

La Diagnosi Psicoanalitica

Struttura di Personalità e Processo clinico

Prof. Clara Mucci, Univ Chieti

(da Nancy McWilliams)

Diagnosi psicodinamica: Perché è importante?

- **Utile nella pianificazione del trattamento** (dovrei capire quanto prima se davanti a me ho uno psicotico, un nevrotico o un borderline...) (e quindi cosa propongo: psicoterapia a due sedute? Sostegno? Analisi? Fornisce informazioni implicite sulla prognosi (es paziente antisociale!))
- **Aiuta il terapeuta a comunicare empatia** (se è capace di farlo con tatto e per cominciare un lavoro di relazione, senza dare etichette e senza usare termini tecnici “alienanti” o intellettualizzanti, che di solito vengono usate solo per far sentire il terapeuta più sicuro o darsi un ruolo...)
- **Riduce la possibilità che il trattamento sia abbandonato se il pz non capisce bene cosa aspettarsi**

Necessità della diagnosi

Tre livelli descrittivi e organizzativi della vita psichica e quindi della personalità e del funzionamento mentale:

- ***Difese*** (caratteristiche, frequenza, intensità)
- ***Livello psico-genetico*** (cogliere le relazioni tra i processi psichici, gli stadi di sviluppo-orale, anale, fallica, latenza, genitale nella visione psicoanalitica tradizionale e le varie funzioni)
- ***Livello della struttura di personalità***: organizzazione complessiva e capacità di relazione con gli oggetti circostanti (fare diagnosi della capacità di relazione oggettuale è la cosa fondamentale!)

La diagnosi non è un'etichetta

- È psicomodinamica ed in evoluzione (ma fino a un certo punto!)
- Una fobia in un depresso o narcisista non è la stessa cosa in chi è caratterologicamente fobico
- In un lavoro a lungo termine può servire riconsiderare il tipo di struttura che si ha davanti nei momenti di stallo e di crisi (vedi anche modifiche, es. borderline)
- Non è una intellettualizzazione né la riduzione a un sintomo (“è un problema di collo” , detto da un bioenergetico..!)
- Utile formulare una “*ipotesi diagnostica*” che può essere o no confermata dal successivo materiale clinico; il pz prova gratitudine e senso di comprensione se il clinico evita arroganza e sbrigatività
- Se la definizione non vi è chiara, più che aiutarvi a chiarire, vi confonde, meglio il buon senso comune che appoggiarvi inutilmente a una teoria (dovrebbe essere una sintesi utile a voi per cominciare a muovervi di quello che avete capito)

Diagnosi psicoanalitica del carattere

- Il carattere come espressione di particolari stili difensivi (*quali sono i modi tipici di questa persona di evitare l'angoscia?*)
- Con **Freud** nella teoria pulsionale si indicava un livello psicodinamico di sviluppo (*orale, anale, fallica, latenza, genitale*)
- Con **Wilhelm Reich**, *Analisi del carattere* (1933) l'applicazione della teoria pulsionale al carattere raggiunge l'apice
- Anni '50-'60, riformulazione di **Erik Erikson** degli stadi psicosessuali (*orale-incorporativa, orale-espulsiva, anale-incorporativa, anale-espulsiva*) per tutto l'arco di vita

Struttura di personalità

- **A livello nevrotico** (*ha un senso più integrato della propria personalità con capacità di relazioni oggettuali più stabili e profonde; solido contatto con la realtà*)
(ci sono difese primitive anche nel nevrotico; il problema è che il border non ha quelle più mature)
- **A livello di organizzazione borderline (definizione di Kernberg):**
- **Diffusione di identità**
- **Difese primitive** :*diniego, identificazione proiettiva, scissione, dissociazione, idealizzazione-svalutazione, onnipotenza, capacità di relazione oggettuale molto instabile, relazioni precarie*
- **Esame di realtà mantenuto ma molto distorto** (si rivolgono al terapeuta più che per “cambiare personalità” per disturbi come attacchi di panico depressione o “stress” che il medico non sa meglio definire)

CONTINUA

Continua: diagnosi di personalità livello psicotico

- **A livello psicotico** (*non distinzione tra sé e l'altro; non vera capacità di relazione; disorganizzazione grave; non c'è corretto esame di realtà ma allucinazioni, deliri, disturbi del pensiero; non sono sicuri di "esistere"*)

(Diagnosi differenziale tra border e psicotici, indagare esame di realtà, es. domande Kernberg tatuaggio in un border)

Difese

Tutti usiamo difese, primitive e mature; hanno di base una funzione adattiva; il problema è quando diventano di per sé un problema che mi impedisce di avere relazioni con l'esterno, di vivere la vita con soddisfazione, di raggiungere i miei scopi a vari livelli

Perché una certa difesa?

Dipende da:

- **Temperamento costituzionale**
- **Natura dei disagi subiti nella prima infanzia**
- **Difese presentate e in qualche modo insegnate da genitori o caretaker**
- **Conseguenze sperimentate dall'uso di certe difese (*effetto di rinforzo*); la scelta inconscia delle modalità difensive è sovradeterminata**

Difese primitive o primarie

Primitive perché implicano rapporti tra sé e l'esterno:

- **Diniego** (*ciò non sta accadendo, non è mai accaduto*) (ad es. coniugi che negano la pericolosità di un partner violento, alcolisti che insistono che non hanno problemi con l'alcol; madri che ignorano l'evidenza di molestie sessuali subite dalle figlie o addirittura incesti; persone anziane che guidano nonostante vari problemi rendendo pericolosa la guida per sé e per gli altri);(i maniacali denegano le loro necessità: es dormire o emergenze finanziarie..) o ipomaniacali (ciclotimiche) (spesso attori e intrattenitori sono ciclotimiche o ipomaniacali)
- **Ritiro primitivo** (bambino in preda a forti tensioni spesso si addormenta; fantasia autistica di ritiro); *se il ritiro in una persona è abituale parliamo di persona schizoide, rifugio in un mondo interiore poco disturbante delle emozioni*
- **Controllo onnipotente**
- **Idealizzazione e svalutazione primitiva**
- **Identificazione proiettiva e introiettiva**
- **Scissione dell'Io o dissociazione** (*tutte queste sopra sono nei borderline*)
- **Acting out** (*McWilliams lo mette tra le difese mature non so perché; è tipico dei borderline*)

Segue- difese primarie

- **Controllo onnipotente** (negli antisociali, bisogno irresistibile di controllare gli altri, di averli in loro potere; nei nevrotici o border, parlare ininterrottamente senza lasciare spazio; bisogno di controllare gli altri, nella politica, in campi che richiedono rischio, CIA, organizzazioni segrete, esercito, pubblicità, spettacolo, religione);
- **Idealizzazione e svalutazione primitiva** (*Ferenczi, fantasie primitive di onnipotenza del sé diventano fantasie di onnipotenza delle figure di accudimento*); nella fase di separazione-individuazione vengono superati (più ci si sente dipendenti, più si è portati a idealizzare) (fondamentale per i narcisisti)
- **Proiezione** (*qualcosa di interno viene visto come proveniente dall'esterno; carattere paranoide se è usata in modo massiccio e costante*), **introiezione** (*si considera interno ciò che è esterno; i bambini si identificano con gli adulti, vedi anche identificazione con l'aggressore*) e **identificazione proiettiva** (*Melanie Klein è la prima a parlarne*) (vedi **Ogden** 1982, *il paziente proietta sul terapeuta delle sensazioni che il terapeuta sente come fuori da sé, non proprie, indotte*) MOLTO USATO DAI BORDER, insieme alla scissione)
- **Scissione** (dell'Io): molto nei borderline, che “scindono” anche influenzando gli operatori con cui si trovano a lavorare ad es. in ospedale o nelle comunità
- **Dissociazione** (*reazione normale a un trauma, es in guerra persone che si sentono come uscire dal proprio corpo; i bambini che subiscono orribili violenze in casa imparano a dissociarsi*). È alla base del disturbo dissociativo o di personalità multipla

