

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia

C.O.I.R.A.G.

Confederata C.A.T.G.

Tesi di Specializzazione

**PERSONALITÀ E DISTURBI DI PERSONALITÀ:
IL CONTRIBUTO DELLA GRUPPOANALISI ALLA
PSICOPATOLOGIA**

Relatore:

Prof. Stefano Polimanti

Specializzando

Dott. Gaetano Maiorano

Anno Accademico 2006

Sede di Roma

Indice

Introduzione	pag. 3
Capitolo I	
<i>I concetti di personalità, carattere e temperamento</i>	pag. 4
Capitolo II	
<i>Il concetto di personalità nell'evoluzione del pensiero psicoanalitico</i>	pag. 7
Capitolo III	
<i>Il contributo della Gruppoanalisi</i>	pag. 11
<i>Personalità e Psicopatologia</i>	pag. 14
Capitolo IV	
<i>I disturbi di personalità</i>	pag. 19
<i>Il disturbo istrionico di personalità</i>	pag. 20
<i>Aspetti psicodinamici</i>	pag. 26
Capitolo V	
<i>Un caso clinico</i>	pag. 32
<i>Il gruppo</i>	pag. 34
Capitolo VI	
<i>Personalità e cambiamento nella prospettiva gruppoanalitica</i>	pag. 49
Bibliografia	pag. 55

Introduzione

Nel iniziare questo lavoro mi rendo conto di aver scelto un argomento tra i più complessi, forse una delle questioni irriducibili della psicologia e di tutte le scienze umane: il concetto di personalità. Del resto però la teoria della personalità è fondamentale perché da essa discendono la clinica e la metodologia. La diversità di teorie sulla personalità rende altrettanto nebuloso il discorso sulla psicopatologia della personalità, i cosiddetti disturbi in asse due postulati dal DSM, sulla cui natura si sta molto dibattendo da alcuni anni. Data la vastità dell'argomento, non mi è stato possibile prendere in esame tutti i disturbi di personalità ma ho concentrato la mia attenzione sul disturbo istrionico perché è quello che ho incontrato nel mio percorso di formazione, nei gruppi analitici a cui ho partecipato come osservatore. L'istrionico è uno tra i disturbi caratterologici più controversi, ma che si presta ad un'analisi accurata dal momento che è possibile ripercorrere la storia del concetto di isteria a partire da Freud fino alla sua scomparsa e "frammentazione" avvenuta con l'introduzione nel DSM alla definizione della personalità isterica per arrivare al disturbo istrionico. Nel 1980 il DSM ha introdotto un asse specifico per i disturbi della personalità e ciò ha senz'altro contribuito a destare l'interesse e la ricerca intorno al concetto di personalità e ai disturbi correlati e nello stesso tempo ha aperto diversi problemi di non facile risoluzione. Il DSM ammette infatti la comorbidità, cioè ipotizza la presenza di più disturbi sullo stesso asse, il che evidentemente fa sorgere la domanda di quante personalità una persona possa essere dotata. Il mio lavoro vuole inserirsi su questa linea di ricerca e portare il contributo della gruppoanalisi alla psicopatologia e in particolare alla comprensione e alla clinica dei disturbi di personalità.

Capitolo I

“La personalità è un’umana creazione artistica: una costruzione prodotta dagli esseri umani con i significati a loro disposizione... buoni, cattivi e imperfetti.”

Pierre Janet, 1929

I concetti di personalità, carattere e temperamento

Il termine personalità è usato in psicologia e anche nel linguaggio quotidiano per indicare quell’insieme di caratteristiche che rende le persone l’una diversa dall’altra, ma anche che ci permette di riconoscerle per affinità. Tali caratteristiche oltre a differire da un individuo all’altro, sono relativamente stabili nel tempo. La complessità della personalità umana è talmente evidente da far sembrare approssimativo ogni tentativo di descriverla, arrivando a identificare stili caratteristici o personalità “tipiche”.

Personalità deriva dal latino *persona*, cioè maschera. Si tratta della maschera indossata dagli attori nel teatro classico per amplificare il suono della voce. Etimologicamente quindi la personalità sarebbe un’amplificazione delle caratteristiche individuali del personaggio rappresentato dall’attore, in modo che il pubblico sapesse quali atteggiamenti e comportamenti aspettarsi da lui. Il riferimento alla maschera implica ciò che appare di un determinato soggetto: questo significato è in parte rimasto nell’uso corrente del termine. Con il tempo, il concetto di personalità ha perso la sua connotazione di apparenza per rappresentare non tanto la maschera quanto la persona reale con le sue più profonde caratteristiche. Quindi il termine personalità è andato progressivamente ad indicare una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto.

Attualmente nell'ambito delle psiconeuroscienze esistono circa una ventina di teorie che competono tra loro per fornire un modello di spiegazione della personalità umana e contrariamente alla concezione epistemologica di Kuhn [50] nessuno dei paradigmi proposti si è affermato decisamente sugli altri. Di fronte alla crescente mole di dati empirici affluenti in questo settore, recentemente (1997) Clarkin e Lenzeweger [7] hanno avanzato una proposta chiarificatoria proponendo quello che secondo loro sono i cinque principali modelli di personalità: il modello cognitivista di Pretzer e Beck, il modello psicoanalitico di Kerneberg, il modello interpersonale della Benjamin, il modello evoluzionista di Millon e Davis, l'approccio neurobiologico di Devue. Prima di analizzare brevemente i modelli più significativi è importante fare chiarezza sui termini da utilizzare. È fondamentale infatti distinguere il concetto di personalità da quelli di temperamento e carattere, che molto spesso vengono usati come sinonimi. Come afferma Jaspers (1913) [39], *"l'esigenza prima della psicopatologia è sempre quella di servirsi di determinati concetti in modo univoco. Ma nessun concetto viene impiegato con significati tanto diversi e variabili come quelli di personalità e carattere"*. Non vi sono definizioni accettate da tutti, e a volte quelle convenzionali, se esaminate da vicino, prestano il fianco a critiche. Se cerchiamo una comune definizione dei termini temperamento, carattere, e personalità, possiamo dire che "temperamento" si riferisce alle caratteristiche innate e biologicamente determinate della personalità, che "carattere" si riferisce alle caratteristiche acquisite socio-culturalmente, e, infine, che la "personalità" costituisce il prodotto della interazione di queste due componenti. A ben vedere, però, e alla luce delle moderne concezioni del problema mente-corpo, sappiamo che non può esistere alcuna componente indipendente da fattori innati, i quali sono sempre presenti e codeterminano la strutturazione del cervello e quindi della personalità. I termini temperamento e carattere andrebbero intesi allora come astrazioni: più precisamente, il concetto di temperamento alluderebbe a

quei fattori innati che possono essere in un qualche modo studiati e che differenziano un individuo dall'altro già nei primi giorni di vita, rappresentando la sua identità biologica, con importanti implicazioni anche filosofiche riguardo alla identità del soggetto e alla autonomia della natura dalla cultura; il carattere invece, come prodotto unicamente di influenze ambientali, potrebbe essere ipoteticamente studiato in gemelli mono-ovulari separati immediatamente dopo la nascita, ben consapevoli però che importanti sviluppi dovuti ad influenze ambientali avvengono già in utero. Quello che vediamo nei pazienti è solo la personalità, con la quale intendiamo la interazione delle due componenti temperamento e carattere organizzate in una struttura che conferisce continuità alla esperienza del soggetto, e che rappresenta una sintesi delle diverse componenti psichiche.

Capitolo II

Il concetto di personalità nell'evoluzione del pensiero psicoanalitico

La psicoanalisi da sempre si è trovata a dover affrontare il problema del rapporto tra natura e cultura: il temperamento rappresenterebbe la componente biologica dell'uomo (quella a cui ci si riferisce con termini quali "pulsioni" o "Es"), mentre la personalità rappresenta la modalità con cui l'uomo si presenta al mondo, con il suo Io (altri autori usano qui il concetto di Sé). Questo Io per esistere in quanto tale ha già dovuto fare i conti con le "pressioni istintuali", da una parte, e con le esigenze ambientali, dall'altra; Freud (1922) [28] postulò infatti che l'Io si forma per differenziazione dall'Es, come prodotto del conflitto con il mondo esterno. Secondo questa prima concezione freudiana il problema veniva posto in modo molto semplice in questi termini: l'individuo nasce dotato di un patrimonio istintuale (l'Es, che si potrebbe accostare al concetto di temperamento), e in seguito, con il confronto con la realtà, si sviluppa l'Io, che è il prodotto dell'interazione tra le due componenti, quella endogena e quella esogena. Secondo questa prospettiva, l'Io potrebbe essere concepito allora come sinonimo di personalità, come l'apparato delle funzioni adattive, difensive, ecc., dotate di stabilità nel tempo in modo tale da caratterizzare l'identità di un individuo. Ma molto presto si sentì l'esigenza di modificare questa originaria concezione freudiana di Io, perché risultò insoddisfacente. Anche dietro la spinta delle acquisizioni delle ricerche sul bambino e sulla psicologia dello sviluppo che in quegli anni incominciavano a prodursi da parte della psicologia accademica, la psicoanalisi subì quello che Eagle (1992) [12] ha definito il primo grande aggiustamento, la prima correzione del suo edificio teorico: nel 1937, quando Freud era ancora in vita, solo 15 anni dopo la pubblicazione di *L'Io e l'Es* (in cui era stata ufficialmente introdotta la struttura tripartita e

quindi il concetto di Io), Hartmann scrisse *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento* [34], col quale nasceva ufficialmente la Psicologia dell'Io. Hartmann affermò che una parte dell'Io, la cosiddetta "area autonoma libera da conflitti", è primaria, innata, cosicché non tutte le funzioni dell'Io derivano da un conflitto dell'Es con la realtà, ma alcune sono ereditarie (percezione, memoria, pensiero, ecc.); non solo, ma suggerì anche che alcune funzioni dell'Io che si sono formate nel conflitto con la realtà possono in seguito autonomizzarsi (vedi il concetto di "autonomia secondaria"). Per certi versi, potremmo dire che con la revisione del concetto di Io già allora si ponevano questioni che ancora oggi vengono dibattute, riguardanti quale componente della personalità può considerarsi innata e quale invece è un prodotto delle influenze ambientali. Il concetto di Io fu quindi introdotto da Freud negli anni '20[] (come parte della seconda topica, la struttura tripartita Io, Es, Super-Io), e modificato da Hartmann [34-35] negli anni '30. Secondo questa prospettiva, potremmo dunque identificare tre fasi nella storia del concetto di Io: una prima fase in cui l'Io come struttura a sé stante non era ancora stata concepita (e in cui Freud usava indifferentemente i termini Io e Sé per indicare la persona), una seconda in cui fu definito come una delle tre istanze della struttura tripartita (parallelamente a una concezione più complessa della psiche), e infine una terza in cui fu riformulato da Hartmann come in parte ereditario e autonomo dal conflitto con la realtà. In seguito ha fatto la sua comparsa il concetto di Sé, che, in una delle sue accezioni (e precisamente quella della Psicologia del Sé di Kohut [46-48]), indica non tanto la rappresentazione della persona da parte dell'Io (come secondo l'accezione di Hartmann del 1950) ma - potremmo dire - la persona in quanto tale, una nuova struttura psichica dotata di un proprio funzionamento dove quindi non troverebbe più posto il concetto stesso di Io. La psicoanalisi delle relazioni oggettuali sposta invece l'accento sulla dimensione relazionale del mondo interno. Per relazioni oggettuali si intendono le interazioni fantastiche tra il Sé

e gli oggetti interni comprese le interazioni di questi ultimi tra loro nell'ipotesi che mondo interno e realtà esterna si influenzino in modo reciproco. Secondo il pensiero di Melanie Klein [45], esponente principale di questo orientamento, il mondo interno del bambino si forma a partire dalle primissime relazioni fantasmatiche con gli oggetti parziali e poi con le figure genitoriali. Il principale fattore di sostegno allo sviluppo dell'Io è la presenza di un solido *oggetto interno buono*, che è funzione della bontà dell'oggetto esterno (la madre e le circostanze di vita reali) ma soprattutto dell'intensità relativa delle pulsioni di vita e di morte e della capacità di tollerare la frustrazione e l'angoscia. Con Mitchell [59]e la psicoanalisi della relazione viene posto ancor di più l'accento sulla dimensione relazionale nello sviluppo della personalità. Secondo Mitchell la ricerca delle relazioni con altre persone non è motivata da alcun bisogno sovraordinato ma è una caratteristica essenziale e definente dell'essere uomini. Il mondo intrapsichico è qualcosa che si costituisce soprattutto a partire dalle interiorizzazioni di esperienze interpersonali mediate dalle strutture organizzate biologicamente. Mondo interno ed esterno, realtà e fantasia, interpersonale e intrapsichico nella prospettiva relazionale giocano ruoli enormemente importanti e interattivi fino ad incidere sulla genesi del carattere e sulla psicopatologia. Va ricordato anche il contributo di W. Reich [66] che sviluppa una ricerca sulla personalità e tenta un radicale rifiuto della teoria freudiana. Reich parla di carattere, come apparato psichico di protezione dall'angoscia, dalle insidie del mondo esterno, dall'inconscio ma anche insieme di strutture e modalità di rapporto con la realtà che privano, ostacolano, inibiscono sino a paralizzare la vita dell'individuo. Quando il carattere si trasforma da apparato di protezione in "armatura" allora si ha un'alterazione cronica dell'Io e un suo indurimento che inequivocabilmente comporta "una limitazione della mobilità psichica di tutta la persona". Secondo Reich il carattere si sviluppa naturalmente dal contrasto tra desideri pulsionali e realtà esterna, ma si trasforma in

un'armatura più o meno rigida a seconda delle soluzioni che vengono date a questo conflitto. Per rendere il quadro ancor più complicato, si può menzionare anche che in tempi recentissimi è stata avanzata la proposta di abbandonare *tout-court* la struttura tripartita Io/Es/Super-Io. La gruppoanalisi di Foulkes [18-19-20] introduce un nuovo elemento fondamentale: la relazione che non trova posto in questa seconda topica, ma che dà un importante contributo alla teoria della personalità e al conflitto mente-corpo che è sotteso a questo concetto.

