

SOS PSICHE

Disturbi di personalità

Le personalità drammatiche

**BORDERLINE, NARCISISTA,
ANTISOCIALE, ISTRIONICA**

Serie di AUTO-AIUTO

Hanno contribuito alla stesura, traduzione e correzione del testo la sede regionale di PSICHE FRIULI per l'adattamento in lingua italiana e l'impaginazione e la sezione PSICHE2000 di Conegliano-Vittorio Veneto, che si ringrazia per la traduzione in lingua italiana e la collaborazione.

Si ringrazia di cuore:

- Il Dott. D'Antonio
- Il Dott. Paolo Zucconi
- Il Sig. Alessandro Tuveri

per la collaborazione offerta.

Prima edizione: gennaio 1997

Seconda edizione, rivista e corretta: -

© 1997 SOS PSICHE, Psiche2000 di Conegliano (TV) e PSICHE FRIULI, Carlino (UD) - Disegni e testo non possono essere duplicati se non sotto espressa autorizzazione scritta ottenuta da SOS PSICHE, da PSICHE FRIULI e dall'Istituto Nazionale Americano per la salute mentale. Si precisa che il copyright è applicato al solo documento tradotto in lingua italiana; il testo in americano può essere liberamente distribuito.

L'opuscolo non è in vendita.

L'invio gratuito è subordinato al pagamento della quota sociale e/o all'avvio di campagne informative, di sensibilizzazione o promozionali.

Prefazione

I disturbi di personalità sono poco conosciuti, nonostante molte persone ne siano affette. La loro diagnosi sfugge a molti psichiatri pubblici e privati e spesso sono sottovalutati nella loro portata ed effetti.

Essere affetto da un disturbo di personalità non significa essere un 'mostro' o che la persona cambia aspetto, come nel caso di Mr. Hyde e del Dr. Jekyll. Significa soffrire in maniera intesa e spesso drammatica a causa di una serie di sintomi che impediscono alla persona di condurre una vita produttiva e di relazionarsi correttamente agli altri.

Ma significa far soffrire tremendamente anche le altre persone che ne vengono in contatto: amici, familiari, mariti o mogli del disturbato, spesso vittime di abusi e manipolazioni.

In questo opuscolo affronteremo solamente i disturbi di personalità appartenenti al gruppo delle "personalità drammatiche". I pazienti appartenenti alle seguenti personalità, infatti, esibiscono intense emozioni e si propongono in ambito familiare o con amici e conoscenti con particolari modalità volte ad esagerare in modo inopportuno affetti, sentimenti, situazioni (tendenza alla drammatizzazione):

Personalità Istrionica
Personalità Borderline
Personalità Narcisista
Personalità Antisociale

L'opuscolo è destinato anche ai volontari ed operatori del settore.

Ci auguriamo, tramite questo opuscolo, di fornire le informazioni di base su queste patologie, per aiutare i sofferenti e le loro famiglie a comprendere meglio queste problematiche.

Si ringrazia il Dott. D'Antonio per la collaborazione offerta e l'adattamento dell'opuscolo in lingua italiana.

IL COMITATO PROMOTORE DI SOS PSICHE

INFORMAZIONI GENERALI SUI DISTURBI DI PERSONALITÀ

Che cosa è un disturbo di personalità

Un disturbo di personalità è un disturbo - più o meno grave - nella costituzione del carattere e nelle tendenze del comportamento della persona, che quasi sempre è associato ad una consistente disgregazione sociale e personale. Il disturbo di personalità tende ad apparire nella tarda infanzia o nella adolescenza e continua a manifestarsi nell'età adulta. E' perciò improbabile che la diagnosi di disturbo di personalità sia appropriata prima dell'età di 16 o 17 anni. Le linee-guida diagnostiche a livello generale sui disturbi di personalità sono elencate qui di seguito; le descrizioni supplementari sono fornite per ogni sottotipo.

Perché un opuscolo sulle personalità drammatiche

L'opuscolo è stato preparato per fornire informazioni dettagliate sulle personalità drammatiche, un gruppo di disturbi (narcisista, istrionico, borderline, antisociale) abbastanza diffusi. L'informazione è principalmente diretta a chi è in stretto contatto con le persone affette da tali disturbi; infatti, maggiori sono le informazioni in loro possesso e più facile sarà fare il punto della situazione.

Le personalità drammatiche sono connotate da esagerazione emotiva, tendenza a drammatizzare le esperienze di vita, con propensione alla teatralità, e nella narrazione dei fatti con contenuti esagerati, omissioni, menzogne con l'evidente scopo di manipolare o attirare l'attenzione degli altri, fino a dominarli per soddisfare le proprie necessità.

Le espressioni emotive ed affettive, nonché i sentimenti, non corrispondono al proprio sé, a ciò che queste persone provano internamente. L'immagine ribaltata all'esterno, quella che noi tutti vediamo, costituita dal seduttore, della persona gentile ed affettuosa, non coincide con i sentimenti di noia e vuoto interiore che fanno parte della persona, con quella freddezza affettiva che percepisce chi nel tempo frequenta questi soggetti.

Gli oggetti esterni e le persone che hanno a che fare con tal individui non

vengono fatti propri, non fanno parte del proprio "io". Per questo motivo chi entra in una relazione intima con una persona affetta da un disturbo di personalità drammatica, prima o poi nei fatti non noterà l'esistenza di quanto la persona esteriorizza con tanto vigore, sarà oggetto di dominazione attraverso l'abuso verbale ed emotivo, perderà il senso dell'orientamento nella realtà ed infine sperimenterà delusione, depressione, rabbia, paura. L'abuso verbale ed emozionale sono forme molto simili ad un *lavaggio di cervello*. La persona che entra in un rapporto intimo con la persona affetta da tali disturbi è bene impari tutto quanto può sul disturbo in modo da poter affrontare la realtà con buone cognizioni sul caso e prendere adeguate decisioni.

Orgoglio e umiltà sani e patologici

Prima di descrivere le linee guida diagnostiche è necessario chiarire alcuni aspetti dell'orgoglio e dell'umiltà (tratto da *Building Self Esteem*, G. Schiraldi).

a. Orgoglio

orgoglio autolesivo: consiste nell'attitudine di uno che (1) si sente superiore, di grande valore o importante rispetto agli altri (2) più capace, autosufficiente ed infallibile di quanto lo sia in realtà.

Sinonimo: presunzione, alterigia, arroganza, pretenziosità (es. cercare di far impressione sugli altri), vanità (eccessivo desiderio di essere ammirati), narcisismo (grandioso senso di sé, manipolazione).

L'orgoglio autolesivo è tipicamente radicato nella paura (come nella paura di essere vulnerabile) e nel bisogno di difendere se stessi.

sano orgoglio: consiste nel realistico senso della propria dignità e del proprio valore; autorispetto, gratitudine e nel piacere di portare a termine i propri progetti, talenti e servizi rivolti al gruppo di appartenenza (es. famiglia, razza, nazionalità, ecc.).

b. Umiltà

umiltà malsana: abietta perdita di autorispetto (es. considerarsi "la polvere della terra"); l'essere smidollati e sottomessi, disprezzati.

sana umiltà: assenza di orgoglio autolesivo, attitudine a riconoscere i propri difetti, le proprie debolezze, la coscienza della propria ignoranza e la capacità di realizzare che noi tutti siamo di uguale valore. Si riferi-

sce all'essere miti di carattere (in senso positivo), pazienti, dolci e non disposti facilmente ad arrabbiarsi.

La sana umiltà e il giusto orgoglio coesistono in una persona che ha una buona autostima. L'umiltà perché uno realizza che cosa c'è ancora da imparare nella vita; l'orgoglio nel riconoscere la dignità ed il valore che condivide con tutti gli altri esseri umani.

Le persone affette dai disturbi descritti in questo opuscolo vivono la propria vita in una condizione di orgoglio autolesivo e quindi mancano di autostima; le persone che entrano in relazione con loro e si fanno manipolare, vivono una condizione di malsana umiltà; sono corrosi nella loro autostima, che va migliorata, e devono sottrarsi alla manipolazione. Questo processo può essere svolto tramite l'aiuto di un esperto, attraverso una corretta informazione sui disturbi ed infine con la presa di coscienza della situazione che stanno vivendo e della necessità di sottrarsi ad una relazione dolorosa nella quale l'abusato offre protezione, affetto ed attenzioni che solo a parole vengono ricambiati.

Esiste un narcisismo sano e uno patologico (*Tratto da Paura D'amare di G. D'Acquino, Oscar Mondadori, 1998*). Il primo corrisponde all'amore e al rispetto di sé, a una giusta dose di autostima e di autofiducia. È quindi garanzia di salute contro la depressione, la vecchiaia e la malattia; è alla base di un senso di benessere, di soddisfazione e di sicurezza, quindi premessa indispensabile per un buon rapporto con se stessi e gli altri. Un sano narcisismo permette inoltre l'individualizzazione, il distinguersi dagli altri, sottraendosi agli schemi collettivi. Fornisce dunque la capacità di amarsi per dare amore, con rapporti non difensivi, non di fuga dagli altri, partecipando intimamente ai sentimenti altrui (empatia).

Linee Guida Diagnostiche sui disturbi di personalità

Il disturbo di personalità non è riconducibile a danni a livello cerebrale o malattie o ad altri disturbi psichiatrici e coincide con i seguenti criteri:

- (a) marcata disarmonia nelle attitudini e comportamento, fatto che coinvolge diverse aree funzionali, come: affettività, controllo degli impulsi, modo di percepire le cose e pensare, stile di relazionarsi agli altri;
- (b) comportamento anormale che perdura o dura a lungo e quindi non è

- limitato ad episodi isolati di malattia mentale;
- (c) il comportamento anormale è intenso e chiaramente porta ad un maladattamento in un vasto numero di situazioni sociali e personali;
 - (d) i primi sintomi appaiono durante l'infanzia o l'adolescenza e continuano in età adulta;
 - (e) il disturbo conduce ad un considerevole stress che può divenire apparente solo al termine del decorso;
 - (f) il disturbo di solito, ma non sempre, è associato a significativi problemi nel lavoro e situazioni sociali.

Tipi di personalità riscontrabili tra la gente comune

Per *personalità* si intende la funzione mediante la quale un individuo cosciente si percepisce, quale soggetto unico ed irripetibile [*Le Roberf*]. È l'insieme delle operazioni, degli atti rilevanti o meno, che servono all'individuo per costruire, mantenere o perfezionare la propria unità psicofisica rispetto al mondo [*P. Janet*].

Il patrimonio di ogni personalità è costituito dagli affetti, dalle aspirazioni, dalle idee, dalle pulsioni, dalle tendenze, dal comportamento, dall'affettività, ecc. L'insieme di queste cose delinea in sostanza il *carattere* di una persona che è in sostanza l'aspetto esteriore della personalità.

Nelle persone *normali* sono riscontrabili numerose e diversificate *personalità*, riconducibili ad una classificazione non sempre accolta da tutti gli autori. Tali personalità possono presentare *qualche tratto* particolare o tendenza verso una personalità patologica:

- * ABULICI O PASSIVI - privi di iniziative e direzione, passivi, influenzabili in senso buono o cattivo, anche se in modo temporaneo.
- * APATICI - persone che non sono capaci di prendere iniziative, di amicizie stabili o sentimenti profondi, incapaci di soffrire o di sacrificarsi per gli altri.
- * ASTENICI - incapaci di concentrarsi, di indirizzare il pensiero verso obiettivi predefiniti e con una ridotta efficienza sul piano lavorativo.
- * DEPRESSIVI - stabilmente o quasi di umore depresso, con visioni pessimistiche ed incapaci di vera gioia, molto autocritici, timorosi, facilmente scoraggiabili, scontenti e diffidenti.

- * ESPLOSIVI - Persone colleriche, litigiose, impulsive; presentano reazioni primitive ad eventi esterni scaricando così la loro tensione.
- * FANATICI - persone che combattono con tenacia per il raggiungimento dei loro programmi ed idee; litigiosi.
- * INSICURI ED INQUIETI - persone con scarsa fiducia nelle proprie possibilità, timide, incapaci di intraprendere decisioni rapide e valide decisioni, dubbiosi nell'assumersi le responsabilità; scrupolosi in eccesso e tendenti ad assumersi colpe.
- * INSTABILI - reagiscono con umore instabile ad eventi esterni; presentano "malumori" immotivati che conducono a comportamenti irriflessivi; propensi al bere o ad azioni criminali.
- * IPERTIMICI - persone vivaci, eccessivamente ottimiste, con scadevole capacità critica; molto attive, poco prudenti; litigiose; influenzabili con facilità da situazioni esterne.
- * ISTERICI - persone che sentono un assoluto bisogno di emergere, di fare bella figura in ogni occasione, incapaci di profonde emozioni, menzognere, manipolatrici, invase dal desiderio di successo.

L'importanza di una corretta ed approfondita diagnosi

Essere affetti da un disturbo di personalità non significa che una persona cambia aspetto come il dott. Jekyll e Mr. Hide.

Non sempre è facile stabilire un netto confine tra chi presenta alcuni tratti di personalità e le personalità realmente patologiche.

Per individuare correttamente un disturbo di personalità, che può sfuggire ai più profani, è necessario rivolgersi ad un esperto, che dopo una attenta valutazione (tests di personalità, colloqui con il soggetto, gli amici, i familiari, ecc.) farà una diagnosi, valutando il grado di gravità del disturbo e prescrivendo le cure necessarie al caso.

L'esperto formulerà una diagnosi basandosi sui colloqui, sentendo eventualmente amici e familiari, e sottoponendo l'interessato ad alcuni test di personalità. Tra questi il più diffuso è senz'altro il Minnesota Inventory (MMPI); un'altro test specifico per i disturbi di personalità è il Millon (MCMI); entrambi sono giunti alla seconda versione (II).

È importante capire, pertanto, che il vero esperto avrà bisogno spesso di molto tempo per studiare il soggetto; se una diagnosi viene fatta nell'arco di pochi minuti - come spesso accade - cambiate medico.

I disturbi di personalità in diversi casi raggiungono punte di una certa gravità, coinvolgendo il comportamento ed essendo associati ad ansia, depressione, idee suicidarie, difficoltà serie nelle relazioni sociali, ecc. e quindi sono patologici.

