



Il disturbo istrionico di personalità

S. Cavalitto, G. Cicuto, B. Nicolino, B. Riviera

Introduzione

Gli “istrionici” erano gli attori dell'antica Roma e in seguito questo termine fu utilizzato anche per connotare gli attori che recitavano con particolare enfasi allo scopo di ottenere facili effetti scenici, seppur dotati di mediocri capacità. Nel linguaggio quotidiano con questa parola spesso alludiamo a persone che nella vita assumono atteggiamenti teatrali o che simulano in modo plateale o poco dignitoso. Considerando che alcune di queste caratteristiche assomigliano ai sintomi dell'isteria, per esempio la teatralità, la suggestionabilità, il “fare scena” anche in certi contesti psichiatrici, questi due termini sono stati considerati intercambiabili. Eppure essi hanno origini etimologiche molto diverse: mentre la parola “istrione” ha una radice etrusca, il termine “isteria” deriva dal greco e significa “utero”, poiché, come è noto, nella medicina antica si riteneva erroneamente che l'isteria fosse una malattia esclusivamente femminile.

Il disturbo istrionico di personalità è spesso in comorbilità con il disturbo borderline e nella storia della psichiatria la personalità isterica è stata associata con il sesso femminile; in realtà il disturbo isterico di personalità è largamente documentato anche tra i maschi.

Si tratta di una forma psicopatologica piuttosto grave e spesso associata a tratti depressivi e dipendenti di personalità. L'intervento psicologico mira a riorganizzare i processi che mantengono i comportamenti disfunzionali al fine di ristabilire un equilibrio tra un desiderio funzionale di attenzione ed i bisogni a cui tale desiderio dovrebbe essere associato.

Come si riconosce

Il disturbo isterico è spesso associato ai disturbi somatoformi, ai disturbi da conversione, ai disturbi dell'umore, ai disturbi d'ansia, ai disturbi di personalità e la sintomatologia isterica è proteiforme, può cioè cambiare a seconda dei contesti.

L'isterico, al di là delle sue manifestazioni storiche, può essere davvero un depresso od un ansioso per le influenze dei dati culturali: utilizza cioè quei disturbi che gli consentono di ottenere un vantaggio secondario evitando di “smascherare” la vera diagnosi.

Nella pratica clinica incontriamo sia il disturbo isterico di personalità con elevato funzionamento sia il più primitivo disturbo istrionico di personalità, quindi vale la pena considerarli entrambi nella nostra trattazione.

Rispetto alla differenza isterico/istrionico, ciò che sembra accomunare queste due tipologie di soggetti è una sovrapposizione nelle caratteristiche apparenti del comportamento, come emotività labile e superficiale, ricerca di attenzione, disturbi della funzione sessuale, dipendenza, impotenza e autodrammatizzazione.

Concretamente si potrebbe sostenere che fanno parte del disturbo isterico di personalità pazienti, per così dire, meno gravi, meno disturbati dal punto di vista del funzionamento di personalità; al contrario, appartengono al gruppo del disturbo istrionico di personalità individui con problemi di identità.

Alla luce di quanto sopra affermato, per differenziare tra disturbo isterico di personalità e disturbo istrionico, è necessario fare una diagnosi differenziale tra un certo tipo di organizzazione di personalità: capire cioè se esiste oppure no un problema di identità e che tipo di organizzazione difensiva è presente. Tutto questo risulta essere fondamentale soprattutto ai fini dell'intervento terapeutico che si pensa di utilizzare.

Ecco di seguito uno schema riassuntivo dei criteri secondo il DSM IV, testo di riferimento dei criteri diagnostici per tutti gli psichiatri:

Disturbo isterico di personalità

- 1) *Emotività ristretta e circoscritta*
- 2) *Esibizionismo sessuale e bisogno di essere amati*
- 3) *Buon controllo degli impulsi*
- 4) *Seduttività sottilmente attraente*
- 5) *Ambizione e competitività*
- 6) *Mature relazioni d'oggetto triangolari*
- 7) *Le separazioni dagli oggetti d'amore possono essere tollerate*
- 8) *Super-io rigido e alcune difese ossessive*
- 9) *I desideri sessuali nel transfert si sviluppano gradualmente e sono considerati irrealistici*

Disturbo istrionico di personalità

- 1) *Emotività florida e generalizzata*
- 2) *Esibizionismo avido con un aspetto esigente, orale che è "freddo" e meno partecipe*
- 3) *Impulsività generalizzata*
- 4) *Seduttività cruda, inadeguata e distanziante*
- 5) *Afinalismo e impotenza*
- 6) *Primitive diadiche relazioni d'oggetto caratterizzate da adesività, masochismo, paranoia*