Capitolo III

Il contributo della Gruppoanalisi

“L’individuo non è soltanto dipendente dalle condizioni materiali, per esempio economiche, climatiche, del suo mondo circostante e della comunità, del gruppo in cui vive, le cui richieste sono trasmesse a lui attraverso i genitori, ma è letteralmente permeato da esse. Egli è parte di una rete sociale, un piccolo punto nodale in questa rete. Il gruppo è inglobato nel nucleo più interno della mente umana ed incorporato nell’Io e SuperIo del bambino formandone il loro vero nucleo”. Foulkes [18-19-20] pone il gruppo al centro del suo orientamento. La gruppoanalisi si pone nella tradizione freudiana, ma parte *“nel punto in cui Freud finì”* Il modello di Foulkes infatti, si oppone al principio secondo il quale viene prima un apparato psichico individuale che negozia relazioni con altri individui separati, prospetta invece una realtà in cui il soggetto umano fin dall’inizio si costituisce *“in relazione a”*, un gruppo originario da cui l’individuo viene artificialmente estrapolato. La nozione di relazione è alla base dell’elaborazione gruppoanalitica in quanto ha un carattere fondativo sia a livello teorico, sia rispetto all’analisi dei modi, dei luoghi, dei contenuti attraverso cui la vita psichica assume le sue configurazioni peculiari. Le persone sono legate intimamente a delle reti interattive che costituiscono la sfera centrale delle loro vite. La famiglia è la rete primaria ed in essa si sviluppano l’insieme di processi che formano la personalità dell’individuo. Altre reti significative per la vita psichica dell’individuo sono quelle relative al vivere in piccoli gruppi, come gli amici, i colleghi di lavoro, i superiori ecc. Le reti formano una trama di comunicazioni intime che si sviluppa in una matrice *“luogo”* e *“precipitato”* ad un tempo di tutti i processi di interazione.

Con il pensiero gruppoanalitico foulkesiano l'ottica si sposta quindi dall'intrapsichico all'interpersonale e al transpersonale in un continuo e dinamico influenzamento reciproco, e più precisamente per Foulkes la mente stessa è l'espressione individuale dei processi transpersonali che passano attraverso l'individuo. I due concetti fondamentali su cui si basa la costruzione teorica, clinica e metodologica di Foulkes come abbiamo visto sono la nozione di Rete e quella di Matrice.

“Ogni individuo forma parte di una rete psicosociale gerarchicamente predisposta. La rete è il sistema totale di persone che si mantengono unite e si appartengono in una comune e reciproca interazione. Gli individui che la compongono sono i punti nodali della rete. Biograficamente la rete comincia con la famiglia primaria, successivamente si estende in sistemi più ampi, fino alla famiglia attuale, al gruppo naturale o di lavoro, a tutto ciò che costituisce il locus della vita personale di un individuo.”

Ma la rete può essere considerata non solo in una prospettiva orizzontale e quindi esistenziale, ma anche in una prospettiva verticale dunque ontogenetica che segnala l'origine, l'evoluzione e il mantenimento del codice identificatorio e relazionale; e infine in una prospettiva longitudinale, laddove cioè consideriamo i processi transpersonali che attraversano e penetrano le componenti individuali della rete psicosociale. La rete quindi come vincolo biogenetico dell'individuo con la specie.

Foulkes inoltre afferma che *“la rete come processo transpersonale richiama l'intrecciato sistema interrelazionale e transazionale che è il contesto della mente”*.

Il concetto di Rete però trova il suo completamento nel concetto di Matrice. La Rete infatti mostra una connotazione strutturale mentre la Matrice implica un contenuto dinamico. Tuttavia il valore epistemologico della Matrice è talvolta difficile da essere concettualizzato o circoscritto, dal momento che lungo l'opera di Foulkes è un concetto che si è evoluto da un referente

metodologico circoscritto al gruppo terapeutico, al contesto globale o contenuto della comunicazione interpersonale.

Per approfondire il concetto di Matrice è necessario introdurre il concetto di “relatedness”, che va inteso come basica tendenza istintiva alla relazione. La relatedness tende a polarizzarsi in due opposti muovendosi bipolarmente tra il bisogno di appartenenza e di fusione (cioè la tendenza verso l’indifferenziazione) e quelli di identità, comunicazione e significato. La Matrice dunque nasce e cresce tra le vicissitudini di appartenenza, identità e significato tra individuo e gruppaltà, manifestando anch’essa una natura bipolare: la Matrice Fondamentale e la Matrice Dinamica.

Pensare in termini di rete porta a considerare da un nuovo punto di vista anche l’idea di psicopatologia “I disturbi somatici e psichici non sono semplicemente una funzione della personalità dell’individuo, neanche nel loro aspetto sintomatico, ma sono una funzione di un intero plexus di una intera rete di relazioni tra parecchie persone”. Quindi nella prospettiva gruppoanalitica nessun disturbo è realmente confinato in una persona sola ma è generato da una rete di interazioni di relazioni umane. Secondo Foulkes la sofferenza nevrotica quindi è il risultato di un conflitto, non solo all’interno della personalità ma anche tra personalità diverse che interagiscono, e rappresenta, come nella concezione freudiana un tentativo di soluzione di questo conflitto; un compromesso che comporta molta sofferenza, ma allo stesso tempo molta soddisfazione e l’evitamento di qualcosa giudicato peggiore della sofferenza.

La storia del pensiero psicoanalitico dunque è rappresentata da un avvicinarsi di modelli diversi, i quali furono proposti in successione sia da Freud stesso nel corso della sua vita, che da autori successivi. Uno dei problemi teorici della psicoanalisi è la integrazione di questi modelli, alcuni dei quali non solo non sono stati sufficientemente chiariti e integrati con i modelli successivi, ma, per così dire, hanno continuato a vivere di vita propria, percorrendo strade differenti e sovrapponendosi agli altri. Nella storia del concetto di personalità va ricordato che all'inizio del percorso freudiano questo concetto semplicemente non esisteva, non trovava una sua collocazione. Quando Freud alla fine del secolo scorso mosse i primi passi nella costruzione del suo edificio teorico, voleva distinguersi nettamente dalle concezioni allora prevalenti in termini di eziologia delle nevrosi. Le concezioni del tempo erano prevalentemente organicistiche o, si potrebbe dire, caratterologiche, in quanto consideravano la nevrosi come derivante da debolezze della personalità, dell'individuo, se non addirittura della sua costituzione biologica o morale (tra i tanti riferimenti storici, si pensi alla "teoria degenerativa" di Morel, e soprattutto alla "*predisposizione nevrotica*" di Janet). Freud studiava sintomi isolati (una paralisi isterica, un tic, ecc.), e ci teneva a sottolineare che i suoi pazienti, a parte il sintomo, erano sostanzialmente normali, anzi rispettabili, o forse ancor più raffinati e sofisticati degli altri. Non a caso faceva parte della teoria di allora la concezione di un agente esterno come causa della nevrosi, un trauma accidentale che poteva colpire chiunque, anche le personalità più sane, portandole alla malattia.

La psicologia freudiana di allora, ancora in una fase pre-psicoanalitica, era quindi molto semplice, era una teoria ambientalistica che non contemplava una partecipazione dell'individuo alla genesi della malattia: il trauma subito nell'infanzia veniva concepito quasi come un agente tossico, un affetto che doveva essere rimosso, dissociato, per poi risvegliarsi e manifestarsi in modo

simbolizzato sotto forma di sintomo. Per questo semplice modello (che però, come osserva Friedman (1977) [32], conteneva già i germi di una teoria più complessa) non era necessario ricorrere al concetto di personalità, un concetto legato a qualcosa di preesistente, di stabile nel tempo e possibile concausa della malattia. Allora per Freud la nevrosi, e anche il sintomo, erano isolati dalla personalità, erano una intrusione in essa, un ricordo dissociato e rimosso che, andava drenato tramite l'abreazione.

Ma durò poco il periodo in cui Freud, con la teoria del trauma (cioè con la teoria della seduzione), pensò di aver scoperto qualcosa di duraturo, e presto si rese conto che non tutte le sue pazienti avevano subito i traumi che lui si era fatto raccontare. Dovette dunque abbandonare la teoria della seduzione, ed escogitare un altro modo per rendere conto della sintomatologia. Fece quindi un passo importante, che non solo segnò la nascita della psicoanalisi, ma anche una svolta di grande portata dal punto di vista della teoria psicologica. Propose l'idea che l'origine della nevrosi non era dovuta a cause esterne subite passivamente dal soggetto, ma a cause interne, o meglio alla interazione tra eventuali fattori esogeni e fattori interni attivamente prodotti dalla persona. Questi fattori interni erano le "fantasie" (concetto che sarà destinato ad avere un ruolo centrale in psicoanalisi, come pure quello di "realtà psichica"), fantasie che venivano prodotte autonomamente dalle pazienti, ad esempio fantasie libidiche o incestuose derivate dalle "pulsioni", le quali entravano in conflitto con la difesa producendo il sintomo. Fu nel lavorare attorno a questo problema delle fantasie che Freud formulò la teoria dello sviluppo psicosessuale della libido, da cui dovevano appunto originare queste fantasie: fase orale, anale, fallica, ecc., concezioni che poi utilizzò per costruire la sua teoria della formazione del carattere (carattere orale, anale, fallico e così via) a seconda dei punti di fissazione o delle regressioni dello sviluppo della libido, anche a seguito di concomitanti fattori ambientali.

Come fa notare Shapiro (1989) [68-69] , lungo tutto questo percorso si può notare che è avvenuto un progressivo radicamento della nevrosi nella persona come agente responsabile della malattia. Va notato che parallelamente è avvenuta la nascita della psicoanalisi come tecnica, con l'abbandono dell'ipnosi (in cui il paziente era in stato di *trance*, quindi passivo e non responsabile del sintomo) e la introduzione della "*regola aurea*", cioè le associazioni libere (in cui il paziente è in stato di veglia, posto nelle condizioni di affrontare responsabilmente i contenuti dissociati dalla coscienza affrontandoli emotivamente, superando le difese, e integrandoli nella sua personalità globale).

Questo passaggio da una concezione del sintomo come prodotto di un fattore esterno a una in cui esso veniva visto come prodotto internamente non aveva però modificato in modo sostanziale la concezione della malattia nevrotica come qualcosa di profondamente estraneo all'individuo. Infatti era proprio questo aspetto della nevrosi che più la caratterizzava, quello di essere al di fuori del controllo della volontà, di essere spiegabile con meccanismi inconsci, dove il soggetto era quasi uno spettatore. Il sintomo, secondo la nuova concezione, anche se prodotto dalla persona rimaneva pur sempre estraneo ad essa. Il sintomo obbediva alle leggi del conflitto, di un conflitto nucleare basato su desideri infantili, estranei dunque alla personalità adulta.

