

SiPGI: Scuola ad indirizzo Pluralistico
Gestaltico Integrato
Scuola di formazione per psicoterapeuti

Dr. Antonello Chiacchio
Psicologo-Psicoterapeuta
Via Pietragrossa 35/A Lauria (PZ)
Tel 0973/626119
www.antonellochiacchio.it

La personalità

- La personalità può essere definita in tanti modi a secondo l'orientamento o il modello teorico di appartenenza, anche se è certo che quando si parla di questo concetto bisogna includere:
 - i tratti (la tendenza del sé)
 - i bisogni fisiologici e le abilità intellettive (il sé biologico)
 - il modo di adattarsi al mondo(il sé evolutivo).
 - il modo di porsi agli altri (il sé interpersonale).
 - il concetto di sé (il sé intrapersonale).
 - le condizioni ambientali (il sé adattivo).
 - gli eventi accaduti alla persona in vita (il sé biografico).

Disturbi di personalità

- Teorie diverse spesso non sono d'accordo neppure sul significato da attribuire ad un medesimo comportamento o fenomeno.
- Ciò si complica di più quando si parla di disturbi (sindromi cliniche) e/o disturbi di personalità.
- Ci sono diverse definizioni di disturbo di personalità, sindromi cliniche e i criteri psicopatologici per evidenziare un disturbo possono essere categoriali e dimensionali.

Definizione di disturbo di personalità

- I disturbi di personalità sono quei tratti del carattere anormali o patologici di sufficiente intensità da implicare una turba significativa del funzionamento intrapsichico e interpersonale (OF. Kernberg, 1984).
- Un disturbo di personalità rappresenta un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza e nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio e menomazione (DSM IV, 1994).
- I disturbi di personalità rappresentano *deviazioni estreme o significative* del modo in cui l'individuo medio in una data cultura percepisce, pensa, sente e in modo particolare si pone in relazione con gli altri; queste modalità comportamentali sono frequentemente, ma non sempre, associate con vari livelli di sofferenza soggettiva e di compromissione del funzionamento sociale (ICD 10, 1992).
- Quando la personalità di un individuo è così rigida e segnata da deficit tali da determinare problemi persistenti del vivere, possiamo parlare di disturbi di personalità.

Il concetto di disturbo e sindrome clinica

- Il disturbo psichico è una condizione che richiede un trattamento e questa condizione è caratterizzata da sofferenza psichica associata a sintomi o segni.
- Questa condizione può essere correlata a diversi fattori di natura individuale (biologici e psicologici) e di natura ambientale (sociali, ecologici e sanitari).
- Per evidenziare il concetto di disturbo bisogna tener presente la multi-fattorialità dell'interazione tra individuo e ambiente e la sofferenza soggettiva.

Diagnosi categoriale e dimensionale

- I disturbi psichici possono essere classificati in ordini (o modelli categoriali) o su più assi dimensionali (modelli dimensionali).
- Nel modello categoriale (DSM IV) i confini tra le categorie patologiche sono chiaramente definiti, è più familiare ai clinici e alle vecchie nomenclature psichiatriche, più agevolmente utilizzabile nelle ricerche epidemiologiche.
- Nel modello dimensionale (PDM) si misura la tendenza dei soggetti attraverso criteri dimensionali che descrivono non solo segni e sintomi del disturbo ma anche la collocazione generale della persona lungo un continuum di funzionamento.

La comorbidità

- Per comorbidità s'intende la co-esistenza di due o più disturbi nello stesso individuo.
- Molti pazienti con disturbi sull'Asse 2 del DSM IV presentano una patologia sull'Asse 1 e viceversa.
- Molti pazienti con disturbi di attacchi di panico sono anche depressi; i disturbi di personalità (soprattutto quello ossessivo, borderline e dipendente, evitante, istrionico) sono molto presenti tra i disturbi dell'alimentazione; tra le persone con disturbi dell'umore è molto alta la percentuale di coloro che hanno un disturbo di personalità.

