

10.

IL DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITA': IL DOLORE DI NON APPARTENERE

Michele Procacci e Raffaele Popolo

“...Nessuno avrebbe scorto in lui quella timidezza tipica di chi si ritrova fra persone amiche tra loro, legate da echi consolidati di complicità scherzosa e da superstiti allusioni a nomi carichi, per loro, di speciali significati, che fanno capire al nuovo arrivato come la storia che ha cominciato a leggere nella rivista sia in realtà iniziata molto tempo prima su vecchi numeri ormai introvabili; ascoltando la conversazione generale, densa di riferimenti ad occorrenze a lui ignote, l'estraneo tace e sposta lo sguardo su chi sta parlando e, più serrate si fanno le battute, più gli occhi si fanno mobili; ben presto il mondo invisibile che rivive nelle parole degli astanti diviene opprimente e lui si domanda se non abbiano intavolato a bella posta una conversazione alla qual è estraneo...”

da *L'occhio di V. Nabokov*

Smurov è il personaggio di un breve romanzo del 1965, dove Nabokov descrive il mondo interno di un “Sogljadataj”: un “osservatore”, una “spia”. Smurov è, in realtà, un emigrato nella Berlino del periodo della rivoluzione russa: gente sradicata dal suo paese, costretta ad adattarsi ad un nuovo mondo. E' un uomo inconsistente, sembra un fantasma e in lui si specchia un microcosmo di personaggi dell'emigrazione russa, dall'indigente all'uomo di successo, come Kasmarin, ricco commerciante inserito nella società tedesca, e per questo suo naturale opposto.

Spesso nel penetrare la psicologia dei pazienti con disturbo evitante di personalità (da adesso in poi DEP), approdiamo a persone come Smurov, spettri in un mondo al quale non appartengono, dove assumono un ruolo di “osservatore” piuttosto che di “attore”.

In questo capitolo sosterremo che l'esperienza di estraneità e non appartenenza è centrale nel determinare e mantenere la dinamica del disturbo, che essa è, ricorsivamente, effetto e causa di deficit di metarappresentazione e che gli stati mentali e i cicli interpersonali

problematici rappresentano diverse modalità di organizzare e/o reagire a quest'esperienza di base.

10.1. La fenomenologia clinica del Disturbo Evitante.

Il DEP nasce come entità diagnostica grazie a Millon (1969), che lo differenzia dalla personalità schizoide: dolorosamente inibito nel contatto sociale il primo, distaccato e indifferente alle relazioni il secondo. Alla soglia del contatto con gli altri il DEP si sente inadeguato, ne teme il giudizio negativo, è inibito e prova emozioni di ansia e vergogna, tipiche delle componenti fobiche della personalità (Akthar, 1986). Vive in modo più o meno pervasivo un senso di estraneità nei rapporti duali e di esclusione da quelli gruppalì: non riesce a provare un pieno ed appagante senso di condivisione e di appartenenza (Procacci, Semerari, 1998).

P: Ci si trovava a cena con compagni di scuola dove tutti avevano ricordi dell'infanzia in comune; il vero problema era la mia alternativa poiché io nemmeno un'infanzia felice avevo avuto da raccontare... non avevo una mia esperienza felice da opporre per difendermi da quei racconti degli altri

Sono parole di Francesco, un giovane professionista che lavora, ha una bella casa dove vive da solo, ma è sfiduciato, stanco. Sarebbe felice di poter sentire il legame che vede unire gli altri; invece se ne sente distinto, estraneo. La sua ricerca di contatto è minata da questa percezione di estraneità.

Le caratteristiche essenziali del Disturbo Evitante come descritte nel DSM-IV-TR sono: una modalità pervasiva di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità alla valutazione negativa. Le variazioni dei criteri nosografici a partire dal DSM-III-R, hanno spostato progressivamente l'attenzione dal modo di vivere i rapporti intimi verso un più generale disagio nelle relazioni sociali, con il risultato di rendere confusi i confini del disturbo: sebbene i due aspetti possano coesistere, questo però non è necessario (Livesley, 2001). Il set di criteri diagnostici proposti si è rivelato poco specifico, tanto da comportare numerose sovrapposizioni del Disturbo Evitante con altri quadri clinici (Stuart, Pfohl, Battaglia, Bellodi, Grove, Cadoret, 1998). Millon (2000) ha cercato di risolvere questo problema descrivendo diversi sottotipi di personalità evitante, ciascuno caratterizzato da tratti di altri disturbi (ad esempio dipendente, paranoideo). Questo rimanda alla necessità di individuare una dimensione sottostante comune che sostenga manifestazioni cliniche non sempre rigidamente sovrapponibili.

In tal senso, il DEP è il disturbo dell'intimità, dove forte è il desiderio di stabilire relazioni strette, all'interno delle quali, però, ci si sente esclusi .

Gli evitanti collegano il senso di inadeguatezza che vivono nella relazione all'aspettativa di essere rifiutati o giudicati negativamente; ne consegue la tendenza ad evitare, fuggire i rapporti con gli altri. Il deficit di decentramento proprio di questi pazienti amplifica il timore del giudizio negativo: i comportamenti degli altri vengono valutati come svalutanti senza riuscire a formulare ipotesi alternative. Nelle parole di Francesco:

P: Ero in quella festa con Giulia; ero teso perché mi sentivo osservato, che figura! “Sicuramente diranno qualcosa” pensavo. Giulia lo aveva notato e mi disse. “Che hai? Vuoi andare via?” “Sì” le risposi “Andiamo”.

La difficoltà ad abbandonare una posizione egocentrica porta l'evitante ad essere diffidente nelle relazioni. Tale prospettiva è condivisa dal Disturbo Paranoideo; ma in questo, la distanza interpersonale appare legata ad una costante percezione di minaccia e pericolo (Nicolò, Centenero, Nobile, Porcaro, 2002). Il DEP non teme malevoli intenzioni nascoste, ma sperimenta un vuoto relazionale profondo che non riesce quasi a descriversi, ma che traduce in un senso di estraneità dal contesto; la sua sfiducia è legata al timore di sentirsi imbarazzato ed umiliato una volta scoperta la sua inadeguatezza.

L' evitamento allevia stati d'animo negativi elicitati dalla rappresentazione di relazioni intime come problematiche (Beck, Freeman, 1990). Il desiderio di affetto si accompagna ad una costante paura del rifiuto, di qui il ritiro in una solitudine vissuta con tristezza.

Secondo Perris (1993) il concetto di sé degli evitanti è di essere socialmente incompetenti; ciò li rende estremamente sensibili al giudizio, timorosi del rifiuto e proni a pensieri automatici auto-critici. Un giudizio negativo confermerebbe la loro convinzione di essere non amabili e pieni di difetti. La prospettiva del rifiuto è quindi per loro dolorosissima e, vista la bassa autostima, preferiscono tenere a distanza le persone che avvicinandosi, potrebbero scoprire la loro vera natura

Hanno scarsa capacità di riconoscere gli stati interni e risultano opachi a se stessi e agli altri. Quando la capacità di monitoraggio è conservata vengono riferite emozioni quali ansia, vergogna e timori di giudizio negativo .

In alcuni casi, l'insieme delle variabili mentali sin qui descritte (senso di non appartenenza, temi di estraneità, deficit di monitoraggio e/o di decentramento metarappresentativo) porta ad un malfunzionamento simile, al disturbo schizoide, come notavano autori storici (Bleuler, 1908; Kretschmer, 1925), esemplificato dal discorso di Alessandro.

P: il muro che c'è tra me e gli altri è un muro psicologico emotivo tante volte io, come ripeto, non chiedo delle cose oppure perché c'ho paura come dicevo prima delle risposte ma perché io... già mi sento non dico inferiore agli altri però per queste mie difficoltà psicologiche, per queste mie problematiche anche se poi vabbè sviluppano altre cose però possono essere positive altre cose o negative altre però uno, cioè io già mi faccio un paragone con gli altri che poi può essere giusto o sbagliato allora ecco perché poi mi chiedo tante volte ma perché gli altri?

La barriera che lo divide dagli altri non gli permette di condividere alcunché, né di sentirsi parte di un gruppo, Alessandro avverte una diversità di fondo:

P: (...) cioè adesso per dire, tanto per scherzare, io è come se andassi in giro con un cappello da asino psicologico perciò anche quando vado, faccio un esempio, in un super mercato si uniscono due serie di problematiche alle difficoltà mie personali, poi mi guardo intorno perché logicamente non è che sono asettico, mi guardo intorno, vedo le persone a fianco o che ne so come oggi, vado lì, chiedo delle cose, interagisco col commesso con la commessa ecc. però poi che succede? (...) non c'è questa cosa, come posso dire, da pari a pari non so come dire, ecco facciamo l'esempio del lavoro, tante volte vorrei fare una battuta nei confronti delle persone, ma no una battuta, però tante volte non la faccio perché dico "oh! e se venisse male interpretata sta cosa"

Millon (1969) spiega le distinzioni tra schizoide ed evitante, riprese nel DSM-III: "La definizione 'schizoide' è limitata alla personalità caratterizzata da un'intrinseca difficoltà nello stabilire relazioni sociali. La definizione 'evitante' descrive quelle persone che hanno sia la capacità sia il desiderio di relazionarsi socialmente, ma che temono l'umiliazione e il rifiuto e per questo evitano tali relazioni". Questa distinzione ha portato ad una dicotomia artificiale tra i modelli psicopatologici da conflitto (evitante) e da deficit (schizoide). La differenza principale tra evitante e schizoide è che l'evitante desidera un coinvolgimento sociale e ha una sensibilità estrema verso gli altri, mentre lo schizoide preferisce la solitudine ed è indifferente all'accettazione o al rifiuto. L'evitamento, sostiene Millon, è una scelta attiva con cui l'individuo difende se stesso da un ambiente che percepisce rifiutante. Alessandro arriva, così, a preferire la relazione con gli animali a quella con le persone.

