

Approccio alla Manipolazione nell'Incontro con il Paziente con Disturbo Borderline di Personalità

Author(s):

Francesco Cernuto affiliation: Az. USL 7 di Siena Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Zona Alta Valdelsa

Per inviare un commento a questo articolo clicca [qui](#).

To post a comment on this paper please click [Questo indirizzo email è protetto dagli spambots. È necessario abilitare JavaScript per vederlo.? subject=Commento a: Approccio alla Manipolazione nell'Incontro con il Paziente con Disturbo Borderline di Personalità">here](#).

Abstract

Manipulation, both in its generic and its specific meaning is a serious threat for a valid therapeutic relationship and for professionalism within mental health public services. Some aspects of manipulation can be detected from situations within and outside the clinical setting. In general, these situations have a seductive connotation or hide a pursuit of some personal advantages. In the clinical field, some forms of manipulation can break up a crisis in the therapist or in the institution of care as a whole. Mental healthcare professionals should devote time and energy to think about how not to get sucked in by patient pressures in the most sensitive and emotional interactions, especially when an intensive relationship touches some aspects of personal life and intimate values. In particular they must be able to evaluate their emotional responses and spend adequate time to cope with handling difficult situations together with other members of a multidisciplinary team. Overall, the staff should be able to move beyond the emotional reaction to perceived treachery and deceit after being manipulated, and working in team to reflect on any attempts to tamper with the relation triggered by patients and trying to understand the meaning of immediate patients' attitude in light of their history and their current situation. Similarly, anger and provocation rather than as acts of bullying are seen as extreme emotional reactions to criticism and opinions of others, associated with the inability to articulate these reactions in a socially more appropriate way. Dealing with manipulation, encountering the patient with a borderline personality disorder should always start from a psychological understanding and then moving towards a non-judging orientation considering any patient manifestation and any reported event. Other options give a patient a more active role in the choice his therapeutic project without the professionals feel subjugated by the demands of the patient and without imposing any professional authoritarianism.

Discussione

Nella costruzione di un concetto che possa dare un contributo al progresso della conoscenza, non andiamo di solito a cogliere qualcosa di rivelato o di soprannaturale, piuttosto ci basiamo su quello che È la nostra esperienza come singoli o come parte di una comunità e su questa consolidiamo le opinioni correnti e generiamo un'idea di verità. Tuttavia, spesso per pigrizia, ci resta molto difficile fare una revisione delle nostre più radicate credenze nonostante vengano alla luce elementi nuovi che impongono almeno una apertura alla riflessione (De Finetti, 2006; Niiniluoto, 1984).

Prendendo in esame l'esperienza della manipolazione vissuta nei servizi È pressoché consolidata, nell'equipe professionale, la sua automatica associazione con i pazienti con disturbo borderline di personalità, connotando in maniera specifica un concetto solitamente molto diffuso un po' in tutti i contesti.

La manipolazione intesa come modalità di relazionarsi È in linea con le nuove occasioni di comunicazione, di costruzione di legami interpersonali e con gli stili di vita sociale acquisiti ormai da diversi anni nella società post-moderna che sembrano contribuire ad alimentare la casistica collocabile al limite tra nevrosi e psicosi (Anzieu e Chabert, 2006) e che sta trasformando il tipo di sofferenza presentato dai pazienti che, negli ultimi 20 anni, si stanno rivolgendo ai servizi. A questo punto, sulla scorta della rilevanza sociale di questi cambiamenti, sarebbe opportuno orientarsi verso una visione nuova del disturbo psichico (Kendler e Parnas, 2008; Lolas, 2002), una revisione dell'organizzazione dell'assistenza dei pazienti nei servizi pubblici (Miettinen, 1999; Owen e Khalil, 2007) e, conseguentemente, anche dell'assetto del sistema di ordine pubblico deputato al controllo nella società dei comportamenti devianti (Dyer, 2006).

La psicopatologia clinica tradizionale, a partire dalle basi concettuali poste da Kurt Schneider (1946), concepisce i disturbi di personalità come manifestazioni estreme del comportamento umano senza proporre l'ipotesi patogenetica che vede questi disturbi come una sequela di malattia al pari della schizofrenia e della psicosi maniaco-depressiva. Tuttavia, lo sviluppo delle personalità abnormi e di quelle psicopatiche È solitamente messo in relazione con determinanti evolutivi di tipo traumatico o con forme fruste di psicosi (Cleckley, 1988; Krischer e Sevecke, 2008).