Questa concezione produceva il ben noto paradosso dell'uomo che non è "*padrone in casa propria*" (Freud, 1916 [30]) , che è una marionetta, costretto ad agire comandato da forze oscure dentro di lui - un uomo che può dichiarare una assoluta mancanza di responsabilità dei propri comportamenti. Nonostante quindi la svolta teorica derivata dall'abbandono della teoria della seduzione, nella nuova teoria della psicoanalisi permaneva la stessa concezione del sintomo come estraneo alla personalità del soggetto. A questo problema se ne aggiungeva un altro, quello della annosa questione della scelta del sintomo. Quello che la teoria non riusciva a spiegare era come mai un

determinato paziente sviluppasse una nevrosi caratterizzata da certi sintomi e difese, e non un'altra. Non si conosceva quali fossero i criteri insomma per cui un paziente "scegliesse" una certa difesa (proiezione anziché rimozione, oppure spostamento, e così via); non solo, ma non si sapeva per qual motivo in prima istanza un certo paziente avesse determinate fantasie o derivati pulsionali da cui era necessario difendersi. La risposta di Freud a questo problema faceva ricorso, all'interno delle cosiddette "serie complementari" della eziologia delle nevrosi (Freud, 1895 [21]), al concetto di ereditarietà, cioè di predisposizione biologica alla malattia, senza peraltro fornire specificazioni ulteriori o più approfondite. E' vero, nella sua concettualizzazione delle "serie complementari" Freud teorizzò con molta attenzione i ruoli complementari del trauma e della vulnerabilità individuale, formulando un modello che anticipa di quasi un secolo quello che oggi, riguardo alla genesi della schizofrenia, è tanto in voga in psichiatria col nome di modello "stress-diatesi" (Zubin & Spring, 1977 [76]). Ma possiamo ritenere che quello che mancava a Freud era un quadro chiaro della personalità, cioè degli atteggiamenti, dei temperamenti e del modo di pensare e di porsi in relazione che fanno parte della persona e che esercitano un ruolo importante nella formazione del sintomo. Queste determinanti caratterologiche sono quelle che rendono conto del peculiare modo soggettivo con cui un paziente reagisce al conflitto nevrotico e costruisce il sintomo stesso, informazioni quindi di estrema importanza per il terapeuta. Per riassumere, limitare la concezione della nevrosi a un conflitto tra pulsione e difesa presenta non solo la limitazione di considerare l'individuo come una marionetta completamente estranea alla sua malattia, ma anche di non conoscere importanti fattori determinanti la sintomatologia specifica e la reazione soggettiva dell'individuo, lasciando quindi irrisolvibile la questione della "scelta del sintomo". La concezione classica della nevrosi unicamente come conflitto tra pulsione e difesa trascura l'esperienza soggettiva di sé, sia conscia che

inconscia, il funzionamento psichico che dà coerenza e stabilità nel tempo ai propri comportamenti specificamente individuali; in altre parole, trascura il ruolo rilevante della personalità. Come abbiamo visto la gruppoanalisi invece introduce un punto di vista nuovo nella comprensione dei sintomi. Secondo la prospettiva gruppoanalitica infatti il paziente portatore del sintomo è un punto nodale di un disturbo della rete di appartenenza. Tale disturbo non solo non è conosciuto dal gruppo originario ma spesso questo gruppo non vuole conoscerne né l'esistenza né il significato. Si comporta quindi come il classico sintomo che copre il conflitto. Da una parte c'è quindi la trasmissione gruppale (transpersonale) della malattia, da un'altra c'è una rimozione gruppale di tale meccanismo. Il sintomo individuale è quindi in misura maggiore o minore un disturbo di rete gruppale.

Capitolo IV

I disturbi di personalità

Il DSM [11] definisce disturbo di personalità un'anomalia stabile nella struttura personologica, di natura ed entità tali da costituire fonte di disagio per il paziente e per l'ambiente in cui vive: si coglie soprattutto nella condotta e nel modo di relazionarsi con se stesso e con gli altri. Le caratteristiche reperibili in un disturbo di personalità sono:

Risposte disadattive alle situazioni di stress per scarsa flessibilità

Incapacità e menomazione lavorativa o sociale e assenza di modulazione affettiva.

Risposte problematiche e conflittuali a livello interpersonale. La diagnosi di Disturbo di Personalità richiede una valutazione del modello di funzionamento a lungo termine dell'individuo e le particolari caratteristiche di personalità devono essere evidenti fin dalla prima età adulta. *I tratti di personalità* che definiscono questi disturbi devono essere distinti da caratteristiche che emergono in risposta ad eventi stressanti situazionali o stati mentali transitori. *I tratti di personalità* sono modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali. Soltanto quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattivi, e causano una compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva, essi costituiscono Disturbi di Personalità. La rilevazione e la valutazione dei disturbi di personalità è spesso complicata dal fatto che le caratteristiche che definiscono un disturbo caratteriale possono non essere considerate problematiche da parte dell'individuo (cioè, i tratti sono spesso egosintonici).

Per questo motivo è utile raccogliere informazioni da altre fonti, familiari e persone che hanno una reale prossimità con il paziente.

Il DSM divide i disturbi di personalità in tre cluster, definiti semplicemente A B C. Il cluster A comprende i disturbi di personalità caratterizzati da stranezza ed eccentricità: Paranoide, Schizoide, Schizotipico. Il cluster B i disturbi caratterizzati da drammaticità ed emotività: il disturbo Antisociale, Borderline, Istrionico, Narcisistico. Il cluster C i disturbi in cui i tratti principali sono ansia e timore: Evitante, Dipendente, Ossessivo-compulsivo.

Il disturbo istrionico di personalità

Il disturbo istrionico di personalità merita senza dubbio un attento approfondimento dal momento che permane una certa confusione intorno ad esso; secondo Kernberg [41-42-43] la personalità istrionica è molto simile a quella borderline, se non praticamente sovrapponibile. Alcuni ricercatori (Pope et al. 1983) [65] hanno riportato che circa il 74% dei pazienti borderline, del campione da loro esaminato, soddisfaceva anche i criteri indicati dal DSM per il disturbo istrionico. Come la personalità borderline anche quella istrionica si trova nel crocicchio tra psichiatria e psicoanalisi mettendo a confronto ricercatori di questi due campi d'indagine. La personalità istrionica infatti è associata storicamente all'isteria e quindi di interesse privilegiato degli psicoanalisti, ma ha stimolato un interesse sempre maggiore da parte degli psichiatri. La somiglianza clinica tra la personalità istrionica e quella borderline esemplifica alcuni dei problemi legati al rapporto tra diagnosi descrittiva e diagnosi psicodinamica. Uno dei risultati di questo confronto è stato l'abbandono del termine "isteria" considerato non abbastanza specifico dal punto di vista descrittivo.

Gli "istrioni" erano gli attori dell'antica Roma, e in seguito questo termine fu utilizzato anche per indicare gli attori che recitavano con particolare enfasi allo scopo di ottenere facili effetti scenici, a volte, ma non sempre, dotati di mediocri capacità. Nel linguaggio quotidiano con questa parola ci riferiamo a persone che nella vita assumono atteggiamenti teatrali, o che simulano in modo plateale o poco dignitoso. Dato che alcune di queste caratteristiche assomigliano a quelle dell'isteria, almeno a quelle che secondo un luogo comune sono tra le manifestazioni comportamentali più eclatanti (la teatralità, la suggestionabilità, il "fare scena" insomma), in passato, anche in certi contesti psichiatrici, questi due termini sono stati considerati intercambiabili. Eppure essi hanno origini etimologiche molto diverse: mentre la parola "istrione" ha una radice etrusca, il termine "isteria" deriva dal greco e significa "utero", poiché, come è noto, nella medicina antica si riteneva erroneamente che l'isteria fosse una malattia esclusivamente femminile.

Questa confusione terminologica tra "istrionismo" e "isteria", basata su una radice etimologica solo apparentemente simile, può servire da premessa per questa breve storia della personalità istrionica, che è altrettanto confusa, e che risolve parzialmente le proprie ambiguità solo nel DSM-III con la proposta di eliminare dal manuale il termine di personalità "isterica". La parola "isteria" infatti nel corso di questo secolo assunse significati sempre più diversi, con essa infatti si poteva indicare: un tipo di personalità, una reazione di conversione, un disturbo nevrotico caratterizzato da fobie e ansia, un termine offensivo (un'etichetta da dare ad alcune pazienti). È importante quindi rivedere nel dettaglio il percorso storico di questa diagnosi di personalità,

L'isteria fu descritta per la prima volta da Ippocrate più di duemila anni fa, ma solo alla fine del XIX° secolo Charcot e Janet legarono il termine isteria ai sintomi di conversione somatica. Il riferimento storico obbligato è agli importanti contributi di Sigmund Freud sull'isteria, la quale come è noto è stata proprio il quadro morboso dal quale egli ha mosso i primi passi per

costruire la teoria e la tecnica psicoanalitica. In realtà Freud [] alle origini non parlava ancora di *personalità* isterica, ma di *sintomi* isterici; lo sviluppo della psicoanalisi allora era agli albori, e solo nei decenni seguenti doveva prendere in considerazione anche le difese e la struttura del carattere. Il "caso Dora" del 1901 rimane tuttora una delle prime e fondamentali illustrazioni di questa psicopatologia e dei pionieristici sforzi fatti dal fondatore della psicoanalisi nel comprendere le dinamiche inconsce e la natura delle pulsioni, delle difese e del transfert nella terapia analitica dell'isteria, approfondita meglio in seguito [23].

In sintesi, questi sono i contributi teorici di base fatti da Freud per comprendere la personalità isterica (Krohn, 1978) [49]: 1) il conflitto è legato alla fase fallico-edipica; 2) le difese principali sono la rimozione, la dissociazione, l'amnesia, e più raramente la formazione reattiva; 3) i sintomi più frequenti, che spesso comportano al paziente dei vantaggi secondari, sono la conversione somatica, l'attacco isterico, e le fobie; 4) il Super-Io è relativamente meno rigido e severo che nella nevrosi ossessiva; 5) i sintomi isterici successivamente possono venire riutilizzati per gratificare i bisogni inconsci per la rimozione dei quali originariamente essi erano stati prodotti; 6) il paziente isterico, per controllare i conflitti interiori, tende a isolarsi fisicamente dall'ambiente circostante o a bloccare internamente la percezione di quegli stimoli esterni che possono riaccendere la miccia dei suoi desideri inconsci o dei loro derivati; 7) la fantasia inconscia è un essenziale passo intermedio per la formazione del sintomo isterico.

Se Freud quindi concepiva la genesi dell'isteria come una fissazione a conflitti dello stadio edipico dello sviluppo infantile, altri ricercatori in seguito hanno elaborato e in certi casi rivisto queste formulazioni. Karl Abraham nel 1920 studiando l'angoscia di castrazione nella donna, descrisse due tipi di personalità isterica femminile basati su diverse dinamiche della "invidia del pene" collegate ad aspetti descrittivi: il tipo "a soddisfacimento di desiderio" e

il tipo "vendicativo". Wittels (1931[74]), Wilhelm Reich (1933[66]) e Otto Fenichel (1945[17]) elaborarono ulteriormente le dinamiche isteriche basate su complesso edipico, angoscia di castrazione e invidia del pene, e sottolinearono come i conflitti pregenitali, in particolare le fantasie e i tratti orali, erano regressioni difensive da problemi preminentemente edipici. Ma nel 1953 Judd Marmor [57], in contrasto con questi autori classici, capovolse questa concezione e postulò che invece erano proprio le fissazioni orali quelle responsabili dell'isteria, e che dietro al complesso edipico si nascondevano conflitti più primitivi; ipotizzò inoltre che il sesso femminile era colpito da questa malattia più frequentemente di quello maschile probabilmente a causa di una maggiore accettazione culturale dei tratti "orali, dipendenti e passivi" nelle donne rispetto agli uomini.

Il pionieristico lavoro di Marmor stimolò ulteriori ricerche nella direzione di evidenziare le dinamiche preedipiche, prevalentemente orali, nelle personalità isteriche, e una maggioranza di autori arrivò ad ammettere in questo disturbo la importanza dei disturbi precoci madre-bambino, quali dipendenza e passività. Furono proprio questi studi [tra i tanti, Easser & Lesser, 1965[14]; Easser, 1966[13]; Zetzel, 1968 [75]; Kernberg, 1975 [41], quelli che approfondirono quella che doveva poi essere chiamata personalità istrionica, in quanto a poco a poco incominciò a delinearsi una "spettro" di disturbi isterici, dai meno severi ai più severi: i disturbi meno gravi erano quelli nei quali si riteneva che il conflitto fosse prevalentemente edipico, con eventualmente regressioni preedipiche ma di tipo difensivo, facilmente reversibili con la psicoterapia; i più gravi invece erano quelli nei quali il conflitto era decisamente preedipico, prevalentemente orale, e i sintomi isterici o edipici erano solo una facciata esteriore che mascherava una ben più severa patologia. All'interno di questo "spettro isterico", lentamente fu sempre più accettata la proposta di differenziare terminologicamente questi due disturbi di personalità, chiamando "isteriche" le forme più lievi o collocabili

al livello "più alto" dello spettro, e "istrioniche" le forme più gravi o collocabili al livello "più basso" (Horowitz, 1977 [37]; Roy, 1982 [67]; Kernberg, 1984, 1985[42-43]). Queste ultime, cioè le personalità istrioniche vere e proprie, sono abbastanza sovrapponibili a quelle che altri autori hanno definito personalità "isteroidi" [Easser & Lesser, 1965[14], di "tipo 3 e 4 di Zetzel" (1968) [75], "infantili" o con "organizzazione borderline" intrapsichica (Kernberg, 1975 [41]), e così via, fino ad arrivare ai "borderline" veri e propri (M. Stone, 1980 [71]) e alla descrizione di questa diagnosi fatta dal DSM.

