

ISTITUTO A.T. BECK

# Disturbi di personalità e trauma

A cura di  
Antonella Montano  
Gabriele De Gabriellis

Antonella Montano  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,  
Direttrice Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Gabriele De Gabriellis  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,  
Collaboratore Istituto A.T. Beck

## Presentazione

Con il termine *personalità* si indica una modalità strutturata e stabile di pensiero, sentimento e comportamento che contraddistingue il tipo di adattamento e lo stile di vita di una persona e che deriva da fattori temperamentali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale. Quando tale modalità diviene eccessivamente rigida e disadattiva rispetto all'ambiente e alla cultura della persona, al punto da compromettere seriamente il suo funzionamento sociale e lavorativo e da produrre una grave sofferenza nell'individuo e in chi gli sta intorno, si parla di *disturbo di personalità* (APA, 2014; Lingiardi, 2004).

La personalità del bambino inizia a svilupparsi e modellarsi sin dai primi anni di vita e, con il passare del tempo, diviene sempre più articolata e stabile. La forma di tale struttura sarà determinata dal risultato dell'incrocio tra predisposizioni ereditate biologicamente ed esperienza, in particolare quella avuta nelle interazioni con le sue figure di riferimento (*caregivers*). Quando un bambino cresce in una famiglia maltrattante e viene esposto per anni a ripetute esperienze di violenza e trascuratezza, si parla di *sviluppo traumatico*, ossia condizioni stabili di minaccia soverchiante da cui è impossibile sottrarsi che costellano, ripetendosi con effetti cumulativi, ampi archi di tempo dello sviluppo individuale. Esperienze relazionali di questo tipo, in cui chi accudisce il bambino è la stessa persona che lo espone anche a maltrattamenti, abusi o *neglect* risultano

fortemente traumatiche per il piccolo, influenzano profondamente la sua crescita mentale, e creano un terreno fertile per l'eventuale sviluppo, durante tutto l'arco di vita, di una vasta gamma di disturbi psichici (Liotti, Farina, 2011). Ora, se è vero che solo una parte di coloro che sono stati esposti allo sviluppo traumatico presenterà disturbi mentali da adulto, è però altrettanto vero che molte persone che sviluppano un qualsiasi disturbo psichiatrico provengono da storie traumatiche dello sviluppo: la stima varia dal 40 al 70% dei casi (Weich et al., 2009; Herman, 1992).

Alcune ricerche hanno, infatti, dimostrato come elevati tassi di traumi infantili si riscontrano tra le persone con diversi gravi disturbi mentali (Cusack, Frueh, Brady, 2004; Rosenberg et al., 2007). Recenti studi, inoltre, hanno evidenziato la ricorrente relazione tra storie di sviluppo traumatiche e disturbi di personalità: spesso, infatti, nelle persone con tali disturbi sono stati riscontrati alti livelli di traumi infantili (Fuchshuber et al., 2019; Izdebska, 2020; Voestermans et al., 2020).

A seguire verranno descritti i Disturbi di Personalità che sono maggiormente associati al trauma:

- Disturbo Borderline di Personalità (DBP)
- Disturbo Evitante di Personalità (DEP)
- Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP)

# Modulo 1

## Il disturbo borderline di personalità

### Funzionamento

#### Profilo evolutivo del DBP e trauma

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) ha una prevalenza di circa il 6%. Sebbene venga diagnosticato prevalentemente nel sesso femminile (75% dei casi), attualmente non sembrerebbe esserci una chiara differenza nella sua prevalenza tra maschi e femmine.

Ad oggi, il disturbo borderline colpisce il 4-6% di coloro che frequentano i servizi di assistenza primaria, e le persone con questo disturbo vanno dal loro medico di medicina generale più spesso e segnalano un danno psicosociale maggiore rispetto a quelle senza disturbo.

Circa il 40% di coloro che sono in contatto con servizi di salute mentale secondari sono affetti da disturbo della personalità, di cui il borderline è il tipo più comune (APA, 2014; Hall, Moran, 2019).

### Funzionamento

Caratteristiche essenziali del DBP sono l'instabilità dell'immagine di sé, degli obiettivi personali, delle relazioni interpersonali e degli affetti, accompagnata da impulsività, tendenza a correre rischi e ostilità. Ciò inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti (APA, 2014).

Centrale è il desiderio di protezione e accudimento che viene manifestato in modo molto intenso e acuto. La persona con disturbo borderline ha l'aspettativa che tale desiderio rimarrà insoddisfatto, che andrà incontro a un finale già scritto in cui l'altro risponderà alle sue richieste di cura trascurandola, abbandonandola o maltrattandola. Sperimenta, a quel punto, un profondo senso di abbandono e reagisce con rabbia all'ingiustizia subita.

Alla luce di ciò, si muove nelle relazioni in linea con tale aspettativa. L'abbandono e i soprusi sono dietro l'angolo e la rabbia diviene un modo che la persona utilizza per difendersi. Sovente, questo comporta un reale allontanamento dell'altro che, inevitabilmente, va a confermare la previsione temuta dalla persona e lascia il suo desiderio iniziale inappagato. Disperata e per evitare nuovi abbandoni si chiude in se stessa, ma in poco tempo il bisogno di essere accudita riemerge prepotente e con esso l'aspettativa temuta facendo, così, ripartire la solita sequenza relazionale.

A livello metacognitivo tre disfunzioni danno vita a un circolo vizioso che mantiene il disturbo.

Le prime sono le *disfunzioni nell'integrazione* che fanno sì che la persona sperimenti molta difficoltà nel conservare una visione unitaria di sé e dell'altro, ossia un'estrema difficoltà a mantenere contemporaneamente nello scenario mentale rappresentazioni diverse di sé e dell'altro. La persona con disturbo borderline, ad esempio, può descrivere il partner come inaffidabile ed egoista quando, solo qualche ora prima, appariva affidabile e amorevole.

La seconda è la *disregolazione emotiva*, ovvero l'enorme difficoltà, una volta attivata l'emozione, a compiere le operazioni necessarie per ridurre l'intensità e ritornare al tono emotivo di base.

Infine, la terza riguarda la *difficoltà a differenziare*, ossia la fatica, in alcuni momenti, a distinguere tra realtà interna ed esterna, a vedere le proprie idee come ipotesi e non certezze.

Questi tre ingredienti creano un circolo vizioso in cui la *difficoltà a integrare* porta la persona ad avere idee su di sé e sugli altri dicotomiche ed estreme generando, dunque, emozioni molto intense che poi diventano difficili da regolare. La *disregolazione emotiva*, dal canto suo, conduce a un aumento estremo delle emozioni che portano la persona a non riuscire ad avere una visione unitaria di sé e dell'altro. Infine, in uno scenario

così caotico e convulso, la *difficoltà a differenziare* nutre e viene nutrita dagli altri due elementi.

Un aspetto rilevante nella persona con disturbo borderline è rappresentato dal *Sé indegno*, ossia dalla percezione che vi sia in sé qualcosa di intrinsecamente sbagliato, strano, orrendo, folle, mostruoso, cattivo, inetto.

Alla luce di ciò, la mente ristagna in uno stato di incessante autoinvalidazione, ripugnanza, disgusto e rabbia verso se stessa.