Inquadramenti più recenti contemplano il disturbo borderline di personalità (BPD) tra le manifestazioni atipiche di un disturbo appartenente allo spettro bipolare (Lara et al. 2006) rinforzando la tendenza nosografica ad includere nella prossima sistematizzazione (DSM V) i disturbi di personalità nell'asse I, senza peraltro annullare del tutto l'aspetto dimensionale del tratto di personalità distinto dal disturbo vero e proprio (Gunderson, 2008).

Sul versante dei servizi, l'assistenza psichiatrica organizzata nella comunità ha spinto a riconoscere, attraverso la relazione, la sofferenza psichica dei soggetti isolati e dimenticati ed ha favorito lo sviluppo di professionalità in persone motivate che si sono genuinamente dedicate ad accudire e a far partecipare gravi persone psicotiche in bacini sociali e piccole comunità sufficientemente contigue al resto della società.

Ma questa spinta ideologica oggi non trova più sostegno nelle idee, che nel frattempo sono state sostituite da concezioni aziendali e di mercato (Henderson e Petersen, 2001), mentre le nuove domande di aiuto ai servizi hanno minacciato e messo in discussione sul piano della relazione la professionalità degli operatori che rischiano di distaccarsi dalle situazioni difficili o di rimanerne pesantemente invischiati (Hartel et al. 2004).

In ambito sociale, l'attuazione delle politiche, il rispetto del mandato pubblico ed il senso del dovere civico impongono a tutti gli addetti al controllo sociale, compreso gli operatori dei servizi di salute mentale, una continua mediazione tra l'esperienza in prima linea con le situazioni che si presentano nel territorio e la responsabilità etica e legale di compiere il proprio dovere (Lipsky, 1983). Occorre conoscere ed essere consapevoli di quali possano essere i molteplici scenari operativi e aver ben chiare le caratteristiche del sistema di appartenenza come pure quelle delle altre agenzie almeno quanto È importante conoscere se stessi e le caratteristiche psicopatologiche dei soggetti verso i quali indirizziamo la nostra professionalità. Può trattarsi di persone che possono essere scortese, sfacciate, aggressive, violente, imprevedibili, schive, alla ricerca di attenzione ed anche seduttive o manipolative verso la quali l'atteggiamento umano e professionale nostro e dei nostri collaboratori può essere determinante per il tipo di conseguenze che le nostre azioni possono avere nelle situazioni di vita reale (Frontline - Personality Disorder Training, 2009).

Nella pratica quotidiana, ci sembra importante trovare il tempo per riflettere sul concetto di manipolazione. Esso si colloca al di fuori dell'inquadramento clinico e nosografico di un caso, non essendo espressamente concepito come criterio diagnostico per il disturbo borderline di personalità (BPD). Tuttavia, nel discorso sui pazienti borderline, il concetto di manipolazione tende a dilatarsi e ad impregnare le dinamiche dei servizi alimentando reazioni ostili, atteggiamenti espulsivi e distacco dalla relazione con il paziente. Come conseguenza, all'interno delle equipe, rischia di innescarsi una potenziale conflittualità tra opposti atteggiamenti di fronte al comportamento manipolatorio di un paziente che può alterare lo spirito di collaborazione professionale tra operatori e frammentare la coerenza dell'assistenza orientata idealmente per progetto terapeutico.

In fatti, così di frequente il termine manipolazione si presenta nelle conversazioni e nelle discussioni su alcuni pazienti "difficili" che può essere erroneamente concepito come il principale problema che queste persone pongono ai servizi psichiatrici (Bowers, 2003a).

