

Estratto da: Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva, a cura di Bruno Bara, Bollati Boringhieri, 2005.

Capitolo 17

I DISTURBI DI PERSONALITA'

Giorgio Rezzonico e Rita Bisanti

17.1 Introduzione

Il DSM-IV-TR (APA, 2000) definisce i disturbi di personalità come “modalità costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi” che si manifestano in modo rigido e non adattivo, causando una “compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva”. Il Manuale specifica che la caratteristica essenziale di un Disturbo di Personalità è un modello costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo e si manifesta in almeno due delle seguenti aree: cognitività, affettività, funzionamento interpersonale o controllo degli impulsi (Criterio A). Questo modello costante risulta inflessibile e pervasivo in un ampio spettro di contesti personali e sociali (Criterio B) e determina disagio clinicamente significativo oppure compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti (Criterio C). Il quadro è stabile e di lunga durata e l'esordio si può far risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta (Criterio D). Il quadro non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale (Criterio E) e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., abuso di droga, farmaci, l'esposizione a una tossina) oppure di una condizione medica generale (per es., un trauma cranico) (Criterio F).

I Disturbi di Personalità sono classificati sull'Asse II del DSM: non vengono considerati pertanto come malattie ma come modalità di funzionamento abituali, seppure rigide. Essi sono distinti in 3 *cluster*: il primo (*cluster A*) include individui che spesso appaiono “strani o eccentrici”; nel *cluster B* rientrano i soggetti che frequentemente appaiono amplificativi, emotivi o imprevedibili; il terzo gruppo, infine, (*cluster C*) include disturbi i cui portatori appaiono spesso ansiosi e paurosi. Sovente si riscontra in un medesimo soggetto la compresenza di Disturbi di Personalità appartenenti a *cluster* diversi.

Prima di entrare nel merito della descrizione dei singoli Disturbi di Personalità è opportuno introdurre una premessa generale relativa all'approccio cognitivista - e in particolare quello di

impronta cognitivo-relazionale - a questo tema. Secondo questa prospettiva i Disturbi di Personalità costituiscono una categoria piuttosto eterogenea, che non a caso viene inserita in Asse II: la costituzione dell'Asse II nasce dall'esigenza di classificare modalità di pensare, sentire e comportarsi che non sono classificabili né come "normalità" – pur se intesa in senso allargato - né come malattia. Si viene pertanto a delineare una categoria particolare, che assume la funzione di contenitore in cui elementi di varia natura vengono collocati senza che - come peraltro il DSM-IV-TR esplicita - vi sia alcuna teoria in grado di dare coerenza a questo materiale, né un modello organizzativo di questa sorta di contenitore. Il risultato è che effettivamente si trovano riuniti sotto la stessa categoria nosografia elementi alquanto eterogenei. Di fatto non esiste una codifica unanime delle categorie dei Disturbi di Personalità: la mancanza di una teoria eziologica ha costretto i clinici a utilizzare le varieguate manifestazioni cliniche per la descrizione delle malattie (Paris, 1996) così come avvenuto inizialmente anche in ambito cognitivista per la descrizione di disturbi di personalità (Pretzer e Beck, 1996). L'insoddisfazione per un approccio "ateoretico" quale quello del DSM è cresciuta nel tempo e sebbene sia condivisa l'esigenza di rigore a livello diagnostico, attualmente quest'ultimo non è più considerato, da molti, come vincolato a un approccio ateoretico (Lenzenweger e Clarkin, 1996).

Alcuni disturbi sembrano essere riconducibili a modalità non flessibili di funzionamento di talune Organizzazioni Cognitive di Personalità: si pensi al Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo, che appare come l'irrigidimento disfunzionale delle modalità di funzionamento dell'Organizzazione Cognitiva di Personalità Ossessiva (Guidano e Liotti, 1983; Guidano, 1987; Reda, 1986; Liotti, 2001).

Altre categorie di Disturbi, come l'Evitante o il Dipendente, richiamano alcune caratteristiche rigide dell'Organizzazione di Personalità di tipo fobico. In altri casi, come nei Disturbi Borderline di Personalità, prevalgono aspetti che ricordano Organizzazioni da Disturbo Alimentare Psicogeno (DAP), pur essendo presenti anche alcune difficoltà di gestione delle emozioni caratteristiche di altre organizzazioni di personalità. Questo discorso può essere ampliato a tutto il *cluster B*, fatto salvo il Disturbo di Personalità antisociale, che in quest'ottica risulterebbe a sé stante.

I disturbi schizoide e schizotipico di personalità (*cluster A*) non presentano la tipologia di cognizioni e strategie comportamentali che si osservano abitualmente nelle Organizzazioni Cognitive di Personalità: le modalità di funzionamento individuale e interpersonale sono riconducibili a disturbi classificati sull'Asse I, in particolare al disturbo schizofreniforme e alla schizofrenia.

Queste considerazioni conducono a valutare come scarsamente utile, nell'ottica cognitivista, la nosografia del DSM-IV-TR relativa a questo genere di disturbi mentali. Appare invece assai

interessante il tentativo d'analizzare, ai fini dell'intervento, gli aspetti del funzionamento cognitivo, emozionale e relazionale tipici di ciascun disturbo.

In questa prospettiva può essere utile pensare agli obiettivi terapeutici nel trattamento dei Disturbi di Personalità in termini di livelli (Sperry, 2003). Nel primo livello vi sono i sintomi; nel secondo le caratteristiche di personalità legate all'ambiente; nel terzo le caratteristiche legate al carattere e al quarto quelle legate al temperamento. Seguendo questa classificazione, i primi due livelli risultano essere i più "facili" da modificare. La psicoterapia ha il suo ambito di efficacia di intervento sul terzo livello mentre l'ultimo relativo al temperamento "è forse il più difficile da modificare". Differenziando tra "stile di personalità" riferito al comportamento *adattivo* e "disturbo di personalità" riferito a un tipo di funzionamento inadeguato che rientra nei criteri diagnostici del DSM, Sperry individua l'obiettivo del trattamento dei DP nel "facilitare lo spostamento del funzionamento da quello tipico del disturbo di personalità a quello caratterizzante lo stile di personalità".

Già nei disturbi dell'Asse I la diagnosi descrittiva risulta poco utile per orientare il trattamento: l'attenzione clinica va rivolta piuttosto alla persona, alle sue peculiarità di funzionamento e a indagare come si sia costruita queste modalità di dare senso a se stessa, agli altri, al mondo, nonché come possano essere gestiti gli itinerari evolutivi. A maggior ragione questo modo d'osservare e d'operare clinico è valido per i Disturbi di Personalità.

Il dibattito sulla validità di un assessment che si radica in modo esclusivo su delle categorie come nel caso del DSM, è acceso in ambito scientifico, in particolare riguardo la necessità, invocata da più voci, riguardo una revisione dell'approccio categoriale a favore di uno dimensionale nella definizione dei DP (Morey et al. 2002). Questo risulta evidente dai numerosi studi effettuati da parte di ricercatori e studiosi negli ultimi anni, volti a sviluppare modelli e strumenti che proponano approcci alternativi, muovendosi all'interno di modelli teorici differenti (Pukrop, 2002; Benjamin, 1996; Westen e Shedler, 1999a, 1999b; Westen, Shedler, Lingardi, 2003)

Un ulteriore aspetto problematico concerne proprio la definizione dei Disturbi di Personalità come modalità *costanti, inflessibili e pervasive* di funzionamento: di fatto - soprattutto nel *cluster B*, ma anche nel *cluster C* - trattamenti cognitivi adeguati possono condurre a modificazioni significative e stabili della personalità in senso positivo, contraddicendo il criterio B del DSM-IV-TR.

L'approccio cognitivo-relazionale ai Disturbi di Personalità si fonda su alcuni presupposti, sulla base dei quali formula le linee-guida di intervento: in primo luogo si assume una visione *olistica* dell'individuo e dei suoi comportamenti, anche problematici, che non possono essere semplificati o

ricondotti a singoli fattori discreti; in secondo luogo si preferisce parlare di *probabile propensione* allo sviluppo di questi disturbi, piuttosto che di determinazione genetica o ambientale; infine si sottolinea la costante e dinamica *modificabilità* del disturbo.

In quest'ottica si propone di considerare i Disturbi di Personalità come *schemi di adattamento disfunzionale* della persona (Millon e Davis, 1996) rispetto all'ambiente esterno, caratterizzati da disturbi comportamentali persistenti nelle relazioni interpersonali e derivati dalla costruzione di modelli operativi interni del sé e delle relazioni con il mondo di tipo disfunzionale. È utile adottare, nell'analisi di questi disturbi, il concetto di *vulnerabilità* individuale, ossia di ipersensibilità derivata dall'interazione, nel corso dello sviluppo, tra fattori biologici e psicosociali, che ha portato all'interiorizzazione di modelli operativi poco funzionali in termini di adattamento (Perris, 1998, 1999). La centralità di tale concetto lo pone inoltre alla base dell'intervento psicoterapeutico secondo una definizione di Disturbi di Personalità come "disturbi comportamentali persistenti nelle relazioni interpersonali". In tale prospettiva il disturbo è considerato all'interno di un processo di costruzione di modelli operativi interni di sé e di sé con l'altro di tipo disfunzionale che concorrono a generare la vulnerabilità che l'individuo sviluppa nel corso della sua vita (Perris, 1998).

In relazione agli aspetti considerati è possibile analizzare alcune caratteristiche di questa categoria eterogenea di disturbi e individuare i temi di fondo da riprendere e utilizzare in terapia. Ancora, sarà possibile notare come nell'esposizione che segue verranno rievocate tematiche proprie delle differenti organizzazioni di personalità, sia sul piano relazionale che di alcuni contenuti di pensiero, non essendo spesso il Disturbo di Personalità altro che l'espressione della disorganizzazione o dello sviluppo in senso rigido dell'Organizzazione Cognitiva di Personalità nelle sue interazioni con l'ambiente.

17.2 *Dal disturbo di personalità al paziente difficile.*

Sulla base delle considerazioni fin qui condotte e nell'ottica operativa dell'intervento psicoterapeutico, diventa inevitabile abbandonare la classificazione descrittiva, per adottare un approccio ai *pazienti difficili* che orienti il terapeuta cognitivista nel predisporre un intervento efficace e mirato rivolto alle modalità disfunzionali di pensare, sentire e relazionarsi con il mondo tipiche di questi pazienti.

Parlare di *paziente difficile* (Perris, 1993) piuttosto che di *paziente con disturbo di personalità* più o meno grave ci consente di porre l'accento sugli aspetti di ordine comportamentale e relazionale che rendono necessaria una presa in carico globale di queste persone: gli effetti pragmatici dei loro comportamenti non coinvolgono esclusivamente le loro famiglie, ma hanno ripercussioni più allargate a livello sociale, che vanno considerate e affrontate in modo adeguato, con interventi che

coinvolgano la loro rete. Le peculiarità relazionali di queste persone rendono complesso l'intervento di chi si prende cura di loro: bassa compliance, trascuratezza, opposizione, richieste di iperaccudimento. I sistemi motivazionali sociali della *cooperazione paritetica* e dell'*attaccamento-accudimento* si presentano con caratteristiche che rendono poco agevole la creazione e il mantenimento di una relazione stabile di aiuto. Quello di *paziente difficile* è dunque un concetto prettamente relazionale: non si tratta di persone in sé "difficili", ma di individui di volta in volta impauriti, sospettosi, egocentrati, in una parola appunto "difficili" per chi, a vario titolo e con diversi ruoli, si sta occupando di loro.

Questa prospettiva viene adottata da Perris (1993), che propone di considerare questi disturbi come patologie del comportamento interpersonale fondate sull'assetto di personalità. La problematicità del funzionamento relazionale e sociale che caratterizza i Disturbi di Personalità può essere considerata un fallimento in termini di adattamento, che può esprimersi in tre modi fondamentali:

- 1) con il ritiro dalle relazioni o il controllo intrusivo dell'altro (es: Disturbo Evitante di Personalità);
- 2) con la tendenza a instaurare relazioni di dipendenza (es: Disturbo Dipendente di Personalità);
- 3) con la creazione di relazioni caotiche e instabili (es: Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Istrionico di Personalità).

In ambito cognitivista, oltre al già citato Perris, diversi sono i contributi che si muovono in questa direzione: tra i più recenti ricordiamo quello di Semerari e Dimaggio (2003), che propongono un modello dove i Disturbi di Personalità sono presentati come sistemi che si auto-organizzano e che mantengono la patologia nel momento presente: per questo motivo gli autori indagano le dinamiche interne di mantenimento attive nel presente, sulle quali intervenire in terapia per promuovere dei cambiamenti, e sono meno interessati a rintracciare le modalità in cui il disturbo si è attivato.

Secondo questi autori gli elementi costitutivi dei disturbi sono identificabili come:

- Un *insieme di stati mentali rigido*, che non si modifica in relazione al contesto, restando invariato e risultando perciò disfunzionale in termini di adattamento. Ogni disturbo presenta un *set* specifico di stati mentali nonché transizioni prevedibili e rigide tra essi.
- Alcune caratteristiche *alterazioni della narrazione* riconducibili a due categorie: povertà e disorganizzazione narrativa.
- Disfunzioni stabili socialmente invalidanti definibili in termini di *deficit* delle *capacità metarappresentative*.
- *Cicli interpersonali disfunzionali*, che agiscono nel concreto delle relazioni in modo tale che determinati schemi interpersonali - le strutture mentali che contengono rappresentazioni della relazione sé/altri - si perpetuino e si automantengano. Essi spingono l'altro a

comportarsi in modo corrispondente allo schema di relazione interpersonale negativa, ad esempio infelice, che il soggetto ha consolidato, così da confermarlo.

- Disfunzioni nei processi di *valutazione e scelta*.
- Problemi nella regolazione dell'autostima.

L'analisi di Semerari e Dimaggio si concentra su un aspetto in particolare, ritenuto essenziale per il mantenimento del Disturbo di Personalità: si tratta della carenza di abilità psicologiche che potrebbero invalidare le aspettative relazionali che si sono sviluppate in senso patologico. Tali abilità, differenziate e interrelate, costituiscono sottofunzioni della più generale funzione metarappresentazionale. Essa può essere suddivisa in tre aree costantemente impiegate nella comprensione e nella gestione degli stati mentali:

- 1) *Processi autoriflessivi*. Si tratta della sottofunzione che consente di avere la consapevolezza del possesso e dell'attuale condizione dei propri stati interni e di formulare ipotesi su ciò che li ha determinati o che può modificarli.
- 2) *Comprensione della mente altrui*. Questa funzione permette di riconoscere all'altro una mente personale e distinta dalla propria, nonché di ipotizzarne - ammettendo la natura ipotetica della propria inferenza - lo stato interno e le variabili che lo potrebbero influenzare.
- 3) *Mastery*, ossia la sottofunzione che permette di assumere un atteggiamento volto alla risoluzione dei problemi intrapsichici e interpersonali, attraverso una serie di strategie d'autoregolazione che si riflettono sul piano della condotta interpersonale.