Se osserviamo il percorso fatto da questa diagnosi attraverso i vari DSM della *American Psychiatric Association* del 1952, 1968, 1980, e 1987, vediamo che nel DSM-I del 1952 essa compare sotto la dizione di "personalità emotivamente instabile". Il termine "personalità istrionica" appare per la prima volta nella letteratura psichiatrica americana nel "CTP-I", cioè la Iª edizione del manuale di Freedman, Kaplan & Sadock del 1967[31], e viene ripreso un anno dopo nel DSM-II del 1968 con questa dicitura: "personalità isterica (disturbo di personalità istrionica)". La descrizione che qui ne viene data è la seguente: "Eccitabilità, instabilità emotiva, iperreattività, e drammatizzazione; quest'ultima è sempre volta a richiamare l'attenzione ed è spesso seduttiva, che il paziente ne sia consapevole o meno. Questi pazienti sono anche immaturi, incentrati su di sé, spesso vanitosi, e di solito dipendenti dagli altri. Questo disturbo deve essere differenziato dalla *nevrosi isterica* [caratterizzata dai sintomi di conversione o dissociazione]". Col DSM-III del 1980 viene fatta una maggiore chiarezza, non solo introducendo precisi criteri diagnostici che ne delimitano l'uso alle forme più gravi, ma eliminando dal manuale l'aggettivo "isterica" per mantenere solo quello di "istrionica". I motivi di questa scelta possono essere riassunti essenzialmente nei seguenti tre: 1) innanzitutto il termine isteria era troppo legato da un lato ai quadri in cui predominavano i sintomi di conversione (Gunderson, 1983 [33]), dall'altro alla tradizione psicoanalitica con tutte le sue ambiguità nel connotare

contemporaneamente sia un'ipotesi psicodinamica (un conflitto inconscio rimosso) che un quadro sintomatologico peraltro variegato (non solo conversioni somatiche, ma anche stati dissociativi della coscienza, fobie, ansia, ecc.): ciò non poteva essere accettato dalla filosofia del DSM-III, improntata a un approccio descrittivo anche a costo di smembrare quadri precedentemente unitari (quella che infatti era l'isteria fu frammentata in disturbi somatoformi, dissociativi, fobici, ecc.), facendo così fare a questo termine la stessa fine del termine nevrosi, anch'esso cancellato dalla terminologia; 2) in secondo luogo, in modo altrettanto importante, il termine isteria, a causa della sua radice etimologia, poteva alludere a un legame col sesso femminile, cosa ormai totalmente superata dalle ricerche di quest'ultimo secolo e non più accettabile, mentre il termine di personalità "istrionica" si rivelava più adatto non avendo implicazioni per un sesso o per l'altro 3) inoltre, una volta identificata la personalità istrionica come al livello più basso o più grave dello spettro isterico, non era più giustificato il mantenimento nel manuale di una diagnosi di personalità isterica in quanto sempre più vicina alla normalità statistica della popolazione, considerati anche i suoi aspetti psicodinamici (prevalenza di meccanismi di difesa maturi come la rimozione, ecc.). Fu quindi mantenuta nel DSM-III, come caratteristica essenziale di questo disturbo, solo la personalità istrionica, e furono formulati dieci criteri diagnostici, cinque dei quali necessari per fare diagnosi.

Come però alcuni critici hanno sottolineato (O.F. Kernberg, 1984, *Disturbi gravi di personalità* [42]), il profilo di personalità che ne è emerso è risultato molto simile a quello della personalità borderline dello stesso DSM-III: in entrambe vi è impulsività, imprevedibilità, instabilità emotiva, scatti di rabbia, stati depressivi, gesti suicidari di tipo manipolatorio, ed in situazioni di stress entrambe possono presentare brevi episodi psicotici (anche se ciò non viene espressamente specificato nei criteri diagnostici). Questa eccessiva sovrapposizione tra le due diagnosi è stata in parte corretta dal DSM-III-R del

1987, togliendo dalla personalità istrionica il criterio riguardante i gesti suicidari di tipo manipolatorio, e aggiungendone uno (l'ottavo) riguardante una particolare modalità di espressione verbale eccessivamente impressionistica e povera di dettagli. Il DSM-III-R ha inoltre reintrodotta un criterio riguardante un "comportamento inappropriatamente seduttivo" che era nel DSM-I, e, come si è visto, ha semplificato gli altri criteri diagnostici riducendoli a otto dei quali quattro necessari per la diagnosi. E' possibile comunque che in futuro, come risultato di ulteriori ricerche, questa diagnosi venga rivista. Infatti questa diagnosi non è solo simile alla personalità borderline, ma ha un alto grado di comorbidità, pari in certi casi al 60%, anche con disturbo da somatizzazione, di conversione, da dolore psicogeno, ipocondria, e alcolismo (Cloninger *et al.*, 1975 [10]; Kimble *et al.*, 1975[44] ; Lilienfeld *et al.*, 1986[55] ; Cloninger, 1987 [9]). In particolare, la personalità istrionica e il disturbo da somatizzazione appaiono altamente correlate: i 2/3 dei pazienti con disturbo da somatizzazione sono istrionici, e 90% degli istrionici adulti presentano disturbo da somatizzazione.

Aspetti psicodinamici

La psicodinamica della personalità isterica risulta quindi diversa da quella della personalità istrionica, sia che adottiamo una concezione secondo la quale queste due diagnosi sono ai poli estremi di un *continuum*, sia che le consideriamo diagnosi distinte; in entrambi i casi la personalità istrionica arriva ad avere aspetti psicodinamici molto simili a quella borderline. Vale la pena comunque ricordare la psicodinamica della personalità isterica, e vedere come essa cambia in quella istrionica.

Buona parte della classica sintomatologia caratteriale isterica viene spiegata come una fissazione alla fase edipica, nel senso che verrebbe riattivata una conflittualità sessuale (desiderio erotico e seduttività, regolarmente seguiti da paura e colpa) nei confronti del genitore del sesso opposto (Shapiro, 1965[68] ; Lerner, 1974[53]). La paziente isterica ad esempio mostra questa conflittualità con la sua classica ambivalenza nei confronti del partner nel modo seguente: tende ad essere seduttiva, apparentemente interessata agli aspetti sessuali, ma poi al momento del rapporto mostra paura, frigidità, spesso mascherate da finzione del godimento sessuale. Anche i comportamenti teatrali ed esibizionistici vengono visti come una continua ricerca per attirare l'attenzione maschile, ma essendo questa vissuta con colpa e paura (in quanto rappresenta ancora l'immagine del padre, al quale l'isterica è rimasta legata e che ancora ambivalentemente desidera), essa non riesce mai ad avere relazioni soddisfacenti e stabili con un partner del sesso opposto.

Come si è detto, è stato Marmor (1953 [57]) il primo che ci ha mostrato come questa interpretazione del comportamento isterico sia in realtà insoddisfacente, e troppo legata alla ipervalutazione del ruolo della sessualità. L'isterica secondo Marmor in realtà non cerca soddisfacimento sessuale, ma solo "protezione": la sua è pseudoipersessualità, e le sue abilità seduttive, esibizionistiche e accentratrici servirebbero solo a mascherare un bisogno

"orale", cioè di dipendenza, per il quale è disposta a tutto, anche a simulare interesse sessuale, se le circostanze o la cultura in cui vive lo richiedono. In altre parole, all'isterica il sesso non interessa, viene solo usato per soddisfare altri bisogni, ben più primitivi e pressanti, che non fanno parte di una relazione oggettuale matura.

Stabilito quindi che i conflitti infantili evocati in questo disturbo di personalità sono più primitivi rispetto alla fase edipica, è naturale che vi sia in molti aspetti una sovrapposizione ad altri disturbi di personalità, soprattutto a quello borderline (evidente anche nei criteri diagnostici) e a quello narcisistico. Il paziente istrionico, non avendo ancora raggiunto una adeguata maturità e autonomia, ha continuamente bisogno degli altri, nei termini per esempio di autostima, senso di identità, ecc.; egli non ha ben stabilizzata una chiara immagine di sé né degli altri, ed è soggetto a continue fluttuazioni emotive. I suoi meccanismi di difesa non sono incentrati attorno alla rimozione e ad altri meccanismi di difesa "maturi" (come nelle forme lievi della personalità isterica), ma attorno alla "scissione" e ad altri meccanismi di difesa più primitivi che alterano sensibilmente la sua percezione di sé e il suo rapporto con gli altri. A questo livello la psicodinamica è simile a quella di altri disturbi di personalità, soprattutto a quello borderline.

Per quanto riguarda gli aspetti clinici, il disturbo istrionico di personalità presenta una sua configurazione specifica. Lo stile relazionale di chi è portatore di un disturbo istrionico di personalità è tipicamente:

- captativo e vischioso nei rapporti interpersonali
- accentratore e teatrale nei rapporti con il contesto ambientale

La captatività è un atteggiamento nel rapporto interpersonale che mira alla cattura dell'altro. La vischiosità ne è la conseguenza: l'instaurarsi di un legame di dipendenza dal quale uno dei protagonisti, quello che è stato

catturato, non sa come svincolarsi. La captatività persegue una strategia inconsapevole di cui si riconoscono le tappe della seduzione, della cattura e dell'attaccamento. La seduzione nasce come atteggiamento di richiamo dell'attenzione, dell'aiuto, dell'affetto: il soggetto può, a seconda dei casi, presentarsi nei panni della vittima sofferente, incompresa e ingiustamente trattata, nelle vesti di chi ha bisogno di affetto, di conforto e sostegno, oppure nelle sembianze di chi può costituire oggetto d'interesse per il suo interlocutore. Verranno allora messe in luce quelle caratteristiche personali che meglio possono attirare l'attenzione. Anche la propria situazione clinica può essere ovviamente enfatizzata. La cattura è uno stratagemma con il quale chi soffre di un disturbo istrionico di personalità cerca di rendere stabile e indispensabile la relazione, appropriandosi sempre più della persona con cui entra in rapporto. L'estensione della possessività procede generalmente in modo assai rapido e si esercita mediante "l'intrusione", "la prevaricazione" e "la manipolazione": il soggetto tende a far agire l'altro nel senso dei suoi desideri e delle sue mete fortemente personalizzate. Se l'altro aspira a essere "catturato" si possono avere dei fenomeni di collusione, costituendosi in tal modo una relazione transitoria e spesso inconsistente, votata alla delusione e al rifiuto reciproco, come non di rado si riscontra nelle esperienze affettive delle personalità di questo tipo. L'attaccamento è il vincolo di tipo parassitario che segue la cattura. La strategia del ricatto sorge di fronte alla fantasia di abbandono, alla delusione per mancata risposta alle aspettative, oppure di fronte ai tentativi dell'altro di ridimensionare la relazione nei giusti parametri di realtà. Il ripetersi delle delusioni che derivano da questo tipo di relazione porta a un aumento del sentimento di vuoto incolmabile, del bisogno di attaccarsi a qualcuno e del fantasticare compensatorio su questa o quella persona. Se la seduzione e la cattura sono un chiaro segno di voracità affettiva e di volontà di possesso, l'attaccamento denota i bisogni di dipendenza e l'incapacità di sopportare qualsiasi frustrazione e perdita.

L'atteggiamento accentratore e teatrale: la teatralità è la tendenza a drammatizzare in modo enfatico tutto ciò che riguarda la propria persona. Questi soggetti privi di una soddisfacente identità, sono pronti a qualsiasi identificazione con persone, con modelli o con prototipi comportamentali a seconda delle circostanze in cui si trovano, arrivando a singolari rappresentazioni aiutati dalla particolare suggestionabilità e inclinazione alla risonanza emotiva di cui sono dotati. Un secondo elemento riscontrabile in questi pazienti, oltre allo stile relazionale caratteristico è l'esistenza di una *particolare immaturità personologica*, che non va intesa come una condizione transitoria da cui può emergere, per processi di maturazione, una forma più adulta. I principali aspetti di una personalità con disturbo istrionico sono quindi l'insaziabilità affettiva, che determina nel soggetto un orientamento affettivo fortemente possessivo. Le relazioni affettive sono improntate al fallimento in virtù dell'incapacità a trattenere l'ondata affettiva e pulsionale che si produce ad opera della fantasia. Sembra che l'Io del soggetto fragile nella sua identità, sia ancora poco in grado di assolvere alle funzioni di relazione e di gestione del mondo affettivo e pulsionale.

