

FRANCO FORNARI

La personalità ‘come se’

Una rivisitazione del concetto a 75 anni dal famoso articolo di Helene Deutsch

Gli inizi

Nel suo articolo *Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia* (1942), Helene Deutsch descrisse per la prima volta una tipologia di pazienti che sembravano disturbati, ma dei quali non era facile dire esattamente come. Ciò che aveva spinto l'autrice a scrivere quell'articolo e in seguito anche a promuovere una discussione pubblica su di loro (Katan, 1958) era il modo passivamente plastico in cui vivevano le loro vite. Questi individui esteriormente sembravano normali, il loro comportamento non era bizzarro, le loro capacità intellettive sembravano intatte, così come ben ordinate e appropriate apparivano le loro espressioni emotive. Invariabilmente e piuttosto rapidamente, però, nella mente dell'osservatore di turno sorgeva la medesima domanda: “Che cosa c'è che non va in questa persona?”.

L'articolo della Deutsch (1942) inizia con la distinzione tra due tipologie di pazienti: quelli per i quali il disturbo emozionale è *egodisttonico* (ad esempio nella depersonalizzazione e nella derealizzazione) e quelli per i quali il disturbo emozionale è *egosintonico*. È a questi ultimi che la Deutsch dà il nome di *personalità ‘come se’*, per descrivere l'impressione che questi soggetti producono inevitabilmente nell'osservatore: quella di una sorta di artificiosità generale, che li fa apparire ‘come se’ fossero autentici. Essi, infatti, sembrano privi di affetti genuini e profondi, quasi

come se fossero attori o attrici, mancanti di qualsiasi emozione costante o ricca.

Come primi esempi, la Deutsch riporta due aneddoti che le erano stati riferiti da due persone diverse e che avevano entrambi come protagonista una sua giovane paziente. Nel primo aneddoto, un altro paziente della stessa Deutsch le racconta di un incontro casuale con la ragazza, in un'occasione mondana. L'uomo la descrive come stimolante, divertente, attraente e interessante; ma poi, a sorpresa, conclude questa serie di elogi dicendo: "Però c'era qualcosa in lei che non andava", senza peraltro riuscire a spiegare che cosa intendesse dire. Nel secondo aneddoto, è la stessa Deutsch a chiedere ad un critico d'arte di valutare alcuni quadri dipinti dalla sua paziente. La risposta è che la ragazza sembra dotata di notevole abilità e talento, ma che nei suoi disegni c'è anche qualcosa di disturbante che il critico attribuisce ad una qualche inibizione interiore, che però secondo lui poteva essere superata. Verso la fine dell'analisi – che tra l'altro la Deutsch definisce *non troppo riuscita* – la paziente aveva cominciato a frequentare un corso di pittura tenuto da quello stesso critico. Questi, sulle prime, aveva parlato in termini molto lusinghieri delle potenzialità della ragazza ma, solo pochi mesi dopo, era passato a descriverla in termini molto meno entusiastici. Aveva sempre talento, lui era rimasto impressionato dalla rapidità con cui aveva appreso la sua tecnica e il suo stile, ma al tempo stesso doveva ammettere che c'era qualcosa di strano in lei che lo portava a porsi la solita domanda: "Che cosa c'è che non va in questa persona?". Il critico era poi venuto a sapere che la ragazza si era rivolta ad un secondo insegnante che usava un approccio didattico del tutto diverso e che, anche in quel caso, si era familiarizzata con la nuova teoria e la nuova tecnica con facilità e rapidità sorprendenti.

In sostanza, la prima impressione che queste persone danno di sé è quella di una completa normalità; ma poi, quando si impegnano in un'attività creativa, il risultato è buono solo dal punto di vista formale, senza la minima traccia di originalità. Ad un'osservazione più accurata, anche i loro rapporti affettivi con l'ambiente presentano questa stessa caratteristica. Sono rapporti apparentemente intensi e contraddistinti da amicizia, amore, simpatia e comprensione; ma anche un profano si accorge presto che c'è qualcosa di strano e gli si profila la solita domanda alla quale non sa rispondere. All'analista, infine, risulta presto chiaro che tutti questi rapporti sono privi di qualsiasi traccia di calore, che tutte le esperienze emozionali sono formali, che ogni sensazione interiore è completamente esclusa. È una situazione che somiglia alla prestazione di un attore tecnicamente ben preparato, ma che manca della scintilla necessaria per rendere realistica la sua interpretazione.

La Deutsch ci tiene a segnalare che la freddezza emozionale di questi soggetti è molto diversa da quella che si riscontra nelle persone che fanno ricorso alla rimozione, nel senso che in queste ultime non è difficile cogliere una vita emozionale altamente differenziata, benché nascosta dietro ad uno schermo. Invece, nel caso della personalità '*come se*' non si ha più a che fare con un atto di rimozione, ma con una vera e propria mancanza della capacità di investimento oggettuale. La relazione apparentemente normale con il mondo corrisponde ad una forma di imitazione infantile ed è l'espressione di un'identificazione con l'ambiente; una parodia, che risulta in un adattamento in apparenza buono alla realtà, nonostante l'assenza di un investimento oggettuale.

Il soggetto '*come se*' è pronto a cogliere i segnali provenienti dal mondo esterno e a modellare se stesso e il proprio comportamento di conseguenza. La sua propensione ad identificarsi passivamente con chiunque lo rende capace della più totale fedeltà come della più bassa perfidia. Inizialmente l'amore, l'amicizia e l'attaccamento di una personalità '*come se*' possederanno qualcosa di molto gratificante per il partner. Presto, però, la mancanza di un vero calore provocherà la comparsa di un vuoto nell'atmosfera emozionale, tale da portare il partner ad interrompere rapidamente la relazione. Quando viene abbandonata, la personalità '*come se*' mostra un'esplosione di reazioni affettive che sono anch'esse '*come se*' e quindi false, oppure si osserva una chiara assenza di affettività. Alla prima occasione, l'oggetto precedente viene sostituito con uno nuovo e il processo si ripete.

Lo stesso vuoto e la stessa mancanza di individualità, così evidenti nella sfera emotiva, compaiono anche nella dimensione morale. I principi, gli ideali, le convinzioni dei soggetti con una personalità '*come se*' altro non sono che immagini riflesse di altre persone, buone o cattive. Data la loro grande capacità di attaccarsi ai gruppi sociali, morali o religiosi, essi cercano, mediante l'adesione al gruppo, di colmare il loro vuoto interiore tramite questa identificazione. Ecco allora che l'adesione entusiastica ad una certa filosofia può essere rapidamente e completamente rimpiazzata da un'altra fede, in totale contraddizione con la precedente e senza il minimo accenno di trasformazione interna, ma semplicemente come effetto di un cambiamento casuale della cerchia di persone frequentate dal soggetto.

Una seconda caratteristica di questi pazienti è la loro suggestionabilità, ben diversa da quella degli isterici, per i quali l'investimento oggettuale è una condizione necessaria; nella personalità '*come se*' la suggestionabilità è un corollario della loro propensione ad un'identificazione passiva, più simile a quella di un robot. Molti atti criminali, in un primo momento attribuiti ad un legame erotico, sono stati spiegati successivamente con questa predisposizione a lasciarsi influenzare. Anche eventuali tendenze

aggressive, nella personalità ‘*come se*’, sono quasi totalmente mascherate dalla passività, il che conferisce a questi soggetti un’aria di bontà negativa, di blanda amabilità, che però possono facilmente convertirsi in malvagità.

Una necessaria precisazione

Nel suo articolo (1942), la Deutsch aveva confessato di non essere particolarmente soddisfatta della scelta del termine ‘*come se*’, ma aveva anche ammesso di non essere riuscita a trovare niente di meglio. L’autrice si era anche preoccupata di chiarire che il termine che stava usando non aveva “*nulla a che fare con il sistema di Vaihinger (1911/1978) delle ‘finzioni’ e della filosofia del ‘come se’*”. E infatti, da allora, esso è stato utilizzato nella letteratura psicoanalitica nel suo significato ristretto, applicandolo ad alcuni soggetti che soffrono di un disturbo della personalità che “*produce nell’osservatore l’ineludibile impressione che l’intero rapporto del soggetto con la vita abbia qualcosa che manca di genuinità e tuttavia all’esterno si comporta ‘come se’ fosse completo*” (*ibid.*).

Per completezza, voglio ricordare che un altro autore, S. S. Feldman (1962), ha invece esteso l’uso di questo termine in un articolo intitolato *Il ruolo del ‘come se’ nella nevrosi*, suggerendo il suo impiego in un senso così ampio, che credo possa solo introdurre una confusione di linguaggi in letteratura. Feldman, infatti, ha proposto di usare il termine proprio nel senso di Vaihinger, ossia come riferentesi a tutti i tipi di fenomeni come i simboli, le difese dell’Io ecc., basati su uno stato ‘*come se*’ inconscio dell’Io nella nevrosi, in aggiunta ai fattori di conflitto e di fissazione. Un tale utilizzo si allontanerebbe però così tanto dalla definizione di ‘*come se*’ impiegata da Helene Deutsch e comprenderebbe una così ampia gamma di fenomeni psichici che, qualunque fosse la sua validità come concetto, sembra inopportuno sovrapporlo ad una definizione già ampiamente accettata. In questo articolo continuerò dunque ad attenermi anch’io al termine ‘*come se*’ nel senso inteso dalla Deutsch.

