



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata  
(FISPPA)**

**Corso di Laurea Magistrale in  
PSICOLOGIA CLINICO-DINAMICA**

**Tesi di Laurea Magistrale**

**ANALISI TRANSAZIONALE PER IL DISTURBO  
DIPENDENTE DI PERSONALITÀ  
REVIEW DELLA LETTERATURA, CONFRONTO TRA MODELLI  
E MANUALIZZAZIONE**

**Transactional Analysis for Dependent Personality Disorder  
Literature Review, Model Comparison and Manualization**

*Relatore*  
**Professor Enrico Benelli**

*Laureanda*  
**Laura Lucchini**

*Matricola:* **2050468**

**Anno Accademico 2022/2023**



# INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>6</b>
<b><i>I DISTURBI DI PERSONALITÀ: CONFRONTO TRA TEORIE.....</i></b>	<b>9</b>
<b>1.1 Introduzione .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 La Prospettiva Cognitivo-Comportamentale .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Formulazione cognitivo-comportamentale dei disturbi di personalità.....	10
1.2.2 Trattamento terapeutico secondo la terapia cognitivo-comportamentale .....	12
<b>1.3 La Schema Therapy .....</b>	<b>13</b>
1.3.1 Formulazione secondo la Schema therapy dei disturbi di personalità.....	13
1.3.2 Trattamento terapeutico secondo la Schema Therapy .....	15
1.3.3 Confronto Schema Therapy e Teoria Cognitivo-Comportamentale.....	16
<b>1.4 La prospettiva Psicodinamica .....</b>	<b>17</b>
1.4.2 Trattamento terapeutico secondo la prospettiva psicodinamica .....	20
<b>1.5 L'Analisi Transazionale .....</b>	<b>21</b>
1.5.1 Formulazione secondo l'Analisi Transazionale dei disturbi di personalità.....	22
1.5.2 Trattamento terapeutico analitico transazionale .....	25
<b><i>DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ: CONFRONTO TRA TEORIE ...</i></b>	<b>29</b>
<b>2.1 Classificazione .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2 La prospettiva Cognitivo-Comportamentale del Disturbo Dipendente di Personalità .....</b>	<b>30</b>
2.2.1 Obiettivi del trattamento cognitivo-comportamentale del Disturbo Dipendente di Personalità .....	33
2.2.2 Interventi cognitivi.....	34
2.2.3 Interventi comportamentali .....	35
2.2.4 Regolazione emotiva.....	35
2.2.5 La relazione terapeutica .....	36
<b>2.3 La prospettiva della Schema Therapy per il Disturbo Dipendente di Personalità ...</b>	<b>37</b>
2.3.1 Obiettivi terapeutici della Schema Therapy per il Disturbo Dipendente di Personalità .....	40
2.3.2 Intervento terapeutico della Schema Therapy .....	41
<b>2.3 La prospettiva Psicodinamica del Disturbo Dipendente di Personalità .....</b>	<b>42</b>
2.3.1 Varianti della personalità dipendente secondo la prospettiva psicodinamica.....	44

2.3.2	Trattamento psicodinamico .....	45
2.4	Ulteriori Considerazioni .....	47
	<b><i>OBIETTIVI DELLA RICERCA</i></b> .....	<b>52</b>
	<b><i>METODO</i></b> .....	<b>54</b>
4.1	Strategia di ricerca .....	54
4.2	Criteri di inclusione ed esclusione .....	54
4.3	Processo di estrazione dei dati.....	55
	<b><i>RISULTATI</i></b> .....	<b>56</b>
	<b><i>DISCUSSIONE DEI RISULTATI</i></b> .....	<b>65</b>
6.1	Introduzione .....	65
6.2	Concezione analitico transazionale della personalità dipendente .....	65
6.2.1	Fattori eziologici .....	65
6.3	Fattori associati al cambiamento.....	71
6.4	Valutazione del disturbo: Il modello di Ware .....	74
6.4.1	Personalità Isterica .....	75
6.4.2	La personalità passivo-aggressiva .....	76
6.4.3	Il modello di Millon .....	77
6.6	Specificazione degli interventi terapeutici caratteristici.....	81
6.6.1	La terapia di ridecisione .....	82
6.6.2	Ulteriori interventi.....	85
6.7	Differenze con altri approcci.....	86
6.8	Limitazioni e sviluppi futuri.....	91
	<b><i>CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE</i></b> .....	<b>92</b>
	<b><i>Bibliografia</i></b> .....	<b>94</b>
	<b><i>RINGRAZIAMENTI</i></b> .....	<b>100</b>



## INTRODUZIONE

I disturbi di personalità sono caratterizzati da una radicata influenza sull'identità individuale, spesso comportando notevoli impatti sulla vita quotidiana e sulle interazioni sociali (Beck, Davis & Freeman, 2021). In passato, gran parte della ricerca scientifica era centrata principalmente su un'ottica psicodinamica. Solo in seguito, con lo sviluppo di teorie cognitive e comportamentali, è stato possibile analizzare i disturbi di personalità da diverse prospettive (*ibidem*). Il primo capitolo di questo lavoro si è posto l'obiettivo di fornire una panoramica delle varie concezioni e approcci terapeutici per i disturbi di personalità, considerando sia il punto di vista cognitivo-comportamentale che quello psicodinamico. Inoltre, è stato approfondito l'approccio della Schema Therapy e presentata la formulazione dell'Analisi Transazionale in relazione all'argomento trattato. Il lavoro si è poi concentrato sull'analisi del Disturbo Dipendente di Personalità che, nel secondo capitolo, è stato discusso dai differenti punti di vista della teoria cognitivo-comportamentale, psicodinamica e attraverso l'approccio della Schema Therapy. Ogni orientamento, nel discutere del disturbo in esame, adotta punti di vista differenti. La prospettiva cognitivo-comportamentale e la Schema Therapy analizzano la personalità dipendente attraverso il concetto, rispettivamente, di *schemi* e di *mode*, privilegiando la comprensione dei meccanismi attuali e offrendo un approccio più orientato all'azione. Al contrario, la prospettiva psicodinamica analizza le cause sottostanti l'insorgenza dei sintomi andando a scandagliare le esperienze infantili e le dinamiche inconsce dell'individuo (Haverkamp, 2017).

I disturbi di personalità compaiono all'interno dei principali manuali diagnostici presenti nel panorama scientifico attuale, come il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) e il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2). Tuttavia, alcuni approcci psicoterapeutici risultano essere privi di guide specifiche per la concettualizzazione e il trattamento di questi disturbi. In molti concordano sul fatto che l'utilizzo della diagnosi sia da considerarsi come un rafforzamento del pregiudizio rispetto alla malattia mentale. Una delle maggiori obiezioni mosse contro i manuali psicodiagnostici è, infatti, che l'etichetta diagnostica risulti peggiorativa nei confronti dell'individuo che manifesta una difficoltà. Tuttavia, in molti si trovano d'accordo nel sostenere che la possibilità di avere un linguaggio comune attraverso il quale poter

discutere delle differenze individuali inserite in cornici di riferimento più ampie si riveli utile sia alla formazione dei professionisti che, successivamente, alla proposta dei trattamenti specifici per i pazienti (McWilliams, 2012).

Tra gli approcci privi di una concettualizzazione puntuale dei disturbi di personalità e del loro trattamento è presente l'Analisi Transazionale. Questo rappresenta la premessa sottostante per giungere al cuore del presente lavoro, che consiste in una revisione sistematica PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), finalizzata a raccogliere l'attuale letteratura disponibile sul disturbo dipendente di personalità in ottica analitico transazionale al fine di organizzarla in una proposta di manualizzazione del disturbo in esame.

La proposta di manualizzazione è stata sviluppata attraverso le linee guida proposte da Carrol e Nuro (2002), approccio considerato da diversi autori come il modello di riferimento per la creazione di manuali diagnostici e di trattamento. Lo sviluppo dell'ultimo capitolo del presente elaborato si snoda, infatti, attraverso la discussione di quelle che sono considerate le aree chiave necessarie per fornire indicazioni utili alla concettualizzazione dei disturbi secondo gli autori. Vengono considerati i fattori eziologici, gli elementi e fattori associati al cambiamento; gli obiettivi terapeutici e la specificazione degli interventi caratteristici per arrivare, infine, alla delineazione delle differenze e similitudini con altri approcci presi in esame durante la stesura dell'elaborato.

L'obiettivo perseguito dal presente lavoro è che possa rappresentare una guida per future riflessioni sul tema, in modo da ampliare la letteratura disponibile al fine di procedere con studi di fattibilità e studi pilota così da testare l'efficacia dei trattamenti proposti.





## I DISTURBI DI PERSONALITÀ: CONFRONTO TRA TEORIE

### 1.1 Introduzione

I disturbi di personalità sono definiti dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) come schemi di esperienze interiori e comportamenti che si discostano significativamente dalle norme culturali, presenti in modo diffuso e rigido. Questi disturbi possono manifestarsi nell'adolescenza o nella prima età adulta e hanno la caratteristica di persistere nel tempo, causando disagio o compromissione. Un altro manuale fondamentale per la diagnosi dei disturbi di personalità è il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2) (Lingiardi & McWilliams, 2018). Secondo questa prospettiva, la personalità va oltre il semplice comportamento visibile e coinvolge una serie di processi psichici interni. Pertanto, un criterio essenziale per la diagnosi di disturbo di personalità è l'evidenza che un determinato modo di funzionare causi un significativo disagio sia all'individuo stesso che agli altri, che sia stabile nel tempo e che faccia parte dell'esperienza personale al punto da non ricordare di essere stato diverso o immaginare di poter esserlo (*ibidem*).

Analizzando le diverse concettualizzazioni che negli anni sono state date dei disturbi di personalità, si evince un crescente consenso riguardo al fatto che il nucleo della patologia sia costituito da difficoltà legate al sé o all'identità, nonché da disfunzioni nelle relazioni interpersonali (Clarkin, 2006)

Nei paragrafi seguenti viene esposta una rassegna riguardante i diversi approcci che trattano dei disturbi di personalità, enfatizzando i diversi punti di vista applicati a queste due aree chiave.

### 1.2 La Prospettiva Cognitivo-Comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale è una terapia strutturata e si basa sulla comprensione di pensieri e convinzioni, con particolare attenzione ai pensieri negativi e a come essi siano strettamente legati alle emozioni e ai comportamenti (Dacomo & Pizzo, 2012).

Inizialmente lo studio dei disturbi di personalità era principalmente associato all'approccio psicoanalitico poiché l'idea di una personalità "disturbata" non era facilmente conciliabile con le teorie comportamentali e cognitivo-comportamentali dell'epoca (Pretzer & Beck, 2004). Tuttavia, nel corso degli anni, ci sono stati significativi cambiamenti nelle concezioni e nei trattamenti dei disturbi di personalità che hanno portato all'applicazione di teorie cognitive-comportamentali in questo campo. A partire dalla fine del XX secolo, gli studiosi della terapia cognitivo-comportamentale hanno intrapreso un percorso di sviluppo concettuale, presentando approcci relativi al trattamento dei disturbi di personalità (Beck & Freeman, 1993).

### 1.2.1 Formulazione cognitiva-comportamentale dei disturbi di personalità

Secondo la prospettiva della terapia cognitivo-comportamentale, le persone sono influenzate da una complessa interazione di fattori che includono genetica, epigenetica, biologia, temperamento e ambiente (Beck, Broder & Hindman, 2016). Questa interazione influenza lo sviluppo di strategie comportamentali che gli individui adottano per soddisfare le loro pulsioni di base per la sopravvivenza. Le persone psicologicamente sane generalmente possiedono valori e obiettivi chiari, percepiscono sé stesse, il mondo circostante e le altre persone in modo accurato, vedono la realtà in maniera chiara o approssimativamente chiara, seguono regole di vita ragionevoli e adattive e sono in grado di scegliere tra una gamma di strategie per il raggiungimento dei loro obiettivi (Beck, 2005). Al contrario, gli individui affetti da disturbi di personalità potrebbero non avere valori ben definiti, tendendo a distorcere la realtà in diverse situazioni e contesti; hanno convinzioni rigide e disfunzionali e possiedono un numero limitato di strategie comportamentali che vengono applicate in modo inflessibile, interferendo così con i loro obiettivi a lungo termine (*ibidem*).

L'ipotesi della teoria cognitivo-comportamentale è, dunque, che le distorsioni cognitive, piuttosto che motivazionali o di risposta, rappresentino il fattore sottostante ai comportamenti e alle emozioni disfunzionali negli adulti (Beck, Freeman, 1993).

Beck ed Ellis furono tra i precursori nell'uso delle tecniche di terapia cognitivo-comportamentale per il trattamento dei disturbi di personalità. Sostennero che l'impianto terapeutico non dovesse limitarsi alle manifestazioni sintomatiche, ma dovesse estendersi

anche agli schemi cognitivi e alle convinzioni sottostanti (Beck, Freeman, 1994). Si riconosceva che i pazienti presentassero generalmente problemi “centrali” o di base a causa delle loro convinzioni disfunzionali, concezione coerente con il concetto di “schema” che occupa una posizione centrale nell'approccio cognitivo-comportamentale (*ibidem*). Secondo Beck et al. (2015), la personalità è un'organizzazione relativamente stabile composta da sistemi e modalità di schemi. Gli schemi influenzano il modo in cui l'individuo percepisce gli stimoli e, di conseguenza, le modalità emotive e comportamentali con le quali reagisce ad essi. Questi schemi possono essere di natura cognitiva, affettiva, motivazionale, strumentale e di controllo. Le modalità di schemi, invece, rappresentano una rete di schemi correlati che si attivano quando l'individuo affronta una sfida o è impegnato nell'ottenere un obiettivo (*ibidem*). Secondo questa prospettiva, i sentimenti e i comportamenti disfunzionali riscontrati nei pazienti con disturbi di personalità possono essere in parte attribuibili a schemi individuali che costantemente generano idee distorte, mostrando una propensione agli errori cognitivi (Beck & Freeman, 1994). La libertà di agire in modo proattivo e produttivo è deficitaria a causa dell'inclinazione a interpretare erroneamente le situazioni, e a causa delle convinzioni disfunzionali e delle strategie predominanti di coping (Beck et al., 2015). Non si tratta di stabilire se queste strategie siano intrinsecamente buone o cattive, ma piuttosto di valutare il livello adattivo in determinati contesti. I pazienti con disturbi di personalità spesso valutano in modo distorto le situazioni e sono limitati a un insieme ristretto di strategie comportamentali, che possono essere adeguate in alcune circostanze ma generalmente disfunzionali in molte altre (Beck, Broder & Hindman, 2016).

Un altro approccio proposto dalla prospettiva cognitivo-comportamentale vede la combinazione dell'idea degli schemi disfunzionali con quella dei disturbi di personalità come disturbi del comportamento interpersonale (Safran & McMain, 1992). Secondo questa prospettiva, gli schemi disfunzionali hanno un forte impatto sulla cognizione, sull'emozione e sul comportamento, come proposto anche negli approcci precedenti (Pretzer & Beck, 2004). Tuttavia, si ritiene anche che le risposte degli altri al comportamento interpersonale dell'individuo possano contribuire a creare esperienze che rafforzano o mettono in discussione le convinzioni e gli assunti disfunzionali, dando origine a un ciclo cognitivo-interpersonale che si auto-perpetua e che è resistente al cambiamento (Safran & McMain, 1992).

Pretzer e Beck (1996) teorizzarono, sulla base dell'idea dell'influenza interpersonale, che questa perpetuazione comportasse problemi pervasivi e coerenze comportamentali, a loro volta etichettati come disturbi di personalità. Di conseguenza, l'obiettivo dell'intervento terapeutico era quello di modificare le credenze disfunzionali che contribuivano a tale perpetuazione.

### 1.2.2 Trattamento terapeutico secondo la terapia cognitivo-comportamentale

La collocazione degli schemi su un *continuum* che va dall'attivo all'inattivo e la loro posizione su una scala che va dall'impermeabile al mutevole costituiscono strumenti fondamentali per il terapeuta al fine di comprendere i problemi del paziente e sviluppare una strategia di trattamento mirata ed efficace (Beck, Freeman, 1994). L'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale dipende, in ogni momento, dal grado di congruenza che si instaura tra le aspettative del paziente relative agli obiettivi terapeutici e quelle del terapeuta. Durante il trattamento, uno strumento utile è il diagramma di concettualizzazione cognitiva (Beck, Broder & Hindman, 2016). Questo strumento consente di identificare le credenze e le strategie centrali per l'individuo affetto da disturbo di personalità. Attraverso la rappresentazione grafica, il diagramma evidenzia le relazioni e le esperienze chiave nello sviluppo, oltre a sottolineare come le ipotesi che guidano gli individui si trasformano in strategie di *coping*. Tali informazioni rappresentano preziosi indizi per il terapeuta, in quanto consentono di comprendere come i pazienti percepiscono le situazioni attuali e manifestano reazioni emotive e comportamentali caratteristiche. Il trattamento include psicoeducazione, sessioni di strutturazione, definizione degli obiettivi, risoluzione dei problemi, empirismo collaborativo, ristrutturazione cognitiva, esperimenti comportamentali, miglioramento delle capacità interpersonali, rilassamento, consapevolezza, compiti a casa, prevenzione delle ricadute (*ibidem*).

I terapeuti dovrebbero essere in grado di fornire visioni alternative a quelle che i pazienti presentano generalmente; offrendo un rinforzo positivo possono aiutare i pazienti a modificare le proprie credenze disfunzionali su di sé (Beck, Broder & Hindman, 2016). Può capitare che i pazienti applichino le loro credenze disfunzionali sulla relazione con il terapeuta: in questo caso è importante che quest'ultimo sia in grado di prevenire queste

rotture così che il paziente sia in grado di generalizzare ciò che ha appreso durante la terapia anche a situazioni esterne. La modifica degli schemi disfunzionali deve avvenire sia a livello intellettuale, che emotivo e di ragionamento, così che si possa aiutare il paziente a modificare le proprie strategie di *coping*, insegnando loro comportamenti più adattivi. Diverse sono le tecniche che si possono utilizzare, tra cui esperimenti comportamentali, l'immaginazione, lo psicodramma, le metafore, la narrazione e la ristrutturazione del significato dei ricordi d'infanzia sono spesso utilizzate con questa tipologia di pazienti (*ibidem*).

Alla base di un trattamento mirato ed efficace, la fiducia reciproca e il riconoscimento delle richieste del paziente sono fondamentali; il *setting* collaborativo è una delle componenti più importanti (Beck, Freeman, 1994). Data la natura persistente delle modalità comportamentali dei pazienti con disturbo di personalità, il lavoro sulla loro modificazione può comportare alcune difficoltà: la terapia provocherà ansia e resistenze negli individui in quanto viene chiesto loro di abbandonare il modo in cui si sono considerati per anni. Riconoscere questa attivazione emotiva nei pazienti generata dal cambiamento è cruciale per la buona riuscita del trattamento (*ibidem*).

### **1.3 La Schema Therapy**

La Schema Therapy è stata proposta da Young (1990) per cercare di migliorare l'efficacia della prospettiva cognitivo-comportamentale tradizionale nel trattamento dei disturbi di personalità (Beck, Broder & Hindman, 2016). Si tratta di un approccio psicoterapeutico inerente alle cause e alla cronicità della sofferenza psicopatologica connessa a problemi caratteriologici (Terenzi, Carmelita & Capo, 2017).

#### **1.3.1 Formulazione secondo la Schema therapy dei disturbi di personalità**

La Schema Therapy presuppone l'esistenza di Bisogni Emotivi Primari che, se non adeguatamente soddisfatti, possono instaurare nell'individuo aspettative estremamente negative e iper-generalizzate, che non permettono più di discriminare la specificità della situazione, con conseguente perdita di flessibilità e funzionalità emotiva e comportamentale (Terenzi, Carmelita & Capo, 2017).

Secondi i teorici della Schema Therapy i Bisogni Emotivi Primari possono essere identificati in (Terenzi, Carmelita & Capo, 2017):

1. Instaurazione e mantenimento di legami di attaccamento con altri significativi;
2. Bisogni di autonomia, identità e sicurezza;
3. Bisogni di libertà e di espressione delle proprie necessità ed emozioni;
4. Bisogni di spontaneità e gioco;
5. Bisogni di percezione dei limiti e di autocontrollo

Conseguentemente a queste esperienze inappropriate di apprendimento si creano quelli che la Schema Therapy definisce *Early Maladaptive Schemas* (Schemi Disadattivi Precoci), organizzatori di rappresentazioni iper-generalizzate di sé e di sé con l'altro. Young et al. (2007) hanno classificato gli *Early Maladaptive Schemas* in cinque differenti domini, connessi specificatamente all'inappropriata soddisfazione di uno o più dei cinque bisogni di base. I domini individuati sono: distacco e rifiuto, mancanza di autonomia e abilità, mancanza di regole, eccessiva attenzione ai bisogni degli altri, inibizione e ipercontrollo.

Altro concetto proposto dalla Schema Therapy sono i *Mode*: atteggiamenti e ruoli che l'individuo adotta nel gestire i propri bisogni di base; un insieme di schemi, emozioni e comportamenti di *coping* (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Se gli schemi rappresentano i tratti stabili della persona, i *mode* riguardano l'esatta dimensione di sé attiva nel momento specifico, struttura che assume temporaneamente il controllo dell'azione e della coscienza (Terenzi, Carmelita & Capo, 2017).

Young et. al (2007) affermano che l'individuo oscillerebbe tra diversi stati mentali, suddivisi in quattro gruppi:

1. *Mode* "Bambino": Bambino vulnerabile, Bambino arrabbiato, Bambino impulsivo/indisciplinato, Bambino Felice;
2. *Mode* di Coping Disfunzionale: Resa, Evitamento, Iper-compensazione;
3. *Mode* "Genitore Disfunzionale": Genitore Punitivo/Critico, Genitore Abusante, Genitore Richiedente;
4. *Mode* "Adulto Sano"

Le prime tre modalità tendono ad essere estremamente rigide, l'obiettivo della Schema Therapy è quindi quello di permettere ai pazienti il rinforzo delle modalità sane, in modo da essere maggiormente in grado di affrontare e superare le modalità disfunzionali (*ibidem*).

### 1.3.2 Trattamento terapeutico secondo la Schema Therapy

I problemi presentati dal paziente in fase di intervento sono collegati al *mode* attivo in quel momento; questo orienta il terapeuta nella scelta delle tecniche terapeutiche più adatte (Jacob & Arntz, 2013). L'intervento peculiare della Schema Therapy fa ricorso a tecniche immaginative ed esperienziali; due sono quelle centrali: *Imagery With Rescripting* e la Tecnica della due sedie (Terenzi, Carmelita & Capo, 2017).

Solitamente la prima fase dell'intervento è maggiormente dedicata alle modalità di *coping*; il terapeuta facilita nel paziente la comprensione delle proprie modalità, discutendone vantaggi e svantaggi e ponendo attenzione alle modalità con cui si sono sviluppate durante l'infanzia. Conclusa questa prima fase, in quella successiva l'attenzione è indirizzata verso il livello di dipendenza del paziente nei confronti di queste strategie, così da aiutarlo a svincolarsi da queste, favorendo l'accessibilità a emozioni bloccate. Obiettivo principale è quello di convalidare e modificare le modalità disfunzionali del Bambino, attraverso l'elaborazione delle emozioni (Jacob & Arntz, 2013).

L' *Imagery With Rescripting* è una tecnica nella quale, paziente e terapeuta, identificano le esperienze interpersonali infantili, per le quale l'individuo ha stabilizzato i propri Schemi Maladattativi Precoci (Terenzi, Carmelita & Capo, 2017). Nella rievocazione immaginativa, il paziente viene guidato a rivivere emotivamente le memorie dolorose con l'assistenza del terapeuta. In una prima fase, il paziente narra la scena "dolorosa" dal punto di vista del sé bambino o adolescente. Successivamente, il paziente assume il punto di vista del sé adulto che assiste alla scena e può intervenire a difesa del sé bambino o adolescente, contrastando attivamente gli interlocutori disfunzionali presenti nella scena. Se il paziente fatica nell'affrontare le figure significative della sua storia evolutiva e a difendere i bisogni e i diritti del sé bambino, il terapeuta può inserirsi nella scena, interagendo in modo deciso con i vari personaggi coinvolti nell'evento rievocato,

servendosi come modello per il paziente e rendendolo più credibile agli occhi del paziente stesso. Infine, il paziente ripercorre nuovamente l'esperienza, questa volta inserendo gli interventi protettivi del sé adulto e/o del terapeuta, mentre continua a osservare e narrare la scena dal punto di vista del sé bambino o adolescente (*ibidem*).