A questo aspetto dell'Io si può ascrivere la tendenza all'eteronomia di questi soggetti che si manifesta in un bisogno di dipendenza, di sostegno, di qualcuno a cui appoggiarsi. È come se il soggetto avesse necessità di prendere a prestito da qualcuno un surrogato di identità che gli manca e trovare da qualcuno un sistema guida.

L'utilizzo del canale di comunicazione somatico è caratteristico. Il pensiero si mantiene particolarmente concreto, legato alla situazione contingente poco propenso all'astrazione, all'universalizzazione concettuale e all'introspezione. Da studi di analisi fattoriale applicati al disturbo istrionico di personalità sono emersi inoltre alcuni tratti caratteristici: aggressività specie a carattere orale, emotività esagerata, esibizionismo, egocentrismo. Questi elementi sono utili in funzione della diagnosi differenziale con il disturbo borderline, dal quale si

distingue per l'assenza del senso di vuoto o fragilità nell'identità dell'Io o per l'inesistenza di comparsa di episodi psicotici di breve durata. Inoltre i disturbi somatici di chi manifesta un disturbo istrionico di personalità non sono accompagnati dal fenomeno della belle indifferente, ma piuttosto da umore cupo e risentito e da amplificazione del disagio. Anche se il DSM non lo riporta il paziente con disturbo istrionico di personalità può andare incontro a transitori scompensi che di solito non sono gravi. Il più pericoloso è la depressione, perché può essere accompagnata da pulsioni autolesive.

Capitolo VI

Un caso clinico

Il caso di cui parlerò si riferisce al contesto istituzionale: si tratta di un paziente inserito in un gruppo che si incontra all'interno di un servizio sanitario territoriale e che ha posto diverse problematiche di gestione. Nei disturbi di personalità infatti si evidenziano nel percorso terapeutico processi in cui i meccanismi conflittuali di separazione individuazione dei pazienti procedono con un andamento a molla o elastico (in cui i capi si allontanano sempre più sino a sfilacciarsi o spezzarsi). Le dinamiche che interessano il paziente all'interno del gruppo terapeutico risuonano in modo differente nella rete familiare di appartenenza che reagisce spesso con comportamenti di risposta al cambiamento del paziente che non possono essere controllati se non si instaura una strategia di sostegno e di supporto con altre figure di professionisti collaboranti nei diversi contesti di terapia.

Occorre superare le difficoltà di comunicazione con la famiglia che spesso scredita l'istituzione e con gli altri operatori della rete istituzionale che sono interessati al percorso terapeutico del paziente.

Nell'organizzazione patologica di personalità predominano i tratti difensivi e reattivi su quelli di comunicazione e relazione.... Il disturbo di personalità è il sintomo della relazione.

Nella pratica psicoterapeutica questi pazienti devono essere riconsiderati secondo un criterio dimensionale che permetta di esprimere una diagnosi di organizzazione di personalità e non più solo di presenza o assenza di un "disturbo" di personalità in senso categoriale.

Incontro Marco nella prima seduta del mio gruppo di osservazione e mi colpisce subito perché è l'ultimo ad entrare, dopo qualche minuto dall'inizio,

e se ne sta quasi sempre in silenzio fino alla fine. Nonostante il silenzio comunque non passa inosservato, con il corpo fa sentire la sua presenza.

Marco è un giovane di circa trenta anni, originario della Calabria; vive con i genitori e quattro sorelle. Secondo quanto riferitomi dal conduttore del gruppo Marco è giunto ad una prima osservazione per un grave disturbo da conversione che lo ha portato ad un ricovero presso un servizio di Neurologia, dove dopo approfonditi esami, sono state escluse patologie neurologiche organiche. Al primo colloquio il paziente è accompagnato dal padre e dalla madre entrambi infermieri. Marco lamenta sintomi di malessere generale con intense somatizzazioni soprattutto a carico della muscolatura degli arti: tali sintomi gli impediscono di lavorare e provocano un disadattamento sociale e relazionale. Egli mostra difficoltà di comunicazione e si mostra passivo lasciando l'iniziativa ai genitori e soprattutto al padre che con lui svolge il ruolo di infermiere: lo soccorre, gli somministra farmaci e lo sottopone a terapie con fleboclisi. I disturbi del paziente sono incominciati dopo il matrimonio con una ragazza del suo paese di origine che sembrava non comprendere o non essere in grado di accettare la sua patologia: successivamente lascerà il marito con una separazione piuttosto sofferta per il giovane. Marco mostra una evidente immaturità affettiva con scarse capacità di insight sui suoi sintomi. Il padre è una figura apparentemente autoritaria, rigida e piuttosto critica che appare in disaccordo con la moglie nella gestione degli interventi necessari al figlio. I rapporti del giovane con le sorelle sono piuttosto conflittuali ed ambivalenti. Dopo alcuni primi interventi medici lo psichiatra consiglia al paziente di sottoporsi a psicoterapia, e alla famiglia di iniziare un percorso di terapia familiare. Il progetto terapeutico è quello di dare al paziente uno spazio intermedio per non sentirsi schiacciato tra le pressioni familiari e quelle del contesto sociale, e dare alla famiglia uno spazio per affrontare i propri conflitti.

Durante un primo periodo di inserimento in un gruppo analitico, il paziente che durante le sedute è piuttosto mutacico, ma molto mobile nel corpo, iniziano a comparire acting out consistenti in episodi lipotimici con caduta a terra soprattutto quando è a casa e a volte anche dopo la fine delle sedute con coinvolgimento degli altri membri del gruppo. La comunicazione all'esterno del gruppo è rivolta soprattutto alle donne che cerca in modo molto ambivalente facendole preoccupare con la minaccia di gesti autolesivi o francamente suicidari. La possibilità di esprimere questi acting all'interno del gruppo viene all'inizio letta dal paziente come rimprovero di un atteggiamento riprovevole e scatena nel paziente reazioni di chiusura e rabbia..

Il gruppo

Il gruppo di cui fa parte Marco, che ho osservato per tutto il 2004, è un gruppo piuttosto eterogeneo con pazienti di età diverse, e con diagnosi differenti, dai disturbi di personalità, ai disturbi dell'umore, alle nevrosi. I componenti sono 9, cinque donne e quattro uomini. Si tratta di un gruppo aperto che si incontra una volta a settimana per un'ora e mezza all'interno di una struttura sanitaria. Nel corso della terapia, un paziente lascerà il gruppo e ci sarà un nuovo ingresso e il ritorno di una paziente con un disturbo borderline che aveva deciso di interrompere il gruppo. Io partecipo come osservatore silente all'interno del cerchio, come prevede il training C.A.T.G. Riporterò alcune sedute significative per illustrare l'evoluzione del paziente e il suo processo di cambiamento nel circolo gruppoanalitico.

Seduta 16/3/04

Teresa: la seduta inizia con Teresa che, come fa spesso, prende la parola per prima e comincia a raccontare la sua settimana e la sua ansia. Teresa soffre di attacchi di panico da diversi anni dice *“ho avuto bisogno di chiamare il dottore ma non l’ho trovato.”*

Maria: interviene poi Maria e parla del padre *“io non ho un padre, per tornare a pranzo a casa domenica ha voluto sapere se c’ero, dice che sono la causa dei suoi problemi, mio padre sta male ma non si vuole curare per un po’ ha preso farmaci ma ora non li prende più e dice che i matti siamo noi, e lui è sano. È vero ne ha passate tante, ha sofferto, come persona lo posso capire ma come figlia lo condanno.”*

Mariella: *come mai tuo padre ha questo atteggiamento solo con te e non con tuo fratello?*

Daniele: *a che cosa ti serve condannarlo?*

Fabiana: *anche io sono stata molto male ma non ho chiamato il dottore, l’uomo sposato con il quale ha avuto una relazione le sta sfuggendo sempre di più.*

Mariella: *è naturale una persona con famiglia ti sfuggirà sempre.*

Antonio: *ti vai a cercare sempre situazioni complicate.*

Fabiana: *non è vero che le cerco mi capitano.*

Marco: è rimasto in silenzio fino a questo punto, a dieci minuti dalla conclusione della seduta, ma ha dato segni di nervosismo, sospirava e si muoveva continuamente sulla sedia tamburellando con le mani. Ad un certo punto chiede di uscire, poi una volta rientrato inizia a parlare: *sto male, ma quando sono qui non riesco a dire come mi sento, è come se mi si chiudesse lo stomaco e non riesco a dire niente, questa forse è la mia ultima seduta in questo gruppo e mi dispiace particolarmente non aver parlato, ma parlavano Maria e Fabiana, è che sto per cambiare gli orari di lavoro e con i turni che*

ho non posso venire via prima, il datore di lavoro mi vuole lì, oggi l'ho pregato di mandarmi via prima che avevo bisogno di venire, ma le prossime volte non potrò. Loro lo sanno che vengo qui, dei problemi che ho, una volta sono venuti a casa a parlare con mio padre, mi avevano detto che sarebbero venuti per un caffè, pensavo che scherzassero e invece sono venuti davvero, volevano sapere del perché vengo qua e hanno parlato con mio padre”.

Maria: *ma che sei interdetto che dovevano parlare con tuo padre?*

Mariella: *per continuare a venire qua deve mandare qualcosa di scritto, ci sono le leggi e bisogna mettere tutto per iscritto*

Maria: *potresti aggiustare i turni e recuperare le ore.*

Terapeuta: *interviene parlando delle resistenze, dicendo a Marco che il gruppo gli ha indicato molte soluzioni quella di Mariella in particolare e che tra il dilemma di perdere il lavoro e perdere la terapia forse c'è una terza via.*

Seduta 23/3/04

Marco: *si presenta alla seduta nonostante l'annuncio della settimana precedente e inizia a parlare per primo raccontando che è stato male durante la settimana ed è dovuto andare all'ospedale dove ha potuto parlare col dottore, lì gli hanno fatto una flebo con En e altri farmaci che non ricorda. Anche nel lavoro mi capita di stare male di avere crisi d'ansia ma mi porto dietro le gocce di En e quando sto così mi fermo e le prendo. In casa non parlo più con nessuno”*

Teresa: *scusa se sono cattiva ma prima parlavi?*

Marco: *almeno con una delle sorelle prima parlavo ora invece nemmeno più con lei.*

Teresa: *il tuo star male è legato a quello che raccontavi la seduta precedente, i tuoi datori di lavoro e il colloquio con tuo padre?*

Marco: *No. Non so più gestire nemmeno i soldi, ora è mio padre che li gestisce, tempo fa avevo speso dei soldi per comprare dei vestiti nuovo e avevo lasciato a mio padre quelli necessari per pagare l'assicurazione della macchina, mio padre mi ha detto di consegnargli i soldi e io l'ho fatto, da quel momento è lui che tiene i soldi miei".*

Maria: *Ma tu non sei capace? Che ti manca? Non sai dov'è la banca?*

Marco: *si lo so dov'è*

Maria: *e allora?*

Marco: spiega che gestiva il suo stipendio prima ma ora non ce la fa più. Racconta poi della sua ex moglie, che gli ha causato tanti problemi, perché per sette mesi le ha dato i soldi per pagare l'affitto e poi un giorno si è trovata la padrona di casa che gli ha detto di non ricevere il mensile da sette mesi e per pagare il debito ha dovuto chiedere l'anticipo sullo stipendio.

Passa circa un mese in cui Marco non si presenta alle sedute, torna dopo le vacanze pasquali e annuncia per la seconda volta che lascerà il gruppo.