Normalmente nel medesimo individuo coesistono tratti di due o più disturbi di personalità (o caratteristiche relative a più disturbi; personalità multiple). Solo in alcuni rari casi è possibile che una persona sofferente rientri perfettamente nello schema di uno specifico disturbo di personalità.

È interessante notare che la classificazione proposta dal MCMI individua molteplici profili dove il primo è costituito dai tratti dominanti della personalità (es. Istrionico-Dipendente, Istrionico-compulsivo, Istrionico-Narcisistico-Negativistico, Narcisista-Antisociale, ecc.).

Le classificazioni riportate nel presente opuscolo hanno una funzione puramente orientativa. Il documento non tratta tutti i tipi di personalità; infatti i tratti delle personalità drammatiche si possono trovare associati ad altri disturbi di personalità: dipendente, negativistica, evitante, schizoide, ecc.

Le persone affette da un disturbo di personalità mantengono alcune relazioni con gli altri; sembrano abbastanza normali e sono inserite, pur in maniera insoddisfacente, nella società. A differenza di altri malati, le persone con disturbi di personalità solitamente non esibiscono comportamenti appariscenti come ad esempio nella schizofrenia, ove la persona parla e gesticola da sola, ecc.. Mantengono sempre un certo funzionamento di base ed un attaccamento pur scadente alla realtà.

Questo significa che la persona che soffre a causa di un disturbo di questo tipo non è pazza né ha perso l'uso della ragione, anche se può spesso evidenziare per un breve lasso di tempo, sintomi psicotici.

Prognosi e cure

Nella maggioranza dei casi la prognosi purtroppo non è confortante, in quanto questi disturbi, che sorgono pian piano nel tempo, sfuggono alla loro individuazione e le persone vanno incontro alla cronicizzazione, oppure, non riconoscendosi malate, si sottraggono alle cure.

La persona viene facilmente percepita come *cattiva* da familiari o amici; può essere accettata con alcune o grosse difficoltà in ambito sociale.

Un ritardo nella individuazione e nella diagnosi, accompagnato ad un

periodo prolungato di assenza di cure specifiche, conduce al peggioramento della prognosi.

Come vedremo per ogni singolo disturbo, la terapia di scelta è la *psicoterapia*, che di solito è molto lunga (fino ad arrivare ai sette anni) e deve essere svolta da personale competente e qualificato, specialmente nelle terapie che seguono il modello cognitivo-comportamentale.

La psicoterapia può essere, a seconda dei casi, di gruppo o individuale, a breve termine in quanto focalizzata su un aspetto o sintomo dominante.

In alcuni specifici casi potranno essere prescritti degli *psicofarmaci* per combattere l'ansia o la depressione.

PERSONALITA ISTRIONICA

Linee guida diagnostiche secondo la classificazione europea ICD-10 (F60.4)

La classificazione Europea viene fatta con il metodo ICD-10 (Classification of Mental and Behavioural Disorders), approvato dall'OMS di Ginevra, 1992

Tale disturbo di personalità, che è più frequente del sesso femminile (in precedenza definito *isteria o isterismo*), è caratterizzato da almeno uno dei seguenti aspetti:

- (a) auto-drammatizzazione, teatralità, esagerata espressione delle emozioni;
- (b) suggestionabilità, facilità ad essere influenzati dagli altri o dalle circostanze;
- (c) superficiale e labile affettività;
- (d) continua ricerca di situazioni eccitanti, apprezzamento da parte degli altri e attività nelle quali la persona è al centro dell'attenzione;
- (e) seduttività inappropriata nel comportamento o nelle apparenze;
- (f) aumentata preoccupazione circa la propria attrazione fisica.

Altre caratteristiche coesistenti: egocentrismo, auto-indulgenza, continuo e forte desiderio di essere apprezzati, provare facilmente sentimenti di sofferenza mentale, comportamento manipolativo per portare a termine i propri bisogni personali.

Secondo la classificazione del Millon (profilo 400) tali soggetti mostrano una predominanza dei tratti drammatici nella struttura di base di personalità; sono individui brillanti ed emotivi; cercano stimoli, eccitazione ed attenzione. Sono molto bravi a dare prime impressioni positive; la loro capacità di reagire nelle situazioni inattese e la loro vivacità e ricerca di attenzione li rendono brillanti ed affascinanti, al centro dell'attenzione nelle feste o situazioni sociali. Spesso possono essere troppo rumorosi, esibizionisti e "teatrali". Possono essere esigenti ed

incontrollabili specialmente quando molto coinvolti; avere dei momenti emotivi intensi nelle amicizie ma queste possono essere di breve durata e sostituite quando subentra noia. Il loro coinvolgimento non dura e finiscono annoiati; il ciclo si ripete ogni volta. La dipendenza degli istrionici è diversa da quella tipica di altre personalità ove il soggetto è inadeguato, perché essi hanno più bisogno di attenzione che di protezione e guida; pertanto possono essere molto meno remissivi e dipendenti di altri tipi di persone. Dato lo stile istrionico, l'enfasi sulle formalità come essere presente e puntiale alle sedute psicoterapiche, verrà interpretato dal soggetto come non amichevole ed insoddisfacente.

(Millon individua altri 8 profili a prevalenza Istrionica, qui non citati).

Trattamento

Psicofarmaci - I farmaci non sono indicati nel trattamento del disturbo istrionico cronicizzato. Nel caso di sintomi reattivi, devono essere somministrati solo a breve termine, prestando attenzione affinché il paziente non ne abusi ed alla possibile propensione a comportamenti autolesionisti.

Trattamento psicosociale - Per le persone affette da questo disturbo l'auto-stima è fortemente centrata nella percezione del proprio corpo, sull'apprezzamento degli attributi fisici e sulla attrazione fisica. Le persone di ambedue i sessi possono tentare di trascinare il medico nel ruolo di potenziale "salvatore" e di ammirazione per uscire dall'ansia associata alla minacciata auto-stima che è imposta dalla malattia. Il medico dovrebbe essere capace di fornire il massimo supporto a livello emotivo ed interesse per ridurre l'ansia del paziente ma allo stesso modo deve evitare di entrare in una stretta relazione interpersonale che può essere malamente interpretata come sessuale. Il medico deve anche evitare di rafforzare aspettative "magiche" di cura e dovrebbe adottare un comportamento amichevole ma anche fermo, in modo da spiegare periodicamente alla persona il tipo di disturbo ed i piani di cura in

modo da rafforzare la fiducia e contrastare fermamente i tentativi del paziente di negare l'esistenza della malattia.

Tutto ciò può essere fatto senza tornare ad aperture di tipo seduttivo o regressivo.

Tali persone infatti tendono a fluttuare tra uno stato di opprimente ansietà per la preoccupazione indotte dalla potenziale perdita delle capacità ed uno stato di freddezza ed apparente disinteresse (la *bella indifferenza*, 'la belle indifférence' in francese).

Un approccio flessibile consiste in una tattica per confrontare il paziente con gli aspetti della vita, in modo da aiutarlo ad incrementare una reale comprensione del disturbo e cooperare alla cura. Le capacità del paziente di esibire espressioni di tipo drammatico e la focalizzazione di stress di tipo somatico conduce al rischio che il medico consideri lamentosi ed ipocondriaci tutti questi sintomi, valutati anche come tentativi di MANIPOLAZIONE tipici di chi vuol evitare un lavoro o scansare le proprie responsabilità. Il paziente istrionico sfiderà il medico sul campo del suo acume diagnostico, dato che gravi malattie, sintomi di conversione e drammatizzazione di alcuni disturbi somatici possono coesistere o evolvere nell'ambito dello stesso individuo.

Di frequente si nota un comportamento drammatico, IMPULSIVO con vaghe idee di suicidio. Nonostante questo comportamento possa essere visto come manipolativo o teatrale, va interpretato sempre seriamente, particolarmente se riferito ad una persona che non è strettamente familiare con il paziente.

Per quelli invece che conoscono il paziente, come ad esempio il terapeuta, i principi di disponibilità, consistenza e fermezza possono essere d'aiuto.

Possono infine verificarsi brevi periodi di deterioramento in PSICOSI, spesso trattati tramite un supporto o a livello ambientale.

Psicoterapia individuale - Il trattamento di scelta è una psicoterapia a lungo termine e deve essere centrato sullo sviluppo interno del paziente per quanto riguarda le ragioni delle ripetute difficoltà nel sostenere relazioni con gli altri e nella promozione di attività autonome di auto-espressione. Il terapeuta dovrebbe aiutare il paziente a pensare in un modo più chiaro e sistematico cosicché il processo di informazione e decisionale non sia distorto da vaghezza o da fallimenti dovuti a perdersi

nei dettagli.

Il terapeuta dovrebbe essere a conoscenza del fatto che gli aspetti "reattivi" del disturbo possono spesso condurre ad uno stato ansioso, depressivo o ad reazioni eccessive ad eventi emotivi minori od esterni. Le tecniche consistono in brevi consulenze o psicoterapie all'interno di un contesto di supporto, per sottoporre alle cure i pazienti cronici e nel trattamento sporadico delle persone sottoposte a terapia solo quando sintomatiche.

Come nel caso degli altri disturbi di personalità ci si deve attendere il *controtransfert*. Questo può riguardare comportamenti manipolativi, costantemente dipendenti ed aspetti di auto-indulgenza (consistenti nel non provare alcun senso di colpa per i fatti commessi).

Siccome i pazienti con disturbo istrionico possono essere sorprendentemente all'oscuro dei propri reali (e positivi) sentimenti, è importante che nell'ambito del processo terapeutico vengano chiariti i sentimenti che essi provano.

Ed è importante anche che il terapeuta non gratifichi emozioni false o simulate mentre deve chiarire la corretta identificazione di questi sentimenti.

Per i pazienti che sono identificabili nel disturbo istrionico, il disturbo è probabilmente tanto radicato (es. caratteriologico) che la psicoterapia intensiva di solito non è efficace.

DISTURBO BORDERLINE (EMOZIONALMENTE INSTABILE)

Criteri diagnostici

Questo tipo di personalità è caratterizzato da instabilità nelle relazioni interpersonali, circa la propria immagine, ed affetti; inizia nella prima adolescenza e si presenta in una varietà di modi, come ha indicato da cinque (o più) criteri tra i seguenti:

(1) sforzi frenetici per evitare l'abbandono, vero o immaginario. Nota: Non include tentativi di suicidio o automutilazione descritto al punto previsto nel criterio n. 5.

(2) relazioni interpersonali instabili ed intense, caratterizzate da un alternarsi tra l'estrema idealizzazione ed estrema svalutazione.

(3) disturbo dell'identità: è molto marcato ed è centrato su una instabile immagine di sé.

(4) l'impulsività in almeno due aree che potenzialmente conducono all'auto-deterioramento (es. spendere, sesso, abuso di sostanze, guida imprudente, eccessi alimentari). Nota: Non include tentativi di suicidio o automutilazione descritto al punto previsto nel criterio n. 5.

(5) comportamento ricorrente suicida, gesti, o minacce, o auto-mutilazione;

(6) instabilità affettiva a seguito di una marcata reattività dell'umore (episodi disforici intensi, irritabilità, ansia che di solito dura per alcune ore e solo raramente per più giorni).

(7) sentimenti cronici di vuoto interiore e noia;

(8) rabbia impropria, intensa e difficile da controllare (es. mostra di frequente accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti lotte fisiche)

(9) Ideazione paranoide, relazionata a condizioni di stress o a gravi sintomi dissociativi.

Caratteristiche associate

Umore depresso, propensione alla dipendenza dalle altre persone, comportamenti drammatici, eccentrici o antisociali.

Cosa dicono le statistiche (Stati Uniti)

Il 2% della popolazione è affetto da disturbo borderline

il 10% della popolazione di pazienti sul territorio sono borderline

il 20% dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici ne sono affetti

il 75% dei pazienti è costituito dalle sole donne

il 75% dei pazienti ha subito abusi sessuali o fisici.

Spiegazione di alcuni termini

La dissociazione è quello stato nel quale, ad un livello od un altro, la persona diventa come se fosse "rimossa dalla realtà", come se stesse sognando in pieno giorno, eseguendo atti senza che essi siano pienamente connessi alla loro pianificazione (es. "correre in modo automatico") o connotati da altre azioni sconnesse. E' l'opposto di "associazione". La dissociazione coincide con la perdita della propria identità e del contatto con il resto del mondo.

Non esiste un borderline inteso in senso "puro"; la personalità borderline coesiste con altre malattie. Queste sono abbastanza comuni e sono:

* stress post-traumatico

- * disturbi dell'umore
- * disturbi d'ansia e attacchi di panico
- * abuso di sostanze (54% del borderline hanno problemi di questo tipo)
- * disturbi sull'identità sessuale
- * deficit di attenzione
- * disturbi alimentari
- * disturbi da personalità multipla
- * disturbi ossessivo- compulsivi

Splitting - Non è semplice tradurre il termine *splitting*; il concetto però è "divisione netta del punto di vista". Il termine viene spiegato con chiarezza nel libro *I Hate you, Don't Leave me*, di J. Kreisman, M.D., pag. 10, il comportamento *splitting* è connotato da: "il mondo delle persone borderline, come quello dei bambini, è diviso in eroi e villani. Il disturbato borderline, come un bambino emotivo, non può tollerare ambiguità ed incosistenze umane; non può riconciliare le buone e cattive qualità in una costante e coerente comprensione di un'altra persona. In un particolare momento l'altro è 'malvagio', in un altro momento è "buono". Non c'è una via di mezzo, un'area grigia... le persone sono idealizzate in un certo giorno; totalmente svalutate e respinte il seguente.

La gente comune è ambivalente e può provare due stati contraddittori in un certo momento; il borderline invece nei suoi giudizi va avanti ed indietro, interamente ignaro del suo modo di pensare."

Quando la persona idealizzata (ndr. quella che offre attenzione, protezione, ecc.) alla fine è deludente (ancor meglio, presto o tardi) il borderline può drasticamente ristrutturare la sua concettualizzazione ad una sola dimensione. Allora l'idolo viene respinto totalmente o il borderline si ritira completamente dall'altro per conservare l'immagine del tutto buona di sé.

