

La diagnosi del
DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITA'
forse dipende dal DSM IV ma la terapia dipende
dalla GESTALT

DUE CASI CLINICI

di

Giampaola Romagnoli

Psicologo, Psicoterapeuta

INDICE

INTRODUZIONE	3
IL DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITA' NEL DSM IV	6
Caratteristiche diagnostiche	6
Manifestazioni e prevalenza	8
Diagnosi differenziale.....	8
IL DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITA' E LA MODALITA' DIAGNOSTI- CA COMPLESSIFICANTE DELLA GESTALT	10
Diagnosi	10
<i>Livelli dell'esperienza</i>	11
<i>Ciclo di contatto\relazione\esplorazione</i>	14
<i>Resistenze e modalità di contatto</i>	14
Progetto.....	15
CASI CLINICI.....	16
La storia di A.: se provo a cambiare la mia relazione affettiva? Catastrofe	16
La storia di D.: pur di non perdere l'affetto mi ammalo.....	21
CONCLUSIONI.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	28

INTRODUZIONE

Avere l'occasione di esprimere il proprio punto di vista nell'ambito della Psicopatologia, è nello stesso tempo eccitante e problematico.

La problematicità deriva, per chi scrive, nel ridurre ed incastrare un caso clinico in una serie di criteri che lo definiscono quando il caso è definito da una persona che porta un vissuto, o un "romanzo", che viceversa poco o nulla si presta a questo tipo di lavoro.

Inoltre, l'insieme dei criteri che vengono utilizzati per la diagnosi, costituiscono un insieme di condizioni posti su più linee che in gergo si definiscono "assi" per il DSM IV e "modalità di contatto" per la Psicopatologia della Gestalt.

In entrambi gli approcci, la definizione di una diagnosi necessita la collocazione di un caso clinico in uno spazio multidimensionale che nel caso del DSM IV è a cinque dimensioni, nel caso della Psicopatologia della Gestalt è, come minimo, a sei dimensioni se vogliamo considerare come assi di osservazione solamente i livelli di esperienza, le modalità di resistenza al contatto, il ciclo di contatto, il ciclo di relazione, il ciclo di esplorazione, la personalità del terapeuta.

Personalmente, vivendo di solito in uno spazio tridimensionale, ho grosse difficoltà nell'immaginare mondi con quattro o più dimensioni e, a volte, mi chiedo se tutto questo non sia un artificio per rassicurare chi opera con la "follia", o l'irrazionale, rispetto a quale parte del cancello ci si debba collocare, con l'effetto di realizzare dei mondi che forse sono più folli e irrazionali di quelli che si è chiamati a comprendere e sostenere.

Un pò quello che succede in logica-matematica quando si prova a spiegare il funzionamento di sistemi complessi e autoreferenziali: (quando nel sistema ci sono funzioni che osservano se stesse): si realizzano paradossi da cui non si può uscire. La matematica ci ha insegnato che la frase "due più due è uguale a quattro" è vera e la frase uno più uno uguale tre è falsa, ma cosa dire della frase "io sono un mentitore"? E' vera o falsa? Oppure come mai se nella realtà faccio correre una lepre con una tartaruga vince la lepre mentre per i logici questo non accade in virtù del fatto che esiste un infinito che non si sa se ha una fine? Per gli esperti di logica-matematica quando la lepre giunge ad un secondo dalla tartaruga, si può spezzare in due questo tempo rimasto. Interessante è che questa operazione la si può ripetere infinite volte sulla risultante ottenendo $\frac{1}{2}$ secondo, $\frac{1}{4}$ di secondo, $\frac{1}{8}$ di secondo, etc.. Se l'osservatore è impegnato all'infinito in queste operazioni mai gli arriverà il momento in cui la lepre sorpassa la tartaruga!

Così a volte mi sento quando con i vari manuali cerco di costruire una diagnosi rispetto ad un caso clinico: arrivo a delle brillantissime congetture ma nel frattempo l'umanità della persona che mi trovo di fronte è passata via come la lepre che durante il ragionamento fatto sopra ha da tempo sorpassato la tartaruga.

Ulteriori elementi che complessificano la diagnosi sono: l'eventuale sovrapposizione tra criteri appartenenti a dimensioni differenti e la coincidenza dell'osservatore con il fenomeno osservato.

Se per il primo aspetto si può sperare nel futuro di avere una maggiore precisione descrittiva per il secondo si è di fronte ad un vicolo cieco. L'osservazione del fenomeno psicologico è realizzata dal terapeuta che è parte integrante del fenomeno stesso determinando, come già noto dai fisici, un cambiamento nel fenomeno stesso. In altre parole, la persona che si trova in un setting terapeutico cambia sensibilmente il proprio comportamento, questo vale sia per il paziente che per il terapeuta.

Questo è l'aspetto che invece di scoraggiare dovrebbe eccitare chi si avvicina alla Psicoterapia, almeno ha questo effetto su di me. Durante i vari colloqui si possono osservare, in un arco di tempo proporzionalmente ridotto, dei cambiamenti che in contesti esterni alla Psicoterapia richiedono anni. Proprio l'osservazione di tali cambiamenti attivati dal Terapeuta permette di riconsiderare la diagnosi e la pervasività del professionista in un'ottica costruttiva.

I rapidi e numerosi cambiamenti che si verificano nella relazione terapeutica la rendono dinamica, proprio in questa dinamica emerge il movimento tra aspetti diagnostici e aspetti umani, un movimento di tipo osmotico, in alcuni momenti i primi sono lo sfondo alla umanità in figura in altri la diagnosi è la figura che si stacca dallo sfondo espresso dall'umanità del paziente-cliente, in altri ancora è a volte difficile distinguerli.

Una delle dinamiche relazionali più sorprendenti, almeno per chi scrive, è quella che un incontro tra due sconosciuti diventa in breve (rispetto alle ore necessarie affinché ciò avvenga) l'incontro tra due affettività forti. In questo si manifestano i stili di attaccamento reciproci che sono le pentole di quanto verrà cucinato nella relazione terapeutica. Il fatto è che proprio la relazione terapeutica consente l'espressione degli stili di attaccamento, e la sua dinamica permette di *sentire* l'umanità dell'altro e, nello stesso momento, di *classificare* come ciò avviene.

Rispetto a quanto detto sopra il terapeuta, con il proprio stile personale di attaccamento, è strutturale rispetto a questo percorso umano e diagnostico, pertanto la conoscenza

di sè e l'apertura verso l'esterno e il diverso da sè sono gli elementi che lo devono guidare durante tutto il percorso professionale.

Sebbene quest'ultima cosa sembri relativizzare le conclusioni a cui generalmente si giunge in quanto Psicoterapeuti, al contrario, il relativismo non è un limite alla conoscenza e all'incontro, bensì il terreno fertile per l'espressione delle relazioni terapeutiche dinamiche e non incastrate su pregiudizi statici nel tempo. Ne consegue che supervisione, aggiornamento professionale, incontri fra colleghi e partecipazione al sociale, siano necessità alle quali un Psicoterapeuta non può sottrarsi.

La scelta del disturbo dipendente di personalità da parte di chi scrive è motivata principalmente da due cose che sono in interazione fra di loro: una è che la maggior parte dei pazienti che si sono incontrati fino ad oggi, hanno come elemento diagnostico principale questo e naturalmente i tratti che lo definiscono sono elementi che sono in risonanza con la personalità di me che scrivo.

Inoltre dal punto di vista dell'epistemologia della Psicoterapia questo disturbo ad un livello meta è la rappresentazione di un percorso possibile verso l'appropriazione di strumenti di psicopatologia. Come la personalità dipendente si trova bloccata in modello relazionale fisso e rigido ma che ben conosce, così la teoria può rappresentare un sistema di conoscenze che bloccano l'incontro nel qui ed ora con il paziente. Ma è proprio da queste basi che il paziente può sperimentare modalità differenti di contatto, lasciando ciò che conosce per incontrare il nuovo e la porta al cambiamento. Come anche il terapeuta, se è padrone della teoria, può lasciarsi andare nei percorsi che fenomenologicamente lo conducono ad un contatto reale con il paziente e sperimentarsi con lui in una relazione attivatrice di cambiamento.

Gli elementi sperimentati e raccolti durante gli incontri vanno ad arricchire le conoscenze sulla psicopatologia del paziente che costituiranno così la base per nuove sperimentazioni e nuove modalità di contatto, in un processo circolare ed osmotico che rende la diagnosi un evento dinamico, opposto alla rigidità che è il tema patologico di base di questo disturbo.