Altro aspetto importante è costituito dal *Sé vulnerabile*, ossia dalla percezione di poter essere facilmente ferita, abbandonata, annientata, aggredita; tale idea di sé può accompagnarsi a una intensa paura, sintomi di ansia, disturbi dissociativi.

Queste due, profondissime e radicate, rappresentazioni di sé conducono verso vari stati mentali problematici (Dimaggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013; Dimaggio, Ottavi, Popolo, Salvatore, 2019; Dimaggio, Semerari, 2003).

### Stato autoinvalidante

In questo stato il senso di indegnità si esprime con sentimenti di rabbia, antipatia, disprezzo verso se stessi. La memoria rievoca selettivamente episodi di fallimenti e di inadeguatezza personale. La persona, colonizzata da una spietata autocritica, si attribuisce difetti e limiti che divengono le prove evidenti della propria indegnità. La denigrazione di sé mantiene e rafforza il senso di indegnità personale. In tale stato mentale l'umore è disforico e vi possono essere comportamenti autodistruttivi.

### Stato di rabbia/ingiustizia subita

L'umore disforico dello stato autoinvalidante rende la persona estremamente insofferente, contrarietà e frustrazioni non sono ammesse. La disregolazione emotiva conduce a reazioni di rabbia estrema di fronte a qualsiasi avversità. Si attiva così lo stato di rabbia e ingiustizia subita nel quale la rabbia della persona è alimentata da un'ideazione focalizzata su temi di ingiustizia, soprusi e torti ricevuti. In questo stato mentale, il mondo interno è rappresentato da un vero e proprio tribunale: l'esito del verdetto stabilirà chi, se essa stessa o i suoi avversari, sono intrinsecamente sbagliati. Se il responso sarà positivo la persona incrementerà lo stato di rabbia e ingiustizia subita, se negativo si rafforzerà il senso di indegnità personale.

**Stato di pena/colpa/danno arrecato**

La percezione di essere intimamente mostruosa e sbagliata, propria del Sé indegno, fa sì che la persona si senta una fonte di danno e di dolore per gli altri a lei cari. L'umore è qui orientato in senso depressivo e possono esservi atti autoleSIONISTI con finalità espiatorie.

**Stato di minaccia/solitudine/perdita**

Tale stato mentale è dominato dalla percezione di pericolo, di minaccia, dalla paura. Il pericolo può provenire dall'interno (timori ipocondriaci oppure paura di impazzire e di perdere il controllo affiancati da attacchi di panico o da sensazioni di disgregazione) o dall'esterno (aggressioni fisiche o catastrofi naturali).

L'idea che regna nella mente della persona in questo stato è che, nella condizione di pericolo, non riceverà alcun aiuto a causa della propria intrinseca indegnità. Emergono, allora, sensazioni di mancanza di speranza, profonda solitudine e perdita.

**Stato aggressivo abusante**

Per gestire il senso di minaccia la persona ribalta i ruoli: passando da vittima ad aggressore conquista un senso di sicurezza. Rispetto allo stato di rabbia e ingiustizia subita, in cui la persona si sente un aggredito che reagisce ai soprusi, in questo stato mentale essa assume consapevolmente un atteggiamento di prepotente aggressività grazie al quale assapora un transitorio senso di sicurezza.

**Stato di vuoto e anestesia emotiva**

La persona abitata dal Sé indegno e dal Sé vulnerabile, intrisa nei muscoli e nelle viscere da queste percezioni negative di se stessa, prova a sottrarsene utilizzando il distacco ed entrando in uno stato di vuoto e anestesia emotiva.

In alcuni momenti, tale stato appare piacevole, una condizione di pace, oppure come uno stato di controllo e di invulnerabilità onnipotente. Altre volte questo stato di vuoto diviene un penoso senso di mancanza di scopo e, a quel punto, la persona mette in atto comportamenti attivanti come l'uso di alcool e droghe, la sessualità promiscua, compiendo azioni pericolose.

Inevitabilmente tutto ciò finisce per rafforzare, in un circolo vizioso, il senso di indegnità e vulnerabilità.



## Profilo evolutivo del DBP e trauma

Quale sia il percorso evolutivo necessario per sviluppare un disturbo borderline di personalità è, attualmente, ancora oggetto di dibattito scientifico. Vi sono, però, diversi elementi rispetto ai quali la maggioranza degli studiosi sono concordi.

Secondo la “teoria biosociale”, elaborata da Marsha Linehan all’inizio degli anni Novanta, vi sono delle importanti influenze biologiche e ambientali che contribuiscono allo sviluppo del disturbo. L’aspetto biologico determina la predisposizione genetica alla vulnerabilità emotiva, mentre l’ambiente invalidante rifiuta o punisce l’espressione delle emozioni e dei pensieri del bambino. Solitamente si tratta di famiglie caratterizzate da imprevedibilità e instabilità, nelle quali i genitori sono incapaci di riconoscere le emozioni provate dal bambino e rispondono all’esperienza interiore del piccolo con modalità caotiche, incongrue, inappropriate, eccessive.

Un ambiente viene definito invalidante nei casi in cui si presenta almeno una delle diverse forme di abuso (fisico, emotivo, ecc.), tra cui anche quello sessuale (Linehan, 2011).

La relazione tra DBP e traumi infantili è, ormai, ampiamente documentata da innumerevoli studi.

A causa delle avversità e dei maltrattamenti subiti nella prima infanzia, alcuni autori hanno messo in evidenza come, da adulti, sia molto probabile sviluppare un DBP oltre a diversi disturbi d’ansia

in comorbidità (Quanneville et al., 2020). In una famosa ricerca di qualche decennio fa, si mostrava come le persone con DBP avevano elevati tassi di esposizione a traumi precoci, nello specifico il 71% era stato abusato fisicamente, il 67% era stato abusato sessualmente e il 62% aveva assistito a ripetuti episodi di violenza domestica (Herman, Perry, van der Kolk, 1989).

I fattori di rischio che, nel corso degli anni, sono stati associati al DBP includono traumi infantili come abbandono e abuso (emotivo, fisico o sessuale), avversità familiari, una storia di psicopatologia nel *caregiver*, così come uno scarso coinvolgimento emotivo dei genitori. Chiaramente, non tutte le persone che subiscono abusi sviluppano un disturbo borderline, e il fatto che l’abuso da solo non sia né necessario né sufficiente per il suo sviluppo indica altri fattori predisponenti (come quelli genetici) e contestuali. La negazione emotiva dell’esperienza del trauma di un bambino da parte del *caregiver*, ad esempio, è stata identificata come un fattore predittivo per lo sviluppo di un DBP (Hall, Moran, 2019).

Il DBP è spesso associato a sintomi dissociativi e, relativamente a ciò, alcuni autori si sono occupati di sottolineare come l’abuso e il maltrattamento durante l’infanzia abbiano un ruolo cruciale nello sviluppo di sintomi di depersonalizzazione e derealizzazione in pazienti borderline. Nello specifico essi hanno la percezione di sentirsi irreali e

completamente insensibili (Shah et al., 2020).

Numerose meta-analisi sono state condotte per esaminare l'associazione tra abuso sessuale infantile e impatto a lungo termine sulla salute fisica e psicosociale. Le associazioni più significative sono state quelle tra abuso sessuale infantile e disturbi di conversione, disturbo borderline di personalità, ansia, depressione, obesità, oltre a PTSD e schizofrenia (Hailes, Rongqin, Fazel, 2019).