Processi difensivi secondari (più maturi, tra Io, Es e Super-Io) 1

- **Rimozione** (come nelle isteriche)
- **Regressione** (bambino a cui arriva un fratellino e “regredisce” a una fase precedente)
- **Isolamento (dell'affetto)** (es. come certi sopravvissuti ad atrocità tipo l' Olocausto descrivono dettagliatamente e senza emozioni le più terribili esperienze)
- **Intellettualizzazione** (parla dei sentimenti in maniera anaffettiva: un po' mi fa rabbia...espresso con tono casuale e distaccato); es sul lettino elencano i malesseri come un bollettino meteorologico; sembra un elemento di forza dell'Io, ma vengono impoverite cose come sesso umorismo espressione artistica gioco)

Continua processi difensivi secondari 2

- **Razionalizzazione** (tipo la volpe e l'uva; genitore che picchia il bambino affermando che lo fa per il suo bene)
- **Moralizzazione**: quando uno razionalizza, cerca delle basi cognitive accettabili per il suo comportamento, con la moralizzazione cerca di pensare che è suo dovere fare così.
- **Compartmentalizzazione**: un'altra difesa intellettuale, che permette a due cose in conflitto di coesistere per evitare confusione vergogna senso di colpa ecc; abbraccia due idee in contrasto, senza coglierne la contraddizione
- **Annullamento**: *sviluppo naturale del controllo onnipotente*: marito che torna a casa con i cioccolatini per annullare lo scatto di nervi della sera prima (se non è consapevole di farlo per questo); gioco infantile di non mettere i piedi nella fessura

Segue-processi difensivi secondari

- **Spostamento**: *pulsioni, emozioni, preoccupazioni spostati da un oggetto all'altro*: litiga con il principale e se la prende con la moglie, o inveisce nel traffico ecc; feticci...
- **Formazione reattiva**: rientra nella ambivalenza, *si sente solo una parte della emozione e si nega l'altra..*
- **Rivolgimento contro il Sé** (per provare una forma di controllo verso le cose negative, a volte ci si dà la colpa.. Se io fossi così o facessi così non accadrebbe es p. 151 figlia che pensa se fossi più buona...; tipico delle personalità depressive e del masochismo patologico, spesso femminile.. Nei maltrattamenti ad es)
- **Capovolgimento**: “*oggi sembra proprio stanca*”, come se il paziente facesse terapeuta (per paura di dipendere) (capovolge la situazione)
- **Identificazione** (anche nella terapia); *sublimazione*
- **Sessualizzazione** (es. sessualizzo la violenza per via di esperienze traumatiche non elaborate)

Personalità psicopatica (antisociale)

- Dal più grave, psicotico, criminale, disorganizzato, al borderline (*fallimento di base dell'attaccamento umano e ricorso a difese molto primitive*); può essere in alcune personalità altamente funzionanti (truffatore)
- **Maggiore aggressività di base** (neonati con diversa attività, reattività, aggressività, diversa capacità di essere consolato); possibile fattore genetico o substrato biologico.
- Reattività del sistema nervoso autonomo ha soglia più bassa negli psicopatici;
- C'è chi antepone a tutti questi fattori esperienze socio-affettive altamente negative (*De Zulueta*; ecc)

Processi difensivi nello psicopatico (antisociale)

- **Controllo onnipotente**
 - **Identificazione proiettiva** (per incapacità tra l'altro di esprimere le proprie emozioni, quindi per farle sentire proiettano nell'altro; le emozioni comunque sono legate a debolezza e vulnerabilità quindi da vergognarsi..)
 - **Processi dissociativi**
 - **Acting out** (devono agire quando sono turbate o eccitate)
- (Super-io difettoso, mancanza di attaccamenti primari; gli altri sono solo utili e da manipolare) (*grandiosità maligna di Kernberg*); anche gli isterici e i borderline manipolano (anche in terapia), ma questi ultimi non si accorgono di farlo, gli psicopatici sono consapevoli di voler usare gli altri. Presenza di grandi violenze di solito nella loro vita.

Il sé psicopatico

- Dato il fallimento degli oggetti esterni, l' unico oggetto da investire è il Sé e il suo potere
- Rappresentazioni di Sé polarizzate tra desiderata onnipotenza e grandiosità personale e temuta condizione di disperata debolezza;
- Invidia primitiva; l'altro va tenuto in scacco (controllo onnipotente perché è “o io o tu”)

Transfert e controtransfert coi pazienti psicopatici

- Proietta che il terapeuta voglia usarlo per suoi scopi (suo bisogno primario interiore), non conoscendo amore o empatia, non può comprendere la generosità del terapeuta (o di altri);
- Odio esplicito, freddezza interiore nel paziente, messaggi svalutativi (per difesa contro l' invidia)
- Reazioni controtransferali complementari più che concordanti (**Racker** 1968, cap 2), (a livello neurobiologico è il sistema dell'empatia che non sembra funzionare, l'amigdala non reagisce...)

Indicazioni terapeutiche della diagnosi di psicopatia

- **Attenta valutazione diagnostica per capire se è trattabile o no.** Il colloquio strutturale di *Kernberg* può essere un ottimo strumento per decidere (II cap di Disturbi gravi di personalità e cap. del manuale Clarkin, Yeomans, Kernberg); vedere caratteristiche individuali, e gravità.
- ***Incorruttibilità***: del terapeuta, del setting e delle condizioni che rendono la terapia possibile; prendono tutto come debolezza del terapeuta, non come empatia; proveranno sadico trionfo, non gratitudine; ci si può guadagnare il loro rispetto con atteggiamento rigoroso ed esigente (la McWilliams chiede il pagamento della seduta con questi pazienti all'inizio e se non hanno i soldi congeda il cliente)
- ***Onestà***: nel parlare con chiarezza, nel mantenere le promesse, tenere d'occhio la realtà; non minimizzare paure legittime per questioni di controtransfert (nego che ho paura, per es); essere un oggetto coerente, non punitivo, non manipolabile
- **Avere un atteggiamento di forza indipendente che rasenta l'indifferenza; rigore e rispetto.**

Diagnosi differenziale

- ***Personalità psicopatica e personalità paranoide***: entrambe interessate al potere ma grossa differenza, il paranoide ha profondi sensi di colpa;
- ***Personalità psicopatica e personalità dissociativa***; è uno psicopatico che utilizza difese dissociative o è una personalità multipla con una o più personalità antisociale o persecutoria? Per le seconde la prognosi è più favorevole
- ***Personalità psicopatica e personalità narcisistica***: relazione molto stretta (per Kernberg, la psicopatia è l' estremo del continuum narcisistico, quasi intrattabili)

Personalità narcistiche

- ***Personalità organizzate intorno alla propria autostima*** tramite le conferme provenienti dall'esterno; preoccupati di come appaiono; se non hanno conferme dall'esterno (spesso anche sull'aspetto fisico) sono in crisi
- ***Costituzionalmente per Kernberg forte componente aggressiva***
- ***Vergogna e invidia i principali sentimenti***, incapacità di amore o amano oggetti simili a sé; va distinto un tipo ***overt*** (*eclatante*) e un tipo ***covert*** (*nascosto, eccessiva risposta all'ambiente*)
- **Spesso vengono in età matura perché hanno fallito nei rapporti di coppia o nel lavoro**

19. Processi difensivi del narcisismo e relazioni oggettuali

- **Idealizzazione e svalutazione** (sé grandioso)
- Ha **bisogno di oggetti-sé** (quelli che alimentano un senso di identità e di autostima: a volte sono i figli!!!); incapacità di amare un oggetto vero; bisogno degli altri ma amore superficiale (non riesce a vederli).

