Il trattamento dei fenomeni borderline attraverso le categorie diagnostiche

Mirjana Divac-Jovanovic and Sonja Radojkovic

Traduzione di Paola Raja
Revisione di Marialuisa Pisani

RIASSUNTO

Questo articolo definisce e discute i fenomeni borderline riscontrati in varie categorie diagnostiche. Le autrici dividono questi fenomeni in sei gruppi (che a volte si sovrappongono): 1) ingresso rapido in relazioni transferali, 2) invito alla simbiosi con rapidi scambi tra i ruoli di Vittima e Persecutore, 3) ridefinizioni proiettive a catena, 4) grandiosità con rapidi spostamenti tra i poli (minimizzazione-massimizzazione), 5) alternanza tra i comportamenti passivi del «fare niente» e l'agitazione, e 6) progressivo aumento in intensità e severità dei giochi. Vengono forniti per ogni fenomeno esempi e interventi terapeutici.

ABSTRACT

This paper defines and discusses borderline phenomena found across various diagnostic categories. The authors divide these phenomena into six groups (which overlap to some degree): 1) quick entry into transference relationships, 2) inviting symbiosis with rapid switches between Victim and Persecutor roles, 3) projective chain redefinitions, 4) grandiosity with rapid shifts between its poles (minimization-maximization), 5) alternating between the passive behaviors of «doing nothing» and agitation, and 6) escalation in intensity and severity of games. Examples and therapeutic interventions are given for each phenomena.

Attraverso lo studio della letteratura sulle condizioni borderline (Hartocollis, 1977; Kernberg, 1975, 1984; Woods & Woods, 1982) e facendo terapia con pazienti borderline, siamo giunti a ritenere che il termine «borderline» dovrebbe essere usato per definire un *livello* piuttosto che un *tipo* di funzionamento (Haykin, 1980). Kernberg (1984) parla di organizzazione della personalità nevrotica, borderline e psicotica, da un lato, e di funzionamento alto, medio e basso dall'altro. Comunque, egli ancora discute l'organizzazione della personalità borderline come un tipo di struttura del carattere o entità diagnostica.

La nostra esperienza clinica che usa la teoria del copione (Berne, 1961) e il concetto di adattamenti di personalità (Joines, 1986; Ware, 1983) ci suggerisce che differenti tipi di adattamento di personalità esistono a diversi livelli di funzionamento di personalità. Così possiamo distinguere perlomeno sei tipi di adattamento di personalità (paranoide, schizoide, antisociale, isterico, passivo-aggressivo e ossessivo-compulsivo) che operano ad almeno quattro livelli di funzionamento (normale, nevrotico, borderline e psicotico). Riteniamo che i sei adattamenti di personalità descritti da Ware (1983) non includano tutte le possibili forme di adattamento di personalità (Cfr. la struttura depressiva citata da Kernberg, 1984). Crediamo anche che esistano forme di transizione e miste di adattamento di personalità così come è stato teorizzato da Joines (1986). Possiamo determinare quattro livelli di funzionamento, sebbene teniamo in considerazione stati di transizione tra i livelli di funzionamento normale, nevrotico, borderline e psicotico. Il tipo di adattamento scelto dall'individuo è determinato dal contenuto di copione (ingiunzioni, ordini, decisioni), e il livello di funzionamento è determinato dalla qualità delle relazioni oggettuali interiorizzate. La matrice della mutua relazione tra i tipi di personalità e i livelli di funzionamento può essere rappresentata graficamente con un cilindro avente molte combinazioni incrociate che esprimono la peculiarità di

Mirjana Divac-Jovanic e Sonja Radojkovic T A J Treating Bordeline Phenomena Across Diagnostic Categories Vol. 17 n. 2° ITAA Permission.

Scanned by CamScanner

ogni tipo (fig. 1). Pensiamo ad una matrice dinamica, non statica; essa tiene conto della mutualità evolutiva tra i tipi di adattamento e i livelli di funzionamento, tra il contenuto di copione e la qualità delle relazioni oggettuali interiorizzate.

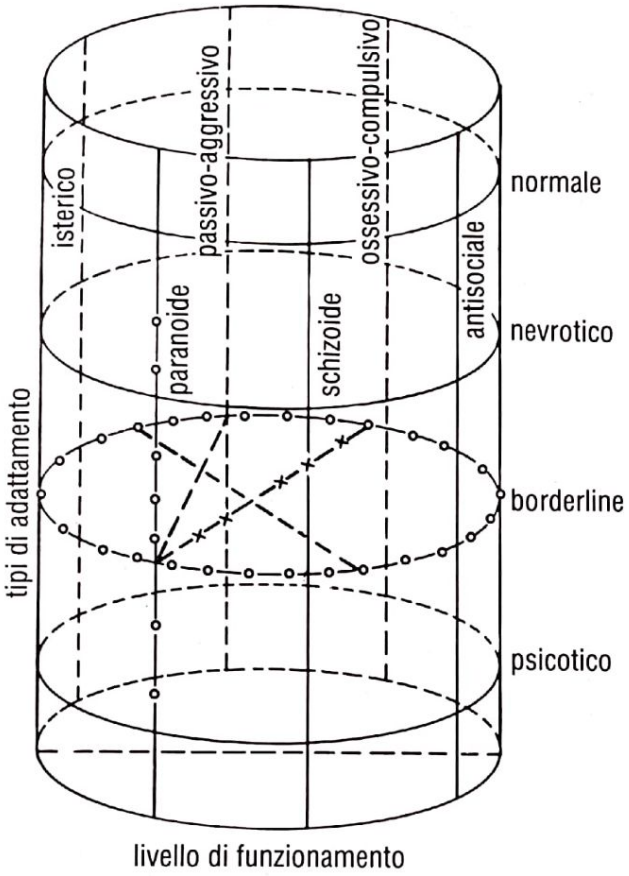

Fig. 1.
Matrice che mostra la relazione tra i tipi di personalità e livelli di funzionamento.

Poiché un funzionamento borderline può essere osservato associato a differenti tipi di adattamento (cfr. le diagnosi), in questo articolo discutiamo i fenomeni borderline, le loro forme di espressione, e le possibilità di trattamento, senza considerare la categoria diagnostica a cui questi fenomeni potrebbero essere assegnati. Definiamo i fenomeni borderline come diverse manifestazioni di scissione in cui le rappresentazioni del Se e dell'oggetto sono divise in «cattive» e «buone». Raggruppiamo i fenomeni Borderline come segue:

1) Ingresso rapido in relazioni transferali.
2) Invito alla simbiosi con rapidi scambi tra i ruoli di Vittima e Persecutore.
3) Ridefinizioni proiettive a catena.
4) Grandiosità con rapidi spostamenti tra i poli (minimizzazione-massimizzazione).
5) Alternanza tra i comportamenti passivi del «fare niente» e l'agitazione.
6) Progressivo aumento in intensità e gravità dei giochi.

Dividiamo i fenomeni in questo modo per rappresentarli più chiaramente, sebbene in realtà essi siano interconnessi.

INGRESSO RAPIDO IN RELAZIONI TRANSFERALI

Questo si riferisce ai modi con cui, al primo contatto o all'inizio della terapia, una persona sviluppa un'intensa relazione transferale, in cui ha con il terapeuta lo stesso tipo di approccio che ha con le figure parentali. Ciò succede quando all'individuo manca la capacità di rendersi conto dell'altro in modo separato dal proprio schema di riferimento simbiotico, e questo si manifesta nel modo continuo e pesante di ridefinire.

Nell'esempio seguente, il terapeuta lavora sulla decontaminazione confrontando le ridefinizioni e invitando l'Adulto del paziente a partecipare. Il paziente, che chiameremo Mirko, è uno studente di vent'anni diagnosticato come personalità borderline con adattamento paranoide-antisociale. Era arrivato alla seconda seduta con due ore di anticipo e insisteva per essere ricevuto immediatamente poiché si sentiva molto male.

M: Devo parlare con te. Sto terribilmente male! Non ce la faccio! (disconferma la sua capacità di controllarsi, manifesta grandiosità nei sentimenti, assume la posizione di Vittima in cerca di un Salvatore)

T: Mirko, sono occupato ora. Posso vederti alle undici come d'accordo. (rifiuta l'invito alla simbiosi, rimane nell'Adulto)

M: Non ce la faccio a controllarmi! chissà cosa potrebbe succedermi fino ad allora! Ieri sera sono stato sul punto di esplodere! (aumenta la grandiosità, si rifiuta di energizzare l'Adulto).

T: Ieri sera ti sei controllato bene, ed anche ora ti stai controllando. Così, non è vero che non puoi controllarti, se lo vuoi. (Confronta la grandiosità sull'urgenza dei sentimenti e la disconferma della sua capacità e responsabilità nel controllo di sè).

M: (Singhiozza, guarda fuori dalla finestra, disconferma)

T: Mirko, stai ascoltando? (controlla il funzionamento dell'Adulto)

M: Sì, sì, sto ascoltando. (con rabbia, cambia ed entra nella posizione del Persecutore).

Scanned by CamScanner

T: Adesso te ne andrai e tornerai alle undici, d'accordo?
M: (Singhiozzando) D'accordo! (Se ne va platealmente sbattendo la porta).

Alle undici.
M: Posso entrare adesso, o sei ancora occupato? (con ironia, perseguita nella posizione di Vittima)
T: Sì, entra. (Ignora l'invito alla simbiosi)
M: (Siede, guarda il pavimento singhiozzando; Bambino Adattato disperato, Vittima in cerca del Salvatore)
T: Mirko, mi congratulo con te per esserti controllato. (Invito ad accettare la responsabilità del proprio comportamento attraverso le carezze per l'autocontrollo)
M: (Sorridendo rassegnato) Non sto più male. (Molto tranquillamente, ridefinisce lo stimolo: «allora» in «ora» per non accettare la responsabilità del suo comportamento e per riconfermare idee grandiose sui suoi sentimenti e rimanere nella posizione di Vittima).
T: È buono che tu abbia smesso di stare male. (Sottolinea la responsabilità dei propri sentimenti)
M: (Sorridendo maestosamente) Quando hai detto che non potevi vedermi mi sono sentito abbandonato e senza senso, anche se sapevo che qualcosa del genere poteva accadere. Speravo che tu nonostante tutto avresti voluto parlare con me se stavo così male. (Opinione: «se sto male abbastanza qualcuno dovrà aiutarmi») Mi sono risentito quando ho visto che non avevi tempo per me.
T: Come poteva farti risentire il fatto che non ti vedessi con due ore di anticipo? (Invita l'Adulto, controlla il sistema ricatto)
M: Perché la gente mi ha sempre trattato in quel modo. Mi vogliono quando hanno bisogno di me, ma quando ho bisogno io, trovano delle scuse e non sono disponibili. (Ridefinisce lo stimolo da «tu ora» a «la gente sempre» — grandiosità).
T: Chi sono quelle persone che ti hanno trattato sempre in questo modo? (Non confronta la grandiosità allo scopo di esaminare la simbiosi)
M: Beh, tutti quanti (grandiosità).
T: Chi, per esempio? (Invita l'Adulto a uscire dalla grandiosità).
M: Beh, per esempio, tu. (Ridefinisce lo stimolo, invita al gioco «Guarda cosa mi hai fatto»).
T: Ti conosco soltanto da tre giorni. Chi l'ha fatto sempre? (Confronta la grandiosità, invita l'Adulto).
M: I miei genitori, mio padre, mia madre, gli amici, non mi hanno mai preso in considerazione (con rabbia) e nessuno lo fa, nemmeno tu! (Insiste ancora sulla grandiosità, intensifica la persecuzione dalla posizione di Vittima).
T: Quello che tu vivi come non essere preso in considerazione dai tuoi genitori, dagli altri, da me oggi, e il tuo risentimento sono il tuo problema. Capisco che non è facile per te sentire tutto questo (entra in contatto con la parte del Bambino sofferente e lo incoraggia ad accettare il problema come proprio)
M: Che posso fare? È veramente così. Non so cosa c'è in me per cui la gente mi tratta in questo modo. (Si orienta verso l'accettazione della propria responsabilità del problema)
T: Hai ragione se pensi che la cosa dipenda anche da te. (Sostegno dei Genitori a prendersi responsabilità)
M: So che dipende anche da me. Ma vorrei sapere cosa ho fatto per farmi rifiutare da te. Dimmelo, per favore! (Rifiuta di pensare, invita alla simbiosi, invitando il terapeuta a pensare al suo posto).
T: Quale pensi potrebbe essere la tua parte nel farti rifiutare da me? (Rifiuta di pensare al posto suo, invita l'Adulto).
M: Stavo solo terribilmente male e... (sorride).
T: E...?
M: Beh, sono venuto in anticipo perché... (Ridefinisce la domanda).
T: Ti sto chiedendo cosa hai fatto, non perché l'hai fatto. (Confronta la ridefinizione).
M: Non ho fatto nulla, tranne venire in anticipo. È tutto.

INVITO ALLA SIMBIOSI CON RAPIDI SCAMBI TRA VITTIMA E PERSECUTORE

Questo processo è dovuto alla relazione di transfert e può essere osservato nelle ridefinizioni. Le sue manifestazioni, le dinamiche interne, e l'origine lo rendono simile all'ingresso precoce nelle relazioni transferali. La differenza sta nel fatto che il primo di solito si presenta in modo sbalorditivo al primo contatto, mentre

Scanned by CamScanner

il secondo è presente lungo tutto il processo di terapia e dimostra il tipico scambio borderline dei ruoli. Nell'esempio seguente, il paziente è una persona di ventisette anni, chiusa in se stessa, diagnosticata come organizzazione borderline di personalità con adattamento schizoide e passivo-aggressivo, che soffre di diabete. È in terapia da un anno, e si è aggravato in seguito ad una recente e sgradevole esperienza omosessuale.

P: Non sono buono a niente; non ho nessuno. Nessuno mi vuole, davvero non ho nessuna possibilità (posizione di Vittima).
T: Ascolto quello che dici. Cosa vuoi fare oggi a proposito di questo? (invito a pensare proveniente dall'Adulto del terapeuta).
P: Lo sapevo che mi avresti fatto questa domanda. Non puoi pensare a nessun'altra domanda. Se lo sapessi non sarei qui. (Persecutore).
T: Hai intenzione di saperlo? (Adulto)
P: Sì, ma non lo vedi che non sono buono a niente? Ecco, ti insulto, ma in realtà sono una nullità (Vittima)
T: «Non so niente», «Sono una nullità» queste cose non sono realistiche. Sei disposto a muoverti verso una posizione migliore? (Adulto).
P: Non ce la faccio, non lo vedi? (con rabbia). È passato così tanto tempo. (Vittima, Persecutore, Vittima).
T: Dovresti davvero cominciare ad usare tutto quello che hai imparato nello scorso anno (Genitore Critico, competizione per il ruolo di Persecutore).-
P: Sì, sono stupido (Vittima).
T: Non so più davvero come aiutarti (in modo «disperato», competendo per il ruolo di Vittima).
P: (Ridendo) Vuoi farmi pensare. Va bene.

La manovra terapeutica qui usata è una tecnica di confusione (Javanovic & Kosanovic, 1984). Il terapeuta interviene con l'Adulto e rinforza gli interventi con un Genitore Critico positivo per ottenere la decontaminazione e/o rafforzare i confini. Il procedimento è utile nelle ultime fasi del trattamento, dopo che è completata la fase iniziale di decontaminazione.

RIDEFINIZIONI PROIETTIVE A CATENA

Queste ridefinizioni borderline usano la lettura del pensiero di transazione in transazione. Differiscono da altre ridefinizioni per il fatto che sono persistenti (uno stimolo può essere ridefinito durante tutta la seduta), e non sono usate soltanto con l'attuale terapeuta ma anche con altre persone che il paziente «introduce» nel dialogo. Lo scopo delle ridefinizioni proiettive a catena è la difesa rigida dello schema di riferimento personale.

Il caso seguente riguarda una lettrice di ventisei anni diagnosticata come personalità paranoide con adattamento paranoide-isterico. Vesna è in terapia da tre mesi. Al momento di stabilire il contratto disse che non credeva di poter fare dei cambiamenti perché poteva «vedere» che il terapeuta non le credeva. Altre persone, inoltre, non le credevano, così operava una proiezione sul terapeuta, vedendolo non disposto a lavorare con lei.

V: Voglio partire, andarmene via dai miei familiari e mettermi finalmente in proprio. Vedo che non mi credi. (Lettura della mente)
T: Vesna,come puoi vederlo? (Invita l'Adulto)
V: Nessuno con cui ho parlato, mi ha creduto. (Ridefinisce lo stimolo).
T: Come può rispondere alla mia domanda quello che dici? (Invita l'Adulto).
V: Beh, tu non avrai molta pazienza, per lavorare con me, e allora io non avrò l'energia per cambiare. (Lettura della mente, ridefinizione dello stimolo, invito alla simbiosi). Mi sembra che tu abbia paura al pensiero che io vada davvero via di casa (proiezione che sostiene la simbiosi).
T: È buono che ti sembri soltanto, che tu non lo stia affermando (Carezza il passaggio verso il pensare). Vuoi fare una verifica? (Invita l'Adulto).
V: Facciamo anzi qualcos'altro (balbettando, rifiutando di pensare al problema)
T: D'accordo. Sei disposta a vedere come negli altri minuti non hai risposto alle mie domande? (Lavoro sulle ridefinizioni).
V: (Dopo aver ascoltato il nastro) La mia voce è così strana! (Ridendo)
T: Che vuoi dire?
V: Proprio come... tu sai cosa voglio dire (Invito alla simbiosi, lettura della mente).
T: Non so cosa vuoi dire finché non me ne parli. (Rifiuta di leggere nella sua mente, richiama l'attività dell'Adulto).
V: Qualcosa di simile a... confusa... forse impaurita... Perché? Cosa ne pensi?
T: Buona domanda. (La carezza per il pensa-

Scanned by CamScanner

re, rifiuta di pensare al posto della paziente).

V: Vuoi dire che ho paura di andarmene? (Tentativo di coinvolgere il terapeuta nella simbiosi, lettura della mente, rifiuto di accettare la responsabilità dei suoi pensieri e sentimenti)

T: Stai leggendo nella mente.

V: Forse ho paura, ma è soltanto perché i miei genitori hanno paura quando ne parlo. No! Piuttosto sarebbero dispiaciuti, ma mia sorella ha paura. È molto legata a me. (Proiezione).

T: Come sai che tua sorella ha paura?

V: Perché è così legata a me (Ridefinisce la domanda).

T: Se te ne vai, tua sorella non potrebbe aiutarti ma avrebbe paura poiché è così legata a te. La paura è l'unico sentimento che si può provare se la persona, a cui si è legati, se ne va. (Porta all'assurdità la grandiosità sulla paura, confronta il comportamento simbiotico).

V: Oh, no! (Ridendo).

T: Allora cosa?

V: Potrebbe, per esempio, dispiacersi. E forse le piacerebbe avere più spazio in camera. Come posso sapere che cosa sentirebbe? (Ride, cessa le proiezioni e comincia a pensare; l'Adulto è stato energizzato a partire dal Bambino Libero attivato dalla assurdità).

T: Hai ragione. Naturalmente non puoi saperlo finché non fai una verifica.

V: Devo essere io ad avere paura. Naturalmente ho paura. Come me la caverò da sola? Cosa mi succederà? (Resoconto dall'Adulto sui sentimenti del Bambino decontaminato).

Gli interventi terapeutici usati in questo esempio sono stati fatti principalmente dall'Adulto del terapeuta e sono stati messi a punto per aiutare a differenziare tra «Io» e «Tu» e tra pensieri, sentimenti e credenze.

GRANDIOSITÀ CON RAPIDI SPOSTAMENTI TRA I POLI (MINIMIZZAZIONE-MASSIMIZZAZIONE)

Questa dinamica è una manifestazione della scissione e della corrispondente incapacità di mantenere una costante visione di sè o dell'altro. «La grandiosità è un meccanismo interno che implica un'esagerazione (minimizzazione o massimizzazione) di alcuni aspetti del Sè, degli altri o della situazione» (Schiff e altri, 1975).

