

Psicologia Clinica avanzata e della Personalità

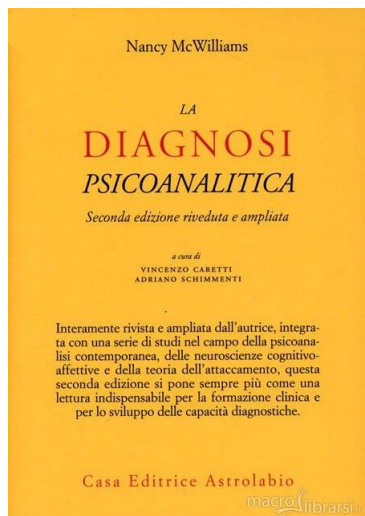
Lezioni Prof.ssa Clara Mucci

Università di Chieti

A.A. 2015-2016

Personalità Clinica avanzata e della Personalità

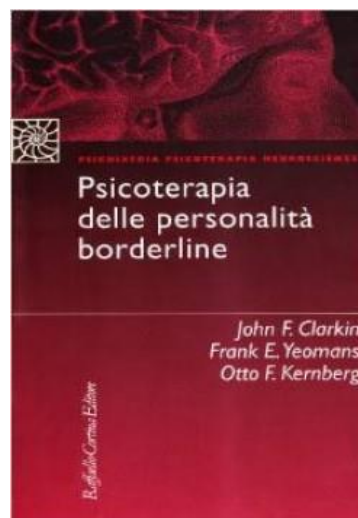
Libri di testo



**La diagnosi
Psicoanalitica**
N.McWilliams
Ed. Astrolabio



Trauma e perdono
Cortina 2014



**Psicoterapia delle
Personalità
borderline**
Otto Kernberg
Ed. Raffaello Cortina



**Il trattamento
Basato sulla
mentalizzazione**
P.Fonagy
Ed. Raffaello Cortina

La diagnosi psicoanalitica

Struttura di personalità e processo clinico

Lezioni Prof.ssa **Clara Mucci**

Univ. Chieti 2015-2016

(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 paz 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

- E' psicodinamica ed in evoluzione (ma fino a un certo punto!);
- Una fobia in un depresso o narcisista non è la stessa cosa in chi è caratteriologicamente 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 paz prova gratitudine e senso di comprensione se il clinico evita arroganza e sbrigatività;
- Se la definizione non vi è chiara e 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) 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;

organizzazione 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):**
 - 1) **Diffusione di identità;**
 - 2) **Difese primitive:** diniego, identificazione proiettiva, scissione, dissociazione, idealizzazione-svalutazione, onnipotenza, capacità di relazione oggettuale molto instabile, relazioni precarie;
 - 3) **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) (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
- **Controllo onnipotente;**
- **Idealizzazione e svalutazione primitiva;**
- **Identificazione proiettiva (derivata da M Klein, forma di comunicazione del bambino)**
- **Scissione dell'io o dissociazione** (tutte queste sopra sono nei 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:** (fondamentale per i narcisisti);
- **Identificazione proiettiva** (affetti di cui non si è consapevoli all'interno vengono proiettati massicciamente sull'altro che si sente invaso da emozioni non sue; 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 identif 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); il controtransfert lo identifica subito
- **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; distinguono in parte buona e parte cattiva, non integrano gli aspetti positivi e negativi della stessa persona e dell'ambiente, tutto nero o bianco anche nella cognizione
- **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; (vedi Trauma e perdono).

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;
- **Compartimentalizzazione**: 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 coi cioccolatino 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 col 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** (es delle pulsioni sessuali e aggressive nelle arti secondo Freud)
- **Sessualizzazione** (es sessualizzo la violenza per via di esperienze traumatiche non elaborate);

Disturbo borderline di personalità secondo il DSM

In generale, instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e marcata impulsività in vari contesti