- 7) *Un'ansia di separazione travolgente si verifica se abbandonati dagli oggetti d'amore*
- 8) *Super-io superficiale con predominanza di difese primitive come la scissione e la idealizzazione*
- 9) *Intensi desideri transferali sessualizzati che si sviluppano rapidamente e che sono ritenuti come aspettative realistiche*

La personalità istrionica è di fatto più florida in tutti gli aspetti rispetto a quella isterica. Tutti i sintomi indicati dai criteri del DSM-IV risultano più marcati nel soggetto istrionico.

Maggiore labilità affettiva, maggiore impulsività e seduttività più scoperta, sono tutti elementi che lo caratterizzano. La sessualità di questi pazienti è spesso così diretta e scarsamente modulata che può effettivamente far “crollare il desiderio sessuale” negli individui di sesso opposto. Il loro bisogno di essere sempre al centro dell'attenzione può anche allontanare gli altri a causa della sua natura spietata. In tal senso questi pazienti hanno chiaramente molto in comune con gli individui affetti da un disturbo narcisistico di personalità.

E' importante sottolineare che esistono anche isterici per nulla teatrali ed esibizionistici, ma impacciati e silenziosi nei rapporti interpersonali, realmente timidi ed inibiti nel modo di comportarsi e nell'interazione con gli altri.

I pazienti con un disturbo isterico di personalità hanno spesso un ragionevole successo nel lavoro e dimostrano ambizione e una costruttiva competitività. Questa attiva capacità può essere contrapposta ai tipici aspetti di afinalismo, impotenza, dipendenza che impediscono ai pazienti istrionici di aver successo, tranne nel senso di manipolare passivamente gli altri affinché vengano incontro ai loro bisogni.

Mentre il vero paziente isterico ha raggiunto una relazione matura con un oggetto interno caratterizzata da tematiche edipiche triangolari ed è stato in grado di strutturare relazioni significative con entrambi i genitori, il paziente istrionico è fermo ad un livello diadico di relazione d'oggetto più primitivo, spesso caratterizzato da eccessivo attaccamento, masochismo e paranoia.

Quando i pazienti isterici iniziano una psicoterapia, i desideri transferali sessualizzati si sviluppano gradualmente nell'arco di un considerevole periodo di tempo e sono considerati generalmente irrealistici dagli stessi pazienti. I pazienti istrionici, al contrario, sviluppano quasi immediatamente desideri di un intenso transfert erotico e spesso considerano questi desideri aspettative realistiche.

Quando i desideri vengono frustrati, il paziente può divenire furibondo con il terapeuta per il fatto di non venire più gratificato. La capacità del paziente isterico di differenziare l'alleanza terapeutica dai sentimenti di transfert è profondamente connessa alla capacità di separare la realtà interna da quella esterna, funzione egoica che è compromessa nel paziente istrionico.

Lo stile cognitivo impressionistico è complementare ai due principali meccanismi di difesa della personalità isterica: rimozione e diniego. La rimozione è facilitata da questo stile cognitivo a causa della lacunosa ritenzione dei fatti da parte del paziente e della sua conseguente eccentrica rievocazione dei fatti impressionistica e poco precisa. A causa della labilità dell'attenzione aspetti della realtà sono altresì sconosciuti, in linea col meccanismo di difesa del diniego. Un tempo questo atteggiamento era definito come la "belle indifferance" dell'isteria, intendendo con questo termine l'apparente mancanza di preoccupazione per i propri sintomi mostrata dai pazienti.

D'altra parte, a questa inibizione dell'attivazione emozionale spesso si alternano eccessi di emotività che può essere considerata essa stessa un ultimo meccanismo di difesa utilizzato dai pazienti isterici ed istrionici. Infatti, diventando intensamente, ma molto superficialmente emotivo, il paziente può difendersi dagli affetti più profondi e sinceri che desidera evitare: il paziente si impedisce in questo modo di entrare in contatto con qualunque stato o atteggiamento affettivo autentico nei confronti di sé e degli altri.

Da un punto di vista più strettamente psicodinamico, si è potuto verificare come i pazienti con stili di personalità isterica o istrionica tendono a trovarsi in difficoltà in due delle classiche fasi dello sviluppo psicosessuale: in genere sono soggetti che hanno un'esperienza di relativa privazione materna durante la fase orale ed hanno difficoltà a risolvere la situazione edipica ed emergere con una chiara identità sessuale. Il paziente istrionico ha maggiori difficoltà in una fase più precoce dello sviluppo psicosessuale, mentre il paziente isterico è fissato ad una fase più tardiva.