Crediamo che la grandiosità, com'è stata definita da Schiff, è la manifestazione del meccanismo di scissione definito da Kernberg (1984). L'esempio seguente descrive un uomo di ventisei anni con una lunga storia di comportamenti negativi all'interno di un adattamento di personalità schizoide-passivo-aggressivo. È al suo sesto mese di terapia, e stiamo discutendo un contratto generale che riguarda il pensare in modo chiaro.

T: Cos'hai intenzione di fare oggi?

P: Perché non mi dici cosa fare. Io non lo so davvero. Mi hanno detto che sei la migliore; (idealizzazione, disconferma delle proprie capacità, invito alla simbiosi).

T: Io so meglio di te cosa dovresti fare? (Confronta la disconferma).

P: Lo sapevo. Tu non sai nulla. Sei proprio come gli altri. So che devo fare tutto da solo. (Ridefinizione attraverso una grandiosità di carattere transferale).

T: E cosa sei disposto a fare e vuoi fare? (Invito all'Adulto).

P: Non lo so. (Disconferma).

T: Vedo che stai disconfermando tutti quei problemi di cui parlavi e che adesso mi stai chiedendo di pensare al tuo posto. Tu puoi pensare. (Chiarificazione, permesso).

P: Sì, hai ragione. (Per la prima volta in quel giorno stabilisce un contatto visivo più duraturo con la terapeuta) Io faccio sempre così... Voglio dire, disconfermo. (Energizza l'Adulto per poco, poi dice di nuovo una grandiosità)

T: Buona riflessione. Vedo che non lo stai facendo adesso, perciò non è sempre. (Carezze per pensare, confronto della grandiosità)

P: Sì. (Ridendo) Sei speciale, altri terapeuti non sono così intelligenti. (Idealizza ancora) Ma (singhiozzando) non so ancora cosa fare (Disconferma di nuovo)

T: Sembra che non ci sia modo per entrambi di essere in una buona posizione. O io sono cattiva o lo sei tu. (Chiarificazione della scissione e confrontazione dello schema competitivo di riferimento)

P: Ah, interessante. (Energizza l'Adulto)

In questo esempio il terapeuta, in molti modi differenti, confronta la grandiosità e rinforza l'Adulto del paziente.

Scanned by CamScanner

ALTERNANZA TRA I COMPORTAMENTI PASSIVI DEL «FARE NIENTE» E L'AGITAZIONE

Riteniamo che anche l'alternanza tra comportamenti passivi («fare niente») e l'agitazione e/o l'incapacitazione/violenza (Schiff e altri, 1975) sia una manifestazione della scissione stessa: il paziente è in contatto con una sola polarità alla volta. Dapprima disconferma l'esistenza dello stimolo, aumentando la tensione, e poi manifesta impulsivamente l'agitazione e/o l'incapacitazione/violenza prima di tornare ancora una volta al tipo di passività del «fare niente».

Esempio: Jasna, un'impiegata di ventisei anni, è in terapia da un anno. È diagnosticata come personalità borderline con un adattamento schizoide passivo-aggressivo. Jasna arriva in gruppo affermando che è di buono umore. Sorride e dice che ha programmato di lavorare ma non ha ancora deciso su cosa lavorare. «Lo dirò quando sarò pronta». Poi si ritira, chiudendosi su di sè, mette la testa fra le mani, i gomiti appoggiati sulle ginocchia, non reagendo a quello che succede nel gruppo. Dopo un'ora comincia a tamburellare e a massaggiarsi il mento. (Riconosce passivamente il proprio disagio e aspetta che coloro che le stanno intorno reagiscano).

T: Jasna, vedo che ti stai tamburellando e massaggiando il mento e aggrottando le ciglia; non stai neppure partecipando al gruppo. Questo non è il modo di risolvere il tuo problema. Vuoi dirci cosa c'è che non va? (Confronta la passività)
J: Niente. Sto bene... In pratica, non lo so. C'è qualcosa che non va. Ero di buon umore. (Disconferma)
T: E cosa hai fatto? (Invita l'Adulto)
J: Non lo so. È come se non fossi qui. Voglio dire, so dove sono, ma non mi ci sento. Non so nemmeno cosa volevo fare. Mi sono persa in qualche modo. (Rifiuta di pensare, invita al gioco «Fammi qualcosa»)
T: Sei disposta ad essere presente ora?
J: Sì.

Il terapeuta propone un procedimento di attinenza alla realtà per mitigare l'ansia valorizzando l'esperienza nel qui ed ora. Alla paziente viene chiesto di descrivere in dettaglio la stanza, i membri del gruppo, il terapeuta, di toccare il sedile della sedia sulla quale è seduta. Dopo questo modo di procedere la paziente dice di sentirsi presente e presto ricorda cosa voleva fare.

J: Ricordo adesso, ma ho paura di farlo qui. Ho paura di lavorare su questo, in gruppo.
T: Non hai bisogno di «perderti» per evitare di fare qualcosa di cui ti vergogni.
J: Uno può anche dirlo.
T: Sì, è una scelta.

Confrontando la passività e usando un procedimento di attinenza alla realtà, il terapeuta favorisce la decontaminazione.

PROGRESSIVO AUMENTO DELL'INTENSITÀ E SEVERITÀ DEI GIOCHI

Spesso abbiamo osservato la seguente tipica sequenza «borderline» dei giochi: dapprima il paziente cerca di giocare a «Povero me» o «Gamba di legno» (Indifeso, incapace, non amato), poi a «Sì, ma» (la giusta vittima), poi a «Fammi qualcosa» (la Vittima che cerca un Salvatore), poi a «Prendimi a calci» (il Persecutore che cerca una Vittima immediatamente seguito dalla Vittima in cerca di un Persecutore), poi a «Spalle al muro» e a «T'ho beccato» (Persecutore) e infine il ritorno a «Povero me» ripartendo di nuovo con la sequenza.

Confrontando queste sequenze di gioco, troviamo utile reagire riportando a livello esasperato gli elementi dei giochi precedenti. Chiamiamo questa tecnica «retromarcia» e può essere usata soltanto dopo che è stato fatto sufficiente lavoro di confrontazione dei giochi e così anche della ripetizione della sequenza, che è un frequente fenomeno borderline. Per esempio il gioco «Fammi qualcosa» può essere fermato usando risposte «Sì, ma», e il gioco «Sì, ma» assumendo l'inerme posizione di «Gamba di legno».

In questo modo l'intensità e il genere di giochi può essere diminuito. Invece di giocare tutto l'arco del gioco, il paziente gioca soltanto parti di giochi differenti, secondo la sequenza citata, senza riguardo al comportamento del terapeuta (Che sta confrontando o entrando in un gioco). Vediamo anche questo processo come una manifestazione della scissione stessa. Esempio: il paziente, con diagnosi di psicosi latente con un adattamento schizoide passivo-aggressivo, è stato in terapia sei mesi (G = del gruppo).

P: Non mi posso liberare di questo (Intende la sua omosessualità, che teme; «Povero me»)
G: Che intendi dire? Vuoi spiegarti?
P: Sì, ma non servirà («Sì, ma»)

Scanned by CamScanner

T: Cosa servirebbe?
P: Se mi dici cosa fare (Gancio per «Sì, ma» e «Fammi qualcosa»)
T: Sì, ma avevo l'abitudine di farlo e non ti andava, ricordi?
P: Certo, come potevi sapere cosa mi proponevo di fare. Conoscevo già qualsiasi cosa tu dicessi. Vai bene, puoi andar bene per qualche stupido (gancio per «Prendimi a calci»).
T: Bene puoi pensare per te. Buono. E se mi aiuti, forse saprei anch'io («Retromarcia» — «Fammi qualcosa»)
P: Sì, e io non sono meglio. Non si può far nulla («Spalle al muro»)
T: Adesso siamo con le spalle al muro, no? E non mi va di starci un minuto di più per tirare fuori te («Retromarcia» — «Prendimi a calci»). Questo non è un modo per uscire dall'angolo (Informazione per la decontaminazione)
P: Capisco (energizza l'Adulto)
T: Bene. Adesso che hai capito, cos'hai intenzione di fare?

CONCLUSIONE

Il concetto di «fenomeni borderline» è utile in quanto permette ai clinici di applicare processi diagnostici e terapeutici nel trattare un problema senza ricorrere al costrutto di una categoria diagnostica. Riteniamo che sia importante per non etichettare i pazienti, nemmeno in sottili termini AT. Perciò usiamo il concetto di fenomeni borderline per curare vari stati disfunzionali, senza riguardo alla categoria diagnostica. Inoltre usiamo il termine «borderline» per riferirci ad un livello di funzione di personalità, non ad un tipo, e per rappresentare varie manifestazioni di scissione. Comprendiamo e descriviamo questo livello attraverso il concetto AT di simbiosi, triangolo drammatico, disconferma, ridefinizioni, grandiosità, passività e giochi. Riconoscere il livello di funzionamento borderline aiuta a sviluppare uno specifico piano terapeutico che è centrato sulla decontaminazione.

Mirjana Divac-Jovanovic Membro Clinico della ITAA lavora alla Clinica Psichiatrica della Università di Belgrado, Yugoslavia.

Sonia Radojkovic, Membro Clinico della ITAA lavora nel reparto salute mentale del Policlinico «Dr Milutin Ivkovic» di Belgrado, Yugoslavia.

BIBLIOGRAFIA

Berne, E., (1961), *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Ballantine Books. Analisi transazionale e Psicoterapia, Astrolabio 1971.

Divac-Jovanovic, M., & Kosanovic, T. (1984). Dekontaminacija u terapiji funckcionalnih psyhoza i granicnih stanja. *Psihijatrija Danas*, *XVI*(3-4), 319-322. Belgrad: Instituz za mentalno zdravlje.

Hartocollis, P. (Ed.). (1977). *Borderline personality disorder*. New York: International Universities Press.

Haykin, M. D. (1980). Tupe casting: The influence of early childhood upon the structure of the Child ego state. *Transactional Analysis Journal*, *10*, 354-364. Neopsiche Anno 2 N. 4 (1986).

Joines, V. (1986). Using redecision therapy with different personality adaptations. *Transactional Analysis Journal*, *16*, 152-161. Neopsiche Anno 5 n. 9/10 (1987).

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press.

Schiff, J. L., with Schiff, A. W., Mellor, K., Schiff, E., Schiff, S., Richman, D., Fishman, J., Wolz, L., Fisherman, C., & Momb, D. (1975). *Cathexis reader: Transactional analysis treatment of psychosis*. New York: Harper & Row. Analisi transazionale e cura delle psicosi Astrolabio, 1980.

Ware, P (1983). Personality adaptations. *Transactional Analysis Journal*, *13*, 11-19.

Woods, K., & Woods, M. (1982). Treatment of borderline conditions. *Transactional Analysis Journal*, *12*, 288-301

ποίησις

Poiesis - Psicoterapia e Analisi Transazionale
Catania - Via La Rosa 37 - Tel. 095/327881

Gruppi di evoluzione personale, gruppi intensivi esperenziali (Work-shops), formazione e aggiornamento, consulenza e supervisione

Per informazioni e per ricevere il depliant telefonare o scrivere alla segreteria del Centro

Scanned by CamScanner

Depressione: un'integrazione di A.T. e di concetti psicodinamici

Raman Kapur

Traduzione di Giorgio Piccinino
Revisione di Marialuisa Pisani

RIASSUNTO

Questo articolo integra concetti psicodinamici e di AT per una comprensione più completa della depressione.

Vengono rivisti i temi principali del trattamento di depressioni leggere e gravi e presentato uno scorcio longitudinale del trattamento psicoterapeutico.

ABSTRACT

This article integrates TA and psychodynamic concepts in order to provide a fuller understanding of depression. The major issues in treating mild and severe depression are reviewed, and a longitudinal view of the psychotherapeutic treatment of depression is presented.

INTRODUZIONE

La depressione è una delle forme più comuni di psicopatologia. Il suo trattamento comprende sia i tradizionali interventi farmacologici che gli approcci psicoterapeutici.

Questo articolo si focalizza sui secondi integrando concetti di AT, psicoterapia dinamica, e il modello di Arieti e Bemporad di depressione grave e lieve.

LE DINAMICHE DELLA DEPRESSIONE

> «Sto cercando di essere qualcun altro
> adattandomi dove posso.
> L'ho fatto per così tanti anni
> che non so chi sono»

Questi versi di un cliente esemplificano la dinamica dell'«altro dominante», messa in luce da Arieti e Bemporad, in cui vivono i pazienti depressi, non per se stessi, ma per altri, molto spesso un coniuge, meno frequentemente la madre, un amante, un ragazzo già grande, una sorella o un padre:

(Benché questo modello sia prevalente, altri depressi vivono per uno scopo irraggiungibile, chiamato l'«obiettivo dominante»).

Da bambini queste persone erano incoraggiate a cercare gratificazioni usando l'altro dominante come un intermediario che ricompensasse ogni attività (Bemporad, 1977). Per esempio, grandi raggiungimenti in campo educativo vengono fortemente perseguiti per guadagnarsi l'approvazione dell'altro dominante.

Questa interazione genitore-figlio è chiamata «relazione di contrattazione», i depressi si negano gratificazioni autonome in cambio della accettazione da parte dell'altro dominante.

Più tardi, cercano spesso di ristabilire questo modello con inconsapevoli oggetti transferali, compreso il terapeuta.

Ad un esame più approfondito, la struttura di personalità dei depressi rivela la sottostante passività tipica del loro funzionamento alla giornata (Brown, 1977), (Cameron, 1963). Semrad (Rako e Mazer, 1980) descrive questo come «l'ottenere che qualcun altro faccia qualcosa che loro non fanno...».

Da una prospettiva transazionale, l'analisi strutturale rivela diverse caratteristiche. Lo Stato dell'Io Genitore mostra vari problemi importanti (Loomis e Landsman, 1980-1981). Il forte Genitore Critico esterno permette loro di attribuire ad altri la responsabilità dell'angoscia. Criticano così le altre persone significative e le percepiscono come traditrici della loro fiducia.

Una infermiera di quarant'anni, per esempio, mediamente depressa, rilevava spesso quanto fosse inutile aver fiducia negli altri dato che questi continuavano a deluderla.

* Raman Kapur Depression: An Integration of TA and Psychodinamic Concepts TAJ-April 1987 Vol. 17 n. 2 pag. 29/34 ITAA Permission.

Scanned by CamScanner

Questo Stato dell'Io Genitore esterno disfunzionale è poi indebolito dal forte Genitore Critico interno che fa sì che standards e aspettative personali irragionevoli vengano fermamente stabilite. In questo modo la persona fallisce sempre, si sente colpevole e ancora più depressa.

Questa caratteristica dello Stato dell'Io Genitore è spesso attribuita dai teorici della psicoanalisi al duro e severo Super-Io (Bellak, 1981).

Il disequilibrio del Genitore Affettivo nei depressi fa sì che essi si prendono cura di persone a loro scapito, una strategia di rapporto che ha un'impronta spesso masochistica.

Essi si sentono incapaci di amare e di prendersi cura di se stessi e l'auto-immagine è di essere *completamente cattivi*.

L'Adulto disfunzionale dei depressi favorisce una notevole ambivalenza (Benedek, 1975) e trasferisce un senso di frustrazione al terapeuta che è spesso invitato ad energizzare il suo Adulto per disinnescare questa ambivalenza.

Lo Stato dell'Io Bambino adempie funzioni importanti per mantenere questo penoso status quo.

In particolare, l'intensità del Bambino Adattato Indifeso invita gli altri al salvataggio ed il terapeuta spesso finisce per interpretare i ruoli del triangolo drammatico (Karpman, 1968).

Le persone depresse, che sono incapaci di trovare modi autentici di entrare in relazione, quando si avventurano fuori dal loro guscio fanno spesso ricorso alle manovre del proprio potente Bambino Adattato.

Il Bambino Adattato è usato in modo da ferire coloro che sono percepiti come la causa della loro angoscia. Raramente c'è un'espressione sana dell'energia del Bambino libero; l'emozione prevalente di rabbia tende ad essere rivolta in modo insano sia all'interno che all'esterno (Birnbaum, 1976), e quest'ultima è indirizzata verso le figure più significative. Il Bambino libero resta trascurato e affamato di carezze. Affrontando l'inevitabile rifiuto e la pregiudicata autostima conseguente queste strategie di relazione inadatte, le persone depresse tendono a diventare dipendenti dagli altri e ad usare queste relazioni come fonti di nutrimento narcisistico; richiedono infatti amore e rassicurazione agli altri (Bellack, 1981). La negazione, il meccanismo di difesa primario usato dai depressi per gestire l'ansia, previene una prematura esplorazione delle ragioni più inconscie che stanno dietro l'angoscia della persona.

In termini di diagnosi differenziale l'intensificazione di uno o più comportamenti di un cliente può portare il clinico a mettere in dubbio una diagnosi di depressione. È importante considerare che, per assicurare un trattamento di successo, è necessaria una chiara differenziazione tra depressione e stati border-line; se si fallisce in questo si possono incontrare notevoli resistenze (Weiner, 1982).

Il lavoro psicoanalitico di Kernberg (1975, 1980) ripercorre in modo molto dettagliato la valutazione delle condizioni borderline.

Le parti seguenti di questo articolo presentano una visione longitudinale del trattamento della depressione clinica, in cui l'AT tradizionale e i concetti psicodinamici vengono integrati nel modello di depressione «l'altro dominante».

FASE INIZIALE DEL TRATTAMENTO

L'efficacia della terapia dipende dal buon esito del contatto tra terapeuta e cliente. Le basi poste in questa fase iniziale dettano spesso la forza e la struttura dello sviluppo emozionale che avviene nelle fasi seguenti.

I clienti depressi sono spesso riluttanti a un contatto terapeutico e le transazioni iniziali del terapeuta necessitano di quello che Loomis e Landsman chiamano *Genitore Affettivo realistico* (1981).

L'effetto negativo di un'offerta di un forte Genitivo Affettivo, privo di messaggi Adulti, è che i clienti depressi possono sentire che quella dipendenza idealizzata e fantasticata ora esiste. Arieti (1978) suggerisce al terapeuta di iniziare dicendo «molto probabilmente tu non sai perché sei depresso. Ma nella mia attività professionale ho visto, senza eccezione, che esistono dei motivi per tutte le depressioni. La depressione non cade giù dal cielo. L'angoscia e la sofferenza provengono da cause che una persona come te, in un certo periodo della sua vita, non può trovare da solo. Ha bisogno di aiuto» (p. 37-38).

Un qualche investimento di energia nell'Adulto da parte del cliente permette al terapeuta di formulare un contratto terapeutico.

Ogni uscita di sicurezza (Holloway, 1977) deve essere chiusa attraverso un esame approfondito del contratto, dato che questi clienti sono inevitabilemnte in apprensione per ogni cambiamento proposto.

Comunque l'accordo contrattuale è spesso pragmaticamente dettato dall'intensità della

Scanned by CamScanner

depressione; i clienti gravemente depressi saranno molto passivi di fronte ad ogni impegno.

Come per tutti gli aspetti del piano terapeutico, è richiesta una valutazione su basi individuali.

Uno degli scopi primari inconsci dei clienti depressi nella fase iniziale del trattamento, è di mantenere un elevato livello di dipendenza dal terapeuta, con poco o nessun cambiamento in come essi vedono se stessi o le altre figure significative.

A questo punto il modello di simbiosi degli Schiff (Schiff & Schiff, 1971) è utile per chiarire i meccanismi usati dai clienti per mantenere questa dipendenza.

Usando la terminologia di Arieti e Bemporad il terapeuta diventa ora il *terzo dominante* in aggiunta al cliente e all'altro dominante.

Nel momento in cui si sviluppa la relazione terapeutica, i clienti arrivano ad aver fiducia che il Genitore e l'Adulto del terapeuta possano prendersi cura e pensare a loro, e perciò badare ai bisogni del loro Bambino.

Col progredire della relazione terapeutica il transfert si sviluppa in modo tale che il terapeuta è percepito come un'altra figura d'autorità nella vita del cliente. Le difese e le resistenze possono essere attivate per combattere ciò che i clienti vedono come ulteriori intrusioni e penetrazione nella loro vita.

