

Ten Angles of Vision on Individual Differences. Dieci modi di guardare alle differenze individuali

di Nancy McWilliams*

traduzione di Paola Merlin Baretter**

[Ricevuto il 14/05/2022

Accettato il 06/12/2024]

Riassunto

Questo scritto esplora dieci diversi modi di guardare alle differenze di personalità, ponendo una particolare enfasi sulle implicazioni cliniche di ogni singolo modo di considerare l'individualità. Ogni individuo nasce con un temperamento innato diverso, modulato da fattori genetici e ambientali. L'autrice esamina poi i diversi stili di attaccamento e i comportamenti che ne conseguono all'interno delle relazioni. Viene richiamata l'attenzione sull'organizzazione difensiva di ciascun paziente. Cognizioni implicite, pattern affettivi, sistema organizzativo motivazionale, relazioni oggettuali interiorizzate, modelli operativi interni e schemi vengono analizzati come ulteriori dimensioni di cui tenere conto per comprendere clinicamente la vita psichica unica di ogni persona.

Parole chiave: Differenze individuali, Esperienza soggettiva interna, *Outcome* in terapia, Struttura di personalità, Variabili personologiche e relazionali.

* Psicologa clinica e psicoterapeuta, già Presidente della Division of Psychoanalysis della American Psychological Association (APA), svolge un'intensa attività di insegnamento, parallelamente all'esercizio della pratica clinica e della supervisione presso il proprio studio privato a Lambertville, New Jersey (45 Clinton St. – Lambertville, NJ 08530); NancyMcW@aol.com

** Psicologa, psicoterapeuta COIRAG, traduttrice, socia APRAGI, membro IAGP (via delle Palme, 36 – 35137 Padova); paolamerlinbaretter@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 2/2022
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19791

A PARTIRE DALLA COIRAG

Abstract. *Ten Angles of Vision on Individual Differences*

This paper explores ten ways of thinking about personal differences, with emphasis on the clinical implications of each angle of vision on individuality. Each individual is born with a different in-born temperament, the causes of which are not simply genetic but also environmental. Attachment patterns and their consequent behaviors in relationship are explored. Attention is drawn on individual defensive organization, implicit cognitions, affective patterns, the organizing motivational system, individualistic versus communal orientation, internalized object relations, inner working models, and schemas as clinically valuable ways of understanding each person's unique psychic life.

Keywords: Individual differences, Internal subjective experience, Personality and relationship variables, Personality structure, Therapy *outcome*.

Presentazione

Molti di noi hanno scelto di diventare psicoterapeuti perché affascinati dalle differenze individuali. La ricerca sull'*outcome* in psicoterapia conferma tale centralità: è ampiamente dimostrato che le variabili personologiche e relazionali influiscono assai più del tipo di trattamento sull'*outcome* in terapia. Uno dei punti più forti della tradizione psicoanalitica è l'indagine incessante, condotta da più di un secolo ormai e da prospettive diverse, sulla struttura di personalità e sull'esperienza soggettiva interna. Questo scritto esplorerà dieci diversi modi di pensare alle differenze di personalità, ponendo una particolare enfasi sulle implicazioni cliniche di ogni singolo modo di considerare l'individualità. Queste diverse prospettive sono importanti per la psicologia individuale sia del terapeuta, sia del paziente e per un efficace "accomodamento" tra i due. Tutti questi diversi modi di concepire le differenze individuali di personalità sono supportati da una letteratura clinica ed empirica significativa.

Temperamento

A partire dagli anni Settanta, gli scienziati hanno compreso quello che ogni genitore con almeno due figli sa da millenni, ovvero che ognuno di noi nasce con un temperamento innato diverso. La causa di queste differenze non è semplicemente genetica, bensì può derivare da un particolare ambiente uterino influenzato dagli ormoni dello stress materni, dall'alimentazione, dall'uso di droga, dall'assunzione di alcol o farmaci e da altri fattori ancora.

Il temperamento si mantiene piuttosto stabile nel corso del tempo. Sebbene la psicoterapia e la psicoanalisi abbiano storicamente messo l'accento sugli sforzi terapeutici mirati ad aiutare le persone a *cambiare*, i terapeuti hanno imparato a occuparsi di quello che *non può* essere cambiato e ad aiutare i pazienti ad accettare questa realtà. Per esempio: i soggetti con un temperamento molto sensibile, con una tendenza costituzionale all'introversione, potrebbero voler sviluppare una migliore sociabilità ed è possibile aiutarli a perseguire questo obiettivo. Tuttavia, necessitano di terapeuti in grado di comprendere che questi pazienti non potranno mai essere particolarmente estroversi, dal punto di vista temperamentale; che l'interazione sociale per loro è dolorosa, e che hanno bisogno di valorizzare gli aspetti positivi del proprio temperamento riservato, anziché odiarsi perché non riescono ad affrontare facilmente l'interazione sociale.