La letteratura sulla personalità ‘*come se*’ fino ad oggi

Di fatto, la personalità ‘*come se*’ è stata sempre poco studiata. L’articolo della Deutsch (1942) – primo approccio noto a questo disturbo di personalità – ha avuto scarsissimo seguito, come è dimostrato dal numero veramente esiguo di lavori ad esso dedicati, in settantacinque anni. Le ragioni di questo scarso interesse sono probabilmente più di una. La prima è che sia plausibile ritenere che solo una minima parte di queste persone arrivi effettivamente ad una consultazione, verosimilmente in virtù della loro capacità di evitare i conflitti grazie al loro atteggiamento adesivo e com-

piacente. Non è un caso se questi soggetti sono stati soprannominati anche '*camaleonti sociali*' (Goleman, 1985). In secondo luogo, questi sono pazienti tranquilli, che rendono facilmente fiducioso il terapeuta su come la terapia sta proseguendo. Se poi quest'ultimo offre anche un piccolo aiuto o qualche indicazione, essi possono portare del materiale che sembra importante, alimentando in lui l'illusione di poter lavorare bene insieme per lunghi periodi di tempo, senza accorgersi di quanto siano disturbati. Ecco allora che una limitata richiesta di letteratura su questi pazienti può dipendere anche, paradossalmente, dal fatto che i loro trattamenti possono procedere (apparentemente) quasi senza intoppi. Sarà poi uno scarso risultato inatteso dopo la conclusione della terapia, oppure una conclusione improvvisa decisa dal paziente dopo che sono emersi problemi di transfert, a rappresentare il primo segnale che questi pazienti non erano quello che sembravano essere.

Anche la letteratura successiva alla Deutsch conferma che clinicamente sono stati visti pochissimi casi di personalità '*come se*'. La Deutsch stessa (Weiss, 1966) disse verso la metà degli anni Sessanta di aver visto un solo individuo '*come se*', in più di un terzo di secolo dopo la versione iniziale del suo articolo. Anche se alcuni pensatori (Ross, 1967; Greenson in Weiss, 1966) hanno provato ad ampliare il campo, suggerendo uno spettro di esperienze *come se* che andavano dal carattere *come se puro* ai relativamente normali e comuni *stati come se* della mente, poco si è ricavato dal tentativo. La letteratura clinica ha in genere provato più e più volte a riscoprire i pazienti originali della Deutsch, ma con scarso successo. Un dato illustra drammaticamente la mancanza di sviluppo del campo: nell'intera letteratura non c'è virtualmente discussione sugli approcci terapeutici. Le occasionali eccezioni (Khan, 1960; Meissner, 1984, pp. 221, 241; Chase in Weiss, 1966) sono brevi e/o limitate discussioni su singoli casi. L'unica vera eccezione è il libro di Sherwood e Cohen di cui riferisco nelle righe seguenti.

Se pochi sono gli articoli scientifici specificamente dedicati alla *personalità 'come se'*, che dire allora del fatto che a tutt'oggi risulta sia stato scritto un solo libro su questo tema? Esso si intitola *Psychotherapy of the Quiet Borderline Patient – The As-If Personality Revisited* (Sherwood, Cohen, 1994), ma per capire che non ha avuto un impatto troppo diverso rispetto ai lavori precedenti, basti dire che la sua pubblicazione risale a oltre vent'anni fa e che non è mai stato tradotto in altre lingue diverse dall'inglese. Eppure non è affatto un'opera disprezzabile, anzi. Ha certamente il merito di costituire un primo – e finora unico – tentativo di mettere ordine in questa tematica e di proporsi come stimolo per ulteriori studi e confronti tra esperienze diverse. Purtroppo, le più che lodevoli intenzioni degli autori sembrano essere state accolte a dir poco tiepidamente. Come mai? Non

è facile trovare una spiegazione convincente per questo scarso interesse per la personalità '*come se*', al di là di quanto già ipotizzato sopra. Verrebbe quasi da pensare che sul piano teorico si verifichi qualcosa di analogo a quanto avviene sul piano della clinica: così come l'individuo '*come se*' non sembra mostrare alcun interesse per se stesso, forse l'intera categoria produce nella maggior parte degli studiosi una reazione controtransferale (identificazione proiettiva?) di analogo disinteresse. Sia come sia, rimane il paradosso che la categoria della personalità '*come se*' è sopravvissuta, nonostante pochissimi clinici sostengano di aver trattato un simile paziente. La spiegazione sta probabilmente nel fatto che un certo numero di essi sente intuitivamente che queste personalità sono molto più numerose, ma al tempo stesso non pensa di averne curata qualcuna. Di conseguenza, il campo ha languito principalmente per mancanza di materiale clinico. Ma le osservazioni della Deutsch, pur essendo state per lo più trattate come un'interessante eccentricità, hanno continuato ad essere citate in letteratura. Il che significa, nonostante tutto, che continuano a porre intriganti interrogativi teorici.

Aspetti descrittivi

Nel corso della valutazione clinica può essere utile vedere le caratteristiche '*come se*' come poste lungo un continuum (Ross, 1967). Il carattere '*come se*', con un nucleo schizoide vuoto che usa un adattamento e una compiacenza passivi come metodo per coinvolgere gli altri nella realtà esterna, rappresenta la sindrome completa, ma tratti, stati o caratteristiche '*come se*' possono verificarsi nella schizofrenia, in adolescenza e in altri tipi di carattere, in particolare nelle sindromi borderline, così come possono presentarsi impercettibilmente anche in normali stili di adattamento. La vera personalità '*come se*', però, sembra rappresentare un tipo stabile, organizzato, in cui l'apparente normalità maschera una sottostante profonda mancanza di relazionalità e un vuoto emotivo. Quelli che seguono sono i principali criteri descrittivi che C. Gardner e S. Wagner (1986) hanno raccolto dalla letteratura scientifica sulla personalità '*come se*' e che rimangono sostanzialmente validi tuttora:

1. *apparenza di normalità*: è il criterio principale; tanto che se ci troviamo in presenza di un'eccentricità o di un'inadeguatezza evidenti, oppure di grossolani difetti relazionali o del comportamento, di solito siamo rapidamente orientati verso altre diagnosi;

2. *facile sostituzione di un rapporto con un altro*: le relazioni di questi pazienti possono essere di breve durata, le sostituzioni vengono solitamente utilizzate per eliminare le sensazioni di vuoto e, soprattutto, i

pazienti '*come se*' hanno una limitata capacità di formare attaccamenti profondi;

3. *identificazioni mutevoli*: tutte le volte che iniziano una nuova relazione significativa, i pazienti '*come se*' mostrano una pronta tendenza ad imitare o ad assumere i comportamenti, gli atteggiamenti e le qualità delle persone con cui sono appena entrate in contatto. Possono infatti cambiare facilmente e rapidamente un insieme di valori, di interessi di carriera, o anche il gruppo sociale di appartenenza;

4. *anaffettività*: di solito si osserva un'affettività limitata, ristretta o superficiale, oppure i pazienti possono anche riferire di provare emozioni che sembrano normali, ma che sentono poco profonde in loro stessi. L'importante eccezione a questa mancanza di affettività è il disturbo che sempre accompagna la separazione e la perdita. In caso di rottura di un legame importante, infatti, si può sviluppare una sintomatologia di tipo depressivo ma che è tale solo nelle sue componenti somatiche, mentre mancano del tutto i contenuti psichici tipici degli stati depressivi. I pazienti lamentano soltanto un profondo senso di vuoto e un'angoscia di annullamento, di non esistenza, che può facilmente portarli a compiere degli agiti anche gravi;

5. *assenza di isolamento sociale*: questa caratteristica distingue questi pazienti dai caratteri schizoidi. I pazienti '*come se*' mancano di profondità emotiva ma sono socialmente attivi, sia pure su una base superficiale, a causa della loro scarsa tolleranza per la solitudine e per l'isolamento;

6. *conservazione dell'esame di realtà*: i pazienti '*come se*' non hanno né allucinazioni né deliri, mentre per quanto riguarda la presenza di disturbi del pensiero, vi sono opinioni diverse tra gli autori. Così come non è chiaro se questi pazienti siano vulnerabili ai tipi di episodi psicotici che a volte si verificano nelle sindromi borderline.

Ulteriori caratteristiche dei pazienti '*come se*' possono includere:

7. *affettività simulata*, che è difficile da stabilire e può essere confusa con l'esagerazione istrionica;

8. *ampia tendenza ad imitare gli altri*, che può non essere facilmente distinguibile dalla normale imitazione e identificazione o può non essere evidente nella valutazione ambulatoriale (mentre invece può essere facilmente osservata durante una degenza);

9. *plasticità morale*, che però, operativamente, potrebbe applicarsi ad una gamma talmente ampia di comportamenti (dall'attività criminale alla fluidità dei valori) da essere di scarso valore pratico;

10. *assenza di insight*, su cui vi è disaccordo in letteratura. Questi pazienti non arrivano quasi mai spontaneamente alla consultazione e quasi mai sanno descrivere in modo coerente e comprensibile i loro problemi e ad

esprimere con chiarezza le loro lamentele. Possono dare un'impressione iniziale di grande consapevolezza di sé, ma si tratta piuttosto di assenza di rimozione che non di vero e proprio insight, il che conferisce loro un atteggiamento stranamente distaccato rispetto a quegli stessi problemi che sembrano conoscere così bene.