Nei differenti Disturbi di Personalità si osservano alterazioni caratteristiche di alcune di queste funzioni, il cui esito emerge chiaramente a livello interpersonale: si pensi, ad esempio, a come il mancato riconoscimento della natura ipotetica delle proprie inferenze sullo stato mentale altrui (punto 2) possa promuovere cicli interpersonali che mantengono il Disturbo Paranoide di Personalità. Per questo motivo si ritiene strettamente necessaria, nel lavoro clinico con questi pazienti, la valutazione clinica del deficit e della conseguente tendenza sistematica a rappresentarsi con difficoltà la mente del terapeuta e a instaurare cicli interpersonali decisamente problematici per il funzionamento della relazione terapeutica.

In precedenza Beck e Freeman (1990) hanno condotto la loro analisi sulla base dei *profili cognitivi* distintivi di questi disturbi: tali profili comprendono il *concetto di sé*, il *concetto degli altri* e le *convinzioni negative* disfunzionali che promuovono le *strategie di base* comportamentali e relazionali. Vengono individuati, in particolare, gli schemi - definiti come strutture di conoscenza che selezionano e sintetizzano i dati - che risultano ipersviluppati e quelli che al contrario sono tipicamente ipotrofici. Ciò che si osserva a livello comportamentale e relazionale è appunto l'esito

della mancata compensazione dei primi da parte dei secondi. Ogni schema infatti orienta decisamente la lettura degli eventi, assegnando a essi di volta in volta un particolare significato. A partire da questo s'innescava quella che gli autori descrivono come reazione a catena, che approda all'insieme di comportamenti considerati come manifestazione esterna dei tratti di personalità. In ambito psicopatologico il concetto di schema è stato utilizzato da Beck anche per l'analisi dei disturbi dell'Asse I: secondo tale concettualizzazione in questi disturbi divengono pervasive alcune strutture di conoscenza, che tendono a sostituire o inibire schemi che sarebbero più appropriati in una determinata situazione, che promuoverebbero comportamenti più adattivi. Mentre nei disturbi dell'Asse I questi schemi sovradeterminati si manifestano in modo imponente solo a partire dall'esordio sintomatico e solitamente nelle fasi acute, nei Disturbi di Personalità essi avrebbero un'operatività continua, che procede ininterrotta nel corso dello sviluppo e di tutta la vita dell'individuo. Quando gli schemi sono sovradeterminati e pervasivi la loro soglia di attivazione è molto bassa, ossia si innescano molto facilmente e divengono predominanti, sicché gli schemi che dovrebbero compensarne l'azione vengono decisamente - e con una certa facilità - inibiti. Ogni disturbo può essere pertanto descritto nei termini di un cambiamento cognitivo.

Esisterebbe quindi un legame diretto tra convinzioni e atteggiamenti di base, guidati dagli schemi, da un lato, e comportamenti dall'altro. Ad esempio, alla convinzione di essere indifesi, centrale nel Disturbo Dipendente di Personalità, corrisponde la strategia comportamentale della ricerca continua di una figura accudente e pronta a soccorrere. Ciò vale, con convinzioni specifiche e differenziate, per ciascuno dei Disturbi di Personalità

Le formulazioni di Beck - e più in generale quelle riferibili all'area del cognitivismo standard - mostrano una serie di limiti (Guidano, 1983) in ordine al ruolo delle emozioni e in generale al processo di costruzione della conoscenza personale e dei rapporti di quest'ultima con l'area sociale e culturale, in cui la persona è immersa. Queste teorizzazioni si focalizzano su aspetti specifici del funzionamento della persona, trascurando aspetti essenziali del funzionamento e quelli relativi al contesto interattivo. Tuttavia le tecniche che da essi derivano possono essere utilizzate in modo mirato da una posizione strategica di tipo costruttivista.

L'adozione di un approccio costruttivista nell'analisi dei Disturbi di Personalità consente di avanzare alcune considerazioni utili a orientare gli interventi terapeutici.

Secondo questa prospettiva, l'esperienza della realtà è attivamente costruita da soggetti orientati dal bisogno di dare senso e di rendere controllabile e prevedibile il mondo che li circonda. Ogni conoscenza e ogni osservazione sono autoreferenziali (Guidano, 1988), pertanto non rappresentano una realtà esterna ma la relazione tra un soggetto e l'oggetto della sua osservazione. Nel dare senso

all'esperienza, ogni individuo non solo è guidato da strutture di conoscenza sviluppate nella sua storia personale, ma è anche ancorato alla cultura a cui appartiene, ai gruppi sociali di cui fa parte, dunque a sistemi di valori e di conoscenze storicamente determinati.

Per la costruzione dell'identità personale sono centrali la dimensione simbolica della mente e la capacità di ridescrivere a un livello più astratto l'esperienza vissuta. "E' attraverso la riconfigurazione della propria esperienza in una storia che la molteplicità degli eventi che accadono al singolo possono essere integrati in un senso di permanenza di sé" (Arciero e Guidano, 1999). Secondo Guidano (1991) ciò avviene grazie a un processo di "circolarità senza fine tra l'esperienza immediata di sé – l'"Io" che agisce ed esperisce – e il senso di Sé più astratto ed esplicito che deriva dal riferire a sé quella stessa esperienza (il "Me" che osserva e valuta)". Così l'"Io" che agisce ed esperisce è sempre un passo avanti rispetto alla valutazione della situazione in corso, trasformando il "Me" in un processo continuo di riordinamento e rimodellamento del senso consapevole di sé. In quest'ottica lo strumento principale di intervento è costituito dal processo di autosservazione, che, nella relazione terapeutica, può avvalersi anche di strumenti quali la "moviola", l'ABC, diari di varia natura, compiti a casa, eccetera.

Poiché i Disturbi di Personalità hanno un importante impatto sociale, nella pianificazione del loro trattamento devono essere sviluppate concettualizzazioni e tecniche per affrontare le situazioni micro e macrosociali: pertanto, in un'ottica strategica costruttivista rientreranno anche le tecniche di gestione della famiglia - in genere di tipo sistemico -, dell'equipe e le formulazioni della psicologia sociale e culturale per quanto concerne la concettualizzazione e la costruzione di relazioni con le agenzie significative della società implicate nella gestione del caso, nonché nell'osservazione e valutazione di fenomeni specifici - come può essere la gestione dell'equipe terapeutica (Piccini C., 2005, Lambruschi e Rezzonico 1996, Rezzonico, Ruberti e Bisanti, 1999).

Di fatto l'impostazione bio-psico-sociale è considerata necessaria nello studio e intervento nei Disturbi di Personalità, con implicazioni di rilievo a livello terapeutico in particolare riguardo la pianificazione di trattamenti di tipo integrato, considerati più efficaci con questo tipo di disturbo (Paris, 1996; Linehan, 1993; Gunderson, 2003).

In relazione a questi aspetti, non ha quindi senso chiedersi quanto una conoscenza sia vera in termini di corrispondenza alla realtà, bensì quanto sia funzionale, utile e percorribile.

L'adozione di questa prospettiva ha notevoli implicazioni per l'analisi dei Disturbi di Personalità:

- il *Disturbo di Personalità* è una categoria conoscitiva, una descrizione che abbiamo a disposizione, generata da noi osservatori per finalità mediche e condivisa dalla comunità scientifica medica. Questa definizione non identifica un oggetto con una precisa *natura* da spiegare, natura che determinerebbe ciò che la persona pensa e fa.

Pertanto, una domanda da porsi sarà piuttosto *quanto* la descrizione di un malessere in termini di “disturbo di personalità” sia utile per gli obiettivi che ci poniamo come terapeuti, e *quanto* invece possa impedirci di intravedere altre strade percorribili, rendendo più probabile il cristallizzarsi della situazione di disagio. In altri termini, ci si chiederà in che misura questo tipo di etichetta linguistica ci possa agevolare nell’impostazione di un intervento efficace. Una descrizione “che non funziona” finisce facilmente per consolidare lo stato di malessere; al contrario, una descrizione funzionale a individuare obiettivi di benessere specifici e condivisi permette d’orientare gli interventi in questa direzione.

- se le modalità di funzionamento mentale e relazionale del paziente vengono descritte come sintomi, ossia come conseguenze in qualche modo osservabili di “come è lui”, o di come è la sua personalità, esse tenderanno a orientare alla conferma della diagnosi di Disturbo di Personalità, in un circolo vizioso che si automantiene. Più utile sarebbe considerarle come comportamenti messi in atto in relazione a specifiche circostanze: l’operazione del contestualizzare consente di mettere in luce il *sensò* che un comportamento socialmente inadeguato assume in una determinata situazione e di operare per modificarlo. In questo senso più che parlare di “deficit metacognitivi”, che rimanda a uno stato carenziale o di assenza di funzioni, sarebbe più opportuno parlare di *inibizioni cognitive*, intendendo con ciò che le emozioni innescate da cicli problematici relazionali impediscono o interferiscono con il dispiegarsi di tali capacità.
- una parte fondamentale dell’intervento terapeutico consiste proprio nel cercare di *decostruire* le narrazioni disfunzionali che il paziente ha consolidato e le descrizioni di sé con cui si presenta. Il senso che egli attribuisce alla propria esperienza ha favorito il disagio e lo mantiene nel momento attuale, in quanto non gli permette di intuire percorsi evolutivi. Scopo dell’intervento terapeutico è dunque quello di decostruire le narrative non più utili e di costruire narrative alternative più funzionali (Meier, 1995; Gergen, Hoffman, Anderson, 1996;). L’impegno consiste nel rintracciare un nuovo *significato condiviso* delle esperienze vissute, che apra prospettive evolutive visibili sia al paziente e alla sua rete di relazioni che al terapeuta. Si tratta di offrire la possibilità di un’autoriflessione e di presentare alternative per quelle realtà già costituite e cristallizzate che imprigionano le persone (Armezzani, 2002).

A cosa servono quindi la diagnosi e la conoscenza della storia personale del soggetto? La diagnosi è utile come comunicazione fra specialisti, ma non molto di più. In taluni casi può contribuire a orientare l’iniziale assetto relazionale del terapeuta: ad esempio, può favorire una particolare

attenzione agli aspetti formali nel caso di un individuo con diagnosi di Disturbo di Personalità Paranoide o Ossessivo-Compulsivo. La raccolta della storia di sviluppo servirà al terapeuta per avviare un'iniziale conoscenza della persona e quindi lo faciliterà nell'assunzione di un adeguato assetto relazionale, stimolando inoltre la curiosità per i processi di costruzione di significato e della narrativa del paziente (Veglia, 1999).

Va rilevata l'attenzione agli aspetti relazionali che emerge nelle analisi degli autori che si rifanno a questo approccio.

Infine, sul piano relazionale, sottolineiamo l'importanza dell'organizzazione cognitiva di significato personale di cui i Disturbi di Personalità sono espressione. E' l'organizzazione di personalità che influenza l'assetto base relazionale del soggetto.

17.3 Una panoramica sui differenti "Disturbi di Personalità"

In questo paragrafo verranno illustrati i singoli disturbi, con una particolare attenzione al processo di costruzione condivisa di senso ma anche alla gestione della relazione sia con i pazienti sia con altri interlocutori a livello sociale più allargato.

Nella descrizione dei Disturbi di Personalità che segue ci si adeguerà in parte al sistema di classificazione più diffuso e condiviso, integrandolo con conoscenze di ambito cognitivista e costruttivista. Accanto ai Disturbi di Personalità presenti nel DSM-IV-TR sarà dedicata una parte ad altri tipi di personalità difficili descritti in letteratura ma che non rientrano attualmente nella nosografia ufficiale.

L'attenzione sui disturbi, se da un lato permette di descriverli, dall'altro rischia di condurre a formulare rappresentazioni dei pazienti stereotipate e convenzionali. Soltanto cercando di "entrare nella mente dell'altro" e di comprendere il suo punto di vista è possibile cogliere il senso che può avere avuto per lui sviluppare un particolare modo di leggere la realtà, che nel momento attuale genera sofferenza.

Siamo convinti che la nosografia ufficiale relativa ai Disturbi di Personalità sia un'elencazione dal valore puramente descrittivo: qui viene ripresa allo scopo di enucleare alcune caratteristiche per fornire quindi orientamenti e spunti in merito alla relazione. Le indicazioni - orientative e non esaustive - che verranno proposte rispetto alla relazione rappresentano l'interfaccia necessaria per poter mettere in pratica le diverse conoscenze e tecniche all'interno della cornice costituita dall'approccio strategico costruttivista. Esso valorizza la conoscenza del funzionamento globale della persona e del suo modo di generare senso, che nel caso di molti Disturbi di Personalità si embrica nel contesto micro e macrosociale.

Ci si può interrogare sul perché i Disturbi di Personalità siano “esplosi” negli ultimi anni. Una parte di questo fenomeno può essere ricondotto alla modifica dei sistemi di classificazione, ossia a una diagnostica attualmente più “raffinata” rispetto a qualche anno fa. Si sono inoltre verificati nel giro di pochi anni alcuni fenomeni di trasformazione sociale, che hanno inciso direttamente sull’espressività del disagio psichico e sul senso dell’identità personale (Arciero, 2002). Possiamo affermare che per certi versi i Disturbi di Personalità rappresentino lo specchio della nostra società, l’immagine di noi che ci guardiamo nello specchio. Per questo se il cosiddetto “disturbo”, oltre ad essere “soggettivizzato”, viene anche ricompreso nella sua dimensione sociale – disarticolazione sociale percepita, molteplicità dei modelli di riferimento, velocità di sostituzione di questi modelli, modifiche dell’organizzazione micro e macrosociale, globalizzazione, canali e caratteristiche dell’informazione ecc. – si potranno ricavarne importanti indicazioni “normalizzanti” e le conoscenze acquisite potranno costituire la base concettuale di interventi non più rivolti solo all’individuo, ma in grado di coinvolgere le relazioni sia micro che macrosociali.

L’abilità del terapeuta che si occupa di questo tipo di disturbi consiste nel potersi collocare come referente dei diversi punti di vista e nel saper entrare in rapporto col soggetto assumendo, laddove è utile, anche il punto di vista della famiglia e delle varie agenzie significative implicate, cercando un percorso evolutivo sulla base di una laboriosa costruzione condivisa di senso. Ciò implica per il terapeuta non solo la capacità di attivare tali abilità nel trattamento, ma anche la disponibilità e la competenza nel progettare i luoghi, i tempi, le modalità in cui le evenienze terapeutiche potranno avere luogo. Questo discorso può apparire molto complicato: di fatto presenta una modalità per cercare di gestire la complessità del fenomeno. In questo senso l’epistemologia costruttivista offre una chiave agevole per affrontare queste situazioni difficili.