Spesso appendici narcisistiche dei genitori; figlio apprezzato per la funzione che ricopre non per quello che è. Il bambino pensa che, se scopre i suoi sentimenti reali e quello che è, verrà rifiutato o umiliato; questo favorisce ciò che **Winnicott** ha chiamato *“falso Sé”*, atmosfera svalutativa intorno a bambino.

20. Il Sé narcisistico

- Senso di falsità, vergogna, invidia, vuoto incompletezza, bruttezza e inferiorità o le loro controparti compensatorie: ipocrisia, orgoglio, disprezzo, autosufficienza difensiva, vanità, superiorità. **Kernberg:** *Io grandioso e insieme senso di vuoto.*
- **Fragilità psicologica;** *il timore della frammentazione del Sé interiore viene spesso spostato in una preoccupazione per la salute fisica (idee ipocondriache, il corpo investito come fosse una relazione col proprio corpo piuttosto che con l'altro)*
- **Estremo perfezionismo** perché non reggono alle critiche
- **Incapaci di vere scuse e ringraziamenti, negano rimorso e gratitudine**
- **Forti reazioni verso il terapeuta, che spesso svalutano ma a volte idealizzano** (così come fanno in amore: in realtà non si innamorano veramente ma hanno bisogno di avere accanto persone che riflettano il loro senso di valore, potere ecc (la modella); *perché proiettano una parte o grandiosa o svalutata del Sé.*
- **Spesso il controtransfert è di noia** o come se il terapeuta non esistesse, perché in realtà parlano e non lo vedono;

21. Implicazioni terapeutiche

- Con molta pazienza e tempo si può riuscire a far accettare (al pz narcisista) se stesso senza inflazione del Sé o disprezzo per gli altri (ma dietro ci sono ferite immense)

- Dissidio tra Kohut (psicologia del Sé) e Kernberg: per Kohut è un problema evolutivo, per Kernberg è un problema strutturale;

Kohut dice di accogliere benevolmente idealizzazione o svalutazione ed esprimere empatia.

Kernberg con tatto bisogna intervenire sulla grandiosità e smontare le difese mobilitate contro invidia e avidità prima possibile.

- Attenzione comunque a non ferirli e a usare grande attenzione nel linguaggio e nell'atteggiamento

22. Diagnosi differenziale

- ***Personalità narcisistica e reazioni narcisistiche*** (qualunque non narcisista può apparire arrogante o svalutativo, vuoto o idealizzante in situazioni che fanno oscillare il senso di sé e la sicurezza (es all'estero))
- ***Narcisista e psicopatico***
- ***Personalità narcisista e personalità depressiva*** (è oltretutto nella diversa capacità di relazione oggettuale)
- ***Personalità narcisistica e personalità ossessivo-compulsiva***: ci si può confondere per via dell'attenzione ai particolari e il perfezionismo ma nell'ossessivo-compulsivo c'è controllo e senso di colpa
- ***Personalità narcisista e personalità isterica***: le persone con organizzazione isterica utilizzano difese narcisistiche, ma hanno diversa capacità di relazione oggettuale (migliore) ; hanno angoscia per il genere sessuale e l'identità ma sono capaci di affetto e amore e tutt'altro che vuote

Personalità depressiva

- **Tristezza, mancanza di energie, anedonia, disturbi vegetativi** (sonno, cibo, autoregolazione) (vedere “*Lutto e melanconia*”, **Freud** 1917); mentre nel lutto c’è stata una perdita e il mondo ne è impoverito, nella melanconia è il Sé che appare impoverito o danneggiato; la rabbia per la perdita dell’oggetto è rivolta contro il Sé, autodenigrazione e critiche. Si sentono colpevoli. Processi cognitivi, affettivi, immaginativi e sensoriali rallentati.
- Può esserci **tendenza ereditaria** (studi sui gemelli) ma è difficile stabilire la trasmissione; inclinazione depressiva può essere dovuta a perdita prematura; tratti orali, sovrappeso.
- **Distinguere la personalità depressiva da chi sta avendo un vero episodio depressivo da asse I** (che va curato farmacologicamente da uno psichiatra)

Processi difensivi nella personalità depressiva

- **Introiezione** (interiorizzazione inconscia delle qualità più odiose di un vecchio oggetto d' amore): il bambino proietta le proprie reazioni sugli oggetti d' amore che li abbandonano, immaginando che siano arrabbiati o offesi; il bambino esce da esperienze premature o traumatiche di perdita idealizzando l' oggetto perduto e assumendo sul sé gli affetti negativi
- **Rivolgimento contro il sé**
- **Idealizzazione** (gli altri sono meglio di me, per questioni morali, non per questioni di potere e prestigio come sarebbe per i narcisisti)

Depresso: relazioni oggettuali

- Perdita precoce e/o ripetuta; prematura separazione da un oggetto d' amore
- Può aver ceduto alle pressioni di un genitore di essere indipendente (svezzato) prima che fosse pronto
- Una perdita grave nella fase di *separazione-individuazione* è pressoché garanzia di depressione
- Noncuranza dei genitori verso i bisogni dei figli

Il sé depressivo

- Hanno trasformato il sentimento di essere rifiutate nella convinzione inconscia di meritare quel rifiuto
- Possono trovare autostima in professioni d'aiuto o volontariato (per bilanciare il senso di colpa) (per tenere a bada angosce ed evitare distruttività)
- Sembra che le donne siano più esposte a soluzioni depressive dei loro problemi

Transfert e controtransfert con pazienti depressivi

- Hanno *buone capacità di relazione oggettuale* ma tendono a proiettare sul terapeuta le proprie critiche interne (super-io sadico o rigido)
- Le persone più disturbate hanno bisogno di farmaci mentre fanno la terapia per ridurre l' intensità dei sentimenti depressivi
- Il *controtransfert* va da affetto benevolo a sentimenti onnipotenti di salvezza (essere il genitore sensibile che non ha mai avuto, controtransfert complementare) oppure controtransfert concordante, ci si sente impotenti e demoralizzati

Implicazioni terapeutiche

- Atmosfera di accettazione, rispetto e impegno alla comprensione, hanno le antenne per il più lieve rifiuto
- Analizzare gli sforzi che fanno per non essere rifiutati ed essere “buoni” ; sono particolarmente adatti alla terapia psicoanalitica classica (col lettino); vigilanza cronica e automatica; idea di non poter essere amati
- Evitare i lunghi silenzi che li farebbero sentire alla deriva
- *Ciò di cui hanno più bisogno non è terapia senza interruzioni ma l' esperienza che il terapeuta ritorna dopo una separazione;*
- Ammettere che provano sentimenti negativi sarà molto importante, accresce l'intimità mentre la falsità separa e isola; molti esprimono sentimenti negativi dimenticando di pagare o annullando sedute
- Se possibile lasciare che siano loro a decidere il termine del trattamento

Diagnosi differenziale

- ***Personalità depressiva e personalità narcisistica***

(Il narcisista non ha giusto senso di sé ed è incapace di vera relazione oggettuale; il depressivo ha senso di sé chiaro ma dolorosamente negativo, quindi attaccare il Super-Io che critica come faremmo con un depressivo non aiuta coi narcisisti; il loro vissuto principale è la vergogna, non l'ostilità verso di sé e il senso di colpa); trauma e rifiuto sono raramente i fattori patogenici del narcisista, quindi ricostruire e interpretare la vita del paziente in questa chiave non è utile, anche se sono come risultato depressi; per i pz depressi è giusto farlo, perché danno a sé la colpa delle loro mancanze (*il narcisista è vuoto, il depresso ha introietti ostili*)

- ***Personalità depressiva e personalità masochistica***: in entrambi senso di colpa inconscio (per Kernberg, c'è personalità narcisistica-depressiva come una delle organizzazioni della personalità a livello nevrotico) (vedere personalità masochistica)

- ***Personalità maniacale e ipomaniacale***: la maniacalità è l'altra faccia della depressione; la difesa principale è il diniego (quando la difesa fallisce torna la depressione). Il maniacale o ipomaniacale è eccitato, energico, brillante, autoaffermativo, grandioso, distratto, mobile (vedi **Akhtar** 1992)

Pulsione, affettività, temperamento e processi difensivi nella maniacalità (l'altra faccia della depressione, per diniego)

- **Oralità**

- **Diniego, acting out** (possono sfuggire al dolore con sessualizzazione, ubriachezza, provocazione e perfino atti come furti, atti che sembrano psicopatici; può esserci esibizionismo e violenza)

Relazioni oggettuali nella mania

- *Ripetute separazioni traumatiche*
- *Figure di accudimento molto carenti*

Il Sé maniaco

Temono qualsiasi forma di attaccamento (per via della possibile perdita). Il continuum maniaco va dalla struttura nevrotica a quella psicotica; possono essere maestri nel fare attaccare gli altri senza che siano coinvolti, brillanti e allegri; ma se cedono difese maniacali ci possono essere atti suicidari e comportamenti psicotici.