Dal momento che le loro precedenti esperienze con le figure d'autorità sono state inevitabilmente caratterizzate da dolore e delusione, i clienti depressi entrano in un periodo di resistenza in cui valutano il rischio di fidarsi ancora di un'altra figura d'autorità.

La resistenza è una difesa espressa nel transfert (Singer, 1970; Watchel, 1982) e conseguentemente il terapeuta deve essere sensibile all'ansietà individuale dei clienti depressi come ad ogni contro-transfert potenzialmente dannoso.

La resistenza nei depressi è caratterizzata dai giochi «Sì, ma» «Prendimi a calci» «Gamba di legno» e altri (Birnbaum, 1976; Breen, 1977; Kemp, 1977). I clienti resistono al cambiamento poiché questo comporta l'assunzione di rischi rilevanti ed essi hanno di solito preso una decisione interna basata su un'esperienza precedente: «una volta colpito, due volte spaventato». Essi mostrano quello che Schmale e Engel (1975) chiamano *reazione di conservazione-ritiro*: cioè diventano inattivi e disimpegnati verso un ambiente che percepiscono come non più capace di provvedere ai necessari nutrimenti, sicurezza e conforto. Come scrisse un cliente.

> «Ma io parlo non solo con rabbia e dolore
> ma con una passione ed una gioia e una mente
> che è sana
> Parlo per dirti che non è solo malata
> Essa dà amore e tenerezza e le emozioni sono liete
> L'amore è una finestra di vetri scintillanti
> È anche una stanza satura di gas letale».

Così tutta la prima fase del trattamento è caratterizzata da un sano Genitore Affettivo del terapeuta che focalizza contemporaneamente le resistenze al cambiamento.

L'analisi verbale della resistenza rivela i giochi usati da questi clienti.

Cercano di mantenere la loro passività funzionando solo a partire dal Bambino. La loro apparente riluttanza a fidarsi del terapeuta può essere compresa nel contesto dell'intera relazione terapeutica, cioè il transfert e il contro-transfert (Chessick, 1977). Di fronte alla resistenza non deve essere fatto nessun tentativo, in questa fase del trattamento, per esplorare le ragioni sottostanti la loro angoscia; l'obiettivo piuttosto è di sviluppare un'alleanza terapeutica (Bugental, 1978).

FASE INTERMEDIA DI TRATTAMENTO

Questa fase può venire chiamata *fase lavoro*, poiché qui il cliente comincia a capire le ragioni della sua angoscia. La sua lunghezza dipende dalla gravità della depressione e può estendersi da sei mesi nei casi leggeri fino a tre anni in quelli più difficili. I temi principali e il focus in questo stadio di trattamento sono: il transfert, il diminuire le resistenze, la tecnica terapeutica, il problema del contro-transfert, i fattori che influenzano il risultato e la svolta fondamentale necessaria prima che possano iniziare a prendersi cura di se stessi.

Durante la prima fase di trattamento i clienti depressi vedono il terapeuta come colui che possiede le caratteristiche dell'altro dominante della vita reale. Il compito del terapeuta è passare a mantenere una posizione più flessibile di quella dell'altro dominante nella vita reale, cosicché il transfert originale può essere risolto.

Il terapeuta diventa ciò che Arieti e Bemporad chiamano il *terzo significativo* (1987), una

Scanned by CamScanner

persona che è capace di condividere le esperienze con il cliente senza avere lo scopo di controllarlo o di dominarlo.

In rapporto ai processi simbiotici il cliente passa da un ruolo passivo alla energizzazione del Genitore e dell'Adulto con il contemporaneo disinvestimento delle manovre del Bambino Adattato. Questa, tuttavia, continua ad essere una fase delicata di questi clienti, e il terapeuta ha bisogno di lasciar loro il tempo per ampliare pienamente le loro risorse al riparo dell'ombrello emozionale del Genitore e dell'Adulto del terapeuta.

Un terapeuta potente che assicura permessi e protezione è importante in questa fase (Crossman, 1966).

La resistenza si dissolve in modo considerevole durante questa fase intermedia di trattamento. I giochi diminuiscono, svalutazioni e ridefinizioni diventano minime.

La durata e l'intensità di temporanee resistenze sono dettate dai problemi emotivi affrontati. Ai clienti è concesso capire se stessi ad un passo reciprocamente gradevole. Questa fase è caratterizzata da ciò che Fried (1980) chiama le tirate a ritroso e le spinte in avanti della psicoterapia.

Il terapeuta è ora in una posizione strategica per cercare le cause dell'angoscia dei clienti.

Le conclusioni precoci di copione attorno alla posizione di base «io non sono Ok» e le ingiunzioni vengono esplorate ed esaminate con cura. Goulding e Goulding (1979) identificarono diverse ingiunzioni comuni ai pazienti depressi, fra cui «non essere» «non essere vicino» «non fidarti» «non essere te stesso» «non sentire» «non farcela».

Il punto focale della terapia diventa così l'incoraggiare i clienti a prendere nuove decisioni su come vedere se stessi, basate su nuove informazioni diponibili al loro Stato dell'Io Adulto.

Il tipo di tecnica terapeutica usata per facilitare queste nuove decisioni interne dipende dalla gravità dell'attuale depressione.

Le tecniche di ridecisione sviluppate dai Goldings (1978, 1979) sono più adatte a clienti mediamente depressi che mantengono un funzionamento psicologico relativamente buono.

Se il loro funzionamento cognitivo non è indebolito in maniera significativa possono diventare attivi e interessati nel capire se stessi.

Al contrario, i clienti gravemente depressi soffrono di un marcato indebolimento cognitivo con associato un basso funzionamento psicologico. Essi sono meno motivati a cambiare e necessitano così di un intervento che li incoraggi gradualmente a prendere nuove decisioni su come vedono se stessi (Kapur, Ramage, Walker, 1986). Con questi clienti è efficace, per dissolvere le ingiunzioni distruttive, il suggerimento di Steiner (1974) di rompere l'esistente economia di carezze per permettere loro di riceverle e darle.

I più utili strumenti terapeutici con questi clienti sono le carezze positive unitamente alle interpretazioni sul perché essi hanno un'autopercezione così poco sana.

Sia con i gravi che con i lievi depressi, l'emozione più cruciale con cui avrà a che fare il terapeuta nel trattamento sarà la sua risposta alle tendenze suicidali del cliente. Il terapeuta deve stare all'erta sul suo razionale o irrazionale contro-transfert ed usare al massimo questo materiale per risolvere la situazione.

Quando incontra comportamenti suicidali il terapeuta deve *infondere* ai clienti speranza nelle possibilità di cambiamento. (Lesse, 1975).

Come questi clienti sono incoraggiati ad uscire dal loro guscio fragile ma di riparo emotivo, ogni cambiamento, piccolo o grande, deve essere rinforzato da parte del terapeuta.

Per superare, in questa fase di trattamento, con il cliente depresso, una crisi suicidale, viene fatto subito un contratto di non suicidio (Goulding e Goulding, 1978; Steiner, 1974) e, se questo è praticabile, vengono offerte facilitazioni residenziali.

Anche con queste precauzioni, ci sono comunque situazioni in cui un cliente depresso gravemente porterà a termine il tornaconto finale del copione e si ucciderà.

Perciò il terapeuta deve avere chiarezza sul problema della responsabilità individuale; questo richiede un esame delle fantasie di salvatore onnipotente e rendersi conto che non può salvare tutti i pazienti. (Pleffer, 1984).

I due fattori che maggiormente contano per la gravità della depressione sono le esperienze dell'infanzia e come ha vissuto i trattamenti precedenti. I clienti che soffrono di un grave rifiuto familiare e che hanno subito violenza tendono a rifiutare l'aiuto terapeutico che percepiscono come intrusivo e dannoso.

Inoltre, il tipo e la lunghezza del trattamento precedente possono influire in modo significativo sul successo della terapia attuale. Pilkonis, Imber, Lewis e Rubinsky (1984) dimostrano che una lunga storia di terapie e sintomi che durarono sempre più a lungo sono segnali attendibili di scarsi risultati per la psicoterapia.

Scanned by CamScanner

Durante la fase intermedia della terapia i clienti spesso mettono in dubbio la validità dell'autoamore ed esprimono la paura che interessarsi a se stessi possa essere interpretato come egoismo. Eric Fromm (1967) ha trattato dettagliatamente questo problema; una mancanza di amore per se stessi e un'esagerata preoccupazione per gli altri spesso implica una svalutazione di sé. Dare il permesso ai clienti di amare e prendersi cura di se stessi è spesso una delle mosse più importante e significative con i pazienti depressi.

Come un genitore transferale il terapeuta incoraggerà i clienti a fare questo cambiamento radicale poiché costituisce la base per la futura crescita emotiva. Come scrive Fromm (1967): «L'affermazione della propria vita, la felicità, la libertà è radicata nella propria capacità d'amare, cioè nell'attenzione, nel rispetto, nella responsabilità e nella conoscenza. Se un individuo è capace di amare in modo costruttivo ama anche se stesso; se è capace solo di amare gli altri non può amare del tutto». (p. 130).

Riassumendo, il lavoro più importante in questa fase della terapia sta nell'esplorare i motivi che storicamente hanno determinato l'angoscia del cliente. Le ingiunzioni parentali vengono prese in esame e vengono prese nuove decisioni su come il cliente vede se stesso e gli altri. Come un genitore transferale nella relazione da terzo significativo, il terapeuta incoraggia i clienti a badare a se stessi e dà loro il permesso di affrontare i rapporti in modo diverso. Quando questo succede il transfert si dissolve e i clienti percepiscono il terapeuta senza distorsioni legate al passato.

FASE FINALE DEL TRATTAMENTO

Uno degli obiettivi principali del trattamento dei clienti depressi è il favorire la consapevolezza di quegli eventi passati che li hanno mutilati emotivamente e hanno in questo modo ristretto le loro opzioni nel rapporto con gli altri. Questo richiede un funzionamento ottimale dell'Adulto e un Genitore affettivo e che dà permessi. I clienti sono incoraggiati ad affrontare i rapporti in un modo in cui i bisogni del loro Bambino possono esprimersi, non essere violentati.

Uno dei cambiamenti più significativi nell'esperienza dei depressi riguarda la loro capacità di ascoltare se stessi per scoprire cosa realmente vogliono dai rapporti.

Il Genitore Affettivo interno e il Bambino Libero ora operano insieme, il primo si prende cura dei bisogni di calore, sicurezza e benessere emotivo del secondo. Un nuovo canale di comunicazione esiste fra questi Stati dell'Io. I clienti non hanno più bisogno di impegnarsi in relazioni potenzialmente masochistiche con gli altri per ricevere gratificazioni. Possono piuttosto funzionare in maniera indipendente e ottenerne piacere.

Spesso, quando i clienti arrivano alla fase finale del trattamento, ribaltano radicalmente i precedenti modelli di comportamento relazionale, passando cioè dalla sottomissione al predominio. Questo può creare molte difficoltà ed hanno bisogno di aiuto nel trovare l'equilibrio nell'affrontare i rapporti.

Sono necessarie accurate valutazioni Adulte della situazione e capacità decisionali raffinate per arrivare a ciò che può essere definita una *via di mezzo* nelle relazioni. Questo equilibrio è simile alle idee trovate dal Buddismo tradizionale (Hamphzeys, 1959) in cui vige una ricerca costante del giusto equilibrio tra gli innumerevoli opposti nei rapporti umani.

Altre caratteristiche della fase finale della terapia con clienti depressi sono un Genitore Critico meno severo e un Bambino Adattato meno prevalente e che non usa l'impotenza come modo principale per avere rapporti. Essi non si aggrappano più ad aspettative irrealistiche e possono abbandonare il loro precedente comportamento d'impotenza.

CONCLUSIONI

Il trattamento psicoterapeutico dei depressi richiede un cambiamento radicale nel loro comportamento psichico. Ci deve essere un cambiamento negli assunti che riguardano loro stessi e il mondo in cui vivono. Questo implica nuove decisioni sulle loro percezioni di sé e degli altri e l'accettazione della responsabilità e dell'autorità sulla propria vita. Krishnamurti (1971) lo descrive eloquentemente quando tratta della sofferenza:

«Il disfarsi del passato ogni volta che giudichi te stesso costituisce la libertà dal passato. La tristezza finisce solo quando c'è la luce della comprensione, e questa luce non è solo accesa da un'esperienza o da un lampo, questa comprensione si accende per tutto il tempo... comprendersi è la fine della tristezza». (p. 109).

L'intrinseco messaggio della psicoterapia

Scanned by CamScanner

della depressione è che la vita è degna di essere vissuta.

Come terapeuti il nostro interesse è su come i nostri clienti possono guarirsi al meglio dal loro passato e dalle ferite emotive sia del passato che da circostanze attuali. Offrendo un'integrazione di concetti provenienti da diversi modelli terapeutici, l'autore fa eco all'affermazione di Krishnamurti secondo cui «la verità è una terra inesplorata che non può essere avvicinata da nessun sentiero, da nessuna religione, da nessuna setta» (Commento pubblico Ommeu, Holland, 3 Agosto 1929).

Nello sforzo terapeutico, «la guarigione» può essere vista come una terra inesplorata che non può essere avvicinata da nessuna via predeterminata o specifica. Offrendo ai nostri clienti diversi strumenti per curare le loro ferite, noi rispettiamo la loro individualità e aumentiamo le possibilità di successo della psicoterapia.

Raman Kapur: lavora al Shenley Hospital, Radlett, Hertfordshire.

Raman Kapur: lavora al Shenley Hospital, Radlett, Hertfordshire.

BIBLIOGRAFIA

Anthony, E. J., & Benedek, T. (Eds.). (1975). *Depression and human existance*. Boston: Little, Brown.

Arieti, S. (1978). A psychotherapeutic approach to severely depressed patients. *American Journal of Psychotherapy*, *XXXII*(1), 33-47.

Arieti, S., & Bemporad, J. (1978). *Severe and mild depression: The psychotherapeutic approach*. London: Tavistock.

Bellak, L. (1981). Brief psychoanalytic psychotherapy of non psychotic depression. *American Journal of Psychotherapy*, *XXXV*(2), 160-171.

Bemporad, J. R. (1977). Resistances encountered in the psychotherapy of depress individuals. *The American Journal of Psychoanalysis*, *37*, 207-214.

Benedek, T. (1975). Ambivalence and the depressive constellation in the self. In E. J. Anthony & T. Benedek (Eds.), *Depression and human existence* (pp. 143-167). Boston: Little, Brown.

Birnbaum, J. (1976). *Cry anger*. Ontario: Paperjacks.

Breen, M. (1977). Supplemental parenting of the «Kick Me» Player. In M. James (Ed.), *Techniques in transactional analysis* (pp. 395-402). New York: Addison-Wesley.

Brown, M. (1977). *Psychodiagnosis in brief*. Dexter, Michigan: Spectrum Psychological Services.

Bugental, J. F. T. (1978). *Psychotherapy and process: The fundamentals of an existential — humanistic approach*. New York: Addison-Wesley.

Cameron, N. (1963). *Personality development and psychopathology: A dynamic approach*. Boston: Houghton-Mifflin.

Chessick, R. D. (1977). *The technique and practice of intensive psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

Crossman, P. (1966). Permission and protection. *Transactional Analysis Bulletin*, *5*(19), 152-154.

Frank, J. D. (1974). Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.

Fried, E. (1980). *The courage to change: From insight to self-innovation*. New York: Brunner/Mazel.

Fromm, E. (1967). *Man for himself: Am enquiry into the psychology of etics*. London: Routledge and Kegan Paul.

* Goulding, M. M., & Goulding, R. L. (1979). *Changing lives through redecision therapy*. New York: Brunner/Mazel.

* Goulding, R. L., & Goulding M. M. (1978). *The Power is in thepatient*. San Francisco: Transactional Analysis Press.

Holloway, W. H. (1977). Transactional analysis: An integrative view. In G. Barnes (Ed.), *Transactional analysis after Eric Berne* (pp. 169-222). New York: Harper & Row.

Humphreys, C. (1959). *Studies in the middle way*. London: George Allen and Unwin.

Kapur, R., Ramage J., & Walker, K. (1986). Group psychotherapy in an acute inpatient setting. *Psychiatry*, 49, 337-349.

Karpman, S. (1968). Script drama analysis. *Transactional Analysis Bullettin*, *7*(26), 39-43.

Kemp, D. E. (1977). Curing moral masochism. In M. James (Ed.), *Techniques in transactional analysis* (pp. 387-394). New York: Addison-Wesley.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. (1980). *International world and external reality*. New York: Jason Aronson.

Krishnamurti, J. (1971). *The urgency of change*. London: Victor Gollancz.

Lesse, S. (1975). The range of therapies in the treatment of severely depressed suicidal patients. *American Journal of Psychotherapy*, *29*, 308-326.

Loomis, M. E., & Landsman, S. G. (1980). Manic-depressive structure: Assessment and development. *Transactional Analysis Journal*, *10*, 284-290.

Loomis, M. E., & Landsman, S. G. (1981). Manic-depressive structure: Treatment strategies. *Transactional Analysis Journal*, *11*, 346-351.

Pilkonis, P. A., Imber, S. D., Lewis, P., & Rubinsky, P. (1984). A comparative outcome study of individual, group and conjoint psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 431-439.

Pfeffer, C. R. (1984). Modalities of treatment for suicidal children: An overview of the literature on current practice. *American Journal of Psychotherapy, XXXVII* (3), 364-372.

Scanned by CamScanner

Paradosso, doppio legame e controparadosso: una prospettiva di analisi transazionale

Robert F. Massey

Traduzione di Massimo Bonamici
Revisione di Marialuisa Pisani

RIASSUNTO

Vengono esaminati sei diversi modi di affrontare il paradosso in terapia, e la compatibilità tra AT e pensiero paradossale. Il paradosso si manifesta in sistemi familiari con simbiosi passive, dove i membri, col passar del tempo, si ritrovano doppiamente legati, per struttura e funzione, tramite modelli di doppia comunicazione. Come transazione angolare, il controparadosso tende a provocare il cambiamento. Il controparadosso supera la resistenza del cliente, colpendone il quadro di riferimento che aveva perpetuato il problema del doppio legame, prescrivendo paradossalmente la continuazione del sintomo. Il lavoro paradossale presuppone un modello di terapia che si occupi di causalità circolare, freedback, livelli di significato sociale e anelli di comunicazione interagente. Vengono date delle indicazioni orientative sul quando usare tecniche diversive di compiacenza contro metodi di compressione basati sulla sfida.

ABSTRACT

Six distinctive therapeutic approaches to paradox are examined, and the compatibility of TA and paradoxical thinking is explored. Paradoxes occur in family system with passive symbioses where the members are double bound over time functionally and structurally through patterns of duplex communication. As an angular transaction, counterparadox aims to provoke change. Counterparadox overcomes resistance by stroking the client frame of reference that perpetuated the problem or double bind and by paradoxically prescribing the continuance of the symptom. Paradoxical work presupposes a model of therapy that deals with circular causality, feedback, levels of social meaning, and reflexive communication loops. Guidelines are offered for when to use compliance-based diversion techniques versus defiance-based compression methods.

L'uso terapeutico del paradosso ha attirato un'attenzione sempre maggiore (Weeks & L'Abate, 1978; Weeks & L'Abate, 1982). Si è riferito del paradosso come strategia d'intervento con bambini in ambienti intolleranti (Jesse & L'Abate, 1980), in comunità per disturbati cronici e ritardati mentali (Bergman, 1980) in famiglie con problemi di alcolismo o droga (Stanton, – Todd, & Associates, 1982); con schizofrenici (Palazzoli, Cecchin, Prata, & Boscolo, 1978), e in presenza di problemi di comportamento (Haley, 1976). Price (1985) richiama la nostra attenzione sull'importanza del paradosso in psicoterapia e sulla possibilità di un suo impiego con l'analisi transazionale. In precedenza Wathney (1982), e Massey (1982, 1983, 1985a, 1985c) avevano suggerito che, come modalità ricettiva alle innovazioni ed alle integrazioni, l'AT mostra compatibilità col pensiero paradossale.