Dati sperimentali hanno evidenziato come storie di abuso sessuale siano particolarmente comuni nelle persone con DBP (Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009).

È stato riscontrato, infatti, che l'abuso sessuale infantile risulta essere un importante fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo borderline; che i tassi di tale forma di abuso sono significativamente più alti rispetto ad altri disturbi di personalità; che persone con storie caratterizzate da questa tipologia di abuso hanno sintomi più gravi, ad esempio tassi più alti di suicidio, automutilazione, PTSD, dissociazione (Ferreira et al., 2018).

Inoltre, andando nello specifico dell'abuso sessuale, è stato mostrato come le donne che avevano subito abusi sessuali infantili con penetrazione presentavano più sintomi di DBP rispetto a chi aveva subito un abuso che non prevedeva rapporti sessuali completi (Luthra et al., 2009).

L'abuso sessuale, oltre a essere un fattore ambientale di stress, può anche agire sulla vulnerabilità fisiologica alla disregolazione emotiva, dal momento che induce una serie di cambiamenti che agiscono sul sistema nervoso centrale determinando degli effetti permanenti come l'iper-arousal e l'aumentata sensibilità emotiva. Un'esperienza traumatica grave e prolungata che si presenta durante i primi anni di vita cronicizza l'incapacità di modulare le emozioni. Dopo l'abuso, infatti, le vittime possono iniziare a mettere in atto una serie di comportamenti distruttivi (condotte autolesionistiche, assunzione di sostanze d'abuso, dipendenza da sesso e cibo, tentativi di suicidio, ecc.) che rappresentano dei tentativi di soluzione della sofferenza sperimentata.

Infine, varie ricerche sottolineano come vi sia una strettissima associazione tra DBP, PTSD e PTSD complesso.

Anche i dati sperimentali ottenuti dai gruppi di ricerca di Marsha Linehan hanno mostrato che circa il 50% delle persone con DBP presentava sintomi di PTSD semplice e complesso, e che entrambi i quadri sintomatologici sono strettamente associati all'abuso sessuale infantile (Follette, Ruzek, 2006).

Lo studio di Pagura e collaboratori (2010), effettuato su un numeroso campione statunitense, ha mostrato che nel gruppo di persone con DBP ben il 30,2% manifestava sintomi di PTSD e che nel gruppo con PTSD il 24,2% presentava anche i sintomi del DBP.

# Modulo 2

## Il disturbo evitante di personalità

Funzionamento

Profilo evolutivo del DEP e trauma

Il Disturbo Evitante di Personalità (DEP) è un disturbo cronico con esordio precoce e impatto permanente. La prevalenza del disturbo si aggira intorno all'1,5-2,5%; le donne sembrano presentare un rischio maggiore di sviluppare un disturbo evitante di personalità.

Le ricerche hanno evidenziato che le persone affette da questo disturbo hanno meno probabilità di essere sposate o conviventi e di avere un lavoro retribuito, come risulta probabile che siano meno istruite.

Il disturbo evitante è spesso associato a disturbi d'ansia, alla depressione e all'abuso di sostanze e chi ne è affetto è più a rischio di ideazione e tentativi suicidari (Lampe, Malhi, 2018).

## Funzionamento

Le caratteristiche essenziali del DEP sono l'evitamento delle situazioni sociali e l'inibizione nei rapporti interpersonali, affiancati a sentimenti di inadeguatezza e inettitudine, ansia rispetto alla possibilità di essere valutati negativamente e rifiutati, paura di sembrare ridicoli o sentirsi in imbarazzo. Ciò inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti (APA, 2014).

La persona evitante si sente profondamente inadeguata nel contatto con gli altri, ne teme il giudizio, è fortemente inibita e dominata da emozioni di ansia e vergogna.

Un senso di estraneità pervade i rapporti duali, uno di esclusione quelli gruppal: non riesce a provare un pieno e appagante senso di condivisione e appartenenza.

Nelle relazioni intime e significative affiora il senso di esclusione e inadeguatezza. L'aspettativa è di essere rifiutata o giudicata negativamente dagli altri, quindi, alla luce di tale previsione, evita i rapporti sociali. L'affetto e l'intimità tanto desiderati diventano inafferrabili, qualcosa di irraggiungibile, a causa della compresenza di una costante paura del rifiuto e del giudizio.

Alla persona non resta che ritirarsi in una solitudine intrisa di tristezza. Quando riesce a stabilire una relazione, asseconda l'altro per evitare quel rifiuto che confermerebbe l'immagine di sé inadeguata. Questo, però, fa sì che viva il rapporto in modo coercitivo generando rabbia e frustrazione e, dunque, di

fronte a una eventuale separazione la persona con un disturbo evitante di personalità vive, solitamente, un senso di liberazione.

Una volta sola intraprende attività (guardare film, ascoltare musica, giocare al pc, ecc.) che, temporaneamente, la gratificano e la proteggono dai rapporti interpersonali, ma ciò è come neve al sole; infatti si deprime profondamente appena diviene consapevole che tutto questo è indice dell'incapacità a vivere la vita come tutti gli altri.

Un'emozione centrale del disturbo evitante è la vergogna: le situazioni sociali vanno evitate in quanto è lì che le proprie inadeguatezze saranno esposte alla vista di tutti.

Di seguito i vari stati mentali che caratterizzano l'evitante (Dimaggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013; Dimaggio, Semerari, 2003).

### **Stato di estraneità**

La persona percepisce un muro, una barriera tra sé e gli altri, si sente un pesce fuor d'acqua. La convinzione è che gli altri la evitino o la lascino sola a causa di una sua presunta diversità. È presente il desiderio di partecipare alla vita sociale, ma prova un senso di estraneità che, inevitabilmente, la allontana dagli altri.

### **Stato di esclusione**

La persona si prefigura il rifiuto, prevale il timore del giudizio negativo, l'autostima è bassa. La vergogna, che l'avvolge completamente, aumenta la distanza interpersonale.

### **Stato di paura/minaccia**

Quando si trova ad affrontare nuove situazioni sociali o relazionali la persona può transitare dallo stato precedente a uno contraddistinto da paura, minaccia, perdita di controllo.

### **Stato di rifiuto**

Dallo stato mentale di esclusione si può transitare o, come abbiamo appena visto, nello stato di paura/minaccia oppure in quello di rifiuto, che è caratterizzato da umiliazione, rifiuto e giudizio negativo. La scarsa capacità di intuire, a partire da espressioni e comportamenti, i pensieri degli altri porta l'evitante a interpretare i segnali comunicativi come derisione o rifiuto. Ciò assume le sembianze di un destino crudele, una condizione di vita permanente, dolorosa e inaccettabile che fa sentire la persona umiliata.

### **Stato di ingiustizia subita**

Le relazioni durature assumono, spesso, un carattere di obbligatorietà, ossia la persona sente che non è possibile scegliere con chi legarsi, crede di non poter controllare le proprie scelte, è meglio assecondare l'altro per evitare di rimanere ancora una volta da soli.

I rapporti sono, dunque, vissuti come una "gabbia dorata": bello averne da un lato, ma limitanti la libertà di espressione dall'altro.

Il conformarsi agli scopi degli altri è accompagnato dalla percezione di aver subito un'ingiustizia senza avere però il potere di ribellarsi, la rabbia viene trattenuta, covata silenziosamente.