Personalità isterica (istrionica nel DSM)

- Carattere isterico, in persone senza eclatanti sintomi isterici (più nelle donne)
- Più nella sfera nevrotica ma esistono persone isteriche a livelli borderline e psicotici
- Grado elevato di angoscia, intensità e reattività, specie sul piano interpersonale; cordiali, intuitivi, energici, un po' dipendenti dall'eccitazione; forte emotività; predilige professioni che mettono in vista, come l'attore, il ballerino, il predicatore, il politico, l'insegnante.

Pulsione affettività e processi adattivi nell'isteria

- Utilizzano molto *rimozione, sessualizzazione, regressione*; usano l' *acting out con modalità controfobiche*, connesse a preoccupazioni sul potere o pericoli immaginari del sesso opposto; a volte difese dissociative.
- Per **Freud** la rimozione è centrale nell'isteria (riguardanti traumi infantili, spesso incestuosi, poi rimossi); quando ritornavano le emozioni legate ai ricordi, i sintomi scomparivano
- Quando sono in ansia, possono assumere atteggiamenti infantili, nel tentativo di farci accettare (regressione)
- **Acting out**: si avvicinano a ciò che inconsciamente temono (sono seduttive e temono il sesso..) Inclini a esibirsi quando si vergognano del proprio corpo, a mettersi al centro dell'attenzione quando si sentono inferiori agli altri
- **Ansia, vergogna, sensi di colpa inconsci**; esperienze semplici per altre persone possono essere traumatiche per queste; per questo quando sono sovraccariche possono usare la dissociazione; anche mangiare compulsivamente, la rabbia ecc sono comportamenti dissociati

Relazioni oggettuali nell'isteria

- Nella loro storia, spesso *esperienze che hanno attribuito ai due sessi valore e potere diversi*; preferenza del maschio sulla femmina; oppure sanno che i genitori volevano il maschio; oppure si vede che il maschio in famiglia ha più potere
- Quando la bambina riceve attenzione è solo per attributi superficiali, come l'aspetto; quando i fratelli sono oggetto di attenzione negativa, sono equiparati al femminile (*non fare la femminuccia!*); quando la bambina cresce vede che il padre si allontana e prova disagio; spesso i padri sono minacciosi e seduttivi; misto di inadeguatezza materna e narcisismo paterno nella etiologia delle personalità isteriche
- *Identità di genere problematica*; anche i maschietti allevati in comunità di donne e sentono la loro mascolinità denigrata si sviluppano in direzione isterica; alcuni omosessuali maschi hanno questa storia;
- *Maggiore diffusione dell'isteria tra le donne*: secondo la **McWilliams** per due motivi: in tutte le culture gli uomini hanno più potere delle donne e i bambini se ne accorgono

il Sé isterico/1

- Immagine di sé come bambino piccolo indifeso che affronta la vita in un mondo di potenti e estranei; possono essere per questo controllanti e manipolativi ma per ragioni diverse dai narcisisti, è per bisogno di sicurezza e accettazione, non provano piacere nel dominare gli altri; la seduzione come manipolazione di figure di autorità, paterne, insegnanti ad es.;
- L' autostima dipende dall' avere una posizione sociale di altri del sesso opposto; oppure “*farsi vedere con persone di potere*” ; oppure devono compiere “*atti di salvataggio*” , per es. aiutano i bambini a rischio; oppure salvare certi uomini distruttivi e predatori;

Il Sé isterico/2

- Nonostante la sensazione inconscia che l' altro sesso sia avvantaggiato si presentano molto femminili; pensano che l' attrazione sessuale sia l' unico potere per la femminilità, deve essere incoraggiato a realizzare la propria autostima in aree diverse dal fascino personale. Si sentono comunque inconsciamente castrate; il loro esibizionismo è controdepressivo.
- Espressione esagerata dei loro sentimenti: siccome sono state svalutate e *infantilizzate*, ingigantiscono le emozioni per superare l' angoscia; allo stesso tempo danno l' impressione che non si può troppo credere alla loro drammaticità

Il sé isterico

Dov'è finito nel DSM? Che rapporto c'è tra trauma, isteria e dissociazione?

Oggi è un tema molto discusso

Transfert e controtransfert con personalità isteriche/1

- Il **transfert** è stato scoperto da **Freud** coi pazienti isterici (lì molto visibile). *Le personalità isteriche sono fortemente legate all'oggetto ed emotivamente espressive; parlano facilmente delle proprie emozioni per l'analista; con i terapeuti maschi, le donne isteriche saranno intimidite, seduttive, eccitate; con una terapeuta donna, sottilmente ostili e competitive; infantili in entrambe le situazioni; se sono borderline o psicotici compiono gravi acting out perché si sentono molto minacciati dalla relazione;*
- Con isterici di alto funzionamento, possono esservi transfert molto intensi, erotizzati, che va affrontato subito con l'interpretazione (oppure fanno acting out con persone al di fuori, si innamorano)

Transfert e controtransfert con personal isteriche/2

- Il *controtransfert* può essere caratterizzato da *distanza difensiva o infantilizzazione*. Particolarmente pericoloso con analista maschio narcisista e paziente donna: il grande Papà e la piccina indifesa (onnipotenza per il terapeuta);
- La *sessualizzazione è un grande pericolo* ma se il terapeuta resiste ed è bravo, è una grande trasformazione per le personalità isteriche vedere che una figura autoritaria o autorevole pone il loro benessere al di sopra della opportunità di usarle; e questa autostima che ne deriva è più efficace di varie distorsioni difensive e sessualizzate.

Implicazioni terapeutiche

- *Il trattamento psicoanalitico, inventato con questo tipo di pazienti, è ancora il trattamento elettivo; il punto cruciale del trattamento con questi pazienti infatti è il transfert; gestire male il transfert o non riuscire a stabilire un' alleanza terapeutica è l' unico errore vitale che può accadere*
- *Fondamentale che arrivi da solo alla comprensione; interpretare troppo presto le intimidisce e ricorda loro che gli altri hanno più potere, ne sanno di più, ecc; tenere a bada il proprio narcisismo e aiutare quindi il pz a capire da solo e prendere responsabilità da solo; favorire integrazione tra pensiero e sentimento (l'isterico deve imparare come pensare, laddove l'ossessivo deve imparare come sentire)*

Diagnosi differenziale/1

- ***Personalità isterica e personalità antisociale***; molti autori hanno segnalato punti di contatto con queste due personalità specie ai livelli più gravi di psicosi e borderline; le isteriche sono anche attratte da psicopatici (casi dell'assassini subissata da lettere di ammiratrici, sono isteriche); problema sociale: qualità considerate isteriche nelle donne sono viste come psicopatia negli uomini; ma le dinamiche prevalenti sono molto diverse: l'isterico è fortemente legato all'oggetto e ne ha paura; dimostrare la propria autorità di terapeuta ha effetto positivo su antisociale e intimidisce o infantilizza l'isterico
- ***Personalità isterica e personalità narcisistica***: utilizzano simili difese, hanno difetti di base dell'autostima, hanno vergogna e bisogni compensatori di attenzione e rassicurazione; ma per MOTIVI diversi: per gli isterici l'autostima è legata a problemi dell'identità di genere; sono affettuose e sollecite; gli isterici idealizzano e valutano per ragioni sessuali; ***Kernberg sottolinea che la donna isterica tende a scegliere oggetti cattivi idealizzati, la narcisista sceglie oggetti adeguati che in seguito svaluta.***