Questo articolo descriverà i sei più importanti approcci all'uso del paradosso in analisi e in terapia; esploderà la compatibilità tra AT, concettualizzazioni del paradosso e doppio legame; parlerà dell'analisi della causalità circolare e della comunicazione gerarchica, delle fondamenta teoriche per la comprensione della funzione che paradosso e doppio legame hanno nei sistemi; e si concluderà con alcuni criteri generali sull'uso del controparadosso.

Robert Massey, Paradox, Double Binding and Counterparadox: A Transactional Analysis Perspective. T A J Vol. 16 N. 1 1986 ITAA Permission Revised by the author

Scanned by CamScanner

	Frankl	MRI	Haley	Milano	Ackerman	Madanes
Enfasi Teorica	Ciclo di ansia anticipatrice senso dell'umorismo (auto-trascendenza)	Comportamento come comunicazione. Doppio legame. I problemi sono situazionali e persistono a causa del feedback	Gruppi organizzati gerarchicamente.	Famiglia come sistema regolato da leggi.	Famiglia come sistema auto regolato. Il sintomo come meccanismo di auto-regolazione. Resistenza al cambiamento.	Gerarchie incongrue.
Partecipanti al trattamento.	Individui con fobie, ossessioni-compulsioni.	Famiglia o coppia iniziale, in seguito i genitori del bambino o il consorte più "normale".	L'intera famiglia (casa). Coppia.	L'intera famiglia.	L'intera famiglia. La coppia.	La coppia. La famiglia.
Tecniche particolari	Intenzione paradossale (Deriflessione)	Terapia (breve) (dieci sessioni). Rietichettare. Cambiamento comportamentale (diretto o richiesta paradossale di aumento o programmazione dei sintomi.	Paradosso. Prove idiosincratiche più angoscianti del sintomo.	Formazione di ipotesi sistemiche. Interrogatorio circolare Prescrizione di rituali.	Domande circolari. Coreografia familiare. Il team discute i dilemmi del cambiamento di fronte alla famiglia.	Tecniche di "simulazione". Strategie che risolvono i problemi.
Contenuto della intervista	Esplorazione del modello neurotico. Spiegazione della spontaneità del processo naturale. Prescrizione di intenzione paradossale.	Definizione del problema. Discussione sul come affrontare il problema. Identificazione dello scopo del trattamento. Raccomandazioni di comportamento.	Valutazione della relazione Messa a fuoco del problema. Osservazione dell'organizzazione familiare. Dare indicazioni.	Esplorazione delle percezioni e delle interazioni relative ai sintomi. Fare delle prescrizioni.	Messa a fuoco del problema. Chiarificazione dell'interazione sistemica. Raccolta di feedback. Prescrizione paradossale di sintomi positivamente connotati e di modelli sistemici.	Accertazione del problema specifico e dell'incongruità gerarchica. Messa in pratica di sequenze simulative.
Compito a casa	Si.	Si.	Si.	Si.	Si.	Si.

Tavola 1

Confronto dei Sei Tipi di Approccio Terapeutico che Fanno Uso del Paradosso

Un'accurata esplorazione delle teorie relative al paradosso rivela differenze cruciali (Tabella I).

Scanned by CamScanner

Victor Frankl. Victor Frankl (1967, 1969, 1978) ha usato «intenzione paradossale» già dal 1929, e ne ha scritto a proposito in Germania nel 1939 e nel 1946 (seconda traduzione inglese, 1965). Nei casi di fobia e di ossessione compulsiva, Frankl incoraggia il paziente «a fare, o a desiderare che accada, proprio ciò di cui ha paura (1978, pag. 117). Egli spiega che questi problemi fanno parte di un ciclo nel quale un sintomo (qualche comportamento particolare, come ad esempio voltare la testa) «evoca» una fobia (quando il sintomo si presenti in un contesto di disturbo). A sua volta la fobia (paura esagerata) «provoca» il sintomo (come tentativo di fuggire alla prevista situazione di pericolo). Il ricorrere del sintomo «rinforza» la fobia. Il paziente è quindi intrappolato in un sistema rinforzato di «ansia anticipatrice». La pressione esercitata dal sintomo induce la contropressione della fobia che aumenta l'intensità del sintomo «ad infinitum».

Con l'intenzione paradossale, Frankl fa uscire le capacità umane di umorismo e auto-trascendenza, sfidando il paziente a praticare il sintomo, illogico ma purtuttavia eseguito con devozione, fino all'assurdo. In questo modo il paziente realizza il ridicolo di tale situazione, e pone fine a tale comportamento. Frankl riporta di aver usato il paradosso solo con individui, mentre i seguenti cinque approcci operano in un contesto familiare. Tutti gli altri, ad eccezione del gruppo di Milano, riconoscono esplicitamente il contributo di Frankl.

Palo Alto (Istituto di Ricerca Mentale). Il lavoro terapeutico col paradosso fatto all'Istituto di Ricerca Mentale (MRI) attinge al pensiero del gruppo di Palo Alto di Gregory Bateson, che ha lavorato assieme per dieci anni, a partire dal 1952. Molti dei concetti inerenti ad altri modelli di terapia che fanno uso del paradosso scaturiscono dal gruppo di Palo Alto.

I ricercatori del MRI considerano tutti i comportamenti come forme di comunicazione (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967).

La comunicazione può aver luogo sia verbalmente (digitale) che non-verbalmente (analogica). Digitale ed analogico possono contraddirsi l'un l'altro e creare paradossi e doppi legami (il dilemma è: «A quale messaggio rispondo?»). Situazioni di «impasse» paradossali possono anche essere il risultato di confusione o contaminazione tra comunicazione e metacomunicazione (commento sulla comunicazione).

I modelli di comunicazione tendono a diventare ridondanti, così che «il gioco continua senza fine». Le reazioni si concatenano aumentando e rinforzando... questi modelli di comportamento. Un feedback positivo negativo minimizza le deviazioni, per cui le sequenze diventano omeostatiche o resistenti ai cambiamenti. Questi modelli ridondanti gravitano attorno a ruoli che sono o «complementari» (una persona nella posizione «su» e una persona nella posizione «giù») o «simmetrici» (i partners si riflettono l'uno nell'altro, apparentemente pari, ma frequentemente in competizione). «La natura di una relazione è condizionata dalla punteggiatura delle sequenze comunicazionali tra le comunicazioni» (pag. 59). In questi modelli interpersonali, i sintomi funzionanom come comunicazioni relative alla relazione.

Quando i modelli di comunicazione diventano problematici, il compito della terapia è di cambiarli (Watzlawick, Weackland, & Fisch, 1974). Poiché i clinici del MRI «trovano che i pazienti accondiscendenti siano piuttosto rari» (Weackland, Fisch, Watzlavick & Bodin, 1974, pag. 157) usano poco «cambiamento diretto di comportamento». Né tendono alla «presa di coscienza» (insight) poiché essi ritengono che, così facendo, spesso si ritardi o si impedisca il cambiamento comportamentale. La loro tattica di cambiamento comprende: 1) «Riformulazione» «cambiare il significato di un comportamento – ad esempio, Tom Sawyer riuscì a far sì che i suoi amici sopportassero la sgobbata di dipingere una palizzata, presentandogliela come un'opportunità interessante»; 2) istruzioni paradossali (ad esempio, chiedere ansiosamente a qualcuno di «andare piano», prefiggersi degli scopi minimi e sottolineare gli svantaggi del miglioramento); 3) palesare ciò che era celato (ad esempio, chiedere ad un marito, che provoca sottilmente la moglie al litigio, di iniziare un litigio aperto); e 4) prescrivere un doppio legame terapeutico. Anche se in questo caso i sintomi del paziente aumentano quando gli è richiesto di fare ciò, l'individuo ora «soffrirà meno per la sensazione di mancanza totale di controllo» (pag. 158), poiché il sintomo è prodotto volontariamente. Questi tipi di intervento mirano ad un «cambiamento del secondo ordine» (alterazione del sistema) laddove il «cambiamento del primo ordine» (modificazione di un sistema che in sè stesso rimane immutato) ha fallito.

Nei loro interventi, il gruppo del MRI utilizza le caratteristiche, le motivazioni ed il linguaggio del cliente. Mentre notiamo che «noi concepiamo il problema in termini di qualche sistema di relazione» e «un intervento efficace

Scanned by CamScanner

operato in qualsiasi punto del sistema produce cambiamenti in tutto il sistema» (pag. 160), affermano, «Differiamo comunque da quei terapisti della famiglia che considerano la disfunzione come un aspetto fondamentale dell'organizzazione del sistema che richiede cambiamenti fondamentali nel sistema. Al contrario, noi *ora crediamo* che apparentemente i cambiamenti più piccoli nel comportamento palese o nel suo etichettamento verbale siano sufficienti ad iniziare successivi sviluppi» (pag. 145, il carattere italico è stato aggiunto). Stanton (1984) si chiede se il gruppo di Terapia Breve del MRI ignori realmente, nella pratica clinica, le variabili sistemiche, pur avendole teoricamente ripudiate dal punto di vista logico positivista. Cronen, Johnson, e Lannaman (1982) affermano che il fondamento teorico del gruppo di Terapia Breve del MRI è discutibile, perché si basa sulla teoria ormai sorpassata dei Tipi Logici, formulata da Bertrand Russell, e perché non tutti i paradossi della interazione sociale sono problematici. Ritorneremo più avanti su questi punti. Nei suoi scritti più recenti, il gruppo del MRI (Fisch, Weackland, & Segal, 1982) vede «l'uso dei paradossi come interventi [come] relativamente raro» (pag. 127) e commenta che «il termine è usato troppo liberamente e casualmente per qualsiasi intervento che colpisca i terapisti tradizionali per il suo essere nuovo, ironico o contrario al «senso comune» (pag. 127-128).

Haley. Jay Haley è stato membro del gruppo originale di Palo Alto creato da Bateson dal 1952 al 1962, e dal 1962 al 1966 membro del MRI, andandosene poco prima che venisse formato il gruppo di Terapia Breve. Ha lavorato con Salvador Minuchin (1974), il fondatore della Terapia Strutturale della Famiglia, dal 1966 al 1974, ed ora coodirige l'Istituto di Terapia Familiare in Washington D.C., assieme a Cloé Madanes. La prima pubblicazione di Haley su paradosso e terapia risale al 1955. Haley (1963) sottolinea che la terapia stessa è intrinsecamente paradossale (ad esempio, un cliente si sottopone «volontariamente» ad una terapia, eppure la terapia diventa coercizione quando il terapista insiste che non si manchi agli appuntamenti, o quando definisce «resistenze» i tentativi di porre termine prematuramente al trattamento; ci si aspetta che il cliente, durante la terapia, si apra a rivelazioni intime, mentre, al di fuori della situazione terapeutica tale contatto è ridotto).

Haley (1976) continua l'enfasi che il gruppo di Palo Alto aveva dato sia ai messaggi verbali che ai comportamenti intesi come comunicazione. Inoltre, egli enfatizza che le persone con una storia comune si organizzano secondo modelli prestabiliti e ridondanti per formare uno stato o un potere gerarchico. Essi «esistono in una gerarchia... che è mantenuta da tutti i partecipanti» (pag. 101-102). La sequenza ripetitiva di interazione definisce la gerarchia. La lotta per il potere comincia quando in una gerarchia le posizioni sono confuse o poco chiare. Secondo Haley, «Il comportamento patologico appare quanto la sequenza ripetitiva definisce contemporaneamente due gerarchie opposte, o quando una gerarchia è instabile a causa di un comportamento che indichi ora un modello ora un altro» (pag. 124). Ad esempio, un bambino a cui siano state date responsabilità da adulto, potrà talora sembrare più responsabile del genitore stesso.

I sintomi sono visti come comunicazioni analogiche riferite ad una situazione-problema che coinvolge più persone. «Uno non può cambiare questo tipo di comunicazione senza cambiare, a volte in maniera imprevedibile, l'organizzazione in cui la persona vive» (pag. 94). Il compito della terapia è di cambiare lo stile di comunicazione del paziente e di occuparsi delle conseguenze apportate dal cambiamento all'interno della famiglia del paziente. Considerare i sintomi del paziente come una metafora letterale, e raccomandare quindi l'esecuzione del sintomo (ad esempio, subire un attacco di cuore) è un'affermazione digitale che non prende in considerazione le conseguenze di un cambiamento analogico di comportamento (ad esempio, in mancanza di sintomi cardiaci i membri della famiglia potrebbero diventare meno premurosi, o l'altro coniuge potrebbe aspettarsi più lavoro o più prestazioni sessuali).

Poiché molti clienti in terapia non esercitano un controllo razionale sufficiente per poter seguire dei buoni consigli, Haley punta «a cambiare i modi in cui i membri di una famiglia interagiscono, introducendo l'azione» (pag. 54). Le azioni prescritte sono a volte paradossali e cercano di sollecitare un cambiamento attraverso la ribellione stessa del cliente alle indicazioni del terapista. Trasformare l'atto ripetitivo in un «sistema auto-regolante» (pag. 105) spesso significa avere a che fare con un doppio legame. Il doppio legame capita quando i messaggi di una comunicazione sono in conflitto a molteplici livelli. Allo stesso modo, si osserverà un doppio legame in una gerarchia in cui il terapista, che occupa una posizione chiaramente più alta nella gerarchia, dia istruzioni paradossali

Scanned by CamScanner

e allo stesso tempo si aspetti che il cliente, che si suppone occupi una posizione inferiore nella gerarchia, agisca da pari o da superiore, disobbedendo o agendo spontaneamente.

Haley si occupa in particolar modo delle conseguenze del cambiamento. Un intervento paradossale deve «squalificare con grazia l'autorità che al momento ha potere sul problema» (pag. 73) (ad esempio, predire che la madre che ha portato per otto anni dal dottore un bambino con dei problemi sarà sconvolta da un ricupero troppo veloce del fanciullo). Quando un cliente sembra avere degli investimenti nel non lasciar andare un problema, nonostante consciamente dichiari di voler cambiare, Haley (1984) spesso prescrive delle «prove» rituali, che producono una angoscia maggiore del sintomo stesso. Le prove possono essere dirette (ad esempio, mettersi in pari con le letture richieste, ma nel bel mezzo della notte e stando in piedi) o paradossali («insistere sulla stessa cosa» – ad esempio, continuare a farsi docce per tutto il giorno fino a che l'ossessione non sia svanita). Haley (1973) ha anche mostrato l'importanza delle tecniche ipnotiche di Milton Erickson applicate alla terapia del paradosso.

Il *gruppo di Milano*. Il gruppo di Milano ha acquisito la propria familiarità con l'approccio del MRI grazie alla lettura della «Pragmatica delle comunicazioni umane» (1967) di Watzlawick e altri. Watzlawick in persona aiutò il gruppo all'inizio del loro lavoro con le famiglie intese come sistema, nel 1972. In seguito essi hanno rivolto la loro attenzione ai lavori originali di Bateson (1972) e Haley (1959, 1963) ed hanno sviluppato concetti e metodi armonici alla «epistemologia circolare» di Bateson. Essi adottano un'orientazione «sistemica» nella quale vedono «i membri della famiglia come elementi di un circuito interattivo» (pag. 5) dove nessuno eserciti un potere unidirezionale sull'altro o sul tutto, e dove nessuno sia causa delle azioni dell'altro (Palazzoli, Cecchin, Prata, & Boscolo, 1978). La transazione avviene in maniera circolare poiché la mossa dell'uno è considerata come stimolo alla contromossa e così via, finché ogni azione sembrerà essere una contromossa. Poiché ogni membro della famiglia influenza gli altri membri, da cui a sua volta è influenzato, l'«individuo agisce sul sistema, ma allo stesso tempo è influenzato dalle comunicazioni che ne riceve» (pag. 5).

Il feedback, in un modello transazionale, stabilisce che cosa sia permesso e cosa non sia appropriato in un sistema di relazione. I sintomi sono parte del modello di sistema transazionale. La ridondante coerenza dei modelli sistemici sembra seguire delle «regole» implicite. L'analisi di un sistema non può far risaltare efficacemente un modello familiare con l'asserzione arbitraria che una persona causa il problema o il comportamento dell'altra, perché «*il potere è solo nelle regole del gioco*, che non possono essere cambiate da chi ne sia coinvolto» (pag. 6). «il modo di eliminare i sintomi è quello di cambiare le regole» (pag. 4).

Il paradosso terapeutico rompe le tendenze omeostatiche ed attiva le capacità di trasformazione cambiando le regole che perpetuano i modelli disfunzionali di transazione. Quando i membri di una famiglia sono legati con un doppio legame reciproco, per una serie di paradossi dalle conseguenze patologiche, l'approccio del gruppo di Milano è di provare il controparadosso. Un controparadosso connota positivamente il sintomo e allo stesso tempo prescrive il sistema circolare di transazione entro cui funziona. In tale intervento «sistemico», «i terapisti metacomunicano sulle condizioni e le connotano positivamente per le loro intenzioni, che sono buone ed affettuose. Il commento è elaborato in modo tale da risultare intollerabilmente paradossale (Palazzoli e altri, pag. 137-138) (ad esempio, in una famiglia dove i genitori abbiano sperimentato grande difficoltà nel comunicare con i propri genitori e dove c'è una figlia di sette anni che non parlerà né camminerà mai, due fratelli, molto svegli ma che però non danno alcun aiuto in casa ed a scuola vanno male, che vengono paradossalmente elogiati per «essere persone con cui è difficile riuscire a comunicare» e incoraggiati a continuare a distrarre i genitori dalle loro delusioni (Massey, 1985a). Evitando critiche o giudizi («rimanendo neutrali») nelle loro interviste, i terapisti possono entrare in un rigido sistema famigliare. I terapisti eludono tutti i tentativi di coalizzazione messi in atto da uno qualsiasi dei membri della famiglia. Essi dichiarano che la relazione dei membri della famiglia è complementare alla tendenza omeostatica del sistema e suggeriscono che il paziente («il problema») i cui sintomi sono inquadrati come atti spontanei di sensibilità e di altruismo, è il vero capo. «Implicitamente grazie ad una comunicazione metaglobale che ha il carattere di conferma» (Palazzoli e altri, 1978, pag. 60-61), i terapisti dichiarano di essere in comando e definiscono complementare la loro relazione con i membri della famiglia. «Poiché la connotazione positiva è un'approvazione... la famiglia per la prima volta può fare l'esperienza di ricevere una confer-

Scanned by CamScanner

ma esplicita. *Ma allo stesso tempo la connotazione positiva mette la famiglia in una situazione di paradosso*: perché una cosa così buona come la coesione del gruppo richiede la presenza di un "paziente"?» (pag. 61).

Il gruppo di Milano lavora in maniera classica, con una coppia di sesso misto di terapisti che intervista la famiglia mentre un'altra coppia di sesso-misto di terapisti osserva al di qua di un vetro-specchio. Le due coppie di terapisti confrontano poi le loro osservazioni, e quindi, a fine sessione, presentano un messaggio alla famiglia (o lo spediscono se un membro della famiglia fosse assente). Il gruppo di Milano ha sviluppato varie tecniche relative al loro lavoro col paradosso: metodi per neutralizzare la persona cui si riferisce che potrebbe favorire il mantenimento di una posizione omeostatica nei confronti di un sintomo (Palazzoli e altri, 1980a), l'uso di rituali (ad esempio, responsi diversi a giorni alterni) (Palazzoli e altri, 1978), il bisogno di sviluppare tecniche di comunicazione che vadano oltre la coppia per innestarsi nella complessità di un rapporto a tre o di un sistema più largo (Ricci & Palazzoli, 1984). Il gruppo di Milano fa uso, nel proprio lavoro terapeutico, di dati trigenerazionali (Palazzoli e altri, 1977).

Gruppo Ackerman di terapia breve. Sebbene sia stato influenzato da Haley, Erickson, dal gruppo del MRI e da Minuchin, il gruppo Ackerman di terapia breve, nel trattare con le resistenze nel sistema familiare, segue la tradizione del gruppo di Milano (Papp. 1987, 1980, 1983; Walker 1979). Guidato da Peggy Papp e Olga Silvestein, il gruppo Ackerman è stato il primo ad invitare il gruppo di Palazzoli negli Stati Uniti nel 1977 (Hoffman, 1981). Il gruppo Ackerman usa un intervistatore che traccia le transazioni relative ad un sintomo per scoprire il contesto sistemico nel quale funziona e lo scopo a cui serve.