### **Stato di rivalsa**

Questo stato, desiderato dalla persona, è caratterizzato da una sorta di autoesaltazione con indifferenza o disprezzo nei confronti del giudizio altrui.

L'evitante si sente finalmente padrone della situazione relazionale, si muove deciso, sicuro, accompagnato da un senso di rivalsa, le incertezze e l'impaccio sono solo un lontano ricordo. Tuttavia, l'effimero senso di superiorità non scalfisce il nucleo doloroso: il vissuto di non appartenenza, di diversità, di distanza interpersonale rimangono immutati.

### **Stato di gratificazione solitaria**

Oltre a quello appena descritto, un altro modo che la persona con disturbo evitante di personalità utilizza per allontanarsi dagli stati mentali dolorosi è la ricerca di uno spazio solitario dove praticare piccole forme di gratificazione (ad esempio, leggere un libro, vedere serie tv, partite di calcio, ecc.).

Le attività che mette in atto per gratificarsi leniscono la solitudine, nel breve termine eludono la depressione.

In questo stato di isolamento inizia, però, ad affiorare il desiderio di avere relazioni, la persona nota la differenza tra la propria vita, socialmente povera, e quella degli altri. Crollo dell'autostima, senso di non appartenenza e deflessione del tono dell'umore, a questo punto, la pervadono.

## Profilo evolutivo del DEP e trauma

Ad oggi non esistono studi scientifici di rilievo che possano identificare con assoluta certezza gli elementi necessari a sviluppare un DEP.

Un'ipotesi è che la persona sia cresciuta in una famiglia nella quale si attribuiva molta importanza alle opinioni e alle impressioni delle persone esterne e in cui veniva esortata a coltivare un'immagine sociale ammirevole.

Le imperfezioni visibili erano motivo di grande umiliazione e imbarazzo, non solo per la persona, ma anche per la famiglia. A causa dei suoi supposti limiti o diversità, il bambino poteva essere allontanato, lasciato solo, talvolta persino schernito, deriso, umiliato. La famiglia, nonostante fosse il luogo dei rifiuti o delle ridicolizzazioni, trasmetteva il messaggio che era la fonte principale di sostegno per la persona. Gli individui esterni alla famiglia venivano descritti e raffigurati come inclini a rifiutare e deridere. "Hai dei difetti e non piacerai a nessuno fuori di qui, stai con noi che sei al sicuro", questo il messaggio inculcato dalla famiglia all'evitante (Benjamin, 1999).

Come mostrato da alcuni ricercatori, le interazioni precoci con i genitori rappresentano un importante fattore eziologico: gli studi suggeriscono che le persone con disturbo evitante durante l'infanzia hanno percepito i genitori come meno affettuosi, più respingenti, distanzianti e generatori di sensi di colpa e meno incoraggianti. Inoltre, può emergere una storia di abbandono,

abuso, cure minori o iperprotezione. Grazie alla letteratura scientifica e ai vari studi condotti, sappiamo che un bambino può sviluppare l'ipervigilanza come strategia di coping quando un genitore è inaccessibile o incoerente, e questa ipervigilanza può, quindi, estendersi ad altre situazioni sociali.

Ripetute esperienze negative con i genitori potrebbero indurre il bambino ad aspettarsi interazioni spiacevoli o angoscianti, e quindi a evitare le relazioni interpersonali come strategia di coping. Nel tempo, questa diventa la strategia predefinita e il conseguente isolamento sociale predispone, a sua volta, a un maggiore disagio emotivo (Lampe, Malhi, 2018).

La precoce manifestazione del DEP sembrerebbe associata a svariate forme di maltrattamento subite durante l'infanzia, in particolar modo ad abuso sessuale, emotivo, grave trascuratezza e ad abuso fisico (Tyrka et al., 2009). Nello specifico, l'abuso sessuale infantile sembrerebbe un aspetto rilevante da cui, in seguito, la persona con DEP si distanzierebbe attraverso l'uso pervasivo di strategie di evitamento e distacco (Hageman et al., 2015; Lobbestael et al., 2010).

Anche l'abuso emotivo parrebbe essere un fattore fortemente implicato nello sviluppo del disturbo evitante. Diversi autori hanno riscontrato una forte associazione tra ripetuti abusi emotivi subiti nell'infanzia e nell'adolescenza e DEP,

oltre a una connessione tra tali abusi e una bassa autostima (Gibb et al., 2001; Kaplan, Pelcovitz, Labruna, 1999).

Un fattore estremamente rilevante nello sviluppo del DEP risulta essere il *neglect*, ossia il mancato soddisfacimento dei bisogni psicologici e/o fisici del bambino da parte dei *caregivers*. Diversi studi hanno, infatti, mostrato una significativa associazione tra storie di trascuratezza infantile e sintomi del disturbo evitante (Joyce et al., 2003; Gibb et al., 2001).

Infine, il disturbo evitante farebbe da mediatore tra PTSD e alcuni esiti clinici: le persone traumatizzate con DEP in associazione avrebbero più episodi di autolesionismo non suicidario (Gratz, Tull, 2012).

# Modulo 3

## Il disturbo narcisistico di personalità

Funzionamento

Profilo evolutivo del DNP e trauma

Il Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP) interessa circa il 6% della popolazione e caratterizza maggiormente (nel 50-75% dei casi) il sesso maschile (APA, 2014). È stato però suggerito che le tematiche narcisistiche potrebbero essere esperite dagli uomini e dalle donne in modo diverso: alla luce di ciò, potrebbe esservi un bias nelle diagnosi dovuto al fatto che l'attuale descrizione del disturbo ne rifletterebbe prevalentemente l'espressione maschile (Montano, Borzi, 2019).

Frequentemente, il DNP è concomitante con disturbi da uso di sostanze, altri disturbi di personalità (più comunemente con il disturbo antisociale, istriornico, borderline, schizotipico e passivo-aggressivo) e con il disturbo bipolare (Caligor, Levy, Yeomans, 2015; Choi-Kain, 2020).

## Funzionamento

Le caratteristiche tipiche del DNP sono la grandiosità manifestata o celata, l'autostima instabile e fragile, con tentativi di regolarla tramite la ricerca di attenzione, approvazione, ammirazione. Ciò inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti (APA, 2014).

La persona narcisista è tormentata da un tiranno interno, oppressa da un'imposizione permanente: l'obbligo è quello di primeggiare, risplendere, brillare, l'abisso pronto a risucchiarla alla minima imperfezione, alla più impercettibile deviazione dall'eccellenza. La facciata è fatta di sicurezza, grandiosità, altezzosità, disprezzo verso i rivali, freddezza emotiva. Dietro le quinte, spente le luci dei riflettori, emerge un'esperienza di fragilità, annichilimento, vuoto, noia, mancanza di senso. Puntare alla vetta per fuggire dall'abisso, questa è la ricetta del narcisista. Non funziona, nel fare ciò non assapora il gusto genuino della vita. Le fantasie di grandezza e l'estremo bisogno di ammirazione sono centrali in questo disturbo, ma non sono gli unici aspetti rilevanti.

Andiamo a vedere quali sono gli elementi che caratterizzano il mondo interno del narcisista (Dimaggio, 2016; Dimaggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013).

