

CLAUDIA CARABOTTA - SILVIA ROSAFIO

IL DISTURBO ISTRIONICO DI PERSONALITÀ

*Modello e trattamento
in chiave metacognitiva interpersonale*

Collana Psiche e dintorni

diretta da *Francesca Mamo e Loredana Petrone*



Alpes Italia srl – Via G. Gatteschi, 23 – 00162 Roma

tel. 06.39738315 – email: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

© Copyright

Alpes Italia srl – Via G. Gatteschi, 23 – 00162 Roma, tel. 06-39738315

I edizione, 2026

Claudia Carabotta, è psicologa psicoterapeuta, di orientamento metacognitivo interpersonale.

Si è formata presso l'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) di Lecce e attualmente svolge attività clinica a Galatina (LE) presso il Centro Nova Mentis.

Le sue aree di maggiore interesse riguardano la psicopatologia di personalità e il trauma complesso.

Silvia Rosafio, è psicologa psicoterapeuta. È responsabile del Dipartimento Disturbi della Personalità presso il Centro Nova Mentis, dove si occupa di valutazione e trattamento dei disturbi di personalità.

Svolge attività clinica e di formazione nell'ambito della psicoterapia e della psicopatologia della personalità. È cotrainer presso APC – Associazione di Psicologia Cognitiva, dove partecipa alla formazione di psicoterapeuti.

È autrice del libro *“Le bambole rotte”*.

In copertina: Immagine elaborata con l'ausilio dell'I.A. di ChatGPT e Gemini.

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene

previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633

e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

Indice

PREFAZIONE (<i>Semerari</i>)	VII
INTRODUZIONE	IX
1 – L’espressione dell’istrionismo nel mondo dell’arte	1
<i>Fëdor, il ridicolo disgraziato</i>	2
<i>Signe, la star ammalata</i>	3
<i>Emma, la vittima romantica</i>	5
<i>Debussy, il mesomorfo fatale</i>	7
<i>Conclusioni</i>	9
2 – Dall’isteria al disturbo istrionico: uno sguardo alla tradizione clinica	11
<i>Origini del concetto di isteria</i>	12
<i>Dal Medioevo all’Età Moderna</i>	13
<i>Una sfida diagnostica tra organico e psicologico: il dilemma dell’isteria</i>	14
<i>Uno sguardo al passato: Janet, Breuer e Freud</i>	16
<i>Dall’isteria al disturbo istrionico: cosa è andato perduto</i>	20
<i>Primi contributi sul disturbo istrionico</i>	21
<i>L’evoluzione all’interno del DSM</i>	22
3 – Valutare l’istrionismo	27
<i>Diagnosi categoriale</i>	27
<i>Diagnosi dimensionale</i>	29
<i>Scale self-report</i>	31
4 – Panoramica sulle ricerche attuali	33
<i>Caratteristiche di personalità e tratti distintivi</i>	33
<i>Prevalenza e comorbidità del disturbo istrionico di personalità (HPD)</i>	35
<i>Eziologia</i>	38
<i>Contributi neurobiologici</i>	39
<i>Approcci terapeutici: cosa funziona?</i>	40
5 – La terapia metacognitiva interpersonale	43
<i>Introduzione alla terapia metacognitiva interpersonale</i>	43