Viene usato il metodo tipico di esplorazione tri-generazionale del contesto per esaminare come i temi riecheggino in tutto il sistema (Silverstein 1983). Quando il problema coinvolge un doppio legame, gli interventi paradossali che prescrivono sia il sintomo (connotato positivamente) che il sistema da usare sono costruiti col linguaggio della famiglia, per poter rompere «il ciclo omeostatico» (Hoffman, 1976). Questi interventi «basati sulla sfida» vengono usati quando la famiglia continua a minare, direttamente o «con la compiacenza» le mosse terapeutiche. (Papp, 1980, 1983). Gli interventi sono allora creati su misura per calzare le dinamiche di ogni specifica famiglia. Il lavoro preparatorio al messaggio paradossale è quello di una riformulazione positiva (positive reframing) dei comportamenti sintomatici così come verranno discussi nella sessione. La mossa terapeutica successiva dipende dal feedback ottenuto dai membri del sistema. Il gruppo Ackerman usa il classico team consulente al di qua del vetro-specchio come un coro greco, che può sostenere l'intervistatore o essere in disaccordo, reprimere il cambiamento, seminare discordia, manifestare sorpresa o confusione o formare triangoli terapeutici, coalizzandosi con la famiglia. Poiché non è sempre possibile lavorare con un team, il terapista esperto può a volte usare queste tecniche pur lavorando da solo (Silverstein, 1983).

Il gruppo Ackerman ha aggiunto delle innovazioni al paradigma sistemico milanese. 1) Quando una famiglia prova difficoltà nel discutere verbalmente i problemi, uno scultore familiare o una coppia di coreografi invita ciascun membro a mostrare con l'azione quale sia l'organizzazione della famiglia; ciò vuol dire posizionare tutti i partecipanti in un modo che dimostrino le relazioni all'interno della famiglia (Papp, 1976). La coreografia di una coppia simbolizza l'interbloccaggio reciproco del loro modo di essere, che perpetua il sintomo e frena il cambiamento (Papp, 1982). 2) Quando in una relazione uno dei due esprime il desiderio di cambiare e l'altro no, il terapista potrà suggerire di «capovolgere» le posizioni, nel qual caso una persona farà l'opposto di quello che generalmente farebbe oppure farà ciò che sarebbe piaciuto all'altro partner ma che questi non era riuscito ad ottenere nella lotta di potere. Questo agire sorprenderà l'altro, ne abbasserà le resistenze e provocherà un cambiamento. L'inversione combina un intervento di compiacenza con un'aspettativa basata sulla sfida. (Papp, 1980). 3) Penn (1982) ha ampliato l'uso dell'«interrogatorio circolare» in maniera da dar risalto alle differenze che in una relazione si hanno prima o dopo l'emergere del problema. 4) Il gruppo Ackerman ha usato anche far apparire il team che di solito sta dall'altra parte del vetro-specchio. In questo approccio, un cauto intervistare può accertare la posizione che i membri della famiglia hanno riguardo ai problemi e agli investimenti, spesso rinforzati da dinamiche multigenerazionali, che essi hanno fatto, sul cambiare o meno dell'ordinamento sistemico. I terapisti, generalmente tre, patrocinano le differenti posizioni all'interno della famiglia (generalmente una a favore del cam-

Scanned by CamScanner

biamento, una contro il cambiamento e ed una per il modo in cui la data famiglia potrebbe sperimentare il cambiamento) e ne discutono tra loro di fronte alla famiglia che osserva (Papp, Silvestein, & Siegel, 1982; Sheinberg, 1985).

Madanes. Madanes (1980, 1981, 1984) ha collaborato con Haley, ed il suo approccio mostra l'influenza avutane, pur avendo uno stile caratteristico. Ella offre un approccio strategico basato sulla comprensione dei problemi in un'organizzazione gerarchica che a volte richiedono soluzioni paradossali. Ella comunque usa paradossi che sollecitano gioco e simulazione, piuttosto che resistenza. Come terapista «strategica». Madanes è pragmatica ed usa tutte le tecniche che possono mostrarsi utili alla soluzione dei problemi. Le strategie dirette sembrano funzionare solo quando il terapista sia in una posizione di potere e i clienti siano motivati a seguire le indicazioni e desiderino cambiare. Madanes considera sintomi e sequenze di interazione come metafore piuttosto che come aventi un'esistenza solo letterale (ad esempio, il rifiuto del bambino di andare a scuola può alludere alla riluttanza che la madre prova a lavorare fuori casa nonostante il permesso avutone dal marito).

I problemi nascono quando in una famiglia o in una coppia esistono delle differenze gerarchiche. La strategia terapeutica comincia col delineare il problema. Poi vengono stabiliti dei compiti che promuovono il cambiamento. Un compito paradossale per una coppia potrebbe essere esagerare l'incongruità della gerarchia coniugale (ad esempio, una moglie anoressica/bulemica sposata ad un marito di trent'anni fu istruita affinché ogni giorno gettasse via del cibo per un valore di cinque dollari, piuttosto che cominciare a vomitare). Haley (1976) aveva descritto i bambini disturbati come individui coinvolti in un conflitto familiare, scaturito o dal loro essere coalizzati con uno dei genitori o altro familiare contro un genitore, o dal loro tentativo di riunire i genitori che si sono allontanati focalizzandoli sui loro problemi. Madanes (1980, 1981), dal canto suo, considera i bambini disturbati come benefattori preoccupati o protettori all'interno della famiglia. Guardando da questa prospettiva, i bambini hanno dei problemi quando il genitore (o i genitori) sta avendo delle difficoltà, cosicché il genitore (o i genitori) riuscirà a trovare il modo per aiutare ed assistere il bambino. Ciò creerà una gerarchia incongrua: il bambino, come aiutante, occupa una posizione superiore ai genitori che, sebbene adulti e legalmente responsabili, sono in difficoltà. Lo scopo della terapia sarà quello di far sì che il bambino rinunci al suo potere, reinstaurando così una singola, congrua gerarchia, e di avere dei genitori competenti che funzionino come guida affidabile per le loro creature.

Più i genitori cercano di cambiare il bambino, più, così facendo, sostengono la funzione del sintomo. Nei casi in cui ignorare il sintomo, o premiare il non esserci, non cambi la situazione, la terapia può aiutare i genitori a trovare un modo di aiutare il bambino in maniera diversa e più appropriata. Strategie del cambiamento sono, ad esempio, genitori che chiedano al bambino di avere un problema, genitori che chiedano al bambino di immaginare di avere un problema e genitori che invitino il bambino ad immaginare di aiutarli. Nella prima strategia, così come con le indicazioni basate sulla sfida, si può solo rispondere in due modi: o avendo o non avendo il sintomo. Nelle due successive strategie, le reazioni sono meno predicibili, ma più spontanee e creative. Mentre non tutti sono dei provocatori, ci si aspetta che ognuno simuli, e lo si istruisce sul come fare. I clienti che fanno simulazione preferiscono cooperare piuttosto che resistere. I membri di una famiglia sono incoraggiati a criticare l'esibizione simulata, così da renderla più realistica, implicando che il sintomo non si presenta facilmente. Tutto ciò ribalta la solita posizione familiare, in cui si assiste con benevolenza la persona affinché essa possa superare il sintomo, il che non è se non la perpetuazione del ciclo. Paradossalmente, quando il bambino «simula» di avere un problema o quando la procedura vuole che siano i genitori a «simulare» di avere il problema del bambino (metafora per: i problemi dei genitori) oppure quando il genitore chiede che il bambino «simuli» di aiutarlo, il «reale» diventa sempre più vago, e sarà quindi difficile ritornare ad un problema «reale». Riferendosi a Palazzoli e altri (1978), Madanes (1981) etichetta questa tecnica come «una divertente rimessa in scena delle regole» (pag. 93).

Questa nostra esposizione dei sei tipi di approccio e la tabella nella figura I ci mostrano che esistono delle differenze tra le modalità terapeutiche che fanno uso del paradosso come intervento tecnico. Mentre tutti e sei gli approcci sono «focalizzati sul problema», scelgono un tipo di intervento paradossale solo *quando lo ritengano importante*, ed assegnano compiti che dovranno essere svolti al di fuori delle sessioni, essi differiscono per quanto riguarda

Scanned by CamScanner

l'enfasi teorica, l'identità di «colui che viene trattato», le tecniche particolari ed il modo di condurre l'intervista. Nel contrapporre le strategie (MRI, Haley e Madanes) e le terapie del gruppo Milano, Mac Kinnon (1983) commenta, «Si fa confusione perché le differenze dei modelli non sono state chiarite, portando qualche professionista alla conclusione che i modelli siano più simili di quanto si creda» (pag. 440).

Analisti teorici e pragmatici non si sono trovati d'accordo sulla formulazione di un paradigma sintetico, sebbene potrebbe essere possibile un'integrazione che dia spazio alle varie enfasi (Guttman, 1981; Massey, 1981, 1982, 1984, 1985a; Sluzky 1983; Stanton, 1984).

Distinzione tra intervento diretto e paradossale. Tutti i terapisti della famiglia di cui abbiamo parlato rinnegano qualsiasi interesse ad incoraggiare «prese di coscienza» (insight) e consigliano invece il paradosso (anche del tipo «simulatorio»), da usarsi solo dopo che i metodi diretti siano stati sconfitti o sabotati. Il «quando» e il «come» ciò sia successo offrono informazioni sulle resistenze nel sistema. Un approccio paradossale può far uso della «riformulazione del quadro di riferimento» (reframing). Questa riformulazione da sola non è paradossale, ma è propedeutica ad una possibile messa in opera di un doppio legame terapeutico. Il riformulare taglia alla radice ogni resistenza all'intervento terapeutico, poiché definisce il sistema/problema in modo compatibile al quadro di riferimento della famiglia dell'individuo, che ritiene che le proprie azioni siano giustificate. Questo processo di riformulazione trova il proprio complemento in «accarezzare il Bambino Ribelle», cioè la tecnica di AT di Drye (1974), che definisce il procastinare o il resistere del paziente in modo congruente con il suo quadro di riferimento piuttosto che tentare di forzare un cambiamento.

Il fatto che i genitori incoraggino il proprio bambino ad esternare i suoi sintomi non è di per sé un paradosso ma bensì un «capovolgimento» (Papp, 1980), perché la collaborazione che i genitori consapevolmente offrono al compito si basa sull'arrendevolezza, nonostante abbia l'effetto paradossale di indurre il bambino o la bambina a rifiutare l'invito. Io credo che il «capovolgimento», che comporta una base di informazione ed una strategia consapevole, provenga dallo stato del'Io Adulto dei genitori, e attraversi la transazione cominciando con uno stimolo proveniente dal Bambino Ribelle del bambino. Colto di sorpresa, il ricevente è ora libero da un modello disfunzionale di transazione sintomo-incoraggiante che comporta uno scotto di frustrazione ed impotenza che protegge i partecipanti dall'incontro con le situazioni temute (Figura 1). Per essere efficace, un capo-

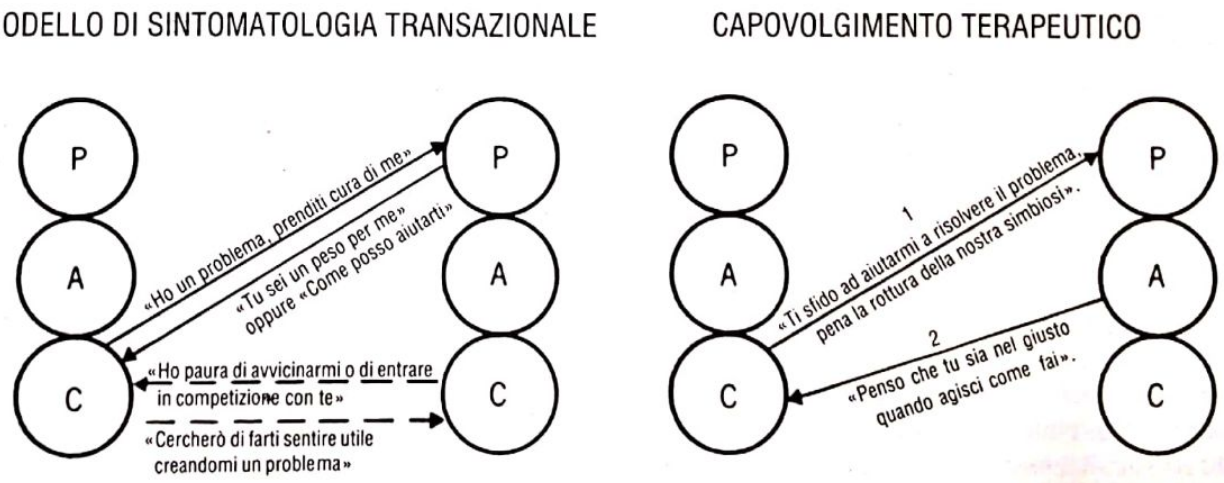

FIGURA 1
MODELLI TRANSAZIONALI NELLA TERAPIA DEL CAPOVOLGIMENTO

È tipico di un modello di sintomatologia transazionale l'avere partners intrappolati in un gioco di transazione Genitore-Bambino a livello sociale, con un ulteriore scotto simbolico Bambino-Bambino. In un capovolgimento terapeutico una persona si sgancia dalla complementarietà simbiotica, e taglia la transazione dando un responso Adulto, basato sulla informazione che afferma la posizione Bambino del partner, interrompendo così la sequenza di gioco e aprendo la strada ad un uso flessibile di «opzioni» (Karpman, 1971).

Scanned by CamScanner

volgimento deve essere progettato e messo in atto da un Adulto; altrimenti transfert e controtransfert potrebbero sovvertire il cambiamento terapeutico. Un capovolgimento, quale potrebbe essere il «riformulare» la natura o la motivazione di alcuni comportamenti, affonda le proprie radici di AT nel «carezzare il Bambino Ribelle» (Drye, 1974). Questa tecnica, invece di prendere a calci i comportamenti importuni e il procrastinare del cliente, «capovolge» la reazione usuale. Riconosce il potere e la carica di eccitazione di queste attività e mette in guardia contro il possibile senso di perdita che si verificherebbe se il cliente se ne liberasse anzitempo.

Ora che abbiamo trattato della comprensione che l'AT ha del capovolgimento sistemico, esploreremo nel prossimo numero come può essere inquadrato l'uso del paradosso da una prospettiva di AT.

Robert F. Massey Ph.D. membro clinico della ITAA e Professore di Psicologia al Saint Peter's College nel New Jersey, USA. È anche Terapista Famigliare e di coppia.

BIBLIOGRAFIA

Adler, A. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler*. H. L. Ansbacher and R.R. Ansbacher (Eds.). New York: Basic.

Andolfi, M. (1979), *Family therapy*. New York: Plenum.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.

Bateson, G. Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, *1*, 1251-1264.

Bergman, J. (1980). The use of paradox in a community home for the chronically disturbed and retarded. *Family Process*, *19*, 65-71.

Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove.

Berne, E. (1964). *Games people play*. New York: Ballantine.

Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* New York: Grove.

Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. In P. Guerin (Ed.), *Family therapy* (pp. 42-90). New York: Gardner.

Boyd, L., & Boyd, H. (1980a). Play as a time structure. *Transactional Analysis Journal*, *10*, 5-7.

Boyd, L., & Boyd, H. (1980b). Playing with games: The game/play shift. *Transactional Analysis Journal*, *10*, 8-11.

Clarke, J. I. (1978). *Self esteem: A family affair*. Minneapolis, MN: Winston.

Cronen, V., Johnson, K. & Lannamann, J. (1982). Paradoxes, double binds, and reflexive loops: An alternative theoretical perspective. *Family Processes*, *20*, 91-112.

Dell, P. (1981). Some irreverent thoughts on paradox. *Family Process*, *20*, 37-42, 47-51.

Drye, R. (1974). Stroking the Rebellious Child: An aspect of managing resistance. *Transactional Analysis Journal*, *4*, 23-26.

Dusay, J. (1977). *Egograms*. New York: Bantam.

Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1982). *The tactics of change*. San Francisco: Jossey-Bass.

Fisher, L., Anderson, A., & Jones, J. (1981). Types of paradoxical intervention and indications/contraindications for use in clinical practice. *Family Process*, *20*, 25-35.

Frankl, V. (1965). *The doctor and the soul*. New York: Brantam.

Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and existentialism: Selected papers on Logotherapy*. New York: Simon and Schuster.

Frankl, V. (1969). *The will to meaning*. New York: New American Library.

Frankl, V. (1978). The unheard cry for meaning. New York: Simon and Schuster.

Freud, A. (1966). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.

Freud, S. (1959). *Group psychology and the analysis of the ego*. (J. Strachey, trans.) New York: W. W. Norton. (Original work published 1921).

Freud, S. (1960). *The ego and the id*. (J. Riviere, trans.) New York: W. W. Norton. (Original work published 1923).

Friedman, M., & Shmukler, D. (1983). A model of family development and functioning in a TA framework. *Transactional Analysis Journal*, *13*, 90-93.

Goulding, R., & Goulding, M. (1978), *The power is in the patient*. San Francisco: TA Press.

Guttman, H. (1981, April). *The mid phase of family therapy*. Symposium paper. Institute of Community and Family Psychiatry, Montreal.

Haley, J. (1955). Paradoxes in play, fantasy,and psychotherapy. *Psychiatric Research Reports*, *2*, 52-58.

Scanned by CamScanner

La Leadership e l'A.T.

Franco Gattafoni

RIASSUNTO

Mi propongo, con il presente articolo, di analizzare, sulla base di esperienze personali «in campo», i processi comportamentali di una Leadership efficace e di confermare, come già intuito dai transazionalisti, l'utilità della Analisi Transazionale (A.T.) quale strumento tra i più efficaci per comprendere i comportamenti individuali in generale e nel settore aziendale in particolare.

Parlerò nell'articolo principalmente di Leadership (L.) e non di Management (M.) poiché la prima implica un carattere più ampio ed in quanto è mia opinione che un Manager è efficace solo se sa soprattutto essere Leader, mentre un Leader in senso lato non deve necessariamente possedere doti di managerialità.

ABSTRACT

It is my intention to analyze in this article, based on my personal «in field» experiences, the behaviour processes of an effective Leadership and to confirm, as already realized by transactionalists, the usefulness of T.A. as a valid instrument to understand the individual behaviours in general and in particular in the companies organization field.

In the article I will mainly talk about Leadership instead of Management, because the first involves a larger concept and because it is my opinion that a manager can be effective only by knowing how to be a Leader, meanwhile a Leader, in a broad sense, may not necessary have managerial qualities.

DEFINIZIONI ED EVOLUZIONE DELLE TEORIE DI LEADERSHIP

Numerose e note sono le definizioni del termine e tutte hanno in comune due fattori:

— l'influenza che il Leader esercita su altri individui appartenenti a gruppi, comunità ed organizzazioni
— il raggiungimento di obiettivi prefissati.

La differenza sostanziale tra L. e M. è che in quest'ultimo caso l'influenza sul comportamento degli altri viene esercitata per il raggiungimento di obiettivi importanti per il gruppo o l'organizzazione, mentre nel casò della L., le motivazioni possono non necessariamente coincidere con quelle del gruppo e degli individui appartenenti al gruppo.

Da questa differenza, certamente sostanziale, deriva la mia convinzione che un management efficace è possibile solo in presenza di una L. consolidata: come è possibile influenzare un gruppo di individui per il raggiungimento di obiettivi raramente ben definiti e spesso non coincidenti con quelli comuni al gruppo?

Essendo questo il caso più frequente nella realtà attuale, è qui che entra in causa la L. del Manager.

Numerose sono le trattazioni e le teorie sulla L. ed in molte di esse il termine viene spesso identificato con Autorità o Potere; gli stessi termini possono assumere significati diversi a seconda degli autori.

L'elemento comune alle varie definizioni è il seguente: l'autorità è caratteristica della posizione e del ruolo che l'individuo ricopre nell'ambito del gruppo o dell'organizzazione (ciò che può fare), mentre il potere è caratteristico del singolo individuo e determina l'intensità del suo operato nell'ambito del gruppo o dell'organizzazione (in che modo può farlo).