17.3.1 *Disturbo Paranoide di Personalità (F60.0)*

Il Disturbo Paranoide di Personalità si caratterizza per la presenza marcata di due aspetti: in primo luogo la *sfiducia* nelle relazioni interpersonali, che si esprime in atteggiamenti quali il sospettare cattive intenzioni o secondi fini negli altri, mettendone in dubbio la lealtà in ogni situazione, comprese quelle del tutto innocue e meno rischiose. La rappresentazione degli altri come traditori, ambigui manipolatori, capaci di tessere trame e di celare intenzioni malevole dietro un’apparenza innocente, contrasta con la rappresentazione di sé come persona vulnerabile e retta, giusta e continuamente maltrattata.

Secondo Beck e Freeman (1990), che cercano di individuare il tessuto di cognizioni, comportamenti e affetti che sostiene il disturbo, gli schemi che risultano ipertrofici in questo tipo di personalità concernono la vigilanza, la diffidenza e la sospettosità, a fronte di uno sviluppo decisamente scarso degli schemi di serenità, fiducia, accettazione personale.

Sulla base di queste convinzioni centrali, il soggetto sviluppa una serie di ulteriori convinzioni che svolgono la funzione di guida dei comportamenti: una di queste è l'idea di dover sempre diffidare di ciò che appare, "stare in guardia" e andare oltre quello che è detto o mostrato dagli altri, alla ricerca delle loro reali intenzioni nascoste. Beck e Freeman (1990) definisce queste ultime *convinzioni strumentali* o *auto-istruttive*, per la funzione diretta di orientamento all'azione che assumono.

Nell'analisi di questo Disturbo di Personalità condotta da Semerari e Dimaggio (2003) sono evidenziati i deficit metarappresentativi che sostengono il funzionamento di tipo paranoide. Da un lato si riscontrano carenze nella capacità di *decentramento*: questi pazienti analizzano e fanno ipotesi sul funzionamento mentale dei propri interlocutori utilizzando un'ottica egocentrica, che non considera prospettive e modalità alternative di leggere informazioni e dati. Il punto di vista personale è considerato come il solo esistente, e non come uno tra i molti possibili punti di vista. Il secondo aspetto in cui si riscontrano dei deficit è la capacità di *differenziazione* tra mondo interno e realtà esterna: ad esempio, la minaccia non è concepita come un vissuto soggettivo, ma come un aspetto che caratterizza la realtà delle cose.

Si possono evidenziare alcune strategie comportamentali tipiche, finalizzate alla gestione di un mondo – soprattutto relazionale – così rappresentato: per esempio un comportamento ipervigile e un'attenzione minuziosa e costante ai dettagli permettono, nella rappresentazione di questi soggetti, una efficace prevenzione di abusi e maltrattamenti nei loro confronti. Le interpretazioni arbitrarie, l'accusare - rischiando di provocare poi effettivamente l'ostilità degli altri, che invece è già data per esistente - , il sospettare continuamente perdendosi nell'analisi dei dettagli, si presentano come reazioni comportamentali stereotipate e frequenti nella vita di questi soggetti. Le circostanze poco chiare o contraddittorie accentuano queste tendenze comportamentali e divengono situazioni di allarme caratteristiche per questo tipo di personalità.

Un secondo elemento ricorrente in questi pazienti è la *rigidità* che caratterizza il loro modo di stare con gli altri: essi appaiono razionali, freddi, diffidenti, poco inclini a mostrare tenerezza e altre emozioni positive negli scambi relazionali.

Lo stato affettivo prevalente che attraversa tutti gli aspetti finora toccati è costituito da un lato dalla rabbia, legata all'idea del maltrattamento subito e dell'impossibilità di fidarsi degli altri.

Dall'altro, spesso sono presenti stati ansiosi dolorosi, a fronte delle minacce percepite come reali e incombenti.

- *Modalità di gestione della relazione:*

Al fine di favorire una relazione terapeutica tesa alla co-costruzione di senso, proponiamo qui di seguito un'esemplificazione di alcuni aspetti utili all'instaurarsi della relazione di aiuto e che ne prevencono la rottura precoce.

Fare:

- Esprimere chiaramente motivi e intenzioni, in modo da esplicitare che ciò che muove ad agire in un certo modo non è un intento manipolatorio o distruttivo
- Rispettare scrupolosamente le formalità e le regole
- Mantenere un contatto regolare, continuativo
- Fare riferimento esplicito a norme e regolamenti, in modo che risulti chiara l'intenzione di non violare diritti né occupare indebitamente spazi nella vita del paziente
- Concedere qualche "vittoria", scelta oculatamente

Non Fare:

- Non rinunciare a chiarire i malintesi, anzi mostrare l'intenzione ferma di renderli espliciti per poi chiarirli
- Non attaccare l'immagine che il soggetto si è fatto di se stesso
- Nel caso di disguidi o imprevisti (ritardi, necessità di rimandare un appuntamento) non chiedere scusa ma chiarire l'episodio.
- Non discutere di argomenti potenzialmente coinvolgenti e collaterali all'obiettivo terapeutico (ad esempio politica e sport)
- Attenzione a non avallare la sua visione del mondo e delle relazioni

17.3.2 *Disturbo Schizoide di Personalità (F60.1)*

Il disturbo schizoide di personalità per il DSM-IV-TR è un quadro caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e freddezza emotiva, descritta come riduzione della gamma di espressività sia fisica che verbale. L'obiettivo delle personalità schizoidi sembra essere quello dell'isolamento e del raggiungimento di un'assoluta indipendenza dalle relazioni sociali, considerate invischianti, caotiche e soprattutto pericolose per la propria autonomia: l'altro rappresenta l'intrusione che mette a rischio la libertà di azione individuale, e non viene considerato come fonte di gratificazioni e di conferme.

Accanto a questa rappresentazione degli altri, l'idea di sé come persona fondamentale e sola e autosufficiente, capace di agire meglio se lasciata sola e non intralciata da altri, promuove una serie di convinzioni caratteristiche, che si potrebbero così riassumere: “tieni le distanze, non farti coinvolgere”, “io non sono come gli altri, la vita sociale è complicata”, “se mi avvicino, cercheranno di invischiarmi”.

Le situazioni di allarme sono quelle di convivenza e raffronti forzati con altri, che vengono gestite solitamente mediante l'adozione di atteggiamenti visibili di chiusura.

A livello di comportamenti osservabili, al di là di un atteggiamento generalmente impassibile, distaccato, difficile da comprendere, si nota l'indifferenza ai complimenti e alle critiche, ossia il chiaro disinteresse per il giudizio altrui. La compagnia degli altri non viene ricercata spontaneamente, al contrario tendono a non coinvolgersi in attività di gruppo così come di squadra: si osserva infatti una spiccata preferenza alle attività solitarie (Sperry, 2003); le amicizie sono poche e spesso ridotte alla cerchia familiare.

Va posta attenzione alla diagnosi differenziale rispetto al disturbo evitante di personalità, che può dar luogo a comportamenti simili, ma che nascono da presupposti completamente diversi per quanto riguarda la rappresentazione di sé e delle relazioni.

- *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Rispettare il suo bisogno di solitudine, non spingerlo a socializzare in maniera forzata
- Proporre condizioni alla sua portata, in cui si possa sentire a suo agio
- Dare spazio all'espressione del suo mondo interiore
- Apprezzarlo per le sue qualità che tende a celare

Non Fare:

- Non pretendere che esprima emozioni intense
- Non spingerlo a coinvolgersi in conversazioni o in attività che richiedono un contatto sociale per lui eccessivo
- Non lasciare che si isoli completamente

17.3.3 *Disturbo Schizotipico di Personalità (F21)*

Il Disturbo Schizotipico di Personalità è stato distinto da quello Schizoide e da quello Evitante a partire dal DSM III (1980): nelle versioni precedenti del Manuale, questi tre disturbi venivano considerati come un'unica entità denominata Disturbo di Personalità Schizoide.

Il Disturbo Schizotipico presenta una vicinanza evidente con la schizofrenia, tanto che ne è stato proposto lo spostamento dall'Asse II all'Asse I, tra gli "altri disturbi psicotici e schizofrenia". Sulla base di alcune caratteristiche, quali la pervasività e la stabilità, si è poi scelto di mantenerlo tra i Disturbi di Personalità in Asse II. Il Disturbo Schizotipico si colloca su un continuum che va dalla schizofrenia al Disturbo Schizoide di Personalità, pertanto ogni tentativo di suddivisione netta appare arbitrario e non corrisponde a entità nosologiche effettivamente così distinguibili. Secondo il DSM-IV-TR esso è caratterizzato da un quadro di "relazioni sociali ed interpersonali deficitarie, evidenziate da disagio acuto e ridotta capacità riguardanti le relazioni strette, e da distorsioni cognitive e percettive ed eccentricità del comportamento".

A livello generale le persone con questo disturbo mostrano delle modalità di funzionamento eccentriche e stravaganti, con un eloquio particolare pur non essendo incoerente come si rileva in alcuni casi nei disturbi psicotici; anche a livello lavorativo risulta difficile mantenere un lavoro nel tempo - o perché si licenziano o perché vengono licenziati - così come a livello interpersonale mostrano una tendenza all'isolamento sociale (Sperry, 2003).

- *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Accettare con benevolenza le stravaganze, se non eccessive
- Fare attenzione a mantenere l'adeguata distanza relazionale
- Cercare di far verbalizzare il mondo interiore

Non fare:

- Ironizzare eccessivamente sulle sue bizzarrie
- Non trattarlo da "folle"

17.3.4 *Disturbo Antisociale di Personalità (F60.2)*

Il Disturbo Antisociale di Personalità, che viene descritto dal DSM-IV-TR come un "quadro pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri", che si manifesta in forma di attacco più o meno diretto nei loro confronti.

Secondo Beck (1993) la rappresentazione di sé come persona sola e forte, che ha subito delle ingiustizie ed è stata maltrattata (sé vittima), si accompagna a una visione degli altri come sfruttatori, che meritano di essere a loro volta sfruttati, ma anche come soggetti vulnerabili, di cui approfittare il più possibile. L'idea delle relazioni come situazioni agonistiche finalizzate allo sfruttamento si esprime in convinzioni quali "ho bisogno di diventare l'aggressore altrimenti sarò la vittima", e "gli altri vogliono sfruttarmi, perciò ho il diritto di farlo anch'io" (Beck, ibidem). In questo modo la personalità antisociale giustifica comportamenti di infrazione delle regole a danno

degli altri: si tratta, nella sua rappresentazione, di una giusta opportunità di rivalsa dopo le ingiustizie subite, di un'occasione di ottenere ciò che si meriterebbe ma che è stato ingiustamente sottratto.

A questa rappresentazione si accompagna un'emozione di intensa rabbia, lo stato affettivo caratteristico e più frequente in questo disturbo.

Infine riteniamo utile sottolineare che da un punto di vista clinico, soprattutto per le implicazioni a livello di assessment, vi sono aspetti del disturbo che si sovrappongono con quello del Disturbo Borderline di Personalità che non si esauriscono nel fatto di essere classificati entrambi all'interno del medesimo cluster. Infatti se approssimativamente il 75% dei pazienti antisociali sono uomini e il 75% dei pazienti borderline sono donne, approssimativamente il 25% dei pazienti con una delle due diagnosi soddisferanno i criteri per l'altra (Zanarini e Gunderson, 1997). In particolare le sovrapposizioni riguardano l'impulsività e l'aggressività.

- *Modalità di gestione della relazione:*

Beck e Freeman (1990) suggeriscono alcuni atteggiamenti funzionali alla relazione terapeutica.

Fare:

- Mostrare sicurezza in se stessi
- Mostrare uno stile relazionale rilassato e non difensivo
- Risultare attendibile ma non infallibile
- Mostrare un preciso senso dei limiti personali
- Cercare di avviare uno stile cooperativo
- Utilizzare spesso tecniche tipo “vantaggi e svantaggi”

Non fare:

- Lasciarsi suggestionare
- Mostrare eccessivi sospetti
- Adottare atteggiamenti di superiorità, distacco o pietà
- Lasciarsi coinvolgere nelle lotte di potere
- Assumere il ruolo di giudice

17.3.5 *Disturbo Borderline di Personalità (F60.31)*

Il capitolo 18 del presente volume, curato da Antonio Semerari, presenta un'analisi approfondita del Disturbo Borderline di Personalità (DBP), a cui rimandiamo il lettore. Nel presente paragrafo si propongono alcune riflessioni su questo disturbo provenienti dall'area cognitivo-relazionale.

La personalità borderline si contraddistingue per alcuni tratti, indicati in modo sintetico nel DSM-IV-TR; va sottolineato che nessuno di questi è necessariamente sempre presente, in quanto il DBP mostra un'estrema variabilità nelle manifestazioni. Si consideri inoltre che, a fronte di comportamenti inadeguati e gravemente problematici in alcuni settori dell'esistenza, i soggetti con DBP presentano un funzionamento efficace in altri ambiti. Questi aspetti rendono assai complessa la diagnosi.

Il DBP è considerato una delle forme maggiori di disturbo a livello del Sé insieme al disturbo di personalità antisociale e schizoide: una stima riportata da Gunderson (2001) sulla base di dati epidemiologici indica che i DBP sarebbero il 15-20% circa della popolazione dei pazienti degenti e il 10-20% della popolazione di pazienti ambulatoriali.

La caratteristica centrale del DBP è costituita dalla forte instabilità, che si ritrova nelle relazioni interpersonali, nella rappresentazione di sé e a livello emotivo.

Le relazioni interpersonali, in particolare quelle in cui è centrale il sistema motivazionale dell'attaccamento, sono rappresentate con modalità e caratteristiche estreme e scarsamente integrate: pertanto, in queste relazioni il soggetto tende a vivere aspettative irrealistiche e altrettanto estreme e smisurate.

Il concetto di sé è definito in modo poco chiaro e coerente: a livello di comportamento ciò si riflette nella scarsa coordinazione delle azioni e nell'assenza di obiettivi costanti e precisamente definiti. Di fronte a un problema mancano la capacità strategica e di pianificazione che consentirebbero di affrontarlo, e il soggetto si trova in balia di emozioni disturbanti connesse all'incapacità di risolverlo.

La regolazione delle emozioni è difficoltosa e caratterizzata da una marcata impulsività, che dà luogo a reazioni non commisurate alle situazioni e intensamente drammatiche. Nella storia dei soggetti con DBP ricorrono esperienze precoci di rapporto con figure di accudimento tendenti a sminuire l'importanza delle esperienze emotive, e dunque a non gestirle nel modo adeguato. Spesso il paziente con DBP assume a sua volta un atteggiamento denigratorio e punitivo nei confronti delle proprie emozioni, non avendo imparato a decodificarle e ad affrontarle in modo più funzionale.