P: io devo difendere, purtroppo, è questo il paradosso, la mia malattia cioè la mia situazione, le mie difficoltà psicologiche, io ce l'ho lo so che ce l'ho, allora che faccio? non mi posso mettere alla berlina, allo sbaraglio le devo in qualche modo difendere... agire in un certo modo, in maniera che non vengano troppo a galla (...) con gli animali questa cosa non esiste perché l'animale è l'altra persona che parla, c'ha la sua personalità, le sue cose che ti può contrapporre delle cose, (...) l'animale colma quel vuoto anche affettivo, emotivo che uno non riesce, per motivi suoi, per motivi soggettivi o oggettivi, a realizzare in maniera sociale allora nel caso mio che io sto agli arresti domiciliari l'animale che cosa fa? l'animale è un surrogato di quello che uno non fa, cioè è un essere, è un essere animato che compensa certe cose

L'evitamento coincide con una progressiva chiusura sociale, fatta esclusione del contesto familiare d'appartenenza, vissuto magari conflittualmente ma sempre con forte dipendenza. I familiari considerano l'evitamento uno stile di vita più che un problema psicologico: questo ritarda la formulazione di una richiesta d'aiuto. La minaccia della rottura dei legami di dipendenza familiare può diventare motivo di richiesta di psicoterapia da parte dei genitori. Francesco, ad esempio, è stato inviato in terapia dalla madre perché quando cerca di capire le ragioni dell'isolamento relazionale del figlio questi si fa ombroso, aggressivo e lamenta un'eccessiva presenza dei genitori nella sua vita. Alessandro, invece, vive la presenza dei genitori vicino casa come un'inevitabile "gabbia dorata". Ammette che gode i vantaggi della dipendenza protratta (ha quarantatré anni) ma forse: "si impicciano un po' troppo".

Queste personalità mostrano nella loro storia una dipendenza da nuclei familiari compatti e chiusi. Nell'ambito della famiglia, il bambino poteva essere anche oggetto di continui scherzi ed umiliazioni, ma la famiglia veniva presentata come la principale fonte di sostegno, unico luogo sicuro in un mondo di persone rifiutanti (Benjamin, 1996). Tali dinamiche lasciano pensare a forme di dipendenza endogamiche (Pontati, Menarini, 1994).

La dipendenza nelle relazioni renderebbe ragione secondo alcuni della comorbilità tra DEP e Disturbo Dipendente (Stuart, Pfohl, Battaglia, Bellodi, Grove, Cadoret, 1998). In entrambi i disturbi, i pazienti desiderano stringere relazioni significative, all'interno delle quali però provano un forte senso di inadeguatezza ed insicurezza. Mentre siamo convinti del legame di dipendenza che unisce gli evitanti alle loro famiglie, meno certi siamo sulla possibilità che questi possano instaurare legami di genuina dipendenza con altre persone. Come dice Perris (1993): "L'anticipazione di fallimento in ogni tentativo di stabilire una relazione rende tali pazienti estremamente acquiescenti ed incapaci di far valere il proprio punto di vista". L'evitante vive la distanza interpersonale, ma la paura del rifiuto e lo spettro della solitudine lo portano ad affiancarsi agli altri. Quando riesce a stabilire una relazione, vi si attacca con tenacia, assecondando l'altra persona per evitare quel rifiuto che confermerebbe l'immagine di sé inadeguata. Vivo è quindi il rapporto in modo stabilmente coercitivo (mentre il dipendente solo transitoriamente attraversa questo stato), aspetto questo che genera rabbia e frustrazione.

Evitanti e dipendenti si distinguono anche per la difficoltà di questi ultimi nel vivere la separazione: separati dalla figura di riferimento si raffigurano incapaci di affrontare il mondo, l'evitante prova invece un senso di libertà. Nel DEP non abbiamo una rappresentazione di sé come nel dipendente, ovvero "... quella di essere fundamentalmente impreparati a poter funzionare in un mondo così difficile e freddo" (Perris, 1993). Come nota Millon (1991) il

DEP si sente “socialmente inetto e personalmente non attraente, e per questo la sua principale preoccupazione è di evitare l’umiliazione e il rifiuto, non l’essere accudito come può accadere nel dipendente”. Il concetto chiave per distinguere l’evitante dal dipendente è allora il ritiro sociale (Pfohl, Coryell, Zimmerman, 1986).

L’evitante soffre spesso di umore depresso. Una volta solo, intraprende attività o passatempi che, momentaneamente, lo gratificano e lo proteggono dal contatto interpersonale (colleziona film, ascolta musica). Tuttavia, quando realizza che questo è segno dell’incapacità a vivere una vita come gli altri, si deprime profondamente. Giovanni esprime bene questa condizione:

P: no, che Maria mi chiamasse per salutarmi prima di partire per le vacanze, lì per lì mi ha fatto piacere. Sono rimasto a casa, quella sera c'era la semifinale dei mondiali, ho visto la partita con tutta la famiglia, ma dopo l'intervallo mi è venuto improvvisamente un magone.

T: me lo dica bene perché è importante.

P: un senso di autodistruzione, una mania di autoeliminazione, voglia di sparire di andare via, mania suicida, di farsi del male, autolesionista. Se ne sono accorti pure i miei perché avevo appena mangiato, ho cambiato espressione e ho dato di stomaco, una cosa allucinante un incubo. Ho detto: guarda mamma che sto male

T: si ricorda in quei precisi momenti la sua mente dove andava?

P: pensava a sparire a disintegrarsi, andare via, ero lucido nel senso che rispondevo a mia madre che mi chiedeva che avevo, ma la partita non sono più riuscito a seguirla. Sono stato quasi due giorni non malissimo ma con questo malumore non proprio di picco profondo ma depressione.

Giovanni, nel corso della seduta spiegherà che la sua era stata una sensazione di vuoto interno e solitudine. Dopo un inverno in cui aveva finalmente trovato al lavoro un ambiente in cui stare con gli altri, la pausa delle vacanze e i saluti di una sua amica lo avevano ricondotto a guardare alla sua condizione di vita in modo catastrofico.

L’umore depresso li porta a chiedere cure. La tendenza al ritiro ed isolamento incrementa la vulnerabilità alla depressione nel DEP (Alnaes, Torgersen, 1997). Le fasi depressive esprimono il fallimento delle strategie di coping messe solitamente in atto, lo spazio creato dall’evitamento sociale diventa insopportabile.

Le cadute dell’autostima sono frequenti. A partire da una bassa autostima, forte è l’attivazione ansiosa quando l’evitante si prefigura e vive dinamiche relazionali. In questo il DEP condivide caratteristiche salienti con la Fobia Sociale: il senso di inadeguatezza con bassa autostima, l’ipersensibilità al rifiuto, l’evitamento sociale. La diagnosi differenziale è per questo difficile (Dahl, 1996). Ipotizziamo che la dimensione dell’appartenenza discrimini i due disturbi; in tale area il fobico sociale non sembra avere problemi, si sente inadeguato in situazioni di esposizione, a differenza dell’evitante che non riesce a “sentirsi” in relazione

(Procacci, Popolo, Petrilli, Vinci, Semerari, 2002). Nell'evitante il senso di estraneità nella relazione mantiene una bassa autostima in quanto conferma una rappresentazione inadeguata di sé; nel fobico sociale invece la stima di sé è legata all'esito della prestazione e alla valutazione ricevuta dagli altri.

Un'emozione centrale del disturbo è la vergogna. Gabbard (1992) ritiene che la centralità della vergogna nel DEP configuri un nesso psicodinamico con certi tipi di pazienti narcisisti (cfr. narcisista ipervigile di Kohut). Sia i narcisisti che gli evitanti sono proni alla vergogna, ma i primi raggiungono più facilmente stati in cui si percepiscono superiori e quindi protetti da tale sentimento. Gli individui con DEP possono vergognarsi di molti aspetti del Sé (Wurmser, 1981); le situazioni sociali devono essere evitate perché è lì che le loro inadeguatezze sono esposte alla vista di tutti. Il narcisista cerca negli altri conferme alla propria grandezza, l'evitante smentite alla propria inadeguatezza. Nella prospettiva della teoria dell'attaccamento il DEP mostra un'importante sovrapposizione con la categoria d'attaccamento adulto tipo "fearful"; questo stile è caratterizzato da rappresentazioni negative di sé e degli altri: gli altri non sono accudenti e non sono disponibili e il sé non merita affetto. L'immagine di sé negativa viene rafforzata dall'arousal emotivo ed indebolita da fattori che inibiscono l'attivazione di meccanismi regolatori dell'emozione (Mikulincer 1998). In ogni stile di attaccamento si costituisce uno stile di conoscenza (Lorenzini, Sassaroli, 1995). I disturbi di personalità del cluster C, che si ipotizza siano caratterizzati da un pattern d'attaccamento insicuro-ambivalente, mostrano una tendenza all'evitamento cognitivo, con il soggetto intento a non incorrere in invalidazioni restringendo il campo esplorativo. Nella relazione prevale un atteggiamento di chiusura che esprime la difficoltà a fare riferimento a nuove informazioni provenienti dal contesto nel formulare un giudizio sociale (Mikulincer, 1997).

La nostra concettualizzazione del DEP nasce da considerazioni già espresse in letteratura (Beck, Pretzer, 1996; Gabbard, 1992; Horney, 1945; Millon, 1969; Perris, 1993). L'analisi tramite la SvaM e la Griglia degli Stati Problematici ci ha portato a ulteriori osservazioni (Procacci, Popolo, Vinci, Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicolò, Pontati, Alleva, 2000): I pazienti mancano, in misura più o meno grave, della capacità di monitorare idee e emozioni e della capacità di cogliere relazioni fra di esse e le variabili comportamentali ed ambientali. La mente del soggetto risulta, così, opaca a se stessa. Inoltre, i contenuti mentali più rilevanti sembrano essere il senso di estraneità e di non appartenenza.

Abbiamo cercato di organizzare i dati della letteratura e le nostre osservazioni in un modello che tenti di spiegare come il disturbo si mantenga stabile nel tempo (Procacci et al., 2001).

10.2. I fallimenti metarappresentativi

Il DEP presenta il seguente profilo di disfunzioni metarappresentative:

a.) Un deficit di identificazione, ovvero la difficoltà di riconoscere e definire le componenti (pensieri ed emozioni) dei propri stati mentali.

b.) Un deficit nella capacità di associare le variabili del proprio stato mentale e porle in collegamento con altre variabili ambientali

c.) Un deficit delle abilità di padroneggiamento dell'esperienza problematica.

d.) Un deficit di decentramento:

Un deficit di monitoraggio metarappresentativo rende la mente del soggetto "opaca" al soggetto stesso; il DEP in molte circostanze descrive a fatica i propri stati mentali così come le motivazioni che regolano il proprio comportamento. Questo deficit funzionale è tipico degli individui alessitimici; in relazione al grado di compromissione di tale funzione, gli evitanti tendono a misconoscere le proprie emozioni, come Alessandro nell'esempio seguente:

T: Vediamo, mi stava descrivendo una sera a cena con altre persone....