Ecco perché questo disturbo offre buone possibilità di essere risolto in maniera positiva per il paziente, in quanto i processi che portano alla diagnosi e i strumenti relazionali che entrano in gioco sono isomorfi e costituiscono la risposta orientante la flessibilità che è la polarità opposta del dipendente.

IL DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITA' NEL DSM IV

Il DSM IV definisce disturbo di personalità un comportamento o una esperienza inferiore che:

non è adattativo rispetto alle aspettative sia dell'individuo che della sua cultura in almeno due delle seguenti aree: cognitiva, affettiva, relazioni interpersonali, controllo degli impulsi (criterio A);

è rigido e si manifesta in numerosi contesti personali e sociali (criterio B);

comporta disagio e compromissione degli ambiti sociali e lavorativi (criterio C);

non hanno carattere transitorio e si sono manifestati in età adulta (criterio D);

non sono conseguenza di altro disturbo mentale di asse I (criterio E);

non sono dovuti ad una condizione medica o agli effetti di farmaco o droga (criterio F).

Già da questo si evidenzia come il concetto di Patologia sia centrato sul fatto che un dato comportamento non è in sé patologico, anche perché espressione dell'adattamento dell'individuo al suo ambiente, ma proprio quando viene a mancare questa condizione di scopo adattativo e si innesta l'inflessibilità nel proporlo e riproporlo, subentra l'attenzione clinica. In questo l'approccio clinico del DSM IV e quello della Gestalt convergono.

Successivamente, per definire e differenziare un disturbo di personalità dall'altro, il DSM IV fornisce una lista di definizioni specifiche per ogni disturbo, i cosiddetti criteri diagnostici, se la persona in esame corrisponde per più di quattro o cinque definizioni di un dato disturbo, può essere formulata una diagnosi provvisoria.

CARATTERISTICHE DIAGNOSTICHE

Nel disturbo di personalità dipendente, si ha un riscontro positivo in almeno cinque delle aree di seguito descritte:

1) *incapacità nel prendere decisioni autonome nel quotidiano senza essere continuamente rassicurato o consigliato in modo eccessivo.* Le decisioni autonome del quotidiano di cui stiamo parlando sono quelle del tipo "cosa mi metto stamattina per andare al lavoro", oppure "cosa mi preparo per pranzo" o ancora peggio "cosa ci preparo per pranzo". Il fatto dell'eccessive rassicurazioni riguarda la necessità di avere un referente, spesso di fiducia, a cui chiedere costantemente consiglio. A volte capita che sia chiamato anche il terapeuta a svolgere questo ruolo.

2) *necessità che siano gli altri ad assumersi le responsabilità, anche importanti, che lo riguardano.* Questo secondo criterio amplifica l'aspetto relazionale già evidenziato nel pri-

mo, c'è generalmente l'espressione di una dinamica affettiva dove la persona delega all'oggetto del suo affetto (il genitore, il coniuge, il familiare e ad un certo punto il terapeuta) tutte le decisioni che lo riguardano da quelle del quotidiano a quelle fondamentali della propria esistenza. Che studi fare, che amici frequentare, con chi sposarsi, che lavoro scegliere etc. sono tutte scelte che vengono delegate via via al genitore, agli amici, al coniuge o al partner e anche, nel contesto terapeutico al Terapeuta, tutte persone con cui spessissimo c'è un forte legame affettivo.

3) *Non esprime il disaccordo verso gli altri per timore del rifiuto.* Qui in questo criterio troviamo l'espressione di un altro aspetto delle dinamiche relazionali di questi pazienti, che non solo delegano le scelte a chi amano, ma non gli manifestano neanche la loro diversità per paura di essere poi rifiutati. Non si sta parlando di un rifiuto espresso con la pistola o con la violenza, ma semplicemente quello che può emergere nella espressione della personale differenza, che già a questo livello è insostenibile.

4) *difficoltà ad iniziare progetti o fare qualcosa autonomamente.* L'introietto di questo criterio è "io da solo\ a non ce la farò mai". Tutti gli adattamenti scaturiscono di conseguenza: aspettare l'altrui iniziativa, presentarsi incapaci e temere di apparire efficaci; questo infatti allontanerebbe dall'altro da cui dipendono, perciò non si impara dalle esperienze quando questo potrebbe condurre all'indipendenza e nulla si fa di ciò che potrebbe condurre all'autonomia.

5) *essere disposti a tutto pur di farsi volere bene.* Si è disposti a sostenere compiti spiacevoli, fino a tollerare abusi di qualsiasi natura dalle persone importanti affettivamente, ponendosi sistematicamente in relazioni sbilanciate e distorte.

6) *si sente a disagio quando è solo e fa degli sforzi considerevoli per evitare di esserlo.* Il pensiero è che si è incapaci di prendersi cura di se stessi di conseguenza dovranno seguire passo passo l'altro da cui dipendono.

7) *quando termina una relazione stretta cerca urgentemente un'altra come fonte di accudimento.* La dipendenza necessita costantemente di una figura affettiva che protragga questo stato, come ci si separa, per morte dei genitori o per termine di una relazione affettiva, bisogna immediatamente operare una sostituzione.

8) *si preoccupa in modo eccessivo di essere lasciato da solo a provvedere a se stesso.* Con la convinzione di essere incapaci di funzionare in assenza di una relazione affettiva stretta, nulla può essere affrontato da soli, e in qualche maniera bisogna alimentare una dipendenza che è fittizia, non realistica.

Come già evidenziato per i primi due criteri, le persone che presentano questo disturbo, generalmente lo trasferiscono per ciascuno dei criteri nella relazione terapeutica.

MANIFESTAZIONI E PREVALENZA

Detto in poche parole questo disturbo di personalità è la manifestazione di una assenza di Autostima, nel senso di “ *capacità nello stare nella relazione e a uscirne, per poi rientrare.*”. Nella modalità dipendente non c’è possibilità di uscire dalla relazione, perché l’identità personale è un tutt’uno con l’identità della persona a cui si fa riferimento. La propria identità è fragile, ci si sente incapaci, stupidi, qualsiasi manifestazione di differenza viene vissuta come un attacco personale o come un rifiuto. L’altro, almeno se non perfettamente collaudato nel ruolo di guida da cui dipendere, è visto come un pericolo. L’incapacità ad uscire dalle relazioni fa sì che si mantengano quelle che si hanno anche quando queste sono deteriorate o dolorose, incapacità che si poggia sulla paura, la paura di non farcela da soli. Però, la convinzione di non farcela da soli può essere anche il portato di una malattia fisica cronica.

Associati vi possono essere anche disturbi d’ansia, d’umore e dell’adattamento per quanto riguarda quelli in asse I, per gli altri dell’asse II possono associarsi disturbi di personalità Borderline, Evitante e Istrionico.

Come già detto sopra, proprio per la sua natura di dipendenza questo è uno dei disturbi che maggiormente richiedono l’intervento diretto da parte del paziente, anche perchè sono pazienti particolarmente sensibili a fattori di stress psicosociali, dove, morti, separazioni, traslochi, cambio di lavoro, cambio di abitudini o scelte importanti da fare. Questi eventi sono scatenanti il disagio che porta queste persone a consultare uno specialista.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Rispetto a questo va però detto che raramente una persona possiede dei tratti di personalità così precisi da costituire il cosiddetto “caso clinico”. Spesso, la persona che richiede (da sola o per interposta persona come familiari, amici o strutture sanitarie o sociali) l’intervento, nel nostro caso, dello Psicoterapeuta, propone una serie di problematiche che spesso riguardano tratti che si trovano in asse I (come l’ansia o la depressione), sull’asse IV (stress da lavoro o in casa) oppure che riguardano disturbi di personalità differenti.

Specialmente il secondo caso che andrò a trattare si presentava in questo modo, difatti il motivo della visita era la sofferenza per attacchi di panico, ma il fatto che questi non si erano mai presentati in maniera inaspettata e sempre collegati a separazioni, seppur tem-

poranee, con le persone affettivamente importanti, oltre al fatto che avevano carattere transitorio, evidenziando un sottostante disturbo di personalità dipendente più precoce e stabile nel tempo.