Lo *splitting* è inteso come un mezzo di protezione e difesa attuato dal borderline e corrisponde ad uno sbarramento di sentimenti ed immagini contraddittori e dall'ansia nel provare a riconciliarsi con tali immagini. Ma lo *splitting* spesso conduce all'effetto opposto. Le lotte nella personalità borderline diventano delle lacerazioni ed il senso della propria identità e quella degli altri scivola avanti ed indietro in modo sempre più drammatico e frequente. In pratica non esistono "sfumature" o punti intermedi nei giudizi sulle persone, eventi o cose: questo comportamento è defini-

to meglio nel "pensare solo in bianco o nero", o meglio nel "tutto bene" e "tutto sbagliato".

Cause

Le cause di questi disordini non sono chiare, anche se i fattori psicologici e biologici giocano un certo ruolo.

Originariamente questi disordini sembravano rasentare la schizofrenia, ma ora sembra che siano da mettere in relazione con le più gravi nevrosi.

In qualche caso possono influire altri disordini neurologici o i deficit dell'attenzione.

I problemi biologici possono causare instabilità nell'umore e scarso controllo degli impulsi che contribuiscono a rendere difficili le relazioni con gli altri.

Le difficoltà notate nello sviluppo psicologico durante l'adolescenza, forse associate alla negligenza, l'abuso e la mancanza di una figura parentale, possono creare problemi di identità e personalità.

Sono necessarie ricerche più approfondite per chiarire i fattori biologici e psicologici che causano questi disordini.

Trattamento medico

Principi di base - Le persone che presentano questo disturbo sono molto vulnerabili, e di solito tendono ad una eccessiva reazione in caso di stress (specialmente nella malattia fisica).

I soggetti provano una forma intensa ed instabile di "amore-odio" nelle relazioni, così vedono le persone che si occupano di loro come persone "interamente buone," ma se qualsiasi problema accade, l'opinione passa a "del tutto cattiva". Inizialmente possono vedere chi si prende cura di loro come il "salvatore" ed improvvisamente cambiare l'opinione in "furfante". Perciò queste persone dovrebbero evitare di cadere nella trappola di essere idealizzate dal malato, e di essere spinte contro altre

persone che il malato odia.

La rabbia espressa dal paziente di solito spinge le persone che entrano in una relazione intima ad elevati stress e alienazione, ed allora il paziente fa grossi sforzi per evitare l'abbandono, vero o immaginario che sia. Così è molto importante che il medico tolleri gli scoppi episodici di ira e rabbia del paziente e dimostrare al paziente che non sarà abbandonato (come esso si attende e quindi ne ha paura). Recenti ricerche hanno dimostrato che alcuni farmaci possono alleviare la sofferenza di questi pazienti, se utilizzati in combinazione con la psicoterapia.

Ospedalizzazione - A causa dei tentativi di suicidio o a seguito di brevi episodi a carattere psicotico, tali pazienti sono frequentemente ricoverati in ospedale. L'ammissione in ospedale e la dimissione dall'unità di crisi ospedaliera è solito difficoltosa, a causa della lotta tra il paziente e la famiglia o il medico psichiatra. Di solito tutto quello può essere compiuto in situazioni di emergenza consiste in un intervento diretto alla sola crisi, cui segue immediatamente la dimissione con il ritorno a casa e la prosecuzione della cura tramite un terapeuta esterno. Se il paziente non ha un terapeuta, lo staff dell'unità di crisi dovrebbe tentare di individuarne uno. Altrimenti, senza un terapeuta esterno, questi pazienti sono destinati a far riferimento all'unità di emergenza crisi dopo crisi. Lo staff che ha in cura il paziente durante l'emergenza dovrebbe evitare di accogliere il paziente in ospedale senza l'assenso del terapeuta esterno.

Qualche volta la crisi è così grave che è necessario un ricovero a breve termine. Durante il ricovero a breve termine dovrebbe essere sviluppata da parte degli operatori un avvicinamento graduale e gentile, ma con fermi limiti. Sfortunatamente, tali pazienti possono regredire spesso e iniziare a mimare comportamenti psicotici o disfunzionali nell'ambito della struttura. Anche in un ambiente di cura molto ben strutturato e dotato di staff con elevata esperienza è possibile osservare comportamenti di regressione. Così ospedalizzazione a lungo termine di solito è controproduttiva per questi pazienti propensi potenzialmente ad un'alta regressione.

Farmaci antipsicotici - Durante le brevi psicosi reattive possono essere somministrate basse dosi di farmaci antipsicotici (es. aloperidolo

o risperidone) che possono essere utili, ma non costituire la base essenziale del del trattamento, in quanto tali episodi spesso sono molto brevi. La depressione in alcuni casi può essere trattata con farmaci antipsicotici. Queste farmaci possono essere usati anche con successo per controllare la rabbia della paziente. Le dosi generalmente dovrebbero essere basse ed il farmaco non mai dovrebbe essere mai somministrato in assenza di un trattamento psicosociale adeguato.

Farmaci antidepressivi - Gli inibitori delle monoamine-ossidati sono stati usati per i pazienti che sperimentano ansia intensa e depressione quando si sentono respinti. Sono stati indicati altri antidepressivi efficaci per ridurre l'ansia intensa e depressione.

Farmaci ansiolitici - L'utilizzo breve di tali farmaci può essere necessario per alleviare gli episodi di ansia intensa sperimentata dal paziente. L'uso a lungo termine di farmaci ansiolitici dovrebbe essere considerato con cautela.

Trattamento psicosociale

Principi di base - Questi pazienti sono fragili e pronti ad un rapido deterioramento. Molti pazienti si rivolgono ad un terapeuta solo durante una crisi. L'intervento da parte del terapeuta durante la crisi dovrebbe incentrarsi sul problema che al momento attuale è causa della crisi, nonostante la tendenza frequente del paziente di evitare un contatto diretto con la realtà per risolvere il problema. L'intervento della crisi breve può essere utile per ridurre sensibilmente un possibile tentativo di suicidio del paziente e diretto a stabilire un eventuale ricovero in una struttura di emergenza. Terminato l'intervento volto a contenere la crisi si passa ad una successiva fase di mantenimento incentrata sulla soluzione dei conflitti e dell'addestramento sociale, entrambi attuati per minimizzare la regressione. Il trattamento del paziente non dovrebbe essere intrapreso senza supporto per il terapeuta, tramite una attività immediata e disponibile di consultazione, ed un ospedale che cooperi e serva da appoggio

per i periodi di grave regressione ed elevato rischio di suicidio.

Psicoterapia individuale - Indipendentemente dal tipo di psicoterapia attuato a lungo termine, vanno affrontati due importanti problemi durante la terapia: porre dei corretti limiti, ed indirizzare il paziente alla soluzione dei problemi (problem solving) orientandolo correttamente nell'ambito del reale. I pazienti necessitano di molte ore di psicoterapia solo per imparare a mettere dei limiti ai loro comportamenti e come rispettare i limiti delle altre persone. Molte ore di psicoterapia sono necessarie per superare l'abuso che essi fanno a livello di fantasia e per i comportamenti che tendono ad evitare i problemi piuttosto che ad affrontarli, ed insegnare loro a risolvere i problemi in modo autonomo. Sfortunatamente ci sono solo pochi pazienti che sono realmente motivati e quindi destinati a sottoporsi ad una psicoterapia a lungo termine. Il modo di agire di alcuni pazienti può essere così pericoloso da rendere la psicoterapia a lungo termine praticamente impossibile.

La psicoterapia a lungo termine con un paziente che presenta questo disturbo di personalità è di solito molto impegnativa in quanto lo stesso è esigente. Il terapeuta deve potere tollerare gli episodi ripetuti di ira del paziente, quelli nei quali il paziente si mostra diffidente e la paura. Gli obiettivi terapeutici dovrebbero essere rivolti a far guadagnare al paziente una vita più autonoma, e non alla ristrutturazione completa della personalità. Tra le terapie più in uso negli Stati Uniti la *Dialectic Therapy* ed in particolare il *modello cognitivo-comportamentale*, che consente la compensazione del soggetto nel giro di un paio d'anni; *la psicanalisi* richiede un impegno più prolungato nel tempo, fino a 5-7 anni.

Terapia di gruppo - Il trattamento di gruppo dovrebbe essere d'appoggio piuttosto che esplorativo, specialmente nelle cure extraospedaliere.

Decorso

Di norma questo disturbo colpisce più il sesso femminile che quello maschile. I sintomi del disturbo non sono facili da eliminare e spesso interferiscono con la terapia: periodi di miglioramento possono alternarsi

a periodi di peggioramento. Alcuni individui riescono ad ottenere una riduzione dei sintomi e un miglioramento delle proprie capacità. Non è semplice determinare se persistono altri disturbi psichiatrici. Possono essere presenti altri disturbi come: tratti di personalità narcisistica, istrionica, ecc., forme depressive, nevrosi. I sofferenti possono sviluppare gravi malattie mentali (inclusi i disordini bipolari), disturbi dell'alimentazione, nell'abuso di alcool o di sostanze stupefacenti. Circa il 50% dei borderline presentano episodi di grave depressione. In momenti come questi la "solita" depressione diventa più intensa e consolidata; si nota un peggioramento dei disturbi dell'appetito e del sonno. Una valutazione di tipo neurologico è essere necessaria per formulare una corretta diagnosi.

Normalmente il decorso è sfavorevole in quanto l'individuo affetto dal disturbo non si sottopone alle cure e vi giunge spesso dopo molto tempo ed episodi di malattia. Le terapie sono utili per cercare di stabilizzare il disturbo e, come già detto, non per ristrutturare completamente la personalità.

Comunque, il 60% almeno dei casi ottiene benefici qualora si sottoponga a corrette terapie; il restante 30% peggiora o non migliora nel tempo ed il 10% circa ricorre al suicidio.

Sei in relazione con un borderline e non lo sai?

Essere amico, marito, familiare, o aprire una relazione sentimentale con un borderline può essere veramente duro. Per sapere se ti trovi in una simile situazione, rivolgiti queste domande:

Nascondi a te stesso ciò che tu realmente pensi o provi perché sei spaventato dalla reazione di un'altra persona, proprio perchè non ti sembra giusto lottare o farle del male, quando questa sarebbe una reazione che sicuramente ne seguirebbe?

Tutto questo è diventato così automatico che tu passi dei brutti momenti anche identificandoti con quanto pensi o provi?

Ti senti come se dovessi camminare in punta di piedi nella maggior

parte del tempo, che non c'è maniera di esprimerti o di far qualcosa, e che tutto ciò potrebbe essere usato o travisato contro di te?

Vieni incolpato e criticato per ogni faccenda sbagliata nella relazione anche se ciò non ha un senso logico?

Sei oggetto di intenso e violento odio, per ciò che non ha un senso logico, alternato da periodi nei quali l'altra persona si comporta in modo perfettamente normale e amorevole?

Ti senti manipolato, controllato o anche ingannato più volte?

Percepisci che la persona di cui ti prendi cura ti guarda come una persona "del tutto buona" o "del tutto cattiva" senza un giudizio intermedio?

Desideri che la persona agisca come era solita fare quando sembrava che ti volesse bene e tu pensavi che era perfetta ed ogni cosa era magnifica?

Senti che l'altra persona è come se avesse personalità diverse in momenti diversi? In un momento è amorevole e cara ed in un altro momento sembra così maligna che ti sembra appena di riconoscerla...

Domandarsi se tale persona è "reale". Sperare che questa fase passi, ma non è così.

Sentirsi sulle "montagne russe emotive", prima trasportato molto in alto (fino a provare cose incredibili e fantastiche) e poi molto, molto in basso fino a sentirti disperato, depresso, addolorato per la relazione intrapresa?

Hai paura a chiedere alcune cose, nell'ambito della relazione, perché ti sarà rinfacciato che sei troppo esigente o che c'è qualcosa di sbagliato in te? Ti sei sentito dire che i tuoi bisogni sono sbagliati o poco importanti?

Ti domandi se stai perdendo il tuo attaccamento con la realtà perché l'altra persona è sempre pronta a negare il tuo punto di vista o a umiliarti. Inoltre, l'altra persona spesso agisce così bene davanti alle altre persone, che nessuno ti crede su quanto è accaduto.

Ti sei sentito dire che nulla che tu fai o hai fatto è comunque giusto e che quando tu gestisci l'altra persona essa fa ciò che vuole, assicurando che aderirà alle sue promesse mentre raramente essa cambierà le sue aspettative?

Tu cerchi di cambiare le regole e non c'è modo per farlo, tu non puoi vincere. Ti senti senza aiuto ed intrappolato?

Sei stato accusato di cose che non hai mai fatto e che non hai mai detto? Ti senti incompreso gran parte del tempo e quando tu tenti di spiegarti, l'altra persona non ti crede.

Ti sei scusato per delle cose che non hai fatto o che non condividevi per mantenere in piedi la relazione, oppure, spesso hai preferito dare ragione all'altra persona per evitare un possibile conflitto?

Ti è stato chiesto dall'altra persona di intervenire a suo favore nei confronti di terzi per negare alcuni suoi comportamenti?

L'altra persona si è comportata con te in modo vittimistico riferendoti fatti della sua vita e chiedendo il tuo incondizionato sostegno?

Vieni costantemente umiliato, anche quando tu tenti di abbandonare la relazione e l'altra persona tenta di prevenire l'evento in una vasta varietà di modi - dalle dichiarazioni d'amore alle promesse di cambiare oppure tramite inacce implicite o esplicite del tipo "non vedrai più i nostri bambini" e "nessuno oltre a me ti amerà".

Ti riesce molto difficile gestire i tuoi piani lavorativo e per il tempo libero perché l'altra persona spesso cambia umore, è depressa, chiede aiuto, si comporta in modo impulsivo o imprevedibile e ti tiene sempre impegnato assorbendo il tuo tempo e le tue energie mentali?

Molte volte ti sei scusato per il comportamento del borderline o hai tentato di convincerti che quello era un comportamento tutto sommato normale?

Hai notato che in molte situazioni, nonostante la protezione o affetto offerto non è cambiato nulla, anzi l'altra persona sfrutta gli scoppi emotivi, l'umiliazione, ecc. per ottenere da te quello che vuole?