Aspetti psicodinamici

Dopo essersi dedicata quasi esclusivamente agli aspetti descrittivi della personalità '*come se*', nell'ultimo paragrafo del suo articolo (1942) la Deutsch scrive:

"Non mi è chiaro se i disturbi emozionali qui descritti implichino una 'disposizione schizofrenica' o se siano sintomi rudimentali di schizofrenia. Questi pazienti rappresentano delle varianti rispetto alla serie delle personalità abnormi. Non possono essere fatti rientrare tra le forme di nevrosi comunemente accettate, ma sono troppo ben adattati alla realtà per essere chiamati psicotici [...] Poiché l'Io ha fallito, ha luogo la regressione. Parliamo in questo caso di 'debolezza dell'Io' e riteniamo che le motivazioni di questo fallimento siano psicologiche, costituzionali o organiche. La psicoanalisi può indagare sulle prime di queste motivazioni, soprattutto in quelle situazioni prepsicotiche alle quali i casi descritti appartengono".

Dunque è solo alla fine del suo articolo che la Deutsch accenna agli aspetti psicodinamici della personalità '*come se*'. Purtroppo non dice molto, ma è doveroso concederle numerose attenuanti, visto il carattere assolutamente pionieristico del suo lavoro. Prima di tutto appare chiaro che la Deutsch non stava tentando uno studio approfondito della personalità '*come se*', quanto piuttosto che volesse stimolare ulteriori contributi clinici sul tema. Dopo aver escluso che questi pazienti possano essere considerati come *nervosi*, lei avanza due ipotesi eziologiche: 1. la prima è che si tratti di una non meglio definita 'predisposizione' alla schizofrenia, un sorta di prestrutturazione infantile, che però potrebbe anche rimanere tale per tutta la vita; 2. la seconda è che si tratti invece delle manifestazioni iniziali di un esordio schizofrenico in un soggetto adulto. La Deutsch propendeva comunque per il versante psicotico, a causa del tipo di processo di identificazione che osservava nei pazienti '*come se*'. Questi individui, infatti, non sembrano capaci di una vera identificazione – che richiede di rendere l'immagine di un'altra persona parte della vera struttura della propria personalità –, ma rimangono al livello dell'identificazione primaria, ossia di fugaci e manieristiche imitazioni comportamentali degli altri. Nel pensiero dell'autrice, un arresto evolutivo al livello dell'identificazione primaria equivaleva ad un'assenza di differenziazione sé-altro; e così, lei pensava, questi pazienti dovevano funzionare ad un livello non lontano dalla schi-

zofrenia. Per inciso, questa è essenzialmente la stessa difficoltà che più tardi la metapsicologia ha incontrato anche con i narcisisti, la cui tendenza a vedere gli altri come estensioni di loro stessi lasciava i teorici incerti sul perché costoro non fossero psicotici.

Il narcisismo e la povertà di relazioni oggettuali, così tipici delle persone '*come se*', ponevano quindi effettivamente il problema del rapporto di questa organizzazione con la psicosi, tanto più che a quel tempo non era ancora disponibile la categoria *borderline* o *stato-limite* come struttura per la comprensione di questi pazienti. Nonostante questo limite oggettivo, però, l'autrice parla di debolezza dell'Io e di regressione, anticipando in qualche modo i lavori di tanti altri autori, sugli stati limite e sull'Io che non si frammenta ma si deforma. Secondo la Deutsch, infatti, l'ipotesi che i soggetti '*come se*' potessero essere psicotici andava rigettata per almeno due ragioni principali:

1. la constatazione che l'esame di realtà era completamente integro;

2. le sostanziali differenze rispetto alla melancolia, nella quale, seguendo Freud e Abraham, l'oggetto perduto viene introiettato e trasformato in un Super-Io tirannico, con il quale il soggetto prolunga il conflitto in maniera del tutto indipendente dall'ambiente esterno. Nei soggetti '*come se*', invece, gli oggetti sono mantenuti esterni e tutti i conflitti sono agiti in relazione ad essi. Il conflitto con il Super-Io è così evitato, visto che l'Io '*come se*', in ogni suo gesto e in ogni sua azione resta subordinato, tramite l'identificazione, ai desideri e ai comandi di un'autorità che non è mai stata interiorizzata (anticipando, in questo senso, il concetto lacaniano [1955-56] di *forcluse del Nome del Padre*).

Purtroppo, vuoi per la mancanza della categoria *borderline* o *stato-limite*, vuoi anche per il fatto che proprio nell'ultima riga del suo articolo la Deutsch abbia definito *prepsicotici* questi pazienti, la questione dello statuto metapsicologico della personalità '*come se*' è rimasta irrisolta.

Il significato del termine 'prepsicotico'

Perché la Deutsch aveva affermato che i pazienti '*come se*' erano '*prepsicotici*'? Purtroppo l'articolo si conclude così, quasi bruscamente, senza che l'autrice avesse dato conto della propria affermazione. Né mai lo avrebbe fatto in seguito, pur avendo vissuto e lavorato per molti anni ancora. Come mai? Forse perché dava per scontato che il significato di '*prepsicosi*' e '*prepsicotico*' fosse largamente condiviso dagli studiosi suoi contemporanei? La letteratura sull'argomento non sembra convalidare questa ipotesi ma, anzi, ripropone senza risolverle le stesse ambiguità presenti nell'articolo della Deutsch:

1. R. Diatkine, ad esempio, in un articolo intitolato *Il bambino prepsicotico* (1969), sembra sposare la prima ipotesi della Deutsch secondo la quale la prepsicosi infantile sarebbe una ‘pre-strutturazione’ che potrebbe preludere, ma non necessariamente, ad un’organizzazione schizofrenica in età adulta. Secondo Diatkine, il termine *prepsicotico* non andrebbe inteso come una diagnosi, ma esclusivamente come un’eventualità prognostica e sarebbe più adatto alla valutazione dei bambini, mentre il termine *stato-limite* sarebbe più giustificato a proposito di adulti organizzati in modo più stabile;

2. lo svizzero M. Katan (1953), invece, sembra preferire la seconda ipotesi della Deutsch, secondo la quale la *prepsicosi* costituirebbe uno stato ancora poco avanzato di uno scompenso psicotico in un soggetto adulto;

3. autori come J. Bergeret (1974), A. Greene (1974) e R. Kaës (1981) considerano il termine *prepsicosi* come un semplice sinonimo di ‘stato-limite’ nei soggetti adulti;

4. J. N. Despland e L. Schild-Paccaud (1996), della Scuola di Losanna, considerano invece la *prepsicosi* come una particolare organizzazione di personalità nell’adulto, che evolutivamente si collocherebbe tra stato-limite e psicosi. Di fatto, questo interessantissimo articolo descrive in maniera estesa e approfondita un disturbo di personalità che ha moltissimo in comune con il ‘*come se*’, ma senza che questo termine venga mai usato neppure una volta e senza che Helene Deutsch compaia nella bibliografia del loro articolo. Gli autori parlano solo di ‘*prepsicosi*’ e di ‘*prepsicotici*’. Come mai? ‘*Come se*’ e ‘*prepsicosi*’ sono per loro due sindromi distinte? Personalmente, ho il sospetto che si tratti dell’ennesimo caso di sciovinismo reciproco tra psicoanalisti francofoni e anglofoni. Nel dubbio, basta scorrere le reciproche bibliografie.

Il borderline ‘tranquillo’

Una citazione a parte la meritano senza dubbio Vance R. Sherwood e Charles P. Cohen, per il libro *Psychotherapy of the Quiet Borderline Patient – The As-If Personality Revisited* (1994). La meritano in primo luogo perché, a tutt’oggi, il loro rimane l’unico libro totalmente ed esplicitamente dedicato a questa sindrome. Ma più ancora la meritano per lo sforzo compiuto nel cercare di mettere ordine, chiarire e soprattutto esemplificare con numerose vignette cliniche una tematica che continua ad essere oltremodo vaga e sfuggente. Senza rinnegare né ignorare la denominazione proposta a suo tempo da Helene Deutsch, Sherwood e Cohen sostengono che il disturbo di personalità ‘*come se*’ sia una variante particolare del disturbo di personalità ‘*borderline*’, dal quale si differenzierebbe soprattutto per l’apparenza

di normalità, l'acquiescenza (passivo-aggressiva) e la marcata adesività nei confronti di chiunque. A giustificazione dell'inserimento nella categoria '*borderline*' essi citano invece l'intolleranza della solitudine, maggiore di quanto non sia stato solitamente riconosciuto, la grave compromissione nella formazione dell'identità e l'incapacità di sperimentare se stessi come individui separati.