Stile di attaccamento

Le innovazioni teoriche introdotte da John Bowlby e i disegni di ricerca sviluppati dal suo gruppo di studenti – tra cui vanno citate, in modo particolare, Mary Ainsworth e Mary Main – hanno prodotto una grande quantità di ricerca empirica sulle differenze individuali nell'attaccamento, da cui le teorie cliniche vengono ormai sempre più influenzate.

I risultati originari di questa ricerca suggeriscono l'esistenza di tre pattern normali di attaccamento: sicuro, ansioso ed evitante. Ma questi studi furono originariamente condotti su famiglie collaboranti del ceto medio. Quando la ricerca fu estesa a bambini provenienti da contesti più disturbati e traumatizzanti, i dati derivanti dagli studi osservazionali lasciarono emergere un quarto stile di attaccamento: lo stile disorganizzato-disorientato o di "tipo D".

Nel paradigma della Strange Situation, utilizzato per studiare i pattern di attaccamento dei bambini, i soggetti con uno stile sicuro sono in grado – nonostante una certa ansia – di separarsi dalla propria madre e giocare, dimostrando piacere quando la ritrovano dopo esserne stati separati per un breve lasso di tempo. I bambini con uno stile di attaccamento ansioso, invece, si aggrappano alla madre, sembrano preoccupati e manifestano rabbia nei suoi confronti quando la ritrovano. I bambini con uno stile evitante ostentano indifferenza quando vengono separati dalla madre e sembrano impegnarsi attivamente nelle attività della Strange Situation, ma le misurazioni degli ormoni dello stress dimostrano che stanno gestendo livelli di ansia molto alti. Quando la madre ritorna, sembrano non interessati a riallacciare il contatto

con lei. Questo stile di attaccamento è stato messo in relazione con gli scritti psicoanalitici sulla psicologia schizoide.

I bambini con uno stile di attaccamento disorientato-disorganizzato sembrano vivere la madre come un oggetto che dà sicurezza ma che, al tempo stesso, fa paura; come un porto sicuro, ma anche come un mare in tempesta. Un bambino con questo pattern di attaccamento tratta la madre in modo contraddittorio; per esempio, si aggrappa a lei e, al tempo stesso, la morde. I clinici che trattano pazienti con pregressi traumi significativi possono confermare esperienze analoghe in psicoterapia: da un lato, questi pazienti considerano il terapeuta come un guaritore che salva loro la vita; dall'altro, lo trattano come un persecutore spietato. Questo stile di attaccamento, denominato di "tipo D", viene associato a versioni più gravi del disturbo borderline di personalità e a disturbi dissociativi e post-traumatici complessi.

Lo stile di attaccamento rilevato rimane molto stabile nel corso di tutta la vita. È assai probabile che una persona che ha dimostrato un attaccamento evitante nella Strange Situation, all'età di quattro anni, manifesti lo stesso tipo di attaccamento alla somministrazione dell'Adult Attachment Inventory all'età di trentaquattro anni. Sulla scorta delle ricerche condotte da Philip Shaver, due sono le condizioni in cui uno stile di attaccamento insicuro può modificarsi in uno stile maggiormente sicuro: 1) vivere una relazione sentimentale o coniugale soddisfacente per almeno cinque anni; 2) sottoporsi a una psicoterapia/psicoanalisi intensiva per almeno due anni.

Comprendere lo stile di attaccamento individuale implica, dal punto di vista terapeutico, aiutare il paziente a comprendere il proprio pattern di attaccamento e i comportamenti che ne conseguono all'interno delle relazioni. Nei casi in cui il comportamento del paziente renda difficile un attaccamento positivo o continuativo, i terapeuti di regola aiutano il paziente ad affrontare dei rischi che potrebbero gradualmente ridurre le aree di insicurezza nell'attaccamento. Shaver ha altresì scoperto che la presenza costante del terapeuta riduce nel tempo il grado di insicurezza nell'attaccamento.