Tra i disturbi di personalità che hanno dei tratti in comune con quello dipendente ci sono il **Borderline** per il fatto che esiste il tema dell'abbandono, ma il borderline reagisce a questo con rabbia vuoto emotivo e pretese, mentre il dipendente con sottomissione e ricerca di una persona in sostituzione al fine di ricevere accudimento e protezione in una relazione stabile. D'altra parte le relazioni del Borderline sono instabili ed intense.

Con il disturbo di personalità **Istrionico** il dipendente ha in comune il bisogno di approvazione e rassicurazione, ma nel caso del dipendente il modo per ottenerlo è passivo, nel caso dell'istrionico è attivo con la possibilità di essere più seduttivo.

Con il disturbo di personalità **Evitante** il dipendente ha in comune il senso di inadeguatezza e la paura delle critiche e della differenza, ma il modo per tutelarsi da questo, comporta nell'evitante il fuggire da tutte le relazioni, mentre il dipendente impiega molte risorse per mantenere quelle da cui dipende.

DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITA' E LA MODALITA' DIAGNOSTICA COMPLESSIFICANTE DELLA GESTALT

Già nella formulazione della diagnosi psicopatologica tramite il DSM IV si sono evidenziate quelle aree della persona che ci possono condurre ad un progetto terapeutico.

La modalità diagnostica complessificante della Gestalt offre in più della modalità del DSM IV, la possibilità che, nell'acquisizione degli elementi che conducono alla diagnosi, si opera una terapia, in quanto per la verifica della stessa si attua un tipo di lavoro di relazione che già di per se è terapeutico.

Sintetizzando: una definizione sintetica sul prototipo della persona che ha un disturbo dipendente di personalità è quella di chi ha sviluppato uno stile di attaccamento dove non c'è spazio per l'esplorazione, tale è la paura di perdere l'altro durante l'esplorazione stessa.

Nella diagnosi Gestaltica, non ci si limita ad attribuire categorie nosografiche alla persona che ci richiede aiuto, ma entrando in relazione si osserva fenomenologicamente così come ci appare, astenendosi dalla interpretazione di ciò che dice o fa. Nel caso del disturbo dipendente questo tipo di incontro con il paziente facilita il lavoro, se da una parte ci si colloca anche fisicamente sullo stesso piano del paziente e lo si accoglie così come è, dall'altra la restituzione non interpretativa di quanto si osserva svincola il paziente stesso dalle introiezioni rigide che gli impediscono di cambiare.

Il lavoro diagnostico-terapeutico opera su più fronti, dargli una sequenza cronologica o solamente descrittiva è un po' un artificio necessario ai fini espositivi ed operativi, ma va considerato che spesso nella relazione si affrontano contemporaneamente più aspetti che di seguito verranno trattati.

DIAGNOSI

E' il corpus metodologico che nella Gestalt viene utilizzato per determinare cosa fa il paziente, non semplicemente cosa fa che non va. Se nel DSM IV si verifica la corrispondenza tra il comportamento del paziente e un set di criteri che definiscono uno o più disturbi di personalità, in ambito Gestaltico si osserva ciò che esso fa nella relazione. La prospettiva cambia di molto, il paziente cessa di essere oggetto di un'indagine ma diventa, con il terapeuta, parte integrante di questo percorso. Non si va perciò verso una interpretazione di un comportamento o dei sintomi, ma si descrive cosa succede, specialmente con l'esperienza, più che con le parole. Infine, il percorso diagnostico è già un percorso tera-

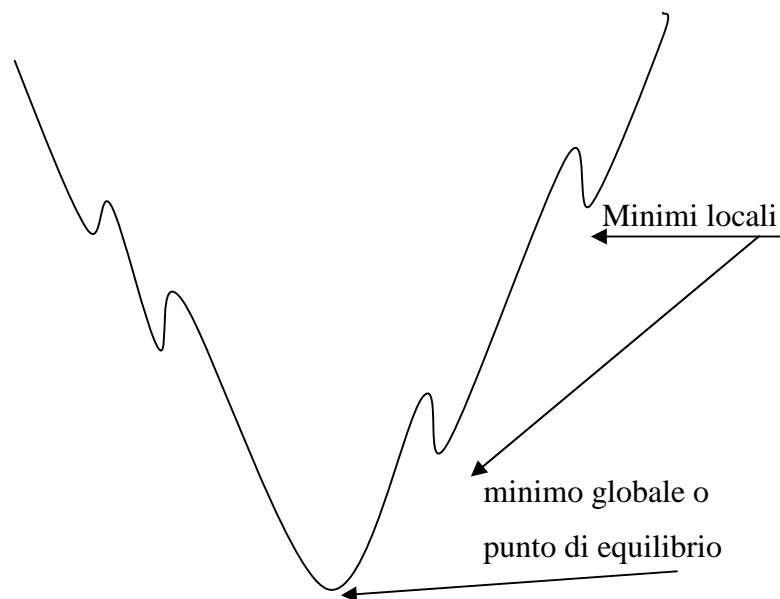
peutico in quanto esperenziale ed attivo per il paziente, in cui questi prende contatto consapevolmente, più che con delle etichette, con ciò che abitualmente fa ma di cui non è più consapevole.

Livelli dell'esperienza: l'esperienza dell'individuo è multiforme e sincronica, c'è l'espressione contemporanea del corpo, di parole, gesti, emozioni, immagini ed altro ancora. Focalizzare l'attenzione su specifiche modalità di espressione individuale, consente di fermare e simbolizzare un concetto o un'idea su quello che nel flusso continuo dell'esperienza può risultare indifferenziato. In altro modo si può dire che l'espressione del disagio e i canali attraverso i quali può essere contattato, sono specifici per persona e per il tipo di disturbo. Osservare e lavorare con pazienti che soffrono di disturbo dipendente di personalità, significa osservare che certi livelli dell'esperienza sono utilizzati prevalentemente rispetto ad altri, e solo dopo un lungo periodo si possono mettere in gioco anche gli altri, in un percorso comunque non lineare e progressivo.

Livello cognitivo verbale: in termini psicologici è il livello più usato nella cultura occidentale nelle relazioni: linguaggio, idee, pensieri, cultura, storia personale. Nel caso del disturbo dipendente è quello che viene più utilizzato dai pazienti, giocoforza anche dal terapeuta, specialmente nel periodo di induzione. Questo livello fa molto riferimento all'identità individuale, in questo disturbo, essendo l'identità fortemente connessa e dipendente rispetto ad un altro o una autorità, le persone tendono ad esprimersi più con opinioni che derivano da un altro da sé che con punti di vista personali. Raramente esprimono contenuti che in qualche maniera suppongono non incontrare l'accordo del terapeuta, i lapsus, più che come opportunità per scoprire cose nuove su di sé o su quello che succede nell'ecceità, sono momenti vissuti con ansia perché fonte di potenziale disaccordo con l'altro. Nei primi tempi è molto difficile spostarli da questo livello dell'esperienza, occorre pazienza nel saper aspettare il momento in cui, nel contesto protettivo che si suppone si voglia offrire, si sentano sufficientemente sicuri per sperimentare altro.

Livello immaginativo: sogni, immagini, simboli e quanto altro sfugge alla logica razionale. Laddove non arriva la ragione, la fantasia apre un campo di lavoro efficace per trovare soluzioni possibili ed accettabili per il paziente. Un po' per la mia formazione di Psicologo sperimentale, l'esistenza di questa modalità esperenziale, mi fa venire in mente quello che succede in natura nei sistemi biologici. Tali sistemi per raggiungere il proprio equilibrio adattativo tendono verso un minimo di energia.

Tale percorso può essere rappresentato attraverso la discesa in una curva rovesciata come quella rappresentata in figura.



Matematicamente questo percorso viene rappresentato da funzioni lineari, che per noi potrebbero essere i processi logici. Quasi sempre il percorso è accidentato e presenta delle insenature denominate “minimi locali”, che non sono valicabili dalle funzioni lineari, perché possono percorrere solo un pezzettino per volta. Nei sistemi intervengono processi destabilizzanti che consentono di fare dei salti e togliersi da queste emparse. Matematicamente tali processi si definiscono “momenti”. Come in questo caso esemplificativo, la capacità di saltare non deve essere troppo esagerata, così la capacità del terapeuta è quella di dare la giusta dimensione a questi elementi immaginativi, che nel caso del disturbo dipendente vengono impiegati con riluttanza o resistenza.