Ipotesi psicogenetica

Gli stessi Sherwood e Cohen (1994) hanno anche il merito di aver avanzato un'ipotesi plausibile sulla genesi del disturbo di personalità '*come se*'. Pur riconoscendo che gli affetti hanno una base fisiologica innegabile, i due autori ci ricordano che il loro sviluppo procede di pari passo con lo sviluppo del sé e degli oggetti interni. A partire dall'opera di Bion, è ampiamente accettato che il principale veicolo per questo sviluppo sia il rispecchiamento: i genitori rispondono agli umori, alle pulsioni e ai bisogni del bambino, rappresentando sui loro volti, con le loro voci e con i movimenti del loro corpo, gli stessi umori che il bambino sembra stia vivendo. Quest'ultimo, in sostanza, organizza l'esperienza *interna* vedendola prima sul volto della madre. Ma il rispecchiamento è un processo reciproco, non a senso unico come a volte la letteratura sembrerebbe suggerire. Non solo il bambino, ma anche il genitore impara a sintonizzarsi affettivamente sugli stati d'animo dell'altro, nel senso che un neonato sensibile può avere un impatto altrettanto forte su un genitore insicuro, così come l'inverso. Purtroppo, sappiamo bene che esistono persone notoriamente incapaci nel rispecchiare gli umori e i sentimenti degli altri: i narcisisti, per esempio, o i depressi patologici e anche gli psicotici. Che cosa accade quando uno di tali individui diventa genitore? È assai probabile che fallisca nel sostenere la parte genitoriale del rispecchiamento, costringendo il bambino ad assumersi un ruolo esagerato. Se un genitore è capace di rispecchiare solo pochi umori e intenzioni selezionati, le risposte del bambino a quel genitore perderanno gran parte della loro libertà e ampiezza. Il bambino sarà confrontato con il problema di come rendere l'altro emozionalmente presente o affettivamente reale. La soluzione adottata dal futuro individuo '*come se*' sarà di fornire quelle risposte a cui il genitore sia in grado di rispondere con qualche coerenza, al fine di mantenere un contatto emotivo. Questo darà alle risposte del bambino un'urgenza o un'iperattività anormali, nel senso che egli cercherà avidamente dei modi per far reagire e interagire il genitore, provando ad individuare qualunque cosa risulti piacevole, piuttosto che interagire spontaneamente. In un certo senso, questi bambini non possono permettersi di essere se stessi ma sono costretti a focalizzarsi sulle aspet-

tative nei loro confronti, perché hanno capito molto presto che questo è l'unico modo per continuare ad esistere per il genitore. In pratica, in simili circostanze il bambino può diventare un sensibile ma superficiale riflesso delle fantasie, delle aspettative e delle identificazioni proiettive del genitore. Un tale bambino spesso si sviluppa per diventare qualcuno la cui vita è organizzata intorno all'intuire le aspettative degli altri e per agire quindi in modi che suscitino quelle aspettative e creino anche l'immagine di corrispondere bene ad esse. Questi individui vengono frequentemente descritti come bambini perfetti dai loro genitori e sembrano davvero aver assunto tratti adultomorfici piuttosto precocemente nella vita. Essi sono generalmente un po' passivi e tendono ad adattarsi bene. Se sono ribelli o malvagi di solito è perché hanno semplicemente cominciato a frequentare simili persone, non perché hanno intrapreso un percorso antisociale. Essi stanno, in essenza, continuando il compito che hanno appreso presto nella vita, quello di intuire i sentimenti e le aspettative degli altri e poi di diventarne uno specchio vivente. Il rovesciamento precoce del processo di rispecchiamento mantiene la loro vita emotiva esternalizzata: i pazienti '*come se*' continuano a trovare la loro vita emotiva, le loro motivazioni e la loro intenzionalità nei volti, nelle parole e nei movimenti delle persone intorno a loro, piuttosto che all'interno di se stessi. Forse in questo senso si potrebbe anche dire che hanno una vita emotiva; in ogni caso, essi mancano di un sé privato.

Problemi diagnostici con la personalità '*come se*'

Purtroppo, proprio i principali criteri diagnostici e cioè l'*apparenza di normalità*, l'*adesività* compiacente e l'*apparente facilità* con cui i soggetti '*come se*' si adattano al setting e alla situazione di consultazione finiscono per creare, paradossalmente, i principali problemi di diagnosi differenziale con questi pazienti. Ad esempio, ci sono buone probabilità che all'inizio la diagnosi sarà sbagliata a causa delle vaghe lamentele presentate, che lasciano il terapeuta a chiedersi se il paziente sia veramente ammalato. I pazienti '*come se*' spesso sembrano non sapere perché sono venuti in terapia e, qualsiasi problema espongano, lo fanno in modo rassegnato e imparato a memoria, senza emozioni rilevanti né investimento evidente. Anche quando sono in grado di presentare una lamentela specifica e definita (spesso il risultato di una terapia precedente o di un libro di auto-aiuto), i pazienti '*come se*' non sono capaci di discuterla molto a lungo. Si impantanano velocemente, dopo aver detto perché sono venuti; a volte sembra che osservino il terapeuta, in attesa di qualche indizio su quale potrebbe essere un problema accettabile da offrire. Questo loro modo di presentarsi e di entrare in relazione può

trarre facilmente in inganno il clinico, orientandolo, almeno inizialmente, verso un'ipotesi diagnostica molto più vicina al registro nevrotico che non a quello psicotico. Infatti non è raro che questi pazienti vengano scambiati per individui lievemente depressi ma essenzialmente normali o, tutt'al più, per isterici insolitamente passivi. Essi sembrano molto collaborativi e si può avere l'impressione che si instauri rapidamente una buona alleanza terapeutica, salvo accorgersi, magari dopo settimane se non dopo mesi, che nulla è cambiato rispetto alla prima seduta di consultazione. E, infatti, è accaduto spesso che si avvisasse un trattamento che meriterebbe esso stesso l'appellativo di psicoterapia '*come se*', in cui anche l'analista finisce per comportarsi *come se* tutto stesse procedendo nel migliore dei modi (Bass, 2007). Gli individui '*come se*' hanno anni di esperienza nello studiare le situazioni per cogliere dei segni che rivelino che cosa l'altra persona potrebbe aspettarsi da loro. Essi allora provano a sollecitare quelle aspettative, aiutando l'altra persona a fornire loro un ruolo da interpretare. Un terapeuta aveva commentato a proposito di una paziente '*come se*': "*È come sentir parlare me stesso. Continuo a chiedermi come lei sappia quello che penso*" (Sherwood, Cohen, 1994). Questi sono, dopotutto, individui che erano particolarmente portati a rispecchiare i loro genitori e, dal momento in cui sono venuti in terapia, possono essersi dedicati a percepire l'umore, i desideri e i bisogni dell'altro (il terapeuta). I rilievi e le interpretazioni del terapeuta porteranno ad ulteriori sviluppi dell'intera questione e presto il paziente '*come se*' potrà sembrare un paziente genuino. Se il terapeuta offre abbastanza indizi, il paziente '*come se*' può restituire del buon materiale.

Se non diagnosticati correttamente, dunque, questi sono casi che possono durare per un tempo piuttosto lungo, anche se non sembrano andare mai da nessuna parte. Finché, ad un certo punto e senza una ragione comprensibile, semplicemente finiscono, lasciando il terapeuta a chiedersi che cosa non ha capito e che cosa avrebbe potuto fare di più o di diverso. In genere, ha bisogno di parecchio tempo per riuscire a rispondere a questa domanda. Il problema per il terapeuta è di come lavorare con qualcuno la cui apparente collaborazione con la terapia costituisce in sé una resistenza, concepita per tenere lontano il terapeuta stesso. Un attacco diretto, basato sul confronto e l'intrusione, non funzionerà – questi pazienti non hanno familiarità con l'intimità -, ma se il terapeuta tenta di ridurre la distanza troppo presto, il paziente '*come se*' probabilmente se ne andrà. Così si pone il dilemma: *se il terapeuta procede regolarmente, non succederà niente, ma se prova molto aggressivamente a far notare che non sta accadendo niente, il paziente può facilmente andarsene*. Si può quindi comprendere che una terapia coronata da successo non sarà facile da realizzare e probabilmente non sarà la regola (Sherwood, Cohen, 1994).

Problemi di diagnosi differenziale

Se il clinico non si lascia fuorviare dalle prime impressioni iniziali e comprende di avere di fronte a sé una persona che funziona ad un livello molto più primitivo rispetto al registro nevrotico, dovrà comunque tenere conto di altri tratti del suo paziente che potrebbero orientarlo verso altre diagnosi. Ad esempio, N. Ross (1967) ha proposto un interessante confronto tra la personalità '*come se'* e quella dell'*'impostore*', sottolineando come anche il primo possa essere visto come una specie di impostore, in virtù della sua propensione ad identificarsi e ad imitare adesivamente l'Altro. Secondo lo stesso autore (*ibid.*) vi sarebbe però anche una sostanziale differenza tra i due, per il fatto che l'impostore non mostra una propensione per le identificazioni multiple, ma si identifica esclusivamente con oggetti corrispondenti al suo Ideale dell'Io grandioso. L'individuo '*come se*', invece, non sembra avere affatto un Ideale dell'Io grandioso, tanto che è pronto ad identificarsi e ad imitare il primo che capita.

La professione dell'*'attore* sembra attrarre le personalità '*come se*' ed è affine all'*'impostura*. Fenichel (cit. in *ibid.*) osservava che gli attori sono persone facilmente disposte alle identificazioni e che hanno bisogno di costanti rifornimenti narcisistici. Nella recitazione vi è un occultamento del vero Sé. L'attore gioca a ciò che egli potrebbe essere stato e il rapporto con l'impostore qui è chiaro. Fenichel riteneva che interpretare delle parti rappresenti delle identificazioni di prova, con tentativi di scarica degli affetti altrimenti pieni di angoscia potenziale, attraverso identificazioni con altri. Le motivazioni prevalenti negli attori sono dei tentativi di alleviare l'angoscia, di sedurre e sopraffare il pubblico (come l'impostore) e di controllare il mondo esterno, come i bambini nel gioco. Abbastanza curiosamente, mentre molti grandi attori sono individui senza un Io ben formato e dalla personalità incolore (cioè personalità '*come se*'), altri hanno delle personalità ben integrate. Questa dicotomia, secondo Ross (*ibid.*), pone un problema metapsicologico.