IL DISTURBO ISTRIONICO DI PERSONALITÀ

<i>Principi generali per la pianificazione del trattamento secondo la terapia metacognitiva interpersonale</i>	44
<i>Principi generali di conduzione delle sedute in ottica TMI</i>	46
Scegliere lo stato mentale problematico da esplorare	47
<i>Dati di efficacia della TMI nel disturbo borderline di personalità</i>	48
<i>Conclusioni</i>	50
6 – Un’ ipotesi di funzionamento del disturbo istrionico di personalità in ottica metacognitiva interpersonale	51
<i>Stati mentali problematici</i>	52
Lo stato mentale dell’inconsistenza	52
Lo stato mentale della visibilità	54
Lo stato mentale di minaccia	56
Lo stato mentale di rifiuto e trascuratezza	57
Lo stato mentale di rabbia	59
Lo stato mentale di noia	60
Le grandi assenti: colpa e tristezza	61
<i>Cicli interpersonali</i>	63
Il ciclo d’allarme	64
Il ciclo del distacco da inautenticità	65
Il ciclo di incomprensione/pretesa	66
<i>Valutare il rischio suicidario</i>	66
<i>Le funzioni metacognitive</i>	67
Monitoraggio	67
Integrazione	69
Differenziazione e decentramento	70
Mastery	73
Regolazione delle scelte	75
<i>Modello del disturbo</i>	76
7 – Un’ipotesi di trattamento del disturbo istrionico di personalità in ottica metacognitiva interpersonale	79
<i>Linee guida generali per il trattamento</i>	79
<i>Alleanza terapeutica</i>	80
Costruire l’alleanza: empirismo collaborativo e contratto terapeutico	80
Contratto terapeutico con i pazienti istrionici	80
<i>Ciclo d’allarme</i>	82

Indice generale

<i>Ciclo di incomprensione e/o pretesa</i>	83
<i>Intervento sul deficit di monitoraggio metarappresentativo</i>	84
Intervento in seduta sugli stati di vuoto	85
<i>Strategie di mastery</i>	86
<i>Migliorare l'integrazione</i>	88
Tollerare la contraddizione	90
<i>Potenziare le abilità di decentramento e differenziazione</i>	90
8 – Integrazione del trattamento	93
<i>Utilizzo del biofeedback: regolazione emotiva e costruzione dell'identità</i>	93
<i>Il lavoro con la famiglia</i>	95
CONCLUSIONI	97
<i>Bibliografia</i>	99

Ai nostri pazienti

Prefazione

Antonio Semerari

Ho avuto il privilegio di seguire quasi passo per passo la genesi di questo libro.

Ricordo abbastanza bene la spinta iniziale, una discussione avuta con le autrici e con altri colleghi proprio sulla natura dei disturbi istrionici di personalità. Come spesso accade nelle discussioni improvvisate toccammo, in modo abbastanza caotico, diversi punti. Le idee che ci trovavano d'accordo e su cui finimmo per convenire credo di poter dire che furono le seguenti:

1. Il disturbo istrionico di personalità è un disturbo assolutamente sottovalutato nella sua gravità. La sua prognosi è in realtà molto incerta e questi pazienti passano da una terapia all'altra senza che questo rechi loro alcun beneficio.
2. Le difficoltà nel trattamento di questi pazienti sono legate a due elementi. La prima è il senso di futilità e di inautenticità che queste terapie evocano nei terapeuti, sensazioni che, in maniera più o meno indiretta, finiscono col fargli desiderare l'interruzione del trattamento. La seconda è legata alla gravità funzionale di questi pazienti che incontrano un'estrema difficoltà nello sviluppare processi autoriflessivi.
3. Il nucleo del disturbo consiste probabilmente in una condizione profonda e continuativa di vuoto e di inconsistenza interiore a cui i pazienti pongono rimedio "facendosi vedere". L'essere visti, il ricevere attenzione dagli altri diventa così il modo con cui si sentono qualcosa invece di nulla e ciò rende comprensibili le eccentricità e la vistosità di alcuni comportamenti e la ricerca di attenzione.
4. All'incomprensione della natura di questo disturbo ha contribuito l'evoluzione della nosografia psichiatrica con la scomparsa della nozione unitaria di isteria che indicava un quadro complesso di disturbi della coscienza, sintomi somatici, crisi e comportamenti

interpersonali problematici. Il fatto che questi sintomi vengono distribuiti in sezioni diverse dai manuali diagnostici rende di difficile comprensione il loro presentarsi così di frequente insieme.