Altra tecnica utilizzata dalla Schema Therapy è la Tecnica delle due sedie. In questo caso, il terapeuta chiede al paziente di impersonare le varie parti di sé in conflitto, così da farle dialogare tra di loro, aiutato dal terapeuta stesso, al fine di raggiungere un equilibrio più funzionale, senza che nessuna di questa possa prevalere, annullando le altre dimensioni del sé (Terenzi, Carmelita & Capo, 2017).

### 1.3.3 Confronto Schema Therapy e Teoria Cognitivo-Comportamentale

Diversi sono i punti in comune tra il trattamento della Schema Therapy e la teoria Cognitivo-Comportamentale (Beck, Broder & Hindman, 2016).

Entrambe utilizzano strategie cognitive per la valutazione delle credenze disadattative dei pazienti, analizzando prove a favore e contro le loro convinzioni; si valuta l'impatto dei comportamenti di coping disfunzionali, aiutando i pazienti nell' adottare strategie più adattive (*ibidem*). Sebbene la Schema Therapy si basi più su strategie esperienziali (Young et. al, 2003), anche la teoria cognitivo-comportamentale incorpora questa tipologia di strategie nel trattamento (Beck, 2005).

Per quanto riguarda l'evoluzione della terapia è possibile distinguere una differenza centrale tra i due approcci (Beck, Broder & Hindman, 2016).

La teoria cognitivo-comportamentale inizialmente lavora indirettamente sulle credenze fondamentali del paziente, nel tentativo di alleviare i disturbi sintomatici. Questo affinché, una volta ridotta la sintomatologia e aver creato una buona alleanza terapeutica, il paziente sia in grado di tollerare lo stato negativo che accompagna l'attivazione dello schema. Al contrario, nelle prime fasi del trattamento, l'attenzione della Schema Therapy è posta sulla modifica degli schemi disadattativi attraverso strategie esperienziali in quanto, secondo Young (2003), i pazienti non sarebbero in grado di mantenere il cambiamento comportamentale senza una progressione adeguata attraverso strategie cognitive ed esperienziali (Beck, Broder & Hindman, 2016).



#### 1.4 La prospettiva Psicodinamica

Come già discusso in precedenza, la prospettiva psicodinamica concepisce la personalità come un'entità dimensionale che va oltre ciò che si può osservare attraverso il semplice comportamento (Lingiardi & McWilliams, 2017). Essa abbraccia una vasta gamma di processi psichici interni, come le motivazioni, le fantasie, i modelli caratteristici di pensiero, i modi in cui si sperimenta sé stessi e gli altri, modalità di coping e difese (*ibidem*). In altre parole, la personalità viene vista come un *continuum*, dove ai due estremi si trovano individui con diversi livelli di funzionamento. Nel punto più sano del *continuum* si trovano coloro che dimostrano un buon adattamento in diverse aree della loro vita. Queste persone sono in grado di sviluppare relazioni soddisfacenti, comprendere una vasta gamma di emozioni e pensieri in sé stessi e negli altri e affrontare in modo flessibile le sfide esterne o i conflitti interni. La loro percezione dell'identità è relativamente stabile, e agiscono in accordo con valori morali internalizzati senza scaricare il proprio malessere sugli altri. All'estremo opposto del *continuum* si trovano individui più compromessi. Queste persone affrontano le difficoltà in maniera rigidamente inflessibile, spesso utilizzando una gamma limitata di difese poco adatte e inadeguate. In tali condizioni, il funzionamento psicologico e interpersonale è notevolmente compromesso, rendendo difficile il mantenimento di relazioni soddisfacenti e il gestire adeguatamente le situazioni di stress o i conflitti (*ibidem*).

La prospettiva psicodinamica si basa su un ampio bacino teorico che comprende vari costrutti significativi condivisi da diverse scuole di pensiero psicoanalitiche (Stricker & Gold, 1988). Pur differenziandosi l'una dall'altra, queste correnti condividono assunti comuni sul comportamento umano, la personalità e la patologia, fornendo così una comprensione completa dei disturbi di personalità. Uno degli assunti chiave è la convinzione che esistano processi mentali inconsci che influenzano significativamente il comportamento e plasmano le esperienze percettive, cognitive, emotive e interpersonali al di fuori della consapevolezza dell'individuo. Questa prospettiva sottolinea anche l'importanza delle esperienze passate nel determinare il comportamento attuale, enfatizzando la necessità di una comprensione evolutiva del funzionamento attuale dell'individuo, con particolare attenzione sulle esperienze infantili che contribuiscono allo sviluppo successivo della personalità (*ibidem*).

#### 1.4.1 Formulazione psicodinamica dei disturbi di personalità

All'interno della psicoanalisi, l'interesse per i disturbi di personalità è emerso come un tentativo di estendere la teoria e il trattamento psicoanalitico oltre la popolazione originaria di applicazione, cioè i pazienti nevrotici (Stricker & Gold, 1988). Con lo sviluppo delle successive teorie psicodinamiche, quali la psicologia dell'Io, la teoria delle Relazioni Oggettuali e la Psicologia del Sé, è diventato possibile esaminare l'eziologia e le dinamiche dei disturbi di personalità da diverse prospettive teoriche (Bornstein, 2006). I disturbi della personalità sono stati tipicamente descritti come “disturbi del carattere” nella letteratura psicodinamica, dove il carattere rappresenta il modello abituale di adattamento di una persona alle forze istintuali e ambientali (Stricker & Gold, 1988). Le differenti correnti teoriche hanno identificato gruppi di individui il cui modo di adattarsi alle richieste interne ed esterne dell'ambiente mostra difetti e/o deviazioni; i criteri individuati per la diagnosi di disturbo di personalità si basano sulle precise modalità in cui queste capacità di adattamento risultano instabili (*ibidem*). Sulla base dei differenti quadri teorici, sono stati individuati alcuni costrutti per descrivere le caratteristiche della personalità (*ibidem*).

Tra questi si riportano le funzioni più frequentemente utilizzate:

1. Adeguatezza e funzioni dell'io;
2. Grado di libertà della patologia e delle funzioni dell'io senza conflitti;
3. Conflitto intersistemico vs intrasistemico;
4. Livello di relazione con gli altri;
5. Coesione e coerenza del senso di sé e dell'identità;
6. Livello di sviluppo psicosessuale;
7. Livello di ego-sintonicità della psicopatologia;

In riferimento a quanto esposto finora, si possono rintracciare tre costrutti fondamentali che risultano cruciali per comprendere le dinamiche intrapersonali e interpersonali coinvolte in diverse forme di patologia della personalità (Bornstein, 2006).

### *Forza dell'Io*

Un principio centrale della prospettiva psicodinamica è quello secondo cui le strutture mentali, ovvero l'Io, l'Es e il Super-Io, svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo della personalità, sia essa normale o patologica (Bornstein, 2006). Le prime esperienze infantili risultano essere fondamentali nel plasmare la forza dell'Io del bambino in via di sviluppo, influenzando la capacità di verificare la realtà e gestire efficacemente gli impulsi dell'Es. Un ambiente genitoriale adeguato e la presenza di traumi minimi permettono al bambino di dedicare notevole energia psichica nello sviluppo di abilità di valutazione della realtà e nell'acquisizione di strategie di autocontrollo efficaci (*ibidem*). D'altro canto, un ambiente genitoriale inadeguato o esperienze traumatiche significative deviano l'energia psichica dalle funzioni dell'Io, poiché il bambino deve utilizzare le sue risorse psicologiche per affrontare situazioni stressanti e dolorose (*ibidem*).

### *Stile di difesa*

Modelli stabili di difesa si sviluppano durante l'infanzia, rappresentando il modo caratteristico con cui un individuo affronta la minaccia o i pericoli esterni (Bornstein, 2006). Uno stile difensivo flessibile e adattivo, in cui prevalgono meccanismi di difesa maturi, è correlato ad esperienze positive. Al contrario, esperienze infantili negative conducono a uno stile difensivo immaturo e meno efficace, caratterizzato da strategie che portano a una maggiore distorsione degli eventi interni ed esterni (*ibidem*).

### *Rappresentazioni mentali di sé e degli altri*

Durante i primi anni di vita, il bambino sviluppa rappresentazioni oggettuali di sé e delle figure significative che lo circondano (Bornstein, 2006). Si tratta di rappresentazioni che evolvono nel tempo, possedendo, però, qualità durature che tendono ad essere stabili rispetto al cambiamento. La natura qualitativa e strutturale di queste rappresentazioni oggettuali influisce sull'interazione sociale e sull'adattamento psicologico lungo il corso della vita. Un individuo che presenta introietti sofisticati e affettivamente positivi è meno incline allo sviluppo di gravi e croniche patologie, in quanto le sue relazioni interpersonali tendono ad essere più mature e salutari (*ibidem*). Al contrario, un individuo che ha interiorizzato rappresentazioni oggettuali primitive ed emotivamente negative è più a

rischio di sviluppare problemi psicopatologici, poiché le sue interazioni sociali possono essere meno adattive e più problematiche (*ibidem*).

Ogni individuo, dunque, manifesta modi specifici di fare esperienza e fronteggiare le situazioni. È possibile considerare la presenza di una patologia del carattere o un disturbo di personalità solo quando i modelli di comportamento diventano così rigidi e stereotipati da ostacolare il normale sviluppo psicologico e l'adattamento alla vita quotidiana (McWilliams, 2012). La gravità della patologia della personalità può variare in base alla capacità dell'individuo di affrontare le sfide della vita, i tipi di difese utilizzate e la qualità delle rappresentazioni mentali. Il livello meno grave, la nevrosi, è caratterizzata da una buona capacità di gestione delle difficoltà, l'uso di difese mature e rappresentazioni mentali relativamente positive (Bornstein, 2006). Il livello intermedio, che nel corso del ventesimo secolo ha preso il nome di livello borderline, si caratterizza per una capacità di gestione meno adeguata, l'utilizzo di difese immature e rappresentazioni mentali strutturalmente imperfette. Il livello più grave, la psicosi, è la forma più severa di psicopatologia, contraddistinta da una bassa capacità di gestione delle difficoltà, difese immature e rappresentazioni mentali primitive e malevole (*ibidem*).

#### 1.4.2 Trattamento terapeutico secondo la prospettiva psicodinamica

La prospettiva psicodinamica nello studio dei disturbi di personalità si avvale di un approccio a tre livelli per la diagnosi e il trattamento (Stricker & Gold, 1988).

Il primo livello riguarda l'osservazione dei sintomi, dei modelli comportamentali e delle situazioni che indicano la presenza di un disturbo di personalità nell'individuo. Il secondo livello si concentra sul presente e coinvolge un'indagine psicodinamica per comprendere i significati inconsci e sovradeterminati dei comportamenti manifesti attuali (*ibidem*). Questa comprensione permette di individuare le motivazioni, gli sforzi, i criteri morali, le preoccupazioni, le fantasie e i bisogni connessi alla produzione dei sintomi o dei modelli comportamentali oggetto di studio. Il terzo livello di comprensione mira a identificare gli antecedenti storici, comportando un lavoro di ricostruzione più approfondito e creando un quadro delle esperienze interpersonali nella prima fase di vita dell'individuo che hanno contribuito alle deviazioni di sviluppo culminate in un disturbo di personalità (*ibidem*).

Le funzioni dell'Io, gli stili difensivi caratteristici dei pazienti e le loro rappresentazioni mentali di sé e degli altri rappresentano punti centrali per il trattamento; forniscono punti di ingresso che permettono di aiutare sia il paziente che il terapeuta a realizzare cambiamenti positivi (Bornstein, 2006). Questi costrutti offrono una struttura all'interno della quale il terapeuta può prevedere possibili ostacoli alla terapia, come lo sviluppo di un transfert o di risposte controtransferali problematiche. Inoltre, costituiscono una base per identificare e sviluppare i punti di forza del paziente, aiutando anche nel delineare gli obiettivi del trattamento (*ibidem*). Attraverso una comprensione più approfondita dei sintomi, delle dinamiche inconse e delle esperienze passate del paziente, il terapeuta può guidare il processo terapeutico in modo più efficace, favorendo così il benessere e la crescita dell'individuo (*ibidem*).

Infine, le difese, gli introietti e la forza dell'Io rappresentano tre dimensioni attraverso le quali i terapeuti possono valutare e identificare il cambiamento terapeutico nel paziente (Bornstein, 2006). Rivalutare periodicamente il funzionamento del paziente nel corso della terapia è fondamentale poiché aiuta il terapeuta a comprendere quali interventi sono più adeguati e quali aspetti del funzionamento del paziente sono maggiormente influenzati da questi interventi (*ibidem*). La rivalutazione periodica ha un valore terapeutico in sé, poiché fornisce al paziente un *feedback* sulle aree in cui si sono verificati cambiamenti positivi e permettere di individuare aree potenzialmente utili per ulteriori discussioni ed esplorazioni. Questo processo di *feedback* e riflessione favorisce un maggiore coinvolgimento del paziente nel processo terapeutico e può motivarlo a continuare a impegnarsi nel percorso di cambiamento (*ibidem*).

### **1.5 L'Analisi Transazionale**

La nascita dell'Analisi Transazionale viene fatta risalire al 1949, anno di pubblicazione del primo di una serie di articoli scritti da Eric Berne, considerato il padre fondatore dell'approccio (Novellino, 1998).

Nell'evoluzione del modello analitico transazionale è possibile individuare tre fasi storiche. Nella prima (1958-1962) Berne arriva alla proposta della teoria degli Stati dell'Io per la quale esistono diverse realtà comportamentali e di pensiero che possono essere definite come strutture esplicite di personalità (Novellino, 1998). L'obiettivo di

Berne era quello di costruire un modello che fosse in grado di spiegare sia il comportamento umano nelle interazioni sociali, sia le manifestazioni della psicopatologia. La seconda fase (1962-1966) si contraddistingue per la teorizzazione relativa alle regole della comunicazione e ai giochi psicologici caratteristici dell'Analisi Transazionale. Infine, la terza fase (1966-1970) è quella in cui Berne concentra la sua attenzione sullo studio del comportamento interpersonale globale dell'individuo, introducendo la teoria del Copione Psicologica. In questa fase, Berne cerca di fornire le basi teoriche per descrivere il piano di vita degli individui e le strategie cliniche per intervenire efficacemente su di esso (Novellino, 1998).

L'obiettivo dell'autore era di delineare una teoria globale sulla personalità umana, considerando sia gli aspetti normali che quelli patologici, tenendo conto degli apporti della cultura psicoanalitica. A questo fine, Berne pone l'Io al centro di tre temi fondamentali della psicologia: la conoscenza di sé, il destino individuale e il comportamento sociale (*ibidem*). Concepì l'Io come il risultato delle relazioni interpersonali dovute alle transazioni Io Bambino-Genitore che portano alla formazione di depositi intrapsichici che si ripetono a livello di dialogo interno e nel comportamento (*ibidem*). Lo Stato dell'Io Bambino è costituito dalle esperienze significative vissute dal bambino nella sua interazione con le figure genitoriali, che sono state memorizzate a livello cognitivo ed emotivo. Lo Stato dell'Io Genitore consiste nell'insieme delle immagini genitoriali che il bambino ha interiorizzato, mantenendo un rapporto dinamico con i sistemi dell'Io Bambino. Attraverso le interazioni tra lo Stato dell'Io Bambino e quello dell'Io Genitore, che riattualizzano scambi passati nella storia individuale, si sviluppa anche la capacità di analisi e di connessione con il momento presente, ossia lo Stato dell'Io Adulto (*ibidem*). L'insieme delle esperienze Bambino-Genitore che l'individuo ha interiorizzato, le quali conducono ad una tendenza a ripetere schemi di pensiero ed emozioni che, in passato, sono stati utilizzati come meccanismi di protezione per soddisfare i bisogni infantili, è ciò che Berne definisce copione psicologica (*ibidem*).

#### 1.5.1 Formulazione secondo l'Analisi Transazionale dei disturbi di personalità

Come esposto in precedenza, secondo Berne, la personalità si compone di tre stati dell'Io distinti: Bambino, Genitore e Adulto.

Le figure di riferimento, i genitori o altri adulti significativi, svolgono un ruolo fondamentale nel prendersi cura del bambino: quando i suoi bisogni biologici ed emotivi vengono adeguatamente soddisfatti, egli cresce e impara a pensare (Ware, 1983). Procedendo nello sviluppo, il bambino impara a prendersi cura di sé stesso e degli altri e il suo pensiero diventa sempre più sofisticato e astratto. Questo apprendimento deriva direttamente dalle interazioni del bambino con i genitori o altri adulti significativi. Se i bisogni del bambino vengono soddisfatti in modo adeguato, potrà crescere in modo sano e sviluppare la capacità di prendersi cura di sé stesso e degli altri in modo efficace (*ibidem*).

Durante il percorso di crescita, i bambini ricevono due tipi principali di messaggi dai genitori e da altri adulti significativi: le ingiunzioni e le spinte (*drivers*), i quali hanno un impatto specifico sull'adattamento della personalità. Le "ingiunzioni" sono messaggi trasmessi dai genitori fin dall'inizio della vita del bambino e riguardano ciò che dovrebbe o non dovrebbe fare, come comportarsi, pensare o sentire (*ibidem*). A livello manifesto, le ingiunzioni si mostrano nel modo in cui il paziente vede sé stesso e gli altri e influenzano i modi scelti per pensare, sentire e relazionarsi con chi lo circonda (Hoyt, 1989). Goulding (1972) ha elencato tredici diverse ingiunzioni: "Non", "Non essere", "Non essere vicino", "Non stare bene", "Non essere sano", "Non essere Bambino", "Non sentire", "Non crescere", "Non pensare", "Non appartenere", "Non farcela", "Non godere", "Non essere importante". Le combinazioni di queste ingiunzioni determinano un adattamento specifico della personalità, e alcune combinazioni possono portare a un adattamento patologico più pronunciato rispetto ad altre. I *drivers* sono spinte comportamentali che si manifestano nelle abituali strategie che gli individui utilizzano per fronteggiare le sfide o gli stress della vita quotidiana. L'Analisi Transazionale ne ha individuati cinque così descritti: "Compiacimi", "Sii perfetto", "Sii forte", "Sbrigati" e "Sforzati". Queste si rivelano utili se ben moderate nel loro utilizzo, ma possono rivelarsi controproducenti se meno controllate, arrivando a creare disadattamenti della personalità (Hazzell, 1898). Durante l'infanzia, quindi, i bambini compiono delle scelte e prendono decisioni che, se vengono rinforzate, entrano a far parte di un sistema comportamentale che influenzerà anche il comportamento futuro. Sulla base delle decisioni prese si formeranno convinzioni rispetto a loro stessi e agli altri che permetteranno di assumere una posizione di vita (esistenziale) che il bambino continuerà a confermare anche in età

adulta (White, 1995). Berne (1972) ha delineato quattro posizioni fondamentali i cui soggetti appartengono a due polarità differenti: la prima è IO-ALTRI, la seconda OK-NON OK.

Le quattro convinzioni alla base, quindi, sono:

1. Io sono Ok
2. Io non sono Ok
3. Tu sei Ok
4. Tu non sei Ok

La combinazione tra queste diverse convinzioni dà luogo alle posizioni esistenziali:

1. Io sono Ok, Tu sei Ok
2. Io sono Ok, Tu non sei Ok
3. Io non sono Ok, Tu sei Ok
4. Io non sono Ok, Tu non sei Ok

Un altro fattore cruciale nella concezione dell'adattamento di personalità nella prospettiva analitico-transazionale riguarda i problemi di confini degli stati dell'Io (James, 1986). Questo concetto si riferisce a specifiche patologie che si verificano quando gli stati dell'Io Bambino, Genitore e Adulto sono contaminati, rigidi o presentano lesioni (Hoyt, 1989). Le distorsioni di confine degli stati dell'Io possono tradursi in una deformazione del funzionamento dell'Io Adulto causata dall'intrusione degli stati dell'Io Bambino e Io Genitore, portando a inflessibilità o all'esclusione di uno o due stati dell'Io, conducendo a modalità disfunzionali di adattamento della personalità. I problemi di confine degli stati dell'Io, dunque, possono portare a dinamiche interne poco equilibrate e a modalità di comportamento dannose che influenzano negativamente l'adattamento della personalità complessiva (*ibidem*).

Infine, il "copione psicologica" è un ulteriore elemento essenziale all'interno della concezione analitico-transazionale (Hoyt, 1989). Berne definì il copione come un progetto di vita basato su esperienze vissute durante l'infanzia; decisioni che sono state rinforzate dai genitori, in quanto giustificate da eventi successivi e che hanno condotto a scelte precise. I piani di vita dell'individuo vengono sviluppati fin dalla prima infanzia,



ma possono essere modificati nel corso del tempo a seconda delle necessità e delle esperienze (Hoyt, 1989). Durante il processo di sviluppo, il bambino riceve messaggi negativi che può accettare e interiorizzare, trasformandoli in limiti o divieti che lo bloccano. Questo può portare il bambino a sviluppare copioni limitanti e dolorosi che possono risultare problematici in quanto caratterizzati da credenze disfunzionali, arrivando ad ostacolare il benessere e l'adattamento psicologico del soggetto (*ibidem*).

### 1.5.2 Trattamento terapeutico analitico transazionale

L'Analisi Transazionale si è sviluppata progressivamente come una metodologia del profondo (Novellino, 1998). Alcune considerazioni avanzate da Berne (1966) rimangono ancora oggi rilevanti e necessarie riguardo alle caratteristiche generali dell'Analisi Transazionale come approccio terapeutico. Aspetto fondamentale è il coinvolgimento attivo del paziente nel processo terapeutico, poiché l'alleanza tra gli stati dell'io Adulto del paziente e del terapeuta porta la persona ad una responsabilizzazione riguardo i processi necessari per raggiungere gli obiettivi terapeutici (Novellino, 1998). Inoltre, è cruciale stabilire un collegamento tra il livello emotivo e razionale della personalità del paziente.

La psicopatologia viene considerata come conseguenza di un blocco nel flusso energetico tra gli stati dell'io, in particolare tra le cariche emotive associate a situazioni di stallo nello sviluppo (Io Bambino) e le necessità adattive attuali (Io Adulto). Per queste ragioni, il terapeuta deve esprimersi in modo chiaro e semplice. La comunicazione terapeutica funziona su due livelli: a livello sociale, il terapeuta lavora con la collaborazione dell'io Adulto del paziente, ma a livello implicito, il terapeuta entra in profonda relazione con lo stato dell'io Bambino. Pertanto, è necessario utilizzare un linguaggio accessibile e comprensibile per facilitare questa connessione (*ibidem*).

Rispetto alla metodologia terapeutica, due aspetti sono imprescindibili: diagnosi e contratto terapeutico (Novellino, 1998). La diagnosi in Analisi Transazionale richiede un equilibrio tra analisi razionale e processo intuitivo (*ibidem*). Fin dai primi incontri con il paziente, il terapeuta raccoglie dati visivi, uditivi e controtransferali che forniscono elementi per costruire un'ipotesi. Questa ipotesi riguarda una diagnosi preliminare degli stati dell'io del paziente, del copione psicologica e del riconoscimento delle dinamiche

transferali (*ibidem*). Il contratto terapeutico rappresenta l'accordo tra paziente e terapeuta riguardo agli obiettivi e alle modalità della terapia. A livello di processo, implica l'instaurarsi di una relazione in cui entrambi sono disposti a riesaminare e valutare il percorso terapeutico. Il paziente viene responsabilizzato per diventare un attivo collaboratore del professionista, il cui ruolo non è quello di risolvere i problemi del paziente, ma di aiutarlo a comprendere le sue difficoltà e blocchi. L'obiettivo generale dell'Analisi Transazionale è riconfigurare la relazione paziente-terapeuta da uno schema Bambino-Genitore a uno schema Adulto-Adulto, cioè favorire una relazione più equilibrata e consapevole (*ibidem*). L'utilità della diagnosi è stata estesa attraverso i lavori di Ware (1983) e Joines (1986), i quali hanno sviluppato un sistema di riferimento per determinare strategie di intervento, proponendo il concetto di *porte della terapia*. Le porte rappresentano i tre livelli (cognitivo, emotivo e comportamentale) attraverso cui le persone funzionano e variano a seconda dei differenti adattamenti di personalità (*ibidem*). Ware (1983) identifica tre tipologie di porte.