Diagnosi funzionale di personalità

- Siccome la personalità è qualcosa di dinamico il clinico dovrebbe chiedersi quali sono i pattern dimensionali che consentono di fare una diagnosi funzionale.
- E' necessario valutare il tratto o i tratti di personalità non in modo asettico ma contestualizzato in base alla storia della persona, alle esperienze e al momento di vita, al significato del sintomo; tutto ciò per scegliere un piano di trattamento adeguato ed efficace.

Valutazione della presa in carico

- Definizione del problema (esordio, circostanze, frequenza e intensità dei sintomi).
- Fasi del ciclo vitale della persona (infanzia, pubertà, adolescenza, prima età adulta, matrimonio con o senza figli).
- Contesto socio-familiare e socio-ambientale.
- Caratteristiche e struttura di personalità.
- Motivazione al trattamento.
- Consapevolezza del disturbo.
- Stato dell'umore e processi cognitivi

Valutazione della personalità in base a diverse dimensioni di struttura di personalità (PDM)

Percezione del sé: auto-riflessione, immagine del sé, identità, differenziazione tra le proprie emozioni.

Autoregolazione: tolleranza delle emozioni, autostima, regolazione degli impulsi.

Meccanismi di difesa: tipo di difesa, flessibilità, stabilità delle difese.

Percezione relazionale: differenziazione del sé, dall'altro, empatia, percezione dei propri bisogni e diritti, interesse per l'altro.

Comunicazione: contatto, comprensione delle emozioni altrui, comunicazione delle proprie emozioni, reciprocità o senso del noi

Legame: internalizzazione (rappresentazioni o immagini interne), separazione, variabilità dei legami.

I livelli per le sei dimensioni di personalità

- Per valutare a livello diagnostico la struttura (le modalità di funzionamento del sé nella relazione con l'altro) di personalità si distinguono quattro livelli di integrazione:
- Ben integrato
- Moderatamente integrato
- Scarsamente integrato
- Non integrato

Organizzazione di personalità

- E' riduttivo diagnosticare un disturbo di personalità in modo categorico basandosi su pochi criteri visto la complessità e le diverse sfaccettature di ogni sindrome di personalità;
- La distinzione tra Asse 1 e Asse 2 del DSM IV ha sicuramente favorito lo sviluppo di notevoli studi sulla comorbidità e quindi in queste situazioni psicopatologiche complesse occorre associare le sindromi cliniche con lo stile o l'organizzazione di personalità (insieme di tratti).

Disturbi di personalità (DSMIV) e stile di attaccamento

ECCENTRICITA' (Paranoide, schizoide e Schizotipico); DRAMMATICITA' (Bordeline, Narcisista Antisociale, Isterico e Istrionico); ANSIA (Osessivo-Compulsivo, Evitante, Dipendente)

Nel primo gruppo (cluster) i soggetti sperimentano una figura di attaccamento come distante, incapace di un vero dialogo o perché assente o perché invasiva; nel secondo (cluster) sperimentano una figura di attaccamento come minacciosa e/o manipolatrice in cui non c'è una solida stabilità emotiva; nel terzo (cluster) sperimentano una figura di attaccamento evitante e ansiosa che non permette l'esplorazione delle esperienze relazionali.

Organizzazione ossessiva di personalità

- La persona tende ad essere meticolosa, perfezionista, molto responsabile, iper-coscientiosa, resistente sul piano emotivo e sempre competente per rispondere ai propri standard di performance molto elevati.
- Percepisce gli altri come irresponsabili e incompetenti;
- Le convinzioni principali sono due: la mia pulsionalità è pericolosa e va controllata e gli altri cercano di controllarmi e io devo resistere.
- Le Emozioni più frequenti sono la rabbia che spesso è inespressa per paura, il senso di colpa per le numerose doverizzazioni, la vergogna di provare emozioni e piacere.
- I meccanismi difensivi più utilizzati sono la razionalizzazione, l'atteggiamento moralizzatore, eccessiva idealizzazione ed isolamento dagli affetti.