### Stato grandioso

In questo stato mentale, la persona si sente superiore, di successo, di avere grandi qualità, speciale, ammirata, autosufficiente, è convinta di dominare il mondo. È forte il senso di diversità e non appartenenza. La massa mediocre che la circonda è tenuta a distanza, viene percepito o fantasticato un senso di appartenenza a gruppi elitari.

L'emozione caratteristica di questo stato è il disprezzo, a cui seguono senso di forza ed efficacia personale, il corpo è vigoroso, attivo, l'esperienza è di onnipotenza. L'arma del disprezzo, ovvero il guardare gli altri dall'alto in basso, sminuirli, stabilire la gerarchia, assicura alla persona il mantenimento della giusta distanza, una distanza indispensabile per nascondere le proprie vulnerabilità e i propri difetti.

Può presentarsi anche un senso di rivalsa: il riconoscimento tanto atteso è ora arrivato e va sbattuto in faccia a tutte quelle persone che non hanno creduto nelle sue capacità.

Sovente, l'atteggiamento verso gli altri è di altezzosa benevolenza, come un sovrano indulgente verso i propri sudditi.

Lo stato grandioso, però, si spegne facilmente di fronte al mancato riconoscimento del valore personale o di fronte alla percezione che gli altri abbandonano, rifiutano o criticano la persona. A quel punto, minacciata nell'autostima e ferita nell'orgoglio, la persona sente scricchiolare sotto i suoi piedi le fragili fondamenta dello stato grandioso e

scorge, sotto la soglia della coscienza, il baratro, l'abisso.

Estremamente spaventata all'idea di cadere nello stato depresso/terrifico tenta di proteggersi attaccando, la rabbia diventa un valido alleato: le cause dell'invalidazione o degli insuccessi sono attribuite agli altri.

Nel disperato tentativo di evitare l'abisso la persona, in questi casi, può cercare di ricostituire lo stato autocompiaciuto attraverso l'uso di sostanze (ad esempio la cocaina), può cercare di confermare la propria immagine e potenza tramite la seduzione compulsiva, può lavorare senza sosta al fine di rinsaldare o riconquistare la posizione che teme di perdere (Carcione, Semerari, 2017; Dimaggio, 2016; Dimaggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013; Dimaggio, Semerari, 2003).

### Stato depresso/terrifico

L'affannosa scalata verso la vetta per allontanarsi il più possibile dall'abisso e la rabbia e il disprezzo per proteggersi dalla caduta sono miseramente fallite, la persona è ormai sprofondata nel baratro.

In questo stato mentale vive un senso di fallimento, di sconfitta, di sottomissione, di autosvalutazione, di minaccia, di rifiuto ed espulsione dal gruppo, di inconsistenza dell'identità. La persona si sente pervasa da emozioni di vergogna e paura, la tristezza ha un retrogusto amaro, di nostalgia per il paradiso perduto.

Lo stato depresso/terrifico può essere anche dissociato: l'estrema difficoltà delle persone narcisiste ad accedere alle emozioni negative può far sì che queste ultime si presentino in uno stato alterato di coscienza (Carcione, Semerari, 2017; Dimaggio, 2016; Dimaggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013; Dimaggio, Semerari, 2003).

### Stato di vuoto devitalizzato

Dopo esser stata investita dal dolore pulsante che sgorga dall'abisso, la persona narcisista corre ai ripari, l'analgico usato è il vuoto. La persona dimora a lungo in questo stato: si sente fredda, distaccata, lontana dagli altri, l'esperienza emotiva è completamente spenta, il mondo percepito quasi irreale, distante.

Spegnimento affettivo e isolamento relazionale sono automatismi che proteggono dalla sofferenza, tutto è attutito, ovattato, nulla ferisce.

La persona in questo stato mentale vive un'esperienza tutt'altro che sgradevole: intoccabile, chiusa nel proprio bozzolo, si lascia vivere. L'autostima non è più soggetta a fluttuazioni, niente pericoli, sfide, sconfitte.

Il vero problema del narcisismo è qui, nella passività, nell'anestesia dell'*agency*. A lungo andare, però, la persona inizia a sentirsi scomoda in questo bozzolo: la vita risulta vuota, noiosa, quella vera scorre altrove.

Il bisogno di relazione inizia a farsi strada nel soggetto come un filo d'erba nel ghiaccio della tundra siberiana (Carcione, Semerari, 2017; Dimaggio, 2016; Dimaggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013; Dimaggio, Semerari, 2003).

## Profilo evolutivo del DNP e trauma

Nessuno può, ad oggi, affermare con certezza assoluta quale percorso evolutivo, quale combinazione di geni e aspetti ambientali, conduca un bambino a sviluppare un disturbo narcisistico di personalità. Condizioni di partenza simili possono portare a esiti molto differenti tra loro e viceversa. Ci sono, però, svariate ipotesi, frutto delle ricostruzioni dei clinici rispetto alla storia di sviluppo dei pazienti narcisisti.

Una prima ipotesi è quella di un bambino che cresce in una famiglia in cui tutto ruota intorno al successo e al riconoscimento, in cui la grandiosità del bambino viene annaffiata abbondantemente minuto per minuto, giorno dopo giorno. Nessuno è speciale quanto lui, nessuno alla sua altezza. Ogni minimo insuccesso, ogni deviazione dalla perfezione, sono però categoricamente proibiti, pena il disappunto e la profonda delusione dei genitori. Il bambino respira nell'aria la competizione, inala dosi massicce di agonismo, il messaggio che riceve è che nulla conta fuorché vincere, tutto il resto è insignificante. La sorgente del gioco e della curiosità prosciugata, le richieste di cure, affetto e vicinanza del tutto ignorate e disprezzate dai genitori.

La seconda strada è quella stile *Scarface*, del narcisismo come reazione alle avversità della vita, ad un mondo duro, spietato, che però non è riuscito a schiacciare, a sottomettere la persona, l'urlo della vittoria e un'onnipotenza che va pacchianamente esibita.

Il terzo percorso riguarda quei casi in cui al bambino è stato negato di abbandonarsi al gioco, potersi rotolare nel fango, combinare guai, gli è stato cioè negato di assaporare il gusto di un'infanzia spensierata. L'inversione dei ruoli: sorreggere, ad un'età in cui vorrebbe essere sorretto, il peso della famiglia; occuparsi di genitori che non riescono a prendersi cura di loro stessi, sofferenti; proteggersi da genitori minacciosi, che hanno lo sguardo di chi vuol fare del male. Il bambino, dunque, si equipaggia per tenere questo peso fra le mani, fa tutto ciò che serve per tirare avanti, incluse lodi e l'attribuzione di riconoscimenti che, invece, avrebbe avuto bisogno di rintracciare nello sguardo fiero dei genitori. Tale contesto produce nel bambino un inappropriato senso di forza che poi, con il tempo, potrebbe trasformarsi in narcisismo.

Infine, un'altra ipotesi è quella che il narcisismo sia il prodotto della battaglia contro una famiglia con poche ambizioni. La ribellione ad uno stile di vita piatto, misero, fatto di stenti, famiglie in cui la sana ambizione non è stata minimamente sostenuta. Il bambino, quindi, cresce percependo la scarsa fiducia dei genitori nelle sue qualità: la vita, a quel punto, diventa una lotta affinché tali capacità vengano riconosciute, una battaglia per dimostrare il proprio valore (Benjamin, 1999; Dimaggio, 2016).