La "porta aperta" rappresenta il livello di funzionamento tipico della personalità, su cui il terapeuta può fare affidamento per creare un'alleanza terapeutica. La "porta trappola" indica il livello che genera un blocco nella relazione terapeutica. Infine, la "porta bersaglio" è il livello di funzionamento a cui il paziente deve tornare con l'aiuto del terapeuta. Il terapeuta deve essere in grado di adattare la propria tecnica in base alle variazioni nello stile personale del paziente, rispetto a pensieri, sentimenti e azioni (Hoyt, 1989). Riconoscendo i diversi modelli di personalità, il terapeuta può adattare il trattamento alle porte terapeutiche (Ware, 1983; Joines, 1986), per facilitare un intervento terapeutico più efficace e centrato sulle esigenze individuali dei pazienti.

Nella *tabella 1.1* viene proposta una sintesi degli elementi caratteristici che le prospettive teoriche appena descritte utilizzano per definire la personalità e gli approcci terapeutici utilizzati.

Tabella 1.1 Sintesi degli elementi caratteristici della personalità individuati dagli approcci teorici analizzati

	<b>Caratterizzazione della personalità</b>	<b>Trattamento</b>
<b>Teoria cognitivo-comportamentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalità come organizzazione stabile composta da schemi e modalità di schemi che influenzano il modo in cui l'individuo percepisce gli stimoli e la risposta ad essi.</li> <li>- Le distorsioni cognitive rappresentano il fattore sottostante ai comportamenti disfunzionali.</li> </ul>	<p>Obiettivo terapeutico è quello di fornire ai pazienti visioni alternative che permettano la modifica delle credenze e delle strategie comportamentali disadattative.</p> <p>Il trattamento si caratterizza per l'utilizzo di interventi cognitivi e comportamentali come, ad esempio, interventi psicoeducativi o <i>role playing</i>.</p>
<b>Schema Therapy</b>	<p>Personalità descritta attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bisogni emotivi primari</li> <li>- Schemi maladattativi precoci</li> <li>- <i>Mode</i></li> </ul>	<p>Obiettivo è comprendere le proprie strategie disfunzionali al fine di evitare la loro perpetuazione.</p> <p>Il trattamento si concentra sull'elaborazione emotiva al fine di modificare le modalità disfunzionali del <i>mode</i> Bambino, rafforzando quelle dell'Adulto.</p> <p>Interventi specifici proposti sono l'<i>Imagery With Rescripting</i> e Tecnica delle due sedie.</p>
<b>Teoria psicodinamica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalità come entità dimensionale che comprende processi psichici interni</li> <li>- Elementi caratteristici sono: forze dell'Io, stile di difesa e rappresentazione mentale di sé e degli altri. Inoltre, la prospettiva psicodinamica individua tre livelli attraverso cui discute l'organizzazione evolutiva: nevrotico, borderline e psicotico.</li> </ul>	<p>Obiettivo del trattamento è permettere al paziente di comprendere le proprie dinamiche inconse in modo da favorire il suo benessere e la sua crescita personale.</p> <p>Il trattamento si concentra sull'osservazione dei sintomi in modo da comprendere i significati inconsci dei comportamenti manifesti attuali. L'indagine psicodinamica mira a identificare gli antecedenti storici al fine di individuare le esperienze infantili che possono aver determinato una deviazione nello sviluppo.</p>
<b>Analisi Transazionale</b>	<p>Personalità concettualizzata attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stati dell'Io: Io Bambino, Io Genitore e Io Adulto</li> <li>- Ingiunzioni e spinte (<i>drivers</i>)</li> <li>- Copione psicologico</li> <li>- Posizioni di vita</li> </ul>	<p>Obiettivo del trattamento è la riconfigurazione degli Stati dell'Io del paziente e il rafforzamento dei suoi confini. La diagnosi e il contratto terapeutico sono aspetti imprescindibili della metodologia.</p> <p>Sistema di riferimento per determinare le strategie terapeutiche è quello della porta della terapia.</p>



## II

### **DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ: CONFRONTO TRA TEORIE**

#### **2.1 Classificazione**

Il Disturbo Dipendente di Personalità si caratterizza come pattern pervasivo di bisogni di cura che conducono a comportamenti di sottomissione e a paure di separazione, presenti fin dalla prima età adulta, in svariati contesti (DSM-5, 2013). Il DSM-5 individua il nucleo centrale di questo disturbo nell'eccessiva dipendenza che gli individui manifestano nei confronti delle cure altrui, insieme alla pervasiva paura dell'abbandono di chi li circonda.

Di seguito sono riportati i criteri diagnostici presenti all'interno del manuale (2013).

1. Ha difficoltà nel prendere decisioni quotidiane senza un eccesso di consigli e rassicurazioni dagli altri.
2. Ha bisogno che gli altri assumano la responsabilità per la maggior parte degli aspetti principali della sua vita.
3. Ha difficoltà nell'esprimere disaccordo con gli altri a causa della paura di perdere il supporto o l'approvazione. (Nota: Non includere paure realistiche di ritorsione.)
4. Ha difficoltà nell'avviare progetti o fare cose da solo (a causa di una mancanza di fiducia in sé stessi riguardo al giudizio o alle capacità, piuttosto che una mancanza di motivazione o energia).
5. Si impegna eccessivamente per ottenere cure e supporto dagli altri, al punto di offrirsi volontario per fare cose spiacevoli.
6. Si sente a disagio o impotente quando è solo a causa di paure esagerate di non essere in grado di prendersi cura di sé stesso.
7. Cerca urgentemente un'altra relazione come fonte di cure e supporto quando una relazione stretta termina.
8. È preoccupato in modo irrealistico dalla paura di essere lasciato a prendersi cura di sé stesso.

Nei seguenti paragrafi verrà esposta una rassegna teorica rispetto ai diversi approcci, già presi in esame nel primo capitolo del presente elaborato, che hanno analizzato il disturbo

dipendente di personalità. Verrà analizzata la prospettiva della teoria cognitivo-comportamentale, della Schema Therapy e della prospettiva psicodinamica.

Rispetto al primo capitolo, non verrà presa in esame la prospettiva dell'Analisi Transazionale in quanto verrà approfondita attraverso una *review* della letteratura successivamente.

## **2.2 La prospettiva Cognitivo-Comportamentale del Disturbo Dipendente di Personalità**

La prospettiva cognitivo-comportamentale ipotizza che, così come per altre manifestazioni psicopatologiche, l'insorgenza del disturbo dipendente di personalità, possa essere influenzato da molteplici cause quali fattori genetici, ambientali, evolutivi e biologici (Back, Davis & Freeman, 2015). Nello sviluppo del disturbo dipendente di personalità, il modello cognitivo-comportamentale teorizza che le cognizioni disadattative, le emozioni negative e i comportamenti di ricerca del sostegno si alimentano a vicenda (*ibidem*).

Gli individui con diagnosi di disturbo dipendente di personalità sono caratterizzati da vissuti intollerabili rispetto alle emozioni negative da loro provate, non essendo riusciti a sviluppare adeguate strategie di regolazione emotiva nel corso dell'infanzia, né negli anni successivi (*ibidem*). I bambini utilizzano principalmente strategie semplici per gestire il loro disagio, per esempio, distolgono l'attenzione dalla fonte di turbamento. Se queste strategie non funzionano, si lamentano, piangono o cercano conforto dagli adulti; di conseguenza, la capacità di regolare le emozioni in questi primi anni dipende principalmente dalle figure di riferimento. Col passare del tempo e lo sviluppo delle capacità linguistiche, il bambino gradualmente impara a regolare i suoi stati emotivi negativi, utilizzando abilità che verranno applicate anche durante l'adolescenza e l'età adulta (*ibidem*).

Nel caso di individui affetti da disturbo dipendente di personalità, il normale processo di sviluppo è possibile sia stato compromesso in quanto è mancata l'interiorizzazione delle istruzioni e dei pensieri di autoconsolazione. Inoltre, la convinzione che le emozioni negative siano intollerabili viene rafforzata dal sollievo temporaneo che provano quando ricevono supporto esterno (Back, Davis & Freeman, 2015). Poiché i genitori di queste persone spesso adottano uno stile genitoriale autoritario, controllante o iperprotettivo, i

bambini possono avere esperienze limitate di apprendimento di strategie più complesse di consolazione, rimanendo ancorati alla gratificazione del conforto e dall'approvazione ricevuti dalle figure esterne (*ibidem*). Altra caratteristica centrale degli individui dipendenti è la loro percezione del mondo come un luogo pericoloso, per questo motivo tendono a ricercare il sostegno di altre persone, percepite come competenti e benevole. Nel momento in cui il sostegno altrui non è disponibile o l'individuo è chiamato ad agire autonomamente, il sentimento di ansia degli individui dipendenti aumenta. Questo è particolarmente comune in situazioni complesse o quando l'individuo affronta nuove o impegnative sfide. Un comportamento abituale messo in atto dagli individui con questo disturbo di personalità è quello per cui, quando la relazione da cui traggono sostegno termina, cercano in ogni modo di ristabilire quel legame oppure cercano alternative di sostegno. Questo costante appoggio sull'altro ogni qual volta sperimentano un'emozione negativa impedisce a queste persone di smentire le interpretazioni negative riguardanti la loro capacità, competenza e abilità di prendersi cura di sé stessi (*ibidem*).

Al centro del modello cognitivo-comportamentale del disturbo dipendente di personalità ci sono due credenze fondamentali: il senso di inadeguatezza personale e la percezione del mondo come un luogo pericoloso (Beck, Davis, Freeman, 2015). Queste convinzioni portano l'individuo a sentirsi vulnerabile e minacciato, sviluppando una particolare sensibilità verso segnali di pericolo presenti nell'ambiente. Di conseguenza, il comportamento dipendente deriva dallo sviluppo e dall'attivazione di credenze riguardanti l'utilità di dipendere da qualcuno, sia su sé stessi, sugli altri o sul mondo circostante (*ibidem*).

Il motivo per cui le persone si affidano al sostegno degli altri può essere spiegato attraverso diversi fattori. In alcuni casi, gli individui dipendenti possono sentirsi incapaci, inefficaci e impotenti nel gestire le sfide che la vita pone loro (Bornstein, 2012). La ricerca di una guida e di supporto rappresenta per questi individui un modo in grado di ridurre l'ansia legata alla notevole difficoltà nel prendersi cura di sé stessi (Beck, Davis, Freeman, 2015). In altri casi, la ricerca di supporto può essere motivata dal desiderio di ottenere approvazione sociale; il riconoscimento degli altri è gratificante poiché può conferire all'individuo un senso di valore e sicurezza (Bornstein, 2005).

Sintetizzando quanto sopra descritto, il disturbo dipendente di personalità viene considerato come una deviazione rispetto al normale processo di sviluppo delle abilità

sociali e comportamentali, oltre che delle competenze affettive, necessarie per il raggiungimento di una sana autonomia (Beck, Davis, Freeman, 2015). Inoltre, si ipotizza che l'interazione tra diversi fattori biologici, evolutivi, sociali e cognitivi sia alla base del rischio di sviluppare questo disturbo di personalità (*ibidem*).

Il modello cognitivo del disturbo dipendente di personalità è sintetizzato dallo schema rappresentato dalla *figura 2.1*.

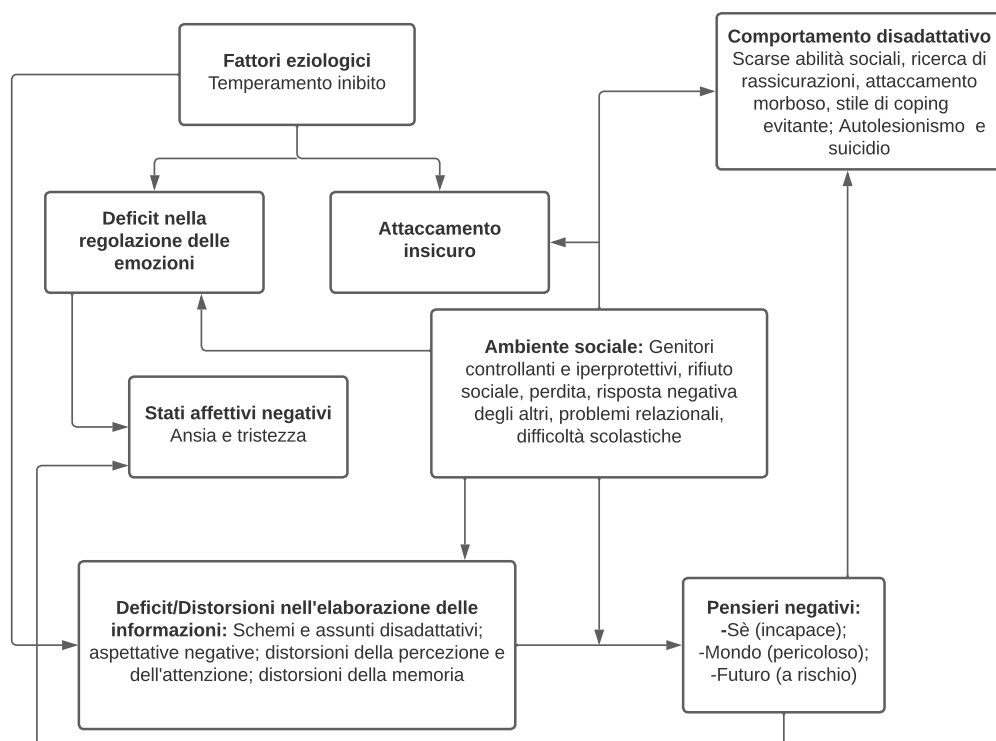


Figura 2.1 Modello cognitivo dello sviluppo del disturbo dipendente di personalità (Beck, Davis & Freeman, 2015)

Alla luce di queste considerazioni, l'intervento clinico può perseguire differenti obiettivi: l'attenzione può essere indirizzata allo sviluppo delle abilità sociali e agli aspetti comportamentali problematici, oppure può riguardare il cambiamento degli schemi e delle aspettative disadattative che caratterizzano l'individuo, o ancora concentrarsi sulla regolazione emotiva e l'interazione sociale. Fondamentale è che, prima di iniziare il trattamento terapeutico, si proceda ad una concettualizzazione del caso chiara e comprensibile data la diversità dei fattori da cui origina il disturbo, caratteristici di ogni individuo (*ibidem*).



### 2.2.1 Obiettivi del trattamento cognitivo-comportamentale del Disturbo Dipendente di Personalità

Il trattamento del disturbo dipendente di personalità persegue diversi obiettivi.

Ruolo centrale è occupato dalla discussione delle credenze disadattative su sé stessi e il mondo poiché, come già esposto in precedenza, le convinzioni circa la propria inefficacia e il mondo come luogo pericoloso sono aree caratteristiche della patologia in esame (Beck, Davis, Freeman, 2015). È fondamentale che il terapeuta aiuti il paziente nella verifica delle credenze di inefficacia e vulnerabilità che accompagnano gli individui dipendenti.

Un altro punto fondamentale del trattamento è quello di comprendere come le convinzioni e i comportamenti dipendenti possano aver avuto un ruolo durante l'infanzia, ma essere del tutto inadeguati nell'età adulta. Con il contributo del paziente, può essere utile tracciare l'evoluzione del disturbo andando a chiarire come si sono sviluppate le credenze disadattative che hanno mantenuto, nel tempo, il comportamento dipendente del paziente. Durante il trattamento, il terapeuta può sottolineare come gli stili genitoriali possano aver avuto un ruolo nello sviluppo di un attaccamento insicuro, facilitando la formazione delle credenze e dei comportamenti disadattativi ed ostacolando l'indipendenza dell'individuo (*ibidem*).

Rinforzare il senso di autoefficacia del paziente attraverso lo sviluppo di strategie di regolazione emotiva è ciò che permette all'individuo di comprendere che esistono strategie alternative e più adattive di gestire le emozioni negative. Questo processo è fondamentale per riuscire a modificare nel paziente l'abitudine di affidarsi alla ricerca del supporto altrui come modalità di regolazione emotiva, tipica dei pazienti con disturbo di personalità. La promozione della competenza e dell'efficacia del paziente rappresenta un importante obiettivo terapeutico (Beck, Davis & Freeman, 2015). Infine, il trattamento terapeutico ha l'obiettivo di facilitare la costruzione di modalità comportamentali che permettano di favorire l'indipendenza dell'individuo, insieme alla possibilità di instaurare relazioni sociali funzionali. Le caratteristiche di passività, sottomissione e la continua ricerca di rassicurazione esterna, tutti tratti tipici del disturbo dipendente di personalità, sono fattori che contribuiscono al rischio di incorrere nel rifiuto sociale e nella depressione. Per questi motivi, è fondamentale che il terapeuta esamini gli schemi comportamentali del paziente e l'influenza che questi esercitano sulle relazioni sociali

dell'individuo. Il trattamento dovrà riuscire a promuovere l'assertività, riducendo il costante bisogno di rassicurazione e di vicinanza fisica che interferiscono con la fiducia in sé stesso del paziente (*ibidem*).

L'efficacia del trattamento sarà evidente nel momento in cui il paziente riuscirà a lasciarsi guidare dai propri obiettivi, piuttosto che dalla paura e dall'insicurezza. Le competenze acquisite durante il percorso terapeutico permetteranno all'individuo di rivalutare ciò che prima veniva trascurato come i suoi ideali di vita, la fiducia in sé stesso e l'espressione della propria personalità, permettendogli di soddisfare il suo bisogno di stabilire relazioni di attaccamento sicure (Beck, Davis, Freeman, 2015). Il trattamento proposto si avvale di una collaborazione multicompenziale basata una serie di tecniche cognitive e comportamentali e la promozione delle capacità di regolazione emotiva del paziente.

### 2.2.2 Interventi cognitivi

Il monitoraggio dell'umore, il disputing relazionale e gli esperimenti comportamentali, tecniche standard dell'approccio cognitivo-comportamentale, hanno dimostrato un'utilità nella verifica delle credenze disadattative di incompetenza, inefficacia e vulnerabilità caratteristiche dei pazienti con disturbo dipendente di personalità (Beck, Davis, Freeman, 2015). È frequente che i pazienti arrivino al trattamento riconoscendo che le loro convinzioni non sono del tutto ragionevoli e comprendendo che i loro comportamenti non sono più funzionali. Tuttavia, faticano a trovare visioni alternative delle loro esperienze passate e presenti. Per questo motivo è opportuno proporre un approccio del tutto adattato al singolo paziente per favorire una narrazione alternativa a quella da loro presentata in terapia. Questo può essere ottenuto attraverso un'analisi approfondita della validità delle convinzioni disfunzionali del paziente nel momento attuale, ma occorre anche esaminare le sue interpretazioni rispetto alle esperienze infantili da lui avute, oltre che analizzare come queste si manifestino all'interno della relazione terapeutica (*ibidem*).

Queste considerazioni permettono di delineare quello che è un modello tripartito proposto dalla terapia cognitiva-comportamentale che prende in considerazione l'analisi dello sviluppo, l'analisi delle situazioni di vita attuali e l'analisi della relazione terapeutica (Beck, Davis, Freeman, 2015). Questo triplo approfondimento permette di aumentare la possibilità di correggere gli assunti disadattativi dei pazienti; permettendo loro di

osservare il modo in cui le loro credenze si sono sviluppate ed evolute nel corso del tempo, possono comprendere come i loro comportamenti di dipendenza si siano mantenuti (*ibidem*).

### 2.2.3 Interventi comportamentali

Gli individui affetti da disturbo dipendente di personalità si mostrano restii a manifestare la loro competenza per paura di perdere il sostegno degli altri. Inoltre, molti dei pazienti arrivano in terapia a causa del disagio che la loro dipendenza provoca. (Beck, Davis, Freeman, 2015). Obiettivo fondamentale della terapia è quindi quello di sviluppare nuove abilità nei pazienti e comportamenti più adattivi. Durante la terapia cognitivo-comportamentale il paziente è incentivato ad esporsi a quanto temuto, viene incoraggiato a comportarsi in modo più coraggioso ed assertivo, chiedendogli di osservare la reazione che gli altri possono avere al suo comportamento. Questo processo avviene in modo graduale e sistemico, avvalendosi di diverse tecniche: si possono utilizzare il *role playing* in seduta, l'esempio di persone più assertive e autonome, il modellamento sulla figura del terapeuta o l'esposizione *in vivo*. Il fine è quello di mostrare al paziente tutti i suoi comportamenti disfunzionali, come l'eccessiva richiesta di rassicurazioni esterne, in modo da scoraggiare la loro messa in atto (*ibidem*).

### 2.2.4 Regolazione emotiva

Le modalità con cui i pazienti con disturbo dipendente di personalità gestiscono la loro ansia sono le più disparate e la costante ricerca di rassicurazione esterna rappresenta solo una di queste strategie (Beck, Davis, Freeman, 2015). Poiché questi pazienti mostrano una notevole difficoltà nella gestione delle emozioni negative, un obiettivo del trattamento è quello di promuovere un'area più ampia di competenze per tollerare gli stati d'animo negativi, per esempio proponendo esercizi di *mindfulness* che permettano di aumentare l'accettazione delle proprie emozioni. Altri strumenti utili possono essere l'esercizio di *problem solving*, o esercizi di rilassamento che permettono di favorire strategie adatte a fronteggiare le situazioni di stress (*ibidem*).

L'identificazione di aspetti desiderabili di sé stessi, l'esame delle prove a sostegno e contrarie e ulteriori esperimenti comportamentali possono essere utili nel sostenere

strategie di confutazione dei pensieri negativi che il paziente nutre su sé stesso e, inoltre, possono aiutare l'individuo ad accrescere il suo senso di efficacia e di indipendenza, andando a costruire nuove strategie di regolazione emotiva (*ibidem*). L'obiettivo finale è quello di favorire nel paziente la creazione di strategie volte a fronteggiare gli stati d'animo negativi in modo da non compromettere il loro senso di competenza ed efficacia, a differenza delle strategie utilizzate in precedenza (Bornstein, 2005).

#### 2.2.5 La relazione terapeutica

Nella sopravvivenza umana è essenziale la capacità di rivolgersi agli altri e di chiedere aiuto ma, nelle persone con disturbo dipendente di personalità questa tendenza risulta essere eccessiva e disfunzionale. Questo tratto si presenta come aspetto legato all'evoluzione che ha contribuito ad ostacolare lo sviluppo individuale e le relazioni interpersonali (Beck, Davis, Freeman, 2015).

Freeman e Leaf (1989) hanno suggerito che il disturbo dipendente di personalità possa rappresentare una rinuncia all'autonomia e che l'obiettivo della terapia cognitivo-comportamentale fosse quello di favorire un'interdipendenza adattiva, permettendo al paziente di bilanciare il proprio desiderio di dipendenza con l'aspettativa sociale dell'autonomia. Al fine di ottenere questo risultato è stato visto come un rapporto terapeutico basato sulla collaborazione fosse fondamentale, permettendo di facilitare la modifica delle credenze disfunzionali e degli schemi di comportamento disadattativi (Beck, Davis, Freeman, 2015). Lavorando con pazienti affetti da disturbo dipendente di personalità, i quali presentano una sfera emotiva condizionata da rapporti genitoriali invalidanti, distaccati o controllanti, è indispensabile costruire un approccio sensibile e a misura del paziente. Gli individui manifestano una notevole sensibilità nei confronti delle richieste e delle critiche che potrebbero arrivare dal terapeuta, sebbene lo vedano come un individuo amichevole e disponibile. In effetti, potrebbero eccedere nel lodare ed elogiare il terapeuta, cercando in ogni modo di comportarsi come pazienti "ideali" (*ibidem*). Pertanto, durante il trattamento terapeutico, è necessario adottare alcune precauzioni. La cordialità e la pazienza sono importanti qualità, ma devono essere bilanciate in modo da non interferire con gli obiettivi terapeutici e l'obiettività. I pazienti dipendenti tendono a mostrarsi amichevoli e premurosi verso il terapeuta e ciò può portare

a un parziale superamento dei confini personali e terapeutici. Durante le sessioni è essenziale incoraggiare la loro autonomia di pensiero e comportamento; potrebbe essere necessario fornire loro indicazioni chiare sulla collaborazione richiesta dalla terapia. Questo aiuta a stabilire fin dall'inizio che ci si aspetta il loro coinvolgimento attivo in compiti come la definizione dei temi da affrontare, la valutazione del loro stato emotivo e la selezione delle questioni da trattare. Infine, chiedere un *feedback* alla fine della sessione può essere un utile strumento per coinvolgere il paziente nelle decisioni riguardanti la terapia (*ibidem*).