Ch. Gardner e S. Wagner (1986) hanno osservato come numerosi autori, a partire dalla stessa Deutsch (1942) e successivamente M. Khan (1960), N. Ross (1967) e T. Millon (1981), abbiano sottolineato numerose analogie tra il disturbo di personalità '*come se*' e il carattere *schizoide*, tanto da considerare il primo come una variante del secondo. Nonostante ciò, sotto il profilo differenziale c'è una caratteristica precisa che permette di affermare che le due sindromi non sono sovrapponibili. Mentre i soggetti schizoidi preferiscono l'isolamento, i pazienti '*come se*' sono invece socialmente molto attivi, proprio a causa della loro incapacità a sopportare la solitudine.

Personalità ‘come se’ e tempo

Ai fini di una corretta diagnosi differenziale rispetto ad altri disturbi di personalità, può essere interessante prendere in considerazione anche il rapporto che i soggetti ‘*come se*’ hanno con il *tempo*. In un interessante studio fenomenologico, Shira Nayman (1991) ipotizza che tre diversi tipi di personalità (narcisistico, schizoide e ‘*come se*’) diano il primato ad una diversa prospettiva o modalità temporale (cioè passato, presente e futuro). In particolare, l’autrice discute il caratteristico tono dell’umore di questi tre tipi di personalità in funzione di come esprimono il loro specifico radicamento nel tempo: la *nostalgia* nel narcisista, la *futilità* nello schizoide e la *speranza disincarnata* nel ‘*come se*’.

Nel suo articolo, la Nayman riporta tre brevi frammenti di colloqui clinici in cui tre diversi pazienti danno voce a sentimenti dolorosi di carenza del Sé. Incorporato in ciascun frammento, si può cogliere uno specifico orientamento nel tempo:

1° paziente. *Quest’uomo che ha creato un mondo fittizio, un matrimonio fittizio, una professione fittizia, una vita fittizia, dov’è? Che cosa sta facendo? Mi piace questo ragazzo, ma non occupa un posto da amministratore o in uno studio di ingegneria... Tuttavia non posso ucciderlo, è la cosa più resistente in me.*

Passato. Le parole del paziente, un *narcisista* di 45 anni che parla del suo Sé fantasticato all’età di otto anni, suggeriscono una persona che ritorna ad un passato in cui sente mentire il suo ‘Sé’ più convincente. I ruoli e le azioni di amministratore e di marito li sente artificiali e forzati. Incapace di cogliere se stesso nella modalità del presente, quest’uomo si aggrappa ad un passato che sente più sostanziale e al quale attribuisce i sentimenti di autenticità e di vitalità così dolorosamente assenti dalla sua attuale esperienza di adulto. Egli sembra ansiosamente accovacciato su un tenue ma comunque esistente Sé, che protegge dall’incertezza del presente ritirandosi verso il passato. ‘È successo a me, dunque esisto’ è il suo ritornello personale.

2° paziente. *Sono abbastanza disperato. Sento di essere del tutto privo di personalità. Non so chi o che cosa sono. Non sono nessuno.*

Presente. Le parole del paziente *schizoide* della seconda citazione suggeriscono una persona incapace di provare o anche solo di immaginare un qualunque senso di sé, una persona così congelata nel presente da essere tagliata fuori dalle sue azioni passate e priva di un promettente futuro. Senza un

passato su cui basarsi o un futuro in cui sperare, l'incertezza esistenziale del presente sembra tutto quello che c'è. Lo schizoide vede sia il passato che il futuro nei termini della sua attuale insicurezza ontologica: il suo è un Sé che non è realmente mai stato, è o sarà.

3° paziente. *Mi sento come se fossi una soffitta vuota con la brezza che vi soffia attraverso. Non ho nulla da portare avanti, nessun interesse, nulla sotto questa copertura dell'abbigliamento. Dovrò sviluppare i miei interessi, così dovrò andare più avanti. Se divento un'esperta di Arteterapia, non mi sentirò così vuota.*

Futuro. La giovane donna della terza citazione, una personalità 'come se', evoca l'immagine di una futura identità professionale per riempire quella che sembra solo la cornice vuota di un Sé. Lei sembra fuggire via dal Sé assente del momento presente, verso uno struggente Sé futuro. La personalità 'come se', senza la rassicurazione di un Sé fondato sul passato, anticipa nervosamente un futuro che spera le lascerà in eredità un'identità, come se dicesse a se stessa 'Sarò, dunque esisto'.

Relazione con altre sindromi

Nella prima parte dell'articolo avevo già parlato delle difficoltà di riconoscere gli individui 'come se', a causa delle loro capacità mimetiche. Sarebbe però riduttivo pensare che, grazie alla loro adesività e alla loro tendenza ad imitare l'Altro, ogni persona 'come se' appaia molto più evoluta di quanto non sia in realtà. Di fatto, molto dipende dalla personalità del partner al quale il singolo 'come se' si appoggia. Se il partner è un soggetto nevrotico-normale, allora anche il soggetto 'come se' potrà apparire come se fosse nevrotico-normale. Ma può succedere che il soggetto 'come se' si leghi ad un partner perverso, psicopatico, oppure paranoico, al cui funzionamento egli si uniformerà comunque prontamente, trasformandosi in un'imitazione passiva dell'Altro, ovvero 'come se' fosse un perverso, uno psicopatico o un paranoico.

Ad ulteriore riprova del fatto che le vicissitudini degli individui 'come se' dipendono in misura eccessiva dalla personalità del partner e, più in generale, dall'ambiente in cui si trovano inseriti, aggiungerò alcuni cenni ad una mia esperienza professionale durata circa quindici anni, durante i quali ho collaborato con una Comunità residenziale di recupero per persone con problemi di dipendenza da sostanze psicotrope (droghe, alcol, psicofarmaci), in qualità di psicoterapeuta di gruppo e di consulente per

l'équipe degli educatori e degli operatori. Nel tempo, avevo compilato una mia personale statistica sui pazienti che si avvicendavano nella Comunità, perché ero interessato a verificare le possibili correlazioni tra la dipendenza in quanto tale e le caratteristiche psicodinamiche individuali. Ma mentre questa mia piccola ricerca aveva confermato le mie aspettative che la maggior parte dei pazienti fossero per lo più dei borderline classici, con tutto il loro corollario di intemperanze, di insofferenza alle regole della Comunità, di sbalzi di umore e via dicendo, era emerso anche un dato che non mi aspettavo. Una parte di essi, certamente minoritaria ma non al punto da essere trascurabile, manifestava fin dal primo giorno di permanenza in Comunità un atteggiamento e dei comportamenti praticamente opposti a quelli dei borderline. Nessuna litigiosità, adesione spontanea alle regole, capacità di farsi benvolere sia dai compagni che dagli operatori e, sorprendentemente, una ripresa psicofisica molto più rapida degli altri. Alcuni, in poco tempo, erano riusciti a trasformarsi in persone apparentemente stabili ed equilibrate, al punto da essere presi a modello dai compagni più instabili. Com'era possibile che accadesse un simile miracolo, in persone che fino a pochi giorni prima avevano abusato delle peggiori droghe, di alcol e di ansiolitici e che assumevano ancora il metadone? La risposta è fin troppo semplice: si trattava di individui '*come se*', per i quali una struttura rigorosamente organizzata come una Comunità residenziale rappresenta uno dei migliori contenitori immaginabili. È la Comunità stessa, con le sue regole e i suoi ritmi regolari, che fornisce un ordine al caos interno di queste persone. E c'è sempre un educatore o un altro operatore pronto ad assumere inconsapevolmente il ruolo di modello da imitare. La conferma inequivocabile di queste ipotesi arrivava poi puntualmente non appena uno di questi pazienti riceveva il permesso di andare a casa per qualche giorno oppure, comunque, alla fine del percorso comunitario. Erano sufficienti due o tre giorni da vivere in autonomia perché il soggetto crollasse miseramente, annullando in un sol colpo quegli straordinari progressi di cui tutti si erano sorpresi e compiaciuti.

Gli scompensi acuti

La Deutsch (1942) considerava l'esperienza di vuoto che nei pazienti '*come se*' segue tipicamente una grave delusione, come uno dei loro pochi stati affettivi reali. Così, secondo lei, nonostante l'adattamento apparentemente buono, questi pazienti possono presentare sintomi di disagio. Nessun caso segnalato di disturbo di personalità '*come se*' ha comunque incluso sintomi francamente psicotici; in questo senso, l'esame di realtà è ritenuto preservato.

Ma se in letteratura non è mai stata documentata una transizione di un soggetto adulto dalla condizione '*come se*' alla psicosi, J. N. Despland e L. Schild-Paccaud (1996) hanno descritto alcune modalità di scompenso acuto che si manifestano tipicamente in questi soggetti, a seguito della rottura di una relazione significativa.

Forme cliniche dell'angoscia

A seguito di una perdita affettiva, questi soggetti non sembrano provare un'angoscia abbandonica come accade per i borderline, ma sviluppano piuttosto angosce di tipo psicotico, come l'angoscia di frammentazione oppure di dispersione/diffusione. Ciò che essi descrivono più di frequente è una sensazione di vuoto.