Personalità ossessiva e compulsiva

Individuo dominato dal pensiero e dall'azione a scapito di sensibilità, sentimento, intuizione, capacità di ascolto, gioco, sogno; anche se produttive e degne di ammirazione; si può anche essere ossessivi senza essere compulsivi o viceversa;

Ossessioni (*pensieri involontari e persistenti*) e ***compulsioni*** (*atti involontari e persistenti*) possono essere anche in altre personalità; di solito organizzazione a livello nevrotico studiata in primis da **Freud** (“*carattere anale*”): ordinato, parsimonioso, ostinato, perfezionista, meticoloso, incline all'intellettualismo e alle discussioni cavillose; affidabili ma rigide; ossessione per la pulizia; puntualità.

Pulsione affettività e temperamento nelle personalità ossessive e compulsive

- **Freud** (“ *Carattere ed erotismo anale* ” , 1908) pensa che siano persone che nell’infanzia hanno vissuto una ipersensibilità alla fase anale (18 mesi-3 anni), caratterizzata da spinte aggressive
- **Rigido addestramento alla pulizia** (rinunciare a ciò che è naturale per quanto è richiesto socialmente), addestrato troppo prematuramente, sensazione di essere controllato e giudicato che crea rabbie aggressive nel bambino, che alla fine il bambino trasferisce su di sé come parte sadica aggressiva; mantenere questo controllo sulla pulizia e il resto diventa fondamentale per l’ autostima; rigida sensibilità etica, **rigido Super-Io**; di conseguenza, i sentimenti non vengono più espressi liberamente, se si chiede loro cosa provano, dicono “penso che..” ; affettività razionalizzata; può accettare la rabbia se la considera ragionevole e giustificata
- **Conflitto affettivo di base: tra rabbia** (per esser controllato) **e paura** (di essere controllato o punito); ma di solito non la esprimono direttamente

Processi difensivi e adattivi nelle personalità ossessive e compulsive

- **Isolamento**
- **Annullamento**
- A livello di funzionamento più elevato, **razionalizzazione, moralizzazione, compartimentalizzazione e intellettualizzazione;**
- **Formazione reattiva**
- **Spostamento** (specie della rabbia, verso bersagli che paiono legittimi)

Difese cognitive contro pulsioni, affetti e desideri

Privilegiano attività mentale e cognitiva, mentre i sentimenti sono relegati a un mondo puerile, svalutato, disorganizzato (es vedova che dedica tutte le sue energie ai dettagli del funerale non elabora il proprio dolore e priva gli altri della possibilità di offrirle conforto);

Spesso hanno posizioni dirigenziali e negano a se stessi riposo e svago facendo della compulsività la regola dell'azienda; valide in ruoli pubblici ma inadeguate in ruoli intimi e privati. Gli aspetti più teneri del proprio Sé vengono espressi con angoscia o vergogna. Se devono esprimere emozioni parlano in seconda persona “sai ti senti impotente..”)

Le persone ossessive e compulsive nella gamma border o psicotica ricorrono all'isolamento in modo talmente costante da sembrare schizoidi; altri ossessivi più disturbati confinano con la paranoia (tra una estrema ossessione e un delirio persecutorio non corre tanta differenza).

Difese comportamentali contro pulsioni, affetti e desideri

- *Annullamento mediante azioni che hanno un significato inconscio di espiazione e/o proiezione magica*; a livello borderline e psicotico, la compulsività tocca eccessi nel bere, mangiare, assumere droghe, giocare d'azzardo, essere promiscui (ma possono essere anche al livello nevrotico); la compulsività è diversa dall'impulsività perché è un' azione ripetuta con certi rituali e frequenza crescente; non sono acting out perché non sono bisogni di padroneggiare, attraverso la loro ripetizione, esperienze del passato; gli atti compulsivi sono atti obbligatori.
- Nel comportamento compulsivo, *fantasie inconsce di controllo onnipotente*. Nel rituale compulsivo c'è il senso che, facendo una certa cosa, si può controllare qualche altra cosa incontrollabile.
- *Formazione reattiva* (**Freud** pensava che coscienziosità meticolosità frugalità ecc. siano formazioni reattive verso il loro contrario)

Relazioni oggett. in pers.ossess-compuls.

- I genitori o i caretaker di queste persone hanno elevati standard verso pulizia ecc e richiedono presto che il bambino si conformi ad essi, se le richieste sono irragionevoli possono causare conflitti
- Problemi di controllo centrali in queste famiglie (non solo a livello anale; la mamma che ha addestrato alle pulizie in un certo modo avrà anche allattato in un certo modo, fatto addormentare a ore stabilite, ecc.; molte famiglie oggi più che suscitare il senso di colpa (moralistico) favoriscono modelli ossessivi attraverso il senso di vergogna (Cosa penserà la gente se sei così sovrappeso? Non andrai mai all'università se ti comporti così! I bambini non verranno a giocare con te se non ti comporti meglio.. E così via). Le dinamiche ossessive compulsive possono venire anche da educazione molto lassista che in certi ragazzi con temperamento aggressivo crea super-Io molto rigido e forte...

Il sé ossessivo-compulsivo

- Gli ossessivi spesso vengono per risolvere l' ambivalenza tra due fidanzati, due corsi di laurea, due opportunità di lavoro ecc; se diamo loro una indicazione rispondono “sì ma...” : il senso di colpa insorge quando devono prendere una decisione (per cui alla fine sono immobilizzati); sostengono la loro autostima col pensiero:
- Il compulsivo non rimanda, agisce; sostiene la sua autostima con l' azione; se le circostanze diventano molto difficili, entrambi diventano depressi; è catastrofico perdere il lavoro per una persona che vive solo per quello (la depressione qui è melanconica)

transfert e controtransfert con ossessivi-compulsivi

“buoni pazienti” , persone serie coscienti motivate ma tendono ad essere polemici, critici, negativi...ci si sente annoiati, annullati dalla intellettualizzazione; ma serve sentire atteggiamento perseverante e non giudicante del terapeuta.

Implicazioni terapeutiche

- Una normale gentilezza li colpisce; sono grate a chi risponde senza ritorsione o esasperazione ai loro aspetti irritanti;
- È essenziale cogliere la loro *vulnerabilità alla vergogna* (per i sentimenti); evitare di dare consigli o sollecitazioni; evitare di fare la parte del genitore esigente e controllante; mantenere una relazione cordiale; non esercitare controllo ma evitare atteggiamenti che potrebbero essere percepiti come distacco emotivo; la regola di non dare consigli salta se ci sono compulsioni e comportamenti pericolosi (*porre dei limiti, come fa Kernberg nel contratto*); ad es, relazioni sessuali compulsive che sono distruttive; oppure il tossicodipendente deve disintossicarsi; oppure una anoressica deve risalire a un certo peso prima di iniziare terapia; un'alcolista deve contemporaneamente far parte del programma AA (questo perché non pensiamo che la terapia agisce automaticamente in modo magico, senza che facciano niente); se comunque sono alterate chimicamente (per alcol o droghe) la terapia è inutile. **La terapia serve a chi ha smesso di comportarsi in modo compulsivo a padroneggiare i problemi che alimentavano la compulsione.**
- Evitare l' *intellettualizzazione* a tutti i costi; chiedere cosa sente
- Aiutarli a esprimere la propria rabbia e le proprie critiche verso la terapia e il terapeuta

Diagnosi differenziale

- ***Personalità ossessiva e personalità narcisistica*** (nell'ossessivo rabbia inconscia, fantasie di onnipotenza e senso di colpa; nel narcisista vuoto soggettivo e fragilità dell'autostima che portano a un Io grandioso)
- ***Personalità ossessiva e personalità schizoide*** (quelli che sembrano schizoidi possono essere in realtà pazienti ossessivi molto regrediti), ma grossa differenza: lo schizoide per quanto si ritiri dal mondo ha piena coscienza di sentimenti intensi e vivaci fantasie interiori
- ***Personalità ossessivo-compulsiva e condizioni organiche*** (sindromi cerebrali organiche danno pensiero perseverativo e atti ripetitivi); è necessaria una buona analisi che indagli anche su possibilità di sindrome alcolica fetale, complicazioni alla nascita, trauma cranico e malattie con febbre alta come meningite encefalite ecc.); non tutti i danni cerebrali implicano perdita di intelligenza.