### **2.3 La prospettiva della Schema Therapy per il Disturbo Dipendente di Personalità**

A partire dai primi anni 2000, la Schema Therapy ha iniziato a focalizzarsi sui disturbi personalità appartenenti al Cluster C: il disturbo evitante di personalità, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità e il disturbo dipendente di personalità (Weertman & Arntz, 2007). Elemento comune rintracciabile in questa tipologia di pazienti è che l'ansia ne domina il funzionamento; inoltre, in fase di trattamento, assumono di frequente un ruolo passivo nei confronti del terapeuta, richiedendo cure senza però dimostrare particolare interesse riguardo al percorso terapeutico (*ibidem*).

L'approccio proposto dalla Schema Therapy si concentra prevalentemente sui *mode* dei pazienti, piuttosto che sugli schemi specifici. Le difficoltà portate dai pazienti in consultazione sono relativamente evidenti in riferimento ai diversi *mode* evidenziati dalla Schema Therapy; questo permette ai terapeuti di rilevare quali modalità sono attive nel momento specifico, indirizzando l'applicazione di determinate tecniche terapeutiche (*ibidem*).

Nella *Tabella 2.1* vengono presentati quelli che sono stati individuati come i *mode* più frequentemente osservati nei pazienti con disturbi di personalità appartenenti al cluster C (Bamelis, Renner, Heidkamp & Arntz, 2011).

MODE	DESCRIZIONE
<i>Mode di coping disfunzionale</i> Protettore evitante	Utilizza l'evitamento situazionale come strategia di sopravvivenza. Conduce alla solitudine, rimandando decisioni e compiti importanti, e a una vita vuota e noiosa.
Protettore distaccato	Si distacca dai propri bisogni interiori, emozioni e pensieri come strategia di sopravvivenza. Nonostante possa esserci contatto interpersonale, manca la connessione. La persona si sente vuota.
Arreso Compiacente	Si conforma ai desideri altrui e sopprime i propri desideri come strategia di sopravvivenza. Questa strategia simile a quella di uno schiavo potrebbe creare risentimento interiore.
Perfezionista iper-controllante	Utilizza un controllo eccessivo e il perfezionismo come strategia per evitare di commettere errori e/o sentirsi in colpa per le cose che vanno storte.
Autoesaltatore	Si comporta in modo superiore per compensare i sentimenti interiori di inferiorità, inadeguatezza o dubbio.
<i>Mode Bambino</i> Bambino vulnerabile	Generalmente, questo termine si riferisce a uno stato in cui la persona si sente come un bambino piccolo senza l'aiuto di altre persone in cui può fidarsi per proteggerlo, nutrirlo e creare un ambiente sicuro. Questo include le modalità infantili elencate di seguito.
Bambino Abbandonato/abusato	Stato in cui la persona sente nuovamente l'abbandono o l'abuso vissuto in precedenza come un bambino, o teme la ripetizione di tali esperienze.
Bambino Umiliato/inferiore	Stato in cui la persona avverte la solitudine e l'inferiorità vissute come un bambino piccolo.
Bambino Dipendente	Stato in cui la persona si sente, pensa e agisce come un bambino piccolo, alle prese con compiti (pratici) che il bambino non sa gestire.
<i>Mode Genitore Disfunzionale</i> Genitore punitivo	Internalizzazione delle risposte punitive da parte dei genitori/custodi verso bisogni, espressioni emotive, assertività, e autonomia. Di solito porta a sentimenti di colpa.
Genitore esigente	Internalizzazione di alte aspettative da parte dei genitori/custodi riguardo produttività, perfezionismo, status sociale e questioni morali. Non raggiungere questi standard porta a sentirsi male e aver vergogna.
<i>Mode Sani</i> Adulto sano	Stato in cui la persona si prende cura di sé stessa e degli altri in modo sano e maturo. Buon equilibrio tra i propri bisogni e quelli delle altre persone.
Bambino felice	Stato in cui la persona è giocosa e gioiosa come un bambino felice. È generalmente debole nei Disturbi di Personalità del Cluster C.

Tabella 2.1 Mode comuni nei disturbi di personalità appartenenti al cluster C

Secondo la Schema Therapy, in accordo con le altre prospettive teoriche, il disturbo dipendente di personalità è caratterizzato da una pervasiva preoccupazione circa la propria capacità di condurre in modo adeguato la propria vita (Weertman and Arntz, 2007). Questi pazienti hanno necessità di fare affidamento su persone esterne, considerate forti, in quanto mancano di fiducia in loro stessi e non si sentono in grado di prendere decisioni in autonomia. Dimostrano, inoltre, difficoltà nell'assumersi responsabilità, richiedendo continue rassicurazioni esterne e sostegno nelle pratiche quotidiane. Nel momento in cui questi pazienti sono sicuri della cura e del supporto altrui dimostrano un funzionamento adattivo ma, se la presenza del sostegno altrui dovesse mancare, le difficoltà potrebbero mostrarsi in modo evidente (*ibidem*). Arntz (2005) data la forte componente pratica legata a questa tipologia di pazienti dipendenti suggerì di etichettarla come dipendenza funzionale, distinguendola da un altro tipo di dipendenza che definì emotiva.

Nella prima tipologia di dipendenza, il principale fattore eziologico individuato dalla Schema Therapy è la presenza di una genitorialità autoritaria. I bambini cresciuti con metodi e in ambienti autoritari mostrano difficoltà nello sviluppo di autonomia e fiducia nelle proprie capacità di gestione dei problemi, creando disagi anche nella capacità di assumersi responsabilità e di prendere decisioni (Arntz, 2012). Inoltre, l'abuso infantile è spesso associato a questo disturbo di personalità.

Per quanto riguarda la dipendenza emotiva, essa si riferisce all'intenso bisogno che una persona nutre nei confronti di un individuo a lei vicino, verso il quale è saldamente attaccata (Arntz, 2005). In mancanza di questo legame, gli individui sperimentano sentimenti di solitudine e senso di vuoto. Frequentemente sperimentano paura dell'abbandono, manifestando problemi con il partner, amici o membri della famiglia (Arntz, 2012). I fattori eziologici individuati per questa tipologia di dipendenza, a differenza di quella funzionale, sono relativi a precoci esperienze di minaccia e separazione da genitori che si sono dimostrati eccessivamente legati ai figli, trasmettendo il messaggio per il quale la separazione corrisponde al pericolo (Arntz, 2005).

Sulla base della concettualizzazione appena proposta, è possibile individuare i *mode* più frequenti proposti dalla Schema Therapy per il disturbo dipendente di personalità.

Per quanto riguarda il *mode* Bambino, gli schemi individuati sono Bambino Dipendente per il quale il paziente dimostra fatica nel prendere decisioni e manifesta sentimenti di

sopraffazione rispetto alle richieste della vita adulta (Arntz, 2012). La Schema Therapy individua anche lo schema Bambino Abbandonato/Abusato che è una modalità specifica della dipendenza emotiva, caratterizzata da una paura eccessiva relativa all'abbandono. Per quanto riguarda il *mode* Genitore Disfunzionale lo schema è Genitore Punitivo nel quale è frequente l'interiorizzazione delle risposte punitive dei genitori, in particolare riguardo l'autonomia. Infine, nel *mode* di Coping Disfunzionale, la strategia maggiormente utilizzata riguarda il conformarsi alle opinioni e richieste altrui, arrendendosi ai loro desideri. Per quanto riguarda il *mode* Adulto Sano, esso risulta essere debole (*ibidem*).

Nella *figura 2.2* è sintetizzato lo schema dei *mode* per il disturbo dipendente di personalità.

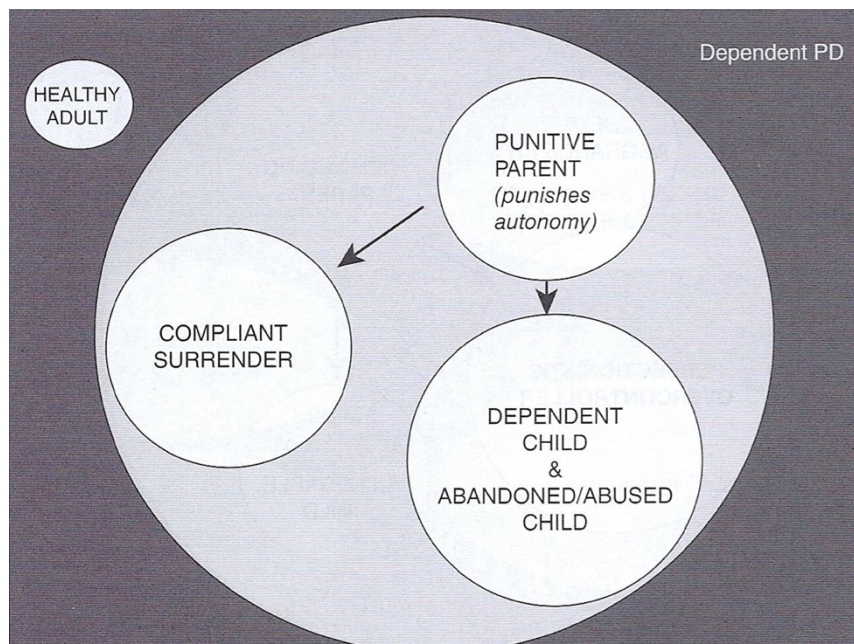


Figura 2.2 Schema dei mode per il disturbo dipendente di personalità (Arntz,2012)

### 2.3.1 Obiettivi terapeutici della Schema Therapy per il Disturbo Dipendente di Personalità

Per la Schema therapy è fondamentale l'elaborazione emotiva delle esperienze vissute durante l'infanzia del paziente in modo da aiutare il *mode* Bambino a svilupparsi, trovando sicurezza (Arntz, 2012). Inoltre, è opportuno che vengano eliminate le modalità più esigenti e punitive che il paziente presenta, sostituendole con norme e principi morali



sani rispetto ai bisogni e alle emozioni da lui provate. Questo è necessario affinché si possa sviluppare il *mode* dell'Adulto sano così che le modalità di coping utilizzate dal paziente possano diventare funzionali, abbandonando quelle disadattative (*ibidem*).

### 2.3.2 Intervento terapeutico della Schema Therapy

L'intervento terapeutico della Schema Therapy procede attraverso differenti fasi.

Nella prima parte del trattamento le sedute sono dedicate ad una conoscenza approfondita del paziente in modo da capire cosa il paziente si aspetti dalla terapia. Si procede poi con colloqui anamnestici e diagnostici (Arntz, 2012). Questa tipologia di pazienti spesso trova difficoltà nel riconoscere i sentimenti negativi, quindi, è possibile incorrere in una negazione o evitamento dei problemi; in questi casi è opportuno che il terapeuta sia in grado di trovare un equilibrio tra il confronto e il rispetto delle strategie che il paziente ha utilizzato fino a quel momento nella gestione delle difficoltà. La prima fase si conclude con la concettualizzazione del caso nella quale viene spiegato al paziente il concetto di *mode*. Successivamente, con la collaborazione del paziente, i problemi attuali da lui presentati vengono ricollegati ai *mode* attivi in quel momento individuati dal terapeuta.

Una volta avvenuta la concettualizzazione del caso, l'attenzione viene posta sulle esperienze infantili, discutendo delle modalità genitoriali che il paziente ha avuto (*ibidem*). Nel momento in cui il terapeuta individua come *mode* attivo in quel momento quello del Genitore Punitivo occorre che questo venga affrontato. I metodi più importanti da utilizzare in questa fase del trattamento sono la Tecnica della sedia vuota e l'*Imagery With Rescripting* (*ibidem*). Inoltre, è fondamentale praticare interventi psicoeducativi. I pazienti con disturbo dipendente di personalità presentano una visione disfunzionale delle emozioni, dei bisogni e dei sentimenti di colpa e vergogna. Gli interventi psicoeducativi permettono di abbandonare le modalità disfunzionali punitive interiorizzate alla base della loro visione disadattativa (*ibidem*).

Successivamente è opportuno lavorare sui *mode* del Bambino Dipendente e Bambino Abusato/Abbandonato e, anche in questo caso, una tecnica utile è l'*Imagery With Rescripting*. In questa fase è fondamentale che il terapeuta aiuti il paziente ad imparare come soddisfare al meglio i propri Bisogni Emotivi Primari. Nonostante alcuni di essi non possano essere completamente riparati in età adulta, è opportuno facilitare la

soddisfazione dei bisogni correlati. Questo presuppone che i pazienti modifichino le modalità con cui gestiscono le relazioni personali, il lavoro e altre aree della vita quotidiana come il tempo libero (*ibidem*).

Nella seconda parte del trattamento, l'attenzione è posta soprattutto sul presente e sul cambiamento comportamentale che il paziente deve intraprendere (Arntz, 2012). Difficilmente i pazienti cambieranno il loro comportamento in tempi brevi a seguito della comprensione sia intellettuale che emotiva appresa nella prima fase del trattamento. Le modalità disfunzionali utilizzate da questi individui come l'evitamento dell'emozione, il distacco o la sottomissione difficilmente vengono abbandonate ed è compito del terapeuta motivare i pazienti a sentimenti di assertività (*ibidem*). In questa fase diverse sono le tecniche comportamentali che possono essere utilizzate come, per esempio, il gioco di ruolo nel quale il paziente sperimenta differenti comportamenti e situazioni. Può essere utile anche un confronto empatico, principalmente utilizzato per la modifica della modalità disfunzionali del paziente. In questo caso, il comportamento disfunzionale viene messo in relazione con i *mode* attivi e le relative origini nell'infanzia. Questo permette di comprendere la differenza tra la situazione attuale e quella infantile, mobilitando al cambiamento (*ibidem*).

### **2.3 La prospettiva Psicodinamica del Disturbo Dipendente di Personalità**

Il disturbo dipendente di personalità è uno dei disturbi presi in esame dal Manuale Diagnostico Psicodinamico (Lingiardi & McWilliams, 2018). Secondo la prospettiva psicodinamica i pazienti che presentano questo disturbo giungono in consultazione per via di eccessivi bisogni di dipendenza attorno ai quali è organizzata la loro personalità.

Le persone dipendenti tendono a definire sé stesse in relazione agli altri, ricercando sicurezza e soddisfazione nei rapporti interpersonali. Per questi pazienti risulta fondamentale organizzare la loro vita attorno a relazioni di cura e sostegno, relazioni in cui spesso assumono un ruolo sottomesso. Se lasciati a sé stessi, infatti, provano sentimenti di incapacità e inadeguatezza, descrivendo le persone esterne come forti e potenti (*ibidem*). Sul piano emotivo sono pazienti che provano un'intensa angoscia legata alla prestazione, unita ad una forte paura per il tema dell'abbandono e delle critiche altrui. Percepiscono sé stessi come deboli e sottomessi; sono facilmente influenzabili e risultano

essere più passivi che assertivi. Tendono a svalutarsi e mostrano difficoltà nell'esprimere i propri sentimenti, in particolare faticano a riconoscere ed esprimere la propria rabbia per paura che possa allontanare chi li circonda (*ibidem*).

I pazienti con disturbo dipendente di personalità possono collocarsi a tutti i livelli del *continuum* evolutivo (*ibidem*). A livello nevrotico è possibile che giungano in consultazione a seguito di un lutto o dell'interruzione di un rapporto interpersonale; la perdita di un contesto definito li costringe a confrontarsi con la mancanza di un sostegno esterno, enfatizzando i sentimenti di incapacità e l'assenza di relazioni di cura e supporto. Possono collocarsi anche a livello borderline e psicotico, presentando livelli di gravità più severi. A questo livello i pazienti presentano un declino della capacità di regolazione emotiva, ricorrendo a difese più impegnative sul piano del loro funzionamento, come l'*acting out* o la somatizzazione (*ibidem*).

Nella *tabella 2.2* sono sintetizzati gli elementi individuati dal manuale attribuibili al disturbo di personalità dipendente (PDM-2, 2018).

<b>Aspetti costituzionali</b>	Sconosciuti
<b>Tensione/preoccupazione principale</b>	Mantenere/perdere le relazioni
<b>Affetti principali</b>	Piacere connesso alla sicurezza derivante da un legame di attaccamento, tristezza e paura dell'abbandono e solitudine
<b>Credenza patogena caratteristica relativa a sé stessi</b>	“Sono inadeguato, debole, impotente”
<b>Credenza patogena caratteristica relativa agli altri</b>	“Gli altri sono forti e potenti, io ho bisogno delle loro cure”
<b>Modi principali di difendersi</b>	Regression, capovolgimento dell'affetto, evitamento, somatizzazione

*Tabella 2.2 Caratteristiche principali del disturbo dipendente di personalità (PDM-2,2018)*

Bornstein (2005) approfondì la dipendenza patologica e suggerì che questo stile di personalità potesse derivare da una serie di differenti fattori, fra cui uno stile genitoriale iperprotettivo e/o autoritario, l'influenza sociale determinata dai ruoli di genere e il ruolo

della realizzazione individuale rispetto alla relazionalità. Una delle caratteristiche principali delle persone dipendenti è un attaccamento insicuro, nello specifico presentano un pattern di attaccamento invischiato (Gabbard, 2015). A livello genitoriale, la prospettiva psicodinamica ipotizza che pazienti con disturbo dipendente di personalità abbiano vissuti in contesti nei quali fosse preferito un modello di rinforzo basato sulla dipendenza. Questa visione sostiene l'ipotesi per la quale le famiglie di questi pazienti siano contraddistinte da un elevato controllo a discapito dell'espressività e dell'indipendenza. La comunicazione da parte delle figure di riferimento suggeriva che l'indipendenza fosse una minaccia, questo può aver indotto un mantenimento del legame con i genitori, impedendo il raggiungimento di una sana autonomia (*ibidem*).

Oltre alle esperienze infantili, la prospettiva psicodinamica ipotizza che intervengano anche altri fattori nell'insorgenza del disturbo dipendente di personalità. Si ipotizza che giochi un ruolo fondamentale anche la componente genetica, oltre che i fattori ambientali. Inoltre, anche il temperamento su base biologica potrebbe rappresentare un fattore eziologico (*ibidem*).

### 2.3.1 Varianti della personalità dipendente secondo la prospettiva psicodinamica

La difficoltà che le persone dipendenti dimostrano nell'interrompere relazioni che possono essere patologiche o abusanti ha permesso di definire questo stile di personalità *masochistico* (Lingiardi & McWilliams, 2018). Le dinamiche masochistiche sono caratterizzate da alti livelli di sofferenza emotiva e possono essere associate a diversi stili di personalità. La versione più anaclitica del masochismo è quella che si sovrappone in maggior parte alla personalità dipendente. Questi pazienti riconoscono il dolore emotivo come unico mezzo per il mantenimento delle relazioni di attaccamento, subordinando le proprie necessità a quelle altrui. Le relazioni di attaccamento sono vissute come estremamente necessarie, di conseguenza, la paura della perdita dei legami interpersonali prevale sia sulla propria sicurezza che sul proprio benessere. Dietro alla manifesta sottomissione di questi pazienti è possibile che si celi un'intensa aggressività che spinge gli individui masochisti a reagire con modalità passivo-aggressive che, a loro volta, spingono i loro interlocutori a condotte maltrattanti (*ibidem*).

Le modalità passivo-aggressive di questi pazienti rappresentano un'altra variante della personalità dipendente. In questo caso, la dipendenza nei confronti altrui assume una connotazione malevola (Lingiardi & McWilliams, 2018). I soggetti passivo-aggressivi tendono a definire sé stessi in relazione agli altri ma, a differenza dei soggetti con disturbo dipendente di personalità, lo fanno con valenza negativa, rappresentandosi prevalentemente in opposizione a chi li circonda ed impedendo di perseguire risultati in modo autonomo (*ibidem*). L'aggressività viene espressa in modo indiretto suscitando negli altri reazioni violente che perpetuano un circolo vizioso nel quale i vissuti di rabbia e risentimento elicitano comportamenti passivo-aggressivi, quest'ultimi portano a reazioni altrui maltrattanti, aumentando di conseguenza i sentimenti di rabbia del soggetto (*ibidem*). Questo meccanismo ha l'effetto di rinforzare le convinzioni dei soggetti passivo-aggressivi per i quali la rabbia non può essere sperimentata né agita in modo diretto (*ibidem*).

Infine, un'ulteriore modalità della personalità dipendente è quella che viene definita contro-dipendenza nella quale le manifestazioni sono opposte rispetto a quelle dei pazienti con disturbo dipendente di personalità (Lingiardi & McWilliams, 2018).

Bornstein (1993) suggerì l'esistenza di un *continuum* ai cui estremi, da un lato, si trova la dipendenza disadattativa (sottomissione) che, passando per l'interdipendenza, arriva all'estremo successivo che è rappresentato dall'indipendenza inflessibile caratterizzata da un distacco privo di legami. La contro-dipendenza cela l'intenso bisogno di dipendenza da parte di questi soggetti che ricorrono a diniego e formazione reattiva per escludere questa necessità dalla coscienza (Lingiardi & McWilliams, 2018). Lo stile di personalità è, quindi, ancora di tipo dipendente ma viene ribaltato attraverso la negazione dei propri bisogni. Sono individui che disapprovano l'espressione delle emozioni, rinnegando le manifestazioni di vulnerabilità, mostrandosi fieri delle loro capacità di prendersi cura di sé stessi (*ibidem*).

### 2.3.2 Trattamento psicodinamico

La psicoterapia ad orientamento psicodinamico per il disturbo dipendente di personalità affronta fin dall'inizio del trattamento un dilemma in quanto i pazienti, al fine di risolvere i problemi di dipendenza, devono sviluppare una dipendenza nei confronti del terapeuta

(Gabbard, 2015). Nel corso del trattamento è possibile che i pazienti ricerchino continue rassicurazioni ed enfatizzino le loro difficoltà al fine di ricordare al terapeuta quanto siano spaventati dalla possibilità di concludere il trattamento. Durante le sedute, per questo motivo, è opportuno ricordare che ciò che i pazienti sostengano di volere non è ciò di cui hanno effettivamente bisogno. La ricerca di consigli ed indicazioni da parte del terapeuta potrebbe intensificare il sentimento di attaccamento provato da parte dei pazienti ed è quindi opportuno che il terapeuta sia in grado di frustrare le richieste da parte dei pazienti affinché possa favorirne l'indipendenza di pensiero ed azione (*ibidem*). Obiettivo del trattamento è quello di far comprendere al soggetto che l'ansia provocata da tale frustrazione sia tollerabile (*ibidem*).

Perry (2014) individua un'ulteriore evoluzione transferale comune nel trattamento di soggetti dipendenti: l'idealizzazione del terapeuta. L'onniscienza attribuita al terapeuta può condurre i pazienti ad uno scarico di responsabilità nei suoi confronti per quanto riguarda la presa di decisioni importanti, aggirando, quindi, il compito di raggiungere un senso di sé autonomo e indipendente. Inoltre, il paziente potrebbe impedire il raggiungimento degli obiettivi terapeutici per confermare l'idea di non poter funzionare senza il sostegno altrui (Gabbard, 2015).

A livello controtransferale, le reazioni del terapeuta possono essere all'inizio positive ma, nel corso del trattamento, è possibile che emergano sentimenti di irritazione e pesantezza (Lingiardi & McWilliams, 2018). Durante le sedute è opportuno che il terapeuta sia in grado di riconoscere il ruolo di autorità che ricopre per i pazienti dipendenti; riconoscendo questo ruolo dovrebbe essere in grado di incoraggiarli ad un funzionamento più indipendente ed autonomo. Un elemento importante della terapia psicodinamica con soggetti dipendenti è quello di riuscire a costruire uno spazio opportuno in grado di tollerare sentimenti di rabbia e aggressività che potrebbero sfociare nel corso del trattamento. I sentimenti di rabbia ed ostilità permettono al soggetto di sperimentare un maggior senso di *agency* e di realizzazione individuale, obiettivo fondamentale del trattamento del disturbo dipendente di personalità (*ibidem*).

I pazienti passivo-aggressivi rappresentano una sfida sul piano terapeutico per via delle modalità che adottano nell'instaurare le relazioni. In fase di seduta, è utile affrontare la terapia con umorismo per fronteggiare i sentimenti di ostilità ed irritazione provati dal clinico. L'obiettivo terapeutico è quello di aiutare i pazienti a nominare i loro sentimenti

negativi, abbandonando le modalità verbali e comportamentali solitamente applicate (Lingiardi & McWilliams, 2018). Le provocazioni da loro perpetuate durante il trattamento dovrebbero essere affrontate dal clinico mostrando ai pazienti il peso che le modalità passivo-aggressive ricoprono nella loro vita, evitando quindi di instaurare un atteggiamento oppositivo che potrebbe compromettere il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (*ibidem*).