Confusione

Spesso questi soggetti ricorrono a forme di difesa vicine alla psicosi, che si manifestano clinicamente con disturbi del pensiero. Può accadere, per esempio, che essi si difendano attaccando il pensiero con una modalità che richiama da vicino l'*attacco al legame* descritto da Bion (1959) e che clinicamente si presenta sotto forma di slittamenti pseudo-ossessivi fatti di intellettuallizzazioni oscure, di razionalizzazioni caricaturali o strane. Disturbi del corso del pensiero sono frequenti: diffusione, vuoto, deragliamento o incoerenza del pensiero. Questi momenti di smarrimento possono culminare in tentativi di automutilazione o di suicidio bizzarri o maldestri, in cui qualsiasi senso è assente, se non quello di togliersi.

Perversione

È frequente l'osservazione di comportamenti o relazioni che sembrano iscriversi in scenari perversi. Si tratta di una pseudo-perversione, che serve a stabilire dei limiti tra le rappresentazioni di sé e dell'oggetto attraverso l'attribuzione di ruoli; come dire: sono masochista, sei sadico, dunque siamo diversi. Questo tipo di funzionamento, che si potrebbe qualificare come *perversione identitaria*, è spesso necessario quando una relazione amichevole o sentimentale si fa spazio nella loro vita e viene naturalmente a mobilitare tutta la loro angoscia.

Depressione melanconica e posizione paranoide

Movimenti melanconici e paranoidi sono frequenti in questi pazienti. La loro economia può essere compresa in molti modi. In primo luogo, si può immaginare che si tratti di un modo disperato di evitare le angosce legate

alla perdita di limiti tra rappresentazioni di sé e d'oggetto. Si può così assistere, durante alcune sedute, alla successione di movimenti d'incorporazione di un oggetto minacciato di essere perso o di espulsione di un oggetto così tanto vicino che i suoi limiti sfumano, essendo legati, tutti questi movimenti, all'espressione di un'aggressività mortifera contro quest'ultimo. In secondo luogo, alcuni pazienti hanno detto che si deprimono veramente per evitare il confronto col vuoto, cioè con un'angoscia di dispersione o di annientamento. Ma succede che questa depressione indotta funzioni come un buco nero nel quale il soggetto arriva a temere di perdersi e che solo il passaggio all'atto suicida o a dei tentativi di automutilazione gli permettano di tentare di sopravvivere psichicamente.

Una necessaria avvertenza

Nel valutare i dati clinici forniti da Despland e Schild-Paccaud (1996) è comunque opportuno tenere conto del fatto, già accennato in precedenza, che il loro articolo contiene un'ambiguità irrisolta. Se da un lato tutto il materiale in esso contenuto può facilmente richiamare alla mente del lettore il disturbo di personalità descritto da Helene Deutsch, dall'altro lato non si può ignorare il fatto che il termine '*come se*' non vi compare mai, così come il nome della stessa Deutsch e il suo famoso articolo non sono citati in bibliografia. Despland e Schild-Paccaud parlano esclusivamente di *prepsicosi* e di soggetti *prepsicotici*, lasciandoci nel dubbio se si riferiscano allo stesso disturbo di personalità, oppure no.

Approccio terapeutico

La psicoterapia con il paziente 'come se'

Come avevo anticipato parlando della scarsa letteratura disponibile sul paziente '*come se*', non ho trovato nessun testo che contenesse indicazioni specifiche sul tipo di trattamento più adatto per questa patologia, ad eccezione del già citato libro di Sherwood e Cohen (1994). Le note che seguono contengono quindi una sintesi dei suggerimenti e delle avvertenze di questi due autori per un corretto approccio terapeutico a questo disturbo di personalità, a cui ho aggiunto alcune osservazioni personali, ricavate dalla mia attività di psicoterapeuta.

La proposta terapeutica

Il primo problema che si pone con i pazienti '*come se*' è quello della proposta terapeutica. Se non ci sono stati errori diagnostici, com'è auspicabile, che cosa dire ad un paziente che sappiamo essere incapace di un pensiero

autonomo? Ha senso proporgli qualsiasi cosa, sapendo in anticipo che si aspetta che decidiamo per lui? Personalmente sono del parere che con i pazienti '*come se'* il terapeuta debba assumersi la responsabilità, non priva di risvolti etici, di decidere anche per il paziente. E questo non solo all'inizio del trattamento, ma per un tempo non breve. In concreto, se il paziente lamenta un problema ben definito (evento piuttosto raro), il terapeuta può offrirgli di "lavorare insieme" per trovare la miglior soluzione possibile per quel problema. Se invece, come accade più spesso, il paziente si mostra soprattutto confuso riguardo a se stesso e a ciò che sta vivendo, è preferibile che il terapeuta gli faccia sapere che ha colto le sue difficoltà e che gli offra il proprio aiuto per fare maggiore chiarezza in sé e per mettere ordine nella sua vita.

Anche se è quasi matematico che un paziente '*come se*' accetterà senza esitare una proposta così formulata, è altrettanto certo che per molto tempo ancora non si impegnerà attivamente in una vera alleanza di lavoro. Semplicemente, si metterà in attesa di ricevere indicazioni su che cosa il terapeuta si aspetta da lui, così come è abituato a fare da sempre con tutti. Ecco perché il terapeuta non può esimersi dal farsi totalmente carico delle prime decisioni su come procedere.

E se invece il terapeuta avesse sbagliato diagnosi? È piuttosto raro che un paziente '*come se*' rifiuti una proposta terapeutica qualunque, a meno che l'atteggiamento tenuto dal terapeuta nei primi colloqui non sia stato eccessivamente freddo e distaccato. È molto più probabile, invece, che accetti persino una proposta non adatta, se l'atteggiamento caldo e accogliente del terapeuta ha acceso in lui la speranza di aver trovato quella "guida" che questi pazienti cercano sempre negli altri. In questo secondo caso, ovviamente, si avvierà una psicoterapia '*come se*' (Bass, 2007) in cui non accadrà praticamente nulla, a parte lo sforzo immane del terapeuta, che si troverà costretto a pensare per entrambi senza accorgersene.

La scelta del trattamento

Per quanto riguarda la scelta del trattamento più adatto, Sherwood e Cohen (1994) sostengono che sia più facile dire come i terapeuti non dovrebbero procedere, piuttosto che come dovrebbero. Per esempio, essi giudicano inutile qualsiasi approccio di tipo *problem solving*, perché raramente questi pazienti hanno un problema ben definito. E anche quando ne hanno uno, è quasi sicuro che si tratta di qualcosa di cui qualcuno ha detto loro che è un problema, non lo hanno deciso da soli. Quindi, il terapeuta deve sempre avere ben chiaro in mente che questo tipo di paziente è in costante attesa di indizi che gli rivelino che cosa ci si aspetta da lui. Ad esempio,

se il terapeuta fosse orientato verso l'ipotesi di un problema circoscritto e lo facesse trapelare in qualche modo, il paziente '*come se*' si sforzerebbe di conformarsi alla sua aspettativa, vanificando così ogni sforzo del terapeuta stesso. In secondo luogo, il fatto che i pazienti '*come se*' non abbiano alcun senso del tempo stabile, li rende inadatti agli approcci brevi o limitati nel tempo. Essi tendono a vivere in quello che potrebbe essere definito un mondo senza tempo (Nayman, 1991), in cui le sequenze temporali degli eventi sono mal percepiti. Persino quando riportano in una sequenza corretta gli eventi della loro vita, si avverte chiaramente che non hanno un'idea di come il presente sia derivato dal passato, oppure sia discontinuo rispetto ad esso.

L'atteggiamento del terapeuta

In ogni caso, la mia esperienza personale concorda con l'affermazione di Sherwood e Cohen (1994), secondo i quali è della massima importanza "non avere fretta" con questo tipo di pazienti. L'unico obiettivo importante da perseguire, nei primi mesi di trattamento di un paziente '*come se*', è una relazione con lui che abbia un minimo di *genuinità*. Nessun lavoro significativo sarà possibile finché non si arriva a questo ed è probabile che buona parte del primo anno sarà spesa in questo sforzo. Nel frattempo, il terapeuta dovrà guardarsi dalla pressione sottile ma continua a "fare qualcosa" il più presto possibile. Questi pazienti sono davvero bravi nell'indurre gli altri a fornire loro un ruolo da svolgere o uno scenario in cui agire. Se, per esempio, il terapeuta suggerisce che la relazione materna potrebbe essere cruciale, il paziente '*come se*' può produrre materiale apparentemente importante su questo tema, illudendo il terapeuta di aver individuato una vena che vale la pena di essere scavata. Secondo Sherwood e Cohen (*ibid.*), un simile lavoro non porterebbe ad altro che a colludere con il paziente nel portare avanti un'attività terapeutica '*come se*'.

Il terapeuta, comunque, deve essere consapevole di trovarsi di fronte ad un dilemma, soprattutto nelle prime fasi del trattamento. Se è troppo attivo, rischia di fornire proprio quegli indizi che il paziente '*come se*' cerca per sapere quale ruolo deve interpretare. Se sta troppo tempo in silenzio, invece, è probabile che la quasi totale assenza di indizi susciti nel paziente un'angoscia che potrebbe rapidamente risultargli insopportabile, al punto da indurlo a interrompere la terapia. Tra le due opzioni, comunque, è da preferire una certa attività da parte del terapeuta, finalizzata però a creare una vera relazione e non una relazione '*come se*'.