Seduta 20/4/04

Maria: *ma io mi posso arrabbiare così, ho il diritto di arrabbiarmi così con il padre di Marco? capisco che questa è anche una cosa mia, ma quando l'ho accompagnato al lavoro e ho visto lì i suoi genitori mi sono arrabbiata tantissimo.*

Marco: *per me è diverso non riesco a reagire come fa lei, i miei genitori erano andati lì dai miei datori di lavoro per sapere come andavo. A scuola andavo male mentre lì faccio il mio lavoro bene a parte quando ognitanto mi prendono i momenti che sto male.*

Maria: *ti hanno detto bravo poi? Tuo padre ti dice che se vuoi puoi anche non lavorare e poi viene lì a controllare se va tutto bene nel lavoro, non so un bambino piccolo si sentirebbe confuso da comunicazioni così paradossali, ma tu non sei un bambino piccolo! e mentre lo dice piange*

Marco: *mi sento come un bambino piccolo. Dice piangendo.*

Fabiana: *non piangere qui, piangi fuori, hai tempo dopo di piangere parla parla!*

Maria: *ma perché! lascialo piangere se ha bisogno di piangere! Anche piangere va bene!*

Terapeuta: *non solo a casa ma anche qua gli dicono cosa deve fare”*

Marco: *da quando non sono più venuto al gruppo sto male, sono stato molto male e ho fatto anche una cosa... cattiva, è difficile raccontare, ero al lavoro e ad un certo punto ho preso...*

Teresa: *dicci! ci fai stare in ansia che cosa hai preso?*

Marco: *ho preso un coltello e me lo sono infilato in tasca, ma il mio collega di lavoro mi ha visto e mi ha detto che cosa fai? Mi ha fermato e mi ha detto adesso ti calmi. Vorrei chiudere gli occhi non vedere nessuno, starmene a letto. Ho tante preoccupazioni, mercoledì prossimo devo andare al tribunale davanti al giudice per firmare l'atto di divorzio, so che mi farà delle domande.*

Teresa: *ma vai con il tuo avvocato? Mica è come un genitore è molto più formale, chiede se volete ripensarci, basta dire no e finisce lì, in 15 minuti te la cavi.*

Marco: *quello che mi preoccupa è il fatto di rivedere la mia ex moglie che mi ha lasciato ed è tornata in Calabria. Sicuramente verrà con il suo convivente, non l'ho più vista, se mi dicono qualcosa so che scatto non mi importa niente anche davanti al giudice io li mando a quel paese*

Daniele: *che cos'è che rappresenta per te l'ex da farti stare così in ansia, così preoccupato? Il fallimento di un progetto di vita?*

Marco: *si ma io non ho responsabilità, lei se n'è andata via quando sono stato male; dopo i due mesi passati in ospedale è andata via.*

Maria: *sei sicuro di non avere responsabilità?*

Marco: *minime, perché davanti al prete si dice in salute e malattia mentre lei se n'è andata appena mi sono ammalato*

Maria: *Però come fai a dire che è un fallimento tuo? Questa unione l'ha voluta tuo padre non è un fallimento*

Marco: *aldilà di questo è comunque un fallimento*

Maria: *c'è una bella differenza, non sei tu che hai fallito, l'ha voluto tuo padre e anche per questo non ti ha rimproverato nulla, perché darti torto sarebbe stato dar torto a se stesso.*

(piangendo) *Che cosa manca a Marco? Io voglio che stia bene, che cresca, lo voglio vedere migliorare, a me dispiace che va via, questo distacco mi fa soffrire.*

Terapeuta: *Maria può dire qualcosa di più sul distacco?*

Maria: *ci pensa un po' ma non approfondisce, un po' ride e un po' piange per sdrammatizzare come dice lei stessa.*

Daniele: *lo stai vivendo molto questo distacco*

Terapeuta: *chiede ai membri del gruppo se hanno voglia di dire che cosa rappresenta Marco per ognuno.*

Maria: *rappresenta la mia parte più fragile quella che non voglio vedere, che non accetto.*

Teresa: *io mi rivedo nelle sue dinamiche familiari, nei ricatti psicologici che gli fanno i familiari, anche se quelli dei suoi sono più sottili.*

Filippo: *mi rivedo nei suoi problemi, nella sua insicurezza, nella sua difficoltà di vivere da solo in maniera autonoma. Io ho vissuto distacchi non di familiari ma di amici, chi si è sposato chi si è allontanato per lavoro, e quando se ne va via una persona a cui sei legato è come se ti portasse via un pezzetto di te.*

Daniele: *era meglio se non c'eri* (rivolto a Marco)

Terapeuta: chiede a Marco *che cosa farebbe se non piangesse, una fantasia,*

Marco: *avrei voglia di abbracciare tutti uno per uno, sono importanti per me hanno condiviso tante cose con me e io lo stesso, lo farò fuori.*

Terapeuta: *fuori?*

Terminata la seduta Marco esce e continua a salutare calorosamente i suoi compagni, sulla porta saluta anche me e mi stringe la mano, sembra soffrire molto per questo distacco.

È stata una seduta molto emozionante, pur come osservatore mi sono sentito molto coinvolto, soprattutto hanno risuonato in me gli interventi di Maria, il suo dispiacere per Marco che annunciava il suo addio, il suo arrabbiarsi per spronarlo a stare bene a reagire e imporsi invece di continuare ad essere trattato come un bambino. Per la prima volta Marco sembra lasciarsi andare, non solo con le parole, sembra riconoscere le sue emozioni e lasciarle uscire con il pianto. La presenza di Marco credo che sia molto importante per il gruppo, Marco usa il gruppo come un teatro una scena dove drammatizzare il suo conflitto, ma allo stesso tempo il gruppo è stimolato dalla sua presenza

Seduta 27/4/04

Entrano per primi Marco, Fabiana e Filippo, rimango stupito della presenza di Marco che nella scorsa seduta aveva annunciato di dover interrompere.

Terapeuta: *Marco ha voglia di dire perché è qui oggi dopo l'annuncio della scorsa settimana?*

Maria: *io e Fabiana lo sappiamo già.*

Terapeuta: io non ne sono a conoscenza.

Maria: Marco mi ha chiamata perché stava male e voleva il numero del dottore, poi ha chiamato Fabiana e lei tramite Teresa gli ha fatto avere un altro numero per rintracciare il dottore.

Maria: *Marco dice che c'è qualcosa che lo spaventa nel gruppo ha paura di qualcuno, cioè per lui nel gruppo c'è una parte buona e una cattiva e lui teme le ritorsioni di quella cattiva.*

Fabiana: *In realtà lui non ha paura di qualcuno, ha avuto dei problemi con me un conflitto con me e ne abbiamo parlato perché io gli ha dato un passaggio in macchina.*

Marco: *dal lavoro mi hanno licenziato perché sto male*

Teresa: *ma non posso farlo è contro la legge!*

Marco: *sono stato male e al lavoro mi hanno mandato a casa, poi al pronto soccorso, la dottoressa dell'ospedale mi ha fatto un certificato con scritto crisi depressiva, sono venuti i carabinieri a cercarmi a casa perché i miei datori di lavoro hanno denunciato l'episodio col coltello..*

Fabiana: *ce l'hanno eccome i motivi per licenziarlo, è un pericolo per se stesso, non è sicuro tenerlo al lavoro!*

Teresa: *beh se questo malessere mette in discussione il suo rendimento sul lavoro..*

Maria: *ma se non ti fermi un attimo!*

Filippo: *dovrebbe andare dai sindacati.*

Marco: *io non voglio andare da nessuna parte, ormai ho chiuso con tutto, non voglio più niente, non c'è speranza per me, mio padre mi ha detto che così non posso lavorare da nessuna parte perché nessuno mi vuole, nessuno mi vorrà perché sto così male, - chi ti si prende? Sei un peso per te e per la famiglia - mi ha detto mio padre, anche le mie sorelle mi hanno detto che non posso star sempre male che loro non mi possono sempre curare, anche mia mamma mi ha detto di reagire, e di solito è l'unica che mi difende da mio padre. Domani devo andare anche al tribunale da solo..*

Terapeuta: *come mai la sua richiesta d'aiuto è stata veicolata a Maria, Fabiana e Teresa come jolly?*

Daniele: *forse non è abituato a chiedere aiuto al maschio, io chiedo se posso accompagnarlo domani al tribunale.*

La famiglia di Marco lamenta la non produttività del paziente poiché non lavora o quando trova un impiego ripresenta crisi di conversione che mettono in allarme i parenti e provocano reazioni di rifiuto e critica per lui e per il Servizio che non redarguisce il giovane e non fa abbastanza per riabilitarlo.

4/5/04 seduta

Marco: (prende la parola per primo) *sto male, sono stato male tutta la settimana.*

Mariella: (chiede spiegazioni perché è mancata alle ultime sedute) *come mai stai così male? che cosa ti è successo?*

Marco: *sono successe tante cose, sono stato in tribunale, lì è andato bene ma poi tornato a casa.. in casa sto male, l'unico momento in cui sto bene è quando sono solo, pranzo sempre da solo, mi cucino da solo mi stiro da solo perché mi sento un peso per i miei genitori, domenica era solo e sono stato bene, ho anche pianto perché ovviamente la solitudine ti fa stare male, in questo periodo piango tutti i giorni, non dormo la notte, mangio il minimo per sostenermi, un panino e poi me ne vado in camera per evitare di mettermi a tavola con i miei, mi viene l'ansia a tavola con i miei, è impensabile starci, non parlo più con nessuno, l'unica sorella con cui avevo ripreso a parlare un po' dopo aver litigato con mio padre e aver detto che se ne andava sta sempre a casa del fidanzato e torna solo la mattina per prendere le sue cose, dorme ormai dal fidanzato. Per me tornare a casa è come varcare le porte*

dell'inferno, i miei genitori sono come due fuochi che non riesco a spegnere.”

Mariella: *quanti anni ha tuo padre?*

Marco: *è del 46*

Mariella: *che lavoro fa?*

Marco: *mio padre è infermiere e lavora all'A.S.L.. proprio qua sotto.*

Mariella: *com'è con i pazienti?*

Marco: *non lo so, penso che sia simpatico che faccia la battuta.*

Teresa: *è vero infatti poi pensano che tu ti inventi le cose quando parli di tuo padre in un certo modo, perché la gente lo conosce in un altro.*

Marco: *mio padre mi ha detto di non venire più al gruppo che non mi fa bene venire al gruppo - torni che stai più male di prima - dice.*

Teresa: *Marco mi ha chiamata per rintracciare il dottore perché stava male poi ci siamo trovati nell'ambulatorio del medico di famiglia e Marco stava male in piena crisi di panico, io mi sono spaventata e ho chiamato la madre anche se lui non voleva, la madre l'ha rimproverato dicendo - ecco sei uscito e poi stai male ti avevamo detto di non uscire, poi vedi chiami Teresa ma lei non ti aiuta-. Io le avrei voluto rispondere ma non me la sono sentita perché poi a casa lui sarebbe stato solo con lei. La madre di Marco rimproverava della depressione il figlio dicendo che lei l'aveva superata, la depressione si supera, lì però il medico, anche se è un fifone il mio medico di base, è intervenuto dicendo che ognuno ha i suoi tempi per uscirne.*

Marco: *(piange e si asciuga gli occhi con la bandana che porta in testa) non trovo più soluzioni, né stimoli, vorrei andare via, ho una zia di mia madre a C. ma anche lei fa gli affari suoi come tutti nella mia famiglia, ora non lavoro più ma comunque non sarei in grado di lavorare in questo stato, avevo il certificato di malattia fino al 30, adesso aspetta che mi chiamino loro. Poi i carabinieri mi hanno ritirato la patente e ho un verbale in sospeso, poi c'è l'avvocato per la separazione appena firmata. Mio padre pensa che così come sono tutti mi respingono - perché se esci e poi stai male e i tuoi amici*

devono chiamare noi, certo che ti abbandonano chi la vuole questa responsabilità?- mi ha detto mio padre.

Non mi manca niente sono intelligente sono un bel ragazzo dovrei star bene e mi chiedo perché sto così.

Filippo: *capisco le sue paure, la paura di stare solo, di andare a vivere da solo.*

Marco: *continua a piangere e singhiozza.*

Antonio: *Marco cerca di calmarti.*

Terapeuta: *chiede spiegazioni su quel calmarti*

Antonio: *lo vedevo agitato volevo che si controllasse*

Terapeuta: *sottolinea il doversi controllare*

Antonio: *io mi controllo qua, ma mi sembra di non avere i problemi che hanno loro i miei problemi sono gli attacchi di panico.*

Maria: *continua a credere che il tuo problema siano gli attacchi di panico, che i problemi degli altri siano più grossi!*

Antonio: *non ho capito, parlavo con Fabiana.*

Maria: *è stata stranamente in silenzio per quasi tutta la seduta poi alla fine Fabiana le chiede qualcosa e Maria dice che ha sentito molto quello che diceva Marco, gli ha trasmesso tanta rabbia, voi non la sentite la sua rabbia? Certo è mia in parte, ma in parte è anche sua, un atteggiamento così passivo non provoca rabbia? Io dico che bisogna assumersi la responsabilità, la colpa non è solo dei genitori, bisogna in qualche modo reagire, tirarla fuori la rabbia, Marco deve imparare a tirarla fuori.*

Marco: *a casa non posso perché mio padre dice che non devo mancargli di rispetto non posso alzare la voce, mai l'ha fatto mai gli ho detto stronzo o vaffanculo a mio padre o a mia madre; quando ho provato mio padre mi ha attaccato al muro, come devo fare?*

Maria: *io non ho le soluzioni.*

Marco: *non volevo occupare tutto lo spazio mi dispiace, non volevo provocare questa rabbia, se devo fare questo effetto, meglio che non parlo.*

Maria: *invece hai fatto bene a parlare, a sfogarti!*

Terapeuta: sottolinea l'importanza di questa comunicazione di Marco che ha portato la sua impotenza la sua difficoltà e poi chiede a tutto il gruppo se si può comunicare di più sulle paure di cui parlava Filippo.

Nel gruppo Marco viene stimolato dalle donne, vissute come sorelle ora buone ora cattive, a comunicare la sua rabbia rispetto ai familiari, rabbia che puntualmente viene repressa e considerata come pericolosa dal paziente.