Pattern clinici osservati

Il modo più comune, per gli psicoterapeuti, di parlare delle differenze di personalità deriva dall'aver originariamente concettualizzato tali differenze in base al tipo di psicopatologia che un soggetto tende a manifestare quando incontra delle difficoltà. Ai tempi di Freud, quelli che curavano i pazienti con problemi di isteria od ossessività si resero progressivamente conto che in molti di quei pazienti non soltanto i disturbi, bensì anche le personalità si somigliavano, così iniziarono a scrivere sul *carattere* isterico e ossessivo. I

primi scritti di Reich e Fenichel, così come gli scritti di analisti appartenenti alla successiva tradizione della Psicologia dell'Io, operano una distinzione tra le dinamiche interne dei soggetti le cui personalità sono state descritte, rispettivamente, come isteriche, fobiche, ossessive, depressive, maniacali, compulsive, paranoide, schizoidi, narcisistiche e psicopatiche. Successivamente, altri terapeuti hanno descritto la personalità masochistica, sadica, dipendente, passivo-aggressiva e dissociativa, e alcuni hanno teorizzato altre costellazioni di personalità meno comuni che, però, può capitare di incontrare durante il lavoro terapeutico.

Lavorare con i pazienti secondo questo punto di vista implica comprendere le dinamiche soggiacenti e interpretarle, quando è possibile, oltre che adeguare il tono del trattamento in modo da tener conto della psicologia del paziente. Spesso i clinici si rendono conto di quanto determinati comportamenti, apparentemente simili, in due soggetti diversi possano essere espressione di problematiche interne diverse. Per esempio: il perfezionismo di un soggetto narcisistico può corrispondere a un tentativo di evitare la vergogna mentre, in un soggetto ossessivo, è più probabile che corrisponda allo sforzo di evitare il senso di colpa. È fondamentale che i terapeuti comprendano le proprie personali tendenze personologiche perché, basandosi sulle proiezioni, possono altrimenti fraintendere i pazienti. Per esempio: un analista con un'organizzazione di personalità depressiva potrebbe supporre – quando un giovane con spunto narcisistico riferisce un senso di negatività interna – che intenda un tipo di malvagità morale, mentre potrebbe essere che il paziente stia cercando di descrivere un senso di bruttezza, insufficienza, e un'aspettativa di umiliazione.

Ai miei lettori consiglio la sezione sulla personalità della seconda edizione del *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM-2) che abbiamo cercato di rendere omnicomprensiva e molto più rilevante, dal punto di vista clinico, rispetto alle categorie del DSM relative ai disturbi di personalità; anche se tengo a precisare che l'appendice del DSM-5, con la sua classificazione alternativa dei disturbi di personalità, costituisce un miglioramento rispetto alle diagnosi standard dei disturbi di personalità, perché è una classificazione dimensionale, anziché categoriale. Ma, pur nell'encomiabile sforzo, si è continuato a cercare di definire la struttura di personalità in termini di tratti, piuttosto che di *temi* interni che hanno catturato l'attenzione dei clinici. Tra poco ritornerò sull'argomento. Consiglio anche il libro di Robert Feinstein (2021) sui disturbi di personalità – uscito di recente – soprattutto il capitolo a firma di Jonathan Shedler.

Questo paradigma clinico si è rivelato particolarmente prezioso per i terapeuti: tuttavia, può dimostrarsi deleterio, se male applicato. Per esempio: chiunque sia cronicamente soggetto a un'autorità politica od organizzativa

arbitraria, caotica e abusante svilupperà difese paranoide. Presumere che una persona che vive in una simile condizione abbia una personalità paranoide – basandosi soltanto sui comportamenti osservabili – è un grave errore clinico che patologizza l'individuo, anziché il contesto all'origine delle reazioni paranoide. Spesso, i terapeuti di orientamento psicoanalitico hanno scambiato per patologia individuale le differenze culturali. Per esempio: negli Stati Uniti, i pazienti originari dell'Asia meridionale venivano spesso erroneamente creduti “borderline” semplicemente perché, culturalmente, i loro confini interpersonali erano diversi da quelli degli americani originari dell'Europa occidentale.

Organizzazione difensiva

A partire dall'enfasi posta da Freud sulla rimozione, sullo spostamento e su altre difese inconsce per gestire l'ansia e gli stati affettivi dolorosi, i clinici e i ricercatori in psicologia hanno prodotto una ricca letteratura sui modi diversi in cui tutti cerchiamo di proteggerci dal dolore psichico. Alcune manifestazioni psicopatologiche sono considerate tali semplicemente perché riflettono l'impiego automatico e reiterato di una difesa o di una costellazione di difese. I disturbi di personalità possono essere visti in questo modo: per esempio, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità riflette un eccessivo ricorso all'isolamento degli affetti; il disturbo schizoide di personalità riflette un eccessivo ricorso al ritiro nella fantasia.