I modelli operativi interni della relazione sé-altri comprendono una rappresentazione del mondo come malvagio e pericoloso, e di se stessi come individui indifesi e vulnerabili, fondamentalmente inaccettabili e destinati dunque a essere abbandonati dalle figure più vicine: la dipendenza comporta infatti un rischio altissimo di rifiuto, non appena questa "inaccettabilità" venga scoperta. Le persone con DBP si trovano di fronte a un dilemma: convinte di essere relativamente indifese in un mondo ostile e prive di fonti di sicurezza, sono costrette a oscillare tra l'autonomia e la dipendenza senza essere capaci di contare su nessuna delle due.

- *Modalità di gestione della relazione:*

Nella relazione coi pazienti borderline va posta particolare attenzione alla gestione degli aspetti emotivi, in particolare quelli legati all'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento: essa fa emergere rappresentazioni di sé e dell'altro estremizzate, contraddittorie e non integrate, che – se non affrontate in modo adeguato - possono favorire l'interruzione precoce della terapia.

Una parte rilevante dell'intervento terapeutico avrà come obiettivo l'acquisizione della capacità di regolare gli impulsi, in modo che le emozioni non siano agite in modo immediato e senza controllo, ma possano divenire una guida efficace all'azione. Inoltre l'intervento mirerà a far acquisire la capacità di riconoscere e differenziare le emozioni e di modularne l'intensità.

Fare:

- Mostrarsi autorevoli ma accoglienti
- Regolare e rispettare la distanza relazionale e interpersonale
- Esprimere in modo chiaro i motivi e le intenzioni
- Accettare le variazioni del tono dell'umore
- Validare le sue emozioni
- Sottolineare le sue capacità
- Co-costruire e rinforzare il senso di coerenza personale
- Mettere pochi limiti ma cercare di tenerli stabili

Non Fare:

- Minacciare la rottura del rapporto, l'abbandono che il paziente teme di subire da parte delle figure da cui riceve sostegno e protezione
- Discutere quando è emotivamente alterato
- Lasciarsi impressionare dall'instabilità della condotta e dell'umore

17.3.6 *Disturbo istrionico di personalità (F60.4)*

Le personalità istrioniche possono essere descritte a partire dalla loro modalità caratteristica d'espressione, che è stata definita come stile *impressionistico*. Le emozioni sembrano dominare il funzionamento mentale di queste persone che paiono decisamente inclini a farsi guidare dagli aspetti emotivi più che da sistemi di tipo logico-razionale nell'indirizzare e gestire la propria vita. Questo stile caratteristico si manifesta su diversi fronti. Sul piano affettivo, la personalità istrionica presenta la tendenza a drammatizzare l'espressione delle emozioni, che vengono *rappresentate* intensamente e appaiono molto instabili: il DSM-IV-TR a questo proposito fa riferimento a

“un’espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale”. Quest’aspetto si manifesta nello stile dell’eloquio, eccessivamente impressionistico e privo di dettagli.

Lo stato emotivo e il livello d’autostima sono in relazione diretta al grado d’approvazione ricevuta dagli altri, considerati come fonti di consenso, apprezzamento e ammirazione: per ottenere l’attenzione a cui ambiscono, queste persone investono un notevole impegno nelle relazioni, cercando d’intrattenere l’altro, di suscitargli l’interesse e di affascinarlo. La relazione desiderata prevede che egli occupi un ruolo centrale da protagonista e che gli altri svolgano il compito di attenti e affettuosi spettatori.

L’apparente rappresentazione di sé come persona affascinante e degna d’ammirazione contrasta con la convinzione centrale di questa personalità, ovvero quella di essere priva di fascino e bisognosa del consenso altrui per essere felice (Beck, 1990). È una convinzione che potremmo riassumere in questi termini: “Non ci si interessa a me spontaneamente; sedurre è provare il proprio valore. Per farmi largo, devo sedurre, attirare l’attenzione, devo abbagliare e affascinare completamente gli altri”. Le convinzioni che fanno da corollario a questa riguardano il sicuro abbandono e il fallimento personale laddove non ci si dimostri capaci d’affascinare gli altri e dunque di tenerli vicini a sé.

Gli individui con Disturbo Istrionico di Personalità tendono a idealizzare o svalutare in modo esagerato le persone della propria famiglia e a ritenere alcune relazioni più intense e significative di quanto realmente siano: queste strategie cognitive consentono di consolidare la rappresentazione - per questi soggetti indispensabile - di sé come persona valida in quanto in grado di sedurre e di mantenere l’affetto di persone valide.

• *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Evitare l’eccesso e la drammatizzazione nella comunicazione e negli scambi
- Concedere la scena ogni tanto, ma fissare dei limiti
- Mostrare interesse ogni volta che attua un comportamento “normale”
- Aspettarsi di passare, ai suoi occhi, dallo stato di “eroe” a quello di “miserabile” e viceversa

Non Fare:

- Non prendere in giro
- Non lasciarsi turbare dai tentativi di seduzione che sono spesso artificiosi
- Non lasciarsi intenerire o impressionare

17.3.7 *Disturbo Narcisistico di Personalità (F60.8)*

Il Disturbo Narcisistico viene descritto nel DSM-IV-TR come quadro di personalità caratterizzato da un senso pervasivo di grandiosità e dalla pressoché totale mancanza di empatia.

Il concetto di sé è centrato su una sensazione di eccezionalità, una rappresentazione personale come individuo fuori dal comune, unico e decisamente superiore alla media. A questo si accompagnano l'idea di meritare più degli altri e l'aspettativa di ottenere successi eclatanti sia nel campo professionale che nelle relazioni affettive.

Il paziente narcisista ritiene di possedere uno status speciale che lo pone al di sopra della massa (Beck, Freeman, 1990); da qui il suo particolare rapporto con le regole: in quanto individuo "fuori dalla norma" - in senso positivo, di eccellenza - egli coltiva la convinzione di porsi al di sopra delle regole che tutti gli altri sono chiamati a rispettare e di meritare senza dubbio eccezioni e deroghe. Si aspetta dunque le attenzioni particolari e i privilegi che considera dovuti e la cui assenza provoca reazioni di collera e di rabbiosa rivendicazione, in quanto corrisponde a un mancato riconoscimento della propria superiorità.

Il rapporto con gli altri presenta, sia sul piano degli atteggiamenti che dei comportamenti messi in atto, caratteristiche coerenti con le fantasie di grandezza personale. Gli altri sono considerati inferiori e perciò disprezzati. Va sottolineato che, a differenza della personalità antisociale, che vede gli altri come individui spregevoli in quanto sfruttatori, nel caso della personalità narcisista il disprezzo nasce non tanto dalla negatività dell'altro, quanto dall'eccezionale valore di sé.

Le relazioni si contraddistinguono per la scarsa empatia e capacità di farsi coinvolgere o prestare attenzione alle emozioni altrui, unite a un'abilità molto sviluppata di manipolare l'altro per raggiungere i propri scopi.

Beck e Freeman (1990) indicano come schemi ipertrofici nella personalità narcisistica quelli relativi all'autoesaltazione e alla competitività, quest'ultima messa in gioco in particolare con coloro che pretendono di porsi su un piano di parità; d'altro canto si evidenzia un iposviluppo degli schemi che dovrebbero compensare i primi due, ossia gli schemi facenti capo alla collaborazione paritetica, quali partecipazione e identificazione con il gruppo.

Sul piano dell'affettività, l'emozione prevalente è la rabbia, connessa all'assenza dei riconoscimenti attesi di superiorità. Il mancato raggiungimento degli obiettivi di ampliamento della propria sfera di potere, di gloria e di innalzamento di status si accompagna a reazioni di tipo depressivo, caratterizzate in particolare da un marcato senso di fallimento, sconfitta, e soprattutto vergogna: queste emozioni segnalano la centralità assoluta del sistema motivazionale interpersonale agonistico-competitivo.

Le emozioni problematiche per questi pazienti sono quelle legate al sistema dell'attaccamento (Semerari e Dimaggio, 2003): ogni debolezza e ogni richiesta di aiuto sono giudicate inaccettabili in

quanto corrispondenti - nella prospettiva di un'interazione agonistica, che appare sovraordinata - a sottomissione, sconfitta, inferiorità. Vengono piuttosto attivamente coltivati gli aspetti di distacco superiore, legati anche all'idea che l'altro non possa realmente fornire l'aiuto e le attenzioni richieste, in quanto non ne ha le capacità.

Gli aspetti cognitivi e affettivi del disturbo narcisistico vengono ricondotti da Semerari ad alcuni stati mentali tipici: uno *stato grandioso*, corrispondente a temi di eccellenza, superiorità rispetto alla media, non appartenenza alla massa e accompagnato da emozioni di euforia, alta autoefficacia, oppure freddo distacco rispetto agli altri; uno *stato depresso/terrifico*, legato al fallimento, al mancato riconoscimento di superiorità accompagnato da vergogna e paura; uno *stato di vuoto devitalizzato*, dove ogni esperienza emotiva appare sospesa, assente, dove si compie pienamente il distacco dagli altri e l'autostima non è sottoposta a prove e si mantiene perciò inalterata; uno *stato di transizione*, infine, legato alla percezione del rischio di invalidazione o di mancato riconoscimento, minaccioso per l'autostima.

- *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Mostrare approvazione ogni volta che pare sincero
- Spiegargli le reazioni degli altri
- Rispettare scrupolosamente regole e forma
- Fare le critiche indispensabili ed essere molto precisi
- Essere discreti sui propri successi e privilegi

Non Fare:

- Non fare opposizione sistematica
- Essere vigili di fronte ai tentativi di manipolazione
- Non accordare mai favori che non s'intendono rinnovare
- Non aspettarsi gratitudine o riconoscimenti

17.3.8 *Disturbo evitante di personalità (F60.6)*

Il Disturbo Evitante di Personalità è caratterizzato da vissuti d'estraneità nelle relazioni interpersonali, di non appartenenza e d'impossibilità di condivisione. Questi vissuti si legano a una particolare concezione di sé e delle relazioni: il soggetto evitante considera se stesso incapace e incompetente a livello sociale e si vede pertanto predisposto a subire esperienze di rifiuto e umiliazione da parte delle persone che, entrate in relazione lui, possono scoprire la sua profonda inadeguatezza e il suo scarso valore.

L'evitamento è una strategia efficace per tenere a distanza l'altro, così da ostacolare l'emergere ai suoi occhi dei molti difetti che lo porterebbero a essere ferito e rifiutato o a "cadere nel ridicolo". Questa strategia lo conduce anche a sottrarsi a ogni situazione dove sia potenzialmente in gioco una valutazione: l'evitante tende a non assumersi ruoli "visibili" o di responsabilità, nei quali si profili il rischio di un insuccesso; tende piuttosto a ridimensionare le proprie aspettative e ambizioni e a mantenersi in ruoli modesti, o in posti inferiori rispetto alle sue reali capacità.

Procacci e Popolo (2003) mettono in luce la difficoltà di decentramento dal proprio punto di vista che caratterizza queste persone: la sensazione di profonda estraneità e di non appartenenza sperimentata nelle relazioni viene attribuita alla propria inadeguatezza, che immancabilmente l'altro scoprirà avvicinandosi.

Mentre per i soggetti con Disturbo Schizoide esiste un'oggettiva difficoltà nello stabilire relazioni interpersonali e a esse viene preferita la solitudine, negli individui evitanti si riscontra un profondo desiderio d'appartenenza e di legame, accompagnato dalla capacità di avviare delle relazioni: l'evitamento si instaura per la certezza dell'umiliazione che da queste deriva.

Sul piano affettivo, Beck e Freeman (1990) evidenziano come emozione centrale la disforia, descritta come ansia insieme a tristezza, connessa alla continua rinuncia a obiettivi relazionali di vicinanza e condivisione fortemente desiderati. Viene sottolineata anche la difficoltà di monitoraggio degli stati interni sgradevoli e dolorosi, che è descritta come evitamento cognitivo e si pone in linea con la principale strategia adottata a livello sociale da questi pazienti.

- *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Proporre obiettivi di difficoltà progressive
- Dimostrare che il suo parere vi interessa
- Sottolineare che il contraddittorio è ben accetto
- Prima di criticare, iniziare con un apprezzamento generale, poi indirizzare la critica sul comportamento specifico
- Rassicurarlo sulla costanza del vostro sostegno
- Incitarlo a confidarsi

Non Fare:

- Non fare ironia sulle sue intenzioni
- Non lasciare che si sacrifichi

17.3.9 *Disturbo dipendente di personalità (F60.7)*

L'elemento più evidente, sul piano cognitivo-emotivo e comportamentale, del Disturbo Dipendente di Personalità consiste nella ricerca costante di figure protettive, accudenti e incoraggianti, con cui stabilire e mantenere un legame significativo e stabile nel tempo. La persona dipendente persegue questo come suo principale obiettivo sulla base della convinzione di essere un individuo debole e bisognoso, incapace di badare a se stesso e la cui felicità dipende completamente dalla vicinanza di una persona forte e supportiva.

Il sistema motivazionale interpersonale dell'attaccamento è attivo in modo costante: non si innesca – come di solito accade – in relazione a situazioni di pericolo o minaccia, né si disattiva una volta ottenuto l'accudimento e l'aiuto necessari. Piuttosto, il bisogno di protezione costituisce il tema di fondo principale e nel momento in cui viene soddisfatto lascia spazio alla preoccupazione per la perdita della figura che ne garantisce la soddisfazione. Il paziente con Disturbo Dipendente di Personalità teme in modo esagerato rifiuti e perdite e vive con estrema ansia la possibilità della rottura dei legami affettivi. Per questo motivo tende a essere accondiscendente per non dispiacere, sperimenta emozioni di ansia e risentimento se criticato o disapprovato e per essere accettato spesso si presta a sottomettersi o a svolgere compiti poco gratificanti.

Accanto alla convinzione *centrale* (“Sono completamente indifeso”, “Sono tutto solo”) di questo disturbo, Beck e Freeman (1990) menziona alcune convinzioni *condizionate*, connesse all'idea dell'impossibilità di sopravvivere da soli, e le conseguenti convinzioni *strumentali*, che più direttamente orientano il comportamento interpersonale: “Non offendere chi si prende cura di te”, “Sii servile in modo da stringerlo a te”.

Restando a livello comportamentale, osserviamo anche la tendenza a non assumere la responsabilità delle decisioni relative ai diversi settori della propria vita, e a richiedere il supporto altrui per riuscire a compiere qualsiasi scelta.

Progetti autonomi vengono intrapresi con molta fatica, non per incapacità quanto per sfiducia nel proprio giudizio o nelle capacità personali; la strategia che si riscontra più spesso consiste nel seguire la maggioranza.