P: Sì, non sto bene in quelle situazioni.

T: Può dire cosa sente?

P: Un disagio

T: Può essere più preciso?

P: Sì, un disagio, non sto bene lì.

La difficoltà a identificare gli stati interni porta a comunicare a fatica o per nulla i contenuti della propria sofferenza. Nella relazione il terapeuta deve fare appello a forti dosi di intuito e pazienza per ricostruire il discorso del paziente, deve essere preparato all'effetto "muro" che può avvertire sin dall'inizio nel corso del colloquio (Dimaggio et al, 1999).

La capacità di riconoscere e discriminare i contenuti mentali propri e altrui ci permette di individuare il tipo di esperienze, credenze, preferenze, attitudini che abbiamo in comune con gli altri. Un deficit del monitoraggio ostacola la costruzione di questa dimensione condivisa.. Possiamo ritenere che i DEP con grave deficit di monitoraggio vivranno rapporti condizionati dalla percezione di non appartenenza e non condivisione, si distaccheranno facilmente e questo acuirà il senso di estraneità (cfr. "Smurov", più avanti).

Alcuni autori mettono in relazione la difficoltà ad accedere e comunicare i propri stati interni al ricordo non gratificante delle prime relazioni significative (Fonagy, 1996). Millon (1991) evidenzia che i genitori di pazienti che svilupperanno un DEP risultano, spesso, umilianti, rifiutanti; inflessibili e interessati alla costruzione di un'immagine sociale inappuntabile (Benjamin, 1996). I pazienti ricordano allora l'atmosfera di casa negativamente, con le relazioni familiari prive di un calore affettivo: L'assenza di affetto genitoriale rende complessa la costruzione di un proprio vocabolario emotivo in un contesto costrittivo ed umiliante che congela le possibilità espressive. Tuttavia, non tutte le narrazioni ricalcano questo canovaccio. Alcuni nostri pazienti, ad esempio, rievocavano, come evento traumatico, proprio l'uscita da un ambiente familiare caldo e accudente e il confronto con un mondo di coetanei aggressivo e giudicante.

Un ulteriore aspetto del disturbo del monitoraggio metacognitivo è dato dalla difficoltà di cogliere le relazioni tra aspetti della vita psichica e variabili ambientali, come nel caso di Marco:

P: Eravamo dentro il laboratorio, Mario parlava, salutava, scherzava. Io ero agitato. Ad un certo punto, cercavo di non farmi notare anche se ho avuto il sangue alla testa, forse la mia faccia era più gonfia da una parte. Non sapevo cosa fare, ero del tutto bloccato. Prima che gli altri notassero il mio stato, ho detto a Mario che dovevo subito tornare in ufficio ed a occhi bassi sono rapidamente uscito.

T: Cosa l'aveva agitato?

P: Il mio maledetto imbarazzo, non riesco a stare con gli altri.

Nel momento di maggiore malessere il paziente tende a focalizzare l'attenzione sul suo comportamento: è autocentrato, e l'attivazione emotiva rende l'osservazione confusa ed incerta. Concentrandosi progressivamente sul proprio disagio, ignora il contesto ambientale; di cui coglie solo l'elemento di estraneità e di potenziale giudizio. La prospettiva egocentrica impedisce al paziente di riconoscere gli elementi ambientali che possono contribuire a correggere l'ideazione disfunzionale

I pazienti hanno difficoltà a distinguere tra il proprio funzionamento mentale e quello degli altri. Le operazioni di decentramento falliscono e il senso soggettivo di inadeguatezza diventa, sotto forma di giudizio negativo, il contenuto attribuito alla mente degli altri, indistintamente descritti come impegnati a valutare e giudicare il paziente. Così Carla descrive questa condizione.

P: Mi trovo a disagio nel camminare per strada, spesso scelgo le ore meno trafficate

T: Cosa le provoca il disagio?

P: Lo sguardo delle altre persone, mi infastidisce molto.

T: Che motivo avrebbero nel guardarla?

P: Questo non lo so, sembrano sguardi di disapprovazione.

T: Lei cosa prova in quei momenti?

P: Sono a disagio con me stessa, un po' fuori luogo.

La paziente attribuisce il disagio all'atteggiamento nascostamente "emarginante" da parte degli altri. Ma alla domanda del terapeuta su che cosa pensino realmente gli altri di lei, la paziente non riesce nemmeno a fornire un'ipotesi.

Nel DEP sono compromesse anche le abilità di *mastery*, ovvero le capacità di definire i problemi in termini psicologici e di mettere in atto strategie adeguate per la loro soluzione o per fronteggiare la sofferenza psicologica che ne deriva (Carcione et al., 1997). Poiché l'evitante ha difficoltà a percepire i propri stati mentali ed associarli alle variabili relazionali o a costruire una rappresentazione corretta del funzionamento mentale altrui; se prova disagio reagisce con primitive strategie comportamentali, naturalmente di evitamento (Procacci et al., 2000).

Alessandro conduce una vita ritirata, esce da casa per andare in ufficio e poi torna alla sua abitazione. Le donne sono la sua "disperazione". Riconosce di provare un'attrazione sessuale che però è convinto di non potere appagare. Ricorda il personaggio di una gustosa commedia con Nino Manfredi nei panni di un insospettabile signore tormentato da continue immagini o visioni di donne discinte che non conosce. Per Alessandro però altra possibilità non c'è se non di sfogare la sua esuberanza sessuale in un fuga verso casa che esita in un disperato e solitario atto di autoerotismo.

Solo quando, nel corso della terapia divenne consapevole dei suoi problemi psicologici, apparvero strategie più sofisticate di padroneggiamento di II livello, come si vede nel brano successivo:

P: Stavo recandomi ad un appuntamento con i ragazzi per l'uscita in discoteca, ero contento... eppure nell'andare lì incominciai ad avvertire il solito problema, la paura, ad immaginarmi loro lì già riuniti ed io che dovevo arrivare...

T: Cosa ha fatto allora?

P: Contrariamente al solito, mi sono detto "Dai non mollare.. sei quasi arrivato" ed infatti appena ho visto il gruppo, Mario mi ha salutato, io ho salutato Gino e poi siamo andati tutti con la mia automobile sino alla discoteca...

Il paziente nell'affrontare il gruppo avverte la paura del confronto sociale, riconosce però lo stato mentale problematico come proprio e tipico: quindi, tramite un'autoingiunzione positiva ("dai non mollare...sei quasi arrivato"), supera il pensiero negativo, prosegue verso la destinazione prevista e si inserisce nel gruppo senza provare più alcun disagio.

10.3. Il dolore di non appartenere

La capacità di percepire sentimenti d'appartenenza ad un gruppo sociale è una delle funzioni basiche della personalità normale (Livesley, Jang, 2000). Il senso soggettivo d'appartenenza si basa sulla convinzione di condividere qualcosa con gli altri membri del gruppo: scopi, valori, interessi, piaceri, esperienze, ricordi. Se questo avviene in una relazione duale parliamo di condivisione (Procacci, Semerari, 1998). Per Baumeister e Leary (1995) l'appartenenza è il bisogno fondamentale di sentirsi legati agli altri. La sua durata e stabilità nel tempo garantisce all'individuo il formarsi di relazioni affettive necessarie al benessere. La mancanza di appartenenza costituisce una deprivazione che è fonte di disagio. Ogni individuo stabilisce legami interpersonali che rinsaldano la sua identità sociale (Castelfranchi, 1997). Nei gruppi gli individui condividono degli elementi con gli altri e questo dà loro la percezione di una collocazione esatta nel contesto. Le situazioni di cambiamento sociale possono rompere i legami costituiti e provocare sofferenza psicologica. Gli individui normali riescono però a ricostituire legami con altre persone grazie al fatto di essere buoni psicologi ingenui. Questo significa avere accesso ai propri stati mentali e saper costruire una buona rappresentazione di quelli degli altri. Dal confronto tra stati mentali propri ed altrui è possibile capire ciò che è condiviso e fondare, così, nuovi legami d'appartenenza. La competenza metarappresentativa è ciò che permette di fare questo. La condivisione così creata consente di sentirsi parte del contesto sociale e di muoversi a partire da regole, interessi, valori, credenze e sentimenti sentiti comuni.

Anche le credenze su di sé e sugli altri, influiscono sul modo di percepire il grado di inclusione/esclusione nei processi relazionali e sociali. Saremo tranquilli se tutto si svolge nella pienezza del sentimento di appartenenza e di condivisione, mentre doloroso sarà l'impaccio in chi vive si sente estraneo e sa di non potersi sottrarre completamente alla relazione.

P: L'esclusione avveniva già ai tempi di scuola; mentre gli altri compagni, uscivano con le prime ragazzine, io non riuscivo a conoscere nessuna. Ho vissuto molto male il "tempo delle mele". Ero timido ma più che altro mi vedevo diverso, brutto. Se avessi avuto altre caratteristiche fisiche, ad esempio l'altezza, forse avrei potuto provare senza la paura del rifiuto e della umiliazione. Così per tutto il periodo delle scuole: non piacevo a nessuna, nessuna avventura, nessuna pomiciata: solo io vivevo questo non i miei compagni di scuola.

Francesco descrive la sofferenza di sentirsi escluso dal gruppo; esperienza continuata per tutta la sua adolescenza e che lega alle proprie caratteristiche fisiche. Qualsiasi cosa tenta di fare si scontra con il confronto impietoso con gli altri. Si convince a tal punto di essere

diverso che anche quando, giovane professionista, riesce ad avere una relazione con una ragazza, percepisce una competizione persa con altri immaginari:

P: Stavo in scuola di ballo con Eleonora. Ora sono alcuni mesi che stiamo Insieme veramente bene

T: Finalmente, ma cosa è accaduto?

P: Mentre ballavo in pista si sono avvicinate due belle donne, una mora e l'altra bionda: due stanghe. Ho iniziato ad innervosirmi

T: Cosa ha pensato?

P: Che una donna così non la potrò mai avere. Sicuramente le potranno conquistare uomini alti come loro. Ancora una volta i miei sforzi sono vani: non potrò vivere come gli altri!

Francesco si illude che la soluzione del suo problema stia nel raggiungimento di un'appartenenza ideale. Cerca sempre quello che gli manca, condannandosi così al senso di esclusione. In conseguenza di questo si arrabbia, perché vorrebbe mostrare a tutti di vivere meglio degli altri.