Se ti identifichi nella maggior parte dei punti sopra citati, esclamerai: "*Mio Dio, non ho idea di chi siano queste persone, ma il loro nome è: borderline*".

Domande e risposte sulla patologia borderline

Borderline: malattia o stile di vita voluto?

Le persone affette da questo disturbo sono competenti nel proprio lavoro?

I borderline sono connotati da "passività attiva" e nel versante sociale da una corrispondente "competenza apparente". Alla marcata vulnerabilità emotiva si associa un approccio alle problematiche esistenziali passivo ed impotente, che cerca continuamente aiuto negli altri attraverso forme estreme di richieste. Tale modalità relazionale determina un clima tumultuoso, instabile e caotico che può indurre nell'errore di scambiare confusivamente per *attività* ciò che si manifesta sotto questa forma e per *reale competenza* un'apparente e transitoria capacità di funzionamento che questi pazienti mostrano in contesti interpersonali supportivi e solidi (quale ad esempio il setting terapeutico). Una delle caratteristiche distintive del funzionamento mentale del borderline è infatti quella della discontinuità, che a tratti prende le forme di una maggiore competenza e può perciò indurre il clinico (e quindi anche i conoscenti, amici, datori di lavoro) a sottovalutarne l'effettiva deficitarietà sottostante.

Quali altre caratteristiche sono tipiche del disturbo?

Esse consistono in:

- * difficoltà nel portare a termine gli studi, progetti, ecc. senza l'aiuto di un'altra persona;
- * dipendenza dagli altri, fino a compiere atti spiacevoli pur di ottenere lo scopo desiderato;
- * trattandosi di un disturbo relazionale, sarà difficile che la persona

- riesca a progredire nella carriera;
- * paranoia: diffidenza anche accentuata verso gli altri o nei confronti di chi ha rifiutato la protezione/aiuto;
- * l'indugio da parte degli altri, che possono declinare impegni in quanto devono pensare alle loro faccende, viene interpretato come egoismo o come rifiuto.

Perché l'abbandono provoca nel borderline grandi sofferenze?

L'abbandono provoca in tutte le persone una "ferita narcisista", riducendo l'autofiducia e l'autostima, di cui il borderline ne è già privato. Nel disturbato queste reazioni sono di solito transitorie e possono essere di breve durata in attesa di stabilire un nuovo rapporto intimo. La sofferenza causata dall'abbandono è più attribuibile al "mancato controllo sull'altro" o alla "perdita di valore della propria immagine" che ad una perdita affettiva vera e propria.

PERSONALITA NARCISISTA

Introduzione

(tratto da "Il Narcisismo" - A. Lowen) - Il termine narcisismo descrive un disturbo della personalità, caratterizzato da un esagerato investimento nella propria immagine a spese del sé.

I narcisisti sono più preoccupati di come appaiono che non di cosa sentono. In realtà negano i sentimenti che contraddicono l'immagine che cercano.

Agendo senza sentimenti, tendono a essere seduttivi e manipolativi, aspirano a ottenere il potere e il controllo sugli altri. Sono egoisti e presi dai loro interessi, mancano dei veri valori del sé—cioè espressione e padronanza di sé, dignità, integrità. I narcisisti mancano del senso di sé che deriva dai sentimenti del corpo. Senza di esso, la vita pare loro vuota e priva di significato. È una condizione desolata.

A livello culturale il narcisismo può essere visto come una perdita di valori umani: viene a mancare l'interesse per l'ambiente, per la qualità della vita, per i propri simili.

I narcisisti sono caratterizzati dalla mancanza di umanità.

Quando la facciata narcisistica di superiorità e di unicità crolla e diventano coscienti il senso di perdita e di tristezza, spesso è troppo tardi.

A un uomo, capo di una grande società, venne diagnosticato un cancro incurabile. Di fronte al pericolo di perderla, scoprì cos'era la vita. "Non avevo mai visto i fiori prima," spiegò, "né la luce del sole e i campi. Ho passato la vita a dimostrare a mio padre che ero un uomo di successo. Non c'era posto per l'amore." Per la prima volta nella sua vita adulta fu in grado di piangere e di rivolgersi a sua moglie e ai suoi figli perché lo aiutassero.

Il trattamento dei pazienti narcisistici è diretto ad aiutarli a essere in contatto con il proprio corpo, a recuperare i sentimenti soppressi e a riacquistare l'umanità perduta.

Per far questo possono essere utili psicoterapie ed esercizi fisici. Tutti i pazienti hanno un bisogno disperato di qualcuno che li capisca. Il terapeuta che non riesce a capire la pena dei suoi pazienti, non è in grado di aiutare efficacemente i pazienti a superare il disturbo

narcisistico. Tratti narcisistici sono componenti di vari disturbi di personalità: borderline, paranoide, ecc. tutte patologie che rivelano condizioni di estrema sofferenza, di difficoltà relazionali ed isolamento sociale.

Linee guida diagnostiche secondo la classificazione americana

Criteria diagnostici

La personalità narcisistica è caratterizzata da un insieme invasivo di sentimenti di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), bisogno di ammirazione e perdita di empatia, che si verificano a partire dalla prima infanzia e si presentano in una varietà di contesti, come indicato da cinque o più dei seguenti punti:

1. la persona ha un grandioso senso circa l'auto-importanza (es. esagerati successi e talenti, si aspetta di essere riconosciuta come superiore senza aver portato a termine particolari successi);
2. è preoccupata da fantasie di successo illimitato, potere, bellezza brillante o amore ideale;
3. crede di essere speciale e unica e che può solo essere compresa da altra gente speciale di elevato status (o istituzioni) o esserne associata;
4. richiede eccessiva ammirazione;
5. ha un senso sbagliato sulla rivendicazione di diritti, es. aspettative irragionevoli o di ottenere trattamenti speciali o di ottenere una attenzione automatica circa le proprie aspettative;
6. è interpersonalmente manipolativa, es. si avvantaggia degli altri per portare a termine le proprie necessità e bisogni;
7. perdita di empatia; è incapace di riconoscersi o identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri;
8. spesso è invidiosa degli altri o crede che gli altri siano invidiosi nei suoi confronti;
9. si esibisce in modo arrogante, tramite comportamenti o abitudini altezzose.

Caratteristiche associate al disturbo:

umore depresso, personalità drammatica, erratica, antisociale.

Secondo la classificazione di Millon (Profilo 500) il narcisismo caratterizza i pazienti la cui convinzione di base nella vita è quella di essere speciali, di sentirsi superiori agli altri e tendere a sopravvalutare le loro capacità ed attributi positivi, a costruire razionalizzazioni per gonfiare il loro valore e svalutare quelli che rifiutano di accettare l'immagine che essi hanno di sé. Tali pazienti vedono se stessi come intelligenti, fuori dal comune, affascinanti e sofisticati ed hanno bisogno di essere notati e suscitare affetto e attenzione negli altri. Spesso fanno una *prima impressione positiva* perché è probabile che essi abbiano delle opinioni proprie e una naturale capacità di attirare l'attenzione (*ndr.* infatti si presentano sicuri e baldanzosi, rendendosi soggetti interessanti, ma ad un esame più approfondito la vera immagine viene percepita dagli altri). Hanno problemi se non si sentono adeguatamente riconosciuti o se sono costretti ad accettare le opinioni degli altri o i compromessi. Stanno meglio in situazioni in cui si sentono ammirati o almeno rispettati.

Alcuni sono brillanti, hanno un buon senso dell'umorismo; altri possono essere amichevoli e disponibili, ma incapaci di accettare le critiche e tendenti a proiettare tutti i sentimenti di inadeguatezza, irresponsabilità o incompetenza verso gli altri; l'autostima è piuttosto bassa. Non accettando facilmente le critiche entrano spesso in conflitto con gli altri. (Millon individua altri 7 profili narcisisti, qui non riportati).

TRATTAMENTO

Ospedalizzazione - L'ospedalizzazione di pazienti sofferenti a causa di gravi disturbi narcisistici avviene di frequente. Per alcuni, come quelli che sono molto impulsivi o auto-distruttivi o che hanno una scarsa aderenza con la realtà, questo è il risultato dei sintomi appartenenti all'Asse I che sono sfumati nel disturbo di personalità. Il ricovero dovrebbe essere breve ed il trattamento specifico a particolari sintomi esibiti. Un altro gruppo di pazienti per i quali il ricovero è indicato, fornito attraverso trattamenti residenziali a lungo termine, è riferito a coloro

che hanno una scadente motivazione nei trattamenti extraospedalieri, relazioni fragili, che manifestano un tipo stili di vita cronici, distruttivi e caotici. Un programma presso una residenza organizzata può offrire un tipo di intervento intensivo che include la psicoterapia individuale, il coinvolgimento della famiglia ed un ambiente specializzato di tipo residenziale.

Tale struttura è fisicamente ed emotivamente sicura abbastanza per sostenere il paziente con un ego debole attraverso il decorso di una psicoterapia espressiva rivolta alla soluzione dei conflitti.

Piccoli gruppi di pazienti all'interno di padiglioni e meglio ancora in incontri a livello comunitario nei quali i commenti dei pazienti vengono considerati con serietà dallo staff, unitamente a compiti di lavoro costruttivi, attività ricreative ed opportunità per sublimare il dolore indotto dagli impulsi conflittuali rendono l'ospedale un ambiente dove i pazienti possono essere trattiene con l'interesse piuttosto che essere solamente contenuti. Gli obiettivi finali consistono nel fornire un mondo interno meglio integrato, una rappresentazione del proprio oggetto più coesiva e modulata ed un concetto di sé meno vulnerabile ai danni narcisistici.

Trattamento psicosociale

Principi di base - I pazienti narcisistici tentano di sostenere una immagine di una perfezione ed invincibilità personale per se stessi e tentano di proiettare tale impressione ancor meglio verso gli altri. La malattia fisica infrange questa illusione ed un paziente può perdere il senso della sicurezza inerente ad un coesivo senso di sé. Questa perdita precipita in una sensazione di panico tipicamente corrispondente alla frase "il mio mondo cade a pezzi" ed il paziente avverte un senso di frammentazione.

L'"*idealizzazione istrionica*" che il paziente avverte rispetto al medico contrasta con una frequente e sprezzante noncuranza verso lo stesso, che è denigrato, nello sforzo di mantenere un senso di superiorità e padronanza sulla malattia. Solo i medici più anziani appartenenti ad una istituzione prestigiosa sono riconosciuti di valore e rispetto, nel

momento in cui il paziente impaurito cerca nel medico una identificazione esterna della sua fragile grandezza. Gli operatori più giovani appartenenti al *team* che si occupa di curare il disturbo posso essere oggetto di derisione nel momento in cui il paziente cerca di stabilire una dominazione gerarchica per contrastare la vergogna e la paura scatenata dalla malattia.

Gli operatori possono convogliare i sentimenti di rispetto e riconoscere il senso di auto-importanza del paziente cosicché esso possa ristabilire un senso del sé coerente, ma essi devono allo stesso tempo evitare di rinforzare nuovamente ogni grandiosità di tipo patologico, che può contribuire a negare la presenza della malattia o debolezza che può impaurire il paziente.

Un approccio iniziale di supporto, seguito da un tipo di confronto passo a passo circa le vulnerabilità del paziente, può spingere il paziente ad affrontare le implicazioni indotte dalla malattia con sentimenti di maggiore forza soggettiva. L'incrementata auto-confidenza può ridurre il bisogno del paziente di attaccare il *team* che si occupa della cura, tramite uno sconsiderato sforzo di autoconservazione psicologica ed allentare la pressione volta ad ottenere una attenzione di tipo perfetto. Nel paziente infatti vi è l'aspettativa di ottenere speciali favori senza l'assunzione di reciproche responsabilità.

Molti dei principi di trattamento ed approcci discussi qui di seguito e per questo disturbo si applicano anche al disturbo di personalità Borderline (personalità emotiva).

L'individuo affetto dal narcisismo e da altri disturbi relazionali probabilmente ne è affetto in diversi tempi della sua vita o per tutta la vita.

Particolare attenzione va posta ad una diagnosi errata di decompensazione psicotica come la schizofrenia, a meno che non siano evidenti i criteri del DSM-III. La stessa prudenza va applicata nel caso di trattamento farmacologico per sintomi depressivi in assenza di segni clinici tipici del disturbo affettivo maggiore (o depressione maggiore).

Nel trattare questo disturbo ed altre condizioni simili, va posta attenzione alle conseguenze derivanti dalla rimozione del sintomo in quei pazienti dove il carattere sottostante è primitivo e fragile.

Alcuni medici consigliano che la grandiosità e la tendenza ad idealizzare e svalutare vadano interpretati come manovre difensive quando

gli aspetti delle relazioni conflittuali tipiche della prima età sono riproposte nella vita adulta. Altri medici pensano che la tendenza da parte del paziente nell'idealizzare il terapeuta dovrebbe inizialmente essere supportata. Per aiutare il paziente a sviluppare un'autostima maggiore, il terapeuta dovrebbe gradualmente far notare al paziente i reali limiti del paziente e terapeuta che si somigliano mentre dovrebbe anche offrire un'atmosfera empatica per attenuare i pazienti nei loro sforzi di accettare ed integrare tali esperienze.

Sfortunatamente saranno ancora necessarie molte ricerche per validare la descrizione ed il decorso del disturbo; attualmente è possibile rispondere tramite i trattamenti disponibili.

Psicoterapia individuale - Molti psichiatri, nella pratica, trattano la maggior parte dei pazienti narcisisti più gravi con riguardo ai sintomi della personalità e non tanto per il disturbo in sé.

Il terapeuta dovrebbe essere a conoscenza dell'importanza del narcisismo per la continuità della psiche del paziente, trattenendosi dal confrontarsi con i bisogni di grandiosità ed aiutare il paziente ad usare le sue caratteristiche narcisiste per ricostruire una immagine di sé intatta.

L'alleanza terapeutica ed un tipo di *transfert* positivo non costituiscono tecniche di cui fidarsi, in quanto il paziente può non essere capace di riconoscere la reale umanità del terapeuta, che può essere visto come una specie di "superuomo" o svalutato.