Il trattamento

I pazienti con disturbo isterico di personalità generalmente rispondono bene alla psicoterapia individuale.

Sebbene alcuni pazienti con disturbo isterico di personalità possano presentare un sintomo discreto, come una disfunzione sessuale, più comunemente essi entrano in psicoterapia a causa di un'insoddisfazione generale nelle loro modalità relazionali. L'evento precipitante può essere la rottura di un matrimonio o di una storia d'amore. Essi possono anche provare dei vaghi sentimenti di depressione o di ansia in relazione a delle delusioni con il partner attuale. Il paziente con disturbo isterico di personalità si lega facilmente al terapeuta e sviluppa rapidamente un'alleanza terapeutica in cui il terapeuta è percepito come utile.

I pazienti isterici spesso iniziano la psicoterapia con un'aspettativa inconscia che il terapeuta sia in grado di comprenderli in maniera intuitiva, non verbale e generalmente senza conoscere i dettagli del loro mondo intrapsichico. I terapeuti, affrontando questa aspettativa, devono realisticamente far sì che i loro pazienti si rendano conto che l'unico modo che essi hanno per poter sviluppare la comprensione è quello di avere da parte dei pazienti un racconto dettagliato della loro esperienza

interna. Tanto prima il terapeuta avrà stabilito la necessità di dettagli, tanto più sarà probabile che il paziente faccia i conti con la propria condiscendenza. I pazienti isterici non sono abituati a pensare in tali termini e il terapeuta può aspettarsi risposte del tipo “Non so”. Il terapeuta deve aiutare, ripetute volte, il paziente ad apprendere come riflettere invece di riportare semplicemente un sentimento vago. I terapeuti possono così richiamare l’attenzione del paziente sulla vaghezza della percezione e interpretare le ragioni difensive del non voler riconoscere pienamente certi pensieri o sentimenti.

L’esperienza interna del paziente isterico è spesso quella di essere come una foglia al vento colpita da potenti stati affettivi. Vi può essere una completa rimozione delle idee che connettono un sentimento a un altro. Stimolando il paziente isterico a riflettere e a occuparsi in dettaglio della realtà interna ed esterna, il terapeuta aiuta il paziente a recuperare le connessioni idetiche tra i sentimenti. Come hanno notato alcuni autori una parte di questo processo coinvolge l’insegnare al soggetto isterico a sentire più in profondità e più genuinamente. I sentimenti superficiali e poco profondi rappresentano una difesa nei confronti di affetti vissuti in modo più disturbante.

Quando i pazienti isterici identificano i loro sentimenti, i loro atteggiamenti e i loro stati idetici, sviluppano un maggior sentimento di sé come agente in interazione attiva con l’ambiente anziché avere il senso di un Sé-vittima-passiva dell’ambiente.

I pazienti isterici spesso fanno esperienza di fantasie e immagini visive vivide, ma non le traducono in parole a meno che il terapeuta non li aiuti in tale processo. Così, i terapeuti aiutano i loro pazienti a identificare ciò che essi vogliono e sentono.

Il lavoro terapeutico all’interno del transfert è il principale veicolo di cambiamento. I problemi che i pazienti incontrano nelle relazioni esterne alla terapia saranno riprodotti all’interno del transfert.

Alcuni autori si sono mostrati alquanto ottimisti nei confronti della sensibilità dei pazienti istrionici ad alto funzionamento alle psicoterapie a orientamento psicoanalitico. Hanno infatti riportato che questi pazienti riescono a sviluppare facilmente un’alleanza terapeutica e a percepire la terapia come utile. D’altra parte, però, ritengono che il trattamento per gli individui a basso funzionamento debba implicare l’utilizzo delle strategie adottate nel trattamento degli individui con Disturbo Borderline di Personalità.

Altri sostengono che la dinamica di base presente in tutte le manifestazioni del Disturbo Istrionico di Personalità sia l’eccessivo e irrisolto tentativo di avere soddisfatti, da qualcun altro, tutti i propri bisogni. L’obiettivo generale della terapia dinamica è esaminare l’origine di questa caratteristica ed esplorare le strategie nevrotiche (per es. la seduzione, la collera d’interferenza, il fascino o il pensiero illogico) utilizzate da questi individui per soddisfare i propri bisogni.