Gli stati di rivalsa narcisistica sono una soluzione psicologica per reagire al senso di esclusione. Mancando la percezione di comunanza si oscilla tra il senso di essere l'ultimo dei reietti e il desiderio di diventare il primo dei vincitori.

Quando un evitante riesce a vivere un'esperienza di appartenenza, ecco allora affacciarsi una sensazione di vero benessere, con incremento dell'autostima.

P: Sono stata poi in Germania al raduno generale della nostra associazione, è stata una bella esperienza. All'inizio ci avevano divisi. Per nazionalità all'interno dello stadio; quando l'altoparlante. Chiamava i paesi ogni gruppo si alzava e cantava l'inno. Io l'ho fatto con l'inno di Mameli, stavo quasi piangendo...poi quando hanno chiamato la Francia, ho cantato sottovoce la Marsigliese. Una vicino a me mi ha detto "Ma che fai?" ed io "Sono metà italiana e metà francese perciò li canto tutti e due"

T: cosa ha provato in quel momento?

P: Ero fiera di me. Mi ero definita allora, mi sono detta, posso essere ciò che sono. Ho sentito una profonda energia che ancora porto dentro.

L'esperienza di appartenenza si nutre spesso di simboli e consuetudini. Giulia li condivide e finalmente percepisce un'identità sociale definita: questo le restituisce efficacia personale e agio in luogo della depressione che avvertiva negli ultimi mesi. Il senso di appartenenza, se sperimentato, porta miglioramenti sulla self-efficacy e sul tono emotivo, con agio e benessere (Procacci et al., 1999).

A volte la non appartenenza è alimentata dalla mancanza delle più semplici abilità sociali.

P: Spesso durante una conversazione tra persone mi blocco.

T: Perché ?

P: Osservo gli altri interloquire, dire cose interessanti e mi chiedo “cosa posso dire io di veramente interessante?” Non mi viene però nulla e così sto zitto e rimango a sentirli parlare. Più parlano, più mi distraigo e poi non ci faccio caso ma sono distante da tutti.

Discutere se viene prima la non appartenenza o la bassa autostima rischia di diventare disputa tra clinici appassionati di modelli teorici. I pazienti, in realtà, ci aiutano evidenziando, alcuni, il carattere primario del senso di non appartenenza, come Alessandro; altri vivono il prevalere del problema di sentirsi “inferiore”, come Francesco nell'esempio che segue:

P: Ai tempi del liceo, non riuscivo a stare bene con nessuno. Mi sentivo deforme e non tanto timido. Se fossi stato come gli altri, ragionando sulle ragazze come gli altri forse... ma mi sentivo escluso per via del mio aspetto fisico: Provarci con una ragazza ma senza il timore del rifiuto, cioè del sentirsi dire "ma tu nano, capoccione, nasone coi denti grossi, come pretendi che io esca con te"? Fatto sta che alle feste del liceo niente di niente: nessuna avventura, nessuna pomiciata.

In questi pazienti la percezione di diversità è fondamentale. Alcuni attribuiscono a deformità del corpo l'inadeguatezza personale; ma, contrariamente a chi, come nel disturbo alimentare, cerca, agendo sul corpo, di rinsaldare l'autostima, l'evitante ne fa un segnale immutabile del "destino" che lo separa dalle altre persone e ne limita la riuscita nei rapporti affettivi.

Dobbiamo considerare una varietà di situazioni in cui tre componenti (deficit metarappresentativo, disabilità sociali, credenze patogene) si articolano in modo caso-specifico a costruire la percezione complessa di non appartenenza e non condivisione.

Si possono immaginare due situazioni prototipiche:

1. Pazienti con minore penetranza metarappresentativa: la percezione del senso di non appartenenza e di non condivisione è più spesso collegata a rappresentazioni di sé come *estraneo*: gli stati mentali saranno caratterizzati da diversità e impaccio; la distanza interpersonale è vissuta da entrambi i contraenti le relazione
2. Pazienti con maggiore penetranza metarappresentativa: la percezione di non appartenenza e di non condivisione è dolorosamente presente e collegata a rappresentazioni di sé *inadeguato*: gli stati mentali saranno caratterizzati da esclusione, inadeguatezza, rifiuto e giudizio negativo da parte degli altri. Spesso il confronto con gli altri porta una perdita di autostima con tensione ansiosa o

depressione; le relazioni interpersonali oscillano tra desiderio di stabilire un legame e paura di non riuscirci (Procacci, Magnolfi, 1996).

10.4. I Stati Mentali Problematici

Nell'evitante possiamo dividere gli stati mentali problematici in temuti, di transizione e desiderati; nei primi (a e b) si aggregano i principali costrutti attraverso i quali l'evitante legge il mondo e anticipa il futuro; quelli di transizione (c, d, e), che derivano dai precedenti, costituiscono il modo con cui l'evitante solitamente "legge" la situazione relazionale in corso di svolgimento; infine, gli stati desiderati (f, g), si riferiscono a situazioni ricercate (ad es. solitudine gratificante) o desiderate (ad es. "rivalta narcisistica"). Avremo così: a) Stato di Estraneità; b) Stato di Esclusione; c) Stato di Paura, Minaccia; d) Stato di Rifiuto; e) Stato Ingiustizia subita; f) Stato di Rivalta narcisistica; g) Stato di Gratificazione Solitaria;

10.4.1. Stato di Estraneità

Il paziente lo descrive ricorrendo a metafore incisive (un muro, un vetro, una barriera, ecc.); è convinto che gli altri lo lascino solo in base a questa sua presunta diversità. Vediamo cosa dice Alessandro in proposito:

P:... avere un rapporto con le persone ma no a livello sessuale ma proprio un rapporto, come si dice, da persona a persona da essere umano a essere umano nemmeno quello io sono capace di avere perché mi nascondo, scappo, devo nascondere delle mie parti (...) ad esempio ho partecipato a due riunioni sindacali ma anche in passato io non ho mai detto una parola mai, mi sono messo lì ho ascoltato non ho mai detto una parola (...) devo fare uno sforzo enorme tante volte su me stesso per impormi delle cose anche minime a volte (...) io dentro sto in assemblea e quindi sto in contatto con la gente, uno sta in contatto ecco qui c'è l'assemblea, *però a volte dentro di me io sto proprio lontanissimo, sto proprio lontanissimo* da questa gente; non condivido razionalmente le idee delle persone... allora io ritorno nel mio canale, c'ho un canale tipo droga che mi consente di andare avanti nella vita di tutte i giorni però che mi succede che per motivi soggettivi e oggettivi sto canale è costretto a interrompersi allora lì si creano quei famosi periodi di *anomia*, (...) quando finiscono i programmi televisivi, cioè io c'ho dei determinati programmi televisivi che mi rappresentano una barriera nei confronti della mia incapacità di vivere... come si può dire, la mia non-appartenenza

Il paziente tenta di partecipare a manifestazioni pubbliche ("l'assemblea") ma non riesce a comunicare ("non ho mai detto una parola"); prova un senso di estraneità ("io sto lontanissimo") che lo allontana inesorabilmente dagli altri. L'*anomia* di Alessandro è la condizione in cui la sua soggettività non ritrova nella società elementi in cui riconoscersi.

Possiamo ritrovare in questo stato mentale una maggiore compromissione delle funzioni metarappresentative propria di evitanti di media o forte gravità per i quali il trattamento psicologico richiede anche strumenti di recupero di abilità sociale.

10.4.2. Stato di Esclusione

Nel secondo stato mentale, quello tipicamente descritto in letteratura (Millon, 1969, Perris, 1993, Gabbard, 1992), prevale il timore di un giudizio negativo, la bassa autostima; la sensazione di imbarazzo o vergogna aumenta la distanza interpersonale come nel seguente brano:

P: a me spaventa di essere respinto...anche se è una situazione in cui nessuno ci vede, io e lei soli...però se...io mi butto e lei mi respinge per me è come averci provato davanti ad ottanta mila persone...uno stadio...

Giovanni è un giovane studente che dopo anni di abbandono scolastico, ha finito il liceo ed ora si affaccia alla vita di giovane adulto. Il brano sottolinea l'intensità emotiva con cui prefigura il rifiuto da parte della ragazza e di come questo rappresenti un fatto vergognoso, tale da fargli immaginare di essere sottoposto al "dominio pubblico". La rappresentazione anticipata dell'esposizione all'altro provoca nell'evitante stati mentali del tutto sovrapponibili a quelli di individui con Fobia Sociale generalizzata, tanto da produrre incertezze sulla differenza tra le due diagnosi (Perugi, 2001); il riconoscimento della centralità di un "generale" disagio sociale nel disturbo evitante ha favorito tale confusione diagnostica (West, Keller, 1994). Un generale disagio nelle situazioni sociali non rappresenta in maniera esaustiva il disturbo evitante, in quanto estremamente variabili possono essere le modalità di espressione. E' possibile infatti osservare soggetti che, malgrado mostrino timidezza in molte situazioni sociali, sono in grado di stabilire delle relazioni intime; al contrario, altre persone possono essere a loro agio in situazioni sociali superficiali, ma temere relazioni strette (Livesley, 2001). Questi pazienti evitanti mostrano comunque una difficoltà nella gestione della distanza interpersonale, in termini di appartenenza (nelle situazioni di gruppo) o di condivisione (nelle situazioni duali) che può essere sostenuto da un "funzionamento" comune. L'analisi intensiva dei trascritti di due trattamenti psicoterapeutici condotti con un paziente evitante ed uno affetto da fobia sociale, suggerisce la presenza di differenti profili metarappresentativi nei due disturbi (Procacci, Popolo, Petrilli, Vinci, Semerari, 2002): nel DEP è presente un deficit di monitoraggio metarappresentativo, assente invece nel FS; questo comporta che l'evitante necessariamente ricorre all'evitamento per fronteggiare il disagio, mentre il FS ha uno spettro di strategie di padroneggiamento più ampio. Tali caratteristiche

portano le due tipologie di pazienti a vivere da prospettive diverse la dimensione interpersonale. Il FS non sembra preoccupato né generalmente ha problemi nel condividere una relazione o appartenere ad un gruppo; il calo di autostima è legato alle aspettative sulla prestazione e al timore del fallimento.

