia comunica "Hai dei difetti per cui non puoi piacere che a noi".

Da bambino avrà sperimentato "vergogna" per sue inadeguatezza o incapacità. C'è quindi un'iper criticità del contesto, ma senza quella responsabilizzazione/valorizzazione che si trova invece nel contesto dell'ossessivo.

LINEE GUIDA

Benjamin parla di favorire assertività e socializzazione. Pensiamo ad un formato parallelo individuale, familiare.

NOTE

La Benjamin osserva che queste persone sono soggette a diventare "amanti" o terapeuti per poter avere una intimità pur mantenendo una distanza di sicurezza. L'evitante non è tranquillamente distaccato come lo schizoide e non fa "forzature" per uscire dalla solitudine come il dipendente o il border.

Gabbard osserva che è rara come diagnosi unica. Più spesso abbinata con la dipendenza. C'è una difficile diagnosi differenziale con i narcisisti ipervigili di Gabbard per l'analoga ipersensibilità alla vergogna.

Nel vecchio gergo psicoanalitico venivano chiamati "caratteri fobici".

DIPENDENTE

Nucleo della definizione: incapacità a star solo, a sostenere un conflitto e ad affermare se stesso.

CAUSE

Attaccamento ambivalente attivo o passivo .

Gabbard sostiene che è stata loro trasmessa l'idea che il mondo è pieno di pericoli. Il concetto di "contagio ansioso" da me ripreso nell'articolo sulle depressioni. Anche Benjamin parla di iperprotettività protratta. Una madre ipercoinvolta ed intrusiva implicitamente lo ha fatto sentire incapace. Non c'è criticità esplicita come per evitanti ed ossessivi. Noi abbiamo osservato che il padre solitamente non interviene come separatore nella cosiddetta "diade simbiotica". Un fattore di scompensamento può essere il sopravvenire dell'intolleranza del genitore simbiotico per l'adesività passiva del figlio.

Nel nostro lavoro clinico abbiamo però osservato quadri di dipendenza anche in figli cresciuti in contesti di seria trascuratezza. Sembra allora che in contesti imprevedibili un bambino possa reagire con un'estrema accondiscendenza provocata da ansie abbandoniche.

LINEE GUIDA

La Benjamin parla di aiutare il paziente a differenziarsi, non sottomettersi, essere assertivo, rafforzare la sua competenza, aiutare i genitori a ricompensare i comportamenti indipendenti.

Noi abbiamo parlato di combattere gli atteggiamenti di idealizzazione dei genitori (una sorta di istigazione terapeutica) per sostenere capacità di critica ed auto-affermazione.

Indicazione elettiva per una terapia parallela individuale e familiare. Tuttavia per pazienti ben funzionanti e richiedenti, il formato individuale può essere introdotto in una fase intermedia o finale del trattamento in termini di testimonianza e verifica del lavoro fatto, e non necessariamente come risorsa per il cambiamento attraverso l'autocritica genitoriale.

Come per border, evitanti ed istrionici è possibile abbia successo un trattamento tutto individuale che attiva nel terapeuta una base sicura. Ma in questo caso il trattamento ha inevitabilmente tempi assai lunghi. Per questo la nostra strategia terapeutica punta a valorizzare altre guide: un genitore, un partner.

NOTE

Benjamin parla di un basilare senso di inadeguatezza. Stiamo iniziando a pensare che qualche tratto dipendente caratterizzi tutte le pazienti anoressiche, combinandosi poi, in ordine di probabilità statistica, con tratti ossessivi, borderline, evitanti, narcisisti ed istrionici.

Il paziente dipendente "puro" non è probabilmente mai anoressico e o bulimico. Piuttosto è vittima di qualche setta (Testimoni di Geova). Più passivo del border e dell'istrionico lo è meno solo dell'evitante. Sintomi più comuni sono depressione ed ansia.

Il massimo della dipendenza è il plagio.

Sono prevalentemente donne.

Giugno 2004.