Personalità schizoide

Parliamo di un carattere e non di una patologia grave: la difesa è primitiva, ritiro nella fantasia, ma possono esservi pensatori originali come Wittgenstein (versione non psicotica del carattere schizoide)

Pulsione, affettività, temperamento nelle personalità schizoidi

- *Persona iperattiva e facilmente stimolabile* (il bambino si ritrae dagli eccessi di luce, rumore, movimento); alcuni neonati si aggrappano e adattano alla calda figura materna, questi neonati si irrigidiscono e si ritraggono specie se c'è “*scarsa rispondenza*” tra lui e le figure di accudimento
- Nell' ambito della pulsione, sembra che la persona schizoide sia alle prese con *problemi di livello orale* (per evitare i danni che derivano dall'essere inglobata, assorbita, distorta, ingoiata);
- *Ritiro, ricerca di soddisfazione nella fantasia, rifiuto del mondo corporeo*; sono di solito molto magri; non danno l' impressione di essere aggressivi nonostante la violenza di certe fantasie; sembra seppelliscano la propria avidità e aggressività sotto pesante copertura difensiva; si nasconde, si ritira (l'eremita)

Processi difensivi e adattivi nelle personalità schizoidi

- **Ritiro nel mondo dell'immaginazione**
- **Proiezione**
- **Introiezione**
- **Idealizzazione**
- **Svalutazione**
- Tra le più mature, l' **intellettualizzazione**
- Nei più sani, la capacità più adattiva, la creatività (opere d' arte, scoperte scientifiche, teorie, percorsi spirituali)

Relazioni oggettuali nelle personalità schizoidi

- Profonda ambivalenza circa l' attaccamento: desidera l' intimità ma se ne sente minacciato; sul piano sessuale, apatiche o spaventate
- Nei veri schizoidi, famiglie con modalità ambivalenti di comunicazione; forse valido anche per questi, altre teorie sottolineano infanzia caratterizzata da solitudine e abbandono
- Intrusività dei genitori; oppure deprivazione (**Masud Kahn**, *“traumi cumulativi”* a proposito delle condizioni schizoidi)

Il Sé schizoide

- Mancanza di considerazione per le aspettative sociali tradizionali; indifferente all'effetto che ha sugli altri, *l'opposto dei narcisisti*; si tengono a distanza; abbandono è male minore rispetto a inglobamento
- Mantiene l' autostima spesso con attività creativa individuale

Transfert e controtransfert

- Tendono a evitare incontri intimi come la psicoterapia; se trattati con considerazione e rispetto collaborano; i limiti del setting li proteggono
- Trovare il modo di entrare nel mondo soggettivo del paziente senza suscitare angosce di intrusione

Implicazioni terapeutiche nella diagnosi di pers schizoidi

- Stare attenti a *non essere intrusivi, precipitosi, direttivi o oppressivi*; meglio “allontanare la sedia” che avvicinarla.
- *Evitare le interpretazioni nelle prime fasi*
- *Formulare le proprie osservazioni con le stesse parole o immagini del paziente per rafforzare il senso di realtà interiore e solidità della persona*; avrà il senso che il suo mondo interiore è comprensibile quindi accettabile; riformulazione della ricchezza immaginativa come positiva e non patologica darà profondo senso di sollievo a questi pazienti che spesso hanno sentito sconfermate o minimizzate le loro risposte emotive.
- Stare attenti a *non fare della terapia un bozzolo*, un rifugio dal mondo; invitarlo a trovare forme sociali a cui avvicinarsi, relazioni sessuali, progetti creativi.
- *Essere una persona reale* rispetto alle relazioni “come se” a cui è abituato

Diagnosi differenziale

- Aspetto diagnostico cruciale è *valutare la forza dell'Io*. Alcune persone ossessive e compulsive specie nella gamma borderline-psicotica vengono facilmente considerate schizoidi più di quanto non siano.
- *Valutare possibili processi psicotici*: c'è disturbo del pensiero? (se sì, farmaci e/o ricovero)
- ***Personalità schizoide e personalità ossessivo-compulsiva***: questi ultimi molto più sociali e preoccupati del giudizio degli altri; gli schizoidi passano molto tempo a riflettere, a rimuginare, nelle loro fantasie; gli ossessivi negano o isolano i sentimenti; gli schizoidi li riconoscono ma rifuggono dalle relazioni che ne favoriscono l'espressione

La personalità paranoide

- Tendenza abituale a proiettare sugli altri le qualità personali considerate negative; può essere accompagnato da un senso di sé megalomane; anche qui continuum di gravità; disturbo di personalità paranoica nel DSM dà un buon quadro: non è facile che cerchi aiuto perché non si fida.
- Personalità paranoide a livello normale spesso politici, dove possono adoperarsi contro le forze malvagie o minacciose; all'altro opposto del continuum, possono essere assassini che pensano che la vittima volesse ucciderli.
- Valutare se sono realmente perseguitate oppure sono paranoici ma sono anche in pericolo.

Pulsione, affettività e temperamento nelle personalità paranoide

- Quelli più disturbati pongono al di fuori di sé la fonte delle proprie sofferenze; minore incidenza di suicidi ma è possibile si suicidi per evitare di essere distrutto da un altro immaginario; elevati gradi di irritabilità e aggressività già nel bambino, e può darsi che le risposte delle figure di accudimento abbiano rinforzato percezione che il mondo esterno è persecutorio
- Rabbia, risentimento, desiderio di vendetta, paura e vergogna (sguardo a sinistra in basso) (orizzontale a sinistra, paura; in basso, vergogna; **S. Tomkins**)
- Paranoide spende le proprie energie per sventare i tentativi di coloro che hanno intenzione di umiliarlo e svergognarlo; i narcisisti hanno paura di svelare le proprie inadeguatezze, i paranoide temono la malevolenza degli altri
- Provano molta invidia (come i narcisisti) ma a differenza di questi se ne difendono con la proiezione; risentimento e gelosia oscurano la loro vita a volte con intensità delirante (gli altri ce l' hanno con me perché mi invidiano)
- Gelosia e idee paranoide a coloritura omosessuale (è mia moglie che desidera gli altri uomini)
- Senso di colpa ma proiettato (vive nel terrore che quando il terapeuta scoprirà chi è...farà chissà cosa); si aspetta di essere scoperto

Processi difensivi e adattivi nel paranoide

- **Proiezione**; a seconda della forza dell'Io e dell'intensità del disagio si tratterà di livello psicotico, borderline o nevrotico (paranoide: agenti bulgari omosessuali mi hanno avvelenato l'acqua); esame di realtà preservato nei borderline; ma odio e invidia negati dentro di lui sono proiettati sul terapeuta;
- **Diniego e formazione reattiva** (*Freud* 1911 spiegava la paranoia con “*non sono io a odiarti, sei tu che odi me*”