Sebbene siano state evidenziate molteplici dinamiche connesse con lo sviluppo del narcisismo patologico (ad

esempio le alte aspettative genitoriali, le modalità educative, i fattori ereditari), il trauma dello sviluppo sembra essere un fattore importante. Una storia costellata da eventi traumatici, quali abuso fisico, sessuale, trascuratezza, rappresenta, infatti, un fattore di rischio per lo sviluppo di un DNP (Padilla et al., 2011).

Ripetute esperienze di abuso e maltrattamento alterano il normale sviluppo emotivo del bambino, rendendolo meno abile nel regolare le sue emozioni e più propenso a esperire emozioni negative, come vergogna, rabbia e aggressività, le quali sono state associate in vario modo al narcisismo da numerosi studi. Inoltre, alcune teorie sostengono che la rabbia e l'aggressività mostrate dalle vittime di abuso/maltrattamento possano rappresentare uno scudo dalle emozioni dolorose e aiutare il soggetto a mantenere una visione di sé positiva, nonostante gli "attacchi" provenienti dall'ambiente esterno (Muratori et al., 2020).

La letteratura scientifica sostiene come la vulnerabilità narcisistica e la vergogna siano dei potenziali mediatori tra l'abuso fisico infantile e la rabbia e l'aggressività degli adulti. Gli studi hanno messo in evidenza che l'essere stati abusati rende la persona più arrabbiata e aggressiva e, parallelamente, si sperimentano livelli più alti di vergogna e vulnerabilità narcisistica rispetto a chi non ha subito abusi. Di base, sembra che la propensione alla vergogna e la vulnerabilità narcisistica funzionino da mediatori per riuscire ad

adattarsi a seguito di maltrattamenti infantili (Keene, Epps, 2016). Inoltre, altri autori hanno evidenziato come persone affette da disturbo narcisistico, le quali avevano subito abusi, maltrattamenti, oltre ad essere state esposte a trascuratezza durante l'infanzia, hanno sviluppato in età adulta tutta una gamma di sintomi che includono un forte calo dell'umore, fino alla depressione, perfezionismo, vergogna e aggressività auto ed eterodiretta (Fjermestad-Noll et al., 2020). Inoltre, alcuni studiosi hanno osservato come alcune persone narcisiste, che hanno subito abusi durante l'infanzia, crescano con l'aspettativa che gli altri, prima o poi, soddisferanno tutti i loro desideri e bisogni, pensando, in età adulta, di ottenere finalmente ciò che spetta loro di diritto e che non hanno mai ricevuto dai loro *caregivers*. Tale, intenso, senso di diritto è spesso accompagnato da un atteggiamento svalutante nei confronti degli altri, le cui dimostrazioni di affetto e vicinanza vengono ritenute insoddisfacenti e i cui bisogni considerati secondari (Montano, Borzi, 2019; Mosquera, 2008).

Esperienze di abuso e trascuratezza possono portare il bambino a distanziarsi dalle proprie emozioni, dai propri bisogni e dalle altre persone. Ciò è decisamente coerente con quanto evidenziato da uno studio nel quale si mostrava come le persone con DNP avevano molte difficoltà nel cogliere gli aspetti emotivo-affettivi dell'esperienza altrui (Ritter et al., 2011).

Oltre a ciò, un bambino gravemente trascurato svilupperà la percezione di avere uno scarso valore personale: è stato visto, infatti, come la trascuratezza emotiva, più di quella fisica, mediava il rapporto tra bassa autostima e narcisismo (Maxwell, Huprich, 2014).

## Modulo 4

# I trattamenti

Terapia Cognitivo-Comportamentale

Dialectical Behavior Therapy

Schema Therapy

Terapia Metacognitiva Interpersonale

Altri approcci e tecniche

Quando si parla di disturbi di personalità e trauma il piano di trattamento adottato assume le sembianze, più che in altri quadri, di un puzzle unico e irripetibile.

Inoltre, al di là dei vari approcci e delle varie tecniche, centrale risulta essere la relazione terapeutica: è ormai noto, infatti, che le flessioni e le fratture dell'alleanza siano qualcosa di inevitabile, accadono in qualsiasi terapia, ma sono molto più frequenti e complicate da riparare con pazienti con disturbo di personalità e con pazienti traumatizzati. Di conseguenza, un'abilità determinante che il clinico deve possedere per il buon esito della terapia risulta essere quella di saper regolare la relazione terapeutica e ripararne le fratture.

In questa sede non si approfondirà tale aspetto, ci si limiterà a illustrare gli approcci e le tecniche che, nella grande famiglia del cognitivismo clinico, vengono maggiormente utilizzati in questi casi.

## Terapia Cognitivo-Comportamentale

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) per i disturbi di personalità parte da una spiegazione evolucionistica secondo cui i pattern di personalità deriverebbero da eredità filogenetiche. Queste "strategie" geneticamente determinate che hanno facilitato la sopravvivenza, la conservazione di risorse e lo sviluppo, potrebbero essere state presumibilmente favorite dalla selezione naturale.

In quest'ottica, i disturbi di personalità possono rappresentare l'esagerazione di strategie adattive di personalità. Inoltre, tutto questo è sostenuto dalle convinzioni sottostanti dell'individuo che influenzano la sua valutazione delle situazioni. Tali credenze sono incorporate in strutture più o meno stabili, chiamate schemi, che selezionano e sintetizzano le informazioni in entrata. Questi schemi originano dal risultato dell'interazione tra la predisposizione genetica dell'individuo e l'esposizione a influenze indesiderabili di altri soggetti o a esperienze culturali e specifici eventi traumatici (Beck et al., 2015).

La TCC centrata sul trauma si focalizza sull'individuazione e modificazione dei pattern distorti di pensiero che caratterizzano la persona rispetto a se stessa, all'evento traumatico e al mondo, proponendo, inoltre, una serie di tecniche volte a gestire la cascata emotiva e l'iperaousal derivanti da tali eventi. Si occupa di gestire le emozioni di colpa e vergogna tipiche nei survivors. Centrali risultano essere gli interventi di esposizione.

Le strategie di evitamento messe in atto dalla persona traumatizzata, infatti, producono nel breve termine una riduzione dell'ansia; nel lungo termine, però, cristallizzano la situazione, impedendole di liberarsi dalla morsa del trauma e di sperimentare che anche gli aspetti più dolorosi, se affrontati, possono essere gestiti. La TCC si avvale anche di tecniche Mindfulness-based per trattare questi aspetti.

In tal senso, l'esposizione contribuisce al processamento emotivo degli eventi traumatici, aiutando la persona ad affrontare le memorie traumatiche e le situazioni a esse associate.

Nello specifico, la persona esperisce sulla propria pelle che può fronteggiare, in condizioni di sicurezza, le memorie dolorose, che può modulare la sofferenza e che questa decresce nel tempo.

## Dialectical Behavior Therapy

La Dialectical Behavior Therapy (DBT) nasce come trattamento per le persone a cui veniva diagnosticato un Disturbo Borderline di Personalità.

Nel corso del tempo, però, è stata dimostrata la sua efficacia su un'ampia gamma di problemi, in particolare rispetto alla difficoltà nella regolazione delle emozioni e all'impulsività.