I pazienti controdependenti, invece, difficilmente giungono in terapia in modo spontaneo, ma spesso arrivano in consultazione sotto richiesta del partner per via della mancanza di un'intimità autentica. Il terapeuta deve favorire l'accettazione dei bisogni di dipendenza di questi individui, mostrando loro come sia una necessità dell'essere umano e cercando di raggiungere un equilibrio tra l'indipendenza e la relazionalità (Lingiardi & McWilliams, 2018). L'obiettivo è quello fare in modo che il paziente abbandoni le difese controdependenti per riuscire a sviluppare un'autonomia autentica (*ibidem*).

## **2.4 Ulteriori Considerazioni**

Nell'affrontare le diverse prospettive ed approcci terapeutici proposti è possibile individuare alcune somiglianze e differenze all'interno delle concettualizzazioni analizzate. Sia la prospettiva cognitivo-comportamentale che l'approccio psicodinamico hanno dimostrato la loro efficacia nel trattamento dei disturbi di personalità. Tuttavia, l'attenzione al nucleo della patologia viene affrontata da punti di vista diversi (Haverkamp, 2017). La prospettiva cognitivo-comportamentale adotta un approccio che è più orientato all'azione e focalizzato sulle difficoltà portate dal paziente in sede di trattamento, privilegiando la comprensione dei meccanismi, pensieri e comportamenti attuali piuttosto che indagando la loro patogenesi. Al contrario, nella prospettiva psicodinamica occupa un ruolo di rilievo l'analisi delle fasi di sviluppo nell'infanzia, così come altre esperienze passate che possano aver avuto un ruolo nell'insorgenza del disturbo. Questo permette di delineare una grande differenza tra le due prospettive: da un lato, la cognitivo-comportamentale considera i pensieri disadattativi come causa diretta dei sintomi psicopatologici, mentre l'approccio psicodinamico suggerisce di non confondere i sintomi del disturbo con quelle che sono le cause sottostanti ad esso (*ibidem*).

Esistono, inoltre, differenze pratiche nei trattamenti proposti dai diversi orientamenti.

Le proposte terapeutiche afferenti alla teoria cognitivo-comportamentale sono solitamente più brevi rispetto alla terapia psicodinamica. Inoltre, il ruolo del terapeuta risulta più attivo e l'approccio è altamente strutturato, comprendendo anche compiti a casa (Hofmann, 2011). Nella psicoterapia psicodinamica, invece, il paziente impara attraverso la relazione con il terapeuta che gli permette di acquisire una visione completa delle proprie dinamiche inconsce (Haverkamp, 2017).

Per quanto riguarda il disturbo dipendente di personalità, è possibile individuare alcuni elementi in comune tra le prospettive teoriche prese in considerazione.

Per quanto riguarda i fattori eziologici ed il contesto familiare di crescita, tutti gli approcci concordano nell'individuare modalità genitoriali controllanti e iperprotettive, unite alla trasmissione di messaggi legati al pericolo dell'indipendenza e autonomia. Inoltre, tutti gli approcci individuano tratti sintomatologici comuni nelle loro diverse concettualizzazioni del disturbo di personalità: eccessivo bisogno di cure altrui; instaurazioni di relazioni interpersonali caratterizzate da forti sentimenti di attaccamento e dipendenza; mancanza di autonomia e indipendenza; paure legate all'abbandono e alla separazione. La differenza tra i diversi approcci è evidente nell'attenzione che pongono alla sintomatologia del paziente. La prospettiva cognitivo-comportamentale utilizza i concetti di schemi, credenze e comportamenti disfunzionali proponendo trattamenti più pratici e attivi per la riduzione della sintomatologia. La Schema Therapy adotta il concetto di *mode* per spiegare le modalità attive del paziente, individuando quelli specifici attivi in fase di trattamento. La prospettiva psicodinamica, invece, predilige porre l'attenzione sulle dinamiche inconsce del paziente, indagando anche le esperienze infantili avute durante lo sviluppo.

Al fine di organizzare al meglio le informazioni finora raccolte sul disturbo dipendente di personalità viene proposta una tabella riassuntiva (*tabella 2.3*) delle caratteristiche individuate.



Tabella 2.3 Sintesi delle caratteristiche associabili al disturbo dipendente di personalità secondo gli approcci cognitivo-comportamentale, Schema Therapy e psicodinamico

	<b>Teoria cognitivo comportamentale</b>	<b>Schema Therapy</b>	<b>Teoria psicodinamica</b>
<b>Fattori eziologici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperamento inibito</li> <li>- Stile genitoriale autoritario/iperprotettivo ha compromesso lo sviluppo infantile con conseguente mancata interiorizzazione delle strategie di autoregolazione emotiva, rimanendo ancorati al bisogno di approvazione esterno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stile genitoriale eccessivamente controllante e iperprotettivo</li> <li>- Precoci esperienze di minaccia e di separazione dai genitori hanno trasmesso il messaggio che l'indipendenza è pericolosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contesto genitoriale basato sulla dipendenza</li> <li>- Famiglie caratterizzate da un elevato livello di controllo a discapito dell'indipendenza</li> <li>- Trasmesso il messaggio per il quale l'autonomia è una minaccia che ha indotto il mantenimento del legame</li> </ul>
<b>Caratteristiche sintomatologiche principali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vissuti intollerabili rispetto alle emozioni negative</li> <li>- Percezione del mondo come luogo pericoloso</li> <li>- Senso di inadeguatezza personale da cui deriva la costante dipendenza nei confronti degli altri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pervasive preoccupazioni circa la propria capacità di condurre in modo adeguato la propria vita</li> <li>- Necessità costante di far affidamento sugli altri</li> <li>- Sentimenti di solitudine e vuoto in mancanza del legame di attaccamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preoccupazione principale legata al mantenere/perdere le relazioni da cui conseguono sentimenti di paura legati alla solitudine e all'abbandono</li> <li>- Organizzazione della propria vita intorno al bisogno di cura da parte degli altri; svalutazione di sé</li> <li>- Sentimenti di incapacità e inadeguatezza</li> </ul>

<p><b>Elementi specifici ascrivibili al quadro psicopatologico</b></p>	<p>Credenze disadattative e schemi comportamentali disfunzionali che reiterano i sintomi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Mode</i> Bambino Dipendente e Bambino Abbandonato/Abusato</li> <li>- <i>Mode</i> Genitore Punitivo</li> <li>- <i>Mode</i> di Coping disfunzionale</li> <li>- <i>Mode</i> Adulto Sano debole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difese utilizzate: regressione, capovolgimento dell'affetto, evitamento, somatizzazione</li> <li>- Individuate varianti: stile di personalità masochistico, passivo-aggressivo e contro dipendenza.</li> </ul>
<p><b>Obiettivi e Trattamento</b></p>	<p>Comprensione delle convinzioni disfunzionali al fine di modificare le credenze e gli schemi comportamentali disadattativi. Trattamento si caratterizza per l'utilizzo di interventi cognitivi, interventi comportamentali, regolazione emotiva. Occupa un ruolo centrale la relazione con il terapeuta.</p>	<p>Necessaria l'elaborazione delle esperienze infantili al fine di aiutare il <i>mode</i> Bambino a svilupparsi e al fine di rafforzare il <i>mode</i> Adulto. Trattamento si caratterizza per alcuni interventi specifici volti a raggiungere gli obiettivi terapeutici: <i>Imagery With Rescripting</i> e Tecnica della sedia vuota utilizzati al fine di affrontare i <i>mode</i> disadattativi ed elaborare le esperienze infantili.</p>	<p>Permettere al paziente lo sviluppo dell'indipendenza di pensiero ed azione. Strumenti fondamentali per il trattamento sono transfert e controtransfert. Necessità di sviluppare una dipendenza nei confronti del terapeuta; possibilità che il paziente idealizzi il clinico.</p>



### III

#### OBIETTIVI DELLA RICERCA

Lo sviluppo di manuali che delineano metodologie terapeutiche e strumenti di diagnosi per i disturbi mentali è oggi considerato una componente essenziale per condurre studi sulla validità dei vari approcci psicoterapeutici. In aggiunta, tali manuali sono sempre più importanti come fondamento per l'istruzione dei futuri terapeuti e risultano imprescindibili per dimostrare l'efficacia delle prestazioni fornite dai professionisti della salute mentale (Benelli, Paolillo & Ventriglia, 2022). Tuttavia, per alcuni approcci, individuare manuali che trattano della psicopatologia può risultare più complesso.

Come è stato esposto nei capitoli precedenti, il disturbo dipendente di personalità è presente all'interno dei principali manuali diagnostici inerenti agli approcci Psicodinamici (PDM-2) e Cognitivo-Comportamentali (DSM-5).

L'Analisi Transazionale, al contrario, non presenta un manuale di riferimento per la diagnosi e il trattamento dei disturbi di personalità, nonostante lo stesso Berne (1961) sottolineò l'importanza di una chiara comprensione della patologia della personalità al fine di compiere un buon lavoro clinico e terapeutico.

Sulla base di queste premesse, la presente rassegna sistematica PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) della letteratura è finalizzata a colmare la lacunosità circa la prospettiva analitico transazionale inerente al disturbo di personalità dipendente, ponendosi l'obiettivo di proporre un manuale di trattamento del disturbo in esame.

Nonostante il riconosciuto valore dei manuali di trattamento, la loro adozione nella comunità clinica non sempre avviene in maniera uniforme e positiva.

Molti professionisti della salute mentale accusano il processo diagnostico di essere inevitabilmente peggiorativo in quanto la diagnosi può essere utilizzata in modo offensivo. Tuttavia, McWilliams (2012) riconosce l'utilità della diagnosi come un linguaggio in grado di racchiudere all'interno di quadri più generali le differenze individuali, oltre che fornire indicazioni utili per il trattamento. Una corretta formulazione diagnostica può fornire importanti indicazioni al terapeuta rispetto alle aree cruciali per le quali occorre predisporre un intervento mirato. Inoltre, può dare informazioni rispetto

alla modalità relazionale da adottare, i toni, gli interventi e gli argomenti da trattare (McWilliams, 2012).

Carroll e Nuro (2002) hanno riassunto varie critiche espresse da professionisti riguardo alla standardizzazione dei trattamenti. Tra queste, emerge la preoccupazione che i manuali possano essere applicabili solo a un gruppo limitato di pazienti, enfatizzino la tecnica a scapito della relazione terapeutica e dell'alleanza, oltre a essere visti come strumenti che potrebbero ridurre la flessibilità e la creatività del terapeuta.

Gli autori hanno identificato un approccio utile per promuovere l'adozione dei manuali nella pratica clinica, considerando lo sviluppo dei manuali non come un singolo evento, ma come una sequenza di tre fasi progressiva. Nella prima fase, le linee guida raccomandano di fornire una panoramica del disturbo trattato, compresa una sua descrizione e giustificazione teorica, gli obiettivi del trattamento e una specifica del tipo di intervento. La fase successiva coinvolge principalmente studi clinici controllati per valutare l'efficacia dei trattamenti standardizzati. Infine, l'ultima fase riguarda la valutazione della capacità di trasferimento dei trattamenti in contesti reali.

La proposta del presente elaborato si ferma alla prima fase dello sviluppo del manuale e viene svolta secondo le linee guida individuate da Carroll e Nuro (2002).

La speranza è che tale lavoro possa essere uno spunto per future riflessioni sullo stesso tema e, più in generale, per lo sviluppo di manuali analitico transazionali dei disturbi di personalità.

## IV

### METODO

#### 4.1 Strategia di ricerca

La presente revisione sistematica della letteratura è stata condotta in conformità con i principi delle linee guida PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) della versione più recente del PRISMA Statement 2020 (Page et al., 2021).

La presente revisione, come esposto nella sezione Obiettivi, è volta a raccogliere la letteratura esistente al fine di verificare lo stato dell'arte in merito alla tematica del disturbo dipendente di personalità secondo l'approccio dell'Analisi Transazionale.

Allo scopo di raggiungere l'obiettivo individuato per l'analisi, è stata condotta una ricerca bibliografica sul database online *GalileoDiscovery* utilizzando le seguenti parole chiave: (“Dependent Personality Disorder”) in congiunzione logica (“AND”) con (“Transactional Analysis”). Inoltre, è stata svolta una ricerca bibliografica sulla rivista *Transactional Analysis Journal* utilizzando le seguenti parole chiave: (“Dependent Personality Disorder”) in congiunzione logica (“AND”) con (“Treatment”).

La ricerca bibliografica è stata condotta nel periodo tra luglio 2023 e settembre dello stesso anno consultando materiale pubblicato dal 1971 a settembre 2023.

#### 4.2 Criteri di inclusione ed esclusione

Nella fase di screening, i titoli e gli abstract degli articoli ottenuti sono stati esaminati e sono stati esclusi quelli non ritenuti pertinenti allo scopo della ricerca in quanto non presentavano informazioni riguardanti il disturbo di personalità dipendente o la personalità dipendente.

Sono stati poi recuperati i *full-text* dei record inclusi e sottoposti ad una seconda ispezione per verificare i criteri di inclusione.

Gli articoli inclusi nell'analisi rispettavano i seguenti criteri di inclusione: trattavano del disturbo dipendente di personalità o della personalità dipendente; proponevano modalità terapeutiche legate al disturbo dipendente di personalità o ai tratti di dipendenza;

individuavano ulteriori adattamenti nei quali è stato possibile individuare tratti di dipendenza patologica.

Inoltre, sono stati presi in esame solo articoli pubblicati in inglese.

I criteri di esclusione e di inclusione sono riepilogati nella *Tabella 4.1*.

*Tabella 4.1 Riepilogo dei criteri di inclusione e di esclusione*

CRITERI DI ESCLUSIONE
- Articoli scritti in lingua differente dall'inglese - Articoli che non trattano della dipendenza patologica
CRITERI DI INCLUSIONE
- Articoli scritti in lingua inglese - Articoli inerenti al disturbo di personalità dipendente o alla personalità dipendente - Articoli inerenti ad ulteriori adattamenti di personalità - Articoli inerenti al trattamento del disturbo di personalità dipendente o alla personalità dipendente

### **4.3 Processo di estrazione dei dati**

Dagli articoli inclusi per la sintesi qualitativa sono state estratte le seguenti informazioni:

- a) Autore/i;
- b) Rivista di pubblicazione;
- c) Anno di pubblicazione;
- d) Risultati principali;

## V

### RISULTATI

Il numero iniziale di record identificati dalla ricerca bibliografica effettuata sul database *GalileoDiscovery* era di 17, mentre il numero iniziale di record identificati dalla ricerca bibliografica effettuata sul *Transactional Analysis Journal* era di 249.

Gli articoli individuati tramite ricerca su *GalileoDiscovery* sono stati tutti esclusi sulla base del titolo e dell'abstract in quanto non inerenti allo scopo della ricerca.

Degli articoli individuati tramite ricerca sul *Transactional Analysis Journal* ne sono stati esclusi 209 sulla base del titolo e dell'abstract. I restanti 40 articoli in full-text sono stati valutati tramite un'analisi più approfondita secondo i criteri di inclusione. A conclusione di tale valutazione, 16 articoli sono risultati idonei ed inclusi nella sintesi qualitativa di questa rassegna sistematica della letteratura.

L'intera procedura di ricerca è riassunta nel diagramma di flusso PRISMA riportato in *figura 5.1*.

La *tabella 5.1* riporta l'elenco completo degli articoli e il riepilogo dei risultati principali.



Figura 5.1 Diagramma di flusso PRISMA

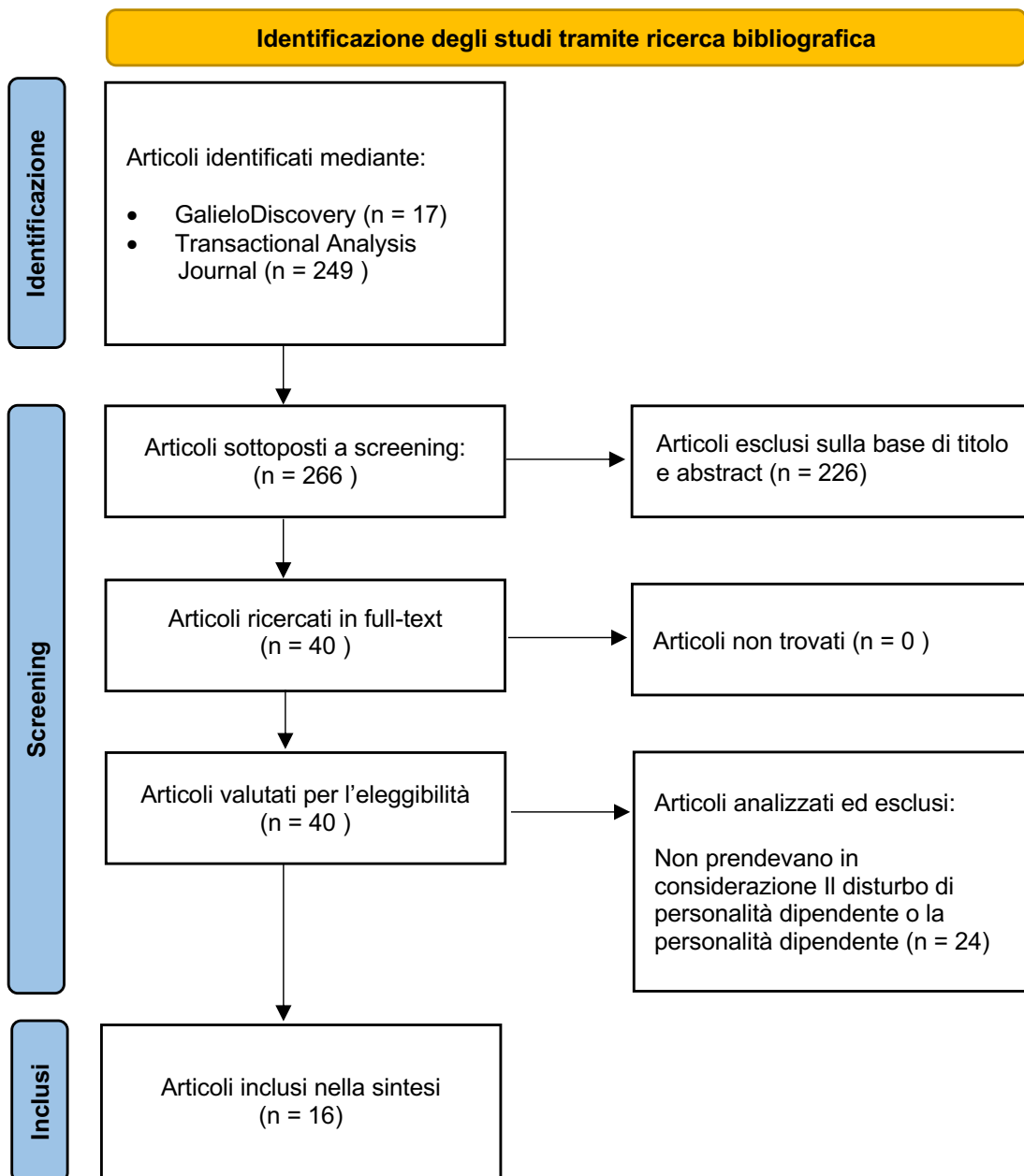


Tabella 5.1 Sintesi dei risultati

Autore	Rivista	Anno	Risultati Principali
<b>Beren A.</b>	Transactional Analysis Journal, 51(1), 49-62	2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si evidenzia la scarsità di pubblicazioni inerenti ai disturbi di personalità in ottica analitico transazionale</li> <li>- Narrazioni differenti del disagio psicologico rispetto all’etichetta psichiatrica di disturbo di personalità</li> </ul>
<b>Birnbaum J.</b>	Transactional Analysis Journal, 17(2), 24-28.	1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adattamento di personalità nel quale lo Stato dell’Io Adulto è sottosviluppato mentre l’Io Genitore e Io Bambino si trovano spesso in conflitto tra loro. Questa configurazione determina i tratti tipici dell’istrionismo, compreso il terrore per la separazione e la continua ricerca di attaccamento verso altre persone.</li> <li>- Sfondo familiare caratterizzato da modalità genitoriali estremamente coinvolgenti e da attaccamenti eccessivi nei confronti del figlio che successivamente si ripetono nelle relazioni adulte</li> <li>- Sistema terapeutico sblocca il naturale processo di separazione-individuazione che conduce all’emancipazione</li> </ul>
<b>Bonds-White F.</b>	Transactional Analysis Journal, 14(2), 124-130.	1984	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Passività dovuta ad una irrisolta relazione simbiotica instaurata nell’infanzia con le figure di riferimento primarie.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sfondo familiare caratterizzato da eccessivo attaccamento che rende impossibile i normali moti esplorativi. Costruzione dell'identità inficiata a causa dei messaggi genitoriali inerenti alla pericolosità del mondo dovuti alla paura per la separazione.</li> <li>- Durante la crescita sviluppo della dipendenza ostile tipica delle personalità passivo-aggressive.</li> </ul>
<b>Hazell, J. W.</b>	Transactional Analysis Journal, 19(4), 212-223.	1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si associa al disturbo dipendente di personalità il <i>drivers</i> "Compiacimi" caratterizzato da comportamenti dipendenti, paura dell'abbandono e delle separazione, tendenza a sminuire le proprie risorse e capacità.</li> </ul>
<b>Hoyt, M. F.</b>	Transactional Analysis Journal, 19(2), 101-113	1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si associano al disturbo dipendente di personalità le ingiunzioni "Non crescere", "Non stare bene", "Non farcela", "Non essere importante", "Non pensare", "Non".</li> </ul>
<b>James, M.</b>	Transactional Analysis Journal, 16(3), 188-196.	1986	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentazione dei diversi problemi di confine degli Stati dell'Io. Tra quelli descritti, il lassismo nei confini è associato a comportamenti di dipendenza manifestati dagli individui.</li> <li>- Al fine di evitare la paura della separazione gli individui hanno la tendenza ad instaurare rapporti simbiotici per compensare le relazioni disfunzionali avute con le figure di riferimento nell'infanzia.</li> </ul>

<b>Joines, V.</b>	Transactional Analysis Journal, 16(3), 152-160	1986	- Terapia di ridecisione come strumento per consentire il cambiamento. Basandosi sul lavoro di Ware, si individuano le porte della terapia per ogni adattamento di personalità.
<b>Mellacqua, Z.</b>	Transactional Analysis Journal, 44(1), 8-30.	2014	- I comportamenti passivi vengono associati alla dipendenza relazionale.
<b>Noriega G.G.</b>	Transactional Analysis Journal, 34(4), 312-322.	2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La codipendenza è un copione intergenerazionale considerato come problema multidimensionale associato a diverse situazioni stressanti.</li> <li>- Definito come disturbo relazionale a cui sono associati forti sentimenti di dipendenza, insoddisfazione emotiva e sentimenti di sofferenza personale. Le manifestazioni connesse al copione si caratterizzano per comportamenti di sottomissione.</li> <li>- Distinzione nosologica tra il concetto di codipendenza e diagnosi di disturbo dipendente di personalità proposta dal DSM-IV</li> <li>- Trasmissione del copione di dipendenza associata a quattro meccanismi: ulteriori transazioni, giochi psicologici, psicodinamica transferale e identificazione proiettiva.</li> </ul>
<b>Noriega G. G.</b>	Transactional Analysis Journal, 49(4), 279-291.	2019	- Definizione dei copioni transgenerazionali sani e patologici. Tra i copioni patologici viene individuato il copione di dipendenza.