Relazioni oggettuali nel paranoide

- Hanno sofferto grandi ferite da bambini nel senso di sopraffazione e umiliazione, critiche, punizioni pretestuose, da adulti difficili da accontentare e pesanti mortificazioni
- Contesti familiari dominati da critiche e scherno in cui il figlio è capro espiatorio, bersaglio della proiezione familiare di tutte le qualità odiate; presenza di un genitore minaccioso e mancanza di altre figure che possono aiutare il bambino;
- Inclinazione a problemi di potere e acting out (come gli antisociali): ma grande differenza: capacità di amare e desiderio di essere amati (quindi figure di accudimento per quanto persecutorie o inadeguate non sono state del tutto carenti) quindi ok trattamento basato sull'empatia

Il Sé paranoide

- Immagine di sé impotente e umiliata in contrasto con un' immagine onnipotente, vendicativa e trionfante (ma nessuna delle posizioni offre un grande sollievo: terrore di sopraffazione e disprezzo ma anche senso di colpa insopportabile); grado di paura in cui vivono; energie spese per scrutare pericoli nell'ambiente; lato grandioso si manifesta nel loro autoriferimento: tutti ce l' hanno con me; la megalomania inconscia o manifesta opprime la personalità paranoide con senso di colpa insopportabile; se sono onnipotente, tutto è colpa mia
- Spesso combinazione di confusione dell'identità sessuale, desiderio di intimità con persone dello stesso sesso e timore di omosessualità, preoccupazione paranoica per l' omosessualità
- Cercano di aumentare la propria autostima attraverso l' esercizio di potere contro le autorità e alte persone importanti; vendetta e trionfo danno loro un conforto passeggero e senso di sicurezza e rettitudine morale; accudiscono vittime di oppressioni e maltrattamenti

Transfert e controtransfert con pazienti paranoici

In molti pz *transfert immediato, intenso e negativo*; spesso terapeuta visto come fonte di umiliazione, sentono che verranno messi a nudo i propri aspetti negativi; *controtransfert* spesso *ansioso e ostile*

Implicazioni terapeutiche/1

- *Difficile creare alleanza terapeutica*, per la loro difficoltà ad avere fiducia;
- Parlare dell'odio e del sospetto che possono esserci in terapia; se il terapeuta accetta espressioni intense di ostilità crea le condizioni perché il pz si senta al sicuro dalla punizione; quelli che ritiene; gli aspetti “malvagi” sono normali
- *Regola di analizzare dalla superficie al profondo non funziona*; così come “analizzare la resistenza prima del contenuto” perché si sente giudicato; se analizziamo le difese (diniego, proiezione) si sentirà ancora più attaccato; atteggiamenti classici come indagare più che rispondere alle domande rendono più aspra la problematica paranoide; utile l'umorismo ma leggero, attenzione a non farlo sentire preso in giro ma leggera autoironia può essere utile, scaricano aggressività in tutta sicurezza ; scusarsi se una battuta viene presa per scherno; *il terapeuta è reale e non ha doppi fini*; entrare in contatto con i sentimenti proiettati (so che prova rabbia, ma anche paura e impotenza); in questo *il controtransfert può essere utile a capire i sentimenti da cui il pz si difende*;

Implicaz terapeutiche/2

- *Verificare le esperienze recenti che hanno turbato il pz*: i fallimenti sono umilianti, ma i successi sono vissuti con sensi di colpa onnipotenti e timori di punizione; non sottolineare le operazioni paranoide ma commentare sulla possibilità che stia sottovalutando il disagio che gli crea qualcosa a cui ha accennato; evitare di parlare direttamente del contenuto di un' idea paranoide; il significato non li aiuta; non mettere in discussione la sua interpretazione; se il pz chiede al terapeuta cosa ne pensa questi può fare caute interpretazioni alternative
- *Problema dei confini*: se con altri ok prestare libro o commentare pettinatura, con questo no, terrore di fini diversi; spesso hanno panico di essere omosessuali, e nella terapia può venire fuori;

Diagnosi differenziale

- ***Personalità paranoide e personalità psicopatica:*** senso di colpa e amore nel paranoide, i paranoide sono profondamente legati all'oggetto; il tradimento è la cosa più grave per loro
- ***Personalità paranoide e personalità ossessiva:*** condividono particolare sensibilità a problemi di regole e giustizia, rigidità e diniego rispetto alle emozioni più morbide MA diverso il ruolo che l'umiliazione ha avuto nella propria storia: l'ossessivo teme di essere controllato ma non ha la stessa paura del paranoide per il ruolo occupato dall'umiliazione
- ***Personalità paranoide e personalità dissociativa.***
- Persone con disturbo di personalità multipla possono avere una seconda personalità di tipo paranoide; entrambi maltrattamento emotivo

Personalità masochistica (distruttiva)

- Sembrano i peggiori nemici di se stessi, difficile spiegare scelte contro il proprio piacere (**Freud** prima del 1919); atteggiamento autolesivi e autosvalutativi; eccitamento sessuale attraverso il dolore ma poi Freud deve postulare anche masochismo morale (1924), tollerano dolore e sofferenza nella speranza conscia o inconscia di un bene maggiore (mogli maltrattate, “tenere unita la famiglia”)
- **Kernberg**: *carattere masochista-depressivo* uno dei caratteri nevrotici più comuni (specie nelle donne); ma necessitano di stili terapeutici differenti secondo la Mc Williams, specie ai livelli più gravi; un terapeuta che consideri fundamentalmente depressiva una persona masochista può fare gravi danni

Pulsione, affettività e temperamento nel masochismo

- Non si hanno molte informazioni sui fattori costituzionali dell'organizzazione masochistica della personalità; è sicuramente più socievole e rivolta agli oggetti di quanto lo siano altri; alcuni sottolineano come *traumi infantili e maltrattamenti* creino disposizioni contrastanti nei due sessi: *le bambine tendono a sviluppare modello masochistico; mentre i maschietti si identificano con l'aggressore e si sviluppano in direzione sadica* (ma esistono anche donne sadiche e uomini masochisti naturalmente);
- Mondo affettivo simile al depresso; non solo tristezza e senso di colpa ma anche rabbia risentimento e indignazione nel masochista (i masochisti si vedono come persone che soffrono ingiustamente, vittime) mentre i depressi non ritengono di meritare altro

Processi difensivi e adattivi nel masochista

- Come i depressi utilizzano *introiezione, rivolgimento contro il sé e idealizzazione*; anche molto *acting out*, dato che il masochismo risulta in atti autodistruttivi; sono più attive dei depressi; acting out difensivo molto pericoloso, guidato da inconscio, per padroneggiare situazione dolorosa prevista (es se si è convinti che l' autorità prima o poi ci punirà, preferisco procurare io la punizione, che riduce angoscia dell'attesa e dà senso di potere); si ricreano situazioni del passato (*coazione a ripetere*) nel tentativo di padroneggiare quelle esperienze
- La *moralizzazione* può essere una difesa esasperante: a volte sono più interessati ad ottenere una vittoria morale che a risolvere un problema (es farsi rimborsare dalle tasse chiedendo il risarcimento se c' è stato errore: preferiscono lamentarsi ed avere consolazione dal terapeuta piuttosto che iniziare la pratica); convincere gli ascoltatori a dire che la colpa è degli altri può essere più importante dell'obiettivo pratico; i bambini che hanno perduto un genitore temono sia per colpa propria; allora si convincono che cattivo è il nuovo genitore, finché non provocano il nuovo genitore che confermerà alla fine quella convinzione.
- *Diniego* spesso in atto: negano proprio disagio e rivendicano le buone intenzioni di chi li maltratta