I pazienti che non terminano il trattamento dopo aver ottenuto la remissione dai sintomi, possono desiderare aiuto per alcuni dei problemi relazionati al loro disturbo di personalità, come le difficoltà interpersonali o la depressione. Il terapeuta deve avere una buona conoscenza dei principi dello stile appartenente alla personalità narcisistica, per dare una corretta interpretazione del paziente e per combattere il *controtransfert*.

Gli obiettivi di una qualsiasi psicoterapia non dovrebbero essere eccessivamente ambiziosi, in quanto l'origine delle difficoltà del paziente risiede nello sviluppo profondamente patologico.

Terapia di gruppo - Gli obiettivi consistono nell'aiutare il paziente a sviluppare una sana individualità (piuttosto che un resistente narcisismo)

in modo che possa riconoscere gli altri come persone separate e decrementare il bisogno di affrontare i meccanismi di auto-sconfitta.

Il primo passo verso lo sviluppo di una alleanza di lavoro si basa sull'empatia con la sorpresa ed il dolore che il paziente sente, come risultato del confronto tra sé e il gruppo. Un gruppo esterno terapeutico può essere utile per controllare un comportamento distruttivo a dispetto della debolezza dell' ego. Nei gruppi il terapeuta è meno autoritario (e meno minaccioso nei confronti della grandiosità del paziente); l'intensità delle esperienze emozionali è ridotta; la regressione è maggiormente controllata e si crea un miglior ambiente per operare un confronto con chiarezza.

Una terapia di gruppo di tipo analitico-espressivo richiede la concomitanza tra questo tipo di cura e una relazione individuale per molti pazienti, in modo che la cura sia maggiormente supportiva

Il bisogno di un supporto addizionale, la probabilità che il paziente abbandoni il gruppo ai primi segni di insulto fisico e la propensione a sviluppare pensieri disorganizzati sono dei sintomi individuati in molti pazienti borderline.

Il paziente che presenta un disturbo di personalità narcisista non sembra così vulnerabile all'ansia di separazione come lo è invece il paziente borderline, bensì tende al coinvolgimento su argomenti volti a mantenere un senso di valore sul sé.

NARCISISMO: DOMANDE E RISPOSTE

Quali sono le cause del narcisismo?

Come nel caso degli altri disturbi di personalità, non esiste un narcisista puro al 100 per cento; il narcisismo è associato spesso a tratti di altre personalità, come quella borderline, dipendente, ecc. Le cause, secondo la *psicanalisi* risalgono all'infanzia, età nella quale i bambini iniziano a formare una loro identità; l'identità e sicurezza mancate sarebbero da ricollegare alle prime relazioni familiari, che hanno portato ad uno stato di insoddisfazione di se stesso.

Genitori che non hanno dato appoggio e affetto sufficienti, quindi, e che hanno commesso numerosi errori educativi.

Secondo altri, vi sono cause biologiche e forse genetiche, incluso l'am-

biente sociale nel quale la personalità si è sviluppata.

Altri ancora, infine, ritengono che la mancanza di una figura familiare nell'età dello sviluppo, possa essere la causa - come nel disturbo borderline - di profonde insicurezze.

Secondo alcuni esperti il narcisista ha sacrificato, fin da piccolo, la propria identità. Anzi, per farsi accettare dagli adulti, ha enfatizzato un'immagine che gli è aliena (ad esempio quella della "donna generosa e diligente" o del "bambino autonomo che primeggia", l' 'ometto' per intenderci), allontanandosi dal Sé autentico. Ha negato cioè, già dai primi anni di vita, i suoi sentimenti, reprimendo specialmente quelli, come la paura, la rabbia, la gelosia, la tristezza, che danneggiavano quell'immagine che i grandi volevano da lui.

Come si sviluppa il narcisismo?

Il narcisismo si sviluppa lentamente nel corso degli anni. Il narcisista ha sacrificato, fin da piccolo, la propria identità e per farsi accettare dagli adulti ha enfatizzato una immagine che gli è aliena, come ad esempio quella della "donna ossequiosa, generosa e diligente" o del bambino autonomo che primeggia, ovvero l' "ometto", negando i suoi sentimenti.

Nel corso della vita il narcisista poi ha assunto comportamenti, ormai radicati nella sua personalità, che si ripetono in modo potremo dire "automatico", a sostegno di tale immagine.

Che cosa significa "narcisismo patologico"?

Il narcisismo patologico si verifica quando il soggetto concentra esagerati interessi sulla propria immagine esterna, trascurando quella interna.

Esso offre una immagine esteriore di sé che non corrisponde a quella interna. Il narcisista è più preoccupato di "come deve apparire" piuttosto di "che cosa sente dentro". Il suo è un Sé povero.

A cosa porta il divario tra l'immagine esterna e quella interna?

Il contrasto tra quello che si vuole apparire e quello che si sente, porta a disturbi patologici quali: sensazione di vuoto, incapacità di sentire sentimenti, demotivazione al vivere e quindi depressione o ipochondria.

Di quali reazioni soffre il narcisista?

Il narcisista soffre soprattutto a causa dell'immagine insicura del Sé. Le reazioni sono: grandi ambizioni e crisi d'insicurezza, fasi megalomane e sentimenti d'inferiorità, atteggiamenti manipolatori ed eccessiva dipendenza, momenti maniacali e incertezze, troppa sicurezza e insicurezza, ecc.

Quali capacità relazionali ha il narcisista patologico?

Il narcisista patologico non sa vivere rapporti nel segno della reciprocità, perché incapace di amare un partner, di costruire una vera amicizia, di essere in sintonia con gli altri e quindi provare empatia. In tutti questi casi si tratta quindi di rapporti a rischio.

Con quali occhi il narcisista "vede gli altri"?

Il narcisista conosce gli altri non per quello che sono ma per la loro immagine; non riesce quindi a integrarsi, rimanendo solo. Le altre persone sono oggetti nelle sue mani; gli altri non contano per quello che sono bensì per quanto possono dare. La sua è una lotta eterna per il potere, per tranquillizzare la sua vulnerabile fragilità, per risolvere solo i suoi bisogni, per sedurre ed avere la prova del suo fascino esteriore (immagine esterna). Nel tempo elimina colleghi, amici, familiari. Non si fa senza scrupoli poiché privo di coscienza morale.

Il narcisista allora è una persona che vive bene o male?

È soggetto che vive male, che non si tratta bene (spesso sono presenti tendenze autodistruttive) e che non può godersi le cose poiché incapace di entrare in relazione con esse. Quindi il narcisista non può provare piacere sessuale, perché non lo sa né dare né ricevere, non gode dei piaceri terreni; le "cose esterne" di qualunque tipo siano, persone o oggetti, non vengono da lui fatte proprie. Si assiste alla mancanza di autentico interesse per tutto ciò che è "al di fuori di sé".

Il narcisista vive soltanto di sé?

Quasi esclusivamente sì. Il narcisista crede di trovarsi al centro del mondo e quando parla, guarda e ama, ascolta, vede, vuole bene esclusivamente a se stesso. L'impressione proiettata dall'immagine esterna

è di solito completamente opposta, tramite le lusinghe, i falsi sentimenti, le esagerazioni, modo di fare carino ed educato, ecc. Quando questa immagine viene sottoposta a critiche o comunque intaccata scatta il meccanismo del conflitto e dell'interruzione del rapporto.

Quali sono gli effetti più devastanti di un narcisismo malato?

Gli effetti si ripercuotono sulla parte più profonda dell'essere umano, quella affettivo-sessuale. Nel rapporto con l'altro sesso spende le sue energie unicamente in favore di se stesso e mira a soddisfare le proprie richieste a prendere e ad avere, considerando il partner come un'estensione di sé, come un mezzo e non come una persona.

Perché il narcisista pretende di essere amato?

Pur non sapendo amare il narcisista esercita un enorme e potente fascino sull'altro sesso, dovuto ad una immagine o corpo curato, in congiunzione o assenza di questo è dotato di un notevole potere seduttivo di tipo espressivo e verbale. Tale potere è dovuto a una certa pseudosicurezza e baldanza che lo rendono un soggetto interessante all'altro sesso. Il narcisista pretende di essere amato perché l'amore degli altri gonfia e sostiene tale immagine seduttoria.

Quale relazione può stabilire il narcisista in un rapporto di coppia?

Esso non è in grado di stabilire una relazione matura, poiché i suoi obiettivi sono quelli di valorizzare se stesso, autoprotiggersi, amarsi, utilizzare l'altro per i propri fini, non coinvolgersi. Il narcisista pone se stesso come l'unico punto di riferimento intorno al quale organizzare ogni sua esperienza affettiva. Essendo troppo concentrato sulla propria persona, non entra in contatto con il partner e non ne cerca l'intimità. Non vede il partner come persona e di esso ne coglie soltanto alcuni frammenti; su questi inventa una storia d'amore, considerando vere le proprie costruzioni fantastiche.

Il narcisista rispetta il partner?

Il narcisista non può rispettare il partner; il suo rapporto è costruito sulla presunzione, l'orgoglio patologico e vanità. Tali comportamenti

sono dovuti all'esagerazione dell'amor proprio, ad un esagerato senso del proprio valore, all'invincibilità, alla incapacità di fare una sana autocritica e di subire le critiche altrui, che minerebbero l'immagine esterna; la sua è una sorta di anestesia emotiva e sentimentale, una specie di corazza che lo isola dagli altri.

Come si comporta il narcisista sul versante sessuale?

Il narcisista è una persona che promette ma non dà. La sua passione è al servizio del narcisismo: usa il corpo e le parole per sedurre, eccitando sessualmente, inventando storie d'amore, fuggendo al momento buono. E' un partner che simula la disponibilità a fornire un piacere unico ed infinito. Nei fatti però non mantiene quanto promette perché controlla sentimenti, emozioni e sensazioni, dosando accuratamente incontri e reazioni; non si sa abbandonare al piacere sessuale. Il suo è solo un potente erotismo che si esaurisce rapidamente e finisce con l'abbandono dell'altro, usato e poi gettato via.

Qual'è l'autostima e l'autoaccettazione del narcisista?

Il narcisista vive i rapporti sentimentali solo come prove, come verifiche del funzionamento della sua immagine esterna (di seduttore) e non come vero piacere; di conseguenza è sempre in ansia, in difesa. È una persona immatura, incapace di dare ordine alla propria esistenza, che gioca con i propri sentimenti e con quelli degli altri. Per questi motivi non può provare una autostima ed autoaccettazione sufficienti.

Perché nel narcisismo patologico c'è la negazione dell'amore e della sessualità?

La risposta a questa domanda la si può trovare tra le precedenti; al narcisista è precluso il piacere della sessualità perché non può provare amore per gli altri. Il narcisista può vivere l'eros o il sesso come un atto dovuto o meglio meccanico, senza provare il piacere, l'emozione, la fantasia, la passione e l'intimità che identificano invece un vero rapporto, fatto di sessualità.

Perché il narcisista esercita continuamente il suo fascino di seduttore?

Appena interrotta una relazione di coppia il narcisista (come nel caso

del borderline) vive il fallimento non a causa di un rifiuto sentimentale, bensì per il crollo dell'immagine esterna. Esso ha perso il potere sull'altro ed allora inizia una nuova conquista in quanto non sa vivere se non ha la certezza di piacere. Le relazioni sono brevi, superficiali e tormentate; finiscono quasi sempre in clima burrascoso e non durano in media più di qualche giorno o mese. Il narcisista ha una bassa tolleranza alle tensioni e quindi tende a separarsi o a divorziare più delle altre persone.

Il narcisista è un "dongiovanni" al maschile ed una "Carmen" al femminile?

Mentre le persone normali cercano di impegnarsi nella vita sociale, per realizzare se stesse, il narcisista impiega gran parte delle energie per far innamorare gli altri, che non contano affatto di per sé, ma sono un banco di prova per verificare le proprie capacità seduttive. Spesso il narcisista non s'accontenta infatti di un solo partner, ma necessita di una specie di *harem* per un bisogno malato di conquista. Quando vuol sedurre o fa la corte è brillante, ma non ha più niente da dire se si stabilisce un legame, perché è un soggetto vuoto ed incapace di provare amore e di attuare una comunicazione profonda. Non c'è scambio affettivo; manca l'amore, la passione, la sintonia erotica e l'intimità. Per il narcisista la soddisfazione più importante deriva dalla conquista, dominio e controllo dell'altro piuttosto che da un'esperienza d'amore. Esso vive una perenne insoddisfazione che lo spinge in maniera coatta a passare di conquista in conquista.

Il bisogno di sedurre nasconde qualche tipo di immaturità?

Sì. Si tratta di una immaturità psicoaffettiva; se il narcisista non riesce a sedurre si ammala. La seduzione fa da schermo a grandi insicurezze; l'altro viene spesso utilizzato come antidepressivo ai propri conflitti ed insicurezze; il narcisista "preleva" dall'altro ciò che a lui manca (l'autostima, i sentimenti, le necessità quotidiane, ecc.) finendo per sottrarre l'altro alla propria volontà (v. *Abuso emozionale e verbale*).

Da cosa è connotata la vita del narcisista?

Nei casi più difficili la vita affettiva del narcisista è una serie di errori, di insuccessi a catena; è costituita da fallimenti e conquiste, di rapporti

tormentati che terminano male. Ed il guaio è che, per tale immaturo, il male *non è mai una colpa personale, ma sempre l'effetto degli errori altrui o di un fato avverso*. Sono i casi in cui diventa necessario l'aiuto di uno psicoterapeuta, per realizzare un'adeguata autostima, una solida immagine di sé e quindi un'autoaccettazione, con fiducia nelle proprie capacità d'amare e nella propria amabilità. Purtroppo tale soggetto è sovente troppo narcisista per accettare di chiedere aiuto.

Il comportamento seduttivo, manipolativo o utilitaristico è attuato volontariamente o no?

Il narcisista patologico probabilmente ad un certo punto della vita ha iniziato ad attuare le tecniche seduttorie e manipolatorie come strumento di sopravvivenza e da un certo momento in poi ha perso il senso di umanità, di farsi scrupoli, fino ad annullare i sensi di colpa. Il suo comportamento, patologico, è frutto di un "incallimento" che perdura da anni; i comportamenti messi in atto sono ormai automatici e privi di volontà, come quelli di chi continua a fumare sapendo di potersi ammalare di cancro.