<p><b>Schiff A. W., Lee Schiff, J.</b></p>	<p>Transactional Analysis Journal, 1(1), 71-78.</p>	<p>1971</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si ipotizza che i comportamenti passivi derivino da disturbi della relazione simbiotica primaria; per esempio, nella differenziazione tra il bambino e la figura di riferimento.</li> <li>- Vengono individuati e descritti quattro comportamenti passivi caratteristici: non fare nulla, sovra-adattamento, agitazione, incapacità e violenza.</li> <li>- Si associa ai comportamenti passivi la funzione di mantenere la disfunzione degli Stati dell'Io che permette di conservare il contratto di dipendenza tra individui.</li> <li>- Proposta di trattamento al fine di interrompere la simbiosi preservata dai comportamenti passivi</li> </ul>
<p><b>Ware, P.</b></p>	<p>Transactional Analysis Journal, 1J. 11-19.</p>	<p>1983</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modello di psicopatologia nel quale vengono suggeriti sei differenti adattamenti di personalità formatesi a partire dall'influenza di ingiunzioni e spinte (<i>drivers</i>). Gli adattamenti sono: personalità isterica, personalità ossessivo-compulsiva, personalità schizoide, personalità antisociale, personalità passivo-aggressivo e personalità paranoide.</li> <li>- Per ogni adattamento di personalità proposta di trattamento basato sul concetto di porte della terapia. Si individuano tre differenti porte: la porta aperta è da attraversare per entrare in contatto con il paziente, la porta trappola è da evitare per non correre il rischio di rimanere bloccati durante il trattamento e la porta obiettivo è l'area in cui si verifica il cambiamento.</li> </ul>

<b>White, T.</b>	Transactional Analysis Journal, 24(4), 269-276	1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposta di due posizioni di vita in aggiunta a quella individuate da Berne: “Io sono Ok, tu sei irrilevante” e “Io non sono ok, tu non sei irrilevante”, associate alla personalità dipendente.</li> </ul>
<b>White, T.</b>	Transactional Analysis Journal, 27(1), 57-64.	1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gli individui che ricoprono le posizioni esistenziali “Io sono Ok, tu sei irrilevante” e “Io non sono ok, tu non sei irrilevante” presentano scarsa comprensione di sé e difficoltà nel percepirsi come individui separati, arrivando ad utilizzare l’identità altrui come propria, instaurando relazioni simbiotiche caratterizzate da mancanza di confini. Queste caratteristiche si associano al disturbo di personalità dipendente come descritto dal DSM-IV.</li> <li>- Indicazioni rispetto al trattamento nel quale bisogna prestare attenzione a idee di riferimento e comportamenti di onnipotenza. Il terapeuta deve rimanere stabile per riuscire a fronteggiare gli intensi sentimenti di attaccamento dei pazienti dipendenti.</li> <li>- Riscontrati due problemi nel trattamento: rabbia diffusa e lo sviluppo di transfert negativo da parte dei pazienti.</li> </ul>
<b>White, T.</b>	Transactional Analysis Journal, 27(4), 300-304.	1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La simbiosi ha il ruolo di assicurare la sopravvivenza del bambino nella fase di totale dipendenza dall’ambiente. Si ipotizza che la patologia precoce possa derivare da disturbi nella relazione primaria.</li> <li>- Attaccamento come fattore coinvolto all’interno della simbiosi nella relazione con la figura di riferimento primaria. Può risultare sano o patologico per quantità e qualità.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eccesso di attaccamento nell'infanzia associato a insorgenza del disturbo dipendente di personalità.</li> </ul>
<p><b>Wouters, A., Smale, G.</b></p>	<p>Transactional Analysis Journal, 20(2), 118-127.</p>	<p>1990</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creazione di un ponte teorico tra il modello di Millon e gli strumenti dell'Analisi Transazionale per fornire uno strumento utile per la valutazione dei pazienti e, conseguentemente, un approccio terapeutico specifico.</li> <li>- Vengono individuati otto diversi tipi di personalità sulla base dei comportamenti strumentali e delle fonti di rinforzo. Tra questi, gli individui dipendenti vengono suddivisi in attivi (personalità isterica) e passivi (personalità dipendente) e viene proposta una lettura della personalità utilizzando i concetti chiave dell'Analisi Transazionale.</li> </ul>





## VI

### DISCUSSIONE DEI RISULTATI

#### 6.1 Introduzione

Il presente lavoro si è posto l'obiettivo di indagare lo stato dell'arte in merito al disturbo dipendente di personalità in Analisi Transazionale, al fine di organizzare le conoscenze attualmente presenti nel panorama scientifico all'interno della proposta di un manuale di trattamento per il disturbo in esame.

Gli articoli selezionati durante la ricerca bibliografica offrono uno scenario interessante in quanto si evince una scarsità di letteratura rispetto al tema selezionato. Tuttavia, dalla lettura degli articoli, è stata riscontrata la presenza delle caratteristiche solitamente associate al disturbo dipendente di personalità per come è stato descritto da altri approcci anche nell'ambito dell'Analisi Transazionale.

Dato questo interessante punto di partenza, il lavoro svolto ha visto la ricerca degli elementi utili alla trattazione del disturbo dipendente di personalità in Analisi Transazionale all'interno degli articoli selezionati.

#### 6.2 Concezione analitico transazionale della personalità dipendente

L'Analisi Transazionale, nel discutere del concetto di personalità, valuta regolarmente gli Stati dell'Io, i copioni, le ingiunzioni e le spinte (*drivers*) sebbene molti professionisti del settore siano riluttanti nel formalizzare questi concetti all'interno dell'etichetta di *disturbo di personalità* (Beren, 2021). Dalla ricerca bibliografica, infatti, non emerge alcuna concettualizzazione puntuale del disturbo dipendente di personalità.

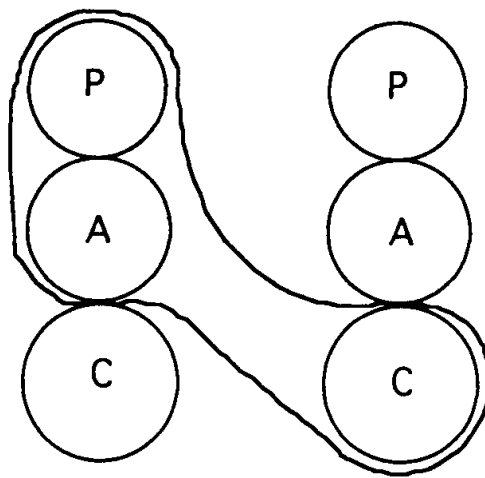
Tuttavia, Berne (1961) ha sottolineato l'importanza di una chiara comprensione della patologia ipotizzando che problemi inerenti alla personalità potessero essere legati a qualche compromissione nei confini degli Stati dell'Io.

##### 6.2.1 Fattori eziologici

E' universalmente riconosciuto che la patologia precoce si sviluppi di conseguenza al fallimento del contatto tra il bambino e il *caregiver* primario (Lederer, 1996).

Secondo teorici come Fraiberg (1959), Kohut (1977) e Winnicott (Davis & Wallbridge, 1981), alla nascita, i bambini non sperimentano un senso di sé ma, al contrario, si sperimentano come parte dell'ambiente e solo con la crescita iniziano a differenziarsi dal resto del mondo. Questa condizione è definita dall'Analisi Transazionale come lassismo degli Stati dell'Io (James, 1986). La simbiosi è una condizione normale nello sviluppo del bambino e si contraddistingue per un vissuto di fusionalità provato sia dal figlio che dalla madre (Schiff & Schiff, 1971). Questa relazione è caratterizzata dal fatto che nessuno degli individui coinvolti investe in modo completo i propri Stati dell'Io.

La rappresentazione grafica della simbiosi transazionale è rappresentata in *figura 6.1*.



*Figura 6.1 Rappresentazione grafica della simbiosi transazionale (White, 1997)*

La simbiosi ha una funzione importante in quanto assicura la sopravvivenza del bambino in una fase dello sviluppo in cui è totalmente dipendente dall'ambiente circostante. Per questo motivo, è probabile che la patologia possa derivare da disturbi nella relazione simbiotica, come separazioni o mancanza di sintonizzazione, oppure nel processo di differenziazione del bambino dal *caregiver* primario (*ibidem*).

All'interno della concettualizzazione proposta dagli Schiff (1971) della simbiosi è importante considerare un altro fattore coinvolto: l'attaccamento. Proprio come la simbiosi transazionale che può essere sana o patologica, anche l'attaccamento può risultare patologico per quantità e qualità. Un eccesso di attaccamento, negli individui, si può manifestare come disturbo dipendente di personalità (White, 1997).

Si riconosce che tutti gli individui possiedono una spinta biologica, psicologica e sociale di attaccamento a una figura di cura. Senza questo movimento durante l'infanzia si assiste ad un rapido declino della salute mentale e fisica. Il bambino sviluppa un attaccamento nei confronti della figura primaria, solitamente la madre, che perdura fino allo sviluppo di attaccamenti, prima, verso un'altra figura, poi, verso molte altre. In ottica analitico transazionale, questo legame di attaccamento avviene nel momento in cui la figura genitoriale è disposta a investire il proprio Io Bambino nelle interazioni con il figlio, così che entrambi siano in grado di sviluppare il legame di attaccamento (*ibidem*).

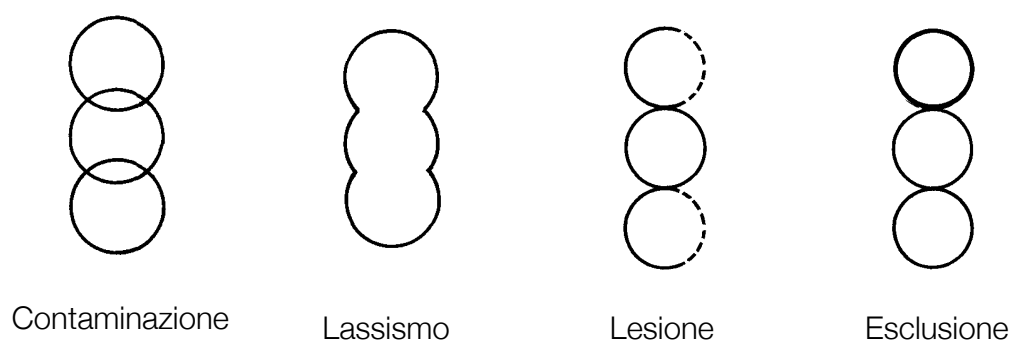
Alla nascita, dunque, tutti gli individui mostrano un lassismo nei confini degli Stati dell'Io, situazione che permette di creare la simbiosi fondamentale con la figura di riferimento primaria. Durante la crescita, la maggior parte delle persone si sviluppa oltre questo stadio procedendo con la differenziazione dalle altre persone che, solitamente, è ben raggiunta entro il terzo anno di vita. I problemi che possono insorgere durante questo delicato momento dello sviluppo possono manifestarsi nel comportamento del bambino o dell'adulto. Vissuti legati all'ansia da separazione sono comuni in questi individui che, per evitare questa sofferenza, tendono ad instaurare relazioni simbiotiche (James, 1989). Berne (1961) descrive i problemi di confine negli Stati dell'Io che possono scaturire da difficoltà legate alla relazione con la figura di riferimento primaria.

Il primo problema si verifica quando l'individuo presenta confini lassi, manifestando pensieri e comportamenti confusi. Si tratta di persone che agiscono spesso come se non fossero in contatto con la realtà e che non sembrano essere consapevoli di avere una volontà in grado di controllarla. Individui che si trovano in situazioni di crisi, interne o esterne, possono mostrarsi profondamente disorganizzate e ricercare figure genitoriali che possano prendersi cura di loro. Quando la sintomatologia è grave la persona diventa estremamente dipendente dagli altri, difficilmente è in grado di funzionare in autonomia o di fare scelte ragionevoli (James, 1989). Il secondo problema di confine si verifica quando lo Stato dell'Io Adulto si trova contaminato dall'Io Bambino o Genitore. In questo caso, il pensiero è distorto dalle esperienze infantili, dai pregiudizi e dagli stili di vita genitoriali. Un altro problema individuato è la lesione di un confine degli Stati dell'Io. Una lesione corrisponde ad un punto emotivo che, se stimolato, può portare a sentimenti e comportamenti impulsivi e irrazionali. Questa sensibilità è dovuta a ferite del passato

che non sono state guarite. Infine, l'ultimo problema individuato è la rigidità dei confini degli Stati dell'Io per la quale possono venire esclusi uno o due tra gli Stati dell'io Adulto, Genitore e Bambino; si tratta di una modalità attuata per evitare la consapevolezza di un grave problema di personalità o per evitare una lesione (*ibidem*).

Sulla base di quanto discusso è possibile ipotizzare che individui con disturbo dipendente di personalità possano manifestare uno o più di questi problemi di confine; nello specifico è possibile ipotizzare una configurazione lassista dei confini degli Stati dell'Io.

La *figura 6.2* propone una rappresentazione grafica dei problemi di confine degli Stati dell'Io.



*Figura 6.2 Rappresentazione grafica dei problemi di confine degli Stati dell'Io (James, 1989)*

Gli esiti dei disturbi della relazione simbiotica con la figura di riferimento primaria non si limitano ai problemi di confine appena descritti ma hanno ripercussioni anche a livello comportamentale come è stato descritto dagli Schiff (1971) nel loro saggio sulla sindrome di passività. Si ritiene fondamentale ai fini del presente elaborato discuterne in quanto le manifestazioni passive presentano in modo significativo comportamenti dipendenti.

Gli autori individuano come scopo della passività quello di mantenere il non funzionamento degli Stati dell'Io che vengono associati alla simbiosi transazionale e che permettono di mantenere il contratto di dipendenza. Vengono individuati quattro differenti comportamenti che contraddistinguono la sindrome di passività: non fare nulla, sovra-adattamento, agitazione, incapacità o violenza.

Nell'affrontare una situazione di crisi tutta l'energia del paziente è diretta al fine di inibire le risposte. Il comportamento passivo descritto come "non fare nulla" è attuato al fine di mantenere la simbiosi nei confronti dell'altro. L'eccessivo adattamento è uno dei comportamenti passivi più complessi da individuare e, per questo motivo, il più probabile

che venga rinforzato. Si verifica nel momento in cui l'individuo cerca di raggiungere quello che è l'obiettivo di altri, piuttosto che identificare un obiettivo per sé stesso nel tentativo di risolvere un problema. Il comportamento di agitazione, invece, consiste in attività ripetitive che vengono messe in atto nel tentativo costante di difendere il rapporto simbiotico di fronte ad una minaccia. Infine, i comportamenti di incapacità o di violenza sono un tentativo messo in atto dal paziente al fine di far rispettare la simbiosi di fronte alla possibilità di interruzione del rapporto (Schiff & Schiff, 1971).

Lo scopo di questi comportamenti è quello di mantenere la disfunzione degli Stati dell'Io così che il rapporto di dipendenza possa essere preservato. Gli individui che mettono in atto comportamenti passivi hanno l'obiettivo di mettere gli altri a disagio, spingendoli così ad occuparsi di loro. I rapporti simbiotici che vengono instaurati in età adulta possono essere descritti come una dipendenza strutturale e funzionale irrisolta; i comportamenti passivi vengono letti come la manifestazione di questa dipendenza relazionale, permettendo la sua perpetrazione (Mellacqua, 2014).

Le manifestazioni comportamentali appena descritte rientrano in quello che viene definito il copione di codipendenza (Noriega, 2004).

La codipendenza rappresenta uno dei copioni transgenerazionali. Inizialmente, il concetto di codipendenza veniva utilizzato per descrivere situazioni familiari a cui appartenevano membri con problemi di dipendenza da alcool e droghe. Solo successivamente è stato considerato come problema multidimensionale connesso anche ad ulteriori situazioni stressanti (*ibidem*).

Il copione è stato definito come un disturbo relazionale caratterizzato da un forte sentimento di dipendenza nei confronti di un partner, si mostra come un'insoddisfazione emotiva e sentimenti di sofferenza personale in cui l'individuo concentra la sua attenzione nel prendersi cura dei bisogni del partner e di altri, facendo passare in secondo piano i propri. Inoltre, è stata associata a diversi fattori tra cui una repressione emotiva e uno sviluppo incompleto dell'identità. Dal punto di vista analitico transazionale, la codipendenza è considerata uno *script* introiettato nella personalità dell'individuo. Le manifestazioni che caratterizzano questo *script* sono comportamenti sottomessi uniti al tentativo di soddisfare i propri bisogni affettivi. In questo modo viene rinforzata una simbiosi irrisolta, impendendo lo sviluppo completo dell'identità dell'individuo (Noriega, 2004).

Essendo la codipendenza un copione transgenerazionale, si ritiene importante discutere di come questo possa essere trasmesso da una generazione all'altra; in questo modo è possibile capire i meccanismi che ne permettono la conservazione.

I differenti meccanismi specifici che permettono questa trasmissione sono basati su un processo di comunicazione inconscia. Nella vita quotidiana le figure di riferimento, attraverso comunicazioni verbali e non verbali, trasmettono messaggi ai propri figli inerenti ad altre situazioni significative di esperienze passate, legate alla storia familiare. Questi messaggi appaiono successivamente, nella vita adulta, come comportamenti ripetitivi o modelli relazionali. L'autrice propone quattro meccanismi principali per la trasmissione inconscia tra generazioni. Il primo sono le transazioni che avvengono in famiglia. Attraverso queste, i messaggi inconsci vengono trasmessi da genitori a figli. La seconda modalità di trasmissione sono i giochi psicologici, definiti da Berne (1966) come una serie di transazioni ulteriori caratterizzate da un espediente che conducono ad un risultato specifico. I giochi psicologici contengono un messaggio inconscio, una speranza di poter attribuire un significato preciso ad un evento del passato. Nel caso dell'individuo codipendente il gioco serve per continuare a mettere in atto comportamenti di cura nei confronti dell'altro. Un'ulteriore modalità di trasmissione dei messaggi è la psicodinamica transferale per la quale si proiettano sull'altro i propri stati dell'Io Genitore. Non si limita alle relazioni psicoterapeutiche, ma si sviluppa anche nei rapporti i cui legami emotivi sono forti. Infine, l'identificazione proiettiva gioca un ruolo fondamentale nella trasmissione di messaggi inconsci tra generazioni. Questo meccanismo permette di proiettare sull'altro sentimenti spiacevoli e inaccettabili, provocando così un'esperienza concorde a ciò che è stato proiettato. Nella codipendenza è un meccanismo che si verifica frequentemente (Noriega, 2004).

L'autrice ha compiuto una distinzione nosologica tra il copione di codipendenza e il disturbo dipendente di personalità come descritto dal DSM-IV (1994). Ai fini dell'elaborato si ritiene importante presentare queste osservazioni. I due concetti sembrano comportare problemi simili in quanto entrambi manifestano comportamenti passivi ma è corretto operare una differenza fondamentale rispetto a queste due nozioni. Se le persone con disturbo dipendente di personalità hanno la tendenza ad affidarsi sempre a qualcun altro per mancanza di fiducia in sé stessi, su questo piano le persone codipendenti sono esattamente l'opposto in quanto si dimostrano eccessivamente

responsabili, cercando di essere utili e organizzando la vita di chi li circonda. La vicinanza tra queste nozioni risiede proprio nella presenza dei comportamenti passivi che hanno permesso di paragonare la codipendenza ai disturbi passivo-aggressivo di personalità o dipendente di personalità; comportamenti passivi che si svolgono come parte della simbiosi irrisolta che viene nuovamente attualizzata nelle relazioni interpersonali (*ibidem*).

### **6.3 Fattori associati al cambiamento**

Finora sono stati descritti alcuni elementi che vengono associati alle caratteristiche individuabili nel disturbo dipendente di personalità. Di questi elementi è stato presentato anche il processo alla base per il quale si sviluppano. L'Analisi Transazionale, tuttavia, individua anche altri elementi che potrebbero essere associati ai comportamenti di dipendenza che, se modificati, possono permettere all'individuo una modifica dei propri pensieri, comportamenti ed emozioni. Tra questi è importante discutere le posizioni esistenziali.

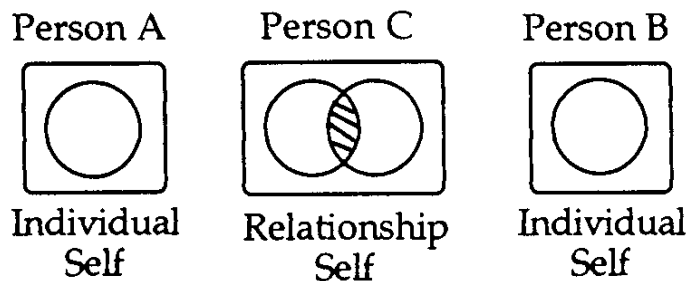
Come descritto in precedenza (vedi par. 1.5.1) Berne ha individuato 4 posizioni esistenziali alla base delle convinzioni e dei comportamenti degli individui:

1. Io sono Ok, Tu sei Ok
2. Io sono Ok, Tu non sei Ok
3. Io non sono Ok, Tu sei Ok<sup>1994</sup>
4. Io non sono Ok, Tu non sei Ok

White (1994), tuttavia, individua altre due posizioni di vita in aggiunta a quelle individuate da Berne: "Io sono Ok, Tu sei irrilevante" e "Io non sono Ok, Tu sei irrilevante". Ai fini del presente elaborato verranno approfondite queste due posizioni di vita in quanto riconosciute come caratteristiche della personalità dipendente.

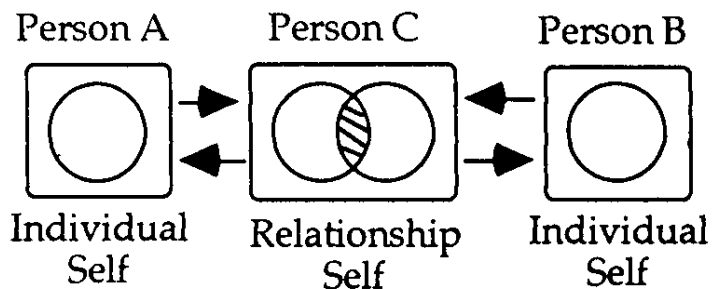
Individui che ricoprono queste posizioni presentano difficoltà nei loro confini personali, la comprensione di sé e degli altri è scarsa e la percezione di sentirsi come individuo separato dagli altri è a loro estranea al punto di utilizzare l'identità dell'altro come propria (White, 1997).

Il modello di relazione proposto da White individua tre parti coinvolte nelle relazioni interpersonali, come mostrato in *figura 6.3*.



*Figura 6.3 Diagramma delle relazioni (White, 1997)*

Nel momento in cui due persone si incontrano per la prima volta, ognuna possiede solo il proprio sé individuale. Quando la relazione si sviluppa, le identità degli individui coinvolti tendono a confondersi, dando luogo al sé relazionale, mentre il confine di sé di ognuno tende a perdersi. La relazione è sana nel momento in cui il sé relazione acquisisce una posizione Ok ed entrambe le persone coinvolte sono in grado di muoversi dal proprio sé individuale a quello relazionale. Il diagramma della relazione sana è rappresentato in *figura 6.4*.



*Figura 6.4 Diagramma della relazione sana (White, 1997)*

Le relazioni non sane, al contrario, sono quelle che si caratterizzano per mancanza di legame o fusione dell'identità, rappresentante in *figura 6.5*.



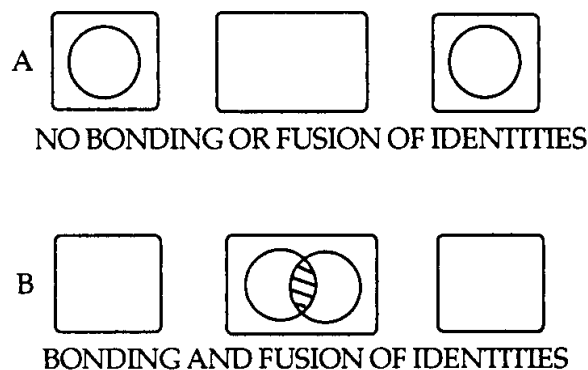


Figura 6.5 A) Nessun legame o fusione di identità  
B) Legame e fusione di identità

Nel primo caso, la modalità relazionale è fluttuante e contraddistinta da un livello superficiale di contatto. Nel secondo caso invece il senso di identità delle persone coinvolte si fonde. Queste ultime modalità relazionali riflettono le posizioni esistenziali “Io sono Ok, Tu sei irrilevante” e “Io non sono Ok, Tu sei irrilevante”. La mancanza di confini e di riconoscimento dell’altro sono le caratteristiche principali di queste posizioni di vita (White, 1997). Per quanto riguarda gli individui dipendenti, essi sono in grado di riconoscere gli altri nel mondo ma il loro senso di sé individuale è tale da non riconoscerli come individui separati, percependoli come sovra-incorporati nel sé.

La ricerca ed istaurazioni di relazioni fusionali dovute a questa posizioni esistenziali può essere considerata ulteriore elemento a conferma della tesi che la dipendenza patologica derivi dalla non risoluzione della simbiosi primaria con la figura di riferimento.

Un ulteriore elemento sono le spinte (*drivers*) di cui è già stata data descrizione (vedi par. 1.5.1). Hazzell (1989), utilizzando alcune delle descrizioni proposte dal DSM-III (1987), ha delineato le abitudini estreme che caratterizzano i *drivers* alla base dei disturbi di personalità individuati dal manuale. Per quanto riguarda il disturbo dipendente di personalità, Hazzell riconosce come *Drivers* centrale “Compiacimi”. Le abitudini inerenti questa spinta riguardano l’ottenere amore e approvazione al fine di evitare l’abbandono, il rifiuto o la solitudine. Si assiste ad una costante ricerca di iperprotezione da parte degli altri oltre che ad una forte influenza rispetto alle critiche e alla disapprovazione.

I comportamenti tipici riguardano la dipendenza e la sottomissione, unite alla tendenze a sminuire le proprie capacità e risorse.