Accettando il principio che il potere, in generale, rappresenta la capacità o l'abilità di una persona nella relazione tra due o più individui, di influenzare in questo rapporto gli altri, nelle loro opinioni, giudizi, valutazioni o decisioni, determinandone la condotta ed i comportamenti, si può desumere che l'autorità è quel particolare tipo di potere che deriva dal ruolo formale di un individuo nell'ambito di un gruppo o di una organizzazione. Molti sono quindi gli elementi in comune tra Leadership, Potere ed Autorità; ciò ha stimolato da sempre estremo interesse e studi approfonditi.

La mia opinione, già espressa precedente-

Scanned by CamScanner

mente, è che la L. rappresenta un concetto più ampio sia del potere che dell'autorità essendo questi due ultimi soltanto alcuni degli strumenti a disposizione del Leader nelle sue attività; trovare il giusto equilibrio nell'uso di questi e di altri strumenti può determinare l'efficacia della Leadership.

A seconda del grado di utilizzo del potere, dell'autorità, delle capacità individuali e della sensibilità ai bisogni degli altri, emergono i vari modelli di L.: istituzionale, comportamentale, funzionale e situazionale.

Per meglio comprendere i diversi significati ed i contenuti dei vari modelli, gli studiosi hanno elaborato numerose teorie da cui sono sorte vere e proprie scuole di pensiero a seconda degli orientamenti e dei modelli interpretativi.

Dal punto di vista degli orientamenti si è passati attraverso varie teorizzazioni che vedono dapprima il L. come risultato di una combinazione biologica di caratteristiche (orientamenti biologici) quali: intelligenza, onestà, coraggio, sensibilità, adattamento ed altre ancora; da queste caratteristiche legate alla personalità si è passati all'esame delle azioni che differenziano il L. nel rapporto con gli altri, ovvero all'analisi del processo di interazione (orientamenti interattivi) dal quale, secondo una codifica di ogni atto comportamentale, emergono due tipi di L.: uno orientato al compito ed uno orientato alle relazioni. Gli orientamenti funzionalisti, dal canto loro, analizzano il ruolo del L. in relazione alle funzioni svolte nel gruppo più che in relazione alla personalità ed al ruolo stesso del L.; ciò comporta il fenomeno del coinvolgimento degli altri appartenenti al gruppo nel delegare al L. responsabilizzandosi.

Dagli orientamenti ai modelli si passa attraverso l'analisi delle variabili presenti nel processo di L., quali: bisogni e motivazioni, rapporto individuo-organizzazione, atteggiamenti, comportamenti, capacità e stile di L.

Dal movimento del management scientifico a quello delle relazioni umane molto è stato scritto sui processi comportamentali degli individui e dei L. in particolare.

Si è affermato che il comportamento degli individui è solitamente determinato dal più forte dei loro bisogni e si è stabilita una gerarchia dei bisogni: fisiologici, di sicurezza, sociali, di stima, di autorealizzazione e d'identità; si è trattato di sistemi di valori burocratico-piramidali e umanistico-democratici; di differenze tra atteggiamenti e comportamenti nonché di soddisfazione e di insoddisfazione legate a fattori igienico-ambientali.

Sono stati elaborati modelli mono, bi e tridimensionali per comprendere ed interpretare le variabili in gioco nel processo di L.

Tutte le teorie ed i modelli a noi noti possono essere considerati validi a condizioni che si tenga sempre presente che l'oggetto delle teorie è l'uomo.

Che si definisca individuo o persona, che lo si consideri appartenente a gruppi o organizzazioni, alla famiglia o alla società, è sempre dell'uomo che si tratta, con le sue emozioni, i suoi desideri, la sua natura.

È solo dalla conoscenza della natura umana, la propria e quella degli altri, che deriva quella capacità, difficile da definire e quasi impossibile da valutare oggettivamente che si chiama Leadership.

PERCHÉ L'A.T.

Il problema umano più importante è la difficoltà di vivere positivamente le proprie relazioni; perciò aumentare la conoscenza di sé permette di migliorare non soltanto l'autostima e la fiducia in se stessi, ma anche di stabilire e coltivare solide relazioni con gli altri. La conoscenza di noi stessi può essere attivata o migliorata mediante l'ascolto attento delle emozioni in gioco nei processi relazionali; ogni individuo è fonte di emozioni, desideri e sentimenti sempre importanti, degni quindi di attenzione, di rispetto e di protezione. Accettare un onesto scambio reciproco, su un piano di parità, di queste emozioni sentite nel «qui ed ora» è la base su cui si fonda l'A.T.

È proprio l'accettazione di questo principio di parità che permette al L. di capire e quindi di influenzare i propri collaboratori per analizzare, definire e raggiungere insieme gli obiettivi prefissati.

In tal senso l'A.T. rappresenta una efficace griglia di interpretazione del comportamento umano sia individuale che di gruppo.

La semplicità del linguaggio usato in A.T., a differenza della psicologia classica, permette l'immediatezza dell'interpretazione del metodo e quindi la possibilità di applicazione e di verifica dei comportamenti individuali e di relazione con gli altri.

Altro elemento positivo dell'A.T. è di avere un atteggiamento ottimistico nei confronti dell'esistenza; in partenza siamo tutti OK ed è ciò a cui dobbiamo tendere di nuovo rendendoci l'esistenza attraente, cercando e ricercando un buon «ambiente interiore» che permetta di es-

Scanned by CamScanner

sere felici «con» e «per» se stessi e conseguentemente con più facilità di esserlo «con» e «per» gli altri.

Inoltre: le informazioni di cui disponiamo e le condizioni in cui operiamo sono imperfette e ciò vale per noi e per gli altri. L'A.T. fornisce gli strumenti per permetterci una sana flessibilità da utilizzare per comprendere il nostro e l'altrui comportamento e di distinguere i dati di realtà dalla fantasia, dalle illusioni o dai pregiudizi, ridimensionando quindi la confusione e la paura generati dalla imperfezione delle condizioni esterne.

LA LEADERSHIP E L'A.T.

Do per nota ai lettori la conoscenza degli stati dell'Io e dell'analisi strutturale di 1° e 2° ordine per l'analisi del funzionamento di questa struttura nelle transazioni del L.

Nei processi comunicativi, l'ADULTO (A.) del Leader (L.) ha a disposizione diversi formidabili consulenti interni e, come tutti i consulenti, la loro efficacia è tanto maggiore quanto più elevato è il potere di controllo sul loro operato.

Tale potere esecutivo può quindi essere più o meno esercitato in funzione del grado di «AFFIDABILITÀ» del consulente.

Ebbene, i due consulenti interni più affidabili del L. sono il suo GENITORE AFFETTIVO (GA) e quella parte del suo BAMBINO LIBERO (BL) che si chiama PICCOLO PROFESSORE, PP (l'A. nel suo B.).

La maggiore affidabilità del GA deriva dalla sua capacità di capire e di aiutare a capire, dalla fiducia che ha nelle capacità umane, in una parola dalla sua Umanità; certamente diverso dal suo parente stretto il GENITORE CRITICO (GC), che rappresenta una enciclopedia di norme e regole e, come tale, è più propenso a giudicare che a comprendere.

Il PP, grande mediatore tra il BAMBINO ADATTATO (BA) ed il BAMBINO NATURALE (BN), dal canto suo sa meravigliosamente utilizzare le sue doti di intuitività, emotività e curiosità che lo aiutano a trovare sempre e comunque una via d'uscita dalle situazioni che gli potrebbero creare l'automatismo, il conformismo, il compiacimento del suo cuginetto BA, oppure la spregiudicatezza, l'impulsività e l'egocentrismo dell'altro: il BN.

Nei processi relazionali con i collaboratori, il L. attua in primo luogo un processo di comunicazione intrapsichica permettendo al suo A. di ascoltare attentamente (attivamente) il contenuto del processo comunicativo (il messaggio manifesto: «COSA STA DICENDO»), di dare questa informazione al suo PP per consentirgli di intuire la fonte del messaggio (CHI LO STA DICENDO: il G., l'A., il B. ...) e di avere informazioni, mediante l'analisi delle emozioni che il messaggio suscita, sulla modalità del processo (eventuali messaggi latenti: COME LO STA DICENDO); consulta poi il suo «medico di famiglia», il GA, per provare se la sua diagnosi del processo comunicativo è corretta.

Ciò fatto (di solito questa analisi dura poco o tanto a seconda dell'abilità e della quantità di tempo che si mette volontariamente a disposizione) decide a chi affidare la risposta ufficiale.

È però importante aggiungere che durante questo processo intrapsichico, gli altri stati dell'Io (GC, BA, BN) non stanno semplicemente a guardare, ma, in certe circostanze, tentano di imporsi, e poiché anch'essi possono essere consulenti non solo attivi ma anche utili, in quanto forniscono comunque delle informazioni, è bene: non tentare di ignorarne la presenza; limitarne e controllarne le attività e, ove l'A. ne rilevi l'utilità, usarli con molta cautela e magari metaforicamente.

In tal caso il controllo dell'A. deve essere molto accurato perché mentre i suoi consulenti AFFIDABILI sanno come prendersi cura di lui e degli altri, rientrando ciò in uno schema di valori prestabilito, attuandolo nel «qui ed ora», i consulenti «non affidabili», mancando di queste doti, potrebbero suscitare insicurezza (se fuori dal dominio dell'appreso del GC) o paura (se fuori dalle fantasie del BN), inducendo una sensazione di non protezione, perdendo il contatto con il presente, creando quindi confusione e distorsione della realtà.

Ho distinto questi consulenti interni in «AFFIDABILI» / «NON AFFIDABILI» e non in «OK» / «NON OK» in quanto nell'A.T. ogni parte di noi è fondamentalmente OK purché lo si voglia, perciò anche le parti che sembrano «NON OK» lo sono potenzialmente a condizione che:

— le si conosca
— si accetti la loro esistenza
— si cerchi e si mantenga il contatto con esse
— si sentano le loro emozioni
— ci si prenda cura di loro.

Ciò può essere difficile e lo è tanto più quanto più abbiamo cercato di «escludere» o di farci «contaminare» da una o più di queste parti.

Il processo di «decontaminazione» o di «riappropriazione» se è necessario per ogni in-

Scanned by CamScanner

dividuo è indispensabile per una L. efficace. Queste menomazioni (distorsioni) della struttura dell'Io sono la causa principale dell'ansia; ogni volta che escludiamo una qualsiasi parte di noi stessi o che lasciamo che una di queste parti interferisca influenzando l'A. le nostre funzioni risultano limitate a causa dei conflitti interni e ciò crea ansia, frustrazione, senso di incapacità e di impotenza.

Il processo di «ristrutturazione» interna comporta necessariamente un cambiamento del proprio comportamento sia interno che esterno e talvolta può richiedere tempi lunghi e non è esente da ansia; nulla vieta però di procedere per fasi successive utilizzando pianificazione ed intuitività.

Il L. efficace deve saper modificare le proprie abitudini ed i propri atteggiamenti quando le circostanze lo richiedono. Deve poter rimuovere le distorsioni imparando a riconoscerle; distinguere un pregiudizio o un'idea fissa da una convinzione; identificare una illusione distinguendola da un sentimento.

L'A. nel L. è un efficace gestore di «energia psichica»: ne conosce la quantità a sua disposizione e sa come farla fluire liberamente tra i varii stati dell'Io senza creare tensioni; esprime liberamente le sue emozioni ed assume qualsiasi stato d'animo naturale; sa di poter utilizzare il tempo come vuole e godere di questo; rispetta e stima se stesso e gli altri (i collaboratori) e sa aiutarli e prendersi cura di se stessi; sa accettare e dichiarare onestamente i propri limiti ed è in grado di assumersi la responsabilità delle sue decisioni ed azioni in base ad uno schema di valori «aperto» e di priorità che gli consenta scelta di opzioni e flessibilità.

Il suo A. non è unicamente un individuo responsabile e razionale, capace di elaborare soltanto dati esterni oggettivi, ma è allo stesso tempo: coraggioso, leale, affidabile, sincero e possiede tolleranza, fascino e spontaneità.

Sorride spesso.

Potremmo quindi definire il L. come «colui che ha o che si è concesso il permesso di ascoltare attentamente se stesso e gli altri per raggiungere insieme obiettivi fissati, assumendosi la responsabilità delle proprie azioni e delle proprie emozioni e prendendosi cura di sé, aiutando gli altri a fare altrettanto».

IN TRENO

Fu proprio in treno che avvenne l'incontro. Avevo deciso di prendere il primo treno della mattina, alle 6 e 15, per dedicarmi alla lettura di alcuni articoli e di un nuovo libro sul management; avrei potuto anche riposare, se lo avessi voluto, perché è questa di solito l'occupazione più frequente dei treni di pendolari.

Ero solo nello scompartimento e fu lì che lo conobbi; entrò poco dopo la partenza e mi chiese in perfetto italiano, con una pronuncia che tradiva la sua origine americana, se mi disturbava che avesse occupato un posto nello scompartimento. Lo rassicurai e scelse di sedersi dall'altro lato, di fronte a me, vicino al finestrino.

La sua figura singolare stimolò la mia curiosità: doveva avere più di settant'anni, i capelli ancora folti erano bianchissimi, il suo aspetto era molto dignitoso anche se non dava l'impressione di passarsela poi tanto bene.

Estremamente composto, osservava la campagna semibuia, immersa nella nebbia, scorrere veloce; talvolta il suo sguardo cadeva sui libri che avevo riposto nel sedile accanto, e su di me, creandomi un certo imbarazzo.

Ciò che mi incuriosiva di più in lui era la sua cravatta, tipo «regimental», con incise delle lettere «H» in tutta la sua lunghezza, ed un anello massiccio d'argento o argentato anch'esso con la lettera «H» in risalto.

La curiosità ebbe il sopravvento sull'imbarazzo e decisi di rivolgergli la parola.

— «Le farebbe piacere parlare?» — dissi

— «Perché no!»

Mi presentai e descrissi in breve la mia attività ed il motivo del mio viaggio; era un modo per invitarlo a fare altrettanto.

— «Mi chiamo Humbert (ecco la spiegazione delle H, pensai), sono nato in Italia quasi ottant'anni fa e, dopo aver girato il mondo da giovane, mi sono stabilito ed ho lavorato negli STATES, come avrai notato dall'accento. Posso darti del tu?»

— «Certamente» — affermai

— «Bene Franco sai, negli STATES usiamo sempre rivolgerci in questo modo a chiunque e poi alla mia età sentirmi chiamare per nome mi dà un senso di intimità e di affetto».

— «Dimmi Humbert, che lavoro facevi in America?»

— «Un lavoro di cui certamente ti interesserà sentir parlare, visto il tipo di letture che hai con te e l'attività che svolgi».

Cominciai ad essere sempre più attratto da quella figura; era come se avesse qualcosa di magico all'interno, che, attraverso i suoi occhi e la sua voce, arrivava fino a me facendomi sentire perfettamente a mio agio.

— «Ho insegnato per moltissimi anni teoria

Scanned by CamScanner

delle organizzazioni nell'università di Harvard».

Ciò detto si interruppe ed osservò attentamente le mie reazioni. Non so che interpretazione ne potesse ricavare in quanto io stesso mi sentivo a quel punto molto confuso; non si aspettava certo che applaudissi e non lo avrei fatto, dato che ho sempre nutrito molta diffidenza (o forse molta invidia) per i teorici in genere ed in particolare per quelli che fanno della teoria la teoria principale delle teorie; d'altra parte ero affascinato dalla possibilità che si presentava di discutere, con un addetto ai lavori, le mie esperienze e le conclusioni che, di tanto in tanto, ne avevo tratto. Inoltre, avevo sbagliato sull'origine delle H (oppure no?).

Il discorso cadde naturalmente sulla leadership, sul management e sulle organizzazioni; non mi dispiacque affatto mostrargli che un manager «di campagna» come me era a conoscenza delle principali teorie sugli argomenti trattati.

Il buon Humbert non era solamente una miniera di informazioni, ma il suo modo di esporre le sue conoscenze era talmente chiaro ed immediato da entusiasmare chiunque.

La cosa più curiosa è stata l'apprendere che alcuni dei nomi noti di cui parlammo erano stati suoi allievi e che le loro teorie furono rese note quando lui, Humbert, era già in pensione.

Non eravamo distanti dalla nostra meta e ciò mi rendeva nervoso, poiché avrei voluto trascorrere più tempo a parlare con lui.

Forse percepì il mio pensiero perché mi disse:

— «Mi sei simpatico Franco, perciò voglio regalarti un mio ricordo di questo incontro. Ti rivelerò la mia vera teoria sulla leadership e tu potrai, se vorrai, elaborarla, metterla in atto e persino scriverci un libro; ora va molto di moda!»

— «La mia è soltanto una teoria sviluppata nei molti anni di vita in mezzo alla gente; non dà delle ricette o delle regole in quanto è ormai noto a tutti che le uniche regole sulla L. sono che non esiste una regola e che la L. non si può insegnare, la si può soltanto apprendere.

La mia teoria sulla L. si chiama teoria H; ora penserai di aver finalmente capito il perché delle lettere sulla cravata e sull'anello e forse è così, ma soprattutto e perché, come la vera L., la lettera H in americano si sente subito quando è nelle parole, c'è e non ha bisogno di essere pronunciata espressamente. Inoltre è con l'H che iniziano tre parole tramite le quali ho ritenuto di individuare le doti principali di un leader e sono:

HUMAN SENSE: il senso dell'umanità
HEARING SENSE: l'ascolto attento
HUMOR SENSE: il senso dell'umorismo

Partiamo dal mezzo (in medio stat virtus): l'ascolto attento permette di sentirsi e di sentire ovvero, di «analizzare» le emozioni proprie ed altrui; l'umanità permette di «comprendere» con tolleranza ed onestà queste emozioni quindi di sentirci su un piano di parità con gli altri.

L'umorismo poi è indispensabile in quanto serve a renderci simpatici a noi stessi ed agli altri e ci permette, in certe situazioni con un semplice sorriso, di sdrammatizzare l'eccessiva serietà che i ruoli da noi intrapresi tentano spesso di imporci. Ricordo di aver letto che «c'è più comunicazione in un sorriso che in una minaccia».

— «Ora tutto ciò è tuo, a me è già servito, sta a te assimilarlo, verificarlo ed ampliarlo per ricavarne un'opera più completa».

Quasi non respiravo più dall'emozione, il corpo era teso e la mia testa sembrava un frullino.

Avrei dovuto subito cambiare la lettera H per evitare di dover scrivere la teoria in inglese e di pubblicarla all'estero.

Ma sì, pensai, c'è la lettera U che può caratterizzare la teoria in italiano: Umanità, Udito (non è poi così bello!) ed Umorismo.

Non solo, ma ora che si penso la teoria potrebbe essere inserita nell'A.T.: nel GAB si potrebbe trovare una affinità tra l'Umanità ed il GA. L'Ascolto attento e l'A., l'Umorismo ed il BN.

E poi potrei anche...

— «Dimenticavo Franco, esiste ancora un'altra dote "H" molto importante ed è l'HUMILITY SENSE, il senso dell'umiltà che ci aiuta e ciò serve, molto più spesso di quanto non immaginiamo, a riconoscere ed accettare i propri limiti».

— «Biglietto prego!»

Mentre cercavo confusamente il mio biglietto notai che il mio amico Humbert non era più nello scompartimento. Chiesi al controllore se lo aveva visto uscire.

— «Nossignore» — rispose — «Lei è rimasto solo per tutto il viaggio». «Dormiva e non l'avrei svegliata se non fossimo quasi arrivati».

Scanned by CamScanner

Gli adattamenti di personalità (Le Porte della Terapia)

Paul Ware

Traduzione Simonetta Romano

RIASSUNTO

Nell'ambito dei concetti di Adattamento di Personalità e "Porte" della terapia, vengono presentati i differenti tipi di personalità e di approccio psicoterapeutico coerente ad ognuno di questi. Sintetizzando le patologie ed i disturbi di personalità in sei classificazioni (Isterici, Ossessivo-Compulsivi, Schizoidi, Antisociali, Passivo-Aggressivi e Paranoidi), l'autore descrive l'approccio più adatto per entrare in contatto (la Porta Aperta) e quello da evitare (la Porta Trappola) a seconda del tipo di paziente. L'autore suggerisce inoltre la principale meta di cambiamento (la Porta Bersaglio) per ciascuno degli adattamenti identificati. Vengono descritti l'influenza delle ingiunzioni e controingiunzioni, nella formazione dei diversi adattamenti di personalità, e le caratteristiche principali di ognuno. Per illustrare gli approcci adottati con i diversi tipi di personalità, sono citati stralci delle sedute di terapia condotte dall'autore.