Il narcisista manca totalmente di umanità?

Molti casi patologici presentano una pressoché totale mancanza di umanità. La personalità e quindi le scelte di vita sono connotate prevalentemente da un comportamento narcisistico e pertanto questo costituisce la prevalenza della persona. Affiorano, in alcuni momenti, comportamenti diversi e quasi normali (pseudonormalità), che sembrano contraddire la personalità di fondo. Ma essi vengono completamente sommersi e riassorbiti dal narcisismo.

Quali effetti hanno le cure contro il disturbo narcisistico?

Le cure, consistenti nella psicoterapia, possono produrre buoni effetti; spesso l'obiettivo è quello di "compensare" la persona, ovvero di eliminare o ridurre i tratti più distruttivi della personalità. Il processo di compensazione non significa guarigione. Come in molti altri disturbi di personalità, la persona sottoposta a cure e compensata manterrà alcune caratteristiche relative alla malattia che influiranno sulle relazioni sociali in modo negativo. La prognosi è legata all'età di insorgenza, alle cure più o meno immediate, alla storia del paziente ed alla durata della patologia; se non curata adeguatamente e per lungo tempo la malattia è già cronica.

PERSONALITA ANTISOCIALE (Il disturbo antisociale di personalità)

Introduzione

Gli individui con questo disturbo (che ha una incidenza del 2-3 per cento nella popolazione degli Stati Uniti) si ritrovano più comunemente in aree urbane impoverite e molti di loro interrompono le scuole secondarie prima del diploma.

C'è inoltre una stretta correlazione tra la patologia antisociale del carattere e la tossicomania.

Criteria diagnostici

- A. Età di almeno 18 anni;
- B. Presenza di un disturbo della condotta con insorgenza prima dei 15 anni;
- C. Una modalità pervasiva di disprezzo e di trasgressione dei diritti altrui comparsa dall'età di 15 anni, come indicato da almeno tre dei seguenti punti:
 - 1) non riesce a conformarsi alle norme sociali per ciò che concerne il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di condotte suscettibili di arresto;
 - 2) non ha rispetto per la verità, come indicato da ripetute menzogne, uso di falsi nomi o truffe a danno di altri per profitto o piacere personale;
 - 3) è impulsivo o incapace di fare piani;
 - 4) è irritabile e aggressivo, come indicato da numerosi scontri fisici o risse;
 - 5) è negligente per quanto riguarda la sicurezza propria e degli altri;
 - 6) è costantemente irresponsabile, come indicato da ripetuti fallimenti nel sostenere un'attività lavorativa continuativa o nel far fronte agli obblighi finanziari;

- 7) non prova rimorso, come indicato dall'indifferenza e dalla razionalizzazione nel far del male, maltrattare o derubare gli altri.

Nelle relazioni la loro tendenza all'esercizio di un potere aggressivo esprime la presenza di un Super-io sadico, che li spinge ad un comportamento crudele.

Trattamento ospedaliero - C'è un ampio consenso sul fatto che i pazienti con un serio comportamento antisociale non traggono beneficio da un approccio terapeutico fondato esclusivamente su una psicoterapia ambulatoriale. Una qualche forma di *setting* istituzionale o residenziale è necessaria per un miglioramento seppur modesto.

Psicoterapia individuale - La psicoterapia individuale ambulatoriale del paziente antisociale grave è destinata a fallire; gli effetti saranno scaricati attraverso l'azione; inoltre, le menzogne e gli inganni del paziente sono così pervasivi che il terapeuta non avrà nessuna idea di ciò che realmente accade nella vita del paziente. In ogni caso, il terapeuta che volesse "avventurarsi" nella cura di una personalità antisociale dovrà quanto meno attenersi alle seguenti "raccomandazioni":

- 1) deve essere solido, tenace ed assolutamente incorruttibile;
- 2) deve mettere costantemente il paziente di fronte al suo diniego;
- 3) deve aiutare il paziente a mettere in rapporto le sue azioni con i suoi stati interiori;
- 4) i confronti sul comportamento del "qui e ora" sono più efficaci dell'analisi del passato;
- 5) il *controtransfert* deve essere rigidamente controllato;
- 6) deve evitare di nutrire eccessive aspettative di miglioramento.

LE RELAZIONI CON ALTRE PERSONE (valido per tutti i disturbi trattati)

Un disturbo di personalità si traduce in pratica nelle difficoltà di mantenimento dei rapporti con le altre persone (*disturbo di relazione*): parenti, conoscenti, amici, colleghi di lavoro.

Il lavoro produttivo è molte volte influenzato da variazioni dell'umore, comportamento impulsivo ed attrito sociale.

Una tolleranza alla frustrazione può essere manifestata dall'insistenza per ottenere una gratificazione immediata. La pazienza è rara. L'alcool o altri farmaci auto-prescritti possono essere utilizzati per fermare velocemente i sintomi negativi.

Nelle relazioni con gli altri, i sofferenti del disturbo sono scarsamente compresi in quanto essi sembrano delle persone normali quando non lo sono. L'attrito sociale è aggravato dal fatto che alcuni pensieri e giudizi su terze persone vengono esagerati nei contenuti ed in funzione del mantenimento della propria immagine: l'avere sempre e comunque ragione, non riconoscere i propri errori o colpe, criticare pesantemente le persone con cui non si va d'accordo, ecc.

Molti pensieri sono a carattere paranoide (diffidenza, vittimismo, rivendicazione di particolari favori o attenzioni senza alcun diritto) e rispecchiano solo in parte la realtà; vengono utilizzati nelle relazioni per far leva sui sentimenti altrui (compassione, pietà, ecc.) con l'evidente scopo di ottenere immediata attenzione ed aiuto.

Le persone dipendenti o passive che sfruttano gli altri sono a volte i più potenti manipolatori. Alla base di questi comportamenti c'è la mancanza di attribuzione di responsabilità da parte del disturbato, che preferisce farsi sostituire anche nei compiti più semplici; questo porta ad un blocco di crescita del soggetto, che preferisce ricorrere a tecniche manipolatorie per risolvere i propri problemi, piuttosto che affrontarli in prima persona.

Ricordiamo che tali comportamenti, pensieri o sentimenti che qui di seguito andiamo ad elencare variano da persona a persona, in intensità e durata e che spesso sono legati alle opportunità sociali, alla disponibilità di cure, a fattori stressanti, ecc. che contribuiscono in varia maniera al

loro esordio o attenuazione. Essi quindi non sono attribuibili "in toto" ad una singola persona.

AUTOSTIMA - È molto bassa ed è legata quasi esclusivamente alla propria immagine corporea. Spesso il disturbato cerca negli altri le capacità ed i sentimenti che non ha, fino a considerare le persone che lo circondano una sorta di "contenitore" della propria mancante autostima. Se c'è quindi una risposta di tipo frustrante o insultante proveniente da una persona desiderata, il punto di vista di sé cambia da un'alta considerazione al sentirsi priva di valore; il punto di vista degli altri passa da ben intenzionato a malevolente.

AUTO-INDULGENZA - Il soggetto ha la tendenza a non farsi sensi di colpa. A lungo andare questo comportamento induce ad autoconvincersi di avere sempre e comunque ragione, con il risultato di interruzione dei rapporti sociali ed incapacità di costruire veri rapporti umani.

INOCULAZIONE DI SENSI DI COLPA - La persona può adottare una sorta di autopunizione masochistica nell'assunto che dopo aver causato una sofferenza all'aggressore costui proverà rimorso e fornirà un tipo di attenzione ed affetto (o amore) compensatorio; in pratica ciò si traduce nel far provare nell'altra persona sensi di colpa per riconquistarla.

DELUSIONI - Comunemente la delusione concerne la mancata risposta a seguito delle aspettative riposte da una persona in un'altra (es. delusione amorosa). Le persone affette da questi disturbi, non soffrono a causa di una delusione sentimentale (in quanto la loro capacità affettiva è ridotta o mancante), bensì perché vengono respinte e la loro immagine, fondata sull'onnipotenza e seduttività ne viene intaccata.

IMPULSIVITÀ - Invece di esaminare i problemi e considerare soluzioni alternative, la persona con tale tipo di personalità tende di solito a giungere a conclusioni rapide o impulsive, evitando ad esempio di attuare programmi per la propria vita o a rompere facilmente relazioni con le altre persone. L'impulsività nello spendere o sessuale si risolve in incauti e costosi acquisti non premeditati o in relazioni sessuali improvvise e non preventivate.

PROBLEMI DI CARATTERE SESSUALE - Molte persone affette da disturbo di personalità hanno paura della sessualità, e soffrono di problemi sessuali quali l'*anorgasmia* (mancanza di orgasmo) o *disturbi del desiderio*. Si notano comportamenti di provocazione sessuale (o meglio di erotizzazione delle relazioni sociali), attuati per attirare l'attenzione su di sé, soddisfare i propri bisogni ed accrescere l'autostima. Le donne istrioniche sono state descritte come una "caricatura del ruolo sessuale famminile". Il fallimento di una identità sessuale è sempre parte della struttura istrionica.

In gioventù: è possibile notare una varietà di comportamenti sessuali che possono essere tentati con un minimo investimento nella soddisfazione sessuale. I partners sessuali sono spesso visti solo come una necessità temporanea per star meglio e per fornire un certo tipo di protezione. Sebbene le relazioni possano essere confuse e primitive, esse sono di notevole importanza come contenitore per la scadente autostima. La protezione è vista con un desiderio molto forte.

La persona può essere inconsistente, irresponsabile, sadica o masochista (intesi in senso morale), raramente integrata in un gruppo di persone o di amici. Può gradualmente andare alla deriva, sviluppando uno stile di vita solitario connotato da una perdita di successo negli obiettivi interpersonali, vocazionali o accademici. L'impulsività si riflette più probabilmente nel comportamento sessuale piuttosto che in un comportamento di tipo aggressivo.

Occasionalmente le donne possono assumere le sembianze di un ragazzaccio; le capacità atletiche possono essere utili per ottenere un tipo di accettazione a livello sociale. La donna può sentirsi più a suo agio alla presenza di uomini.

In età adulta: La sessualità è di solito insoddisfacente e serve solo per bisogni di protezione e presa in carico. La donna può, con il marito, assumere un comportamento, anche alternato, di dipendenza che si incrementa e/o di passività o può cercare al di fuori del matrimonio un altro uomo (per ottenere maggiori soddisfazioni) oppure, occasionalmente, interessarsi ad attività di *club* per soddisfare i propri bisogni di dipendenza.

MATRIMONIO E SESSUALITÀ - In età adulta i contratti sessuali persisteranno come un modo per ottenere la protezione e l'attrazione da

parte dei partners. La soddisfazione sessuale sarà limitata, comunque. Il matrimonio dipenderà dalla sua relazione dipendente o aggressiva con l'uomo, l'una o l'altra può divenire preminente. Il partner ideale per queste persone è quello definito dalla gente comune come "buono e paziente", ovvero colui che si comporta in maniera direttamente inversa dal disturbato. Il funzionamento di un matrimonio dipende dal grado di sopportazione del partner, dalla gravità dei sintomi, dalla capacità del paziente di restare fedele e rispettare le regole. Molti matrimoni sono destinati al naufragio a causa di tutti i sintomi (rabbia, dominazione, manipolazione, scoppi emotivi, negligenze) di cui soffre il malato.

DIFFICOLTÀ NEL PORTARE A TERMINE I PROGETTI PERSONALI

La persona porterà poche cose a termine e con successo nel campo vocazionale o accademico. Verrà vista dal marito come instabile dal punto di vista emotivo, esigente, bisognosa ed impulsiva. Il comportamento infantile è alternato al comportamento da adulto. L'esibizione e la manipolazione sono tecniche utili per ottenere maggiori soddisfazioni dei propri bisogni personali.

EGOCENTRISMO - Ogni azione o evento del mondo esterno esiste in funzione della soddisfazione dei propri bisogni. Le richieste immediate di soddisfazione dei propri bisogni, accompagnate da un'ansia spesso difficile da dominare, portano la persona a dipendere dagli altri e a rivolgersi a parenti, amici, ecc. spesso con una certa continuità. Ovviamente tali persone sono viste dagli altri come manipolatrici e stressanti. Per mantenere ed avviare la dipendenza tali persone possono attuare strategie manipolatorie, la seduzione o la simulazione (v. più avanti).

DIPENDENZA - L'insicurezza di base ed il bisogno di emergere possono facilmente tradursi in comportamenti di dipendenza. Essi consistono nell'incapacità di realizzarsi o prendere decisioni senza l'intervento costante di qualcun altro, attraverso continui consigli, incitamenti, ecc. La dipendenza è causa di limitazione lavorativa e nella carriera in quanto la persona, appoggiandosi ad altre persone, può sviluppare con poca autonomia le capacità vocazionali.

Molte persone disturbate possono servirsi, in tempi diversi ed anche nell'arco di una giornata, di diversi *codipendenti* dai quali ottenere l'aiuto

necessario, attraverso tecniche manipolatorie, simulatorie e seduttive.

CODIPENDENZA - Il problema della codipendenza è stato identificato solo negli ultimi anni ed il termine accettato nella letteratura psicologica solo di recente. La codipendenza non è di per sé una malattia mentale. Identifica la predisposizione di alcune persone ad identificarsi con i bisogni e necessità altrui, fino a dimenticare se stesse, con il risultato di mettersi continuamente a disposizione dell'altro. I codipendenti sono le vittime dell'abuso emozionale e verbale.

I pazienti possono contare, per lo svolgimento dei loro compiti, fino a 15-20 codipendenti, manipolati con espressioni emotive esagerate, inoculazione di sensi di colpa, sentimenti simulati, ecc.

MANIFESTAZIONI AFFETTIVE - Una delle più frequenti incomprensioni circa il comportamento vistoso (es. abbracciare o baciare amici o persone) è che tali manifestazioni sono legate di solito al bisogno di essere protetti ed aiutati, mentre invece vengono interpretate malamente dagli altri come un tipo di apertura ad una sessualità di tipo genitale, con il risultato che la persona, nel corso del tempo, viene coperta da giudizi spregiativi a carattere morale.