La questione, naturalmente, è *quale* tipo di attività sia più utile. Sherwood e Cohen (*ibid.*) ci tengono a precisare che il loro suggerimento ai te-

rapeuti di essere più attivi con questa tipologia di pazienti non significa che propongano un approccio in stile kohutiano, cioè costantemente empatico, di rispecchiamento, basato sul presupposto teorico che le problematiche '*come se*' derivino da gravi carenze del rispecchiamento materno nella prima infanzia e quindi dal mancato raggiungimento della costanza dell'oggetto. Se si seguisse questa linea di ragionamento, il compito della terapia sarebbe quello di riprendere il processo di rispecchiamento fallito, portando alla fine il paziente a sperimentare il terapeuta come un oggetto costante. Ma i due autori citati non sostengono questa logica, per ragioni sia pratiche che teoriche. Da un punto di vista pratico, essi sono del parere che molti terapeuti confondano l'empatia con l'essere caldi e comprensivi. E non credono che un paziente '*come se*' cambierà realmente, solo perché qualcun altro è stato costantemente gentile con lui. Con ogni probabilità, un simile atteggiamento susciterà invece in lui solamente l'*illusione* di essere in contatto con il terapeuta. Da un punto di vista teorico, non si tratta di far ripartire il processo di sviluppo del paziente dal punto in cui si era interrotto tanti anni prima. Nel frattempo egli ha fatto molte esperienze che lo hanno reso la persona che è. Non si può quindi accostarsi a lui come se fosse ancora un bambino bramoso soltanto di essere guardato e riconosciuto dall'Altro.

Il compito della terapia dovrebbe invece essere quello di creare una relazione, attraverso la quale il paziente '*come se*' possa scoprire la propria integrità, ovvero arrivare a percepire se stesso come l'autore delle proprie azioni e imparare a resistere a tutto ciò che sia in contrasto con le sue preferenze e i suoi valori. Il solo strumento a disposizione del terapeuta per realizzare questo compito è la relazione con il paziente, il quale però tenterà fin dai primi scambi di definire la relazione terapeutica come ha sempre fatto, ossia come una questione di parti da interpretare, assegnate dall'altra persona. Il terapeuta deve interferire con la tendenza del paziente a definire la relazione terapeutica in questo modo. Potrà quindi iniziare il trattamento, cercando di rispondere a questa domanda: "*Che cosa vuol dire vivere essendo sempre disponibile per gli altri, ma raramente o mai fare una domanda per sé stessi?*". Le risposte a questo interrogativo dovrebbero guidare gli interventi. L'obiettivo del terapeuta sarà di cogliere la modalità di pseudo-relazionalità del paziente durante l'ora di terapia, per rendere possibile un po' di genuinità durante la seduta. Il paziente '*come se*' cerca sempre di essere invisibile come persona e di sostituire un reale coinvolgimento con la compiacenza passiva. Il terapeuta può quindi cominciare a lavorare facendo l'unica cosa che può interferire con il tentativo del paziente di rendersi invisibile: *prendere il paziente sul serio*.

Prendere il paziente sul serio

Sherwood e Cohen (1994) sostengono che, soprattutto all'inizio, il paziente '*come se*' ha paura di essere preso sul serio, dato che ha rinunciato alla speranza di essere preso sul serio molto tempo fa. Egli non si sente capace di mantenere l'attenzione di un'altra persona o di avere significato per quella persona in qualsiasi posizione, tranne che in quella di attore o di attrice. Così, per il soggetto '*come se*', l'idea di essere se stesso è più o meno equivalente all'idea di essere lasciato solo e senza direzione. È passato davvero molto tempo da quando egli aveva chiesto di essere preso sul serio, e non era stata un'esperienza fortunata, allora. Quando il terapeuta vorrà concentrarsi sulla questione, quindi, il paziente non ne sarà felice. Tuttavia, il terapeuta dovrà piuttosto presto, anche se con delicatezza, sollevare la questione se il paziente può immaginare di essere preso sul serio. Ad esempio, ad un certo punto il terapeuta potrebbe fare un'osservazione ad effetto del tipo "*mi chiedo se lei vuole che io la prenda sul serio*". Molto probabilmente la prima risposta del paziente sarà che lui non lo sa. E altrettanto probabilmente si tratterà di una risposta sincera, perché questi pazienti non hanno mai imparato ad esprimere i loro desideri. Anzi, non hanno mai nemmeno imparato a riconoscerli. Semplicemente, non riescono ad immaginare di poter volere qualcosa da chicchessia.

Il problema è che la propensione a soddisfare prontamente i desideri altrui rende attraenti i soggetti '*come se*', senza che questo sollevi particolari problemi morali negli altri. La gente dà per scontato che anche costoro siano in grado di avanzare delle richieste e pensa in buona fede che, se non lo fanno, è solo per una scelta autonoma dettata dall'altruismo, dalla generosità. Quindi può essere uno shock scoprire, dopo un certo tempo, che una persona '*come se*' non ha mai fatto richieste perché non ne è capace. Tanto che alla fine, proprio la caratteristica che all'inizio aveva fatto sembrare molto attraente il soggetto '*come se*' può distruggere un rapporto, perché la mancanza di reciprocità finisce per spegnere ogni entusiasmo. Per inciso, forse solo un narcisista potrebbe non accorgersi di questo e potrebbe non diventare mai insoddisfatto per la mancanza di condivisione.

Resistere alla compiacenza del paziente

Si può essere comunque sicuri che per un certo tempo il paziente '*come se*' risponderà con compiacenza a qualsiasi aspettativa presunta del terapeuta. Sherwood e Cohen (1994) sono dell'opinione che quest'ultimo debba fare tutto il possibile per resistere alla compiacenza passiva del paziente e alla sua pseudo-relazionalità. La modalità più efficace per fare questo consiste nel proporre al paziente una modalità di interazione che sia diversa

da quelle alle quali è abituato. I due autori propongono, ad esempio, che il terapeuta presti attenzione al modo in cui il paziente usa il proprio corpo nella comunicazione non verbale, ritenendolo il modo più onesto di comunicare. Si tratterà poi di far notare al paziente qualsiasi movimento involontario o postura che potrebbe rappresentare un suo tentativo di comunicazione inconscia verso il terapeuta. In questo modo, il paziente potrebbe cominciare a divenire consapevole del fatto che anche lui ha qualche cosa da dire, qualche richiesta da fare, che non vive soltanto nell'attesa passiva di soddisfare le richieste altrui.

A questi suggerimenti, aggiungo alcune considerazioni che derivano dal mio lavoro clinico presso la Comunità di recupero per tossicodipendenti già citata sopra. Ho avuto modo di osservare, in quelli che chiamo '*tossicodipendenti come se'*, gli stessi atteggiamenti di compiacenza passiva e di pseudo-relazionalità individuati da Sherwood e Cohen (*ibid.*) nei pazienti '*come se*' ambulatoriali, a conferma dell'ipotesi che il destino di questi pazienti dipende anche molto dalle persone significative della loro vita adulta. A seconda del partner che incontrano, essi possono vivere un'esistenza abbastanza normale, oppure possono avere storie di promiscuità sessuale, possono venire coinvolti in attività devianti o trovarsi improvvisamente in situazioni che fanno fatica a spiegare. Ciò avviene perché i soggetti '*come se*' non "decidono" di far uso di droghe, di commettere azioni criminose o qualsiasi altra azione riprovevole. Essi assumono semplicemente la parte creata per loro dall'altra persona e raramente sono consapevoli di come e perché abbiano agito in un certo modo. Anche il peggiore degli atti, nel momento in cui viene compiuto, rimane per questi soggetti totalmente *egosintonico*. Essi non sono assillati da scrupoli né da sensi di colpa. Tutt'al più, un soggetto '*come se*' può provare vergogna, ma solo a posteriori e sotto la pressione giudicante dell'ambiente.

Sottolineo questi aspetti, perché ritengo che oltre all'obiettivo principale indicato da Sherwood e Cohen (*ibid.*) di rendere genuina la relazione terapeutica, il terapeuta dovrebbe perseguire anche un secondo obiettivo non meno importante: quello di trasformare a poco a poco la compiacenza passiva del paziente '*come se*' da *egosintonica* a *egodistonica*. In che modo? Ad esempio ricorrendo, in una fase un po' più avanzata della terapia, alla classica tecnica psicoanalitica della *messa a confronto*, ossia facendo notare al paziente – tutte le volte che ciò accade in seduta – che egli non prende mai l'iniziativa su quali temi affrontare insieme, ma attende passivamente che lo decida il terapeuta. Naturalmente, anche in questo caso non ci sarà da aspettarsi una presa di coscienza immediata, anzi. Per un periodo anche lungo, il paziente replicherà che non capisce, che non è vero che sia passivo ecc. Ma se il terapeuta non si lascerà scoraggiare, prima o poi

una presa di coscienza da parte del paziente ci sarà. E questo sarà probabilmente uno dei primi segnali della formazione di un abbozzo di un Sé osservante e di una qualche forma di pensiero riflessivo.

Conclusioni

Samuel Atkin (citato in Weiss, 1966), nelle sue note introduttive, dichiarava: "Le osservazioni cliniche di Helene Deutsch sul carattere 'come se', nel 1934, si sono dimostrate un evento di rilievo nello sviluppo della psicoanalisi. Nonostante la relativa rarità di questi casi nella pratica psicoanalitica, la presentazione della Deutsch si colloca accanto ai grandi casi clinici di Sigmund Freud nel progresso della nosologia e della teoria psicoanalitiche".