Conoscere le difese cui il paziente ricorre comunemente può consentirci di parlarne quando si manifestano come pattern del funzionamento di una persona e quando emergono nella relazione terapeutica, durante il trattamento. Esaminare questi pattern può consentire al paziente di sviluppare una maggiore libertà e flessibilità nel corso del tempo. Anche nei trattamenti a breve termine, durante i quali non è possibile un'esplorazione particolarmente profonda, sapere come una persona difenda il Sé favorisce una comunicazione terapeutica più efficace. Per esempio, con un paziente con tendenze masochistiche che non riesce a svincolarsi da una relazione negativa perché una separazione lo spaventa più dell'abuso fisico, un terapeuta che menzioni la possibilità di separarsi dall'Altro abusante non porterà a nulla, e potrebbe persino innescare la difesa dell'evitamento del trattamento. Questo perché il terapeuta sta implicitamente consigliando quello che il paziente teme più di ogni altra cosa, persino più di una minaccia alla sopravvivenza fisica. Nelle culture in cui separarsi apparirebbe devastante per ragioni sia sociali, sia intrapsichiche, i terapeuti devono evitare le modalità di intervento

che potrebbero innescare il legittimo terrore delle conseguenze sociali della separazione e i meccanismi di difesa contro quel terrore.

Cognizioni implicite

Accanto ai paradigmi dell'ansia e della difesa della iniziale osservazione analitica, abbiamo imparato ad apprezzare la grande varietà dei mondi cognitivi interni di ogni singolo individuo. Ovviamente, questo è un importante contributo offerto dal movimento della psicologia cognitiva. Tra gli psicoanalisti che hanno elaborato in modo efficace questo aspetto della psicologia individuale ricordiamo Harold Sampson, Joseph Weiss e i loro studenti, che hanno sviluppato la *Control-Mastery Theory* o *Teoria della padronanza del controllo*, una comprensione del processo psicoterapeutico fondata empiricamente. Questi studiosi evidenziano come ogni singolo individuo sviluppi, durante l'infanzia, alcune convinzioni fondamentali riguardanti la vita, il mondo, l'autorità, il genere, il potere e altre questioni di importanza fondamentale. Se tali convinzioni sono adattive rispetto alle successive condizioni di vita di quella persona, non costituiscono alcun problema. Per esempio: una persona la cui famiglia si sia dimostrata sufficientemente sicura, tanto da poter concludere che il mondo sia un luogo confortevole e attento alle necessità degli altri, probabilmente si relazionerà con gli altri in modo cordiale e susciterà reazioni positive.

Tuttavia, se le convinzioni sviluppate sono maladattive rispetto all'ambiente di vita successivo, le difficoltà di quella persona saranno molteplici. Per esempio: un soggetto cresciuto in un ambiente familiare in cui è prevalsa la convinzione che gli oggetti d'amore avrebbero tradito la fiducia dell'altro, divenuto adulto tratterà gli altri con sospetto e ostilità e potrebbe essere indirizzato a un percorso di psicoterapia per un problema di "paranoia". Sebbene Aaron Beck e i cognitivisti contemporanei tendano a definire "irrazionali" tali convinzioni maladattive, Sampson e Weiss sottolineano che i bambini sviluppano una comprensione molto razionale del loro primo ambiente di vita. Ciò che rende una convinzione inconscia "patogena" è il fatto che si adatti o meno alle esperienze di vita successive. I terapeuti che lavorano secondo la Teoria della padronanza del controllo osservano i modi in cui i pazienti li mettono alla prova per verificare se le loro aspettative inconscie siano confermate o meno nella relazione terapeutica.

In psicoterapia, dobbiamo saper riconoscere gli assunti cognitivi fondamentali dei pazienti. Attraverso l'elaborazione della relazione di transfert, speriamo che i nostri pazienti riapprendano e amplino i propri originari convincimenti; che il paziente paranoide possa vivere un'esperienza interioriz-

zabile di fiducia; che il paziente depressivo viva un'esperienza interiorizzabile in cui si sente sufficientemente capace, e così via. Con i pazienti che soffrono di depressione introiettiva, se non cerchiamo di mettere in discussione la loro convinzione inconscia che le perdite e i rifiuti subiti si siano verificati *perché loro sono sbagliati*, la comprensione empatica e la possibilità di affrontare il lutto di quelle perdite non saranno mai sufficienti per ridurre tali tendenze depressive. Potranno forse sentirsi meglio, alla fine del percorso terapeutico, ma è probabile che attribuiscono il cambiamento alle virtù del terapeuta, continuando a idealizzare il clinico e a svalutare se stessi, anziché acquisire cognizioni nuove in grado di proteggerli da una futura sofferenza depressiva.