10.4.3. *Stato di Paura, Minaccia*

Lo stato precedente può transitare in un altro stato caratterizzato da Paura, Minaccia, Perdita di controllo. Questo avviene, soprattutto, nell'affrontare una nuova situazione relazionale o sociale, come nell'esempio seguente:

T: Quando Mario era venuto a trovarla era stato contento di vederlo?

P: Sì, ma martedì mi ha proprio messo in difficoltà...

T: Cosa è successo?

P.: Mario mi ha chiesto di accompagnarlo nel laboratorio. Mi ha detto "lì conosco tutti, te li presento, ti può essere utile per il tuo lavoro"

T: E lei cosa ha pensato?

P: Ero teso, ma non potevo dirgli di no. Mentre percorrevamo i vari corridoi per arrivare al laboratorio cercavo di calmarmi, ma senza riuscirci.

T: Cosa ha fatto?

P: Eravamo dentro il laboratorio, Mario parlava, salutava, scherzava. *Io ero agitato.* Ad un certo punto, cercavo di non farmi notare anche se ho avuto il sangue alla testa, forse la mia faccia era più gonfia da una parte. Non sapevo cosa fare, ero del tutto bloccato. Prima che gli altri notassero il mio stato, ho detto a Mario che dovevo subito tornare in ufficio ed *a occhi bassi* sono rapidamente uscito.

Marco descrive una situazione di sconfinamento territoriale da un luogo noto (il suo ufficio) ad uno nuovo (il laboratorio); situazione che affronta con un senso di blocco, malgrado il lavoro di preparazione dell'amico. Il contatto sociale suscita in lui forte ansia e dismorfofobia (la faccia si gonfia); l'arousal emotivo è tale da pregiudicare qualsiasi possibilità di controllo della situazione. L'evitamento attivo si rivela l'unica via d'uscita.

L'atteggiamento vergognoso, ad occhi bassi, con cui gli evitanti entrano in relazione è legato alla tendenza ad evitare lo sguardo altrui. L'evitante, impaurito, crede che gli altri lo guardino intensamente con ostilità, come se fosse particolarmente visibile (euristica di personalizzazione, Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979). Lo sguardo degli altri cela una minaccia, un rimprovero, un maligna intenzionalità. Quando si accorge di essere osservato presume un atteggiamento negativo dell'altro: "mi stava guardando, quindi aveva già notato la mia inadeguatezza". Lo stato mentale in esame ha permesso di cogliere dei punti di contatto tra il DEP e il disturbo paranoide di personalità: entrambi condividono la scarsa fiducia negli altri e la tendenza al pensiero egocentrico.

10.4.4. Stato di Rifiuto

Dallo stato di esclusione si può transitare in uno stato mentale caratterizzato da umiliazione, rifiuto e giudizio negativo. L'evitante prevede che ogni relazione lo condurrà in questo stato. La scarsa capacità di intuire da espressioni e comportamenti i pensieri degli altri fa sì che egli interpreti i segnali comunicativi come derisione o rifiuto. Quando lo stato temuto si verifica, come una sorta di profezia che si autoavvera, assume le sembianze di un destino crudele e ineluttabile, una condizione di vita perenne, dolorosa e inaccettabile, che lo fa sentire umiliato come si evince dal seguente brano tratto dalla terapia di Alessandro:

P: sapevo che non dovevo entrare in quel negozio che mi avrebbero guardato dall'alto in basso e infatti la commessa era scocciata ci ha fatto servire da un altro e io ho iniziato a stranirmi

T: cosa provava?

P: Mi sentivo una cosa dentro che ribolliva..... ero arrabbiato, sono stato malissimo tutto il viaggio di ritorno, mi sono chiuso e non ho più parlato, tanto è sempre la stessa storia...

10.4.5. Stato di Ingiustizia Subita

Se da un lato l'evitante tende a limitare i rapporti interpersonali, dall'altro cerca di proteggere delle "nicchie" relazionali dove poter mantenere un'idea di condivisione. Alludiamo a quei pochi rapporti stabili che l'evitante può avere, per nascita, come quelli famigliari, o l'unico rapporto di coppia. All'interno di questi rapporti emerge spesso uno stato mentale caratterizzato da rabbia, costrizione, ingiustizia subita.

Alessandro percepisce le relazioni come obbligate, mentre non si capacita come mai gli altri le vivano in modo libero e spregiudicato. Il rapporto è materia difficile del vivere: le consuetudini, la contrattazione rispetto alle divergenze, le regole della convivenza sfuggono alla sua comprensione. Quando capita di stabilire una relazione duratura questa assume il carattere di obbligatorietà: non è possibile scegliere con chi legarsi, ma è meglio assecondare l'altro per non rimanere nuovamente da soli. Così Alessandro riassume:

P:...io non posso essere arrabbiato con le persone o non posso dire di no alle persone perché anche se voglio fare diciamo il duro... Lorenzo sabato mi ha risposto male, io mi sono arrabbiato e ho detto "mò non ci parlo più con Lorenzo per un periodo di tempo" perché mi aveva fatto incavolare sabato e invece lunedì mi ha chiamato in ufficio "ah! ma che sei arrabbiato" io gli ho detto "no, non sono arrabbiato per niente" invece non era vero ero arrabbiato

T: ma perché è così difficile dire di no Sig. A.?

P: perché io sono in una posizione che non posso farlo perché già non ho rapporti sociali, se io mi arrabbio e taglio io irrazionalmente, alla fine io che faccio?

I rapporti, allora assumono le caratteristiche di una “gabbia dorata”: è un bene avere relazioni, difficili da costruire, ma queste limitano la libertà di espressione.

P: quando uno non ha rapporti sociali o ha pochissimi rapporti sociali che cosa succede? che quei pochi, quei pochi o quelle situazioni che si creano poi diventano un capestro perché nel momento in cui uno crea dei fili

T: perché diventano un capestro Sig. A.?

P: ... perché uno, uno per paura, per paura di perdere quei pochi rapporti che c'ha tante volte si trova in quelle situazioni, cioè io mi trovo in quelle situazioni capestro perché dico vabbè mò questo che ne so è nata sta cosa così, per dire, e vabbè sono d'accordo l'accompagno mò però è diventato quasi un obbligo

La rabbia, che è l'emozione che spesso accompagna i temi di costrizione o d'ingiustizia subita, può essere trattenuta, come nel precedente esempio, oppure agita in modo sfuggente (assenza sul posto di lavoro, esaurimento dei legami sentimentali). E' una forma di polemica silenziosa, non comunicata.

La “coercizione” al rapporto e la rabbia inespressa possono indurre l'evitante a manovre di distrazione attiva tramite le quali tenta di allontanarsi da stimoli ambientali che considera perturbazioni.

Il DEP si prefigura di vivere stati mentali desiderati, come i seguenti:

10.4.6. Stato di Rivalta Narcistica

Questo stato emerge di solito nelle fasi avanzate della terapia o a seguito di trattamenti con alti dosaggi di antidepressivi ed è caratterizzato da una sorta di autoesaltazione con indifferenza o disprezzo del giudizio altrui. Il DEP si sente finalmente padrone della situazione relazionale e agisce spinto da aspettative “grandiose”; in alcune circostanze sembra sotto effetto di “stimolanti”: non più incertezze o impaccio ma un atteggiamento deciso, un desiderio di essere al centro dell'attenzione, con una superbia che usualmente gli è estranea. La "metamorfosi" si accompagna ad un senso di rivalta. Tuttavia i sentimenti di non appartenenza, di distanza interpersonale e di diversità permangono invariati, anche se connotati da un effimero senso di superiorità. Le scarse abilità sociali possono, allora, portare ad atteggiamenti di caricaturale spavalderia. Giovanni lo esemplifica:

P: Sono cresciuto parecchio, gli altri mi vedono ma a mille chilometri di distanza, capiscono ora con chi hanno a che fare!

T: A chi si riferisce?

P: Agli altri ragazzi del lavoro. Sono ricercato, ammirato...insomma un fico!

Questo stato ricorda lo stato grandioso dei narcisisti ed spesso è diametralmente opposto allo stato mentale di impaccio, inadeguatezza e timore del giudizio negativo.

T: Mi sembra che pure con le ragazze va notevolmente meglio?

P: Sì, sono uno dei più attivi a dire la verità... l'anno scorso le dicevo che ci sono ragazzi che ci provano con tutte: io quest'anno sono uno di quelli. Prima mi preoccupava il fatto di pensare che qualcuno dicesse "Ah, ci stai provando", adesso non me ne frega più niente. Ci provo anche se ci fosse uno stadio, se devo fare una dichiarazione ad una ragazza, lo farei uguale senza vergognarmene assolutamente

T: In questo cosa pensi che ti ha aiutato, cioè reso più tranquillo?

P: Il fatto che giorno dopo giorno prendo sempre più fiducia in me stesso. Poi la fiducia me la danno anche gli altri, insomma. Se una persona ti considera, tu ti senti meglio, rispetto ad una persona che non ti considera.

T: Tu adesso ti senti più considerato?

P: Sì molto di più, dieci volte di più

Il paziente descrive come ha utilizzato le nuove capacità per rivalersi sugli altri e per raggiungere uno stato di esaltazione, in cui all'autostima positiva si associa un senso di benessere grandioso. Purtroppo questo non risolve loro i problemi di non appartenenza e di relazione, visto che gli altri solitamente reagiscono a tale atteggiamento allontanandosi.

10.4.7. Stato di Gratificazione Solitaria: Altro modo per rifuggire dagli stati mentali dolorosi è la ricerca di forme di gratificazione solitaria. Gli evitanti preferiscono uno spazio solitario dove "coltivare" piccoli piaceri personali. Alessandro è un patito di calcio:

T: Cosa fa quando sta in casa?

P: Pranzo da mia madre, poi passo a casa mia, lì accendo la televisione. Sa, in questo periodo ci sono gli europei di calcio. Non mi perdo una partita, un commento sportivo, un'intervista. Passo tutto il tempo davanti al televisore.

T: Ma non si sente solo?

P: Sono solo, ma cosa devo fare? Il calcio mi è sempre piaciuto, sin da bambino, sono tifoso della Lazio ma non vado allo stadio da anni. Mi riempio di calcio, leggo i giornali sportivi, so tutto sui giocatori, mi nutro di questo.

Le attività di gratificazione personale sono un buon "antidoto" alla solitudine, a breve termine evitano la depressione. Seppure isolato, l'evitante osserva però la differenza che c'è nel condurre una vita socialmente povera rispetto agli altri e questo lo fa precipitare in uno stato depressivo, l'autostima crolla verticalmente insieme al senso di non appartenenza.