Secondo Carcione e Conti (2003), la personalità dipendente oscilla tra due stati mentali principali:

- uno *stato di autoefficacia*, in cui prevale un'immagine di sé adeguato, forte e competente. Va sottolineato che, poiché la rappresentazione consolidata di sé è comunque quella di una persona fragile e incapace di cavarsela da sola, questo stato mentale positivo e euforizzante non coincide con il raggiungimento dell'autonomia: è piuttosto legato alla vicinanza rassicurante della persona forte, ossia al consolidarsi del rapporto di dipendenza, che conferisce questa “forza”.

- uno *stato di vuoto terrifico disorganizzato*, dovuto alla rottura della dipendenza, in cui prevale l'opposta immagine di sé (fragile e inadeguato). In questi casi può presentarsi una sintomatologia di tipo depressivo o dissociativo.

A livello metarappresentativo, gli autori evidenziano la difficoltà per questi soggetti di identificare in modo cosciente i propri desideri e obiettivi, presenti ma poco accessibili, se non in presenza di una figura di supporto o di un contesto che svolga questa funzione: a ciò è connesso il senso di incapacità nel prendere decisioni e la necessità di un coordinamento interpersonale costante.

• *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Rinforzare le sue iniziative più che i suoi successi, aiutarlo a minimizzare le sconfitte
- Se chiede un consiglio, prima di rispondere, fargli esprimere il suo punto di vista
- Parlare pure dei propri errori e dubbi in modo aperto e sincero
- Non esitare a chiedergli consigli e aiuto
- Incitare a moltiplicare le attività e a coltivare interessi molteplici
- Far capire che gli altri possono fare delle cose in sua assenza, senza che questo debba essere percepito come un rifiuto

Non Fare:

- Non prendere decisioni al suo posto, non correre in suo soccorso ogni volta che è in difficoltà
- Non criticare direttamente le sue iniziative e i suoi fallimenti
- Non rinforzare i vantaggi secondari della sua dipendenza
- Non prestarsi a incarnare la figura unica e sempre presente a cui si rivolge e da cui dipende

17.3.10 *Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (F60.5)*

Gli aspetti centrali del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità possono essere così descritti:

- *perfezionismo*: esagerata attenzione ai dettagli, alle procedure, alla sistematizzazione e all'organizzazione. Ciò avviene spesso a scapito del risultato finale.
- *ostinazione*: il soggetto appare testardo, insiste ostinatamente affinché le cose siano fatte secondo le sue regole.
- *freddezza* relazionale, disagio nell'esprimere emozioni calorose: spesso appare molto formale, freddo, imbarazzato.

- *dubbio*: disagio nel prendere decisioni, paura di commettere errori; tendenza a tergiversare e a razionalizzare esageratamente.
- *rigore morale*: è estremamente competente, coscienzioso e scrupoloso nel rispetto delle norme morali.

Il bisogno di controllo meticoloso e di attenzione al “fare le cose nel modo giusto” è connesso a una rappresentazione di sé come persona incapace di agire, disorganizzata e disorientata, che soltanto appellandosi a un ordine rigoroso e a solidi sistemi esterni di regole riesce a sopravvivere, evitando di sbagliare in continuazione. Beck e Freeman (1990) identifica, tra gli schemi sviluppati in modo eccessivo nei pazienti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, quelli del controllo, della responsabilità e della sistematizzazione, non adeguatamente bilanciati da spontaneità e giocosità, che risultano appunto ipotrofici. Una delle credenze centrali è che le cose debbano essere fatte perfettamente, in modo corrispondente alle “giuste” procedure, in quanto improvvisazione e spontaneità portano sempre a cattivi risultati. Quanto alla responsabilità, essa si lega all’idea di essere a conoscenza - grazie all’adesione a un sistema di regole o di valori esterno a sé - di quale sia “il meglio” e provare a perseguirlo con tutte le proprie forze e nel modo più meticoloso possibile.

Gli altri sono spesso considerati eccessivamente indulgenti con se stessi, tendenzialmente irresponsabili o incompetenti e per questa loro superficialità e trascuratezza vengono criticati e puniti.

Le situazioni più problematiche che creano allarme riguardano la perdita del controllo sugli eventi, come avviene nelle occasioni nuove, impreviste, che stravolgono ritmi e procedure abituali. Se si presentano situazioni di questo tipo, il soggetto tende a irrigidire ulteriormente le sue consuete strategie: verificare, riverificare, pianificare, dubitare, rimuginare.

Le emozioni che caratterizzano questa modalità di funzionamento sono connesse alla percezione dell’imperfezione propria - pentimento, senso di colpa, depressione - e altrui - disprezzo, castigo, delusione - nonché alla continua aspirazione a standard di perfezione assoluta, vissuta con estrema ansia.

- *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Mostrare apprezzamento per il suo senso dell’ordine e del rigore
- Rispettare il suo bisogno di ordine e organizzazione
- Se del caso, fare delle critiche precise e circostanziate
- Mostrarsi affidabili e prevedibili

- Proporsi come modello imperfetto
- Proporre compiti alla sua portata
- Se dovesse sbagliare, incoraggiarlo

Non Fare:

- Non fare ironia sulle sue “manie”
- Non lasciarsi trascinare nel suo sistema
- Non imbarazzarlo con segni di affetto

17.3.11 *Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato (F60.9)*

In questa categoria il DSM-IV-TR include le “alterazioni del funzionamento della personalità che non soddisfano i criteri per alcuno specifico Disturbo di Personalità”. Il Manuale prevede l’uso di questa categoria anche nel caso in cui il clinico giudichi “che sia appropriato uno specifico Disturbo di Personalità che non è incluso nella Classificazione”, ad esempio nel caso del Disturbo Passivo-Aggressivo di Personalità e del Disturbo Depressivo di Personalità.

a) Disturbo Passivo-Aggressivo di Personalità

Il DSM-IV-TR indica come caratteristiche del Disturbo Passivo-Aggressivo la tendenza negativistica e la resistenza passiva a richieste di prestazioni congrue con il ruolo e i compiti del soggetto. L’atteggiamento verso le autorità è ostile, ma alcuni autori (Beck, 1990) evidenziano come lo stile oppositivo nasconda una ricerca di riconoscimento da parte di queste figure. Risulta centrale, pertanto, il conflitto tra desiderio di mantenere la vicinanza con l’autorità, fonte di conferme e approvazione sociale - aspetto che spinge ad assumere un atteggiamento sottomesso, passivo - e il bisogno di mantenere la propria autonomia, vista minacciata dalle medesime figure - il che spinge a sovvertire l’autorità e a trasgredire alle sue richieste. In altri termini la difficoltà principale consiste per queste persone nel riuscire a bilanciare il bisogno di attaccamento e il timore di intrusione e perdita d’autonomia connesso alla soddisfazione di questo bisogno.

Il concetto di sé come individuo autosufficiente ma potenzialmente bersaglio del controllo e dell’interferenza da parte dell’autorità si accompagna alla visione di un “altro” esigente e intrusivo, ma anche capace di dare sicurezza e approvazione.

Le strategie adottate perseguono l’obiettivo personale di accrescere la propria autonomia opponendosi alle autorità e alle loro regole: da qui l’adozione di comportamenti come il venir meno agli obblighi in modo non sempre evidente ma sistematico. Più concretamente, la personalità passivo-aggressiva resiste in maniera *diretta* trascurando le esigenze degli altri in campo professionale e personale, discutendo esageratamente gli ordini, criticando le figure d’autorità.

Oppone invece una resistenza *indiretta* quando fa “trascinare” le cose, è volutamente inaffidabile, scontrosa, si compiange d’essere incompresa o trattata ingiustamente o disprezzata. Lo stato affettivo prevalente in questi soggetti è la rabbia inespressa (Beck, 1990), che si alterna all’ansia connessa alle situazioni dove possono venire a mancare i riconoscimenti e le conferme desiderate.

- *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Cercare di mostrarsi amabili
- Chiedere la sua opinione ogni volta che è possibile
- Orientarlo a esprimersi direttamente
- Ricordare le regole sociali o professionali

Non Fare:

- Evitare di rimarcare il suo comportamento oppositivo
- Non criticarlo in modo “familiare”
- Non farsi coinvolgere nel gioco delle rappresaglie reciproche

b) Disturbo Depressivo di Personalità

La personalità depressiva presenta una serie di caratteristiche tipiche dell’organizzazione cognitiva corrispondente di personalità, che paiono in questo caso poco flessibili e pertanto disfunzionali sul piano adattivo.

Un aspetto saliente del Disturbo Depressivo di Personalità è rappresentato dal pessimismo che pervade la visione della realtà: il soggetto tende a dare rilievo alle parti buie delle situazioni, a focalizzare più i rischi possibili che le eventuali prospettive evolutive: sopravvaluta l’aspetto negativo, minimizza quello positivo.

Il tema della responsabilità, che rende i soggetti con Organizzazione Cognitiva di Personalità Depressiva affidabili e li porta a valutare gli eventi come risultato delle proprie azioni, nel Disturbo Depressivo di Personalità si declina nei termini di una tendenza netta all’iperresponsabilizzazione: sono frequenti l’assunzione di compiti che spettano ad altri e un richiamo eccessivo al senso del dovere in ogni situazione.

Il tono dell’umore è in prevalenza triste e conduce ad assumere atteggiamenti scontrosi anche in assenza di situazioni sfavorevoli.

Le attività e situazioni considerate abitualmente gradevoli - svaghi, eventi felici - destano poco piacere e scarso interesse (anedonia).

L'atteggiamento verso di sé è di marcata autosvalutazione: il soggetto raramente si sente "all'altezza" delle situazioni che vive e sperimenta sentimenti d'inefficienza o di colpevolezza, non sensibili agli apprezzamenti che riceve.

Difficilmente queste persone chiedono un aiuto di tipo medico-psicologico, per una serie di convinzioni consolidate, tra cui le seguenti:

- Non considerano la loro condizione come una malattia, ma pensano semplicemente che sia una questione di "carattere".
- Arrivano a far fronte ai loro obblighi professionali e familiari, - a fare il loro "dovere" - ma non sentono un altrettanto forte impulso ad affrontare i propri problemi personali.
- Credono al potere della "volontà" per stare meglio. Questa credenza è frequentemente supportata da un ambiente prodigo di consigli coerenti con questa rappresentazione.
- Pensano che la medicina o la psicologia non siano per loro utili, che il loro sia un caso particolare, che confidarsi non serva a nulla.
- Pensano che i farmaci non servano a nulla; che siano droghe e creino dipendenza; che non risolvano la vera causa del problema.
- Sono talmente abituati a sentirsi male che non arrivano a immaginare di potersi sentire bene e di provare sollievo.
- Arrivano a valorizzarsi dandosi un'immagine di sé "forti" rispetto alla malattia, cosa che contrasta con la richiesta di un farmaco che agisca al loro posto.
- Mantenere questa visione di sé e della realtà procura loro alcuni vantaggi secondari: da un lato permette loro di ricevere una maggiore attenzione dall'ambiente che li circonda; dall'altro costituisce un mezzo di pressione per eventualmente colpevolizzare gli altri.

• *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Orientare con domande la sua attenzione sugli aspetti positivi della realtà
- Nel colloquio lasciare spazio a argomenti di conversazione interessanti e vivaci
- Dimostrare loro la propria considerazione e apprezzamento
- Incitare a confidarsi, ad aprirsi

Non Fare:

- Non sollecitare troppo

17.3.12 *Personalità ansiosa*

Le persone con questo tipo di personalità tendono a preoccuparsi troppo frequentemente o con intensità eccessiva in rapporto ai rischi della vita quotidiana che essi stessi o altri significativi possono correre. A questo stato d'animo si associa una componente di attivazione somatica molto evidente, che i pazienti riferiscono come una forte tensione fisica.

La strategia comportamentale da loro ritenuta efficace e dunque adottata consiste nell'innalzare il livello di allarme, in modo da prestare attenzione costante ai rischi, controllare tutte le situazioni, comprese quelle che presentano una pericolosità molto lieve, come eventi poco probabili o poco gravi.

- *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Mostrare che siete affidabili
- Avere un atteggiamento accogliente e accudente
- Definire delicatamente i confini dell'accudimento
- Essere prevedibili

Non Fare:

- Non accondiscendere a richieste eccessive di accudimento
- Non introdurre novità senza preparazione
- Se non con finalità terapeutiche, evitare soggetti di conversazione penosi e ansiogeni
- Non condividere inutilmente i propri stati d'ansia

17.3.13 *Personalità di tipo "A"*

Questa definizione indica personalità che presentano alcuni caratteristici atteggiamenti, in particolare:

- *lotta contro il tempo:* impaziente, preoccupato di andare più forte, compie il massimo delle cose in un tempo limitato, eccessivo nella puntualità, intollerante alla lentezza degli altri.
- *senso di competizione:* tendenza a voler "vincere" nelle situazioni di vita quotidiana, nella conversazione, in attività sportive di svago.
- *impegno nell'azione:* lavora molto, prende le sue attività molto a cuore, trasforma i suoi svaghi in lavori orientati verso uno scopo.

Come risulta evidente dagli aspetti appena ricordati, questo tipo di atteggiamento presenta una serie considerevole di vantaggi sul piano sociale, che si manifestano in particolare in ambito lavorativo o in aree "orientate al compito": queste persone sono molto coinvolte nell'azione,

risultando produttive, ambiziose, combattive in vista dei risultati. Per questo ottengono il rispetto da parte dei loro collaboratori e spesso hanno rapide e brillanti ascensioni di carriera.

L'intensità con cui si presentano questi aspetti si accompagna molto facilmente ad alcuni svantaggi: compiuta una scelta e stabilito un corso d'azione, difficilmente questo tipo di persona sarà disposto a tornare indietro e ridiscutere quanto deciso, anche a costo di perdere. Spesso è per lui molto difficile rallentare i ritmi, cosa che comporta una sottrazione di tempo ed energie alla vita familiare. L'estrema determinazione, che gli fa assumere atteggiamenti autoritari, rende più probabili scontri e conflittualità e non favorisce l'instaurarsi di relazioni di tipo cooperativo.

L'eccesso di stress che queste persone vivono le predispone a problemi di salute.

- *Modalità di gestione della relazione:*

Fare:

- Siate affidabili e precisi
- Mostratevi autorevoli quando esibisce comportamenti marcatamente agonistici
- Mostratevi riflessivi metacomunicando sul suo stile relazionale

Non Fare:

- Non negoziare con lui a “caldo”
- Non lasciarsi coinvolgere in situazioni agonistiche afinalistiche
- Non drammatizzare i conflitti con lui

17.4 *Esemplificazioni cliniche*

In questa parte finale presentiamo tre esemplificazioni cliniche. Il primo caso, quello di Viola, è indicativo non tanto per il successo terapeutico, quanto del fatto che la diagnosi psichiatrica tendente alla definizione di “inguaribilità” è stata disconfermata: tuttavia questo ha comportato importanti disagi a livello microsociale e istituzionale. Il secondo caso è la presentazione di un modello di intervento sul disagio psicosociale che opera da oltre quindici anni: il Centro al Dragonato. Il terzo caso è la presentazione di una complessa attività terapeutico-riabilitativa sui Disturbi di Personalità, in prevalenza per soggetti diagnosticati come borderline, messa in atto in Brianza dalla Cooperativa Il Volo.