Pattern affettivi

Gli scienziati che studiano le emozioni hanno compreso che alcuni affetti di base caratterizzano gli esseri umani in tutte le culture e subculture. Nonostante alcune differenze culturali riguardanti le espressioni del volto e quelle corporee, questi affetti fondamentali corrispondono a espressioni del volto universalmente riconoscibili. Gli individui differiscono negli affetti specifici espressi tramite il volto e nell'ordine in cui tali affetti compaiono; ciascuno di noi ha una propria "impronta" o un proprio "frattale" affettivo identificabile. I terapeuti tendono a cogliere questi pattern inconsciamente. Nell'affetto normale, l'espressione del volto cambia ogni otto secondi circa. Quando il volto di una persona rimane congelato in un'unica espressione affettiva, questo indica che quella persona soffre di una grave psicopatologia (per esempio: il volto "morto" di un soggetto gravemente depresso; il volto congelato di un soggetto terrorizzato; lo sguardo basso e rivolto verso sinistra del paziente cronicamente paranoide – un compromesso tra la paura e la vergogna).

Il lavoro di Rainer Krause sulla diade paziente-terapeuta ha dimostrato che uno dei più potenti fattori curativi in psicoterapia è l'affetto espresso dal volto del terapeuta. Krause nota come i terapeuti "efficaci" manifestino un affetto "abnorme" quando sono con i pazienti. Nell'affetto normale, oltre alla variazione ogni otto secondi, ci *conformiamo* agli altri, rispecchiando le loro espressioni in modo automatico. L'affetto dell'altro provoca in noi il medesimo affetto. Attraverso la videoregistrazione delle diadi terapeuta-paziente, Krause ha scoperto che, nelle terapie in cui sia il paziente, sia il terapeuta concordavano sul fatto che ci fossero stati progressi significativi, il video si caratterizzava per il fatto che quando il paziente manifestava un certo affetto sul volto, il terapeuta reagiva con un affetto diverso. Per esempio, un uomo

giungeva in terapia con un'espressione di rabbia sul volto e il volto del terapeuta non esprimeva una rabbia reattiva, bensì *curiosità* per la rabbia del paziente. Una donna giungeva in seduta con un'espressione attestante vergogna e il volto del terapeuta manifestava tristezza o rabbia perché qualcuno l'aveva fatta vergognare.

Penso sia a questo che Bion volesse riferirsi con il concetto di contenimento: ci viene insegnato che tollerare l'affetto negativo, contenerlo, metabolizzarlo e restituirlo trasformato in un atteggiamento diverso favorisce la crescita. Ho il sospetto che il potere del lettino psicoanalitico risieda nel fatto che obbliga l'analizzando a verbalizzare quello che immagina sia dipinto sul volto del proprio terapeuta. Quando un paziente teme ansiosamente che l'affetto del terapeuta corrisponda al proprio stato negativo, un'interpretazione il cui tono suggerisca un atteggiamento affettivo diverso è profondamente terapeutica. E quando i pazienti scrutano i nostri volti all'inizio e alla fine della seduta analitica, è possibile che stiano verificando se i loro affetti si sono dimostrati insopportabili o se, invece, noi terapeuti siamo in grado di reagire a stati dolorosi quali l'odio con genuina compassione.

La pulsione (il sistema organizzativo motivazionale)

In molte comunità psicoanalitiche del mondo occidentale, non è più di moda fare riferimento alle pulsioni, di certo non alle pulsioni freudiane di *Eros* e *Thanatos*. Tuttavia, i neuroscienziati ci stanno fornendo un nuovo linguaggio per parlare delle differenze individuali nella motivazione, nella *valenza* degli scopi umani. Vi consiglio la lettura del nuovo libro di Mark Solms (2023), una sintesi di facile lettura del molto lavoro compiuto in questo ambito. La ricerca ha messo in relazione motivazione e strutture e sostanze del cervello la cui densità differisce da persona a persona. Sulla base di queste scoperte, l'antropologa e ricercatrice Helen Fisher ha sviluppato una teoria delle relazioni amorose che distingue le persone in "esploratori" (mossi dalla dopamina), "costruttori" (mossi dalla serotonina), "direttori" (mossi dal testosterone) e "negoziatori" (mossi dagli estrogeni). Questa differenziazione è l'algoritmo sottostante al test di personalità in alcuni siti web di ricerca computerizzata dell'anima gemella.