Livello emotivo: la domanda che si pone nel contesto terapeutico per cercare di contattare questo livello è “come ti senti”. A questa domanda la maggior parte dei pazienti rimane spiazzata, nella nostra cultura del “devi” essere contro la possibilità dell’essere ciò che si sente, ci racconta che non c’è educazione al contatto con questa parte di sé. Il paziente dipendente poi, portandosi un vuoto interiore, soffre nel contattare questa parte rifugiandosi nella protezione e rassicurazione che solo l’altro gli può dare. Specialmente in questi casi, si è chiamati in qualità di terapeuti, ad un ruolo educativo atto a dare parole che aiutino a codificare le differenti emozioni che si possono estrapolare da questo senso di impotenza e di vuoto. Come dice Osho, in “soldi sesso e potere”, il contatto con se stessi è doloroso perché si sente il nulla, ma è proprio il nulla che apre le porte all’infinito e alla totalità. Nella meditazione si impara a sostenere questa sensazione di vuoto per scoprire che è la

porta verso l'assoluto. Per chi scrive, la traduzione in ambito terapeutico è: bisogna sostenere le persone quando entrano in contatto con le proprie emozioni, perché inizialmente ciò comporta disagio (nel dipendente: sono solo e da solo non ce la faccio), ma è da questo disagio che si possono discriminare altre emozioni che ci riconducono a noi stessi e all'altro. Infine, forse non è superfluo ricordare che i contenuti emotivi provengono da quella parte del sistema nervoso più antico dal punto di vista filogenetico, sulla quale si è sviluppata quella parte più razionale e cognitiva che siamo più educati ad usare. Il nostro sistema nervoso funzionando olisticamente risente delle reciproche influenze tra queste due strutture, il lavoro sull'emotività restituisce un senso alla parte logica che nel suo funzionamento ne subisce come gli influssi. La consapevolezza sul livello emotivo sposta la persona dalla dimensione del subire l'emozione a farla diventare una parte attiva e adattativa.

Livello sensorio: o l'espressione dei cinque sensi. Quando nei studi sulla comunicazione dicono che circa il 70 % della comunicazione è non verbale, si attiva l'attenzione rispetto questa modalità di relazione. Nel disturbo dipendente non c'è focalizzazione sull'importanza che hanno i sensi nel raccogliere questo tipo di informazione e di come viene usata, tesi come si è a far sì che l'altro non abbandono o non cessi di assicurare. Quindi possono non essere consapevoli che la loro voce è, con le persone da cui dipendono, sommersa e sottomessa, rimane il fatto che in terapia nel momento in cui si è diventati una figura di attaccamento da cui dipendono la usano in quel modo.

Livello corporeo: nella nostra società il corpo è la parte più negata di tutte, sia per le donne e ora anche per gli uomini; il corpo dell'uomo occidentale deve rispondere a degli standard cui sottrarsi significa avere qualcosa che non va. Anche lo spazio per la disfunzionalità si è ridotto. La Gestalt, nel rispetto della soggettività, è uno degli ultimi baluardi contro questo tipo di cultura, da cui il dipendente, dipende più di altri. Il recupero dei segnali del corpo, la possibilità di far agire parti o di farle parlare, il considerare anche la malattia come un'opportunità, al pari dell'imprevisto, apre al paziente spazi ulteriori di autorealizzazione.

Livello eroico: i cognitivisti forse la chiamerebbero area di miglioramento, gli investitori di borsa propensione al rischio, comunque sia, questo è il livello in cui il sé si spinge nell'esplorazione. Nel disturbo dipendente essendo il sé senza confini chiari e confuso con quello dell'altro da cui dipendono, questo è l'ultimo livello in cui sono disposti a lavorare. Per poter aggirare l'introietto che da soli non ce la faranno mai, il terapeuta può educare all'esplorazione accompagnandoli in dei giri di prova, facendo questo è già uno sperimentarsi che consolida la fiducia in se stessi, per poi riprovarsi nella sperimentazione da soli.

Ciclo di contatto\relazione\esplorazione: tra gli ulteriori strumenti diagnostici della Gestalt l'analisi, con l'uso di queste tecniche attive, consente di individuare i percorsi possibili per il sostegno e l'attivazione della capacità di cambiamento. Mentre il ciclo di contatto mira principalmente a lavorare sugli aspetti autorealizzativi, quello di relazione sugli aspetti della relazione, il ciclo di esplorazione mira agli aspetti sociali e psicosociali.

Questi cicli sono caratterizzati da fasi, e la modalità con cui il paziente ci si muove all'interno o si blocca, costituiscono sia una griglia diagnostica che un processo terapeutico.

Per quanto riguarda il ciclo di contatto le fasi sono: ritiro, sensazione, consapevolezza, mobilitazione dell'energia, azione, contatto e ritiro. Le modalità che si osservano con i pazienti dipendenti evidenziano che il ritiro è una fase in cui non riescono a stare, la sensazione è bloccata in tutte quelle esperienze che richiedono frustrazione o non riconoscimento gratificante; la consapevolezza di base è che si sente un incapace ad affrontare da solo la realtà, mobilità pochissima energia che deve comunque provenire dall'esterno, le azioni hanno una loro dinamicità se trainate da un altro, il contatto è quasi sempre confluyente e non tollerando il ritiro, questo non può mai essere pieno.

Nel ciclo di relazione, dove le fasi descritte sopra sono legate soprattutto alla relazione con l'altro, l'impossibilità al ritiro non consente mai un contatto profondo con l'altro, e questo è possibile solo nell'ottica confluyente e mai nell'espressione della differenza, che allora si può esprimere in maniera passiva-aggressiva (ritardi, battute ironiche).

Nel ciclo di esplorazione, dove il fine è la condivisione delle mete raggiunte con l'altro, gli aspetti di incapacità alla separazione e di necessaria confluyenza rendono problematico il senso di condividere. Nel delegare all'altro la responsabilità di quello che succede non ci sarà perciò mai l'appropriazione dei meriti e dei demeriti, che saranno così sempre scaricati all'esterno. Il mondo al di fuori di sé e delle poche relazioni affettive dipendenti è pericoloso e potenzialmente nocivo, poca sarà la propensione attiva ad esplorarlo.

Queste osservazioni possono derivare dal microciclo esistenziale della persona (prendere la patente) o dal macrociclo esistenziale (separazione dalla famiglia di origine).

Resistenze e modalità di contatto: confluyenza, introiezione, proiezione, retroflessione e deflessione, sono i modi con cui si possono stabilire contatti relazionali con gli altri. Agire uno o l'altro di per sé, non comporta la diagnosi di patologia, semmai il disagio scaturisce da una modalità rigida e inflessibile di una o più di queste modalità.

Nel caso del disturbo dipendente, la modalità più utilizzata è quella confluyente, pur di mantenere la relazione di dipendenza infatti fanno e farebbero qualsiasi cosa, anzi Ge-

stalticamente si potrebbe ridefinire il disturbo dipendente con il disturbo confluyente. Questa confluenza si nutre di continue introiezioni, gli eventuali contenuti sgradevoli che si possono provare nei confronti dell'altro, sono su questi proiettati, retroflettendo così la rabbia che da questo s'innescava. Per non perdere la relazione il dipendente, si è costretti quindi a continue ristrutturazioni cognitive che deflettono sistematicamente il proprio malessere.

PROGETTO

Come visto sopra, la diagnosi Gestaltica non raccoglie informazioni solamente dal punto di vista di ciò che non va, ma anche da quello che il paziente sa fare. Sembra quasi che l'aspetto disfunzionale del paziente sia una delle sue particolari abilità. Nel progettare un intervento altre informazioni si inseriscono poi nel tempo, tanto che la diagnosi stessa si aggiorna periodicamente (ritorna la tartaruga). La diagnosi del terapeuta è un'ulteriore informazione che consente di verificare se si è in grado, con la propria patologia, di lavorare con quella del paziente.

Se la diagnosi va inserita nel ciclo di vita del paziente, va collegata al suo tema esistenziale, con il passare del tempo questi riferimenti devono essere riaggiornati. Nel centro di salute mentale dove ho fatto il tirocinio, i pazienti che frequentano il centro diurno, tutti con diagnosi psichiatriche in asse I, sono lì da una media di 20 anni e vengono chiamati ragazzi. Il fatto che quando entrarono lo fossero non significa che lo siano ancora e la loro patologia oggi ha un senso diverso.