5. Con la scomparsa dell'isteria si è persa una cultura della cura. Un patrimonio di riflessioni e di tentativi terapeutici sviluppati alle origini della psicoterapia moderna è andato quasi perduto e nessuno ha un'idea precisa di come curare questi pazienti.

Se ho potuto riportare con tanta precisione i punti di una discussione molto più frammentata e confusa svoltasi ormai diversi anni fa è grazie al fatto che ho letto questo libro dove il lettore potrà trovarli enormemente sviluppati e precisati in forma ordinata.

Ma il lettore vi troverà anche qualcos'altro, ovvero un metodo razionale di cura arricchito da un prezioso materiale clinico.

Vale la pena di raccontare anche questa parte della storia. Alla fine della discussione, trovandomi di fronte a giovani e brillanti colleghe salentine palesemente interessate al problema, non potevo non venirmi in mente il lavoro di De Martino¹, e me ne uscii, all'incirca con la seguente osservazione: "Beh, voi lavorate nella 'terra del rimorso', può darsi che vi capitino casi del genere. Perché non ne fate oggetto di uno studio sistematico?". Come si può vedere lo hanno fatto. Hanno cominciato a raccogliere e ad esaminare con cura e critica la letteratura attuale e a discutere i primi casi che si rivolgevano loro per un aiuto psicoterapeutico. Per quel misterioso fenomeno per cui chi inizia a sviluppare una competenza vede moltiplicarsi i casi che a quella competenza afferiscono, i pazienti in poco tempo raggiunsero un numero considerevole. Attraverso uno sforzo sistematico di comprensione del caso, le autrici sono andate via via sviluppando sia un modello del disturbo sia un primo protocollo di trattamento. Per tutto il libro traspare questo lavoro di paziente costruzione delle ipotesi e di attenzione estrema e non banale ai dati clinici. Il risultato è non solo un testo utile ma un libro che colma un vuoto di competenze negli psicoterapeuti contemporanei e che, non dubito, il lettore troverà estremamente utile.

¹ Ernesto de Martino (1908 – 1965) è stato un antropologo, storico delle religioni e filosofo italiano. L'opera a cui si fa qui riferimento è *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud* (1961).

Introduzione

Claudia Carabotta, Silvia Rosafio

*“No! Solo come mai potrei essere, se mai!
Perché sulla scena, non sono mai io.
Come sono io veramente, scusi, vuol saperlo lei, se non lo so io stessa!”
(Luigi Pirandello, Trovarsi, 1931)*

Da molti anni, clinici e ricercatori impegnati nello studio dei disturbi della personalità dibattono sull'utilizzo di una diagnosi categoriale o dimensionale. All'interno di tale discussione si dipanano altre questioni di rilievo clinico, tra cui l'effettiva esistenza di alcuni mondi psicopatologici.

In particolar modo, in questo volume, ci proponiamo di contribuire a fare chiarezza su una condizione esistenziale che nella nostra pratica clinica si è rivelata di non raro riscontro: quella riconducibile al disturbo istrionico.

A partire dal DSM II (APA, 1968), in cui si parlava di nevrosi isterica, sono sorti i primi problemi, che si sono ulteriormente complicati negli anni: per alcuni rappresenta un quadro psicopatologico inesistente, totalmente assimilabile al disturbo borderline, per altri invece da sovrascrivere al disturbo narcisistico. Nonostante lo scetticismo generale, il disturbo istrionico sopravvive alle numerose proposte di eliminazione tanto da ritrovarlo nel DSM-5-TR (APA, 2022). Il disturbo istrionico mette in crisi psicoterapeuti e curanti, i quali imbattendosi principalmente con i *coping* (teatralità, sessualità, ricerca di stimoli/attenzioni) fanno fatica ad aprire un varco nello stato mentale doloroso (il vuoto da inconsistenza), tanto da smettere di cercarlo. Per questo motivo è necessario riuscire a riconoscerlo nella stanza della terapia non cadendo nella trappola peculiare di questo disturbo: l'evitamento pressoché costante di ciò che si teme emotivamente. Questo ci ha spinto ad utilizzare numerose vignette cliniche ed estratti di colloqui con l'obiettivo di aprire uno spiraglio su un mondo celato.