Dalle attuali scoperte neuroscientifiche riguardanti le differenze individuali discendono implicazioni cliniche significative. Gli scienziati hanno appreso che il cervello di ogni essere umano è unico, e questo non ci sorprende. Una parte di quello che i terapeuti devono comprendere di qualsiasi paziente è il senso di quello che *muove* quella persona, il senso di quello che un tempo chiamavamo Es. Talvolta è di aiuto, per i pazienti, disporre di un linguaggio

neuroscientifico che spieghi differenze altrimenti percepite come incomprensibili. E ancora, è importante che il clinico non proietti il proprio sistema motivazionale. Per esempio: un terapeuta la cui psicologia è dominata da quello che Jaak Panksepp definisce “Seeking system” o “sistema della ricerca” farà fatica a comprendere una persona la cui motivazione centrale si fonda sull’attivazione del proprio “Panic system” o “sistema di panico”, il sistema di attaccamento-separazione che muove la relazione.

Orientamento individualistico e orientamento comunitario a confronto

Nel corso di tutta la storia psicoanalitica, molti teorici hanno operato una distinzione fondamentale tra gli individui maggiormente orientati verso la definizione di sé (*self-definition*) e quelli maggiormente orientati verso il sé-nella-relazione (*self-in-relationship*). Il grande ricercatore Sidney Blatt, psicologo e psicoanalista, ha studiato questa polarità per oltre trent’anni. In genere, i terapeuti cercano di aiutare i pazienti a trovare un equilibrio tra questi due orientamenti: per esempio, cerchiamo di aiutare i pazienti narcisisti, che possono dimostrarsi piuttosto indifferenti verso le esperienze soggettive degli altri, a essere più affettuosi, mentre per quanto concerne gli individui eccessivamente dipendenti, cerchiamo di aiutarli ad affermare la propria individualità.

Tuttavia, la questione si complica per il fatto che culture diverse fissano il giusto equilibrio in punti diversi lungo il continuum che va dalla *definizione di sé* al *sé-nella-relazione*. Negli Stati Uniti, siamo individualisti in misura estrema e, probabilmente, dannosa e tendiamo a minimizzare l’importanza dell’interdipendenza. Nelle culture collettivistiche dell’Estremo Oriente, comportarsi come un americano susciterebbe una forte riprovazione sociale. Se un terapeuta non è consapevole delle differenze evolutive tra l’essere socializzato verso un atteggiamento di “autonomia” piuttosto che verso un atteggiamento di comprensione dei propri obblighi verso gli altri, la maturazione di base del paziente sarà fraintesa. Se il paziente propende per un “sé al plurale” (“*we self*”), piuttosto che per un “sé al singolare” (“*I self*”), secondo i termini introdotti da Alan Roland, un terapeuta occidentale non sufficientemente avveduto potrebbe non essere in grado di aiutarlo. Se il terapeuta non è sensibile al contesto culturale in cui un individuo sta cercando di elaborare il proprio equilibrio tra affermazione di sé e appartenenza comunitaria, un paziente il cui ambiente culturale sia diverso da quello del terapeuta potrebbe sentirsi sottilmente e cronicamente patologizzato. A questo proposito vorrei dire che, a mio parere, la cultura italiana, le culture mediterranee hanno un buon equilibrio tra individualismo e legame con la famiglia,

la famiglia estesa e la comunità; sono meno frammentate e alienanti delle società marcatamente individualistiche e meno fagocitanti delle culture più collettivistiche.

Relazioni oggettuali interiorizzate/Modelli operativi interni/Schemi

Molta parte della ricerca sulla personalità ha posto l'accento sui tratti. Ma i tratti sono statici e non riflettono i conflitti che quasi tutti i clinici hanno compreso essere organizzatori della personalità. Abbiamo appreso che la personalità viene definita da un *tema* interno, e che gli individui possono manifestare tratti posti su *entrambe le estremità* di una polarità tematica. Per esempio: benché sia vero, come indicato dai sistemi di classificazione del DSM e dell'ICD, che una persona paranoide manifesta i tratti della sfiducia e della sospettosità, tale persona potrebbe anche dimostrare una fiducia eccessiva e patologica, come nel caso delle persone convinte che una certa autorità politica o spirituale sia infallibile. I pazienti schizoidi manifestano il tratto del ritiro e tuttavia, internamente, desiderano la vicinanza e possono vivere momenti di intimità intensa, seguiti dal ritiro (quello che Guntrip ha definito il programma "*in and out*"). Nei soggetti orientati narcisisticamente può sembrare presente il tratto della grandiosità ma, internamente, tendono a provare anche un sentimento di sgradevolezza e vergogna. Le persone ossessive possono arrivare a curare la pulizia in modo fanatico, ma di solito hanno un'area in cui regna la confusione più totale. I soggetti isterici possono dimostrarsi seduttivi e, al tempo stesso, sessualmente inibiti.