Fare un progetto con i pazienti dipendenti richiede particolare attenzione. La domanda terapeutica implicita è quella di non risolvere la dipendenza ma che il terapeuta si sostituisca come elemento di dipendenza, rendendoci responsabili a nostra volta del problema che portano in terapia. Entrare in questo gioco per avvicinare il paziente, uscirne per fargli sperimentare la possibilità di una vita autonoma, è un'arte sottile, spesso si cade nell'eccessiva generosità (mi è capitato) o nella polarità opposta della frustrazione (anche questo). Una tappa intermedia di questo percorso è quello almeno di rendere consapevoli questi pazienti della loro patologia, senza dare etichette, semplicemente descrivendo ciò che fanno, lasciando a loro la scelta se cambiare o lasciare tutto così come è.

CASI CLINICI

Nella trattazione dei due casi clinici, verrà evidenziato come si sia operato al fine di fare una diagnosi, sia attraverso i criteri diagnostici del DSM IV sia attraverso i criteri diagnostici della Gestalt . Come la diagnosi abbia comportato un progetto terapeutico e come questo sia stato conseguito nei successi e negli, aimè, insuccessi.

LA STORIA DI A.: SE PROVO A CAMBIARE LA MIA RELAZIONE AFFETTIVA? CATASTROFE

A. è un ragazzo di 25 anni, residente nei pressi del mio studio privato di Pitigliano in provincia di Grosseto. Mi è stato inviato dal parroco del paese dopo che A. gli aveva richiesto un intervento diretto per risolvere il suo problema.

Il problema riguarda il fatto che ha deciso di sposarsi con una donna che non incontra il gradimento della madre, e quest' ultima ha messo in atto una serie di comportamenti che per A. sono insostenibili, dall'insulto diretto verso la sua compagna al parlarne male con le pettegole del paese, dal rifiuto attivo verso di lui con scenate che vanno dagli urli al mutismo protratto per giorni.

Nonostante A. abbia un lavoro che da anni lo rende indipendente economicamente, e questa situazione vada avanti da più di un anno, vive ancora in casa dei genitori, sperimentando un quotidiano denso di paradossi relazionali come quello che la madre è fonte di rabbia e di dolore ma nel contempo lo accudisce dal mangiare al vestire. Con il padre c'è più o meno la stessa dinamica: da una parte è l'amico con cui confidarsi e dall'altra è il traditore che nel momento del bisogno l'ha abbandonato per sposare la posizione della madre.

A., in un primo momento ha chiesto al parroco di intercedere presso la madre anche in considerazione che è una donna molto religiosa, ma questi ha rifiutato proponendogli un percorso alternativo che passa attraverso un lavoro individuale, facendogli il mio nome.

Da marzo di quest' anno abbiamo fatto una decina di incontri e continua a venire regolarmente compatibilmente con gli impegni lavorativi, che nel periodo estivo gli divengono più pressanti, essendo A. capitano di una barca da turismo privata.

Riguardo ad una diagnosi psicopatologica, già da queste prime informazioni ci si è orientati verso dei tratti di personalità di tipo dipendente, dando un'impressione in cui l'analisi della domanda e il disturbo presentato fossero più o meno coincidenti.

La verifica nei criteri diagnostici ha evidenziato che:

Rispetto al primo criterio, non c'è di fatto una richiesta costante di essere accudito, e questa incapacità non emerge nel lavoro, dove il ruolo che svolge comporta la cura e la responsabilità dei passeggeri su tutti gli aspetti del quotidiano. Rimane il fatto che in casa c'è comunque la madre che pensa a tutte le sue esigenze pratiche, e anche il rapporto di lavoro lo pone in una situazione dove per quanto riguarda i tempi, è comunque subordinato ai proprietari della nave, essendo costretto a volte a saltare delle sedute di terapia. Anche nel contesto terapeutico l'approccio di base è stato quello di chiedere dei consigli su come risolvere il problema nel quotidiano.

Per il secondo criterio, il riscontro deriva dalla richiesta diretta al parroco per intercedere presso la madre e soprattutto per il fatto che senza l'approvazione di questa non può dare impulso alla relazione con la compagna. La scelta della donna con cui si vuole sposare è subordinata all'approvazione dei genitori. Un elemento che poi si collega a questo, è che anche nella relazioni con la compagna si ripete questa dinamica, dove riferisce che a volte si sente pressato da questa al fine di prendere una decisione. Fortunatamente da questo punto di vista si è posto in una situazione in cui, paradossalmente, la madre lo protegge da una scelta che sembra non appartenergli fino in fondo. Anche nella relazione terapeutica si sente spinto a chiedere a me cosa "deve" fare.

Riguardo il terzo criterio della diagnosi con il DSM IV, la cosa che mi ha colpito è che in lui provare a cambiare qualcosa non solo avrebbe comportato la perdita dell'affetto della madre, ma addirittura si sarebbero scatenate una serie di controreazioni degne di una guerra mondiale: gli avrebbe messo contro il paese con le sue calunnie, non avrebbe potuto circolare tranquillamente per lo stesso, per timore di piazzate dirette o per dover sostenere il peso delle dicerie della gente, la donna che avrebbe sposato l'avrebbe lasciato, insomma una vera catastrofe. In terapia non ha mai mostrato disappunto per cose fatte o dette da me, e quando, anche se è presto, ho provato a chiedergli se ha mai avuto fantasie riguardo la possibilità che si possa entrare in disaccordo, ha risposto negativamente.

Il non prendere iniziativa con la sua compagna rispetto alla condivisione di uno spazio comune è l'elemento del quarto criterio che esprime A., naturalmente giustificato dalla catastrofe che si prospetta nel caso in cui ci provasse, naturalmente tutto questo non fa altro che alimentare la dipendenza.

A. sente il paradosso di vivere nel contesto familiare, oltre che rispetto al proprio ciclo di vita soprattutto in quanto gli comporta un notevole disagio, ma pur di non perdere le relazioni affettive significative ogni giorno ritorna a casa per pranzo, per la cena, dorme a casa, e se ha un impegno serale ha difficoltà nel comunicarlo per tempo al fine di poter

scegliere ciò che veramente lo interessa. In questo rispecchia il quinto criterio nel corrispondere in attività spiacevoli per lui pur di non scontentare l'altro o come dice lui per non innescare una reazione catastrofica. A volte in terapia gli ho proposto esperimenti in cui, se vuole, può impersonare i diversi personaggi della sua vita. Nonostante sia stato da me più volte ribadito, che le cose che propongo sono da lui scelte, nel senso che si può rifiutare in qualsiasi momento, solo dopo molto manifesta il suo disagio, e con gran fatica.

A. manifesta la sua inadeguatezza ad affrontare da solo le sue scelte, lasciando che non sia mai veramente da solo di fronte a queste, immaginando un mondo terrifico nel momento in cui l'affronta da solo. Di conseguenza è costretto a rimanere insieme alla madre oppure sposarsi e andare a vivere con la moglie senza nessuna tappa intermedia in cui si trovi da solo (criterio 6 e 7). Anche nella relazione d'aiuto si è posto in una situazione in cui il mancato sostegno da parte della sua guida spirituale ha comportato sia la ricerca di altro (la psicoterapia) e contemporaneamente l'abbandono del percorso spirituale.

Il fatto che A. svolga un lavoro indipendente dove anzi è lui che si prende cura di un equipaggio e di passeggeri, non deve distrarre dal fatto che anche il lavoro in questione, lo rende dipendente da orari che a volte pregiudicano le sue relazioni affettive e le distorcono ("ma come fanno i marinai" diceva una canzone); inoltre la sua operatività è fortemente incastrata da relazioni affettive forti che gli impongono le scelte alle quali non può mai dire di no temendo ritorsioni veramente eccessive (criterio 8).

Disturbi associati fino ad ora non sono emersi, come altri tratti di personalità disturbati.

Nell'ambito dell'analisi delle potenzialità A. si presenta come un ragazzo che si sa esprimere in maniera corretta e precisa. Arriva con le idee molto chiare su quello che è il motivo del nostro incontro. Ma già dall'analisi di cosa racconta, c'è un'incongruenza logica: lui così chiaro ed efficace nel definirsi una persona che sa il fatto suo, nel lavoro assume compiti di responsabilità, con gli amici non tollera relazioni confuse, nella gestione della sua vita affettiva vive in una situazione in cui non è più responsabile delle proprie scelte. Infatti, se non ha il consenso dei genitori non può sposarsi. Il mio feedback (la restituzione verbale) di questi paradossi, è l'elemento che più di altro blocca il suo flusso ininterrotto di concetti e di esempi su quanto la madre è sadica nei confronti suoi e della compagna e di quanto il padre sia un vigliacco (il padre!) nel appoggiare la madre contro di lui per il quieto vivere. Per A. in figura c'è cosa fanno gli altri, la sua compartecipazione in queste dinamiche è sullo sfondo, riportargli in figura la parte che attivamente lui mette in gioco lo sposta dalla prospettiva abituale che lo costringe alla passività e alla dipendenza. Un tema

che è collegato alla iniziativa personale è il senso della colpa per ciò che fa di sbagliato, la riformulazione di questo concetto nei termini di potere di fare in contrapposizione della colpa dello sbaglio, invece offre un'alternativa.