Questo modello di terapia è utile sia per gli allievi in training clinico che per terapeuti praticanti che si trovino in una impasse con i loro pazienti.

ABSTRACT

Personality types and psychotherapeutic approaches for each, are presented in the conceptual framework of personality adaptations and "doors" to therapy. Condensing psychopathology and maladjustment into six classifications (Hysterical, Obsessive-Compulsive, Schizoid, Antisocial, Passive-Aggressive, and Paranoid), the author describes the respective approaches for making contact (the Open Door) and those to avoid (the Trap Door) with the client. He also suggests the ongoing direction for change (the Target Door) with each of the personality adaptations. The influence of injunctions and counterinjunctions in the formation of the various personality adaptations is outlined along with the characteristics of each. Excerpts from the author's therapy sessions are cited to illustrate the approaches and interventions used with each personality adaptation.

This therapy model is valuable for individuals training to become therapists and for practicing therapists who have reached an impasse with their client.

L'esame dei tipi di personalità fondamentali, attuato da un punto di vista transazionale, consente di comprendere le caratteristiche ed il funzionamento attuali dell'individuo ed il modo in cui, caratteristiche e funzionamento stessi, hanno avuto origine e si sono sviluppati.

Se si dispone di una visione complessiva di quali siano le caratteristiche di personalità ed i modelli di adattamento di una persona, è più facile prendere contatto con il paziente ed aver chiaro un piano di terapia. Poiché ogni tipo di personalità è caratterizzato da modelli che le sono propri, il terapeuta deve capire in quale area l'individuo investe maggiormente l'energia e cioè, secondo la tricotomia introdotta da Erskine, se nei sentimenti, nel pensiero o nel comportamento.

Questo articolo presenta i concetti di adattamenti di personalità e di «porte» che consentono al terapeuta di prendere un contatto iniziale efficace superando la resistenza. In sostanza l'articolo suggerisce quale direzione il terapeuta dovrebbe prendere nella relazione e nel trattamento del paziente.

LO SVILUPPO DELLA PERSONALITÀ

Secondo E. Berne la personalità può essere divisa in tre Stati dell'Io: il Genitore, l'Adulto ed il Bambino. Tutti i genitori umani dispongono dei tre Stati dell'Io.

Tradizionalmente, nella nostra cultura, è alla madre che spetta la cura del neonato, incapace di farsi carico di sé stesso. Si stabilisce così una simbiosi sana tra madre e bambino. Se il bambino piange, la madre deve riflettere, immaginare cosa non va e risolvere il problema. Se i

P. Ware, Personality Adaptations (Doors to Therapy), T.A.J. vol. 13, n. 1 1983. ITAA permission.

Scanned by CamScanner

suoi bisogni biologici ed emotivi vengono soddisfatti, il bambino cresce, fisicamente ed emotivamente, e nel corso di questo processo impara a pensare. Dapprima il suo pensiero è di carattere immediato ed intuitivo, piuttosto che accurato, obiettivo e sequenziale. Crescendo il bambino impara anche a prendersi cura degli altri e conseguentemente di se stesso. Gradualmente il pensiero si fa più sofisticato ed astratto e mediante il gioco, per esempio, il bambino apprende come prendersi cura di altre persone. Sia la capacità di pensare che di prendersi cura degli altri sono in gran parte il risultato della relazione fra il bambino ed i genitori e/o altri adulti importanti. Se i suoi bisogni fisici ed emotivi sono soddisfatti, il bambino si svilupperà normalmente, imparerà a pensare e a prendersi cura in modo efficace di se stesso e degli altri. Le sue dipendenze simbiotiche si risolveranno e gradualmente il bambino diverrà autonomo.

Quando un neonato, totalmente assorbito dai suoi desideri e dai suoi bisogni, piange e l'ambiente risponde al suo pianto, sperimenta molto più potere di quanto non ne avrà mai più in seguito.

La realtà naturalmente è che una persona non potrà avere sempre soddisfatti tutti i suoi desideri e bisogni. Di conseguenza durante il processo di sviluppo i bambini devono adattarsi all'ambiente che li circonda e possono scegliere una delle tre seguenti possibilità: possono restare piccoli ed impotenti, stimolando gli altri a prendersi cura di loro e a pensare al loro posto; come seconda alternativa, possono prendersi cura loro delle altre persone, compiacerle e mostrarsi servizievoli; oppure, terza possibilità, possono diventare aggressivi e ribelli, assumendo un atteggiamento combattivo ("combatterò sempre contro di te") ed oppositivo ("non ce la farai ad obbligarmi").

Quelli che imparano a prendersi cura degli altri, possono iniziare a farlo molto precocemente nella vita, a volte già all'età di tre o quattro anni.

In presenza di un genitore impotente ed incapace di dare supporto, il bambino rovescia i ruoli e, in modo rudimentale, pensa al suo posto e se ne prende cura. Coloro che si adattano in modo aggressivo e ribelle continueranno per tutta la vita la loro battaglia con le persone che vogliono farli agire e pensare a modo loro. In generale gli individui si adattano con una o, entro certi limiti, due di queste modalità e continuano ad utilizzarle per tutto il corso della loro esistenza.

LE INGIUNZIONI E LE SPINTE

Nel corso del loro sviluppo, i bambini ricevono dai genitori o da altri adulti significativi due principali tipi di messaggi: ingiunzioni e spinte (o messaggi di controcopione). Questi due tipi di messaggi influenzano in modo specifico l'adattamento di personalità. L'ingiunzione, data dai genitori molto presto nel corso dello sviluppo, dice al bambino che cosa non deve fare e come deve comportarsi, pensare e sentire. Il concetto di ingiunzione, sviluppato da R. Goulding (1972), è estremamente utile per capire in che modo le persone diventano ciò che sono e in che modo la loro crescita emotiva viene ostacolata o impedita. R. Goulding ha identificato 13 ingiunzioni: NON, NON ESISTERE, NON ESSERE INTIMO, NON STARE BENE, NON ESSERE SANO DI MENTE, NON ESSERE BAMBINO, NON SENTIRE, NON CRESCERE, NON PENSARE, NON APPARTENERE, NON RIUSCIRE, NON ESSERE IMPORTANTE, NON GODERE. Alcune ingiunzioni rinviano ad un tipo particolare di adattamento di personalità.

Inoltre alcune ingiunzioni, come NON ESISTERE e NON RIUSCIRE (le più dannose e distruttive) contribuiscono in misura maggiore rispetto alle altre ad un adattamento patologico.

LA TERAPIA

In funzione di questi due tipi di messaggio, che influenzano il suo comportamento, il bambino sceglie come propria modalità di adattamento uno (o più) dei sei principali tipi di personalità. Molte persone, ovviamente, non corrispondono ad un tipo «puro» di personalità.

I bambini che hanno assimilato messaggi di genitori (od altri significativi) il cui tipo di personalità non era nettamente precisato, generalmente si sviluppano come una combinazione di due tipi principali, con un adattamento di personalità primario ed uno secondario.

I sei tipi di adattamenti sono i seguenti: Isterico; Ossessivo-Compulsivo; Schizoide; Antisociale (o nella vecchia terminologia sociopatico o psicopatico); Passivo-Aggressivo e Paranoide.

Gli altri tipi identificati nel DSM III (1980) non sembrano descrivere degli adattamenti di personalità definiti chiaramente (vedi Tavola 1).

Scanned by CamScanner

ADATTAMENTO	CARATTERISTICHE	DESCRIZIONE	SPINTE	INGIUNZIONI
Schizoide	Isolamento Passività Fantasticherie Evitamento Distacco	Timido Ipersensibile Eccentrico	Sii forte Sforzati Compiaci	Non riuscire Non appartenere Non godere Non essere sano Non crescere Non sentire (amore, sesso, gioia) Non pensare
Isterico	Eccitabilità Instabilità emotiva Iperreattività Drammatizzazione Seduttività	Immaturo Egocentrico Vanitoso Dipendente	Compiaci Sforzati o sbrigati	Non crescere Non essere importante Non pensare
Ossessivo-Compulsivo	Conformismo Moralismo	Perfezionista Iperinibito Scrupoloso Iperadattato alle regole Teso	Sii forte Sii perfetto	Non essere un bambino Non sentire (gioia, sesso) Non essere intimo Non godere
Paranoide	Rigidità di pensiero Grandiosità Proiezione	Ipersensibile Sospettoso Geloso Invidioso	Sii forte Sii perfetto	Non essere un bambino Non essere intimo Non sentire Non godere
Antisociale	Conflitti con la società Bassa tolleranza alla frustrazione Bisogno di eccitazione e dramma	Duro Irresponsabile	Sii forte Compiaci	Non riuscire Non essere intimo Non essere un bambino Non sentire
Passivo-Aggressivo	Personalità aggressiva Risentimento	Oppositivo Testardo	Sforzati Sii forte	Non sentire Non essere intimo Non godere Non riuscire

TAVOLA 1
ADATTAMENTI DI PERSONALITÀ

Scanned by CamScanner

LA PERSONALITÀ ISTERICA

Le personalità Isteriche investono la maggior parte della loro energia a livello dei sentimenti. Manifestano eccitabilità, instabilità emotiva e reazioni eccessive. Vengono descritte dagli altri come drammatiche, con comportamenti volti ad attirare l'attenzione e spesso seduttivi. Vengono inoltre descritte come immature, egocentriche e superficiali. La compagnia degli Isterici è divertente ed eccitante, ma i rapporti con loro possono diventare difficili. Queste personalità dapprima agganciano gli altri e si attaccano, poi diventano dipendenti e infine fanno in modo di provocare conflitti con la persona da cui dipendono. La loro spinta primaria è COMPIACIMI o COMPIACI GLI ALTRI; la spinta secondaria è SFORZATI o SBRIGATI, oppure il contrario. Le ingiunzioni che impediscono loro di crescere sono: NON CRESCERE, NON PENSARE e di solito NON ESSERE IMPORTANTE. Molto spesso questi messaggi provengono dal genitore dello stesso sesso. Se si tratta di un uomo è probabile che abbia anche ricevuto l'ingiunzione NON ESSERE TE STESSO o NON ESSERE DEL TUO SESSO, ingiunzione dalle quali talvolta si sviluppa un adattamento omosessuale.

Per entrare in contatto con una personalità Isterica e stimolarla a cambiare, inizialmente il terapeuta deve mettersi in comunicazione e prendere contatto a livello del sentimento, cioè nell'area in cui è maggiormente investita l'energia. Può quindi avviare il processo di cambiamento abbordando la porta "bersaglio" (il pensiero), avendo cura di relazionarsi da una posizione ok e non da una posizione di superiorità. La porta "trappola" da evitare è il comportamento dell'Isterico. Se il terapeuta confronta il comportamento e tenta di farlo cambiare, si trova preso in trappola e fallisce. Al contrario, il contatto deve avvenire a livello dei sentimenti ed il terapeuta deve innanzi tutto stimolare l'Isterico a pensare, occupandosi del comportamento alla fine, quando saranno avvenuti i maggiori cambiamenti a livello del pensare. Imparando a pensare e a sentirsi capace di pensare, le personalità Isteriche iniziano ad apprezzare le carezze condizionate indirizzate al loro comportamento ed ai risultati ottenuti, e questo ha un valore cruciale per lo sviluppo della loro vita futura.

In un recente incontro avuto con una giovane donna Isterica, rimasi colpito dai suoi modi, dal suo fascino, dalla sua gentilezza e vitalità emotiva. Dopo che la paziente si fu affidata, entrai in contatto in modo giocoso con lei a livello dei sentimenti. Il mio primo intervento terapeutico, dopo aver stabilito il contatto, fu un commento sul suo pensare. Lei rispose "Tutto quello che devo fare è pensare ed ho bisogno di tempo per farlo". Si trattava di una riflessione importante che ho rinforzato ed ancorato inchinandomi verso di lei e toccandole le braccia.

Mentre continuava a parlare ella manifestò in modo chiaro, con l'uso di frasi del tipo "Tu sai" e "sì, è così" e "hai ragione", la spinta COMPIACIMI. A più riprese contrastai la spinta SBRIGATI, invitandola a pensare in modo chiaro e a completare il proprio pensiero quando iniziava ad affrontare la soluzione di un problema. Quando mi riferì della rabbia che provava, in relazione al rapporto simbiotico che aveva avuto con la madre, accarezzai questa riflessione, intervenni e chiusi la seduta dicendo che per lei la guarigione comportava crescere, pensare e separarsi.

LA PERSONALITÀ OSSESSIVO-COMPULSIVA

La personalità Ossessivo-Compulsiva rappresenta il controaltare della precedente. La sua principale caratteristica è il conformismo: gli Ossessivo-Compulsivi si sottomettono alle regole e alle leggi, si mostrano esageratamente coscienziosi e sono i giudici più critici e severi di se stessi. Poiché investono una energia considerevole nel compiere il loro dovere, hanno molta difficoltà a rilassarsi. Uno dei segnali più sicuri del buon esito del trattamento è quando imparano a rilassarsi e a giocare. La spinta principale degli Ossessivo-Compulsivi è SII PERFETTO, accompagnata frequentemente dalla spinta secondaria SII FORTE o SFORZATI. In una fase precoce della loro vita hanno ricevuto l'ingiunzione NON ESSERE UN BAMBINO, a cui si adattano negando i propri sentimenti. Una ulteriore ingiunzione ricevuta è NON SENTIRE oppure NON SENTIRE CERTE COSE, specialmente NON SENTIRE GIOIA. Hanno inoltre incorporato un messaggio di NON ESSERE INTIMO, che li porta ad avere notevoli conflitti nelle loro relazioni. A dispetto di questi conflitti e della loro difficoltà ad entrare in contatto con sentimenti di gioia, desiderano ardentemente entrare in intimità. Il terapeuta che lavora con gli Ossessivo-Compulsivi deve fare molta attenzione perché queste personalità sanno integrare molto bene l'informazione a livello cognitivo ma non a livello

Scanned by CamScanner

emotivo. Mentre danzano, per esempio, possono apparire sorridenti come se si stessero divertendo, mentre in realtà stanno contando "un, due e tre... un, due e tre..." sforzandosi di divertirsi e di ballare bene.

Gli Ossessivo-Compulsivi sono perfezionisti, intelligenti, organizzati ed investono ampiamente la loro energia nel pensiero, che costituisce dunque la porta aperta al trattamento. All'inizio è importante carezzarli proprio sul pensare: "Buon Dio, sono veramente impressionato per la chiarezza del tuo pensiero". Se in seguito si chiede: "Mentre pensavi, cosa provavi?", la risposta sarà quasi certamente: "Mah... stavo pensando". Il terapeuta dovrà insistere: "Lo so che pensavi, ma quali erano i tuoi sentimenti?".

La cosidetta porta "trappola" con loro è il comportamento. Se il terapeuta ci cade, ed invita la persona a cambiare un modello di comportamento, ha poche probabilità di ottenere un risultato. Per esempio, è inutile dire ad un ossessivo fobico di smetterla di lavarsi le mani. Bisogna stimolarlo a passare dalla porta aperta, il pensiero, alla porta bersaglio, il sentimento, prima che si realizzi un cambiamento comportamentale.

L'interazione seguente, che ho avuto con una donna Ossessivo-Compulsiva di mezza età, illustrerà gli adattamenti legati a questo tipo di personalità. Durante una seduta di terapia di gruppo, mentre mi raccontava come fosse esigente con se stessa, all'improvviso si mise a dondolare con il corpo, offrendomi l'opportunità di darle il permesso e di incoraggiarla a sentire. Cogliendo il messaggio proveniente dal linguaggio del corpo, la relazione si orientò dunque verso la porta bersaglio. Quando lei iniziò ad accarezzarsi una gamba, le chiesi di far parlare la sua mano e poi di risponderle. Appena entrò in contatto con i propri sentimenti, tornai un po' indietro e la accarezzai per il suo pensiero e per la cura che si prendeva di sè. Poi feci un ulteriore passo avanti: l'invitai a chiedere ai membri del gruppo di prendersi cura di lei. Durante la seduta si evidenziarono chiaramente i suoi problemi: tendenza al perfezionismo, inibizione, tendenza compulsiva a prendersi cura degli altri, mancanza del permesso di essere una bambina, soppressione dei sentimenti. Tutti questi elementi le erano stati utili durante l'infanzia, quando aveva imparato a comportarsi da adulta, con le conseguenti successive difficoltà ad entrare in intimità, provare piacere e lasciare che gli altri si prendessero cura di lei. Le spinte ad ESSERE PERFETTA e ESSERE FORTE si manifestavano in forme simboliche di comunicazione, sintetizzabili in frasi tipo: "devi farlo alla perfezione", "devi andare fino in fondo" oppure "andrà bene se tu sarai capace" (SII PERFETTO), ed ancora, "non ci si aspetta che tu manifesti i tuoi sentimenti", "sta a te prenderti in carico, non mostrarti vulnerabile" (SII FORTE). Guidandola dalla porta aperta, il pensiero, alla porta bersaglio, il sentimento, è stato infine possibile raggiungere l'esperienza di un comportamento correttivo; esperienza che ha avuto luogo quando la donna è stata invitata a farsi prendere in carico e a permettersi di ricevere cure ed attenzioni dagli altri membri del gruppo. Un passaggio, come quello descritto, dal pensiero al sentimento per arrivare finalmente alla gioia di provare sentimenti piacevoli, rappresenta l'obiettivo globale nel trattamento delle personalità Ossessivo-Compulsive.

LA PERSONALITÀ SCHIZOIDE

Le personalità Schizoidi sono passive e si isolano in modo particolare. Secondo J. Schiff (1971), il segreto della terapia con gli Schizoidi consiste nel comprendere e confrontare proprio la loro passività che si manifesta, oltre che come tendenza all'isolamento, con le fantasticherie ad occhi aperti e l'impegnarsi in attività passive. Gli Schizoidi sono timidi e ipersensibili. Evitano il contatto e si isolano nel loro mondo interiore e per questo motivo passano spesso per bizzarri. Se sono affetti da schizofrenia, si abbandonano ad allucinazioni, si ritraggono nell'indifferenza e fuggono ogni situazione di intimità o di competizione.

La spinta principale degli Schizoidi è SII FORTE; la spinta secondaria è SFORZATI oppure COMPIACI. L'adattamento a quest'ultimo messaggio mira ad agganciare gli altri in relazioni di dipendenza e di simbiosi. In questo modo gli Schizoidi evitano di essere attivi, di affermarsi e di prendere delle decisioni. Hanno ricevuto una potente ingiunzione di NON RIUSCIRE o almeno di NON RIUSCIRE NEI TUOI RAPPORTI, a cui si uniscono NON AMARE, NON ESSERE AFFETTUOSO e NON AVERE SENTIMENTI SESSUALI. Altre ingiunzioni si riferiscono al NON GODERE, NON APPARTENERE, NON ANDARE D'ACCORDO CON GLI ALTRI. Tendono ad agire restando isolati o ad avere rapporti di dipendenza che non comportano attaccamento, in questo caso sentendosi diversi ed emargina-

Scanned by CamScanner

ti. Certi Schizoidi, che hanno ricevuto l'ingiunzione NON STARE BENE/NON ESSERE SANO DI MENTE (SII PAZZO) e che manifestano un comportamento psicotico, sono affetti da Schizofrenia.

La porta aperta al trattamento in questi casi si trova dove è investita l'energia, quindi nel comportamento ritirato e passivo. La porta bersaglio è il pensiero ed in effetti queste persone cominciano a star meglio quando imparano a pensare chiaramente, a risolvere dei problemi e a portare fino in fondo i loro pensieri. La porta trappola è il sentimento, soprattutto se si tratta di sentimenti negativi. Se i pazienti Schizoidi sono in balia dei sentimenti negativi ed il terapeuta cerca di stabilire un contatto a questo livello, i sentimenti negativi si rinforzano ed il processo terapeutico si blocca. Dobbiamo ricordare che il trattamento degli Schizoidi è lungo e faticoso e non prosegue che a piccoli passi.