Ciò che differenzia utilmente gli individui dal punto di vista caratterologico non sono tanto i tratti, quanto piuttosto gli schemi sottostanti, le tensioni e i conflitti. I soggetti paranoidei sono organizzati sulla fiducia *versus* la sfiducia; i soggetti schizoidi sulla vicinanza *versus* la distanza; i soggetti narcisisti su un'autostima esagerata o, al contrario, estremamente ridotta; i soggetti ossessivi sono organizzati sul mantenimento *versus* sulla perdita del controllo; i soggetti isterici sono organizzati sulle questioni della sessualità, del genere, del potere, e possono dimostrarsi sia altamente sessualizzati, sia sessualmente inibiti. Ancora una volta penso che il PDM sia più utile ai terapeuti di quanto non lo sia il DSM. I temi organizzativi inconsci sono stati affrontati in molte lingue psicologiche diverse.

Comprendere il tema conflittuale interno di ciascun paziente ha ricadute cliniche enormi. Per esempio, una ragazza dal comportamento esibizionistico potrebbe esprimere il tema isterico del tentativo di provare un certo potere in un mondo dominato da persone dell'altro sesso, oppure potrebbe avere una psicologia narcisistica, in cui il timore di un potere abusante esercitato dall'altro ses-

so è assente, e ciò che viene attivato è la necessità di sentirsi importante e valorizzata. Molte terapie a breve termine sono state costruite intorno all'obiettivo di identificare e concentrare l'attenzione su questa caratteristica specifica di personalità.

Questione evolutiva e “dimensione della gravità”

Il primissimo sforzo messo in campo in psicoanalisi per spiegare le differenze di personalità fu compiuto da Freud attraverso il tentativo di comprendere se un individuo avesse una fissazione a un livello dello sviluppo orale, anale, fallico o edipico. Freud ipotizzò che una psicologia depressiva riflettesse una fissazione orale; una psicologia ossessivo-compulsiva implicasse una fissazione anale; e che una psicologia isterica esprimesse una fissazione edipica. Successivamente, Wilhelm Reich ipotizzò che a una personalità narcisistica fosse sottesa una fissazione fallica, e altri analisti teorizzarono che anche le personalità fobiche fossero organizzate a livello di fase fallica. Sebbene questo modo di pensare si sia dimostrato, alla fine, non soddisfacente o non clinicamente utile per differenziare il *tipo* di personalità, è diventato efficace per comprendere il *grado* di compromissione psichica all'interno di ciascun tipo di carattere – quello che Kernberg ha definito il “livello di gravità”. L'originaria ipotesi che la psicosi indicasse una fissazione alla fase orale, quando non ha ancora avuto luogo una differenziazione tra l'interno e l'esterno, si è poi trasformata in una versione più articolata della fissazione evolutiva e della sua relazione con la gravità o primitività della psicopatologia. A questo proposito, sta emergendo considerevole supporto empirico in favore dell'idea di una dimensione della gravità: infatti, il livello di gravità è molto più collegato all'*outcome* clinico di quanto non lo sia il tipo di personalità.

I modelli post-freudiani dello sviluppo comprendono l'elaborazione di Melanie Klein di una iniziale posizione schizoparanoide e della successiva posizione depressiva (poi ampliata dall'aggiunta, da parte di Thomas Ogden, di una posizione contiguo-autistica); il modello di Margaret Mahler relativo a una fase autistica seguita da una fase di separazione-individuazione e dalla successiva fase della costanza dell'oggetto; il paradigma di Erik Erikson della fiducia *versus* la sfiducia, seguita da una fase di autonomia *versus* la vergogna o il dubbio, seguita dalla fase dell'iniziativa *versus* in senso di colpa. Anche Jean Piaget e Harry Stack Sullivan hanno sviluppato proprie teorie delle fasi ponendo l'accento, rispettivamente, sullo sviluppo cognitivo e interpersonale. Più di recente, Peter Fonagy e colleghi, che fondano il proprio lavoro su approfonditi studi empirici, hanno concettualizzato lo sviluppo

nei termini di una fase di equivalenza psichica, seguita da una fase del “far finta che”, seguita dalla fase della mentalizzazione. Sebbene questi modelli delle fasi dello sviluppo si concentrino su aspetti diversi della maturazione psichica, essi tendono a individuare le fasi approssimativamente nello stesso modo: il primo anno e mezzo, il secondo anno e mezzo e la fase dai tre ai sei anni di vita.