17.4.1 *Il caso di Viola*

(diagnosi DSM: disturbo narcisistico di personalità con reazione dissociativa e tratti paranoidei a seguito di eventi stressanti)

Viola, una giovane donna di 29 anni, si presenta in studio per avere una consulenza sulla situazione che sta vivendo: racconta di essere una ragazza madre e di avere da alcuni mesi partorito un bambino. Dopo il parto Viola e sua figlia sono dovute restare in clinica per diverse settimane, per osservazione medica. Viola non era a conoscenza del fatto che entro 10 giorni dalla nascita avrebbe dovuto riconoscere il figlio, presenta domanda in ritardo ma la segnalazione al Tribunale per i Minori era già stata inoltrata. Durante la permanenza in clinica, Viola ha degli screzi con alcuni membri del personale, che influiscono sulla decisione del Tribunale di inviare lei e il figlio in una comunità per ragazze madri. Anche in questo contesto - multietnico - nascono incomprensioni con un operatore, per cui viene predisposto l'allontanamento del bambino. In questo momento Viola decide di chiedere aiuto e si rivolge allo psicoterapeuta.

Parallelamente si instaura una battaglia legale con il Tribunale per i Minori: nonostante il rapporto positivo dello psicoterapeuta, sulla base di una perizia psichiatrica il Tribunale dichiara l'adottabilità del bimbo. Nella perizia psichiatrica viene diagnosticato un Disturbo Narcisistico di Personalità in base al quale si ipotizza l'assenza della capacità genitoriale. Più tardi, sulla base di un ulteriore rapporto dello psicoterapeuta, il Tribunale revocherà questa decisione. Peraltro, tra la dichiarazione di adottabilità e il ricongiungimento tra Viola e il figlio trascorrono 3 anni, in cui il bimbo viene collocato in diversi ambienti e la madre vive in una condizione di grande stress. Ci si può chiedere come ciò sia potuto succedere, tenuto conto che la perizia psichiatrica, secondo la logica medica, era ben fatta e che le decisioni di adattabilità sono in genere ben ponderate. Proviamo a rintracciare il senso partendo dalla storia di vita di Viola.

Viola è figlia unica, con una storia di attaccamento di tipo evitante, con qualche elemento di tipo D da parte della madre. Sviluppa un'Organizzazione Cognitiva di Personalità da Disturbo Alimentare Psicogeno. Fin da molto giovane Viola viene valorizzata per aspetti somatoestetici, oltre che per la sua intelligenza, che le consente un ottimo rendimento scolastico. Già intorno ai 13-14 anni trova modo di guadagnare facendo la modella per riviste di moda per giovani. Ciò le consente di mettere da parte un po' di soldi, per cui intorno ai 16 anni alloggia in un monolocale preso in affitto e a 18 anni, finito il liceo, si compera un piccolo appartamento. In quella fase la sua vita si svolge fra Torino, dove fa la modella, e Parigi, dove fa la pittrice per 6 mesi l'anno. Gira per il mondo e si trova a gestire adeguatamente anche alcune situazioni pericolose, dimostrando notevole autonomia. Il fatto che riesca a sviluppare questo grado di indipendenza, in una situazione in cui i genitori non sono figure di riferimento e di supporto, fa ipotizzare che nel corso dello sviluppo Viola si sia inibita gli aspetti emozionali connessi col sistema motivazionale dell'attaccamento. Non a caso diventa un'"esploratrice con stile evitante" del mondo, si muove con disinvoltura tra Europa e Stati Uniti e non ha un luogo a cui si senta più legata.

Intorno ai 27 anni inizia desiderare di avere un figlio. È indecisa se sia meglio averlo in Italia, in Francia o negli Stati Uniti e cerca informazioni in proposito. In quello stesso periodo avvia una relazione con un ragazzo, che poi scoprirà essere tossicodipendente, che cercherà di "salvare" non riuscendovi. Quando resta incinta, a fronte di questa situazione, Viola decide di affrontare la gravidanza da sola, anche con l'aiuto di un'associazione che assiste le ragazze-madri. In quel periodo legge molti libri su "come si diventa una buona madre" cercando di predisporre nel modo migliore possibile all'accudimento del figlio. Decide di stabilirsi a Torino, sceglie la clinica e inizia il periodo problematico sopra descritto.

Viola si rivolge allo psicoterapeuta chiedendo in primo luogo un rapporto su di lei per il Tribunale e nel contempo le viene consigliata una psicoterapia, che inizia a intraprendere. Nel rapporto peritale viene messo in luce come vi sia stata da parte sua una chiara attenzione a predisporre in modo ragionevole ad accudire e a crescere il figlio. In questa perizia viene anche segnalata la necessità di una psicoterapia volta a integrare schemi e comportamenti adeguati ma ancora da consolidare e a indirizzare in senso evolutivo questi elementi. Nonostante ciò il Tribunale non concede il ricongiungimento con la figlia: il perito del Tribunale sostiene che il fatto che Viola abbia mostrato tanta sollecitudine nel prepararsi a essere madre - ad esempio leggendo molti libri su questo argomento - è indice della sua stessa insicurezza sulla propria capacità genitoriale.

Nonostante tutte queste difficoltà, che le creano un notevole stress, Viola regge, ha un atteggiamento adeguato, non mette in atto comportamenti estremi come il portare via la bambina. In questo periodo inoltre inizia una relazione stabile con un ragazzo, con cui va a convivere.

Dopo circa due anni di psicoterapia Viola ha acquisito effettivamente una buona stabilità sul piano emozionale, ha comportamenti sempre più adeguati, dimostra di avere affrontato in modo ragionevole una situazione estremamente difficile e stressante. A questo punto, e sulla base di una seconda valutazione, il Tribunale concede il ricongiungimento con la figlia di tre anni.

17.4.2 Un modello di intervento: il Centro al Dragonato

Il Centro Al Dragonato

Descriviamo le situazioni riscontrabili lungo il percorso di un utente e della sua famiglia presso il Centro Al Dragonato, così come descritto in Meier (1995) e Rezzonico e Meier (1996). Tale modello è *una* delle possibilità di approccio in chiave costruttivista, e si è sviluppato in un contesto socioculturale definito (Meier e Rezzonico, 1994): con altri contesti, risorse, vincoli e uomini si dispiegheranno altri modelli.

L'invio, l'inviante e il primo colloquio

Il modello e il linguaggio dell'inviante in quanto persona significativa sono indicatori importanti delle aspettative e degli atteggiamenti che possiamo attenderci dalla famiglia inviata. Se l'inviante è il medico curante, le informazioni da lui fornite sulla famiglia e sul paziente rifletteranno le sue idee sulla situazione problematica, il suo livello di ottimismo per quanto riguarda il recupero della persona, oppure la presenza di un'ipotesi consolidata riguardo all'irreversibilità del problema.

Nel primo caso, le richieste riguarderanno le possibilità di formazione e lavoro; che lo psicoterapeuta veda la famiglia per aiutarla a cambiare la situazione; una richiesta di coinvolgimento del segnalato in attività di tempo libero al di fuori della rete assistenziale. Potrebbe esserci anche una richiesta di collaborazione per scalare gli psicofarmaci a seconda dei risultati ottenuti. Nel secondo caso invece la richiesta è di solito quella di contenere il paziente e di fargli trascorrere il tempo durante il giorno, in modo da alleviare l'impegno della famiglia. La richiesta è di non pretendere troppo dal paziente e di fargli svolgere qualche attività protetta, soprattutto nei casi in cui esiste già la richiesta per una pensione o rendita di invalidità. Ci viene spesso chiesto anche di controllare l'assunzione dei farmaci nell'ambito di una terapia a vita e di evitare la famiglia, in quanto non collaborante o perché la madre è disturbante, rendendo quindi auspicabile una «separazione costruttiva».

In entrambi i casi, queste informazioni si rivelano preziose e, soprattutto, entrambe le ipotesi vanno rispettate in quanto soluzioni, spiegazioni, che presumibilmente sono funzionali per tutte le persone coinvolte. Si accetta quindi il linguaggio diagnostico o qualsiasi altra ipotesi fornita al fine di evitare di entrare in simmetria con idee che hanno comunque una loro funzione tranquillizzante ed esplicativa. Si invita la persona interessata a presentarsi al Centro, eventualmente con i familiari, per un primo colloquio definito come un momento di incontro per chiarire la richiesta, le aspettative e l'offerta del Centro. il primo colloquio è un momento fondamentale nel processo di cambiamento verso l'autonomia dell'inviato.

Questo primo impatto deve avvenire nel contesto di un setting il più possibile neutrale, dove il linguaggio deve evitare i preconcetti e soprattutto deve favorire le relazioni funzionali al cambiamento.

il primo colloquio viene condotto dall'assistente sociale che, data la sua funzione, si avvale di una terminologia più «normalizzante» rispetto a quella psichiatrica o psicologica, influenzando di conseguenza la relazione con le persone presenti nel senso della «normalità», in quanto esiste chiarezza sul fatto che si tratta di uno scambio d'informazioni e di esigenze pratiche e reali; e non di un colloquio diagnostico. il ruolo dell'assistente sociale è quello di agganciare le persone significative evitando, nel caso di una situazione cronica, di minacciare i loro preconcetti già consolidati rispetto alla malattia e senza cercare cause che possano colpevolizzare. Laddove s'imbatte in attribuzioni di significato o idee distruttive, tenta di riconnotarle in modo positivo e di capire la sofferenza e le esigenze di tutte le persone significative, non solo quelle dell'utente inviato. In seguito propone delle

soluzioni pratiche e concrete alle richieste indicando, quando ciò si rivela necessario, le persone competenti a soddisfarle. Una volta realizzato l'aggancio tramite la comprensione del disagio e per mezzo di proposte concrete, vengono anticipate sia le richieste sia le regole del Centro.

Per esempio, nell'ambito della descrizione del Centro, si spiega che esso si occupa di quelle persone che, per vari motivi, sono andate in crisi sotto il peso di difficoltà diverse, hanno subito uno scompenso con ricovero in ospedale psichiatrico, e oggi si trovano in uno stato di dipendenza dalla rete assistenziale, dalla farmacoterapia, dalla pensione d'invalidità ecc. Queste persone hanno fondamentalmente due scelte possibili: la prima consiste nel mantenere invariata la loro situazione, se ritengono che ormai non convenga più cambiarla, mentre la seconda consiste nell'intraprendere un cammino verso una maggiore autonomia.

Nel primo caso, il «paziente» può frequentare il laboratorio protetto durante il giorno, dove non esistono pretese e dove, come malato, ha il diritto di comportarsi da invalido rispetto alla situazione di lavoro qualificato, alle relazioni «normali» sociali e via di seguito.

Nel laboratorio protetto, a differenza degli altri posti di lavoro, non si pretendono puntualità, affidabilità e serietà professionale, consci del fatto che un malato non può lavorare veramente. Nel secondo caso, cioè la scelta del cambiamento, la strada è molto più ardua, in quanto si comincia da una posizione di svantaggio, dovendo recuperare il potenziale, le abilità e i ruoli ormai perduti, con tutti i rischi connessi al cambiamento e con la relativa perdita dei vantaggi secondari già acquisiti. In seguito si concorda il programma e si fissano i vari appuntamenti relativi alla scelta effettuata, spiegando che soltanto nello studio dello psichiatra e nel laboratorio protetto si è «pazienti». Negli altri spazi, che sono palestre per la normalizzazione delle strategie e dei ruoli, esistono solo lavoratori, colleghi, soci, clienti e così via. In questo modo si anticipa il fatto, per esempio, che non è il caso di fissare un appuntamento con il datore di lavoro se la persona non si sente ancora in grado di gestire il colloquio da «impiegato» piuttosto che da paziente.

Oltre alle spiegazioni che servono ad anticipare le regole del gioco nei vari contesti, l'assistente sociale, già durante il primo colloquio, evita di trattare l'utente come un invalido che non è in grado di intendere o di scegliere. Anche se egli si comporta o comunica in modo inadeguato, non si lascia convincere dalla sua apparente follia e dall'idea che non c'è niente da fare. Al contrario, interpreta il tutto come una strategia appresa in un ambito di adattamento alle difficoltà del contesto e alla rete assistenziale, sostenuta dal suo ruolo di paziente. Alla persona viene detto che comprendiamo questo suo modo di comportarsi in quanto parte di una sua scelta legittima, in una situazione in cui non conviene comportarsi in modo differente.

Ci si rivolge direttamente alla persona con rispetto, non parlando mai di lui agli altri come se fosse un incapace, evitando di dargli del tu e di parlargli su un tono condiscendente. Non consideriamo una sconfitta personale un eventuale rifiuto a collaborare da parte dell'utente, ed evitiamo di fare ricorso alla diagnosi o al nostro ruolo di «esperti» per coprire il nostro sentimento di impotenza. Entriamo comunque in relazione con la persona che abbiamo di fronte e la consideriamo in grado di intendere, malgrado le sue bizzarrie. Nel caso in cui il comportamento sia nettamente di rifiuto esplicito, amo la nostra sensazione che egli sia stato obbligato a presenziare al colloquio e che dunque capiamo ancor meglio questa sua scelta di non collaborare. Spesso offriamo aiuto ai familiari comunicando all'utente che se lui vorrà darci una mano per capire e cambiare la situazione, sarà sempre il benvenuto, e che per il momento noi continueremo a vedere quella parte della famiglia che chiede aiuto, con o senza di lui. In questo modo accettiamo tutto ciò che ci viene portato nel primo colloquio, valutando il miglior modo per venire in aiuto alle persone coinvolte.

La co-creazione di una realtà socialmente praticabile

Il problema della sofferenza e della dipendenza è un fenomeno complesso al quale il Centro Al Dragonato cerca di fornire una risposta articolata a seconda delle esigenze individuali, valutando accuratamente i bisogni e le problematiche, operando delle scelte fra una molteplicità di soluzioni. Non ci si limita a fornire risposte terapeutiche e psichiatriche utili nella fase di sofferenza acuta, ma vengono messe a disposizione quelle soluzioni sociali e lavorative che sono essenziali per orientare la persona verso livelli evolutivi sempre più autonomi. La dipendenza assistenziale non ha un'unica causa, ma viene *co-creata* nel tempo, in modo complesso, dall'interazione di più fattori. Per questo motivo è necessario affrontare tali problemi nell'ambito di un'équipe interdisciplinare, con spazi relazionali e luoghi ben differenziati, al fine di evitare il rischio, sempre presente nella rete assistenziale, di creare un'«istituzione totale» con connotazioni unicamente terapeutiche e quindi di

malattia psichiatrica. Le connotazioni che vengono trasmesse da qualsiasi struttura e dagli operatori sono determinanti per la persona in difficoltà tanto quanto le ipotesi sulla natura del problema generate dalle persone significative che le stanno attorno.