Questo approccio sottolinea l'importanza della sintesi tra accettazione e cambiamento: nel primo aspetto sono incluse le abilità di mindfulness e di tolleranza della sofferenza, nel secondo la regolazione delle emozioni e l'efficacia interpersonale.

L'abilità di *mindfulness* ha come obiettivo quello di imparare a essere consapevoli, nel momento presente, delle proprie esperienze interne e azioni.

L'abilità di *tolleranza della sofferenza* ha come obiettivo quello di tollerare il dolore senza far peggiorare le cose mettendo in atto tentativi di soluzione disfunzionali.

L'abilità di *regolazione emotiva* ha come obiettivo quello di modulare emozioni intense.

Infine, l'abilità di *efficacia interpersonale* ha come obiettivo quello di comunicare ciò che si desidera mantenendo il rispetto verso se stessi e verso gli altri (Linehan, 2011; Linehan, 2014).

In particolare, la DBT si pone come un trattamento efficace per i sopravvissuti a esperienze traumatiche che manifestano i sintomi del DBP, sintomi dissociativi, alti livelli di vergogna, depressione cro-

nica e ansia marcata. In questi casi la DBT è un trattamento di prima scelta per due motivi. Da un lato, consente di intervenire sugli aspetti legati alla sofferenza associata al trauma mediante il raggiungimento di una stabilizzazione emotiva, prima che vengano introdotti gli interventi basati sull'esposizione ai trigger legati ai ricordi dell'abuso.

Dall'altro, permette di affrontare i problemi specifici legati alla storia traumatica e alla marcata disregolazione emotiva mediante l'uso di strategie orientate all'accettazione e al cambiamento (Bohus et al., 2013; Follette, Ruzek, 2006).

## Schema Therapy

La Schema Therapy è un modello teorico e un approccio integrato creato per affrontare una varietà di difficoltà emotive di lunga durata e di disturbi di personalità, con prima origine nell'infanzia e sviluppo nell'adolescenza.

Tale approccio ha preso spunto da diversi modelli teorici, quali la terapia cognitivo-comportamentale, la teoria dell'attaccamento, la teoria costruttivista, la psicodinamica, la Gestalt.

L'assunto di fondo è che molteplici esperienze negative vissute dal bambino durante l'infanzia, nello specifico la frustrazione ripetuta dei bisogni primari, andranno a formare degli schemi maladattivi precoci (SMP), ossia delle strutture emotive e cognitive disfunzionali che rappresentano dei filtri attraverso cui la persona mette in ordine, interpreta e prevede il mondo.

Gli SMP sono alla base, secondo la Schema Therapy, dei disturbi di personalità e, dunque, l'obiettivo principale è proprio quello di aiutare i pazienti a far sì che i loro bisogni emotivi primari vengano soddisfatti in modo funzionale attraverso sani rapporti interpersonali. A tale scopo, dopo una prima fase di assessment e psicoeducazione, vengono utilizzate tecniche cognitive, esperienziali, comportamentali e, parallelamente a queste, viene posta una notevole attenzione alla relazione terapeutica (Young, Klosko, Weishaar, 2003).

## Terapia Metacognitiva Interpersonale

La Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) è un trattamento manualizzato, sia in setting individuale che di gruppo, per i disturbi di personalità che integra tecniche immaginative, drammaturgiche, corporee e di mindfulness.

In un'ottica TMI i disturbi di personalità si compongono di quattro ingredienti fondamentali: le disfunzioni metacognitive, gli schemi interpersonali patogeni, le strategie di coping disfunzionali, i cicli interpersonali disfunzionali. Per sviluppare un disturbo di personalità, dunque, sono necessari questi ingredienti, nessuno escluso.

Tale approccio adotta procedure passo dopo passo, formalizzate in tutte le sue componenti e con specifiche regole di transizione per muoversi da un passo all'altro.

È, idealmente, costituita da due macrosezioni: la *formulazione condivisa del funzionamento*, finalizzata a comprendere gli stati mentali, i processi di ragionamento, gli schemi interpersonali del soggetto, a migliorare le capacità autoriflessive della persona e ad avere una mappa del funzionamento mentale rispetto alla quale terapeuta e paziente concordano; la *promozione del cambiamento*, finalizzata alla riduzione della sofferenza, all'assunzione di prospettive differenti e alla costruzione di nuove e più funzionali narrazioni di sé che guideranno verso azioni sociali più adattive e verso la realizzazione personale.

Si noti che la TMI non è un modello di trattamento per fasi, ma un modello iterativo: ci si muove avanti e indietro lungo le due macrosezioni fino a quando le problematiche del paziente non sono risolte.

Di conseguenza, durante tutto il corso della terapia così come durante la singola seduta, terapeuta e paziente possono impegnarsi in operazioni di formulazione relativamente a un nuovo aspetto emergente e poi volgere lo sguardo verso strategie di promozione del cambiamento rispetto a un problema già chiaro in termini mentalistici.

Per ciò che concerne la relazione terapeutica, in TMI questa non viene intesa esclusivamente come un prerequisito per il trattamento, ma anche come uno strumento attraverso il quale migliorare la metacognizione e, inoltre, comprendere e modificare gli schemi maladattivi del paziente (Dimaggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013; Dimaggio, Ottavi, Popolo, Salvatore, 2019; Dimaggio, Semerari, 2003; Safran, Muran, 2003).

## Altri approcci e tecniche

Ulteriori trattamenti e tecniche che, frequentemente, vengono utilizzati in tali quadri clinici sono:

- Trattamento a più fasi (*phase-oriented*)  
<https://www.istitutobeck.com/terapia-fasi-trauma>
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)  
<https://www.istitutobeck.com/emdr-trauma>
- Compassion Focused Therapy (CFT)  
<https://www.ilvasodipandora.org/trattare-il-trauma/compassion-focused-therapy-cft/>
- Psicoterapia Sensomotoria  
<https://www.istitutobeck.com/terapia-sensomotoria-trauma>
- Somatic Experiencing  
<https://www.istitutobeck.com/beck-news/terapie-bottom-lautoabbraccio-levine>
- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)  
<https://www.ilvasodipandora.org/trattare-il-trauma/acceptance-and-commitment-therapy-act/>
- Mindfulness  
<https://www.istitutobeck.com/mindfulness-trauma>
- Trauma-Sensitive Yoga (TSY)  
<https://www.istitutobeck.com/trauma-sensitive-yoga-per-il-trattamento-del-trauma>
- Infine, in alcuni casi, al trattamento psicoterapeutico è necessario affiancare un trattamento farmacologico  
<https://www.istitutobeck.com/trattamento-farmacologico-per-i-disturbi-psicologici-correlati-al-trauma>