I pazienti transitano da uno stato mentale all'altro a causa, spesso, dell'andamento delle relazioni. L'analisi dei cicli interpersonali è quindi il prossimo passo nella descrizione del disturbo.

10.5. I cicli interpersonali problematici

L'individuo costruisce schemi delle relazioni interpersonali che si mantengono stabili nel tempo. Nelle interazioni il paziente, a partire da determinate credenze, bisogni aspettative, desideri e timori, elicitando nell'altro specifiche risposte, che rinforzano le credenze iniziali, peggiorando la qualità della relazione (Dimaggio et al., 2001; Safran, 1984; Safran, Segal, 1990; Safran, Muran, 2000). Nel disturbo evitante abbiamo osservato alcuni cicli interpersonali tipici:

- 1) Il ciclo dell'Estraneità/Distacco
- 2) Il ciclo dell'Inadeguatezza/Rifiuto
- 3) Il ciclo della Costrizione/Esitamento

1) Nel primo caso, il DEP, si rappresenta come estraneo alla relazione, rilevando la sua diversità/anomalia rispetto all'altro e provando impaccio. L'altro rimane distante nell'attesa di segnali di avvicinamento: il soggetto interpreta questa distanza come conferma della sua diversità di base (*estraneo alla relazione*). Come avviene nello schizoide, il paziente evitante sembra cercare il distacco, ma solo apparentemente: rimane lontano dagli altri per via del senso di estraneità che gli impedisce il contatto interpersonale.

2) Nel secondo ciclo, dell'Inadeguatezza/Rifiuto, il DEP pensa che l'altro "inevitabilmente mi rifiuterà quando si accorgerà che non valgo nulla" (Perris, 1993), legge i propri segnali interni ed esterni come conferma di inadeguatezza e questo aumenta la sensazione di impaccio; l'atteggiamento timoroso può indurre gli altri a ritenerlo inadeguato. La percezione di tale valutazione negativa aumenta il senso di inadeguatezza.

3) Nel ciclo della Costrizione/Esitamento il soggetto sente l'altro vicino ma oppressivo; legge l'interesse dell'altro nei suoi confronti come sfruttamento o desiderio di sottometterlo, ha difficoltà a riconoscere le cause del suo stato interno e a fronteggiare il problema con mezzi adeguati. Quello che percepisce è solo un forte senso di costrizione e/o ingiustizia subita, venata spesso da rabbia inespresa e dal desiderio di fuggire ogni possibile discussione o chiarimento. L'altro, a sua volta, si sente ferito dal suo mancato coinvolgimento nella relazione, si sente solo a gestire emozioni che l'evitante non discute (*costritto alla relazione*).

Quando l'evitante si sottrae al rapporto a causa del senso di costrizione, l'altro aumenta inizialmente le richieste di coinvolgimento e i rimproveri, come avviene nell'esempio che

Francesco descrive. La reazione dell'evitante è di incremento del senso di costrizione ed ulteriore allontanamento. L'esito è spesso la rottura della relazione:

P: Nel periodo di Cristina, uscivamo spesso insieme. Lei era sempre alle prese con vestiti, cinema, teatro...io non ne potevo più! Più cercavo di "svicolare", più lei mi rimproverava perché ero disinteressato. Così mi portava ancora fuori e con tante cose da fare; ero proprio messo male, mi arrabbiavo tantissimo, meno male che poi è finita!

All'inverso, quando aumenta la distanza interpersonale, aumenta il desiderio della relazione. Francesco vive ora l'intimità come un traguardo da raggiungere. La partner lo ha allontanato, scatenando in lui paure ed ossessioni spesso al limite dell'irrealtà:

P: Cercavo Cristina, anche dopo che c'eravamo lasciati da due mesi, solo per vederla e controllare che fosse "piatta". La chiamavo per dirle che volevo vederla solo per un saluto: lei era impressionata perché pensava che fossi un mezzo paranoico o geloso. Ma io ero contento anche di ascoltare della sua nuova relazione con quel ragazzo, l'avevo persa ma non me ne fregava nulla, l'unica cosa che mi faceva stare malissimo era quella paura!

10.6. L'eteroregolazione delle scelte attraverso il contesto

Altro punto rilevante riguarda come l'evitante rappresenta i suoi scopi e in conseguenza di ciò prende decisioni sulla propria vita. Nelle situazioni sociali l'evitante si basa sulla eteroregolazione degli scopi, tende cioè ad aderire a quello che gli altri fanno; tale comportamento è strumentale e difensivo rispetto al timore dell'esclusione /rifiuto dal contesto in cui si trova:

P: Quando sono tornati qui, uscivo con il gruppo di Andrea che erano tutti vegetariani ed andavano in case senza cessi e senza elettricità in mezzo alla campagna, erano "sporchi" ed alternativi. Tanto strano era questa frequentazione che mia zia chiedeva a mia madre "che c'entra tuo figlio con quelli lì?". Ma avendo in alternativa nulla, accettavo pure quello.

L'adesione al gruppo è necessaria in quanto appare l'unica possibilità per non rimanere emarginato socialmente. Manca tuttavia la capacità di cogliere gli elementi di più profonda condivisione; la partecipazione alla vita del gruppo è puramente formale, rispettosa delle norme più esplicite. Questa modalità superficiale di partecipazione conferma il senso di inadeguatezza personale, e porta il soggetto ad avere cattiva stima di sé.

Al problema della costrizione, il DEP associa la sua incapacità di fare scelte condivise, spesso tende a prendere decisioni da solo ma se è in compagnia la scelta dell'altro è vissuta come imposta per via della sua difficoltà di negoziare sulle cose:

P: perché uno per paura, per paura di perdere quei pochi rapporti che c'ha o quelle situazioni che c'ha tante volte si trova in quelle situazioni cioè io mi trovo in quelle situazioni capestro perché dico vabbè mò questo che ne so è nata sta cosa così, per dire, e vabbè sono d'accordo l'accompagno. Mò però è diventato quasi un obbligo

T: no, ma uno dice "no, mò no"

P: da una cosa che è diventato un obbligo però che succede? ecco dove nasce poi la deviazione, che poi dentro di sé dice no, però poi dice si, come faceva Fracchia nella famosa battuta quando entrava prima diceva "mò gli dico questo, questo e questo" poi entra, entra si mette seduto (ride)

Questi pazienti, come Alessandro ha ironicamente osservato, si sentono incapaci di dire di no, presi nella morsa tra la costrizione e il timore della solitudine. Questo peggiora l'autostima, aumentando un'immagine di sé come debole e sottomesso.

Nelle situazioni duali la regolazione delle scelte diventa ancora più difficile e spesso è abbandonata in luogo di scelte solitarie ma più gratificanti. E' la strategia adottata da Alessandro:

P: Quando stavo con Maria, lei voleva andare fuori; io, qualche volta le mettevo delle scuse, che non mi sentivo bene o che avevo da fare e poi rimanevo a casa a vedere la partita o uscivo da solo per visitare le librerie...

10.8. Il modello di mantenimento del disturbo

Abbiamo sin qui descritto le componenti della mente che descrivono la personalità evitante. La descrizione, per essere completa, deve mostrare come le singole componenti si collegano tra di loro per costituire la psicopatologia del disturbo e soprattutto come la loro connessione crea dei circoli di mantenimento del disturbo stesso.

Inserire fig.1 circa qui

L'evitante, ha una rappresentazione di diversità e/o di inadeguatezza personale che vive come uno stato di fatto, più o meno doloroso, una realtà con cui confrontarsi nella vita; ha la percezione stabile dell'impossibilità a condividere e/o appartenere al mondo relazionale e

sociale. In condizioni in cui si sente al sicuro (isolamento sociale, famiglia, casa), tali rappresentazioni e le sensazioni che le accompagnano sono in genere sottomodulate. Prevale, invece, una sensazione di fondo di solitudine, estraneità e lontananza dal mondo che, alla lunga, diviene egodistonica e conduce il soggetto evitante comunque a cercare il contatto con gli altri. La percezione di inadeguatezza e/o di diversità tende a riacutizzarsi a partire dal confronto sociale e dalla percezione di emozioni negative di esclusione, impaccio e vergogna. Questo stato tuttavia può ancora presentarsi in forma sottomodulata ed essere gestito attraverso strategie di evitamento del problema e/o esitare in cicli di estraneità che rinforzeranno alla lunga la percezione di diversità e inadeguatezza, i deficit metarappresentazionali e il senso di non appartenenza.

Qualora le strategie di evitamento non siano sufficienti o qualora il contesto relazionale non le renda possibili, le previsioni negative esiteranno in stati di minaccia e perdita di controllo vissuti in modo fortemente egodistonico. Tali stati conducono verso lo stato temuto di umiliazione, rifiuto e giudizio negativo ricevuto. Lo stato di minaccia è da considerarsi pertanto come uno stato di transizione e non ha le caratteristiche di stabilità e pervasività del disturbo paranoideo. Le immagini anticipatorie di eventi relazionali, tipiche di questo stato, vanno quasi sempre nella direzione dell'evento temuto e conducono verso cicli interpersonali che rinforzano le convinzioni disfunzionali. In particolare, i cicli di rifiuto alimenteranno la convinzione di essere costantemente esposti al giudizio e al rifiuto da parte degli altri, mentre i cicli di costrizione alimenteranno la convinzione che l'interesse dell'altro sia mosso solo da fini coercitivi o di sfruttamento. Il risultato, in entrambi i casi, sarà un progressivo distanziamento dalle relazioni. L'evitamento protratto, a sua volta, rinforzerà l'inibizione sociale, l'autostima negativa e i deficit metarappresentazionali. Quando lo stato temuto si verifica, come una sorta di profezia che si autoavvera, (per via dei cicli interpersonali e dei deficit) assume le sembianze di un destino crudele e ineluttabile, una condizione di vita perenne, dolorosa e inaccettabile, vissuta con rabbia e umiliazione. Da qui, la fuga dagli stati problematici attraverso soluzioni solitarie di ripiego nel mondo delle fantasie e/o in attività di gratificazione che, al momento, leniscono la sofferenza, ma che, alla lunga, divengono anch'essi stati problematici riacutizzando il senso di inettitudine e di non appartenenza, alimentando i deficit metarappresentazionali e riattivando il circuito. In alcuni casi, inoltre, è possibile che dagli stati di rabbia e ingiustizia subita si transitino, attraverso comportamenti impulsivi, in stati rivendicativi che ricordano quelli di un quadro borderline o in stati di rivalsa narcisistica. Gli evitanti più sensibili a dinamiche di rifiuto e umiliazione

presenteranno in modo più o meno modulato tutti gli stati mentali e i cicli interpersonali descritti.