Altro concetto utile per distinguere i diversi tipi di personalità è l'ingiunzione, anch'essa descritta precedentemente (vedi par. 1.5.1). I vari tipi di personalità derivano dall'acquisizione delle diverse decisioni ingiuntive e offrono importanti indizi per il trattamento della psicopatologia della personalità (Berne, 1972).

Hoyt (1989) ha individuato quelle che sono le ingiunzioni caratteristiche della personalità dipendente. Queste sono: "Non crescere", "Non stare bene", "Non farcela", "Non essere importante", "Non pensare", "Non".

Sulla base delle riflessioni fino a qui proposte si ritiene utile fornire una descrizione generale degli elementi analitico transazionali individuati attribuibili ad un quadro di personalità dipendente (*Tabella 6.1*).

*Tabella 6.1 Sintesi degli elementi analitico transazionali ascrivibili a un quadro di personalità dipendente*

Problemi di confine	Lassismo dei confini degli Stati dell'Io
Copione	Codipendenza; copione transgenerazionale
Posizione di vita	"Io sono Ok, Tu sei irrilevante", "Io non sono ok, Tu sei irrilevante"
Spinte ( <i>Drivers</i> )	"Compiacimi"
Ingiunzioni	"Non crescere", "Non stare bene", "Non farcela", "Non pensare", "Non essere importante", "Non".

#### **6.4 Valutazione del disturbo: Il modello di Ware**

Nel momento in cui un individuo si rivolge alla psicoterapia, la possibilità di entrare in contatto con il paziente ed essere in grado di comprendere le caratteristiche e i modelli della sua personalità è un processo che aiuta il professionista nel compito terapeutico.

Come già sottolineato, in Analisi Transazionale non sono numerosi i sistemi di classificazione delle tipologie di personalità ma, un contributo importante su questo tema è stato dato da Ware (1983) che ha discusso i tipi di personalità e gli approcci psicoterapeutici per ognuno all'interno del quadro concettuale degli adattamenti di personalità. Secondo l'autore, le ingiunzioni e le spinte (*drivers*) sono gli elementi che

influenzano in modo specifico l'adattamento di personalità. Ware (1983) individua sei tipi di personalità: Isterico, Ossessivo-Compulsivo, Schizoide, Antisociale, Passivo-Aggressivo e Paranoide. Come è possibile osservare, non sono stati inclusi tutti gli adattamenti di personalità individuati anche dagli altri approcci terapeutici. Ware non considera come chiaro adattamento di personalità il dipendente per come descritto da altri modelli ma è possibile rintracciarne gli elementi distintivi all'interno di altri adattamenti di personalità: l'isterico e il passivo-aggressivo.

#### 6.4.1 Personalità Isterica

Gli individui che rientrano nell'adattamento di personalità isterica sono descritti da Ware (1983) come emotivamente instabili, drammatici e caratterizzati da eccessiva reattività. Nella relazioni interpersonali si avvicinano all'altro diventando da lui dipendente per la regolazione degli stati emotivi, tratto comune con le concettualizzazioni proposte in precedenza del disturbo di personalità dipendente. Ware individua per questa tipologia di pazienti tre ingiunzioni che possono condurre a questo adattamento di personalità: "Non Crescere", "Non pensare", "Non essere importante". Le spinte individuate sono invece "Compiacimi", "Sforzati" e "Sbrigati".

In linea con la concettualizzazione di Ware, Birnbaum (1987) sottolinea la diffusa paura del rifiuto e dell'abbandono provata dalla personalità isterica di fronte alla possibilità che l'altro, coinvolto nella relazione, possa avviare movimenti esplorativi sani al di fuori dei confini relazionali. Osservando lo sfondo familiare che ha contraddistinto questi individui è possibile rintracciare alcuni elementi significativi ai fini della nostra discussione. Si evince una modalità genitoriale estremamente coinvolgente e contraddistinta da un attaccamento eccessivo nei confronti del figlio, con il quale il legame si è mantenuto attraverso scambi comunicativi negativi caratterizzati da rifiuto e critica. Influenzato da questo ambiente familiare, il bambino mantiene un sovra-attaccamento patologico che impedisce i sani movimenti di emancipazione e separazione (Birnbaum, 1987).

Si può dedurre, quindi, che anche in questo caso il contesto familiare simbiotico caratterizzato da eccessivo attaccamento e dal blocco dei movimenti separatori possa giocare un ruolo nello sviluppo dei tratti di dipendenza come descritti precedentemente.

Oltre a discutere del contesto familiare, Birnbaum concettualizza anche la configurazione degli Stati dell'Io della personalità isterica. Lo Stato dell'So Genitore è dominante e critico, spesso in conflitto con lo Stato dell'Io Bambino che è insicuro e ricerca continuamente un attaccamento attraverso comportamenti negativi. Lo Stato dell'Io Adulto risulta quindi sottosviluppato, contaminato dagli stati intrusivi dell'Io Genitore e Figlio (*ibidem*). Questo conduce ad una persona che presenta i tratti drammatici ed egocentrici della personalità isterica, ma che qui viene considerata per via dei sentimenti di terrore provati nei confronti della separazione e nella continua ricerca di attaccamento all'altro, così come concettualizzato nel disturbo dipendente di personalità.

#### 6.4.2 La personalità passivo-aggressiva

Le persone che rientrano in questo adattamento di personalità vengono descritte come arrabbiate e risentite nei confronti del mondo e sono persone eccessivamente dipendenti dagli altri (Ware, 1983). Per questa tipologia di pazienti le ingiunzioni individuate sono "Non crescere", "Non sentire", "Non farcela", "Non essere vicino". Le spinte di questi pazienti sono "Sforzati" e "Sii forte".

Come esposto in precedenza, anche il PDM-2 (2018) individua come sottotipo della personalità dipendente il disturbo di personalità dipendente passivo-aggressivo nel quale le similitudini all'adattamento proposto da Ware sono molteplici, a partire dai forti sentimenti di rabbia provati da questi pazienti che vengono manifestati con comportamenti passivi e non in modo diretto.

Lo sfondo familiare che caratterizza questi individui è quello di un eccessivo attaccamento. I genitori si mostrano eccessivamente ansiosi, accudenti e attenti creando relazioni simbiotiche in cui tutto il resto viene escluso. Nel procedere dello sviluppo, entrando nella fase in cui si sperimentano i primi moti individuali e inizia il processo di separazione, i sentimenti di ansia e dispiacere provati dalla madre trasmettono il messaggio che il mondo è un posto pericoloso, interferendo con lo sviluppo dell'indipendenza, della sicurezza di sé e della stessa identità del bambino (Bonds-White, 1984). Il continuo rifiuto dell'indipendenza da parte della madre da un lato, e l'insistenza del bambino ad aggrapparsi al genitore dall'altro, conducono alla dipendenza ostile tipica delle personalità passivo-aggressive (*ibidem*). Le manifestazioni comportamentali di

questo adattamento di personalità rientrano nei comportamenti qui già descritti di non fare nulla, sovra-adattamento, agitazione, incapacità o violenza.

Il lavoro di Ware (1983) sugli adattamenti di personalità è stato ampliato da Hoyt (1989), il quale ha proposto ulteriori considerazioni rispetto ai tipi di personalità precedentemente individuati grazie all'integrazione di materiale proveniente dal DSM-III-R (1987) e dalla teoria clinica psico-dinamica. Lo scopo del lavoro condotto da Hoyt è quello di coordinare la classificazione individuata dal manuale con i concetti chiave dell'Analisi Transazionale. Oltre alla classificazione delle personalità proposte da Ware, Hoyt individua altri disturbi, tra cui il disturbo dipendente di personalità e individua gli elementi analitico transazionali ascrivibili a questo quadro. Gli elementi individuati sono presentata nella *tabella 6.2*.

*Tabella 6.2 Sintesi degli elementi ascrivibili a un quadro di disturbo dipendente di personalità (Hoyt, 1989)*

Parola chiave	“Aiuto”, “Cosa dovrei fare?”
Informazioni, Processi, difese e affetti	Regressione, passività, esternalizzazione delle responsabilità, confusione, procrastinazione, tristezza, inferiorità, debolezza, risentimento represso/diretto
Relazioni interpersonali	Ricerca di soccorritori, inattivo e passivo, lamentoso
Ingiunzioni	“Non crescere”, “Non farlo”, “Non essere importante”, “Non pensare”, “Non”
Problemi di confine	Rigidità e lassismo
Posizione esistenziale	Io non sono Ok, Tu sei ok

#### 6.4.3 Il modello di Millon

Un altro interessante risultato emerso dalla revisione della letteratura è offerto da Wouters e Smale (1990) che, utilizzando il modello di Millon (1981), hanno discusso le diverse dinamiche di personalità attraverso gli elementi dell'Analisi Transazionale, basandosi

anche su quanto già pubblicato, come i lavori presentati da Ware, precedentemente discussi.

Il modello di Millon adotta un approccio biosociale all'apprendimento e identifica otto stili di personalità fondamentali. Ciascun modello rappresenta un modo appreso per cercare gratificazioni positive ed evitare quelle negative. In questa prospettiva, risultano cruciali, da un lato, le fonti di rinforzo e, dall'altro, le prospettive di comportamento strumentale. Le persone possono cercare gratificazione sia in loro stesse (indipendenti) sia negli altri (dipendenti), possono avere difficoltà a comprendere come comportarsi (ambivalenti) o a individuare le fonti di gratificazione in entrambi i casi (distaccate). I modelli di comportamento strumentale sono gli approcci attraverso cui le persone ottengono gratificazione dalle loro fonti. Questi schemi possono essere attivi, quando l'individuo è in grado di plasmare il proprio ambiente, o passivi, quando la persona reagisce all'ambiente circostante. Combinando le dimensioni di comportamento strumentale e le fonti di rinforzo si ottengono otto modelli di coping che corrispondono prevalentemente agli otto profili di personalità individuati dal DSM-III-R (1987).

Il collegamento tra il modello di Millon e l'Analisi Transazionale proposto da Wouters e Smale considera come elemento centrale il fatto che i disturbi di personalità si autopertuano. Nel modello di Millon, questa tendenza è spiegata come dovuta al fatto che l'orientamento di personalità preferito limita le interazioni ambientali e interpersonali alle modalità classiche dell'orientamento di personalità; così facendo questo si autopertua. L'Analisi Transazionale spiega questo mantenimento degli atteggiamenti utilizzando il sistema di Racket (*ibidem*). Il sistema di Racket è stato concettualizzato come un sistema distorto di pensieri, sentimenti e comportamenti autorinforzanti che vengono mantenuti attraverso il copione che l'individuo ha costruito durante l'infanzia (Erskine & Zalcman, 1979).

A livello terapeutico, l'utilità del modello di Millon è evidente nel momento in cui c'è la necessità di identificare il modello di personalità del cliente. L'Analisi Transazionale offre poi un prezioso aiuto in quanto può essere utilizzata per l'analisi del copione, approfondendo la diagnosi (Wouters & Smale, 1990).

Ai fini del presente elaborato verrà discussa la personalità dipendente come concettualizzata da Millon, utilizzando gli strumenti dell'Analisi Transazionale come proposta da Wouters e Smale (1990).

Millon individua come stile dipendente attivo il disturbo di personalità isterica; nonostante l'apparenza di indipendenza che dimostrano questi individui, in realtà sono persone bisognose di attenzioni e approvazioni costanti. Lo stile dipendente passivo corrisponde invece al disturbo dipendente di personalità; si tratta di persone che si appoggiano passivamente agli altri nella speranza di ottenere sicurezza ed affetto.

In ottica Analitico transazionale, entrambi, hanno probabilmente ricevuto l'ingiunzione "Non pensare" e "Non crescere" che utilizzano per mantenere il bisogno di sostegno esterno, mettendo in secondo piano la propria autonomia. I *drivers* individuati dagli autori, in linea con le concezioni proposte precedentemente, riguardano "Compiacimi", motore che spinge a cercare di ottenere rassicurazioni dagli altri attraverso la svalutazione di sé stessi. La dimensione attiva-passiva di questi profili di personalità è evidente analizzando il sistema di Racket. Attraverso le convinzioni riguardanti la propria non importanza, entrambe le personalità dipendenti mantengono il loro bisogno di sostegno esterno, attribuendo eccessiva importanza ai bisogni degli altri. Tuttavia, ci sono alcune differenze nelle modalità di pensiero e comportamento che caratterizzano questi due profili. La personalità isterica ha convinzioni riguardo il fatto che la vita sia un teatro ed utilizza le proprie competenze per attirare l'attenzione altrui. Il comportamento che ne deriva è coerente con questa posizione in quanto è caratterizzato da spinte esibizionistiche e dalla ricerca costante di nuovi stimoli. Al contrario, il dipendente passivo è caratterizzato da credenze non solo di non importanza nei propri confronti ma anche di mancanza di competenza, da cui deriva la necessità di supporto esterno. Il comportamento tipico asseconda i propri fallimenti assumendosi la colpa anche dei problemi altrui, evitando così la crescita della propria autonomia ed indipendenza. Per entrambe queste personalità anche la memoria gioca un ruolo fondamentale nel rafforzare le loro posizioni attive e passive. I dipendenti attivi considerano il loro fallimento nell'ottenere l'attenzione altrui come prova del fatto che non sono importanti, a differenza di chi li circonda; i dipendenti passivi perpetuano il loro sistema di Racket interpretando il sostegno altrui come evidenza della propria incompetenza, confermando le convinzioni del proprio copione (*ibidem*).

## 6.5 Obiettivi del trattamento

I pazienti che presentano i tratti dipendenti sopra descritti sono solitamente molto consapevoli delle proprie criticità e si rivolgono alla terapia per riuscire a superare il dolore associato alle prime esperienze infantili (Joines, 1986). Inoltre, hanno l'obiettivo di modificare pensieri, sentimenti e comportamenti che causano la compromissione delle proprie relazioni interpersonali e delle convinzioni tipiche di questa personalità.

La proposta terapeutica per gli individui che presentano gli elementi ascrivibili al quadro di personalità dipendente si caratterizza per differenti obiettivi.

Per prima cosa, l'obiettivo definito come fondamentale è quello della creazione di un'alleanza terapeutica che permetta al professionista e al cliente di instaurare una relazione basata sull'incoraggiamento. Affinchè questo possa avvenire, un modo è quello di dare riconoscimento agli Stati dell'Io Bambino e Genitore, mentre si cerca di coinvolgere lo stato dell'Io Adulto. Avendo riconosciuto come caratteristica di questi pazienti problemi dei confini degli Stati dell'Io è importante che il paziente diventi consapevole dei propri problemi personali e interpersonali e come questi possano essere ridotti nel momento in cui vengono rinforzati gli Stati dell'Io. Una sana alleanza terapeutica è cruciale per questo compito (James, 1986).

Il terapeuta deve poi comprendere l'area in cui ogni paziente investe maggiormente la sua energia, che sia nei sentimenti, nei comportamenti o nei pensieri (Ware, 1983). Questo è fondamentale all'interno del quadro concettuale delle porte della terapia proposto da Ware che verrà successivamente analizzato. Questa comprensione aiuta il terapeuta a capire quale direzione seguire per riuscire ad entrare in contatto con il paziente.

Avendo individuato nei comportamenti tipici e nel copione di codipendenza attribuito alla personalità dipendente la frequente messa in atto di comportamenti passivi, questi devono essere ridotti in fase di trattamento. L'obiettivo è quello di agire sulle manifestazioni comportamentali tipiche del non fare nulla, agitazione, sovra-adattamento, incapacità o violenza (Schiff & Schiff, 1971). Infine, è opportuno intervenire anche sulle posizioni di vita tipiche del paziente al fine di aiutarlo a comprendere che gli altri esistono come unità separate, in questo modo sarà possibile per l'individuo instaurare relazioni il cui sé relazionale è definito (White, 1997).



## 6.6 Specificazione degli interventi terapeutici caratteristici

Sulla base degli elementi individuati, viene delineato un processo di intervento il cui fine è quello di ridurre la sintomatologia associata alla dipendenza patologica nei pazienti.

Come già descritto, non avendo riscontrato nel panorama scientifico una definizione puntuale di disturbo dipendente di personalità in Analisi Transazionale, non è stato individuato neanche un processo di trattamento definito per questi pazienti. Tuttavia, è possibile integrare le diverse prospettive teoriche in quello che potrebbe rappresentare un percorso terapeutico utile al trattamento della dipendenza patologica.

Giusti (2002) descrive il processo terapeutico analitico transazionale come articolato in quattro differenti fasi nelle quali gli interventi e strumenti appropriati, sulla base della patologia del paziente, aiutano il terapeuta nella comprensione sia della direzione sia dei progressi nel percorso di guarigione. I quattro stadi individuati dall'autrice sono: stadio di dipendenza, stadio di controdipendenza, stadio di indipendenza e stadio finale di interdipendenza. Il paziente si muove in questi diversi stadi in modo non lineare ma il percorso terapeutico procede a spirale, basandosi sul continuo arricchimento delle conquiste effettuate negli stadi precedenti. In questo modo il paziente sarà in grado di passare da una fase all'altra, attraversando le regressioni che lo costringono all'interno delle posizioni esistenziali e di dipendenza tipiche del suo copione (*ibidem*).

Come già discusso precedentemente, uno degli obiettivi centrali del trattamento analitico transazionale per i pazienti con le caratteristiche di personalità dipendente è la costruzione di una sana alleanza terapeutica. Questo è fondamentale che si realizzi già nella prima fase di dipendenza in modo da fornire una struttura alla relazione terapeutica. Il sentimento di alleanza risulta indispensabile in quanto permette al terapeuta di accogliere, attraverso le capacità empatiche e professionali, le difficoltà del paziente, permettendo a quest'ultimo di comprendere la portata del suo bisogno. La posizione di dipendenza risulta raggiunta nel momento in cui il paziente è in grado di riconoscere effettivamente la necessità della terapia. Inoltre, nel caso di pazienti che presentano problemi legati a motivazioni derivate da difficoltà o blocchi nel processo di separazione-individuazione, l'alleanza favorisce l'azione genitoriale; i terapeuti possono sviluppare contratti con i pazienti per i quali si concorda il funzionamento del terapeuta come ruolo genitoriale oppure, attraverso il transfert, i pazienti possono proiettare sul terapeuta il proprio

Genitore e relazionarsi con l'Adulto del terapeuta come se avesse a che fare internamente con i propri genitori (*ibidem*).

Nella seconda fase il paziente sperimenta sia sentimenti di contro dipendenza che di indipendenza per iniziare a costruire un'autonomia di base che possa permettergli di diventare soggetto della propria esperienza ed assumersi le responsabilità delle proprie azioni (Giusti, 2002). In questo senso, il lavoro terapeutico mira a ridurre l'onnipotenza del paziente così che possa sperimentare la perdita e la riconquista dei propri confini. Nella fase di indipendenza i pazienti possono iniziare ad utilizzare il proprio Io Adulto. I pazienti coinvolti in relazioni simbiotiche faticano nell'affrontare per la prima volta l'indipendenza in quanto non riescono a tollerare la possibilità di uscire dal proprio copione. Per questo motivo, è fondamentale che il terapeuta sia in grado di sostenere i movimenti del paziente attraverso una posizione esistenziale "Io sto bene, Tu stai bene" anche di fronte alla possibilità che il paziente ricada nelle vecchie modalità.

Infine, nella fase di interdipendenza, i paziente sperimentano un'autentica autonomia in alcune aree della loro vita a conferma dell'avvenuto processo di separazione-individuazione e della possibilità di uscire dal proprio copione. Questa fase è, infatti, caratterizzata dalla ridecisione delle modalità tipiche appartenenti al copione del paziente in quanto la possibilità di pensiero e di assunzione delle proprie responsabilità permette di stabilire fiducia in sé stesso e nel proprio potere. In questa fase il pensiero è legato alla disobbedienza nei confronti dei vecchi genitori e delle ingiunzioni tipiche.

#### 6.6.1 La terapia di ridecisione

Tra gli interventi analitico transazionali per il cambiamento terapeutico, occupa un ruolo rilevante la terapia di ridecisione (Goulding & Goulding, 1979). Questo intervento è un potente strumento terapeutico e, combinando le informazioni fornite da Ware (1983) sugli adattamenti di personalità e le riflessioni proposte rispetto alle porte della terapia, può incrementare notevolmente l'efficacia del trattamento per i diversi tipi di pazienti (Joines, 1986). La terapia di ridecisione si delinea per tre grandi categorie di intervento: il contratto per il quale vengono definiti gli obiettivi del trattamento, il chiarimento dell'impasse che aiuta a preparare il paziente al lavoro di ridecisione, e il lavoro di ridecisione che si caratterizza per l'elaborazione emotiva delle prime esperienze.

All'inizio del percorso terapeutico si chiarisce il problema presentato; il terapeuta individua il sistema di Racket che permette la conservazione delle modalità disfunzionali e le posizioni di vita che occupa il paziente. Queste due elementi sono utili in quanto permettono di dare vita ad una scena iniziale che il paziente rivive in modo attivo, assumendo sia la propria posizione che quella di altri significativi facenti parte della scena. Una volta manifestate le ingiunzioni ricevute dal paziente insieme alle decisioni in risposta a queste ingiunzioni, il paziente è invitato a sperimentare la soddisfazione della risposta precoce fino a quando non emerge spontaneamente una ridecisione (Joines, 1986).

Durante la pratica clinica, molti professionisti hanno osservato che il processo di ridecisione procede in modo molto lineare con alcuni pazienti, mentre per altri occorre molto tempo prima che riescano effettivamente ad aprirsi nell'avviare il cambiamento auspicato. In questa situazione si sono rivelati molto utili le informazioni fornite da Ware (1983) sugli adattamenti di personalità e sulle porte della terapia in quanto forniscono una guida al terapeuta per trovare il modo migliore di entrare in contatto con il paziente, facilitando il cambiamento. Ogni personalità investe energia su pensiero, comportamento e sentimenti. Al fine di facilitare il cambiamento della sintomatologia del paziente, il terapeuta deve comprendere questi schemi. L'approccio terapeutico proposto da Ware individua quelle che vengono definite *porte* al fine di comprendere al meglio gli schemi del paziente ed aiutarlo a modificarli. L'autore individua tre diverse porte. La porta Aperta è il luogo in cui ognuno investe maggiore energia ed è il modo unico di ogni persona di entrare in contatto con il mondo, per questo motivo il terapeuta deve riuscire a stabilire un contatto e percorrere questa porta. La porta Trappola rappresenta la maggior parte delle vulnerabilità dell'individuo, attraversare questa porta aiuta il paziente a distanziarsi dalle difese utilizzate. Infine, la porta Obiettivo è quella dove si svolge il lavoro più significativo per la ricerca del cambiamento (Ware, 1983).

Avendo individuato la personalità isterica e la personalità passivo-aggressiva come adattamenti utili alla discussione sulla dipendenza in Analisi Transazionale, verranno analizzati gli approcci terapeutici proposti da Ware per questi profili di personalità.

Il trattamento dei pazienti isterici si contraddistingue per la necessità del terapeuta di connettersi con loro a livello emotivo che è il luogo di maggior investimento di energia

per questi individui, rappresentando la porta aperta da percorrere per invitarli al cambiamento (Ware, 1983). Il terapeuta deve fare attenzione ai comportamenti dei pazienti isterici, che rappresentano la porta trappola, in quanto è possibile che, cercando di affrontare i suoi comportamenti, possa rimanere bloccato, fallendo nella terapia. La porta obiettivo è, infatti, quella inerente al pensiero: dal momento che interagiscono prevalentemente a livello emotivo, è necessario integrare il pensiero e per farlo è opportuno includere lo Stato dell'Io Adulto nel paziente (Joines, 1986). Imparando a pensare e a sentirsi a proprio agio con i propri pensieri, il paziente sarà in grado di compiere quei passi fondamentali per la propria crescita personale (Ware, 1983). Lavorando a livello emotivo e invitando i pazienti al pensiero, si giungerà comunque a lavorare sul comportamento, dove avverranno i maggiori cambiamenti terapeutici. Nel momento in cui i pazienti rispondono al trattamento smetteranno di comportarsi in modo eccessivo, adattando comportamenti più appropriati (Joines, 1986).

Il processo di ridecisione scorre, solitamente, in modo lineare e senza ostacoli in quanto i pazienti con personalità isterica sono consapevoli delle loro difficoltà e il lavoro di contrattazione e di chiarimento dell'impasse suscita il loro pensiero (*ibidem*).