Sviluppo della personalità ossessiva

- I genitori sono molto attenti all'educazione morale e sociale del bambino, ma non nello stesso momento non esprimono l'affetto verso di lui; allora il bambino vive un'esperienza relazionale contraddittoria e un'ambivalenza che lo porta a sviluppare modelli dicotomici di riconoscimento di sé: amabile (se segue le regole ed è bravo) e non amabile (se è disubbidiente e non segue le regole).
- Altra caratteristica in famiglia è l'accentuazione del senso di responsabilità, della coscienziosità e del prevalere della componente verbale e logica che è più controllabile di quella emotiva.
- Il soggetto ossessivo in adolescenza non può sbagliare, perché se sbaglia si sente incapace e pensa di non essere accettato; poi l'unico strumento di realtà diventa il pensiero e il valore personale è connesso ad un senso di onnipotenza del proprio pensiero.

Differenza tra DOC disturbo ossessivo-compulsivo (asse 1) e Disturbo di personalità ossessiva (asse 2)

- Nel disturbo ossessivo di personalità idee e pensieri non sono elementi difformi dall'io, ma un aspetto costitutivo del proprio essere (ego-sintonicità), mentre nel DOC c'è una condizione di ego-distonicità (pur sapendo che l'ossessione non le serve a nulla anzi le causa dolore e tormento,non riesce a farne a meno) che induce il soggetto ad una nevrosi compulsiva per compensare l'ansia ossessiva.

Pensieri ossessivi e compulsioni comportamentali

- I pensieri ossessivi (es. di pulizia) vengono percepiti come qualcosa di oggettivo che appare estraneo al sé (“è più forte di me”).
- Le ossessioni causano uno stato marcato di ansia che il soggetto prova a neutralizzarle attraverso altri pensieri o azioni.
- Le compulsioni (lavare continuamente le mani) servono per eliminare il dubbio ossessivo e insopportabile di ciò che potrebbe accadere se non lo facesse.
- C'è una ricerca continua di controllo in quanto il soggetto fatica a consapevolizzare la paura e ha strutturato nella proprio mente una fortezza rigida pensiero controllante-rituale compulsivo che lo tiene lontano dall'emozione.

Trattamento integrato del DOC

- Creare una relazione empatica e una buona alleanza terapeutica considerando le resistenze e la diffidenza del soggetto ossessivo.
- Aiutare, mediante accettazione incondizionata, calore ed empatia, l'auto-svelamento del paziente.
- Essere cauti e gradualmente prudenti a lavorare per trovare un buon aggancio relazionale visto la difficoltà del paziente ossessivo ad instaurare una relazione emotiva.
- Conoscere il contesto familiare (modello genitoriale soprattutto) avvalendosi anche del genogramma o la storia di famiglia e facilitare la consapevolezza del paziente di alcuni suoi comportamenti nelle relazioni con i membri della famiglia.
- Dare un significato al sintomo dopo aver esplorato esordio, frequenza, durata e incidenza e concordare gli obiettivi e le modalità di lavoro.

Trattamento integrato del DOC

- Facilitare nel paziente la consapevolezza dei propri schemi cognitivi e del proprio stile psico-relazionale.
- Ristrutturare le convinzioni irrazionali e propri pensieri intrusivi attraverso tecniche cognitive comportamentali e gestire l'ansia attivando comportamenti alternativi.
- Incentivare e migliorare la capacità assertiva e l'autostima nel rapporto con se stessi, con gli altri e il proprio agire migliorando la consapevolezza di sé relativizzando gli eventi della sua vita.

Trattamento integrato del DOC

- Dopo aver accettato l'assunto che ogni persona è imperfetta, e il paziente si orienta al cambiamento si lavora in modo gestaltico sui bisogni e il vissuto interno.
- Quando il paziente inizia ad entrare in contatto con le proprie emozioni ed è più consapevole dei suoi processi emotivo-affettivi si lavora sulla creatività esperienziale.
- La chiusura sarà graduale e ha l'obiettivo di consolidare i cambiamenti e uno stile di vita più flessibile e un sé più integrato e creativo.

- *“L’umiltà, l’autenticità, la speranza e l’amore*
- *sono le quattro ruote che bisogna far girare*
- *lungo il sentiero della vita”*

• **Antonello Chiacchio**