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina, Milano.
- Benjamin, L.S. (1999). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Las, Roma.
- Beck, A.T., Davis, D.D., Freeman, A. (Eds) (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Third Edition. The Guilford Press, New York.
- Bohus, M., Dyer, A.S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., et al. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4):221-233.
- Caligor, E., Levy, K.N., Yeomans, F.E. (2015). Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172(5):415-422.
- Carcione, A., Semerari, A. (2017). *Il narcisismo e i suoi disturbi*. Eclipsi, Firenze.
- Choi-Kain, L., (2020). Narcissistic Personality Disorder: A Coming of Age. *Journal of Personality Disorders*, 34:210-213.
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., Linehan, M.M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3):495.
- Cusack, K.J., Frueh, B.C., Brady, K.T. (2004). Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatric Services*, 55(2):157-162.
- de Aquino Ferreira, L.F., Queiroz Pereira, F.H., Neri Benevides, A.M.L., Aguiar Melo, M.C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262.
- Dimaggio, G. (2016). *L'illusione del narcisista*. Baldini&Castoldi, Milano.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina, Milano.
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R., Salvatore, G. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento. Terapia metacognitiva interpersonale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Dimaggio, G., Semerari, A. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Editori Laterza, Bari-Roma.
- Earley, M.D., Chesney, M.A., Frye, J., Greene, P.A., Berman, B., Kimbrough, E. (2014). Mindfulness Intervention for Child Abuse Survivors: A 2.5-Year Follow-Up. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10):933-941.
- Emerson, D. (2015). *Trauma-Sensitive Yoga in Therapy. Bringing the Body into Treatment*. WW Norton & Company, New York.
- Fjermestad-Noll, J., Ronningstam, E., Bach, B.S., Rosenbaum, B., Simonsen, E. (2020). Perfectionism, Shame, and Aggression in Depressive Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34:25-41.
- Follette, V.M., Briere, J., Rozelle, D., Hopper, J.W., Rome, D.I. (2015). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrative Contemplative Practices*. Guilford Press, New York.
- Follette, V.M., Ruzek, J.I. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma, Second Edition*. Guilford Press, New York.
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H.P., Unterrainer, H.F. (2019). The Influence of Attachment Styles and Personality Organization on Emotional Functioning After Childhood Trauma. *Front Psychiatry*, 10:643.
- Gibb, B.E., Wheeler, R., Alloy, L.B., Abramson, L.Y. (2001). Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 15:505-515.
- Gilbert, P. (2016). *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. Franco Angeli, Milano.
- Gratz, K.L., Tull, M.T. (2012). Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self-harm: The moderating roles of borderline and avoidant personality disorders. *Psychiatry Research*, 199(1):19-23.

- Hageman, T.K., Francis, A.J.P., Field, A.M., Carr, S.N. (2015). Links between Childhood Experiences and Avoidant Personality Disorder Symptomatology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(1):101-116.
- Hailes, H.P., Rongqin, Y., Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet. Psychiatry*, 6(10):830-839.
- Hall, K., Moran, P. (2019). Borderline personality disorder: an update for neurologists. *Practical Neurology*, 19:483-491.
- Harris, R. (2011). *FARE ACT. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*. Franco Angeli, Milano.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3):377-391.
- Herman, J.L., Perry, J.C., van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146:490-495.
- Izdebska, A. (2020). Personality Disorders in Adult Female Child Sexual Abuse Survivors: Dimensions of Personality Pathology and Characteristics of Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*.
- Joyce, P.R., McKenzie, J.M., Luty, S.E., Mulder, R.T., Carter, J.D., Sullivan, P.F., et al. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37:756-764.
- Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., Labruna, V. (1999). Child and adolescence abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38:1214-1222.
- Keene, A.C., Epps, J. (2016). Childhood physical abuse and aggression: Shame and narcissistic vulnerability. *Child Abuse & Neglect*, 51:276-283.
- Lampe, L., Malhi, G.S. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11:55-66.
- Levine, P.A. (2014). *Somatic Experiencing: Esperienze somatiche nella risoluzione del trauma*. Astrolabio Ubaldini, Roma.
- Linehan, M.M. (2011). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Raffaello Cortina, Milano.
- Linehan, M.M., (2014). *DBT Skills Training Manual*. Guilford Press, New York.
- Lingiardi, V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Il Saggiatore, Milano.
- Liotti, G., Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Raffaello Cortina, Milano.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Bernstein, D.P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(3):285-295.
- Luthra, R., Abramovitz, R., Greenberg, R., Schoor, A., Newcorn, J., Schmeidler, J., et al. (2009). Relationship between type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder among urban children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 24:1919-1927.
- Maxwell, K., Huprich, S. (2014). Retrospective reports of attachment disruptions, parental abuse and neglect mediate the relationship between pathological narcissism and self-esteem. *Personality and Mental Health*, 8(4):290-305.
- Montano, A., Borzì, R. (2019). *Manuale di intervento sul trauma. Comprendere, valutare e curare il PTSD semplice e complesso*. Erickson, Trento.
- Mosquera, D. (2008). Personalidades Narcisistas y personalidades con rasgos narcisistas. *Revista Persona. Instituto Argentino para el Estudio de la Personalidad y sus Desórdenes*, 8(2).
- Muratori, P., Milone, A., Buonanno, C., Ianni, S., Inguaggiato, E., Levantini, V., Pisano, S., Valente, E., Masi G. (2020). Eziopatogenesi e valutazione dei tratti narcisistici in età evolutiva. *Rivista di Psichiatria*, 55(2):71-78.
- Ogden, P., Pain, C., Fisher, J. (2006). A Sensorimotor Approach to the Treatment of Trauma and Dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29:263-279.
- Padilla, R.J. (2011). Personality disorders in child sexual abuse victims. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(2):131-139.
- Pretzer, J.L., Beck, A.T. (1996). *A Cognitive Theory of Personality Disorders*. In: Clarkin, J.F., Lenzenweger, M.F. (Eds), *Major Theories of Personality Disorder*. Guilford Press, New York.
- Quanneville, A.F. et al. (2020). Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 284:112688.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preibler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., et al. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorders. *Psychiatry Research*, 187(1-2):241-247.
- Rosenberg, S.D., Lu, W., Mueser, K.T., Jankowski, M.K., Cournos, F. (2007). Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 58(2):245-253.
- Safran, J., Muran, J.C. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Editori Laterza, Bari-Roma.

- Shah, R. et al. (2020). Levels of Depersonalization and Derealization Reported by Recovered and Non-recovered Borderline Patients Over 20 Years of Prospective Follow-up. *Journal of trauma & dissociation*, 21(3):337-348.
- Shapiro, F. (2012). EMDR therapy: An overview of current and future research. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 62:193-195.
- Steele, K., van der Hart, O., Nijenhuis, E.R. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3):11-53.
- Tyrka, A.R., Wyche, M.C., Kelly, M.M., Price, L.H., Carpenter, L.L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Research*, 165(3):281-287.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2011). *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Voestermans, D., Eikelenboom, M., Rulmann, J., Wolters-Geerdink, M., Draijer, N., Smit, J.H., Thomaes, K., van Marle, H.J.F. (2020). The Association Between Childhood Trauma and Attachment Functioning in Patients With Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 34:474.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *British Journal of Psychiatry*, 194(5):392-398.
- Young, J.E., Klosko J & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: a Practitioner's Guide*. Guilford Press, New York.



# Istituto A.T.BECK

Terapia Cognitivo - Comportamentale

Direttore

Dott.ssa Antonella Montano

[antonellamontano@istitutobeck.it](mailto:antonellamontano@istitutobeck.it)

piazza San Bernardo 109, 00187 Roma

telefono 06 4819817

fax 06 4828665

via Gioberti 54, 00185 Roma

telefono 06 44703820

fax 06 49382241

corso Trieste 33, 81100 Caserta

Beck for Kids

Area età evolutiva dell'Istituto A.T.BECK

via Nizza 63, 00198 Roma

**[www.istitutobeck.com](http://www.istitutobeck.com)**

Istituto A.T.Beck, 2020