Per questo motivo, oltre al primo contatto, tutte le sedi del Centro devono collaborare per contribuire alla co-creazione di una realtà più praticabile a livello sociale. Parallelamente all'effetto delle varie palestre lavorative e ricreative nel consolidare e rinforzare significati e conseguenti comportamenti adeguati, è spesso necessario un lavoro terapeutico, individuale o familiare.

La sede terapeutica

Qualora venga riscontrata la necessità di una presa in carico terapeutica, la *sede terapeutica* - per mezzo di psicoterapie individuali e familiari, consulenze psichiatriche e sostegno assistenziale del Servizio sociale - ha il compito di favorire l'autonomia psicologica ed emozionale della persona e di rendere, ai familiari e alle altre persone significative, la serenità necessaria per una qualità di vita soddisfacente per tutti. Oltre a rispondere alle richieste di stretta competenza terapeutica e assistenziale, la sede svolge la funzione di *integrazione* dei vari interventi, creando le condizioni e le premesse necessarie all'eventuale inserimento sociale e lavorativo della persona, valutando i tempi e i modi dello stesso.

Nel caso di *presa in carico globale* il tragitto tipico attraverso le strutture del Centro è rappresentato dall'iniziale assunzione terapeutica dell'utente: qualora vi fosse una situazione di grave crisi, le prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche saranno prevalenti.

Una volta superata tale fase può subentrare l'assistente sociale, per affrontare i problemi più pratici, quali l'alloggio, le entrate finanziarie ecc., fino al momento in cui la persona si sente pronta e motivata ad affrontare il primo passo verso le realtà lavorative e sociali. Già in questa fase i terapeuti devono affrontare il discorso del graduale distacco dalle modalità relazionali proprie della fase di scompensamento, e questo compito viene facilitato a mano a mano che la persona procede verso le altre sedi e fa ricorso alle altre realtà costituite da operatori che posseggono sempre meno il taglio terapeutico-assistenziale.

La psicoterapia

Anche nell'ambito della psicoterapia, il lessico e la relazione sono fondamentali nel superare il contesto di una sede terapeutica con psicologi e psicoterapeuti che operano in un setting con specchio unidirezionale, microfoni e videoregistratori. Lo scopo di ogni seduta, sia individuale che familiare, è quello di co-creare, insieme con le persone significative, dei significati o delle ipotesi funzionali al cambiamento. Oltre al setting terapeutico, il fatto che, esistono «medici» o «terapeuti» definisce l'utente come «paziente» o comunque «persona dipendente»: le ipotesi e i significati saranno quelli basati sulla presunzione (ipotesi) che i problemi siano stati causati da traumi del passato o da malattie. I nostri clienti apprendono bene il loro ruolo e le aspettative tradizionali di un setting terapeutico. Per questo motivo diventano ancora più importanti il modo in cui viene condotta la seduta, il lessico e il tipo di relazione che viene incoraggiata. È soprattutto importante che il terapeuta sappia guardare, al di là del proprio contributo contingente, al percorso dell'utente, orientandolo verso una maggior autonomia rispetto alla relazione terapeutica stessa.

Il compito della sede terapeutica consiste anche nel valutare i tempi dell'utente e della sua famiglia nell'affrontare certi cambiamenti. La prima valutazione concerne in quale misura certi significati o ipotesi circa la propria situazione sono consolidati e fino a che punto potrebbero essere funzionali o meno al cambiamento auspicato. Se la famiglia si trova di fronte a un primo scompensamento le idee e le ipotesi che spiegano il disagio dei suoi membri saranno di nuova formazione. Se si tratta di significati che chiudono piuttosto che aprire le possibilità di recupero, essi sono in questa fase più facilmente sostituibili.

Si suppone infatti che non si siano ancora costituiti troppi vantaggi secondari consolidati e che, presumibilmente, siano tuttora attiva la disponibilità e la fiducia nel tentare le soluzioni da noi suggerite. Bisogna sempre comunque tenere in considerazione questi significati, specialmente se sono stati concordati con l'inviante. Anche quando è già stata proposta una diagnosi, in tale fase si riesce più facilmente a spiegare che si tratta di un modo per inquadrare la situazione attuale, ma che comunque questa può cambiare nel tempo. Si cerca quindi di dare una connotazione di reversibilità e temporaneità all'ipotesi: in tal modo è possibile stabilire una modalità di procedere che vada oltre la diagnosi e verso un cambiamento.

Nel caso di una condizione definita cronica già consolidata nel tempo. Il processo di sostituire i significati attuali con ipotesi più ottimistiche è un lavoro delicato, che richiede una continua valutazione dell'idoneità e dei tempi soggettivi delle persone coinvolte nell'affrontare una nuova strada. In questi casi non si minacciano le persone coinvolte proponendo loro nuove prospettive evolutive, ma piuttosto si rispetta l'equilibrio raggiunto, frenando e richieste di cambiamento, che sono comunque ambivalenti. La psicoterapia serve a coinvolgere e a tranquillizzare le persone significative per l'utente, permettendo così maggiori possibilità di cambiamento nel percorso che l'utente ha intrapreso presso il Centro. Saranno i «fatti» che gradualmente emergono, che potranno cambiare o stimolare nuovi significati intorno al potenziale di recupero dell'utente. Quando non si minacciano le dee consolidate esiste un maggiore spazio di manovra a livello delle azioni quotidiane.

Anche se la frequenza dell'utente presso il Centro viene interpretata dal punto di vista di un malato che frequenta una struttura protetta per invalidi, man mano che passa il tempo, il fatto che l'utente comincia a interpretare più ruoli e si permette relazioni alternative superando in modo graduale il ruolo di paziente, potrà influenzare i significati dei familiari che prima di allora non intravedevano altre possibilità. In questi casi siamo noi i primi a consigliare cautela nell'affrontare questo importante passo verso una maggior autonomia, pur apprezzando i loro sforzi e attribuendo il successo all'ottimo clima di collaborazione instaurato da parte di tutti.

In un numero ridotto di situazioni, quando verificiamo che non conviene incoraggiare nuove idee attorno alle possibilità evolutive dell'utente, in quanto troppo svantaggiato dal tempo (età avanzata) e dalle cure subite, consentiamo una frequenza al Centro per un tempo indeterminato presso il laboratorio protetto e senza alcun programma di integrazione o di riabilitazione. Durante questi anni anche questi casi «cronici» hanno avuto modo di sorprenderci attivando dei cambiamenti inaspettati, per cui tali «pazienti psichiatrici» sono riusciti addirittura ad affrontare la depressione profonda che accompagna la presa di coscienza della propria condizione nei momenti di maggior lucidità. Il rischio di suicidalità in questi momenti è quello che in effetti può frenare nel proporre dei cambiamenti che in fondo non convengono più, nel senso che il rischio o il prezzo da pagare potrebbero superare i vantaggi derivanti dall'acquisizione di una maggiore autonomia.

Lo studio dello psichiatra

Lo studio dello psichiatra rappresenta, nella logica del Centro, un'ulteriore «palestra» per l'utente, un'occasione di apprendimento della gestione adeguata dei diversi servizi. In questo senso, lo psichiatra serve per definire il momento di crisi come tale, fornire aiuto farmacologico se necessario e ridurlo quando possibile, ma soprattutto per far percepire al cliente quali sono i confini del suo intervento. Troppo spesso il medico si sente responsabile di tutte le tappe di un percorso del paziente, dimenticando che l'indiscussa autorevolezza della sua figura ha un'importante influenza sul procedere della persona. Al Centro il ruolo dello psichiatra è volutamente limitato nel tempo e nel setting appropriato, permettendo così una differenziazione fra un momento di bisogno di cure e un momento di recupero di abilità. Diversi anni di lavoro del Centro sul territorio hanno inoltre permesso di istituire un modo alternativo di lavorare con gli psichiatri, sia con quelli che operano nel privato sia con quelli impegnati nel pubblico, e di concordare nuove strategie congiunte.

Compito dello psichiatra è in primo luogo la gestione degli aspetti psicofarmacologici, co-creando con il paziente, a volte anche con la sua famiglia, una condivisione di senso sull'uso, pregi e limiti degli stessi. Spesso si tratta di diminuire i farmaci secondo le indicazioni e i controlli effettuati quotidianamente presso il Centro, o di consolidare, tramite il suo «potere», l'ipotesi che in effetti una diagnosi psichiatrica maggiore non significa irreversibilità. La tentazione di prendersi in carico il paziente in tutti gli aspetti della vita viene superata grazie alle garanzie fornite dall'équipe interdisciplinare, che incentiva il proprio intervento sugli aspetti non medici nell'obiettivo del recupero della persona.

Un esempio indicativo è quello di una ragazza con diagnosi di schizofrenia cronica, proveniente da un reparto psichiatrico, la quale, dopo qualche mese presso l'atelier del Centro, incominciava ad assumere il ruolo di sarta, ad affrontare delle relazioni sociali e, insieme con lo psichiatra, a diminuire il carico farmacologico. Verso il mese di agosto la sua famiglia si preparava per le vacanze annuali di oltre un mese nel Sud Italia, una circostanza, fra l'altro, che in passato aveva contribuito a situazioni di scompenso psicotico. Conoscendo le regole della sartoria (un posto di lavoro con contratto e

quindi Coli. condizioni di lavoro precise), la ragazza si presentò allo psichiatra spiegando che sarebbe voluta andare in vacanza e che non sapeva che fare. Lo psichiatra, opportunamente, le disse che doveva fissare un appuntamento con il datore di lavoro per presentare a lui il problema e con lui verificare le possibilità di soluzione. La ragazza a questo punto cominciò a lusingare lo psichiatra affermando che aveva timore del datore di lavoro e che solo lui, lo psichiatra, poteva capire veramente le sue difficoltà. Più lo psichiatra rimaneva coerente con le sue competenze, spiegando che i problemi di lavoro non erano da affrontarsi nello studio medico, più la ragazza faceva ricorso al suo vecchio ruolo di paziente, ricordando allo psichiatra che solo da poco era fuori dell'ospedale, che ultimamente non dormiva tanto bene, e che anche se era contenta di essere nella sartoria e il suo desiderio era di ritornarvi, gli sforzi che aveva fatto meritavano una tregua; non avrebbe davvero voluto scompensare di nuovo dopo tutto l'aiuto che lui come psichiatra le aveva fornito. In questa situazione, lo psichiatra potrebbe sentirsi incastrato in una pericolosa spirale, e per evitare ulteriori minacce di scompenso potrebbe ricorrere alla certificazione di malattia per giustificare le richieste della ragazza. Così facendo, per ritornare al nostro esempio, non solo rinforzerà il ruolo di malata e giustificherà le strategie e le comunicazioni sintomatiche, ma soprattutto insegnerà al proprio cliente che in fondo, per avere quello che si vuole, il ruolo di paziente può essere molto funzionale anche se comporta una rilevante deresponsabilizzazione.

Inoltre, squalificherà l'autorevolezza del ruolo del datore di lavoro e svaluterà l'importanza del lavoro, privilegiando la richiesta di ferie. Questo modo di procedere è molto «istituzionale» nel senso di non aderente alla realtà esterna. Un domani, la ragazza non saprà come affrontare un datore di lavoro o altre relazioni problematiche, e tenderà sempre a ricorrere allo psichiatra che «aggiusta tutto» mettendo in atto strategie da paziente psichiatrico. In questo caso è meglio far capire che si comprendono sia le difficoltà sia le esigenze di una persona, ma che la vita di ognuno di noi è fatta di compromessi e accomodamenti. Se una persona vuole affrontare una vita «normale», sono proprio questi gli ostacoli, le trappole da superare. Al massimo lo psichiatra potrà suggerire qualche modalità relazionale adeguata per affrontare il datore di lavoro, e così facendo fornirà aiuto alla persona senza ricorrere alla strada più facile, quella delle definizioni psichiatriche per aspetti che di psichiatrico hanno ben poco.

I luoghi di lavoro

Le diverse attività lavorative, gestite da professionisti del rispettivo settore, sono coordinate dal responsabile dell'ufficio di coordinamento delle attività lavorative (UCAL) che assume a tutti gli effetti la funzione di «datore di lavoro».

Gli atelier di lavoro servono sia per l'apprendimento di tecniche di lavoro specifiche alla propria professione, sia come «palestra» nella quale la persona può esercitare il ruolo di impiegato e operaio, limitando sempre di più il ruolo acquisito di paziente. Il fatto che siano operatori professionali e non operatori sanitari a gestire i posti di lavoro favorisce questo aspetto di palestra, che rispecchia il più possibile la realtà lavorativa esterna.

La loro presenza inibisce la tendenza da parte dei lavoratori a utilizzare strategie da «malato» e consente di creare, attraverso la qualità della prestazioni erogate, un ambiente di lavoro serio e professionale. Di fronte allo psicologo e allo psichiatra la persona può presentarsi come paziente, mentre di fronte alla sarta e al meccanico, che propongono come priorità la formazione o la produzione, progressivamente impara un tipo di *conversazione* alternativa più adeguata al luogo di lavoro. La necessità di produrre e rendere i contratti di lavoro con condizioni salariali attraenti e l'ambiente di lavoro professionale, sono aspetti fondamentali per poter pretendere in cambio, dal lavoratore, l'affidabilità in termini di puntualità, rendimento e rispetto delle regole.

il lessico è adatto al contesto, le relazioni confermano ruolo e identità del «lavoratore» e

«impiegato»; piccoli successi e gratificazioni serviranno per consolidare le nuove idee ottimistiche nelle persone coinvolte. Infine, anche l'organizzazione e certe prassi servono per definire il contesto come lavorativo. Il colloquio di lavoro, il contratto, la continua valutazione e soprattutto il pretendere comportamenti adeguati sono momenti fondamentali nel processo riabilitativo lavorativo. Non si ritiene che il lavoro sia la soluzione per una persona che sta male, ma piuttosto che quando la persona comunica di stare minimamente bene, il posto di lavoro possa servire per consolidare idee che vanno oltre la diagnosi.

Il laboratorio protetto

Questo spazio serve a tutte le persone che non sono pronte o non sono decise ad affrontare una strada verso la normalità e verso l'autonomia. Spesso si tratta di situazioni cronicizzate dove la dipendenza assistenziale dell'utente è da tempo consolidata.