Qui di seguito darò un esempio dell'approccio suddetto utilizzato con una delle personalità più gravemente Schizoidi che io abbia mai trattato. Quest'uomo non riusciva mai a tenersi un lavoro. Era stato ospedalizzato per questo motivo. Di fronte ai colleghi si isolava, si paralizzava e diventava così nervoso da essere incapace di agire normalmente. Alla domanda su come si manifestasse il suo nervosismo, rispose: "Molto spesso ho delle brusche contrazioni alle ginocchia". Invece di lavorare, una parte di lui desiderava esclusivamente "Stare seduto, ascoltare la radio, andare a dormire, poi alzarsi e ricominciare così il giorno dopo". La sua timidezza, la sua indifferenza ed il suo ritirarsi "a vivere nel suo mondo" si manifestavano con molta evidenza. La sua mancanza di emozioni indicava l'ingiunzione SII FORTE. La spinta a COMPIACERE GLI ALTRI emergeva nei momenti in cui si adattava alle mie attese, al punto di appropriarsi talvolta delle mie parole come se fossero pensieri propri. Apparivano inoltre in modo molto chiaro le ingiunzioni NON SENTIRE, NON GODERE, NON ESSERE SANO DI MENTE. La sua mancanza di iniziativa ed il suo rifiuto di assumersi delle responsabilità verso se stesso rinviavano alle ingiunzioni NON CRESCERE e NON PENSARE. Infine l'ingiunzione di NON APPARTENERE risultava evidente dal suo modo di isolarsi dagli altri. All'inizio del trattamento il suo livello di energia era così basso che dovevo investire molta della mia energia per accedere alla porta aperta, il comportamento, aprendomi faticosamente un varco nel suo passivo isolamento. Entrando nel suo mondo l'ho invitato a dirigersi verso il pensiero, porta bersaglio, stimolando così il passaggio da uno stato di passività ad uno di attività. L'incontro si è chiuso con l'invito, da parte mia, a riconoscere il proprio comportamento passivo. Nel momento in cui lo ha riconosciuto questa persona è diventata pronta a cambiare e star bene. Come spesso accade quando gli Schizoidi cominciano a star bene, divengono empatici, sperimentano i loro sentimenti positivi e cominciano a stabilire relazioni con gli altri.

LA PERSONALITÀ ANTISOCIALE

L'adattamento di personalità Antisociale o Disordine del Carattere è formalmente conosciuto come Sociopatia o Psicopatia. Le personalità di questo tipo sono in conflitto con la società, hanno una scarsa tolleranza alla frustrazione, difficoltà con le regole ed i doveri al punto da avere spesso problemi di ordine legale. Una loro caratteristica importante e spesso trascurata è che, per non entrare in contatto con i propri sentimenti, cosa che per loro sarebbe troppo costosa, le personalità Antisociali sono spesso alla ricerca di situazioni eccitanti e/o drammatiche.

Le personalità Antisociali possono essere ulteriormente descritte come egocentriche, irresponsabili, impulsive, dure e insensibili, ma sanno anche essere affascinanti, e molto abili nel compiacere gli altri per ottenere ciò che vogliono. Spesso per raggiungere i loro scopi ricorrono alla coercizione, alla violenza oppure manipolano gli altri.

Il messaggio fondamentale di controcopione è SII FORTE, una spinta di cui nella loro infanzia hanno avuto veramente bisogno, per sopravvivere alla deprivazione affettiva del loro ambiente. La spinta secondaria è COMPIACI GLI ALTRI, perché, con una parte intelligente ed astuta di se stessi, si dicono che se compiaceranno e risponderanno alle aspettative degli altri, e lo faranno nel modo giusto, gli altri faranno quello che vogliono loro. Le loro ingiunzioni comprendono NON ESSERE UN BAMBINO, NON SENTIRE o NON SENTIRE CERTE COSE, soprattutto la paura e la tristezza. Nonostante abbiano imparato molto presto a giocare d'astuzia per mettere nel sacco gli altri, è interessante notare la presenza dell'ingiunzione NON PENSARE, che prende la forma di NON PENSARE AL FUTURO ovvero NON RISOLVERE I PROBLEMI. Le personalità più marca-

Scanned by CamScanner

te hanno anche l'ingiunzione a NON RIUSCIRE, ed è infatti parte della loro programmazione il farsi sempre prendere in castagna, per quanto possano essere stati brillanti ed intelligenti. Un'altra evidente ingiunzione è NON ESSERE INTIMO o, più precisamente, NON STARE VICINO. Sono dei maestri ad entrare rapidamente in contatto in modo superficiale con le altre persone, ma le loro relazioni non durano molto. Usano gli altri e poi se ne vanno per la loro strada. Le personalità Antisociali sono particolarmente predisposte ad attirare personalità isteriche con le quali si agganciano molto rapidamente.

La porta aperta alla terapia con gli Antisociali è rappresentata dal loro comportamento aggressivo. Si scagliano contro gli altri e cercano di abbatterli per ottenere ciò che vogliono, mostrandosi tuttavia affascinanti e compiacenti. Il terapeuta inizia confrontando questo comportamento e si sposta poi verso la porta bersaglio, il sentimento. La porta trappola è il pensiero, che deve essere evitato a motivo della loro insincerità e della loro abilità a pensare rapidamente ed intelligentemente ma per mettere nel sacco il terapeuta. Di conseguenza deve essere confrontato il loro comportamento e devono entrare in contatto con i loro sentimenti, per poi poter pensare in un modo diverso. Questa è la base del modello di terapia sviluppato da Marty Groder ad Aeskalepian, (chiamato il gioco di "Synanen"), modello finalizzato al confronto del comportamento, all'abbattimento delle difese e ad aprire gli Antisociali ai loro sentimenti, stimolandoli in seguito a pensare.

Quella che segue è una sequenza tratta da una seduta con un giovane ragazzo, Antisociale ma non dei più coriacei. Per questo motivo ho potuto confrontare il suo comportamento ed invitarlo ad entrare in contatto con i suoi sentimenti senza essere così preciso come un terapista deve spesso essere quando lavora con questi pazienti. Ho iniziato la sessione confrontando in modo giocoso, in termini che lui conosceva, il suo comportamento e le sue risposte sfuggenti ed evasive. La spinta SII FORTE ed il suo modo di mantenere le cose esterne a sé, erano evidenziati dall'uso ripetuto di frasi in terza persona. Al momento opportuno, mi mossi verso la porta bersaglio dei sentimenti, domandandogli "Che cosa senti?" e per un momento vidi tristezza nei suoi occhi. Ma, molto velocemente, lui si staccò dai propri sentimenti rientrando nella propria struttura difensiva, un muro di durezza che aveva imparato a costruire intorno a sè per sopravvivere. Di fronte alla mia domanda, per coprire la propria tristezza, fece una smorfia. Comunque, quando di nuovo prese contatto con me, accettando la mia confrontazione, mi resi conto che potevo invitarlo a cambiare e questa volta confrontai proprio la sua durezza. Evitando ancora di entrare in contatto con i suoi sentimenti, mi rispose: "Non ci tengo ad essere un duro". Io continuai ad insistere, mentre lui tentava di continuare le sue manovre di evitamento, ed infine fui in grado di prendere contatto con i suoi sentimenti genuini. Durante la seduta fu messa in luce in modo abbastanza evidente la sua economia di carezze, caratterizzata dal fatto di ottenere attenzione in modo negativo, come è tipico degli Antisociali. Quando cominciano a cambiare i loro modeli di riconoscimento, gli Antisociali spesso si sentono carenti, perché non sanno come prendere riconoscimenti e carezze positive. Durante il trattamento con personalità Antisociali, come quella descritta, uno degli obiettivi più importanti è condurli da un modello di carezze negativo ad uno positivo.

LA PERSONALITÀ PASSIVO-AGGRESSIVA

Un quinto tipo di adattamento di personalità è la Personalità Passivo-Aggressiva. Caratterizzati in modo particolare da una passività aggressiva (cioè aggressiva ma in modo passivo), questi tipi di personalità si presentano rabbiose e risentite nei confronti del mondo, oppositive, inflessibili e cocciute. Chi entra in relazione con loro può sentire il loro risentimento e, nello stesso tempo, avere l'impressione di "essere risucchiato". Di fatto le personalità Passivo-Aggressive sono estremamente dipendenti nelle relazioni con gli altri, nonostante la loro turbolenza, i loro combattimenti e le loro lamentele. Le loro spinte sono SFORZATI, COMBATTI, RENDI DIFFICILI LE COSE. Altri messaggi che hanno interiorizzato sono SII FORTE, NON FARE SAPERE A NESSUNO CHE DENTRO TI SENTI FERITO, NON FAR SAPERE A NESSUNO QUANTO DESIDERI DIPENDERE. Le ingiunzioni a sostegno della loro posizione esistenziale sono NON CRESCERE e, cosa interessante, NON SENTIRE.

Possiedono anche le ingiunzioni di NON ESSERE INTIMO e NON RIUSCIRE, che li spingono al combattimento, ed infine l'ingiunzione NON GODERE. Investono la loro energia nel loro comportamento di passività aggressiva, e questo comportamento rappresenta la porta

Scanned by CamScanner

aperta. Il terapeuta deve evitare la porta trappola del pensiero. Le personalità Passivo-Aggressive pensano in modo superficiale come gli Antisociali, ma con modalità differenti rispetto a loro. Il terapeuta deve iniziare confrontando gentilmente il loro comportamento, quindi muoversi verso la porta bersaglio dei sentimenti, descrivendo il loro comportamento passivo e comunicando come si sente rispetto al loro comportamento. Un modo per prendere contatto con loro a livello dei sentimenti è accettarne la passività invitandoli a comunicare.

Un incontro avuto con un giovane Passivo-Aggressivo rivela la durezza e la passività aggressiva che ho descritto. Ogni volta che gli veniva lanciato uno stimolo per interagire, questo giovane rispondeva mandando un doppio messaggio, e cioè dicendo da una parte di non voler prendere la palla che gli era stata lanciata, ma nello stesso tempo sorridendo, e quindi emettendo un segnale di accettazione della interazione. Ciò rappresenta quel succhiare e rifiutare contemporaneamente, così frustrante per chi non sa come gestire il rapporto con questo tipo di adattamento di personalità. Quando il paziente iniziò a parlare (senza pressioni da parte mia), si mise una mano davanti alla bocca soffocando le proprie parole. La personalità Passivo-Aggressiva spende molta energia nel bloccare fermamente la comunicazione. Questo comportamento associato con il tono di voce basso, evidenziava le spinte SFORZATI e SII FORTE, e mi invitava a reagire duramente nei suoi confronti, il che avrebbe solo prodotto un suo sprofondare sempre di più nella passività. La mia coterapeuta Ellen Bayder, con un approccio magistrale, si mise in contatto con il paziente in modo accarezzante e giocoso, dicendogli "Hey, ho capito che sei un duro". A quel punto i suoi compagni del gruppo di terapia ci ricordarono che la sua durezza era solo una facciata.

I tipici Passivo-Aggressivi sono molto soli interiormente e desiderano entrare in contatto, ma farlo significa andare contro l'ingiunzione di NON ESSERE INTIMI. Il paziente rispose all'approccio di Ellen con la classica risposta del passivo-aggressivo, "Non so". L'ultima cosa giusta che Ellen fece fu di entrare in contatto con lui dicendogli "Io sono interessata a te e quando avrai qualcosa da dirmi, fammelo sapere, ti ascolterò". La modalità Passivo-Aggressiva illustrata in questa sessione di terapia è decisamente autodistruttiva, in quanto la persona al di sotto della propria durezza nasconde il desiderio reale di essere presa in carico. Fino a che l'ingiunzione NON RIUSCIRE continua ad operare, le personalità Passivo-Aggressive spingono le altre persone ad assumere il controllo su di loro che restano piccoli e dipendenti. Uno dei segreti del trattamento di questi tipi di personalità è di non abbandonarle, mettendosi in contatto gentilmente con loro a livello dei sentimenti.

LA PERSONALITÀ PARANOIDE

L'adattamento di personalità Paranoide è caratterizzato dalla grandiosa e dalla rigidità, specialmente nelle modalità di pensiero. La grandiosità dei Paranoidi, riflesso delle aspettative irrealistiche che hanno su di sé, è una copertura per dei sentimenti molto profondi di insicurezza ed inadeguatezza. I paranoidi proiettano massicciamente sulle altre persone quello che pensano e sentono e molto spesso le accusano e biasimano. Gelosi ed invidiosi, sono ad un tale livello ipersensibili da percepire con i loro sensi nell'ambiente stimoli che gli altri non percepiscono. Queste personalità operano con una modalità di avvicinamento – allontanamento, entrando in contatto un giorno con una persona e il giorno dopo rifiutandola.

La spinta numero uno dei Paranoidi è SII FORTE, che li aiuta a sopravvivere da soli e a bloccare i sentimenti, e la numero due SII PERFETTO, che si manifesta con la estrema criticità nei confronti di se stessi e le rimuginazioni sul dover fare sempre meglio.

Molto precocemente hanno ricevuto le ingiunzioni NON FIDARTI, NON ESSERE UN BAMBINO, NON SENTIRE, NON ESSERE INTIMO e NON APPARTENERE. La loro porta aperta è il pensare, che sanno fare accuratamente e attentamente a causa della ipersensibilità dei loro meccanismi percettivi. La porta bersaglio è il sentimento e la porta trappola il comportamento. Se viene attaccato il loro comportamento, diventano ancora più sospettosi ed iniziano a proiettare sugli altri per poterli accusare e biasimare.

La seguente seduta con una brillante, sensibilissima e suscettibilissima giovane Paranoide, illustra come mi muovo dal livello del pensiero a livello del sentimento, in modo molto gentile e supportivo. All'inizio del nostro colloquio mi aveva raccontato dei bollini che stava collezionando all'interno della nostra relazione, il che evidenziava la sua sensibilità e capacità di pensare in modo molto preciso.

Scanned by CamScanner

ADATTAMENTI	PORTE		
	APERTA	BERSAGLIO	TRAPPOLA
Schizoide	Comportamento (IP)	Pensiero	Sentimenti
Antisociale	Comportamento (AA)	Sentimenti	Pensiero
Paranoide	Pensiero	Sentimenti	Comportamento
Isterico	Sentimenti	Pensiero	Comportamento
Ossessivo-Compulsivo	Pensiero	Sentimenti	Comportamento
Passivo-Aggressivo	Comportamento (PA)	Sentimenti	Pensiero

(IP) : Isolamento passivo
(AA) : Affermazioni attive
(PA) : Passività attiva

TAVOLA 2
ADATTAMENTI DI PERSONALITÀ E PORTE DELLA TERAPIA

Stava seduta molto compostamente e tranquillamente, investendo una considerevole energia nel pensare e senza essere consapevolmente distaccata. Il primo passo che intrapresi fu invitarla a condividere ad alta voce i suoi pensieri ed i sentimenti negativi che stava provando, così che avremmo potuto occuparcene. Se il terapista è difensivo e non diretto, i paranoidi costruiranno un muro di difesa attorno a loro. Nel momento in cui l'accarezzai per il suo pensiero così chiaro, il mio co-terapeuta Taibi Kahler intervenne con molta competenza con l'affermazione: "Immagino che tu abbia molti sentimenti nei confronti di Paul", aggirando in questo modo il suo SII FORTE e l'ingiunzione di NON SENTIRE. Non appena la paziente iniziò a piangere e mi guardò, presi contatto con lei a livello dei sentimenti. Sebbene fosse sospettosa e dura con se stessa la paziente, in virtù di una buona e tempestiva terapia, era molto più accessibile ai sentimenti, al contatto emotivo e al cambiamento di quanto non siano molti Paranoidi. La sua ingiunzione di NON ESSERE INTIMA era evidenziata dalla paura che provava nei confronti della intimità e dei sentimenti positivi. Per i Paranoidi come lei, è necessario riabituarsi in modo progressivo ai sentimenti positivi ed avere una continua rassicurazione che il prendersi cura di qualcuno ed essere intimi, anche se pauroso, non sarà distruttivo.

CONCLUSIONI

Abbiamo esaminato le sei modalità fondamentali che le persone utilizzano per adattarsi all'ambiente. Ogni tipo di personalità investe energia in modo predominante a livello di pensiero, sentimento e comportamento e per favorire il cambiamento il terapeuta deve comprendere queste modalità. La porta aperta si trova dove la persona investe l'energia ed è questa la strada che il terapeuta intraprende per comunicare e stabilire un contatto iniziale. Successivamente prosegue verso la porta bersaglio, per superare la resistenza che il paziente sta mettendo in atto. Infine, verso la metà o la fine della terapia, la porta trappola diviene la meta dove il paziente fa del lavoro significativo. I terapeuti efficaci seguono da molto tempo questo processo ad un livello intuitivo o inconscio. La comprensione cognitiva di tali processi, integrata con l'intuizione degli stessi, permette al terapeuta di applicare le proprie conoscenze in modo quasi automatico. (v. Tav. 2).

I concetti di Adattamento di Personalità e di Porta Aperta al trattamento sono particolarmente utili agli allievi in training clinico. Per chi già pratica la professione di terapeuta e si trova in una situazione di impasse con un cliente, può essere utile rivedere il processo avvenuto, per determinare se sono entrati nella porta

Scanned by CamScanner

trappola di un tipo di personalità differente dal tipo che pensavano di trattare. Ogni paziente è diverso ed apprende ad adattarsi, al di là di quanto possa essere disfunzionale il proprio adattamento, nel modo che gli è più conveniente. Una comprensione chiara di questi modelli di comportamento può aumentare l'efficacia del terapeuta che stimola le persone a capire meglio se stesse ed andare avanti nel loro processo di crescita e di cambiamento.

Paul Ware, MD, C.T.M. vive e lavora a Shreweport, L.A. - U.S.A.

BIBLIOGRAFIA

Kahler, T., & Capers, H. *The miniscript.* Transactional Analysis Journal, 1974, 4 (1), 26-42.

Schiff, A.W., & Schiff, J.L. *Passivity.* Transactional Analysis Journal, 1971, 1 (1), 71-78.

Goulding, R. *New directions in transactional analysis: Creating an environment for redecision and change.* Progress in group and family therapy. Eds. Sagar, C.J., & Kaplan, W.S. New York: Brunner/Mazel, 1972, 107-113.

The American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders,* 3rd edition. Washington, D.C.: The American Psychiatric Association, 1980, 305-330.

CONVEGNO DI STUDI

"TEORIA E PRASSI DELL'ANALISI TRANSAZIONALE:
un modello in evoluzione"

VENEZIA - Isola di S. Giorgio - Fondazione Cini
12 - 13 - 14 aprile 1991

RELAZIONI - WORKSHOP - TAVOLE ROTONDE - COMUNICAZIONI

Aree tematiche:
• Concezioni degli Stati dell'Io: confronti - convergenze - divergenze • Patologie regressive: psicosi - stati limite - narcisismo • Il gruppo • L'integrazione con altre terapie • Strategia - tecnica e metodologia dell'AT • L'AT come terapia esistenziale • Supervisione: modelli e strategie • Tecniche e strategie innovative nel campo dell'educazione e delle organizzazioni.

Durata: relazioni 30 min; Workshop 2 h; Comunicazioni 10 min.

I contributi vanno sottoposti al vaglio della commissione scientifica, saranno pubblicati sugli atti del Convegno, devono pervenire alla segreteria scientifica entro il 30 ottobre 1990.
Le presentazioni di esterni e di allievi in formazione devono essere presentate da un Analista Transazionale riconosciuto dall'ITAA/EATA.
Prezzi, possibilità alberghiere ed altri dettagli partecipativi verranno comunicati con lettera a parte.

SEGRETERIA SCIENTIFICA c/o Antonio Ferrara - IGAT
Via Pietro Castellino, 21 – 80128 Napoli – Tel. 081/379.08.55

Scanned by CamScanner