Nella fase induttiva non è stato possibile utilizzare le fantasie per superare i blocchi che inevitabilmente la struttura cognitiva ben consolidata di A. mostrava. Sogni, fantasie guidate, immaginare situazioni, erano tutte cose che in qualche maniera risultavano incomprensibili o inesistenti (io non sogno, ma cosa mi devo immaginare, non capisco, etc.). In aiuto è venuto il lavoro che svolge, che è stato utilizzato come canovaccio di base su cui innestare storie e personaggi che metaforizzavano il suo vissuto. Così, a volte poteva assegnare i ruoli e le persone da imbarcare o più spesso chiedeva a me di ipotizzare la scena. In una di queste fantasie guidate si è immaginato che lui fosse il capitano ed io il proprietario della nave e in più c'erano altri personaggi tra equipaggio e passeggeri. In questa fantasia gli ho proposto di immaginare che io, in qualità di proprietario, gli ordinassi di fare un'uscita in altura perché c'era bel tempo e che lui conoscendo il bollettino meteorologico che dava tempesta, si doveva opporre. Con il suo fare sicuro accettò e immediatamente mi rispose che mai la barca sarebbe uscita dal porto essendo lui il responsabile di nave e persone.

Io: questa barca è la mia e si fa quello che dico io!

A.: io sono il capitano e io decido! (sempre tranquillo e sicuro)

Io: se oggi la nave non esce io ti licenzio.

A.: questo lavoro non vale la vita delle persone che si trovano sulla barca (sguardo fiero, postura composta ma rilassata)

Io: sei solo un fifone, hai paura di non saper gestire la nave con un pò di mare (mi alzo in piedi e mi avvicino)

A.: conosco me, la nave e il mare, non ti accontento e non ti devo dimostrare nulla! (si è alzato pure lui ma è ancora calmo e determinato)

Mi seggo, e con fare non curante, gli dico se non avesse paura che veramente lo potessi licenziare e parlare male di lui con altri armatori, mettendo a repentaglio la sua carriera lavorativa e la sua indipendenza economica.

A. ci pensa un po' su e dice che tutto quello che potrebbe perdere in questo contesto non avrebbe difficoltà a riconquistarselo, ed è ancora sereno e si è nuovamente seduto.

Io: invece ciò che minaccia di fare tua madre non puoi più ritrovarlo?

A.: (diventa teso e serio, perde la sicurezza di prima, incrocia le gambe e abbassa lo sguardo) io a mia madre voglio bene, dell'armatore non me ne importa nulla.

Questa seduta, oltre che centrare me sulla diagnosi, in cui il disturbo di personalità dipendente è focalizzato soprattutto nelle relazioni affettive, ha consentito di riformulare al paziente l'aspetto che più di tutti era relato al problema che portava in terapia: la sua dipendenza affettiva che lo spogliava di tutte le capacità che pur possedeva, impedendogli un contatto reale per paura di perderlo nel momento in cui cessava di essere confluyente. Inoltre è stata occasione per iniziare a restituire fenomenologicamente come il suo corpo reagiva in maniera differente nelle differenti situazioni e prenderne consapevolezza.

Nella trattazione del caso si sono esposti gli elementi del progetto terapeutico che si sono ritenuti possibili, dall'instaurare una relazione di fiducia alla sperimentazione delle parti di sé che sono più bloccate. Grossi cambiamenti non si sono verificati nel quotidiano dei A., ma le poche sedute fatte non consentivano altro. Di converso nel setting terapeutico la disponibilità a mettersi in gioco è aumentata e la riappropriazione del potere personale sulla possibilità che accada la catastrofe o meno, è un tema esistenziale che finalmente si può affrontare.

LA STORIA DI D.: PUR DI NON PERDERE L'AFFETTO MI AMMALO

D. è una donna nubile che ho in terapia presso il mio studio di Roma dal 2001, inviata dal suo medico curante con una diagnosi di attacchi di panico, ansia generalizzata e impossibilità a stare da sola. Età della presa in carico 42 anni, con un lavoro da informatico ben retribuito ma che si svolge a casa. Causa l'emergenza dei disturbi in asse I, i primi anni sono stati centrati sulla risoluzione di questi sintomi. Gli ultimi due anni si sono potuti centrare invece sul disturbo di personalità dipendente sottostante, ma che più del resto caratterizza la base costante della personalità della paziente fin dalla tarda adolescenza.

Questo caso si differenzia dal precedente soprattutto per l'emergenza dei disturbi associati in asse I e per il contesto socio culturale in cui è inserita la paziente, contesto urbano rispetto al contesto di piccolo centro di paese dove tutti conoscono tutti.

Quando nella revisione periodica del caso mi sono ritrovato a riformulare e contestualizzare al presente la diagnosi è risultato che:

Per il criterio 1 delle caratteristiche diagnostiche, la paziente aveva elaborato un sistema di adattamento creativo molto efficace, ovvero la necessità psicologica di essere costantemente rassicurata nel quotidiano, l'aveva portata a sviluppare una forma patologica sull'asse I: gli attacchi di panico. Infatti, questi non si presentavano mai inaspettati e erano sempre associati a situazioni in cui veniva ad essere assente la figura affettiva di riferimento (il genitore o il partner di turno). Per questo motivo la diagnosi di attacchi di panico, oggi la considero una diagnosi provvisoria in favore di quella più attuale che riguarda il disturbo di personalità dipendente, anche perché nel tempo gli attacchi di panico sono cessati. Con gli attacchi di panico si era creata una situazione in cui le costanti rassicurazioni del quotidiano erano assicurate dalla costante presenza della persona affettivamente di riferimento di quel momento, altrimenti c'era l'attacco di panico. Difatti al primo colloquio si è presentata accompagnata dalla madre, in quanto non si poteva mai spostare da sola né poteva rimanere sola in casa. Il disturbo in asse I inoltre consentiva alla paziente di bloccarsi su una parte malata nota e di cui era esperta impedendogli, però, l'accesso alle parti che veramente chiedevano di essere aiutate e di poggiarsi su quelle che potenzialmente la potevano sostenere. Questa modalità di relazione mi è stata riproposta anche in terapia, dove con la necessità di far fronte ad eventuali attacchi di panico, mi fu richiesto di poter telefonare al momento in cui questi si presentavano o stessero per presentarsi. La mia inesperienza ha accordato questa disponibilità e se da un lato ha favorito l'induzione terapeutica, dall'altra ha rallentato il processo di individuazione sul disturbo di personalità che determinava questa dinamica. Non ultimo il fatto di ricevere telefonate nei momenti più inopportuni (di

notte o durante i pasti) ha determinato una risposta controtransferale di tipo passivo-aggressivo. In questo caso la supervisione presso la scuola di specializzazione è stata di notevole aiuto, sia nel darmi indicazioni su come gestire il problema del momento, sia nel darmi la pista giusta sulla diagnosi più attuale, infine per darmi consapevolezza sul mio stile terapeutico. Con poche battute la direttrice del corso spiegò che: la gestione dell'attacco di panico nell'emergenza si può realizzare farmacologicamente (spingendomi a contattare uno Psichiatra con cui avviare una necessaria collaborazione indipendentemente dalla contingente necessità); inoltre c'era qualcosa nelle relazione terapeutica che raccontava della mia eccessiva disponibilità nei confronti dei pazienti, nel caso specifico si poteva attuare un contenimento attraverso una segreteria telefonica.

La riflessione che ne è scaturita mi ha portato a riconsiderare in un'ottica più critica il mio stile dipendente nell'essere terapeuta, che se da un lato offriva sostegno, dall'altro bloccava la paziente in una condizione in cui era impossibile fare progressi, confermandogli implicitamente che c'era del vero nella sua incapacità a rimanere sola, visto e considerato che io ero lì, seppur telefonicamente, in ogni momento. Peraltro questo stile, se efficace nell'indurre una calda relazione terapeutica in pazienti con disturbi di personalità del tipo timoroso e ansioso, lo è meno in quelle emozionali e in quelle bizzarre specialmente nel lungo periodo.