Al Servizio il loro comportamento È inadeguato. Essi fanno di tutto per ostacolare il colloquio come porre domande irrilevanti, alzarsi e cambiare sedia o rifiutarsi di rispondere alle domande. Senza alcun tatto e considerazione fanno richieste inopportune e tentano di manipolare l'interlocutore per farlo assecondare ai propri desideri... (Perry e Klerman, 1980)

I comportamenti descritti sono almeno diversi nel grado, ma non nella tipologia dai comportamenti autolesivi e dalle minacce di suicidio, la condicio sine qua non dei pazienti borderline (Bowers, 2003b). Tuttavia i clinici tendono a assimilare i pazienti borderline con la manipolazione e a mettere in allerta gli altri su questa caratteristica. Una demarcazione del concetto di manipolazione È quindi fondamentale per la comprensione del paziente e per tentare di distinguere quando la manipolazione È il frutto di una condizione psicopatologica da quando È semplicemente un comportamento moralmente sbagliato ed anche per evitare di inquadrare come borderline ogni persona che incontriamo con cui abbiamo difficoltà di relazione.

Alcuni aspetti della manipolazione si possono cogliere dalle seguenti rappresentazioni prese al di fuori del contesto clinico. L'immagine del pilota che fa volare l'aeroplano come desidera agendo sui i comandi per modificare l'assetto, la direzione e la velocità (pilotaggio), sottende l'aspetto strumentale della manipolazione come se si trattasse di attuare uno schema di azione preordinato. D'altro canto, l'immagine dello striptease, la tecnica dello spogliarsi lentamente degli indumenti conferisce alla manipolazione una valenza di azione di seduzione. In questa esibizione erotica, talvolta in chiave ironica, la spogliarellista mantiene un controllo sulla platea usando una serie di interazioni attentamente costruite che somigliano ad un gioco di confidenza (Pasko, 2002). Tuttavia, lo spazio di gioco dello striptease, È collegato a quanto gli spettatori possono attendersi ed È quindi senza inganno a differenza della manipolazione dei pazienti borderline.

La vera e propria manipolazione si realizza, generalmente, con l'intento di raggiungere un obiettivo desiderato (perverso o normale, simbolico o reale) con l'uso dell'inganno, di un tranello o di una imposizione, senza riguardo per gli interessi di coloro che sono usati nel processo (Bowers, 2003a).

Gunderson (1984) definisce la manipolazione come "quelli sforzi con i quali diversi sotterfugi sono usati per controllare o per ottenere supporto dagli altri. Tipiche modalità comprendono lamentele somatiche, azioni provocatorie o messaggi fuorvianti come pure gli atti auto-lesivi" (1984, p. 5). Altri autori, descrivendo certi atteggiamenti sprezzanti, certe deliberate modalità di creare intralci o di insinuare argomenti, rifiutandosi poi di ascoltare o di rispondere, pongono la questione se la manipolazione sia un tipo di aggressione o un altro comportamento deliberatamente ingiurioso ed in particolare se il comportamento auto-lesivo dei borderline deve essere sistematicamente inquadrato come manipolatorio (Kaukiainen et al. 2001). Inevitabilmente queste accezioni finiscono per estendere eccessivamente il concetto inglobando un po' di tutto: dal bullismo all'intimidazione, dalla violenza fisica alla ricerca di una relazione esclusiva, dalla menzogna all'uso dell'inganno per un vantaggio personale all'insaputa della propria vittima o alla minaccia di protestare se non vengono soddisfatte certe richieste. In realtà, dal punto di vista clinico quello a cui siamo interessati È la distinzione tra il comportamento manipolatorio ed il carattere manipolativo.

Così come la menzogna in sé, pur essendo moralmente censurabile, assume connotati patologici solo quando il mentire È così sproporzionato da realizzarsi sistematicamente nell'usuale comportamento di una persona, si può pensare che anche la manipolazione finisca per diventare, soprattutto nei pazienti borderline, un atteggiamento di maniera a tal punto che nella relazione si rischia di perdere il senso della genuina spontaneità. Viceversa, la critica, il dissenso, la richiesta di adeguata attenzione nelle vita comune non sono atteggiamenti che vengono denotati come manipolatori. Sebbene molte persone dissimolino certe emozioni o usino modi indiretti per comunicare quello che vogliono, talora anche con certo retrogusto minaccioso, esse non sono così automaticamente etichettate come manipolative quanto lo sono i pazienti borderline.