EMPATIA - E' la risonanza, comunicazione affettiva, identificazione comprensiva dell'altro. Secondo alcuni esperti l'empatia è alla base della simpatia e quindi dell'amicizia o di relazioni più profonde; nelle personalità drammatiche si assiste alla perdita pressoché totale di empatia; in luogo di essa vi è il disconoscimento dell'altro, la dominazione, l'incapacità di immedesimarsi nei suoi problemi, di qui il comportamento utilitaristico.

EMOZIONI - L'emozione è uno stato affettivo più o meno intenso, ma di breve durata, collegato alla vita istintiva ed accompagnato da sensibilizzazione psichica o fisiologica.

Sono connotate da:

- * facile suggestionabilità;
- * crisi di pianto;
- * eccessiva emotività;
- * mutismo (per fini utilitaristici o per scatenare compassione);

- * indugio: viene interpretato come rifiuto da parte degli altri;
- * bisogno di re-imparare le connessioni di pensiero tra le emozioni;
- * espressioni emotive senza pensare con chiarezza.

SUPERFICIALITÀ AFFETTIVA - Le persone presentano una superficialità affettiva coperta da sentimenti esternati con modalità teatrali (di qui il termine *personalità istrionica, ovvero commediante*). In pratica la persona non prova "internamente" i sentimenti che dovrebbero essere connessi alle emozioni esternate con tanta intensità.

SENTIMENTO - Stato affettivo più duraturo dell'emozione e meno intenso della passione. Secondo *Cartell* il termine sentimento indica un tratto dinamico acquisito che induce l'individuo a prestare attenzione ed alcuni oggetti e/o classi di oggetti e a reagire ad essi in modo caratteristico. La differenza tra emozioni (provate nel caso delle personalità in oggetto) e sentimenti è grande in quanto nei disturbi di personalità qui trattati i sentimenti sono affievoliti od addirittura inesistenti. Il sentimento porta in pratica, a chi lo prova, l'identificazione con l'oggetto e l'interiorizzazione dello stesso. La superficialità affettiva (e quindi la mancanza di empatia) è una delle maggiori cause del fallimento di relazioni amorose o amicali.

SEDUZIONE - Per seduzione possiamo intendere quella erotica o quella verbale. La seduzione inappropriata è un comportamento manipolatorio portato a termine non sulla base di reali aspettative di carattere affettivo, bensì di carattere prevalentemente utilitaristico.

MANIPOLAZIONE - Con numerose tecniche, verbali, emotive, erotiche o sessuali la persona attua una serie di comportamenti volti ad ottenere aiuto. In particolare si osservano esagerazioni a carattere affettivo, sentimentale ed emotivo.

SIMULAZIONE - Consiste in tecniche per ottenere aiuto o vantaggi; è un comportamento utilizzato per schivare responsabilità (es. simulazione di malattia, ecc.) o per ottenere l'attenzione da parte degli altri. Va detto che non è possibile tracciare un confine tra volontarietà ed involontarietà, tra simulazione e vera malattia in quanto esso non è delimitabile con facilità nemmeno dagli esperti. Nella maggior parte dei casi si tratta di

comportamenti ormai radicati nella persona (o che fanno comunque parte della sua personalità), imparati nell'adolescenza e ripetuti automaticamente senza lo sviluppo di sensi di colpa o scrupoli.

MENZOGNE - In molti disturbi di personalità il comportamento è di solito poco sincero; si assiste nei racconti all'omissione di fatti, distorsioni ed esagerazioni; tutto è riconducibile alla *Manipolazione, Seduzione e Simulazione*, tecniche che richiedono l'utilizzo anche di menzogne per sviare le potenziali vittime.

NEGAZIONE - attraverso questo processo mentale, il soggetto nega a se stesso che alcuni fatti siano accaduti (v. anche Rimozione), a scopo giustificatorio e per liberarsi dai sensi di colpa che eventualmente potrebbero emergere.

SOMATIZZAZIONE - Notoriamente i conflitti interiori si riversano a livello corporeo attraverso il processo di *somatizzazione*, consistente nella materializzazione dei sintomi in malattie corporee (es. crampi intestinali, giramenti di testa, debolezza, ecc.) che alla luce di esami diagnostici non hanno alcun fondamento medico.

REGRESSIONE - La regressione è il meccanismo centrale. Sotto stress la persona regredisce velocemente a comportamenti passivi, depressi o psicotici con rischio di suicidio. Queste persone di solito hanno poche risorse sulle tecniche di soluzione dei problemi e per assumere delle decisioni: la regressione o l'ammalarsi è la sola loro unica risorsa e costituisce anche un modo per attirare l'attenzione. I concetti negativi su se stessi e la scarsa autostima sono comuni.

PSICOSI - Indica una perdita di contatto, anche momentanea, con la realtà ed inconsapevolezza dei disturbi da parte del soggetto.

PSITTACISMO - Consiste nella ripetizione meccanica di parole o frasi già sentite, come farebbe un pappagallo. Il fenomeno si osserva in alcuni quadri di psicosi e disturbi di personalità.

RIMOZIONE - è un altro aspetto *difensivo* attraverso il quale i ricordi conflittuali, o legati a situazioni spiacevoli, vengono letteralmente rimossi

dalla memoria. Tali processi interferiscono nelle relazioni con amici e famiglia.

INCOMPRESIONE - La persona sembra essere sempre sorpresa e non essere capita; sembra provare che, naturalmente, gli altri sappiano ciò che essa sta provando e che se i suoi bisogni sono male interpretati o non lo sono per nulla o che ci sia una qualche perdita nell'amore, un rifiuto o una perversa ostilità da parte degli altri.

Nel caso della personalità narcisista e borderline l'individuo, qualora rifiutato o non aiutato, giudica cattiva o malvagia la persona che non è più a sua disposizione.

RAPPORTI CON AMICI E FAMIGLIA - C'è qualche capacità di mantenimento di un rapporto più o meno stretto con la famiglia e all'esterno, ma è possibile che le persone continuino ad essere irresponsabili, manopolatrici ed egocentriche. I rapporti con gli amici possono essere influenzati dai comportamenti messi in atto e già descritti.

RAPPORTI LAVORATIVI -La persona sofferente può cambiare spesso occupazione e divenire *erratica* (cambiamento di luogo, posto di lavoro, amicizie, ecc. ecc.) ed alimentare conflitti sociali nell'ambiente nel quale opera in quanto non viene facilmente compresa o accettata e quindi non si sente a suo agio. Le relazioni saranno difficili e perlopiù improntate da mancanza di assunzione di responsabilità, utilitarismo, erotizzazione, ecc. e porteranno a conflitti. In tale caso si potrà assistere ad un isolamento della persona nell'ambito del contesto lavorativo-sociale.

ABUSO EMOZIONALE E VERBALE

Le domande e risposte pubblicate riguardano tutte le personalità drammatiche finora trattate.

Cosa è l'abuso emozionale?

Una situazione di abuso emozionale avviene quando una persona 'utilizza' una seconda persona (marito, fidanzato, conoscente, amico, ecc.) prevalentemente nell'intento di soddisfare le proprie necessità di tipo materiale, sessuale o entrambe. L'abuso avviene attraverso l'esasperazione delle emozioni e si verifica di solito nelle personalità drammatiche.

Dove avviene l'abuso emozionale?

L'abuso verbale o emozionale avviene prevalentemente in famiglia, ma può accadere in situazioni lavorative, in rapporti pseudo-sentimentali, con amici e conoscenti.

Il testo qui pubblicato è stato tratto per la maggior parte da una pubblicazione americana di 230 pagine (*The emotionally abused woman of Beverly Engel*).

Si riferisce principalmente all'abuso in ambito familiare ed i consigli sono applicabili a tutte le vittime di abusi, anche in altre situazioni non domestiche.

A quali disturbi mentali è relazionato l'abuso?

In particolare vi sono alcune persone che presentano problemi mentali come nei disturbi di personalità: *emozionale* (sindrome borderline), *narcisistica*, *istrionica*, *nonché paranoide* ed altre patologie di individui che possono sperimentare, nel corso della vita, situazioni di *abusatori e vittime*.

Una nota molto importante: dato che alcuni comportamenti sono innescati da ansia, paura, ecc. nel caso delle persone che soffrono di disturbi emozionali va chiarito che esse non cercano di danneggiare il prossimo. Sebbene da parte loro non vi sia una **esplicita volontà** nel condurre comportamenti abusanti, esse provocano però dei danni alle potenziali *vittime* dell'abuso. L'abusatore agli occhi dei profani - non parenti o

persone che non sono a conoscenza del disturbo del soggetto - appare come persona sfruttatrice e manipolatrice, che quindi è difficile da accettare nei rapporti sociali. Anzi, il più delle volte tali persone - che sembrano mal comprese dagli altri - vengono isolate o respinte nell'ambiente di lavoro o studio che diventa loro ostile, fino a diventare *erratiche* (cambiare continuamente lavoro, residenza, ecc.).

Chi è l'abusatore e chi è la vittima?

Si definisce abusatore colui che mette in atto l'abuso e vittima (o codipendente) colui che lo subisce. L'abuso si verifica - oltre che in certe patologie - anche nel caso di alcolisti, tossicodipendenti, persone che non presentano problemi mentali ma che sono dedite ad adottare tecniche manipolatorie particolari per soddisfare i propri desideri.

Perché le persone narcisiste e borderline ricorrono all'abuso?

Le persone che presentano un disturbo mentale, a causa dell'ansia, dello stress e paura ricorrono all'*abuso* (o possono esserne vittime) per risolvere i loro problemi. Esse infatti sperimentano un intenso dolore, paura e vergogna ed utilizzano l'abuso come una sorta di difesa primitiva che hanno imparato molto tempo prima, probabilmente nella prima adolescenza. L'abuso emotivo, ad un certo punto della loro vita, farà parte della loro personalità - come modalità di sopravvivenza - e sarà difficile da sradicare se non attraverso lunghe psicoterapie. Inoltre sarà fonte di sofferenza perché porterà alla solitudine, al continuo cambiamento di amici e persone, accentuando i sintomi della patologia e peggiorando la prognosi. Dette persone, a causa dell'elevata ansia che interferisce nelle decisioni e progetti, hanno una bassa autostima e tendono ad appoggiarsi agli altri per ottenere l'aiuto necessario.

Come avviene l'abuso?

L'abuso avviene tramite convincimenti ripetuti, pianti, omissioni nei racconti circa le relazioni sociali o i fatti avvenuti, distorsioni di fatti (con contenuto paranoide), vittimismo. Molte volte i disturbati emotivi sono i più grandi ed astuti manipolatori, pronti a tirare le corde della colpa e della pietà del mondo. L'abuso si verifica in diverse modalità: anche tramite il coinvolgimento in una relazione molto intima, ove la vittima dell'abuso diventa nel tempo

codipendente del disturbato. Altre forme di abuso consistono in:

DOMINAZIONE - Qualcuno vuol controllare ogni azione della tua vita. Lui ha i propri obiettivi personali e ricorre anche alle minacce o ai sensi di colpa per raggiungerli. Da te pretende una continua attenzione, di essere richiamato telefonicamente a qualsiasi ora, di incontrarti quando meglio vuole o crede. Ti controlla per sapere se sei libero e disponibile e per sapere cosa stai facendo, dove e con chi vai. Quando qualcuno ti vuol dominare, tu perdi il rispetto verso te stesso.

ASSALTI VERBALI - Tramite il redarguire, l'incolpare all'eccesso, criticare, applicare nomignoli, urlare e minacciare, usare il sarcasmo e l'umiliazione. L'abusatore fa emergere i tuoi difetti di fronte ad altre persone. A lungo andare questo tipo di abuso erode il tuo senso di autostima e tutti i tuoi valori personali, lasciandoti sul lastrico emotivo.

ASPETTATIVE ABUSIVE - L'altra persona rivolge richieste irragionevoli e vuole che tu metta da parte ogni cosa tua per soddisfare i propri bisogni. Può consistere nella richiesta di attenzione costante, attività sessuali frequenti, o la richiesta di utilizzare tutto il tuo tempo libero per le sue finalità. Tu sei soggetto a critiche costanti e sei costantemente incolpato di non riuscire a coprire tutti i suoi bisogni.

Ma non importa quanto tu stai dando, per l'abusatore non è mai abbastanza.

RICATTO EMOTIVO - L'altra persona gioca sulla tua paura, senso di colpa, compassione, pietà, sui tuoi valori personali, intacca il tuo senso morale facendoti fare cose che non vorresti e tocca altri "punti caldi" o fa leva sui tuoi punti deboli per ottenere ciò che vuole. Ciò include minacce di porre fine ad una relazione, freddezza emotiva e l'uso di altre tattiche di controllo (es. la minaccia di suicidio, ti fa credere tramite menzogne che tu hai torto, ecc.).

RISPOSTE IMPREVEDIBILI - Consistono in: drastici cambiamenti di umore tipici delle personalità emotive, oppure in reazioni differenti in tempi diversi allo stesso comportamento che tu hai tenuto, oppure quando la persona un giorno ti dice una cosa ed il giorno dopo ti dice l'oppo-

sto, o quando ti dice che gli piaci in un momento e poi ti odia.

Quali sono le reazioni all'abuso emozionale?

Sono identiche sia per le persone che soffrono di disturbi emotivi o meno. Se una persona è imprigionata in un rapporto di abuso e ne diviene *codipendente*, è utile si sottragga alla relazione e chieda aiuto ad un esperto. Se c'è un bambino che in ambito domestico è vittima di un abuso, bisogna far di tutto per proteggerlo dai danni che ne possono derivare.

L'abuso è simile al "lavaggio di cervello"?

Si. L'abuso emozionale - ricordiamolo - è ben peggiore di quello fisico in quanto lascia tracce indelebili nella vittima. Consiste in alcuni comportamenti progettati per *controllare* un'altra persona attraverso l'uso di: paura, umiliazione, assalto verbale o fisico. Può includere anche un abuso verbale attraverso critiche costanti e tattiche più subdole come l'intimidazione, manipolazione e rifiuto di essere accontentati, oppure le parole dolci, l'illusione di un rapporto sentimentale profondo (che poi non lo è per l'abusatore), la seduzione verbale e fisica, la proibizione di frequentare persone che possono consigliare la vittima circa la situazione d'abuso, false gelosie, l'inserimento di sensi di colpa nella vittima per tenerla sotto controllo, l'uso della compassione per attirare l'attenzione e così via.