Per quanto riguarda il criterio 2, anche se affrontato abbastanza nel punto precedente, l'aspetto più forte è che oltre alla delega per le decisioni più importanti della vita della paziente, questa delega era vincolata alla responsabilità, che la persona a cui veniva lasciata tale delega, di procurargli o meno attacchi di panico a seconda se la lasciava sola o meno.

Nel criterio 3 D. dava il meglio di sè, nel senso che lo stato di necessità la poneva in una situazione in cui contraddire la persona che la accudiva significava perdere un sostegno necessario alla malattia di cui era consapevole (attacco di panico e impossibilità a stare da sola). Questo rendeva problematico individuare se il timore era realistico oppure no, nel senso che se soffriva di attacchi di panico e aveva costantemente bisogno di una persona vicino a sè, la paura di perderla significava veramente trovarsi di fronte ad un problema irrisolvibile. Sta di fatto che, prima con la madre e poi con il compagno, si era trovata a dover sostenere tutta una serie di vessazioni anche economiche di notevoli proporzioni. Con la madre faceva da dama di compagnia seguendola in tutte le numerose attività che questa svolgeva ma di cui D. non aveva nessun interesse, mentre in casa faceva le funzioni della Cenerentola. Con il compagno, che per un certo periodo di tempo ha sostituito la madre nel

condurla in terapia, condivideva la sua casa di proprietà e la società di informatica che ha sempre avuto un fatturato più che consistente. Purtroppo degli utili che la società produceva lei non vedeva un euro, e la casa era gestita secondo le volontà del compagno e nonostante fosse molto grande lei non aveva uno studio personale in cui lavorare. Nella relazione terapeutica il disaccordo veniva manifestato solo dopo aver consultato testi o articoli di psicologia che potessero mettere in discussione la mia professionalità, come gli eventuali ritardi, la mancata disponibilità, il far parte di una cultura terapeutica non allineata rispetto a quella più affermata psicoanalitica. Insomma, il disaccordo veniva espresso solo se legittimato da una base di conoscenza, e forse sostenuto anche da un tratto Borderline nella personalità della paziente, quando alla luce di una conoscenza si metteva in gioco pretendendo. Questa modalità però è stata transitoria ed agita più in seconda battuta rispetto la modalità sottomessa.

D. esprimeva la sua adesione al quarto criterio in molti modi, ma su uno in particolare: nel suo lavoro come informatico aveva appreso il linguaggio di programmazione per la costruzione dei siti internet, questa attività non aveva nulla a che fare con il lavoro della società che aveva con il compagno, era una sua attività autonoma che già vantava numerosi clienti. Naturalmente non aveva costituito società personale e il lavoro veniva fatturato dalla società che aveva con il compagno. In terapia, solo ultimamente ha portato del materiale personale su cui lavorare, come un suo elaborato multimediale con foto, scritti e musiche, per il timore che non venisse approvato o fosse bollato come un fuori contesto.

Fra le cose che D. riferiva rispetto alle modalità di relazione con le persone affettivamente significative per lei, c'era poi il doversi sottoporre a frequentazioni con persone amiche del partner di turno o dei propri familiari che in entrambi i casi detestava, ma lei non potendo rimanere sola, era costretta a frequentarle. Rispetto al quinto criterio c'è d'aggiungere che anche nella conduzione della società con il suo compagno si era trovata ad accettare procedure di amministrazione che non condivideva, come l'emissione di false fatture passive, o una gestione della clientela troppo centrata sul favore personale.

Questo per quanto riguarda il criterio 5; mentre per il 6, il solo fatto che il rimanere da sola poteva innescare un attacco di panico, riflette bene il timore esagerato di non riuscire a provvedere a se stessa, come anche la richiesta di avere un'assistenza on line 24 su 24 da parte del suo terapeuta.

Nel tempo, attraverso un paziente lavoro terapeutico, D. è riuscita ad avere una vita più indipendente in cui si: è liberata dal giogo della madre, del compagno che ha lasciato e cacciato di casa, si è ripresa la parte di potere amministrativo nella società e ne ha costitui-

ta una personale che si occupa della creazione di siti internet, arriva in terapia da anni da sola. Tutto questo non è stato un processo lineare, ci sono state ricadute ma una progressione verso l'autonomia è stata raggiunta.

Da quando si è lasciata con il compagno è stata perennemente alla ricerca di un altro partner in grado di soddisfarla nel bisogno primario di essere supportata ed accudita (criterio 7), anche se lei dice che è stanca di stare da sola. Anche nella relazione terapeutica è implicita e, a volte, esplicita questa richiesta, che nel precedente percorso terapeutico con un terapeuta che poi è morto, era il passare anche le vacanze insieme, con me, a cui oggi chiede se alla fine della terapia sono disposto a diventare suo amico (“senza fine” chiosava una canzone).

Il timore eccessivo nel rimanere sola per D. era rappresentato dagli attacchi di panico, oggi che un lavoro di consapevolezza gli ha permesso di vedere come questi erano strumentali al mantenimento di determinate relazioni affettive, questo timore si riflette nelle preoccupazioni economiche, che con il suo reddito non dovrebbe avere, nel non avere la possibilità di incontrare un uomo perché sono tutti dei mascalzoni (tranne che il terapeuta) e le amicizie non sono possibili in quanto le persone sono tutte superficiali e interessate.

Per quanto riguarda i disturbi associati già sopra ne ho trattato a sufficienza, come anche l'eventuale incidenza del tratto Borderline che emergeva sia nelle modalità di pretesa nelle richieste che nell'intensità delle stesse.

Nei primi anni di terapia, nel periodo in cui si è lavorato essenzialmente sul nucleo dei sintomi ansiosi della paziente, l'unico livello dell'esperienza che poteva essere mostrato e con cui si poteva lavorare era quello cognitivo-verbale. Pur se non laureata, la sua preparazione linguistica e culturale, anche in ambito psicologico, era molto di sopra il suo titolo di studio. Inoltre si presentava con una diagnosi molto precisa, che non lasciava altre possibilità di lavoro. La consistente preparazione medica che portava rispetto ai suoi problemi faceva sì che poteva permettersi il disaccordo con me in quanto legittimata dalla conoscenza. Nei colloqui viveva con ansia elementi che potevano spostarla da questa identità solida e sicura, lapsus, contraddizioni e paradossi non erano opportunità, piuttosto pericoli da deflettere o contrastare con le sue capacità logico-verbali. Molto si è usata la tecnica delle riformulazioni che, se da un lato gli offrivano delle opportunità per vedere le cose in una nuova prospettiva, dall'altra erano un alibi per non fare sempre proprie queste novità. Nel corso delle sedute, a volte capitava che ritornando su elementi rielaborati da lei, questi divenissero cose dette da me.

Il livello immaginativo è stato il secondo livello portato in terapia dalla paziente, alimentato dalle numerose letture e film di cui lei è un instancabile fruitrice, visto che passava gran parte del suo tempo extra lavorativo in casa. Questo da una parte offriva un materiale ulteriore di lavoro, dall'altra la forte strutturazione dello stesso consentiva poche deviazioni dal percorso che si era prefissato. Un modo per uscire da questo, è stato quello di proporgli di interpretare nel qui ed ora, usando i verbi al presente, le storie che immaginava. Lei, come anche nei sogni, voleva sempre una mia interpretazione, viceversa con le tecniche gestaltiche che mirano più a far parlare le parti messe in gioco, si è potuto operare verso la riappropriazione delle parti di sé non integrate e coperte dai sintomi più evidenti.

Il lavoro sul corpo con D. è passato soprattutto attraverso l'integrazione e il superamento degli attacchi di panico. L'attacco di panico presenta tutta una serie di reazioni fisiologiche che riguardano il corpo: tachicardia, sudorazione, respiro bloccato etc.. A volte, a D. ho proposto di provare a far parlare quelle parti del corpo che nell'attacco di panico segnalavano il proprio malessere.