Nelle sedute seguenti Marco, mostrerà il suo malessere soprattutto con il linguaggio non verbale (sospirando, muovendosi continuamente o coprendosi il viso con la bandana che porta in testa). In una seduta chiede di uscire ma Maria lo invita con fermezza a restare nel gruppo, a non fare come Mariella che continua ad uscire. Marco rimane dentro e verso la fine della seduta comincia a parlare della difficoltà a vivere il suo malessere all'interno del gruppo e comunicarlo.

22/6/04 Seduta

In questa seduta Marco racconta un episodio che gli è capitato in cui ha perso il controllo lasciando uscire tutta quella rabbia che non riesce ad esprimere nel gruppo.

Marco: *una mattina mi sono svegliato e mi sono accorto che un vigile mi stava facendo di nuovo la multa alla macchina (avevo già avuto 3 multe) per divieto di sosta. Ma l'avevo parcheggiata davanti casa dove la mettono tutti, lì davanti casa mia c'è una banca, lì non c'era il divieto, allora sono sceso e ho chiesto al vigile cosa stava facendo, il vigile mi ha risposto che ero in*

contravvenzione e che oltre alla multa avrei dovuto pagare anche il carroattrezzi per portare via la macchina. A quel punto mi sono arrabbiato tantissimo sono diventato tutto rosso e ho alzato la voce perché non era possibile che proprio alla mia macchina doveva fare la multa, sono tre volte, e poi lì la mettono tutti, il vigile mi ha detto di stare calmo che era venuto perché i vicini si erano lamentati che non potevano buttare la spazzatura (la macchina era davanti un bidone). Sono diventato completamente rosso e gridavo al punto che il vigile ha chiamato l'ambulanza e i carabinieri, davanti casa mia sembrava il far west. Quelli dell'ambulanza li ho mandati via perché ho detto loro che non stavo male, e poi li conosco mio padre ci lavora alla croce verde, i carabinieri che li chiamasse sono amici anche loro, mi hanno preso tutti e due che sembrava che mi arrestavano e mi hanno portato a bere un caffè, al vigile gli ho detto che io la multa non gli e la pago e che col carroattrezzi ci parlasse lui che l'aveva chiamato, gli ho detto che se mi arrestava poi ci vedevamo quando uscivo, alchè lui mi fa - minacci pure? - No io non minaccio niente, dico solo che ci ritroviamo, io prendo le medicine e se non le prendo sto male”.

Maria e Daniele: (sorridente) *avrà pensato questo è matto, meglio che non lo faccio arrabbiare, si sarà spaventato.*

Marco: *non mi era mai capitato di arrabbiarmi così tanto, di tirare fuori una cattiveria simile.*

Maria: *guarda che ce l'hai pure tu la cattiveria cosa credi? Solo che non la tiri fuori!*

Marco: *Ah io sarei cattivo?*

Maria: *Si ce l'abbiamo tutti la rabbia e quando stai male ti viene fuori con le crisi.*

Daniele: *forse gli vengono le crisi di panico proprio perché non la tira fuori questa rabbia.*

Marco comincia ad esprimere la sua rabbia inizialmente fuori dal gruppo, con degli acting out come emerge da questa seduta. Nel frattempo poiché non ha più legami sociali viene proposto un inserimento presso una struttura riabilitativa diurna che sembra creare un contesto di accoglienza per il paziente il quale esprime comportamenti adolescenziali con aspetti gioiviali e creativi (prende parte ad una squadra di calcetto, si interessa di musica attivandosi come animatore in una discoteca).

Ci sono però dei problemi e nasce la necessità di fare un accordo con l'equipe del Centro Diurno dove è ospite il paziente, in quanto gli operatori si lamentano di un comportamento cleptomanico all'interno della struttura che rischia di rompere le relazioni che il paziente ha instaurato. Due incontri con la famiglia evidenziano i tratti narcisistici del padre che manifesta rabbia ed intolleranza e timore di essere criticato e la depressione e rabbia mascherata della madre. Le sorelle sembrano divise tra quelle che comprendono e quelle che si mostrano ostili. Il paziente lamenta conflitti con loro rivendicando spazi per lui ed accusando il padre di avere un diverso comportamento, più permissivo nei loro confronti

9/11/04 Seduta

In questa seduta, c'è un lungo monologo di Lorella, una paziente con un disturbo borderline, rientrata nel gruppo da poco. Mentre lei parla Karen, un altro nuovo ingresso si alza per rispondere al telefono, si alzano anche Maria e Teresa. Marco invece manifesta al dottore il bisogno di andare al bagno.

Marco: *posso andare al bagno?*

Terapeuta: *lo chiede a me?*

Marco: non si alza ma ad un certo punto prende la parola e comincia ad attaccare Mariella l'ultima che si è alzata con una rabbia che mai aveva

lasciato uscire: *non ti dovevi permettere di alzarti, nel gruppo c'è una regola e va rispettata, io l'ho sempre rispettata io non mi alzo per rispetto a lei che parla e invece voi fate come vi pare non vi dovete permettere.*

Mariella: io non accetto questo sfogo contro di me.

Marco: (alzando ancora più la voce) invece lo devi accettare!

Terapeuta: *Marco come mai tra le tante che si sono alzate ha scelto proprio Mariella, può dire qualcosa di più su questo?*

Mariella: *si è rivolto contro di me perché pensava che io non avrei reagito.*

Marco: *io sono un bravo ragazzo educato che rispetta le donne, mi hanno insegnato che tutti vanno rispettati in particolare le donne. Non succederà più,*

Maria: *hai fatto bene non ti devi scusare! finalmente hai tirato fuori una parte di te che non accetti.*

Teresa: *certo, che hai fatto bene, prima si sfogava sempre fuori e poi toccava a noi stare sulle scale con lui.*

Il gruppo spesso esorta il paziente a manifestare le conflittualità provocando reazioni rabbiose catartiche e liberatorie che permettono a Marco di migliorare la sua capacità di comunicare tanto che nelle sedute successive egli rivela al gruppo un suo segreto: ha una figlia che vive con la madre, una sua ex ragazza, che è stata la donna che avrebbe voluto sposare ma che i genitori, soprattutto il padre, gli avevano impedito di fare perché una probabile “poco di buono”. Da allora il paziente ha partecipato più volentieri alle sedute riuscendo a stabilire migliori rapporti con tutti i membri e si è mostrato meno preoccupato dei giudizi del terapeuta. Attualmente lavora e vede costantemente la figlia dopo averne parlato coi genitori con i quali sembrano essersi attenuati i conflitti; non ha più avuto crisi di conversione.

Capitolo VI

Personalità e cambiamento nella prospettiva gruppoanalitica

L'importanza della psicoterapia gruppoanalitica come fattore di cambiamento nei disturbi di personalità è stata segnalata nel tempo da diversi autori, come Slavon, Pines, oltre allo stesso Foulkes. Il disturbo di personalità è intimamente vincolato alla relazione dell'individuo con gli altri; tale relazione ovviamente sollecita da una parte il polo individuale intrapsichico (con la propria strutturazione interna e organizzazione del Sé) e dall'altra il polo "oggettuale" e "sociale" (anche questo polo si organizza in vincoli e sistemi e relazionali). La formazione caratteriale si costituisce e si organizza, più che come sintomo, come un sistema di relazione tra ambedue i poli in reciproco feedback e potenziale patoplastico. In questo senso si parla di caratteropatìa quando in tale organizzazione predominano i tratti difensivi e reattivi su quelli di comunicazione e relazione con perdita e danno per se stesso o per gli altri. Si può affermare che la caratteropatìa è il sintomo della relazione. Tale peculiarità basta a sottolineare il "vincolo" gruppale dei disturbi di personalità. Enunciando alcune caratteristiche di questo vincolo gruppale possiamo ricordare che la gruppalità può avere un ruolo determinante nello sviluppo e nell'evoluzione delle modalità caratteriali e nell'organizzazione relazionale del sé. Basti ricordare i concetti di rete di Foulkes [] e di gruppalità interna di Kaes []. Il gruppo (sociale o mondo esterno) può anche configurarsi come un fattore patoplastico conformando e perpetuando in modo collusivo l'inadeguatezza relazionale del Sé individuale. Nel vivere quotidiano il gruppo sociale agisce costantemente come specchio confermando o meno il Sé individuale e perfino promuovendo distorsioni nel

funzionamento del Sé o il falso Sé. Il dilemma di essere se stessi o essere come gli altri, ci viene proposto attraverso la relazione speculare.

Con relazione speculare in gruppoanalisi si intende la funzione di rispecchiamento che avviene come parte più o meno fondamentale della vita e della storia naturale del gruppo e che la gruppoanalisi privilegia e focalizzata con fini terapeutici. Ondarza Linares [61] preferisce parlare di processo speculare perché appunto non si tratta solo di una reazione al fatto di “vedere o essere visto” o all’ambivalenza del mostrare o nascondere – che Kaes [40] chiama funzione scopica – ma di un continuum di interrelazioni che si possono elaborare non solo in un registro genetico-pulsionale ma soprattutto in una prospettiva evolutiva formativa e ristrutturante.

Il circolo gruppoanalitico con la presenza di tutti i membri si “con-forma” almeno inizialmente come una struttura sintonica e simmetrica, come un circolo di appartenenza nel quale la tessera di affiliazione è costituita proprio dal disturbo o comportamento deviante che fuori mantiene il paziente più o meno segregato o estraniato dal gruppo sociale. Accanto agli altri noti fattori del setting gruppoanalitico, il “contenitore speculare” contribuisce a formare questa matrice fondamentale che è il punto di partenza del processo gruppoanalitico. Questo punto di partenza o premessa è indispensabile per il paziente caratteriale che può inoltre usufruire ambivalentemente della “doppia alleanza terapeutica” (col terapeuta e col gruppo) che gli offre il setting. Le ricerche sul gruppo fanno constatare che il processo grupale mobilita tutti i modi di funzionamento psichico, psicotico, borderline, perverso, nevrotico ecc.. ciò equivale a dire che nel processo grupale le relazioni oggettuali soffrono queste vicissitudini, sia da parte di ciascun membro, o parte dei membri sia attraverso l’esperienza del gruppo come totalità. La rete, nel senso di Foulkes [18-19-20], è un modello relazionale in parte internalizzato che tende a condizionare e riflettersi sulla rete relazionale attuale, questa a sua volta reattiva e condiziona la prima in modo interattivo, speculare o

complementare. Della possibilità che all'interno del gruppo venga riattivata la rete individuale, trasformandosi nell'interazione del gruppo, dipende la possibilità che il gruppo analitico, si proponga come uno spazio di transfert, uno spazio che sull'apparente simmetria e sintonia iniziale permette l'emergere dell'asimmetria e distonia dei modelli rigidi, dei fantasmi relazionali della rete nella quale il paziente si trova più o meno imbrigliato. Tuttavia nel gruppo come noto le vicissitudini transferali hanno una specifica peculiarità, giacché come fa notare Pines [64] non si tratta semplicemente di manifestazioni di transfert a livello e genitoriale o in qualsiasi livello analogo; il transfert in gruppo è un concetto basato su una psicologia del Sé, di persone il cui Sé è un Sé incompleto e che riconoscono aspetti di loro stesse in particolare degli aspetti rimossi in altre persone. Tale fatto è di fondamentale importanza per alcuni soggetti caratteriali più o meno incapaci di effettuare investimenti di transfert più maturi o evoluti (con un oggetto totale) come è il caso dei nevrotici. Nella cornice di appartenenza e tolleranza che offre lo spazio speculare del gruppo il paziente caratteriale può mettere in atto il suo complicato gioco di mostrare e nascondere parte o parti del proprio Sé, di accettare o rifiutare parti del Sé degli altri riscontrando in ciò almeno inizialmente qualche sollievo e soddisfazione dei propri bisogni narcisistici nella possibilità di agire nell'ambiente protetto del gruppo il gioco interrelazionale che compie nella vita..... ma in virtù delle diverse valenze intrapsichiche e relazionali che risuonano nel gruppo insorgono delle caleidoscopiche immagini speculari che, terapeuticamente condotte, consentono la graduata consapevolezza di nuove sfumature della propria immagine e di quella altrui e quindi favoriscono il cambiamento. Paradossalmente un gioco difensivo mentre mostra e talvolta ottiene le sue richieste di potere, conferma, autoaffermazione al tempo stesso riflette attraverso gli altri le implicite manovre distruttive, di negazioni, distorsione, e manipolazione della realtà..... “viste” negli altri diventano possibili,