Quindi la manipolazione può essere un "normale" mezzo per sopravvivere ad un ambiente ostile salvaguardando il rispetto di sé e la propria integrità ad es. nell'esperienza del carcerato; oppure può essere una forma di adattamento alla vita istituzionale ed ai suoi vincoli che contrastano con la propria volontà. Può essere un modo per resistere al sistema e di ottenere piccoli vantaggi, eccezioni alle regole o risorse extra. Questi piccoli vantaggi possono avere un valore simbolico rappresentando il rifiuto di una resa ed un'accettazione delle limitazioni verso i rappresentanti del sistema percepiti come nemici. Spesso nei film che parlano di prigionieri di guerra l'inganno, il tranello ed il raggio sono valutati positivamente (Bowers, 2003b).

Tomando adesso a prendere in esame l'aspetto patologico della manipolazione, il carattere manipolativo, la teoria delle relazioni oggettuali trova nel concetto di identificazione proiettiva una cornice esplicativa per comprendere la motivazione aggressiva ed il suo uso per controllare gli altri (Kemmerling, 1978). L'effetto della proiezione di aspetti non riconosciuti del sé e l'assunzione del controllo della relazione possono generare risposte controtransferali ed emotive negli altri che rischiano di innescare reazioni emotive a catena e di provocare una crisi in qualsiasi tipo di legame abbia assunto valenza affettiva. Focalizzando l'attenzione sul campo clinico, se la manipolazione può generare una crisi nel terapeuta e nelle organizzazioni di aiuto alla persona, come si può affrontare la crisi indotta dalla manipolazione dei pazienti? Nonostante la situazione attuale di impasse nei servizi, l'operatore professionale dovrebbe dedicare tempo ed energia nel tentare di non farsi risucchiare dalle pressioni

emotive nelle situazioni più delicate e nelle interazioni particolarmente intense, deve essere capace di mettere al vaglio le proprie risposte emotive e trascorrere il tempo necessario con gli altri membri dell'equipe multidisciplinare. Nell'insieme, lo staff dovrebbe essere capace di procedere oltre la reazione emotiva all'inganno e al tradimento percepito per essere stati manipolati, riflettendo, in modo collegiale, sui tentativi di manipolazione innescati da parte dei pazienti e cercando di comprendere il significato dell'atteggiamento immediato del paziente alla luce della sua storia e della sua situazione attuale.

Affrontando sotto il profilo cognitivista il tema della manipolazione esso È concepito come un errore logico dovuto all'erronea percezione di un comportamento come manipolativo da parte degli altri, quando il realtà l'intento manipolativo non È presente. Allo stesso modo, la rabbia e la provocazione piuttosto che come atti di bullismo sono visti come reazioni emotive estreme alla critica e al giudizio degli altri, associate all'incapacità di articolare queste reazioni in maniera socialmente più appropriata. Alcune volte, soggetti capaci di essere appropriati in particolari situazioni di sofferenza non sono in grado di comunicare adeguatamente e danno l'impressione di essere manipolativi. Per alcuni soggetti la manipolazione può essere stato l'unico mezzo appreso per trovare ascolto e riconoscimento. La Linehan offre una serie di strategie atte a controllare e gestire la modalità di comunicazione inappropriata e l'impulsività senza fornire una spiegazione del comportamento manipolativo, ma riconoscendo piuttosto le abilità piuttosto che i deficit nelle espressioni comunicative dei pazienti borderline.

In conclusione, a prescindere dalla cornice teorica, l'approccio alla manipolazione nell'incontro con il paziente con disturbo borderline di personalità dovrebbe sempre partire da una comprensione psicologica ed orientarsi con modalità non giudicanti alle manifestazioni del paziente. Analizzando la situazione reale, può essere anche che l'atteggiamento manipolativo non discende direttamente dal carattere patologico del paziente, ma piuttosto sia legato ad una carenza dell'ambiente di cura che non È in grado di offrire sufficiente ascolto o di riconoscere la sofferenza e la richiesta di aiuto. Altre volte si tratta semplicemente di rispondere conferendo un ruolo attivo al paziente nella scelta del suo progetto terapeutico senza da un lato sentirsi soggiogati dalle richieste del paziente e dall'altro senza imporre alcun autoritarismo professionale (Kennard e Roberts, 1998; Miettinen e Flegel, 2003).

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[0] commenti | comments