Relazioni oggettuali nel masochista

- Da bambino ha capito che se soffre o sta male riceve attenzione; di solito come nel depresso gravi perdite, figure genitoriali critiche, inversioni di ruolo per il bambino, traumi violenze e modelli depressivi; tuttavia avevano qualcuno vicino, laddove i depressi sentono che non c'era nessuno a consolarli; origini del masochismo per **Menaker** (1953) in problemi non risolti di dipendenza e paura di solitudine (**Rasmussen** 1988: donne maltrattate temono l'abbandono molto più del dolore o della morte); le uniche occasioni in cui sentivano il genitore vicino era quando venivano puniti: la sofferenza è il prezzo della relazione e la relazione è più importante della sicurezza fisica (meglio essere picchiati che abbandonati)
- Tendono ad attaccarsi ad amici non fortunati; gravitano intorno a coloro che confermeranno il proprio senso di ingiustizia, scelgono partner portati alla violenza o portano alla superficie gli aspetti peggiori del partner adeguatamente affettuoso.
- Paranoide sacrifica l'amore per ottenere un senso di potere; il masochista sacrifica il potere per ottenere un senso di amore

Il Sé masochista

Si presenta come una persona indegna, che merita rifiuto e punizione (come il depresso), non sono deprivati ma bisognosi e incompleti e convinzione di essere fraintesi, non apprezzati, maltrattati; grandiosi e sprezzanti a volte nella loro sofferenza (nella sofferenza hanno trovato una base compensatoria per la propria autostima); spesso si scorge sul loro viso quando raccontano un episodio di maltrattamento la traccia di un sorriso malizioso; attaccamento-mediante-sofferenza; raccontando il maltrattamento denunciano l'inferiorità morale dell'altro; se incoraggiati a reagire o porre rimedio alla situazione, appaiono delusi, cambiano argomento e indirizzano le lagnanze a un' altra area; l' 'autostima è rafforzata dalla propria capacità di sopportare

Transfert e controtransfert

- Tendono a riattualizzare il dramma del bambino che ha bisogno di attenzione e la ottiene solo se dimostra che soffre, dimostra al terapeuta che:
 - 1) ha bisogno di essere salvato
 - 2) merita di essere salvato
- Suscitano di solito *due tipi di controtransfert*, *contromasochismo e sadismo*, a volte insieme: essere eccessivamente generosi (ma rende il paziente più difeso e infelice); allora sentimenti di irritazione e fantasie di ritorsione sadica; giovani terapeuti riducono l'onorario, offrono sedute supplementari, accettano telefonate a qualsiasi ora: azioni di questo tipo che aiuterebbero con un depresso sono controproducenti con un masochista perché favoriscono la regressione (li incoraggiano a fare ancora di più le vittime, diventa un guadagno secondario).

Implicazioni terapeutiche della diagnosi di masochismo

Personalità del terapeuta molto importante, non disponibilità a lasciarsi usare o a estendere la propria generosità fino al risentimento può aprire prospettive nuove: la prima regola è: **non offrire modello di comportamento masochistico**: non essere indulgenti coi pazienti masochistici ad es sul pagamento delle sedute, è un danno per il paziente; fa sentire in colpa il paziente e incapace di miglioramento (invece di comunicare qualcosa come “poverino” comunicare con tatto qualcosa come “come si è messo in questa situazione?”)

Diagnosi differenziale

- Elementi distruttivi sono in tutte le personalità disturbate, ma qui caratterizzano una organizzazione
- ***Personalità masochista e personalità depressiva***: è importante differenziarle perché il tono del terapeuta deve essere diverso; il depressivo deve imparare che il terapeuta non lo abbandonerà, non lo giudicherà e sarà disponibile nei momenti di sofferenza (a differenza degli oggetti interiorizzati); il masochista ha bisogno di scoprire che l'autoaffermazione e non la sofferenza impotente può stimolare negli altri calore e accettazione e il terapeuta non è interessato ai dettagli delle attuali disgrazie; se si tratta il depresso come se fosse masochista si può aggravare; se si tratta il masochista come se fosse depresso si può rafforzare la sua autodistruttività
- ***Personalità masochista e personalità dissociativa***: intanto chiedere al pz se ricorda di aver compiuto gli atti autolesivi

Personalità dissociative

- Disturbo dissociativo dell'identità, entrano spontaneamente in stato di trance; *Freud purtroppo ha privilegiato i problemi evolutivi piuttosto che il trauma, e la rimozione piuttosto che la dissociazione*; sindrome post-traumatica cronica di origine infantile; esperienza soggettiva di diversi Sé.
- Anna O. era un caso di persona dissociativa; a livello borderline o psicotico estremamente distruttive; possono anche uccidere

Pulsione, affettività e temperamento nelle condizioni dissociative

Per diventare una personalità multipla il soggetto deve avere la potenzialità costituzionale ad entrare in uno stato ipnotico (in mancanza di tale capacità, il trauma è affrontato con altre modalità: rimozione, acting out, fuga nella tossicodipendenza); bambino con complessa e ricca vita interiore (amici immaginari, identità fantastiche); non ci sono teorie pulsionali per spiegare il fenomeno; per l' affettività, sono persone sopraffatte da un' intensa esperienza emotiva (maltrattamenti e traumi sessuali)

Processi difensivi e processi adattivi nelle condizioni dissociative

Spesso la dissociazione si interrompe quando lasciano la famiglia nella quale il disturbo ha avuto origine, e ritorna quando un figlio raggiunge l'età della loro prima violenza (*reazione inconscia*) oppure incontro con una circostanza che ricorda il trauma; presentano personalità alter-egoiche non sempre vistosamente riconoscibili

Relazioni oggettuali

- Violenza, spesso sessuale (e spesso nei genitori idem)
- Alto grado di relazionalità oggettuale; tendono ad attaccarsi con forza, sono piene di speranza

Implicazioni terapeutiche

Kluft (1991):

- Setting solido e confini sicuri
- Il paziente deve sentirsi attivo e non succube
- Forte alleanza terapeutica
- I traumi sepolti vanno rivelati e abreagiti
- Favorire la collaborazione e comprensione tra le varie personalità
- Comunicazioni chiare e dirette, proprio perché il paziente tende a realtà ipnotiche alterne...

Il Sé dissociativo, transfert e controtransfert

- *Sé diviso in numerosi sé parziali e scissi*, ciascuno con determinate funzioni; la personalità principale può conoscerle tutte, alcune o nessuna
- *Presenza massiccia del transfert*: chi è stato gravemente maltrattato si aspetta sempre maltrattamenti in un rapporto di dipendenza (il terapeuta sta per violentarmi, abbandonarmi, torturarmi--transfert psicotici): sono risposte emotive non integrate al tempo della violenza originaria; contraddire attivamente il transfert; i confini sono particolarmente importanti: ogni violazione dai confini della terapia ha il sapore dell'incesto; causano profondo coinvolgimento, essere più calorosi e reali del solito, senza trascurare di rimanere nei limiti

Diagnosi differenziale

Se il paziente “sente le voci” , chiedere se vengono dall’interno (dissociazione) o dall’esterno (psicosi); non vengono in terapia per gli stati dissociativi, va dedotta (anche da anamnesi: storia di traumi, gravi incidenti, famiglia con alcolismo e tossicodipendenze, amnesia negli anni delle elementari)

- ***Condizioni dissociative e psicosi funzionali:*** i veri schizofrenici sono spenti e piatti, mentre questi hanno intenso attaccamento per il terapeuta; per valutare se la dissociazione ha una parte importante in un quadro psicotico, chiedere qual è la parte di sé che dice quelle cose: se la dissociazione è predominante, risponderà una personalità alteregoica
- ***Condizioni dissociative e condizioni borderline:*** NON si escludono a vicenda; i borderline spesso dissociano; è importante la presenza o assenza di amnesia (chiedere) (presenza di traumi spesso del tipo “complesso” come maltrattamento quotidiano e incesto)
- ***Condizioni dissociative e condizioni isteriche:*** molte sovrapposizioni: chi ha disturbi dissociativi ha sicuramente traumi
- ***Condizioni dissociative e condizioni psicopatiche:*** molti antisociali hanno difese dissociative: le personalità dissociate hanno buona prognosi in terapie, gli antisociali no: i criminali con personalità multipla si avvantaggerebbero della terapia