Per meglio descrivere alcuni aspetti del modello di mantenimento troviamo utile aiutarci utilizzando alcune figure dell'immaginario che identificano sottotipi del disturbo.

10.8.1. SMUROV o del Sé estraneo

Talvolta l'evitante presenta una modalità di relazione di distacco ed apparente indifferenza alle persone che lo circondano, una posizione più da osservatore che da protagonista della vita relazionale e sociale. All'inizio del capitolo, come immagine immediata di una dolorosa non appartenenza la figura di Smurov ci aveva aiutato a introdurre questo aspetto. Esistono evitanti, come il nostro Smurov, capaci di assumere un atteggiamento di estraneità nei rapporti e di viverli con doloroso distacco. Tali soggetti sono incapaci di avere una buona rappresentazione della mente altrui ed hanno difficoltà a riconoscere i propri pensieri, emozioni, sensazioni quando vivono le relazioni interpersonali. In colloquio portano il loro impaccio, la difficoltà a comunicare, la sensazione di profonda ed enigmatica estraneità, soprattutto nelle relazioni che dovrebbero definirsi "intime" e per loro non lo sono mai.

Inserire Fig. 2 circa qui

Questa è una condizione psicologica dove prevale l'estraneità, e il soggetto assume una prospettiva di osservatore del mondo, delle persone che lo popolano, delle relazioni tra di loro che le animano. Il senso di estraneità che fonda la non appartenenza dell'evitante alla comunità, gli rimanda temi di pensiero di diversità dagli altri e di impaccio all'idea di comunicare con gli altri. Questi lo osservano a loro volta o entrano in contatto con molta difficoltà, colpiti dalla sensazione di distacco che emana. Ma l'evitante non coglie negli altri questa difficoltà: piuttosto deduce una conferma all'impossibilità di vivere una vita relazionale; si crede allontanato dagli altri e lui per primo si distacca. La sua diversità diventa un'evidenza provata. Il deficit metarappresentativo è fondamentale nell'evitante/Smurov: i fallimenti nel monitoraggio non aiutano a capire che è il proprio impaccio, misconosciuto che peggiora la relazione con gli altri, inducendo cicli interpersonali di distanziamento reciproco.

Il modo di padroneggiare il distacco è la ricerca del sollievo attraverso l'allontanamento e la ricerca della solitudine. E' impossibile analizzarlo, comprenderne le cause, contrastarlo.

Questa dinamica è spesso favorita ed accompagnata dalla mancanza di abilità sociali. In parte questo è dovuto alla mancanza di esperienza nel vivere e comunicare insieme agli altri, ma, principalmente è collegata ai fallimenti metarappresentazionali legati alla comunicazione: Smurov non comprende di cosa parlano gli altri e non sa come interagire.

Queste difficoltà vedono nella solitudine un modo di evitare il problema o di rifugiarsi in uno spazio piacevole: ma è veramente così? La solitudine è la soluzione apparente ai problemi di estraneità/distacco presentati, ma solo parzialmente e per un tempo limitato. Infatti, lo spazio mentale della solitudine l'evitante lo colma di attività mentali (fantasticherie, rimuginii) che corrispondono a immagini di realtà possibili o sostitutive della dolorosa evidenza; altre volte si dedica a coltivare attività o interesse "en solitarie", quali estenuanti pomeriggi a vedere film in cassetta o a dedicarsi alla raccolta di oggetti, libri, ecc. Questo, però, nel tempo non solo perde il significato piacevole che aveva inizialmente assunto ma conferma la diversità ed estraneità da realtà sociali e relazionali vissute con gli altri, riportandolo alla sensazione di impossibilità a condividere o ad appartenere. A questo punto l'evitante Smurov cade in depressione. Smurov, verso la fine del romanzo, ci appare per quello che è: diafano, inconsistente, capace solo di vivere rappresentandosi personaggi a lui vicini senza incarnarli veramente, ci chiediamo quasi che testimonianza o traccia ha lasciato.

10.8.2. AMELIE o del Sé inadeguato

Sono gli evitanti più simpatici per il moto di pena e di tenerezza che ci muovono, rappresentano espressi all'ennesima potenza le difficoltà al rapporto ed al sentirsi all'altezza delle situazioni sociali che tutti noi, prima o poi proviamo, magari per un tempo limitato. Una recente descrizione di questo sottotipo la troviamo nel personaggio principale di un poetico e suggestivo film di Jean-Pierre Juenet dal titolo "Il favoloso mondo di Amelie". Questa ragazza, è un personaggio introverso, sensibile, attento agli altri. Incapace di comunicare per imbarazzo e facilità alla vergogna, tende a fantasticare e rimanere sola, limita i rapporti con gli altri allo stretto necessario.

Potremmo dire che la sua difficoltà risiede nella necessità, per stare con altra persona, di dovere superare vari ostacoli.

Inserire fig.3 circa qui

Spesso il punto di partenza riguarda l'autoimmagine di inadeguatezza che li porta a sentirsi esclusi dagli altri. Le prove ricevute anche in età infantile fissano ricordi di episodi relazionali legate ad esperienze di umiliazione e rifiuto. Questo atteggiamento già di per sé allontana l'evitante dall'aver rapporti ravvicinati. Il tipico dilemma è tra il desiderio di avere relazioni umane e la difficoltà di avviarle o, peggio, approfondirle. Quando questo avviene lo stato psicologico sarà di timore di perdita di controllo, impaccio o ansia e timore di vedere concretizzato la propria e definitiva esclusione da parte degli altri. La situazione sentimentale non potrà che ricalcare questo meccanismo, magari intrisa di maggiore sofferenza emotiva. In una scena del film *Amelie* riesce dopo rocambolesche vicende a dare un appuntamento (tramite delle comunicazioni scritte) ad un ragazzo che l'ha colpita. Quando finalmente lui si presenta nel *bistrot* dove lei lavora da cameriera, Amelie, emozionata allo spasimo, nega di essere la ragazza che ha mandato i bigliettini, nega di essere se stessa. Il vetro che la separa dal ragazzo ben rappresenta la barriera che li divide: lui da una parte la guarda e le chiede delle cose. Lei dall'altra parte, in silenzio, abbassa lo sguardo per evitare di rispondergli a tono, e finge di essere impegnata nel proprio lavoro, sfuggente ed impacciata.

Questi incontri desiderati e poi mancati, provocano sentimenti di vuoto e di solitudine dolorosi. L'uso di sostanze o alcol può essere un tentativo di alleviare tale dolore ma anche una conferma della propria debolezza. Altre volte la fantasia porta ad immaginare scene opposte dove l'evitante, pieno di iniziativa, realizza incontri fruttuosi; nella realtà l'evitante per viverle deve entrare nello stato di rivalsa narcisistica, sentendosi potente, capace di tutto e sprezzante.

Entrambe le soluzioni ai problemi relazionali non durano più di tanto: l'evitante permane in una sensazione di non appartenenza e/o di incapacità ad avere relazioni intime, questo gli conferma la propria inadeguatezza e la condizione di chi vive una vita assumendo una prospettiva d'osservatore piuttosto che di attore della propria esistenza. In un'altra scena del film assistiamo al fatto che Amelie riesce a trovare nell'infanzia come unico compagno di giochi un pesciolino con tendenze ad uscire troppo spesso dalla boccia di vetro in cui è tenuto. E' emblematico che, quando la madre di Amelie decide di liberare nel fiume il pesciolino, in cambio di questo le regala una macchina fotografica!

I disturbi di questi evitanti così come le dinamiche descritte sono anche qui favorite da alcuni fallimenti metarappresentazionali: l'evitante è fortemente autocentrato nel monitorare i

propri stati interni, soprattutto nell'identificare le emozioni di ansia e imbarazzo e nel cercare di padroneggiarle. L'incapacità di fare questo è legata ai fallimenti della mastery ma soprattutto è rinforzata dalla incapacità di assumere una prospettiva decentrata. Dell'altro l'evitante cerca solo smentite alla propria inadeguatezza che sistematicamente non ottiene. A causa di questo si allontana dalle relazioni.

Le abilità sociali, che pure esistono, sono fortemente inibite dall'evitamento sociale e dal rifuggire le situazioni relazionali. L'evitante saprebbe raccontare al suo diario i propri sentimenti, ma non comunicare a parole la dolorosa difficoltà del vivere con gli altri.

10.8.3. BARTELYBY o del Sé Costretto

Talvolta gli evitanti sono in situazioni relazionali o sociali avviate da anni in cui però mantengono una posizione distaccata o di parziale coinvolgimento. Questo aspetto che pure riguarda entrambe le tipologie di evitante descritte attiene al modo che l'evitante ha di mantenere una distanza interpersonale: precario, appunto! La presenza degli altri che pure è utile nel formulare decisioni o essere presenti nel mondo sociale (soprattutto del lavoro) è vissuta come un'ingerenza da cui proteggersi.

Inserire fig. 4 circa qui

Ci aiuta il protagonista del romanzo di Melville: "Bartleby lo scrivano". Bartleby è uno scrivano newyorchese assunto da un famoso avvocato; è dedito al lavoro, solitario, silenzioso, non ha interessi o vizi particolari, vive nell'ufficio in cui lavora né dà informazioni su di sé di nessun tipo: ma, soprattutto, se sollecitato a prendere un'iniziativa o a fornire informazioni personali, risponde sempre: "Preferirei di no". La presenza degli altri, le regole e le incombenze della vita sociale diventano un obbligo da cui difendersi. Vive questa coercizione con rabbia e senso di ingiustizia alla quale ribellarsi. L'evitamento ha a questo punto lo scopo duplice di sottrarsi da tale peso ma anche di proteggersi da eventuali rischi di una reazione rabbiosa.

Il sottrarsi rabbiosamente, se avviene, ha inoltre il risultato di sottoporlo al giudizio degli altri, aumentando il senso di esclusione e di propria inadeguatezza. Bartleby rappresenta una

metafora della possibile mediazione che alcuni evitanti tentano con la vita sociale: non con te ma nemmeno senza di te. Finché la nicchia ecologica che l'evitante si scava rimane in piedi, egli vive un precario equilibrio che non permette a nessuno di cambiare.