Per quanto concerne l’eventuale cristallizzazione di una problematica evolutiva in una struttura psichica, clinicamente ci siamo ormai abituati a chiederci se un paziente funzioni a un livello simbiotico-psicotico, nel quale il Sé e l’Altro non sono ben differenziati; oppure a un livello borderline, in cui il Sé e l’Altro vengono continuamente ricondotti a categorie “tutto o niente”, a ruoli “buoni oppure cattivi”, e all’opposizione interpersonale; oppure ancora a un livello nevrotico, nel quale il paziente è in grado di riflettere sul conflitto *interno* e di comprendere che la mente del terapeuta è separata dalla sua. Queste inferenze hanno implicazioni cruciali nel modo in cui creiamo una relazione terapeutica e ci disponiamo al nostro lavoro clinico.

Comprendere la preoccupazione evolutiva caratteristica di ciascuno dei nostri pazienti è fondamentale per la terapia e la guarigione. Per esempio: la critica mossa da Heinz Kohut alla tradizione della Psicologia dell’Io potrebbe essere interpretata come un’esortazione rivolta ai colleghi a pensare a processi antecedenti, ancora più cruciali delle questioni edipiche di soddisfazione della pulsione che, secondo molti psicoanalisti, motivano ogni persona analizzabile. Scritti recenti che analizzano il trauma e la dissociazione giungono alla conclusione che le esperienze estreme siano in grado di far ripiombare ciascuno di noi nelle preoccupazioni proprie delle primissime fasi dello sviluppo: sicurezza e sopravvivenza.

Tradizionalmente, gli analisti parlavano di terapia supportiva per i pazienti rientranti nel *range* psicotico-simbiotico e di terapia esplorativa per i pazienti organizzati a livello nevrotico. Per i pazienti che ricadono nelle aree borderline e dissociativa, dall’esperienza clinica e dalla ricerca scientifica è emersa una gamma di trattamenti psicoanalitici che comprendono i contributi di Otto Kernberg e colleghi, quelli di Masterson e Rinsley, di Bateman e Fonagy, di Russell Meares, Gregory e Remen, Clara Mucci e altri. Il lavoro di Marsha Linehan e Jeffrey Young nella tradizione cognitivo-comportamentale ha consistenti sovrapposizioni con questi modelli analitici. Nonostante le differenze per quanto attiene al focus specifico, tutti questi approcci ribadiscono la necessità di concordare salde regole del setting, prevedendo potenti esperienze in cui “tutto è bianco, oppure nero”, la necessità di sopportare intensi *enactment* transferali e di integrare elementi di personalità fortemente dissociati. Le psicoterapie con questi pazienti sono inevitabilmente

intense e difficili e presuppongono che il clinico abbia un gruppo di colleghi di riferimento in grado di comprendere lo stress sperimentato.

Conclusioni

Nella mia personale esperienza di terapeuta, trovo molto utile cambiare prospettiva di frequente e in maniera fluida, mentre mi interrogo su come ogni singolo paziente possa essere compreso e coinvolto più proficuamente in ciascun contesto, in ogni momento. Ognuna delle prospettive attraverso cui l'individualità umana e la sofferenza mentale è stata vista aggiunge un modo prezioso di comprendere clinicamente la vita psichica unica di ogni persona.

Riferimenti bibliografici

- Feinstein R. (2021). *Personality disorders*. Oxford: OUP.
- Lingiardi V. e McWilliams N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2* (second edition). New York, London: The Guilford Press (trad. it.: *Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2* (seconda edizione). Milano: Raffaello Cortina, 2018).
- McWilliams N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, London: The Guilford Press (trad. it.: *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio, 1999).
- McWilliams N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York, London: The Guilford Press (trad. it.: *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina, 2002).
- McWilliams N. (2021). *Psychoanalytic Supervision*. New York, London: The Guilford Press (trad. it.: *La supervisione. Teoria e pratica psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina, 2022).
- Solms M. (2023). *La fonte nascosta. Un viaggio alle origini della coscienza*. Milano: Adelphi.