Lo stato mentale dell'inconsistenza, a nostro avviso nucleare, la maggior parte delle volte è estraneo al paziente, che vive l'individuazione ed osservazione dello stesso come un'epifania.

Estrema ironia, superficialità, attenzione al corpo, distraggono e allontanano il paziente dalla sofferenza. Spesso definiti *pazienti incurabili*, *pazienti difficili* suscitano reazioni emotive differenti nelle figure sanitarie che si relazionano a loro. Terapeuti annoiati, impazienti o impauriti, altri ancora divertiti: una naturale conclusione dei cicli interpersonali tanto assidui.

Di frequente si incappa in descrizioni di pazienti che *fincono*, *esagerano* o *lo fanno solo per attirare l'attenzione*. Quest'ultima espressione ci lascia sconcertate, come curanti dovremmo fare lo sforzo di immaginare l'abisso emotivo nel quale ci siamo imbattuti se un individuo è disposto a mettere in atto alcuni comportamenti per avere *l'attenzione* altrui. Tra queste condotte, uno spazio sarà riservato ai tentativi di suicidio.

Sarebbe opportuno cercare le risposte alle tante domande: perché questi pazienti drammatizzano? Perché sono facilmente suggestionabili? Cosa vuol dire che provano disagio quando non sono al centro dell'attenzione? Come diventa la loro esistenza senza uno sguardo sul loro corpo e/o mente?

Non aggiungiamo nulla di più a quello che già conoscono i terapeuti che si occupano della patologia della personalità quando diciamo che la conduzione del colloquio è particolarmente difficile, la presenza di tratti istrionici oltre a peggiorare la prognosi, richiede un'intensa disciplina interiore.

Dunque, sono numerosi i motivi che ci hanno spronato a scrivere queste pagine, primo tra tutti il pregiudizio associato a questo disturbo della personalità, l'irritazione provata negli anni davanti a commenti quali *comportamento dimostrativo* e per finire la necessità di far emergere il dolore e la precarietà dell'esistenza associate a questo disturbo.

Inoltre, l'urgenza di confronto con i colleghi con i quali dialogare e studiare questo disturbo è ciò che non ci ha fatto desistere dinanzi alla scarsità della letteratura presente. Non si dispone infatti di specifici trattamenti manualizzati, noi confidando nei ricercatori del futuro, ci auguriamo che gli studi sui disturbi della personalità siano in costante crescita.

Sperry e Maniaci (2019) hanno ideato un trattamento che integra l'approccio sistemico, psicodinamico e cognitivo-comportamentale indirizzato a coppie in cui uno dei partner ha diagnosi di disturbo istrionico di personalità e l'altro ossessivo-compulsivo di personalità.

La *schema-focused therapy* di Jeffrey Young (1999) individua e modifica gli schemi disfunzionali attraverso tecniche cognitive, relazionali, esperienziali e comportamentali. Studi empirici dimostrano che specifici schemi siano associati a diversi disturbi di personalità e, nel caso del disturbo istrionico, lo schema più frequentemente correlato risulta essere quello di *approval seeking*/ricerca di approvazione (Bilge & Balaban, 2021).

L'intervento terapeutico proposto è basato sul Modello clinico ideato dai colleghi del Terzocentro di Roma: la terapia metacognitiva interpersonale, integrando lì dove necessario il Modello Biofeedback in psicoterapia del Centro Nova Mentis di Galatina.