L'esito è però il senso di solitudine e noia, le relazioni mancano di fornire stimoli e vitalità.

Ciascuna delle modalità psicologiche descritte nei tre esempi (Smurov, Amelie, Bartleby) è caratterizzata da stati mentali problematici che transitano in altri stati mentali ugualmente inefficaci seppure desiderati, che rappresentano gli opposti dei problemi originari, senza dare soluzioni spendibili nelle relazioni e nei contatti sociali, ma confermando i deficit metarappresentazionali e la non appartenenza originaria.

Lo stato di autoesaltazione con indifferenza ai giudizi e sentimenti di disprezzo può essere uno stato mentale in cui transitano alcuni evitanti provati dalla frustrazione di non essere capaci di fronteggiare le situazioni sociali e relazionali. Talvolta costituisce una spontanea transizione durante la terapia quando si evidenziano gli stati problematici opposti ovvero di inadeguatezza e timore del giudizio negativo. Questo stato crea un benessere transitorio che, quando scompare, lascia il paziente esposto ai problemi di non appartenenza dolorosa e alla conseguente depressione, autostima negativa e scarso senso di efficacia personale.

BIBLIOGRAFIA

Akhtar, S.

1986 *Differentiating schizoid and avoidant personality disorders* (letter to editor), in American Journal of Psychiatry, Vol. 143, pp. 1061-1062.

1987 *Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features*, in American Journal of Psychotherapy, Vol. 41, pp. 499-518.

Alden, L.E., Lapsa, J.M., Taylor, C.T. e Ryder, A.G.

2002 *Avoidant personality disorder: current status and future directions*, in Journal of Personality Disorders, Feb;16(1): pp. 1-29.

Alnaes, R. e Torgersen, L.

1997 *Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression*, in Acta Psychiatrica Scandinavica, 95, pp. 336-342.

American Psychiatric Association

1987 *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, III - R edizione, A.P.A. Press, Washington D.C.

1994 *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV edizione, A.P.A. Press, Washington D.C.

2000 *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV – TR edizione, A.P.A. Press, Washington D.C.

Baumeister, R., Leary, M.

1995 *The need to belong: desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation*, in Psychological Bulletin Vol. 117, 3, pp.497-529.

Beck, A.T., Freeman, A. *et al.*

1990 *Cognitive Therapy of Personalità Disorders*, Guilford, New York [trad.it. *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*, Mediserve, Firenze 1993].

Beck, A.T., Pretzer, J.L.

1996 *Teoria Cognitiva dei disturbi di personalità*, in Clarkin J.F., Lenzenwerger M.F. (a cura di), [trad. it. *I disturbi di personalità*, Raffaello Cortina ed., Milano 1997].

Beck, A.T., Rush, A.I., Shaw, B.F. e Emery, G.

1979 *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford, New York [trad. It. *Terapia cognitiva della depressione*, Bollati Boringhieri, Torino 1987].

Benjamin, L.S

1996 *Interpersonal diagnosis and Treatment of personality disorders*, Guilford, New York.

Bleuler, E.

1908 *Textbook of psychiatry*, Brill a.a. Transl. The Macmillan Company, New York, 1924.

Carcione, A., Falcone, M., Magnolfi, G. e Manaresi, F.

1997 *La funzione metacognitiva in psicoterapia. Scala di valutazione della metacognizione (S.Va.M)*, in *Psicoterapia*, 9, pp. 91-107.

Castelfranchi, C.

1997 *L'identità come rappresentazione cognitive: strutture e principi organizzativi*, in *Psicoterapia*, 9, pp.7-17.

Dahl, AA.

1996 *The relationship between social phobia and avoidant personality disorder: workshop report 3*, in *International Clinical Psychopharmacology*, Vol. 11 Suppl 3, pp.109-12.

Dimaggio, G., Carcione, A., Semerari, A., Marraffa, M., Falcone, M., Nicolò, G., Pontalti, I. e Procacci, M.

2001 *Modelos de mantenimiento de los trastornos de personalidad*, in *Revista de Psicoterapia*, Vol 12, n° 45, pp.5-20.

Dimaggio, G., Procacci, M. e Semerari, A.

1999 *Deficit di condivisione e di appartenenza*, in Semerari A (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Cortina, Milano, pp. 231-280.

Fonagy, P.

1996 *Attaccamento sicuro e insicuro*, in *Kos*, 129, pp. 26-32.

Gabbard, G.

1992 *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, A.P.A. press, Washington, D.C.[tr. It. *Psichiatria Psicodinamica* Raffello Cortina Editore, Milano 1995].

Horney, K.

1945 *Our Inner conflicts*, Norton, New York

Kohut, H.

1971 *The analysis of self* International University Press, New York [trad. it. *Narcisismo e analisi del Sé*, Boringhieri, Torino 1977].

Kretschmer, E.

1925 *Physique and Character*, Kegan, Paul, Trench and Trubner, London.

Livesley, W.J.

2001 *Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment*, Guilford, New York.

Livesley, W.J. e Jang, K.L.

2000 *Toward an empirically based classification of personality disorder*, in *Journal of Personality Disorders*, 14, pp. 137-151.

Lorenzini, R. e Sassaroli, S.

1995 *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Cortina, Milano.

Mikulincer, M.

1997 *Adult attachment style and information processing: individual differences in curiosity and cognitive closure*, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5): pp. 1217-30.

1998 *Adult attachment style and affect regulation: strategic variations in self-appraisals*, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2): pp. 420-35.

Millon, T.

1969 *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*, WB Saunders, Philadelphia.

1991 *Avoidant personality disorder: a brief review of issues and data*, in *Journal of Personality Disorders*, 5, pp. 353-362.

2000 *Reflections on the future of DSM axis II*, in *Journal of Personality Disorders*, 14, pp. 30-41.

Millon, T. e Davis, R.

1996 *Disorders of personality. DSM IV and beyond*, Wiley, New York.

Nicolò, G., Centenero, E., Nobile, S. e Porcaro, F.

2002 *Disturbo paranoideo di personalità: ricerca su caso singolo*, in *Ricerca in psicoterapia*, Vol. 5, 1-2, pp. 89-107.

Perris, C.

1993 *Psicoterapia del paziente difficile* Métis, Lanciano.

Perugi, G.

2001 *Oltre la timidezza. La fobia sociale*, Carocci, Roma.

Pfohl, B., Coryell, W., Zimmerman, M., et al.

1986 *DSM-III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria*, in *Comprehensive Psychiatry*, 27: pp. 21-34.

Pontalti, C. e Menarini, R.

1994 *I disturbi di personalità. Dalla psicopatologia al progetto psicoterapeutico*, in De Marco G. (a cura di) *A che punto è la psichiatria?*, UPSEL – Domenghini Editore, Padova, pp. 52-68.

Procacci, M., Dimaggio, G. e Semerari, A.

2001 *El trastorno de personalidad por evitacion: de la psicoterapia descriptiva a un modelo de mantenimiento del trastorno*, in *Revista de Psicoterapia*, Vol 12, 45, pp. 93-116.

Procacci, M., Popolo, R., Petrilli, D., Vinci, G. e Semerari, A.

2002 *La psicopatologia del Disturbo Evitante di Personalità e della Fobia Sociale: studio su casi singoli ed analisi comparativo dei profili metacognitivi nei due disturbi*, in *Psichiatria e Territorio*, vol XIX, 1, pp. 23-34.

Procacci, M., Alleva, G., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Popolo, R., Semerari, A. e Vinci, G.

1999 *The Grid of Problematic States and Metacognition Assessment Scale (M.A.S.) applied to an Avoidant Personality Disorder: a case-study*, 6th ISSPD International Congress, Geneva, 15-18 September.

2000 *Griglia degli stati problematici e scala S.Va.M. applicate nel disturbo evitante di personalità*, II Congresso Nazionale SPR-Italia, Roma 21-22 Gennaio.

Procacci, M., Dimaggio, G. e Semerari, A.

1999 *El deficit de compartir y de pertenencia en los trastornos de la personalidad; clinica y tratamiento*, in *Boletìn de Psicologia*, 65, pp. 75-100.

Procacci, M., Popolo, R., Vinci, G., Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Pontati, I. e Alleva, G.

2000 *Stati mentali e funzioni metacognitive nel disturbo evitante di personalità: studio su caso singolo*, in *Ricerca in Psicoterapia*, Vol. 3, 1, pp. 66-89.

Procacci, M. e Semerari, A.

1998 *Il senso di non appartenenza e non condivisione in alcuni disturbi di personalità: modello clinico ed intervento terapeutico*, in *Psicoterapia*, 12, pp. 39-49.

Procacci, M. e Magnolfi, G.

1996 *Il disturbo di evitamento di personalità: modello clinico e trattamento*, in *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, Vol. 2, 3, pp. 67-79.

Safran, J.D

1984 *Assessing the cognitive-interpersonal cycle*, in *Cognitive Therapy and Research*, 8(4), pp. 333-347.

Safran, J.D. e Muran, J.C.

2000 *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*, Guilford, New York.

Safran, J.D. e Segal, Z.

1990 *Interpersonal process in cognitive therapy* Basic Books, Inc., New York[trad. it. *Il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva*, Feltrinelli, Milano 1993].

Semerari, A., Alleva, G., Avolio, G., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Pontati, I. e Procacci, M.

1999 *The Metacognitive assessment scale applied to the treatment of personality disorders*, 6th ISSPD International Congress, Geneva, 15-18 September.

Semerari, A.

1999 (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Cortina, Milano.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G. e Procacci, M.

1999 *Episodi Narrativi e Griglia degli Stati Problematici: descrizione del metodo e manuale per l'applicazione*, III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, *unpublished*.
[*Narrative Episodes and Grid of Problematic states Method description and manual*].

Stravynski, A.

1991 *A retrospective study of separation in the development of adult avoidant personality disorder*, in "Acta Psychiatrica Scandinavica", 83, pp. 174-178.

Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W. e Cadoret, R.

1998 *The co-occurrence of DSM-III-R personality disorders*, in "Journal of Personality Disorders", 12, pp. 302-315.

West, M. e Keller, A.

1994 *Psychotherapy strategies for insecure attachment in personality disorders*, in M.B. Sperling e W.H. Berman (Eds), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*, Guilford, New York, pp. 313-330.

Wurmser, L.

1981 *The mask of shame*, John Hopkins University Press, Baltimore.