L'abuso è come un *lavaggio di cervello* che logora sistematicamente la vittima nella *fiducia in sé, nel senso di valore personale, nella gestione corretta delle proprie percezioni e nell'autostima*. Se avviene tramite una costante sminuzione della personalità della vittima, con l'intimidazione o il redarguire, sottoforma di insegnamenti o consigli sbagliati, i risultati saranno simili. La vittima, nel tempo, perderà tutto il senso di sé, l'autostima e i rimanenti valori personali, sentendosi infine svuotato e manipolato.

Quali sono gli effetti dell'abuso emozionale?

L'abuso colpisce il *nucleo* della persona, creando ferite psicologiche di lunga durata e difficili da rimarginare. È peggiore di quello fisico.

L'abuso emozionale, gli insulti, le insinuazioni, le critiche, ecc. erodono pian piano il senso di autosima della vittima, che infine è incapace di

giudicare la situazione realisticamente. La vittima è talmente abbattuta dal punto di vista emotivo che incolpa addirittura se stessa di *essere l'abusatore*. La sua autostima infine è talmente ridotta che la vittima *si aggrappa disperatamente alla figura dell'abusatore* per continuare a vivere. Questa situazione di codipendenza è pericolosa perché la vittima, quando ne prende coscienza, può pensare di risolvere i suoi problemi in maniera malsana dandosi alla droga o all'alcool. La vittima crede di non avere più valore nè persone alle quali rivolgersi e resta nella situazione abusiva dalla quale non sa come uscire.

A lungo andare sperimenterà soprattutto paura, confusione, irritazione, rabbia, stress e ansia sempre più forti.

Perché l'abuso emozionale è un comportamento danneggiante?

Perché l'abusatore mette la vittima sempre in uno stato-limite. La vittima attende sempre di sapere qual'è l'altra scarpa da indossare e non sa mai cosa capiterà. La vittima può restare ipervigilante, in attesa del prossimo scoppio emotivo o del successivo cambiamento di umore.

Cosa significa vivere con qualcuno che abusa?

Si tratta di una vita tremendamente difficile, a causa dell'ansia indotta; la vittima si trova sempre in stato di paura, inquietudine e fuori equilibrio. L'abusatore utilizzerà la menzogna per difendersi, negherà i fatti avvenuti o li distorcerà per convincere la vittima che le cose non sono come essa le vede. L'abusatore può negare di aver compiuto alcune azioni, fatti o cose che ha detto. Nelle persone che sono disturbate emotivamente questo avviene frequentemente in quanto la persona disturbata *ricorda la realtà in modo differente*. Se la vittima si adatta a credere a tutto ciò che riferisce l'abusatore, la sua visione dei fatti sarà notevolmente scostata dalla realtà. Più l'abuso è prolungato nel tempo e maggiormente la vittima ne soffrirà dal punto di vista psicologico.

Cos'è il caos costante e la teatralità?

L'abusatore può deliberatamente avviare discorsi o azioni ed essere in costante conflitto con gli altri. L'abusatore può essere *propenso alla teatralità* (di qui la dizione di *personalità drammatiche*), ovvero ad esagerare sentimenti ed emozioni per ottenere aiuto e creare agitazione

nella vittima, o nascondere eventi e fatti per fornire una immagine credibile di sé. Nota che anche le persone non disturbate spesso sono propense alla teatralità. La drammatizzazione riguarda anche situazioni banali per evitare l'abbandono da parte della vittima, vista quasi esclusivamente in un contesto utilitaristico.

Chi è il codipendente?

Il termine "*codipendente*" è stato coniato casualmente negli anni '70 negli Stati Uniti per definire chi si fa trascinare in modo eccessivo ed improprio dai problemi altrui; è stato utilizzato inizialmente nell'ambito degli alcolisti anonimi e successivamente introdotto nell'ambito della salute mentale.

Probabilmente il codipendente si trova in una situazione di disperato bisogno affettivo, di scadente autostima e necessità di occuparsi del disturbato per dare significato alla propria esistenza, fino ad aggrapparsi all'abusatore in maniera insensata, basandosi solo sull'emozionalità e non su un esame attento e ragionato dei fatti.

Il codipendente è colui che si mette a totale disposizione dell'abusatore; è vittima di una relazione sbagliata che non può durare. Il codipendente non sa porre dei chiari limiti; i "paletti" verranno spostati dall'abusatore emozionale tramite i sensi di colpa, il caos teatrale, la confusione, il vittimismo. Il codipendente cerca di controllare l'altra persona; si assume le responsabilità altrui anche quando le cose vanno male e non è colpa sua; fa di tutto per cambiare l'altro ma non ci riesce.

Chi entra in una relazione intima con un borderline o un narcisista, ha forti probabilità di divernirne codipendente.

La codipendenza è una malattia?

La codipendenza non è una malattia. Se vi identificate in uno dei tipi di abuso descritti, è necessario *far qualcosa per uscirne*: se sperimentate rabbia, irritazione perché la persona, nonostante le attenzioni fornite *non cambia*, vuol dire che siete un potenziale codipendente. Voi cercate di controllare la persona, di indirizzarla, di insegnarle qualcosa, ma le cose vanno allo stesso modo di prima.

Le vostre reazioni diventano impulsive e vi sentite stressati? Siete già sulla strada della codipendenza. Da controllori siete diventati "dominati e controllati da parte dell'abusatore"; siete ormai nelle sue mani e soffrite

se egli non si assume le proprie responsabilità, se non si sottopone alle cure. Se siete estremamente condizionati dal tipo di abuso inflitto, può darsi che non siate in grado di rendervi perfettamente conto della situazione - l'abusatore vi ha collocato fuori dalla realtà - e qualche persona a voi vicina potrà spiegarvi cosa fare e quali sono i danni cui andate incontro. L'abusatore infatti può agire nell'ambito familiare o in relazioni affettive-emotive di una certa entità e quindi la potenziale vittima può trovarsi intrappolata da tali relazioni. Il vero amico o un esperto potrà intervenire "aprendo gli occhi" alla vittima.

Pur non costituendo una sorta di malattia, la codipendenza richiede l'aiuto di un esperto.

Quali sono gli errori più comuni commessi dal codipendente?

Il codipendente è convinto che l'altra persona può cambiare e che il rapporto instaurato sia sufficiente per far questo. Naturalmente il codipendente pensa di essere sufficientemente forte per raggiungere i risultati e che l'affetto fornito basti a cambiare l'altro. Ma non è così. Il compito del codipendente per certi aspetti è *lodevole*: esso si mette a disposizione pressoché totale dell'altro, permettendo di esserne influenzato: non è da tutti far questo. Gli errori più comuni sono i seguenti e sono indotti in parte dai comportamenti dell'abusatore:

- * essere ossessionati dal controllare il comportamento del disturbato;
- * anticipare i bisogni altrui;
- * soffrire per l'altro: sentirsi responsabili di ogni sua azione, scelta, desiderio, bisogno, ma lessere e destino;
- * provare ansia, compassione, sensi di colpa quando gli altri hanno un problema;
- * provare rabbia quanto l'aiuto offerto risulta inefficace;
- * cercare di accontentare l'altro anziché se stessi;
- * sentirsi triste perché l'intera esistenza è dedicata al disturbato senza ricevere nulla in cambio;
- * sentirsi sotto pressione e costretti a risolvere il problema degli altri, offrendo consigli non richiesti, continui suggerimenti;
- * trascurare le attività quotidiane per aiutare gli altri, fino a rinunciare alle proprie: impiegare le energie mentali nel "pensare" soluzioni per gli altri;

- * provare rancore, sentendosi disprezzati e usati;
- * dire di sì anche quando si vorrebbe dire no, fino a fare cose non desiderate, che gli altri potrebbero fare da soli;
- * prodigarsi più del necessario.

Cosa si deve fare per uscire dalla codipendenza?

Nei rapporti con disturbati tendenti alla manipolazione (borderline e narcisisti) il codipendente deve tener presente il motto: "*Quando un codipendente muore o se ne va, qualcun altro brillerà davanti ai loro occhi*". Non è semplice rompere una relazione o trovare una forma di distacco da chi utilizza i sensi di colpa, il vittimismo, le frasi d'amore e altre modalità per "riagganciare".

Il codipendente deve ricordarsi che esso è solo un oggetto nelle mani dell'abusatore, non è una persona; viene spogliato continuamente della sua dignità. Quando lui non ci sarà più, qualcun altro prenderà il suo posto perché il disturbato utilizzerà il suo arsenale manipolatorio per "mettere una nuova persona nel sacco". Ecco alcuni consigli:

Pensare di più a se stessi - Alcune persone sono portate a rivestire il ruolo del 'salvatore'. Queste persone sono molto sensibili ed attente alle problematiche altrui, ma hanno il difetto di pensare poco a sé, con il rischio di finire vittime di un abuso.

Coltivare i propri interessi - Probabilmente l'abusatore da tempo ha assorbito il tuo tempo libero, facendoti dimenticare i tuoi interessi personali, le cose che fanno parte della tua vita. Aggrappati a queste cose e difendile per evitare di essere nuovamente coinvolto nella situazione abusiva.

Declinare gli impegni verso il potenziale abusatore - Evitare di farsi trascinare in un ciclo emotivo respingendo le richieste eccessive. Probabilmente l'abusatore utilizzerà nuovamente le proprie armi per tornare 'all'attacco', lanciandoti delle accuse. Valuta realisticamente la situazione e trova delle misure per declinare le sue richieste. Se l'abusatore non 'molla la presa' allora interrompi la relazione.

Mantieni la tua dignità personale - Non cedere ai ricatti dell'abusatore. Per quanto una persona possa trovarsi in una situazione di disagio, tu *non* devi essere il suo schiavo. Se ti sostituisci ad essa non potrai aiutarla ad uscire dai suoi problemi.

Distacco emotivo e sentimentale - Le persone emotivamente disturbate fanno leva sui sentimenti ed affetti, con lusinghe ed esagerate considerazioni sulle tue capacità personali. Studia attentamente cosa dicono e nel corso del tempo saprai distinguere il vero dal falso. Analizza con cura ed attenzione i comportamenti e le risposte dell'abusatore per fare un *test* realistico della situazione.

L'abusatore non sa 'restituire' in termini affettivi o di amicizia, o lo fa solo esteriormente o in maniera insufficiente e sbagliata. Infine: se il distacco non può avvenire nella maniera più corretta (diciamo "morbida"), bisogna accettare anche un distacco netto o conflittuale.

Appena noi decliniamo le responsabilità e la nostra disponibilità verso gli altri siamo certamente oggetto di critiche feroci (essere tacciati come egoisti, ecc.). Queste situazioni sono normali nelle situazioni di distacco ove chi è stato abituato a ricevere molto da noi può sentirsi (ingiustamente) offeso ed irritato.

Laddove il distacco avviene con una persona disturbata (borderline o narcisista) probabilmente sarà pronunciato e si verificherà con pesanti critiche da parte del disturbato, abituato com'è a drammatizzare simili eventi: l'aiuto ed il tempo fornito, gli affetti, la disponibilità offerta, ecc. saranno oggetto di disprezzo o disconoscimento.

Il codipendente, in questa fase, avvertirà tutto il peso della negatività imposta dal disturbato; non dovrà sentirsi in colpa ed invece cercare di riorganizzare su basi solide la sua vita.

Se vi sono difficoltà nell'accettare od organizzare il distacco, è consigliato ad un psicologo esperto.

Lecture utili

BORDERLINE

Bollati Boringhieri, *Il disturbo borderline di personalità*, 1993

L. Barone, *Emozione e conoscenza nei disturbi di personalità*, 1997

CODIPENDENZA

Melody Beattie, *E Liberati dagli altri*, Mondadori, 1998

Dyer, *Le nostre zone erronee*, Biblioteca Universale Rizzoli

NARCISISMO

A. Lowen, *Il narcisismo*, 1984

G. Dacquino - *Paura d'Amare*, 1998, Oscar Saggi Mondadori

SENTIMENTI, RAPPORTI CON IL PROSSIMO

Vera Slepj, *Capire i sentimenti*, 1998, Oscar Saggi Mondadori

VARIE

James P. Choca, Luke A. Shanley, Eric Van Denburg - *Guida Interpretativa del Millon Clinica Multiaxial Inventory* - IFREP - Roma, 1996

SITI INTERNET

<http://www.BPDCentral.com/> (*disturbo borderline*)

<http://www.aolmembers.com/BPDCentral/> (*disturbo borderline*)

<http://www.mentalhealth.com/> (*tutti i disturbi mentali*)

N.B. Vi sono numerosi siti internet e gruppi di discussione sull'abuso. ai quali è possibile accedere tramite i link citati.

Grazie per il tuo contributo a SOS PSICHE,
con il quale è stato possibile reperire informazioni e
stampare questo opuscolo.
Sostieni le nostre attività e partecipa alle riunioni
contattando la Sede più vicina.

Il Comitato Promotore di



Questo opuscolo fa è stato allestito e distribuito dal Comitato promotore composto da alcune associazioni per la salute mentale, che operano in Italia dagli anni '80. La partecipazione al Comitato è ancora aperta; ci sono alcuni contatti in corso per coinvolgere altre associazioni a carattere nazionale e locale.

Le associazioni hanno raccolto l'eredità e le finalità di un precedente sito avviato nel 1994, che è stato il primo sito Europeo per la salute mentale gestito autonomamente dalle famiglie.

Il servizio ha come finalità principale quella di fornire una corretta informazione sulla prevenzione e cura delle malattie mentali, pubblicando indirizzi utili sulle strutture di ricovero e segnalando le associazioni di familiari esistenti in Italia.

L'obiettivo principale di questo sito è di raccogliere il maggior numero di informazioni da mettere a disposizione dei familiari, cittadini e pazienti.

Le associazioni promotrici offrono la propria esperienza e disponibilità offrendo spazio web alle associazioni di familiari che si identificano con le nostre finalità.

Il Comitato Promotore ha steso uno Statuto che regola la partecipazione alle iniziative, a disposizione degli interessati.