D: *cosa dovrei fare precisamente?*

I: *se vuoi e, comunque, puoi fermarti in qualsiasi momento tu lo voglia, prova a concentrare la tua attenzione su una parte del corpo che durante gli attacchi di panico senti particolarmente, oppure con cui sei più in contatto.*

D: *la sensazione più sgradevole è la fame d'aria, la sento soprattutto nella gola.*

I: *prova a far parlare questa parte usando i verbi al presente.*

D: *si va bè, ma come?*

I: *inizia con il dire: io sono la gola di D. e in questo momento mi sento.....*

D: *ci provo, però mi sento un po' ridicola. Io sono la gola di D. in questo momento mi sento bene, però a volte non riesco ad avere l'aria di cui ho bisogno. (per ora è abbastanza rilassata, sta con le gambe incrociate e serrate, ma è comunque una sua postura abituale)*

I: *ricordi un episodio in particolare in cui questo è accaduto?*

D: *qualche anno fa, ero in casa, con me c'era il mio compagno, litighiamo, non ricordo perché, lui se ne sta andando, sento che mi sto per sentire male, vorrei parlare ma non ci riesco, sento già che mi manca l'aria (stringe gli occhi, contrae la muscolatura del volto in una espressione di fatica e paura).*

I: *cosa vorresti dire al tuo compagno che non riesci a dirgli?*

D: *(il suo sguardo cambia espressione, sembra quello di una bimba che supplica il genitore) non mi lasciare da sola, ho paura, ti prego rimani con me, almeno fammi venire con te ma non mi lasciare da sola.*

I: *prova ad immaginare che lui non sia uscito e che sia rimasto con te. Come ti senti ora?*

D: (il suo sguardo cambia nuovamente, scioglie le gambe incrociate, accenna un sorriso) *sento che non ho più la fame d'aria, sono sollevata dal timore di rimanere sola.*

I: *la fame d'aria arriva solo se rimani da sola?*

D: *si!*

Questo esperimento, nella sua semplicità ed ovvietà, ha esplicitato a me e alla paziente il problema su cui centrare il lavoro terapeutico. Il corpo, pur con la mediazione del linguaggio, ha comunicato in altre parole, la vera natura del malessere, che non risiedeva nel quadro sintomatologico dell'attacco di panico, piuttosto nella paura esagerata di rimanere sola. Quindi l'attacco di panico è stato occasione per provare a riconsiderare come lei si lega affettivamente alle persone e come la sua sintomatologia possa essere considerata come un adattamento creativo in difesa della sua modalità di attaccamento dipendente, anche se portatore di sofferenza e disagio.

Dal progetto iniziale centrato sul contenimento degli attacchi di panico e la riappropriazione di una vita più indipendente operativamente, (l'allora tema esistenziale di D.), si è passati a lavorare sulle relazioni affettive e sul tema della separazione, anche perché il suo contesto è profondamente cambiato avendo: lasciato la convivenza, cambiato casa dove vive da sola, ripresasi un ruolo di potere condiviso nella società di cui è proprietaria e aprendo una attività indipendente di realizzatrice di siti WEB.

CONCLUSIONI

Il disturbo di personalità dipendente è uno dei più interessanti nell'ambito della psicoterapia, in quanto per la sua struttura diagnostica e per la sintomatologia che presenta fa sì che sia il disturbo per il quale il paziente è più disposto a contattare un terapeuta direttamente che non altri.

Il fatto che alla base ci sia una modalità di dipendenza spinge il paziente verso il terapeuta, questa però è una spinta patologica e disadattativa. Rispetto a questo la sfida che dovrebbe raccogliere il professionista è quella di accogliere il paziente sulla base di quello che riesce a fare, ma poi far sì che possa sperimentare modalità alternative di contatto e porlo nella condizione di scegliere.

Lo stile del terapeuta, anche nei suoi tratti tendenti alla patologia, se consapevoli, possono essere uno strumento di lavoro che se usato nei modi e nei tempi più opportuni, aprono la strada verso il cambiamento, teso ad un migliore adattamento del paziente nel suo contesto.

La formazione continua e la supervisione sono strumenti necessari in questo, a tal riguardo ho molto apprezzato negli anni, sia gli interventi che sono stati utili, ma soprattutto quelli che si sono rivelati dannosi.

A tal proposito interessante è stato l'approccio che due supervisori di due contesti differenti hanno avuto rispetto ad mia problematica professionale: nei primi anni della mia carriera professionale, specialmente quando il numero dei pazienti è iniziato ad aumentare, si sono innescati delle dinamiche con la madre di mia figlia, telefonava ai miei pazienti invitandoli ad interrompere la terapia con me in quanto incapace, pericoloso e dannoso. In quel periodo svolgevo il tirocinio pratico presso una struttura sanitaria pubblica in cui ero seguito da un supervisore, ma un dirigente della stessa struttura voleva che comunque i tirocinanti svolgessero supervisione anche con lui, purtroppo in orari e luoghi per me impossibili. In una delle poche supervisioni fatte con questo dirigente ho riportato il fatto che più di un paziente mi riferiva di queste telefonate anonime e ciò li metteva in uno stato di ansia, al che, dato che ero stato minacciato dalla madre di mia figlia su questa eventualità, ho informato i pazienti sulla identità dell'autore di tali telefonate, che erano frutto di un conflitto riguardante me e la stessa e che presto tutto questo avrebbe avuto fine, lasciando infine ai pazienti la scelta se continuare o meno il rapporto terapeutico. Il dirigente-supervisore (che poi ho saputo essere in una situazione di conflitto forse anche professionale con l'ex marito) mi ha restituito che così io ho tutelato i pazienti ma non la mia compagna. Questa risposta mi lasciò sconcertato, al che portai lo stesso tema nella supervisione presso la scuola di specializzazione, anche se l'ambito era quello terapeutico. Il docente presso cui svolgevo terapia fu molto sorpreso che la mia compagna avesse accesso ai numeri telefonici dei miei pazienti e mi informò che in questa professione si ha l'obbligo di tutelare la privacy dei nostri pazienti, al che balbettai che i numeri erano sul mio telefonino e sulla mia agenda personali e che a volte può capitare di lasciarli poggiati sul comodino della mia camera da letto o sulla scrivania del soggiorno. A questo ebbi una risposta che non lasciava spazio a repliche: "tutti i dati sensibili dei nostri pazienti devono essere trattati secondo un protocollo stabilito per legge il quale non prevede che alcuno ne possa entrare in possesso se non dietro autorizzazione del paziente; qui non è questione se tuteli o meno la tua compagna, o quali possono essere le motivazioni che la spingono a fare questo, bensì se vuoi esercitare o meno questa professione sapendo che anche per noi ci sono dei vincoli legali e deontologici. Una cosa che di questa situazione mi ha stupito è che tu sei molto disponibile con la tua compagna, tanto da permettergli di entrare nel rapporto terapeutico con i tuoi pazienti".

Gli indiani dell' America Occidentale raccontano che la mattina bisogna cantare una canzone per permettere alla nostra ombra di riconoscerci e ritrovarci dopo che ha passato tutta la notte in libertà. Se la nostra ombra non ci ritrova ci si ammala e si muore.

Le ombre dell'esistenza sono necessarie alla sopravvivenza dell'individuo, anche se questa società ha espulso il male dall'ideale di sé, noi Psicoterapeuti conosciamo ancora le canzoni per ritrovare le ombre, ma per non dimenticare questi canti ogni mattina dobbiamo cantare la canzone della nostra ombra e permettere che questa ci segua per tutto il resto della giornata.

BIBLIOGRAFIA

A.P.A., “*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. IV^a Ed. riveduta*” (DSM IV-TR), Masson, Milano, 2001.

Delisle, G., “*I disturbi della personalità, psicopatologia Gestalt & D.S.M. III/IV*”, Sovera multimedia s.r.l., Roma, 1992.

Perls, F.S., Hefferline R.F., Goodman P., “*Teoria e pratica della Psicoterapia della Gestalt, vitalità ed accrescimento nella personalità umana*”, Roma, Astrolabio, 1971.

Polster, E. e M., “*Terapia della Gestalt integrata. Profili di teoria e pratica*”, Milano, Giuffrè ed., 1986.

Rametta, F., Menditto, M., “*Le possibilità del sé*”, Caleidoscopio, n.3/4, Società Italiana Gestalt, Roma, 1991.

Rametta, F., Menditto, M., “*Livelli dell'esperienza e modalità di contatto*”, Signature, Fondazione Italiana Gestalt, Roma, 1996.

Resnick, R., “*Il brodo di pollo è veleno*”, Tr.It. , CIPOG, Roma, 2006.

Resnick, R., “*La terapia della gestalt: principi, prismi e prospettive*”, Tr.It. , CIPOG, Roma, 2007.