Illustreremo, dunque, una concettualizzazione del caso clinico basato sul singolo paziente con particolare riferimento alle funzioni metacognitive, ai cicli interpersonali e alla regolazione delle scelte.

Nello scrivere queste pagine faremo riferimento ai nostri pazienti e a quelli dei colleghi con cui abbiamo la fortuna di collaborare.

Nel PRIMO CAPITOLO del volume troverete riferimenti cinematografici e bibliografici; protagonisti di film e libri saranno nostri alleati nella descrizione delle caratteristiche salienti riscontrate in questi anni. Il confronto tra personaggi che in apparenza condividono ben poco, consente al lettore di cogliere la natura polimorfa del disturbo istrionico.

Nel SECONDO CAPITOLO faremo un breve *excursus* storico, a partire dall'origine del concetto di isteria per arrivare all'utilizzo esclusivo del termine istrionico. Il nostro obiettivo è far emergere quello che si è perso in questo passaggio, che va ben oltre la mera sostituzione terminologica. Verranno descritti i primi contributi teorici sul disturbo istrionico.

Nel TERZO CAPITOLO ci concentreremo sugli strumenti di valutazione al momento disponibili per valutare l'istrionismo, mettendo in luce le criticità degli stessi e la larga sovrapposizione con altri quadri di personalità.

Nel QUARTO CAPITOLO verrà presentata una panoramica della letteratura scientifica ed un approfondimento delle principali ricerche disponibili sull'argomento, con l'obiettivo di fornire al lettore una visione chiara ed aggiornata.

Nel QUINTO CAPITOLO verranno delineati gli elementi fondamentali della terapia metacognitiva, con un focus sugli elementi che sono maggiormente implicati nel trattamento di questi pazienti.

Nel SESTO CAPITOLO illustreremo un'ipotesi di funzionamento del disturbo istrionico proponendo una concettualizzazione del caso basata sulla TMI. Delineeremo gli stati mentali prototipici, i meccanismi di *coping*, i deficit metacognitivi, l'uso selettivo del piacere edonico nella regolazione delle scelte, le euristiche e i *bias*, i cicli interpersonali.

Nel SETTIMO CAPITOLO sarà descritta un'ipotesi di trattamento del disturbo istrionico di personalità basandoci sulla terapia metacognitiva interpersonale.

Nell'OTTAVO E ULTIMO CAPITOLO faremo riferimento a come possa essere implementato il trattamento individuale.

Ringraziamo tutti i terapeuti del Terzocentro di Roma per averci permesso di crescere professionalmente nonostante la distanza: lo scambio intellettuale e clinico ha inciso significativamente sul nostro lavoro.

In particolare ringraziamo Antonio Semerari e Livia Colle, i nostri maestri, per averci insegnato a pensare. Grazie per la cura e il tempo che ci avete dedicato in questi anni, senza di voi non avremmo sviluppato la passione, il rispetto e il rigore nel trattamento dei disturbi della personalità.

Un altro sentito ringraziamento a tutti i colleghi del Centro Nova Mentis, un supporto costante nei tanti momenti di difficoltà e fonte di stimolo quotidiano. Il lavoro con i disturbi di personalità ci ricorda come ognuno di noi abbia bisogno di un gruppo per poter affrontare le sfide quotidiane: ringraziamo Gabriele Ciccarese, Giorgia Cucurachi, Aurora d'Autilia, Annalia Delle Rose, Marialaura Puce, i cui contributi arricchiscono questo testo.

Ringraziamo, inoltre, la collega e amica Luana Stamerra per le correzioni e i continui confronti.

Introduzione

Un ringraziamento va alle nostre famiglie, alle quali abbiamo sottratto energia e cura per dedicarci alla stesura di questo testo.

Per finire ringraziamo ogni singolo paziente incontrato in questi anni, è per comprendere la loro sofferenza che abbiamo approfondito, e studiato il disturbo istrionico. Questo testo è una risposta a ciò che è accaduto tra quelle mura.