Per quanto riguarda i pazienti passivo-aggressivi, in questo caso la loro energia è investita a livello di comportamento; la porta aperta è rappresentata dai comportamenti passivi e aggressivi che caratterizzano questo profilo di personalità e che rappresentano una sfida più complessa per il terapeuta proprio per la difficoltà ad entrarci in contatto (Ware, 1983). La porta trappola per questi pazienti è il pensiero, per questo motivo il trattamento dovrebbe essere dedicato ad affrontare i loro comportamenti tipici, passando poi alla creazione di un contatto emotivo con questi pazienti, in modo da poter descrivere i comportamenti passivi e i sentimenti provati a riguardo. Il sentimento, infatti, rappresenta la porta obiettivo (Ware, 1983). Il terapeuta, per entrare in contatto con il paziente, deve essere in grado di accettare la sua passività e allo stesso tempo deve incoraggiare il paziente a comunicare i propri pensieri e sentimenti. Il comportamento passivo-aggressivo giustifica la dipendenza dei pazienti nei confronti degli altri, per questo motivo è fondamentale che il trattamento si concentri sul piano emotivo, in modo da riuscire a connettersi a livello di sentimento (Joines, 1986).

Il lavoro di ridecisione con questi pazienti è utile per rilasciare il dolore associato alle modalità genitoriali della prima infanzia e per promuovere negli individui la capacità di

sopravvivere senza lottare. All'inizio del trattamento è opportuno che il terapeuta si ponga dalla parte del Bambino del paziente in quanto sarebbe controproducente cercare di coinvolgere da subito e in modo diretto il suo pensiero (*ibidem*).

#### 6.6.2 Ulteriori interventi

Come discusso precedentemente, è stato ipotizzato che, alla base dei tratti dipendenti, ci possa essere un problema di lassismo dei confini degli Stati dell'Io. Affinchè il paziente sia in grado di ridurre la propria sintomatologia è necessario che diventi consapevole dei propri problemi personali e interpersonali e di come questi possano essere ridimensionati in presenza di confini degli Stati dell'Io stabiliti. Come suggerito precedentemente, durante il trattamento, il terapeuta deve essere disposto ad assumere una posizione genitoriale nei confronti del paziente, incoraggiando il riconoscimento dell'Io Adulto dell'individuo e la costituzione di una buona alleanza terapeutica risulta un elemento cruciale in quanto permette al paziente di mantenere il contatto con il proprio Io Adulto fino a quando i confini degli Stati dell'Io saranno stabiliti (James, 1989). Il compito del terapeuta è incoraggiare l'Io Adulto; complimentarsi per ogni forma di pensiero e comportamento che si discosti dalla sintomatologia attribuita al lassismo dei confini. In questa fase, la patologia degli Stati dell'Io Bambino e Genitore viene ignorata in quanto il primo passo è quello di rafforzare lo Stato dell'Io Adulto.

Alcuni interventi sono stati riconosciuti per la loro utilità. Un approccio educativo diretto rispetto al problema proposto si è rilevato valido in quanto approfondisce e permette di accorciare il tempo necessario per la terapia. Un intervento diretto è vantaggioso nei casi in cui il paziente si dimostra confuso e mancante di un senso dell'orientamento nelle narrazioni che porta in terapia. In questi casi, inoltre, è utile porre domande che possano aiutare l'individuo a riordinare i pensieri in modo che il paziente inizi a pensare come un adulto, piuttosto che un bambino. Un'altra esplorazione può riguardare i modelli di pensiero del cliente. In quest'ottica può essere utile proporre un'attività di scrittura che aiuti a controllare la confusione del pensiero, rafforzando lo Stato dell'Io Adulto (*ibidem*). L'acquisizione della capacità di comprendere che i propri pensieri e sentimenti possano essere separati è un passo fondamentale per l'integrazione dei confini. Raggiunto questo traguardo lo stato dell'Io Adulto risulta stabilito (*ibidem*).

Durante il trattamento è necessario anche fare riferimento alle posizioni esistenziali del paziente. White (1997), sulla base delle considerazioni proposte rispetto alle posizioni di vita “Io sono ok, tu sei irrilevante” e “Io non sono ok, tu sei irrilevante”, caratteristiche della personalità dipendente, propone alcune riflessioni circa la terapia. Vengono proposti alcuni comportamenti specifici che richiedono particolare attenzione durante il trattamento, tipici di pazienti che presentano difficoltà nel proprio senso di sé (White, 1997). Questi riguardano idee di riferimento e credenze che gli altri si comportino con modalità dovute all’individuo, si assiste ad esperienze di onnipotenza personale e pensiero magico legato all’onnipotenza o ancora credenze megalomani circa la propria influenza sugli altri. Questi comportamenti specifici sono fondamentali da affrontare durante il trattamento, facilitato dall’instaurazione di una buona alleanza terapeutica. Data la forte disponibilità delle persone dipendenti a sviluppare intensi attaccamenti nei confronti degli altri, è opportuno che il terapeuta rimanga stabile e venga visto dal paziente come un’unità discreta. L’obiettivo è quello di non subentrare al paziente, ma evidenziare la sua responsabilità anche attraverso esercizi di autostima (*ibidem*).

Durante il trattamento con personalità dipendenti potrebbero esserci alcune difficoltà legate a sentimenti di rabbia diffusa, non direzionale, provate dai pazienti. In questi casi è opportuno aiutare l’individuo a comprendere la fonte della sua rabbia, tipicamente storicamente determinata, al fine di aiutarlo a esprimerla in modo appropriato. Un altro problema riscontrato nella terapia con individui dipendenti è lo sviluppo di un transfert negativo. Questi sentimenti di ostilità si rivelano utili nell’affrontare l’attaccamento e il distacco che si sviluppa durante il trattamento. Le persone dipendenti faticano a dimostrare sentimenti di ostilità nei confronti altrui quindi, incoraggiare i pazienti ad esprimere il loro risentimento direttamente nei confronti del terapeuta può rivelarsi utile. Inoltre, facilita il distacco con il professionista, stabilendo quei confini necessari per la personalità dipendente (*ibidem*).

## **6.7 Differenze con altri approcci**

Nell’analizzare le diverse prospettive che trattano il disturbo dipendente di personalità si possono individuare numerosi elementi in comune tra la prospettiva cognitivo comportamentale, psicodinamica e analitico transazionale.

A partire dai fattori eziologici, tutti gli approcci individuano legami con le figure familiari caratterizzate da modalità genitoriali eccessivamente controllanti e iper-protettive che hanno condotto a difficoltà legate allo sviluppo di sentimenti di indipendenza e autonomia, trasmettendo il messaggio che la separazione della figure primarie rappresenti un pericolo e una minaccia alla sicurezza.

Per quanto riguarda la sintomatologia caratteristica delle personalità dipendenti, anche in questo caso gli approcci concordano nell'individuare alcune macro categorie tipiche.

Gli individui si caratterizzano per relazioni interpersonali qualificate per forti sentimenti di attaccamento e richiesta d'aiuto, paura del mondo circostante, forte sentimenti di terrore nei confronti dell'abbandono e della separazione, comportamenti di sottomissione caratterizzati da passività e continua ricerca d'aiuto.

Tuttavia, è possibile riscontrare elementi specifici per ogni approccio nella concettualizzazione del disturbo di personalità. La prospettiva comportamentale, infatti, si focalizza maggiormente sugli schemi di comportamento e la modifica delle credenze disadattative che conducono all'espressione di vissuti di inadeguatezza personale, incapacità e impotenza. Gli obiettivi terapeutici, infatti, riflettono questi elementi e si distinguono per essere inerenti alla discussione delle credenze disfunzionali e alla comprensione dei comportamenti di dipendenza al fine di rinforzare il senso di autoefficacia e facilitare schemi comportamentali che permettano di favorire l'indipendenza. Il processo terapeutico si concentra sulla modifica di questi aspetti disadattativi attraverso l'utilizzo di interventi cognitivi, comportamentali e di regolazione emotiva per favorire lo sviluppo di abilità sociali che possano essere più adattive rispetto a quelle finora utilizzate.

L'intervento terapeutico proposto dalla Schema Therapy, invece, presenta alcuni punti in comune con l'Analisi Transazionale a partire dalla concettualizzazione dei *mode* Bambino, Genitore e Adulto in quanto obiettivo centrale della terapia risulta essere lo sviluppo del *mode* Adulto conseguentemente all'elaborazione emotiva delle esperienze vissute durante l'infanzia, processo in comune con l'intervento terapeutico analitico transazionale. Inoltre, è possibile individuare alcune somiglianze tra la tecnica di *l'Imagery With Rescripting* tipica dell'approccio della Schema Therapy, e la terapia di ridecisione dell'Analisi Transazionale in quanto, in entrambi i casi, avviene una

rievocazione di scene appartenenti all'infanzia nella quale è possibile avviare l'elaborazione emotiva di esperienze precoci.

Infine, per quanto riguarda l'intervento terapeutico psicodinamico per i pazienti dipendenti, esso si focalizza maggiormente sull'analisi delle difese, del transfert e del controtransfert all'interno della relazione terapeutica con l'obiettivo di creare uno spazio che sia in grado sia di accogliere le richieste del paziente, ma anche di frustrarle per far comprendere ai pazienti che l'ansia conseguente alla disattesa delle aspettative sia tollerabile. Così come è stato individuato per l'Analisi Transazionale, anche la prospettiva psicodinamica propone diverse considerazioni rispetto ai pazienti passivo-aggressivi (vedi par. 2.3.1). In entrambi gli approcci viene sottolineato come, durante l'intervento terapeutico, sia di fondamentale importanza riuscire a costruire uno spazio in grado di tollerare i sentimenti di rabbia e aggressività tipici di questi pazienti così da mostrare agli individui il peso che queste modalità ricoprono nelle loro vite. Inoltre, la manifestazione di questi sentimenti permette la delimitazione di quei confini utili tra paziente e terapeuta in fase di trattamento.

Nella *tabella 6.3* viene proposta una sintesi rispetto alle similitudini e alle differenze individuate nei diversi approcci presi in esame per la concettualizzazione e trattamento del disturbo dipendente di personalità.



Tabella 6.3 Sintesi degli elementi individuati dai diversi approcci per la concettualizzazione e il trattamento del disturbo dipendente di personalità

	<b>Teoria Cognitivo Comportamentale</b>	<b>Schema Therapy</b>	<b>Teoria Psicodinamica</b>	<b>Analisi Transazionale</b>
<b>Fattori eziologici</b>	Stile genitoriale autoritario, controllante o iperprotettivo	Precoci esperienze di minaccia e di separazione da parte di genitori eccessivamente attaccati ai figli	Stile genitoriale iperprotettivo e/o autoritario a discapito dell'indipendenza	Disturbi nella relazione simbiotica primaria e nel processo di separazione-individuazione dalla figura di riferimento primaria; eccesso di attaccamento
<b>Caratteristiche sintomatologiche principali</b>	Credenze disadattative di inadeguatezza personale e percezione del mondo come luogo pericoloso; schemi comportamentali di ricerca continua di supporto esterno e passività.	Pervasive preoccupazioni circa la propria incapacità di condurre in modo adeguato la propria vita; continuo affidamento su persone esterne per compensare la mancanza di fiducia in sé stessi.	Eccessivi bisogni di dipendenza e ricerca di sicurezza e soddisfazione nei rapporti interpersonali, forti sentimenti di angoscia legati all'abbandono	Comportamenti di passività e sottomissione, credenze legate al mondo come luogo pericoloso e instaurazione di relazioni interpersonali simbiotiche per il mantenimento della dipendenza relazionale

<p><b>Elementi specifici ascrivibili al quadro psicopatologico</b></p>	<p>Credenze disadattative e schemi comportamentali disfunzionali</p>	<p><i>Mode</i> Bambino Dipendente e Abbandonato/Abusato, <i>mode</i> Genitore Disfunzionale e Punitivo, <i>mode</i> Adulto Sano debole</p>	<p>Difese specifiche: regressione, capovolgimento dell'affetto, evitamento, somatizzazione. Presenti a tutti i livelli del continuum nevrotico, borderline e psicotico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problematiche legate ai confini degli Stati dell'Io,</li> <li>- Ingiunzioni</li> <li>- Drivers</li> <li>- Posizioni di vita</li> <li>- Copione di codipendenza</li> </ul>
<p><b>Obiettivi principali del trattamento</b></p>	<p>Discussione delle credenze disadattative e modifica degli schemi comportamentali inerenti alla dipendenza al fine di rafforzare il senso di autoefficacia e favorire l'indipendenza dell'individuo</p>	<p>Elaborazione emotiva delle prime esperienze precoci e sviluppo del <i>mode</i> Adulto</p>	<p>Raggiungimento di un senso di sé autonomo e indipendente, la frustrazione per la disattesa delle aspettative nei confronti della sicurezza altrui è tollerabile ed efficace</p>	<p>Alleanza terapeutica per coinvolgere l'Io Adulto, risoluzione dei comportamenti passivi, modifica delle posizioni di vita e dei messaggi precoci rispetto alle ingiunzioni e spinte</p>
<p><b>Interventi specifici</b></p>	<p>Interventi cognitivi legati alla verifica delle credenze disfunzionali, tecniche comportamentali e interventi di regolazione emotiva come esercizi di <i>mindfulness</i> o di <i>role playing</i>.</p>	<p><i>Imagery With Rescripting</i>, interventi psicoeducativi, tecniche comportamentali</p>	<p>Dipendenza nei confronti del terapeuta, idealizzazione del terapeuta, strumenti di Transfert e Controtransfert</p>	<p>Terapia di Ridecisione e Porte della Terapia, interventi psicoeducativi.</p>

## **6.8 Limitazioni e sviluppi futuri**

La presente rassegna non è esente da limitazioni. In primo luogo, l'esiguo numero di studi presenti in letteratura rispetto al disturbo dipendente di personalità in Analisi Transazionale non ha permesso di individuare in modo dettagliato alcuni punti centrali al fine di creare una manualizzazione completa del tema in esame. Per questo motivo, infatti, il presente elaborato risulta privo di alcune delle aree individuate da Carrol e Nuro (2002) nelle linee guida da loro proposte per la presentazione di un manuale di trattamento. Le aree rimaste prive di concettualizzazione sono inerenti al formato generale del trattamento e al contenuto delle sedute nelle quali bisognerebbe approfondire il formato della terapia e delle sedute; la loro frequenza ed intensità; la flessibilità dei contenuti e i compiti extra-seduta.

In secondo luogo, si sono riscontrate alcune difficoltà anche nell'individuazione delle parole chiave corrette da utilizzare durante il processo di ricerca bibliografica e selezione degli articoli individuati. La mancanza di una chiara definizione di disturbo di personalità in Analisi Transazionale, evidenza già descritta in precedenza (vedi par. 4.2), ha contribuito alle difficoltà inerenti alla selezione degli articoli. Questa problematicità è stata colmata attraverso la ricerca, negli articoli selezionati, degli elementi possibilmente ascrivibili al quadro del disturbo di personalità dipendente rintracciabili anche nella prospettiva analitico transazionale.

La presente descrizione delle limitazioni individuate durante la stesura del presente elaborato rappresentano quelli che potrebbero essere considerati gli sviluppi futuri sul tema analizzato. La speranza è che questo lavoro possa essere uno spunto per un ampliamento della letteratura sul disturbo dipendente di personalità e, più in generale, sugli adattamenti personalità in Analisi Transazionale. Attraverso l'ampliamento degli studi, potrebbe essere possibile completare le aree rimaste scoperte per la proposta di un manuale di trattamento del disturbo dipendente di personalità. Inoltre, la speranza è che, attraverso una delineazione ancor più precisa della concettualizzazione del disturbo in Analisi Transazionale, si possa procedere con studi di fattibilità e studi pilota al fine di valutare l'efficacia dei trattamenti manualizzati proposti in precedenza.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In conclusione del presente lavoro, è possibile ribadire come la letteratura rispetto al disturbo dipendente di personalità in ottica analitico transazionale sia limitata, così come per i disturbi di personalità in modo più generale.

Complessivamente, dai contributi dei diversi autori analizzati durante la stesura, è possibile desumere l'importanza e l'utilità che un manuale di riferimento avrebbe per la comunità scientifica analitico transazionale al fine di racchiudere tutto il sapere in una guida utile alla diagnosi e al trattamento dei disturbi di personalità.

Si rinnova la speranza che questo lavoro possa rappresentare una guida per l'espansione negli anni futuri di nuove ricerche che possano supportare l'efficacia clinica dell'Analisi Transazionale nel trattamento dei disturbi di personalità.



## **Bibliografia**

**(in grassetto)** = articoli inclusi nella revisione della letteratura

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®). American Psychiatric Association Publishing.
2. Arntz, A. (2005). Pathological dependency: Distinguishing functional from emotional dependency. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 411–416.
3. Arntz, A. (2012). Schema therapy for cluster C personality disorders. In: *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*, 397-414.
4. Bamelis, L. L., Renner, F., Heidkamp, D., & Arntz, A. (2011). Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 41-58.
5. Beck, A. T., & Freeman, A. (1993). *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*. Edizione italiana a cura di Antonino Tamburello, Antonella Montano. Mediserve.
6. Beck, A. T., Davis, D. D., Freeman, A., & Sarracino, D. (Eds.). (2021). *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina.
7. Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. Guilford Press.
8. Beck, J. S., Broder, F., & Hindman, R. (2016). Frontiers in cognitive behaviour therapy for personality disorders. *Behaviour Change*, 33(2), 80-93.
9. Benelli, E., Paolillo, R. A., & Ventriglia, S. (2022). *Analisi Transazionale per i disturbi ansiosi: Manuale per il trattamento*. FrancoAngeli.

10. Beren, A. (2021). **Core Self, Sense of Self, and Whole Self: The Potential for Harm in Using Personality Disorder Diagnoses.** *Transactional Analysis Journal, 51(1), 49-62*
11. Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry.* Grove Press.
12. Berne, E. (1966). *Principi di terapia di gruppo.* Astrolabio, Roma, 1986
13. Berne, E. (1972) *Positions-the pronouns. What do you say after you say hello.* New York: Bantam Books: Grove Press, 83-96.
14. Birnbaum, J. (1987). **A replacement therapy for the histrionic personality disorder.** *Transactional Analysis Journal, 17(2), 24-28.*
15. Bonds-White, F. (1984). **The Special It: The Passive-Aggressive Personality: Part I.** *Transactional Analysis Journal, 14(2), 124-130.*
16. Bornstein, R. F. (1993). *The dependent personality.* Guilford Press.
17. Bornstein, R. F. (2005). The Dependent individual. Diagnosis, Assessment, and Treatment. In *Professional Psychology: Research and Practice, 36(1)*, pp. 82-89.
18. Bornstein, R. F. (2006). A Freudian construct lost and reclaimed: The psychodynamics of personality pathology. *Psychoanalytic Psychology, 23(2)*, 339.
19. Bornstein, R. F. (2012). From dysfunction to adaptation: An interactionist model of dependency. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 291-316.
20. Carroll, K. M., & Nuro, K. F. (2002). One size cannot fit all: A stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9(4)*, 396.

21. Clarkin, J. F. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research*, 16(1), 1-11.
22. Dacomo, M., & Pizzo, S. (2012). *La depressione infantile: Terapia cognitivo comportamentale con Bambini e adolescenti*. Il mulino.
23. Erskine, R. G., & Zalcman, M. J. (1979). The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9(1), 51-59.
24. Freeman, A., & Leaf, R. C. (1989). Cognitive therapy applied to personality disorders. *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, 403-433.
25. Gabbard, G. O. & Madeddu, F. (2015). *Psichiatria psicodinamica* (5. ed. basata sul DSM-5®). Raffaello Cortina.
26. Giusti, M. A. (2002). Therapeutic Stages and Intervention Plans. *Transactional Analysis Journal*, 32(2), 92-106.
27. Goulding, M. M., & Goulding, R. L. (1997). *Changing lives through redecision therapy*. Grove Press.
28. Goulding, R. L. (1972). *New directions in transactional analysis: Creating an environment for redecision and change*. *Progress in group and family therapy*. EAs. Sagar, C.J. , & Kaplan, W.S. New York: Brunner/Mazel, 1972, 107- 113.
29. Haverkamp, C. J. (2017). CBT and psychodynamic psychotherapy-A comparison. *J Psychiatry Psychotherapy Communication*, 6(2), 61-68.
- 30. Hazell, J. W. (1989). Drivers as mediators of stress response. *Transactional Analysis Journal*, 19(4), 212-223.**
31. Hofmann, S. G. (2011). *An introduction to modern CBT: Psychological solutions to mental health problems*. John Wiley & Sons.



32. Hoyt, M. F. (1989). Psychodiagnosis of personality disorders. *Transactional Analysis Journal*, 19(2), 101-113.
33. Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders-A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185.
34. James, M. (1986). Diagnosis and treatment of ego state boundary problems. *Transactional Analysis Journal*, 16(3), 188-196.
35. Joines, V. (1986). Using redecision therapy with different personality adaptations. *Transactional Analysis Journal*, 16(3), 152-160.
36. Lederer, A. (1996). The unwanted child. *Transactional Analysis Journal*, 26(2), 138-150.
37. Lingiardi V., McWilliams N. (a cura), *PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Cortina, Milano 2018
38. McWilliams, N., Schimmenti, A., Caretti, V. (2012). *La diagnosi psicoanalitica* (2. ed. riv. e ampliata). Astrolabio.
39. Mellacqua, Z. (2014). Beyond symbiosis: The role of primal exclusions in schizophrenic psychosis. *Transactional Analysis Journal*, 44(1), 8-30.
40. Millon, T. (1981). Disorders of personality: DSM-III: Axis II (pp. 181-215). New York.
41. Noriega, G. G. (2004). Codependence: A transgenerational script. *Transactional analysis journal*, 34(4), 312-322.
42. Noriega, G. G. (2019). Untangling the family tree: using the transgenerational script questionnaire in the psychotherapy of transgenerational trauma. *Transactional Analysis Journal*, 49(4), 279-291.

43. Novellino, M. (1998). *L'approccio clinico dell'analisi transazionale—Epistemologia, metodologia e psicopatologia clinica*. Milano, Edizioni Franco Angeli.
44. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of clinical epidemiology*, *134*, 103-112.
45. Perry, J. C. (2014). Cluster C personality disorders: Avoidant, dependent, and obsessive-compulsive. In G. O. Gabbard (Ed.), *Gabbard's treatments of psychiatric disorders* (pp. 1087–1116). American Psychiatric Publishing, Inc..
46. Pretzer, J. & Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. In J. F. Clarkin and M. F. Lenzenweger (Eds.) *Major Theories of Personality Disorder*. New York: Guilford.
47. Pretzer, J., & Beck, J. S. (2004). Cognitive therapy of personality disorders: Twenty years of progress. *Contemporary cognitive therapy: Theory, research and practice*, 299-318.
48. Safran, J. D., & McMain, S. (1992). A cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *6*(1), 59-68.
49. Schiff, A. W., & Lee Schiff, J. (1971). Passivity. *Transactional Analysis Journal*, *1*(1), 71-78.
50. Stricker, G., & Gold, J. R. (1988). A psychodynamic approach to the personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *2*(4), 350-359.

51. Terenzi, S., Carmelita, A., & Capo, R. (2017). La Schema Therapy: un caso clinico. *Mente e Cura*, 110-132.
52. Ware, P. (1983). *Personality Adaptations (Doors to therapy)*. *Transactional Analysis Journal*, 1J, 11-19.
53. Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2133-2143.
54. White, T. (1994). Life positions. *Transactional Analysis Journal*, 24(4), 269-276.
55. White, T. (1997). Symbiosis and attachment hunger. *Transactional Analysis Journal*, 27(4), 300-304.
56. White, T. (1997). Treatment of the I+ U? and I- U? life positions. *Transactional Analysis Journal*, 27(1), 57-64.
57. Wouters, A., & Smale, G. (1990). Diagnosis with Millon's personality system: Implications for transactional analysis therapy. *Transactional Analysis Journal*, 20(2), 118-127.
58. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar M. E., (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
59. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2007). *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Eclipsi.
60. Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Exchange, Inc.

## **RINGRAZIAMENTI**

A conclusione del presente elaborato mi sembra doveroso ringraziare tutti coloro che mi hanno permesso di ottenere questo risultato.

Ringrazio il professor Enrico Benelli per la disponibilità e l'aiuto fornitomi nella stesura dello scritto, per i suoi preziosi consigli e per la gentilezza mostratami in ogni fase della realizzazione che mi hanno permesso di continuare a stimolare quel costante interesse e quella costante passione, accompagnandomi lungo tutto il percorso.

Grazie alla mia famiglia e al mio fidanzato che con amore, sostegno ed infinita pazienza, mi hanno permesso di arrivare fin qui credendo sempre in me e non dubitando mai delle mie capacità.