tollerabili e accettabili anche per se stessi. L'identificazione proiettiva nel gruppo è allo stesso tempo un meccanismo di difesa e una modalità di rapporto interpersonale per cui nel gruppo analitico diventa più evidente l'affermazione di Odgen [60] che l'identificazione proiettiva è un ponte fra l'intrapsichico e l'interpersonale. Il vedere, riconoscere e integrare parte o parti del proprio Sé è un processo che avviene in modo lento e impercettibile nel gruppo. Mentre il resto del gruppo evolve il paziente con disturbo di personalità spesso resta apparentemente fermo, come se dovessero passare più cicli terapeutici del gruppo prima che il carattere incominci a "muoversi". Nella gruppoanalisi di pazienti di questo tipo è fondamentale che vengano vissuti in modo quasi reale e in qualche modo "agiti" diversi aspetti reattivi, difensivi e adattivi dell'organizzazione caratteriale (a condizione che non si tratti di acting distruttivi). Il paziente caratteriale agisce dentro il gruppo un gioco collusivo che sollecita la complicità o l'aggressività e distruttività del resto del gruppo (a volte anche del terapeuta). Queste interazioni che sono ricche e apparentemente piene di emotività sono degli acting in che servono per difendersi da un coinvolgimento emotivo più profondo e dal cambiamento. Se nel gruppo non è tollerato questo modo di agire anche se ciò sembra paradossale, non è possibile l'analisi e si resta a livelli di critica moralistica, reattiva che conducono alla collusione o all'interruzione dell'analisi. Il gruppo offre al paziente con disturbo di personalità una struttura, un contenitore, uno spazio protetto di interazione, di relazione e transizione. Inoltre l'eterogeneità del gruppo, in termini di quadri psicopatologici, età e identità di genere, ha per tutti i suoi membri un grande valore terapeutico in quanto propone differenti assetti esistenziali che inducono ad un lavoro riflessivo ed analitico trasversale in tutte le aree del funzionamento individuale oltre che su più livelli evolutivi di maturazione emotiva. Le relazioni all'interno di un gruppo eterogeneo divengono un'occasione terapeutica in quanto i componenti del gruppo, con quadro

psicopatologico meno grave sul piano delle relazioni oggettuali e quindi con aree di vita maggiormente funzionanti divengono portatori di modalità relazionali più benigne in quanto di livello superiore. La terapia di gruppo dà al paziente l'opportunità di partecipare ad un'esperienza relazionale in un percorso condiviso. All'interno del gruppo il paziente, durante tutto l'iter terapeutico, ricopre differenti ruoli in corrispondenza dei movimenti del gruppo. Questo gli permetterà di percepire e riflettere sulla sua partecipazione qualitativa e quantitativa alla vita del gruppo. Lo sviluppo della capacità riflessiva si situa all'interno di una relazione di attaccamento sicuro, come condizione di assoluta indispensabilità. Il gruppo promuove quindi il superamento dei circoli dell'agire ripetitivo e coatto, della cristallizzazione e reificazione delle dinamiche relazionali.

BIBLIOGRAFIA

1. Bellodi L., Battaglia M. & Migone P. (1992/1999). Disturbo istrionico. In: Paolo Pancheri, Giovanni B. Cassano *et al.* (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano: Masson, 1992/1999, cap. 61 ("Disturbi di personalità").
2. Brenner C. (1996). La mente come conflitto e formazione di compromesso. [*Psicoterapia e Scienze Umane*](#)
3. Cavenar J.O. Jr. & Walker J.I. (1983). Hysteria and hysterical personality. In Cavenar J.O. Jr. & Brodie H.F., editors, *Signs and Symptoms in Psychiatry*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1983, vol. 4, pp. 59-74.
4. Chodoff P. (1974). The diagnosis of hysteria: an overview. *Am. J. Psychiatry*, 131: 1073-1078.
5. Chodoff P. (1982). Hysteria and women. *Am. J. Psychiatry*, 139: 545-551.
6. Chodoff P. & Lyons H. (1958). Hysteria, the hysterical personality, and "hysterical" conversion. *Am. J. Psychiatry*, 114: 734-740.
7. Clarkin, G.F., Lenzenweger, M.F. (a cura di), *I disturbi di personalità*, Raffaello Cortina, 1997.
8. Cloninger C.R. (1978). The link between hysteria and sociopathy: an integrative model of pathogenesis based on clinical, genetic and neurophysiological observations. In Akiskal H.S. & Webb W.L., editors, *Psychiatric Diagnosis: Explorations of Biological Predictors*. New York: Spectrum Publications, 1978, pp. 189-218.
9. Cloninger C.R. (1987). Recent advances in the genetics of anxiety and somatoform disorders. In Meltzer H.Y., editor, *Psychopharmacology, the Third Generation of Progress*. New York: Raven Press.
10. Cloninger C.R., Reich T., Guze S.B. (1975). The multifactorial model of disease transmission: III familiar relationship between sociopathy and hysteria. *Br. J. Psychiatry*, 127: 23-32.

11. DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Masson 2002
12. Eagle M.N. (1992). La natura del cambiamento teorico in psicoanalisi. [*Psicoterapia e Scienze Umane*](#), XXVI, 3: 5-33.
13. Easser R.R. (1966). Transference resistance in hysterical character neurosis: technical considerations. In Goldman G. & Shapiro D., editors, *Developments in Psychoanalysis at Columbia University*. New York: Hafner, 1966, pp. 69-80.
14. Easser R.R. & Lesser S. (1965). Hysterical personality: a revaluation. *Psychoanal. Q.*, 34: 390-415.
15. Edelman G. (1989). *Il presente ricordato: una teoria biologica della conoscenza*. Milano: Rizzoli, 1991.
16. Edelman G. (1992). *Sulla materia della mente*. Milano: Adelphi, 1993.
17. Fenichel O. (1945). *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Roma: Astrolabo, 1951.
18. Foulkes S.H. Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica Roma, Edizioni Universitarie Romane 1991
19. Foulkes S.H. La psicoterapia gruppoanalitica Astrolabio Roma, 1976
20. Foulkes S.H. Analisi terapeutica di gruppo Boringhieri Torino 1967
21. Freud S. (1895). A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia". *Opere di Sigmund Freud*, 2: 177-192. Torino: Boringhieri, 1968.
22. Freud S. (1908a). Fantasie isteriche e loro relazione con la bisessualità. *Opere di Sigmund Freud*, 5: 389-395. Torino: Boringhieri, 1970.
23. Freud S. (1901). Frammento di un'analisi di isteria (Caso clinico di Dora). *Opere di Sigmund Freud*, 4: 301-402. Torino: Boringhieri, 1970.
24. Freud S. (1927). Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale. Poscritto. *Opere*, 10: 416-423. Torino: Boringhieri, 1978.
25. Freud S. (1926). Inibizione, sintomo e angoscia. *Opere di Sigmund Freud*, 10: 233-317. Torino: Boringhieri, 1978.

26. Freud S. (1915-17). Introduzione alla psicoanalisi. *Opere di Sigmund Freud*, 8: 191-611. Torino: Boringhieri, 1975.
27. Freud A. (1936). *L'io e i meccanismi di difesa*. Firenze: Martinelli, 1967. Anche in: *Scritti, Vol 1: 1922-1943*. Torino: Boringhieri, 1978.
28. Freud S. (1922). L'Io e l'Es. *Opere di Sigmund Freud*, 9: 471-520. Torino: Boringhieri, 1977.
29. Freud S. (1908b). Osservazioni generali sull'attacco isterico. *Opere di Sigmund Freud*, 5: 441-445. Torino: Boringhieri, 1970.
30. Freud S. (1916). Una difficoltà della psicoanalisi. *Opere di Sigmund Freud*, 8: 657-664. Torino: Boringhieri, 1976.
31. Freedman A.M., Kaplan H.I., Sadock B.J., editors (1967). *Comprehensive Textbook of Psychiatry/First Edition*. Baltimore: Williams & Wilkins.
32. Friedman L. (1977). *L'anatomia della psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993).
33. Gunderson J.G. (1983). DSM-III diagnoses of personality disorders. In Frosch J.P., editor, *Current Perspectives on Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1983, pp. 20-39.
34. Hartmann H. (1937) *Psicologia dell'io e problema dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966).
35. Hartmann H. (1950). Considerazioni sulla teoria psicoanalitica dell'io. *Saggi sulla Psicologia dell'io*. Torino: Boringhieri, 1976, cap. 7, pp. 129-157).
36. Hartocollis P., editor (1977). *Borderline Personality Disorders*. New York: Int. Univ. Press.
37. Horowitz M., editor (1977). *Hysterical Personality*. New York: Aronson.
38. Janet Pierre L'évolution psychologique de la personnalité Chahine Paris
39. Jaspers K. (1913). *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1964.
40. Kaes R. L'Hysterique et le group Evol. Psych. V, 1, 1985

41. Kernberg O.F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri, 1978.
42. Kernberg O.F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Boringhieri, 1988.
43. Kernberg O.F. (1985). Histerical and histrionic personality disorders. In Michels R. & Cavenar J.O. Jr., editors, *Psychiatry*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1985, vol. 1, chapter 19.
44. Kimble R., Williams J.G., Agras S. (1975). A comparisons of two methods of disgnosing hysteria. *Am. J. Psychiatry*, 132: 1197-1199.
45. Klein M. Scritti 1921-1958 Boringhieri Torino 1978
46. Kohut H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, 1976.
47. Kohut H. (1977). *La guarigione del Sé*. Torino: Boringhieri, 1980.
48. Kohut H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1986).
49. Krohn A. (1978). *Hysteria: The Elusive Neurosis*. New York: Int. Univ. Press.
50. Kuhn (1962) *La struttura delle rivoluzioni scientifiche* Torino Einaudi 1969
51. Lazare A., Klerman G.L., Armor D.J. (1966). Oral, obsessive, and hysterical personality patterns: an investigation of psychoanalytic concepts by means of factor analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 14: 624-630.
52. Lazare A. (1971). The hysterical character in psychoanalytic theory. *Arch. Gen. Psychiatry*, 25: 131-137.
53. Lerner H.E. (1974). The hysterical personality: a woman's disease. *Compr. Psychiatry*, 15: 157-164.
54. Liebowitz M.R. & Klein D.F. (1981). Interrelationship of hysteroid disphoria and borderline personality disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 4: 67-88.
55. Lilienfeld S.O., Van Valkenburg C., Larntz L., *et al.* (1986). The relationship of histrionic personality to antisocial personality and somatization disorders. *Am. J. Psychiatry*, 143: 718-722.

56. Luisada P.V., Peele R., Pittard E.A. (1974). The hysterical personality in men. *Am. J. Psychiatry*, 131: 518-521.
57. Marmor J. (1953). L'oralità nella personalità isterica. [Psicoterapia e Scienze Umane](#), 1995, XXIX, 1: 101-115).
58. Mersky H. (1979). *The Analysis of Hysteria*. London: Baillière-Tindall.
59. Mitchell S. (2001) Il modello relazionale. Raffaello Cortina, Milano 2002
60. Ogden T.H. On projective identification. *Int. J. Psychoanal.* 60 - 1979
61. Ondarza Linares (1990) Dinamiche di gruppo carattere e cambiamento nella prospettiva gruppoanalitica *Attualità in Psicologia* vol. 5 n° 4
62. Ondarza Linares (1986) Cronicità, trattamento prolungato... e gruppoanalisi
63. Perry J.C. & Vaillant G.E. (1989). Personality disorders. In Kaplan H.I. & Sadock B.J., editors, *Comprehensive Textbook of Psychiatry/Fifth Edition*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989, Vol. 2, chapter 27.1, pp. 1352-1387.
64. Pines M. Group Analytic Psychotherapy with the borderline patients. *Group Analysis* XI/2 1978
65. Pope H.G., Jonas J.M., Hudson J.I., Cohen B., Gunderson J. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40: 23-30.
66. Reich W. (1933). *Analisi del carattere*. Milano: SugarCo, 1975.
67. Roy A., editor (1982). *Hysteria*. New York: John Wiley & Sons.
68. Shapiro D. (1965). *Stili nevrotici*. Roma: Astrolabio, 1969.
69. Shapiro D. (1989). *La personalità nevrotica*. Torino. Bollati Boringhieri, 1991.
70. Siever L.J., Insel T.R., Uhde T.W. (1983). Biogenetic factors in personalities. In Frosch J.P., editor, *Current Perspectives on Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1983, pp. 42-65.
71. Stone M.H. (1980). *The Borderline Syndromes: Constitution, Personality and Adaptation*. New York: McGraw-Hill.

72. Tupin J.P. (1981). Hystrionic personality. In Lion J.R., editor, *Disorders: Diagnosis and Management*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1981, pp. 85-96.
73. Widiger T.A., Frances A., Spitzer R.L., Williams J.B.W. (1988). The DSM-III-R personality disorders: an overview. *Am. J. Psychiatry*, 145: 786-795.
74. Wittels W. (1931). Der hysterische Charakter. *Psychoanal. Bewegung*, 3: 138-165.
75. Zetzel E. (1968). The so-called good hysteric. *Int. J. Psychoanal.*, 49: 256-260 (anche in *The Capacity for Emotional Growth*. New York: Int. Univ. Press, 1970, pp. 229
76. Zubin J. & Spring B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103-126.