Le ragioni che mi hanno spinto a scrivere questo articolo e, prima ancora, a raccogliere la gran parte della biografia esistente sul disturbo di personalità 'come se' non sono molto diverse, nel senso che si basano su un'analogia convinzione che gli interrogativi che questa psicopatologia solleva, con le sue apparenti contraddizioni, non riguardino soltanto la sua forma pura, ma si collochino ad un complesso crocevia in cui si incontrano e si sovrappongono questioni ben più ampie, che riguardano il funzionamento psichico nella sua globalità. Il grande merito che va riconosciuto ad Helene Deutsch è quello di aver mostrato come, studiando la personalità 'come se', si possano in realtà comprendere meglio molti grandi temi, tra i quali:

- la fase primitiva delle relazioni oggettuali, senza costanza dell'oggetto;
- il limitato sviluppo del Super-Io con l'angoscia oggettuale ancora predominante;
- la prevalenza del processo di identificazione primaria;
- la mancanza di un senso dell'identità;
- la superficialità emotiva e la generale povertà affettiva, di cui questi pazienti non sono consapevoli;
- la mancanza di insight;
- il pensiero di tipo operatorio;
- l'alessitimia.

Bibliografia

- Arrial-Duhau A. M. (1990), *Parler pur ne rien dire: une défense incontournable?*, <http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/92duhau.htm>.
- Bartemeier L. H. (1954), A Psycho-Analytic Study of Pregnancy in an 'As If' Personality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 35: 214-218.

- Bass A. (2007), The As-If Patient and the As-If Analyst. *Psychoanalytic Quarterly*, 76: 365-386.
- Bergeret J. (1974), *La personnalité normale et pathologique*. Trad. it. *La personalità normale e patologica*. Raffaello Cortina, Milano 1984.
- Bion W. R. (1959), Attacks on Linking. *The International Journal of Psychoanalysis*, 40: 308-315.
- Bion W. R. (1962), A Theory of Thinking. In: *Second Thoughts*. J. Aronson, New York 1967, pp. 110-119.
- Bolko M. (2004), La diagnosi di normalità. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVIII, 1: 45-54.
- Bremaud N. (2008), Prépsychose: revue de la littérature et approche critique. *L'Information psychiatrique*, 84: 383-93.
- de Mijolla A. (2005a), As if Personality. *International Dictionary of Psychoanalysis*, Vol. 1, Gale Cengage, eNotes.com. 20 May, 2013 <http://www.enotes.com/personality-reference/>.
- de Mijolla A. (2005b), Blank/Nondelusional Psychoses. *International Dictionary of Psychoanalysis*, Vol. 1, Gale Cengage, eNotes.com. 20 May, 2013, <http://www.enotes.com/blank-nondelusional-psychoses-reference/>.
- de Mijolla A. (2005c), False Self. *International Dictionary of Psychoanalysis*, Vol. 1, Gale Cengage, eNotes.com. 20 May, 2013, <http://www.enotes.com/false-self-reference/>.
- de Mijolla A. (2005d), Prepsychosis. *International Dictionary of Psychoanalysis*, Vol. 2, Gale Cengage, eNotes.com. 20 May, 2013, <http://www.enotes.com/prepsychosis-reference/>.
- de Mijolla A. (2005e), Psychotic Potential. *International Dictionary of Psychoanalysis*, Vol. 3, Gale Cengage, eNotes.com. 20 May, 2013, <http://www.enotes.com/psychotic-potential-reference/>.
- de Mijolla Mellor S. (2005), Psychotic Potential. *International Dictionary of Psychoanalysis*, ed. Alain de Mijolla, Vol. 3. Gale Cengage 2005 eNotes.com, <http://www.enotes.com/topics/psychotic-potential/reference#reference-psychotic-potential>.
- Demangeat M. (2005), Blank/Nondelusional Psychoses. *International Dictionary of Psychoanalysis*, ed. Alain de Mijolla, Vol. 1, Gale Cengage 2005 eNotes.com, <http://www.enotes.com/topics/blank-nondelusional-psychoses/reference#reference-blank-nondelusional-psychoses>.
- Denis P. (2005), Prepsychosis. *International Dictionary of Psychoanalysis*, ed. Alain de Mijolla, Vol. 2, Gale Cengage 2005 eNotes.com, <http://www.enotes.com/topics/prepsychosis/reference#reference-prepsychosis>.
- Despland J. N., Schild-Paccaud L. (1996), La prépsychose comme organisation de personnalité de l'adulte. *Psychothérapies*, 16, 2: 67-78.

- Deutsch H. (1942), Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia. *The Psychoanalytic Quarterly*, 11: 301-321. Trad. it. Alcune forme di disturbo emozionale e la loro relazione con la schizofrenia. In: *Il sentimento assente*, pp. 51-77. Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- Diatkine R. (1969), L'Enfant Prépsychotique. *La Psychiatrie de l'Enfant*, XII, 2: 413-446.
- Feldman S. S. (1962), The Role of 'As If' in neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 31: 43-53.
- Frosch J. (1966), A Note on Reality Constancy. In: R. M. Loewenstein, L. M. Newman, M. Schur, A. J. Solnit (eds.), *PsychoanalysisA General Psychology*. International University Press, New York, pp. 349-376.
- Gardner C. S., Wagner S. (1986), Clinical Diagnosis of the As-If Personality Disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 50, 2: 135-147.
- Goleman D. (1985), 'Social Chameleon' May Pay Emotional Price. *The New York Times*, <http://www.nytimes.com/1985/03/12/science/social-chameleon-may-pay-emotional-price.html>.
- Green A. (1974), L'Analyste, la Symbolisation et l'Absence dans le Cadre Analytique. *Revue Française de Psychanalyse*, 5-6: 1191-1230, <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5446378x/f433.image>.
- Johns J. (2005), False Self. *International Dictionary of Psychoanalysis*, ed. Alain de Mijolla, Vol. 1, Gale Cengage 2005 eNotes.com, <http://www.enotes.com/topics/false-self/reference#reference=false-self>.
- Kaës René (1981), Éléments pour une psychanalyse des mentalités. *Bulletin de Psychologie*, XXXIV, 350: 451:463.
- Katan M. (1953), Schreber's Prepsychotic Phase. *The International Journal of Psychoanalysis*, 34: 43-51.
- Katan M. (1958), Contribution to the Panel on Ego-Distortion ('As-If' and 'Pseudo As-If'). *The International Journal of Psychoanalysis*, 39: 265-270.
- Kaywin L. (1968), The Evocation of a Genie: A Study of an 'As If' Character Type. *The Psychoanalytic Quarterly*, 37: 22-41.
- Khan M. R. (1960), Clinical Aspects of the Schizoid Personality: Affects and Technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41: 430-436.
- Kernberg O. F. (1970), A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18: 800-822.
- Kernberg O. F. (1984), *Severe Personality Disorder*. Trad. it. *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Lacan J. (1955-56), *Le Séminaire de Jacques Lacan*, Livre III. *Les Psychooses*. Trad. it. *Il Seminario. Libro III. Le psicosi*. Einaudi, Torino 2010.
- Loewald H. W. (1973), On Internalization. *The International Journal of Psychoanalysis*, 54: 9-17.

- Loiacono A. M. (2011), Il ruolo degli affetti nella vita psichica, nel lavoro diagnostico e in quello terapeutico. Le personalità «come se». *Ricerca Psicoanalitica*, 3.
- Malcolm R. R. (1990), As-If: The Phenomenon of not Learning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 71: 385-392.
- McDougall J. (1972), L'anti-Analysant en Analyse. *Revue Française de Psychanalyse*, 2: 167-184, <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5446260w/f5.image>.
- McDougall J. (1984), The «Dis-Affected» Patient: Reflections on Affect Pathology. *The Psychoanalytic Quarterly*, 53: 386-409.
- McFarland Solomon H. (2004), Self Creation and the Limitless Void of Dissociation: The 'As If' Personality. *Journal of Analytical Psychology*, 49: 635-656.
- Meissner W. (1984), *The Borderline Spectrum*. Jason Aronson, New York.
- Millon T. (1981), *Disorders of Personality: DSM-III: Axis II*. Wiley, New York.
- Nayman S. (1991), Temporality and the Self: A Phenomenological Study of the Narcissist, the Schizoid, and the As-If Personality. *Psychoanalysis Contemporary Thought*, 14: 479-503.
- Recalcati M. (1998), Il soggetto vuoto: psicosi non scatenate nelle nuove forme del sintomo. In: *Clinica del Vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*. Franco Angeli, Milano.
- Recalcati M. (2003), Il concetto di prepsicosi: tra nevrosi e psicosi. In: Id., *Introduzione alla Psicoanalisi Contemporanea*, 10, pp. 128-129. Bruno Mondadori, Milano.
- Recalcati M. (2010), *L'uomo senza inconscio: figure della nuova clinica psicoanalitica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Ross N. (1967), The "As If" Concept. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15: 59-82.
- Sherwood V. R., Cohen Ch. P. (1994), *Psychotherapy of the Quiet Borderline Patient: The As-If Personality Revisited*. Jason Aronson, London.
- Vaihinger H. (1911), *Philosophie des Als Ob*. Trad. it. *La filosofia del 'come se'*. Astrolabio, Roma 1978.
- Weiss J. (1966), Clinical and Theoretical Aspects of "As If" Characters. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14: 569-590.
- Widlöcher D. (1973), Étude Psychopathologique des États Prépsychotique. *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 21, 12: 735-744.

Franco Fornari
 via L. Ariosto 2
 34135 - Trieste
 dottfrancofornari@libero.it