In questi casi la richiesta fatta al Centro non è di reintegrazione professionale o sociale, ma piuttosto di presa in carico occupazionale. In altre situazioni l'utente si trova ancora in una fase confusionale profonda, ed è quindi impossibilitato ad adeguarsi a una situazione lavorativa vera e propria, ma ha comunque bisogno di un'attività giornaliera. La richiesta di aiuto viene accolta con l'offerta di trascorrere un periodo presso il laboratorio protetto, in cui la persona non ha nessun impegno né è sottoposta alla pressione di regole e del gioco «lavorative»; può però fruire della possibilità di familiarizzarsi gradualmente con un contesto di lavoro. In questi casi, il lavoro in sé non ha un valore produttivo, e quindi le paghe sono simboliche.

In tale situazione si verificano spesso dei piccoli cambiamenti che nel tempo hanno l'effetto di stimolare l'utente a richiedere aiuto per fare un passo in più. Anche perché, parallelamente alla frequenza presso il laboratorio, continuano il lavoro con la famiglia, i colloqui individuali e i tentativi di agganciare l'utente da parte dell'animatore del Centro ricreativo. Se in questo periodo la persona riesce a stabilire delle relazioni sociali, aumenta la probabilità che l'utente si motivi verso l'altra strada, quella dell'integrazione. Al abitudini apprese e usate nelle istituzioni assistenziali, si nota una graduale accettazione e un adattamento alle nuove regole vigenti nel Centro ricreativo.

I Luoghi del tempo libero

Sotto il profilo delle relazioni sociali un ruolo importante è svolto dal centro ricreativo «Why not?/Perché no? Spazio per il tempo libero», il quale ha la funzione di facilitare il contatto iniziale con la persona e di offrire una modalità di rapporto differente da quella terapeutica o lavorativa. Poiché il Centro ricreativo è un luogo d'incontro che offre la possibilità di partecipare a numerose attività, aperte a tutta la popolazione del territorio, esso rimane un punto di riferimento non assistenziale anche per coloro che hanno terminato il programma presso il Centro. Anche qui l'atteggiamento e le modalità di gestione dell'animatore non sono di tipo assistenziale e l'organizzazione del Centro ricreativo è priva di connotazioni psichiatriche. L'animatore deve stare attento a non cadere nella *trappola* di comunicare come se fosse un terapeuta.

Se vogliamo che una persona impari a gestirsi correttamente nella Società senza ricorrere al biglietto da visita di ricreativo «paziente psichiatrico» dobbiamo chiederci se i nostri spazi siano effettivamente riabilitativi – effettive palestre sociali e lavorative – oppure se essi non stimolino le persone ad adeguarsi alla rete assistenziale. Dobbiamo anche chiederci fino a che punto non è un problema anche dell'operatore sociale avere difficoltà a comunicare senza appoggiarsi al proprio ruolo e statuto, comunicando sempre da esperto a paziente.

La nostra convinzione sulle capacità dell'utenza di adattarsi attivamente al contesto è stata confermata soprattutto dal Centro ricreativo, luogo in cui non viene data alcuna connotazione del tipo «povero paziente» e dove non vengono fatte concessioni particolari ma, al contrario, gli obblighi sono uguali per tutti. In effetti, dopo un periodo iniziale dove l'individuo tenta di mettere in atto le vecchie strategie e abitudini apprese utilizzate nelle istituzioni assistenziali, si nota una graduale accettazione e adattamento alle nuove regole vigenti nel Centro ricreativo.

17.4.3 Uno sguardo al futuro

Si è detto che per affrontare problemi complessi occorrono delle risposte complesse. Per risposta complessa s'intende che di fronte alle situazioni di disagio individuale e sociale di cui le persone diagnosticate come Disturbo di Personalità sono portatrici occorre mettere in atto una risposta che tenga presente la persona col suo universo di significati personali, ma anche quelli della famiglia, della comunità in cui la persona vive e degli attori istituzionali a vario titolo implicati. Questo significa ricercare la percorribilità di un itinerario orientato dalla costruzione condivisa di senso di tutte le istanze significative coinvolte. Solo così potrà svilupparsi un intervento che abbia le caratteristiche di coerenza pur nella necessaria flessibilità.

Nasce così il Progetto "Il Volo", che si esprime con la metafora del *Tridente* (inserire nota 1). In termini generali il *Tridente* è costituito da una punta che rappresenta un'azione preventiva volta ad affrontare il disagio giovanile, da un supporto clinico-sociale ambulatoriale alle famiglie e ai giovani a rischio, nonché da un'attività di conoscenza e inserimento nel territorio in cui si opera. Una seconda punta è rappresentata dalla Comunità residenziale, intesa come tappa nel percorso terapeutico-riabilitativo. La terza punta, quella centrale, è rappresentata dalla conoscenza dei fenomeni affrontati e dalla valutazione dell'attività esplicata. Questi aspetti generali sono però calati in una specifica realtà socio-culturale, in altri termini sono "situati". La realizzazione del Progetto "Il Volo" è calato nella realtà della Brianza, più precisamente nel lecchese, con un Centro di Psicologia Clinica e Prevenzione a Casatenovo, la Comunità Terapeutica Residenziale "Villa Ratti" a Monticello Brianza e il Centro Studi "Carlo Perris" per la Ricerca, Formazione e Documentazione sui Disturbi di Personalità.

Nell'ottica costruttivista, il modello di riferimento è quello cognitivo-relazionale (Rezzonico, Meier 1996; Rezzonico 1996; Rezzonico, Liccione 2004), che si rifà a esperienze e approcci teorici in ambito cognitivista (Perris, 1989, 1993; Linehan 1993). Tuttavia il modello cognitivista, seppur avanzato e aperto alla dimensione evolutiva e sociale come quello di Perris, tende comunque a privilegiare l'intervento sull'individuo non affrontando direttamente gli aspetti più marcatamente relazionali. Per questa ragione il modello cognitivo-relazionale che viene proposto comprende anche tecniche di tipo sistemico, l'approccio narrativo (Bruner G., 1986; Harré R., Gillet T., 1994) e più in generale l'approccio della psicologia culturale (Bruner G., 1990; Mantovani N., 1998; Zucchermaglio C., 2002). Il ruolo della psicologia culturale risulta particolarmente utile nel momento in cui si vogliono comprendere, in termini di esperienza, dinamiche di tipo micro e macrosociale, come ad esempio il funzionamento di un'equipe terapeutica (Piccini, 2005) o le interrelazioni con le differenti articolazioni del territorio. Il tutto "bordegiando" fra *prima* e *terza* persona (Varela F.J., Shear J., 1999), dove il terapeuta si pone come *seconda persona* che valida le intuizioni conoscitive situate dell'altro e può confermarle o smentirle perché si pone in una dimensione di comunicazione empatica intersoggettiva. Quindi il terapeuta è un mediatore fra la *prima persona* – l'esperienza vissuta associata a eventi cognitivi e mentali – e la *terza persona*, cioè esperienze descrittive riferite a proprietà "oggettive" di persone o cose.

Note:

1. Il significato del termine *Tridente* fa riferimento sia al noto strumento a tre punte che anche, nel linguaggio nautico, a una piccola barca a vela destinata all'apprendimento dei primi rudimenti della navigazione marina.

BIBLIOGRAFIA:

- Arciero G., Guidano V., Approche narrative de l'identité et optique constructiviste pour la psychopathologie et la psychothérapie, Rev.fr.Clin. comport.-cognit., vol 4, 24-29, 1999.
Arciero G., Studi e dialoghi sull'identità personale, Bollati Boringhieri, Torino, 2002.
Armezzani M., *Esperienza e significato nelle scienze psicologiche*, Laterza, Bari 2002.

- Beck A., Freeman A., *Cognitive therapy of personality disorders*, Guilford, New York 1990 (trad.it. *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*, Mediserve, Milano 1993).
- Bara B (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.
- Benjamin L.S., *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. 2nd Edition*, Guilford Press, New York, 1996. [trad.it *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*, LAS, Roma 1999].
- Bruner G., *Actual Mind, Possible Worlds*, Harvard University Press, Cambridge 1986 [trad.it. *La mente a più dimensioni*, Laterza, Bari 1988].
- Bruner G., *Acts of Meaning*, Harvard University Press, Cambridge 1990 [trad.it. *La ricerca del significato: per una psicologia culturale*, Boringhieri, Torino 1992]
- Carcione A., Conti L., *Il Disturbo Dipendente di Personalità. Modello clinico*, in Dimaggio G., Semerari A. (a cura di), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Roma-Bari 2003.
- Clarkin J.F., Lenzenweger M.F., The Personality Disorders: History, Classification, and Research Issues. In Clarkin J.F., Lenzenweger M.F. (eds.), *Theories of Personality Disorders*, Guilford Press, New York 1996 [trad.it. I disturbi di personalità, Raffaello Cortina, Milano 1997].
- Dimaggio G., Semerari A. (cur.), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Roma-Bari 2003.
- Gergen K.J., Hoffman L., Anderson H., Is Diagnosis a Disaster? A Constructionist Dialogue, in Kaslow F. (cur), *Relational Diagnosis*, Wiley, New York 1996.
- Guidano V., Liotti G., *Cognitive processes and emotional disorders*, Guilford, New York 1983.
- Guidano V., *Complexity of the Self*, Guilford, New York 1987 (trad.it. *La complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1988).
- Guidano V., *The Self in process*, Guilford, New York 1991 (trad.it. *Il Sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino 1992).
- Gunderson J.G., *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, Washington DC, American Psychiatric Publishing 2001 [trad.it. *La Personalità Borderline: Una Guida Clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2003]
- Harré R., Gillet T., *The Discursive Mind*, Sage, London 1994 [trad.it. *La mente discorsiva*, Cortina, Milano 1996]
- Lambruschi F., Rezzonico G., Il contesto e le metodologie di lavoro, in Rezzonico G., Lambruschi F., *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*, Franco Angeli, Milano 1996.
- Linehan M.M., *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York 1993 [trad.it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Raffaello Cortina, Milano 2001]
- Liotti G., *Le Opere della Coscienza*. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Mantovani N., *L'elefante invisibile*, Giunti, Firenze 1998.
- Meier C., Oltre la diagnosi verso il cambiamento. In Pagliaro G., Cesa-Bianchi M., *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo cognitivi*, FrancoAngeli, Milano, 1995.
- Meier C., Rezzonico G., Care in place at the Centro al Dragonato, *Care in place* 1, 1, 9-26, 1994.
- Millon T., Davis R.D., *Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond*. Wiley, New York 1996.
- Morey L.C., Gunderson J.G., Quigley B.D., Shea M.T., Skodol A.E., McGlashan T.H., Stout R.L., Zanarini M.C., The representation of Borderline, Avoidant, Obsessive-Compulsive, and Schizotypal Personality Disorders by the Five-Factor Model, *Journal of Personality Disorders*, 2002, 16(3), 215-234.
- Pagliaro G., Cesa-Bianchi M., *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo cognitivi*, FrancoAngeli, Milano, 1995.
- Paris J., *Social Factors in the Personality Disorders*, Cambridge University Press, 1996 [trad.it. *Contesto sociale e Disturbi di Personalità*, Raffaello Cortina, Milano 1997].
- Perris C., *Cognitive Therapy With Schizophrenic Patients*, Guilford, New York 1989 [trad.it. *Terapia con I pazienti schizofrenici*, Bollato Boringhieri, Torino 1996]

- Perris C., *Psicoterapia del paziente difficile*, Métis, Lanciano 1993.
- Perris C., A conceptualization of personality-related disorders of interpersonal behaviour with implications of treatment, in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1999, 6, pp.239-260.
- Perris C., McGorry P., *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders*, Wiley, New York 1998 [trad.it. *Psicoterapia cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità*, Masson, Milano 2000].
- Piccini C., *Narrative activity within an institutional framework: how a rehabilitation team constructs problems that can be resolved*, Ph.D. dissertation, Università della Svizzera Italiana 2005.
- Pretzer J.L., Beck A.T., A Cognitive Theory of Personality Disorders. In Clarkin J.F., Lenzenweger M.F. (eds.), *Theories of Personality Disorders*, Guilford Press, New York 1996 [trad.it. I disturbi di personalità, Raffaello Cortina, Milano 1997].
- Procacci M., Popolo R., *Il Disturbo Evitante di Personalità: il dolore di non appartenere*, in Dimaggio G., Semerari A. (a cura di), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Roma-Bari 2003.
- Pukrop R., Dimensional Personality Profiles of Borderline Personality Disorder in Comparison with Other Personality Disorders and Healthy Controls, *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 135-147, 2002.
- Reda M., *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Carocci, Roma 1986.
- Rezzonico G., Il trattamento dei disturbi psicotici e di personalità, in Bara B. (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.
- Rezzonico G., Lambruschi F., *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*, Franco Angeli, Milano 1996.
- Rezzonico G., Liccione D., *Sogni e psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino 2004.
- Rezzonico G., Meier C., *La riabilitazione nell'assistenza socio-psichiatrica*, Unicopli, Milano 1987.
- Rezzonico G., Meier C., La riabilitazione nel centro diurno: l'ottica costruttivista, in Rezzonico G., Lambruschi F., *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*, Franco Angeli, Milano 1996.
- Rezzonico G., Ruberti S., Bisanti R., Gestione delle risorse umane e organizzazione in una struttura semiresidenziale, in Cocchi A., De Isabella G. (cur.), *La gestione delle strutture semiresidenziali in psichiatria*, Centro Scientifico Editore, Torino 1999.
- Sperry L., *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV Personality Disorders*. 2nd Ed., Brunner-Routledge, New York 2003 [trad.it. *I Disturbi di Personalità. Dalla diagnosi alla terapia*. 2^a Ed., McGraw-Hill, Milano 2004]
- Veglia F. (a cura di), *Storie di vita*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Varela F.J., Shear J., First Person Accounts: Why, What and How, in Idd (cur), *The view from within*, Imprinting Academic, Bowling Green 1999.
- Zanarini M.C., Gunderson J.G., Differential diagnosis of antisocial and borderline personality disorders. In Stoff D.M., Breiling J., Maser J.D. et al. (eds.) *Handbook of Antisocial Behaviour*, Wiley, New York 1997, pp. 83-91.
- Westen D., Shedler J., Revising and Assessing Axis II, Part I: Developing a Clinically and Empirically Valid Assessment Method. *American Journal of Psychiatry*, 1999a, 156, 258-272.
- Westen D., Shedler J., Revising and Assessing Axis II, Part II: Toward an Empirically Based and Clinically Useful Classification of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1999b, 156, 273-285.
- Westen D., Shedler J., Lingardi V., *La valutazione della personalità con la Swap-200*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
- Zucchermaglio C., *Psicologia culturale dei gruppi*, Carocci, Roma 2002.