- 1. Sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono;
- 2. Quadro di relazioni instabili e intense (iperidealizzazione e svalutazione);
- 3. Alterazione dell'immagine di sé, percezione instabile;
- 4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose, come spendere, sesso non protetto e promiscuo, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate;
- 5. Comportamenti suicidari o automutilazioni (tagli);
- 6. Instabilità affettiva (disforia, irritabilità, ansia, durano poche ore)
- 7. Sentimenti cronici di vuoto
- 8. rabbia immotivata e intensa (litigi, picchiano)
- 9. Ideazione paranoide se in stato di stress

Eziologia multifattoriale

- Trascuratezza o ipercoinvolgimento (quest' ultimo è dubbio) dei genitori, inadeguatezza di entrambi i genitori; mentre Masterson e Rinsley sono stati accusati di colpevolizzare le madri, Kernberg è stato criticato per aver attribuito ai borderline rabbia orale su base costituzionale
- Altre ricerche evidenziano relazione materna conflittuale o distante; fallimento presenza materna; relazioni disturbate con entrambi (questa sembra più importante di tutto)
- Prevalenza di perdite e separazioni precoci in questi pazienti (Zanarini, Frankenburg, 1997)
- Gabbard (Psichiatria psicodinamica) sottolinea come tutti i più importanti modelli psicodinamici abbiamo sottovalutato il ruolo giocato dal TRAUMA; molte ricerche ormai evidenziano come l' abuso sia uno dei fattori eziologici più rilevanti (Baker et al, 1992; Gunderson, Sabo, 1993; Zanarini et al, 1997); l' abuso sessuale infantile sembra essere fattore eziologico nel 60 per cento dei paz borderline); il 25 per cento dei borderline ha una storia di incesto genitore-figlio, ma l' abuso sessuale non è né necessario né sufficiente a sviluppare un BPD così come gli altri elementi (trascuratezza, caos nella famiglia, anche se costituiscono fattori di rischio)
- Fattori costituzionali biologici e genetici (Kernberg)

Attaccamento e paz borderline

Tra genitore e bambino 4 tipi di attaccamento:

- Sicuro/autonomo
- Distanziante
- Preoccupato
- Non risolto/ disorganizzato

I pazienti borderline tendono ad essere classificati come preoccupati o non risolti/disorganizzati; come risposta all' abuso o all' abbandono i pazienti borderline possono difensivamente distruggere i processi mentali necessari a definire pensieri e sentimenti in sé e negli altri; ovvero non sono in grado di mentalizzare, il che impedisce a sua volta la funzione riflessiva che consente la comprensione della dimensione interiore (Fonagy e Target, Attaccamento e funzione riflessiva); (Gabbard: rifiutandosi di pensare ai contenuti mentali dei loro genitori questi bambini evitano di dover pensare alle

Personalità antisociale (estremo: psicopatico)

- 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).

DSM disturbo antisociale

DSM 5

A --inosservanza e violazione diritti degli altri fin dall' età di 15 anni, con 3 o più di questi elementi:

- 1.incapacità di conformarsi alle norme sociali e legali
- 2.disonestà: mentire, nomi falsi truffare per profitto o piacere
- 3.impulsività o incapacità di pianificare
- 4.aggressività, scontri
- 5.inosservanza spericolata della sicurezza propria e altrui
- 6.irresponsabilità abituale, non mantengono un lavoro, non sanno tenere soldi
- 7.mancanza di rimorso

B --almeno 18 anni

C --presenza di disturbo della condotta con esordio prima dei 15 anni

D --Il comportamento antisociale non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un episodio maniacale

Processi difensivi nell'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 antisociale fino allo 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 antisociali

- 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 (per identificazione proiettiva, sento l'affetto legato all'oggetto interno dell'altro, che viene proiettato in me) più che concordanti, basato su empatia (**Racker** 1968, cap 2), (a livello neurobiologico è il sistema dell'empatia che non sembra funzionare, l'amigdala non reagisce; per Schore entro i primi 4-6mesi di vita ci sono stati traumi gravissimi relazionali che hanno portato a morte cellulare nell'amigdala) ...);

Indicazioni terapeutiche della diagnosi di antisocialità

- Attenta valutazione diagnostica per capire se è trattabile o no; il colloquio strutturale di **Kernberg** può essere un ottimo strumento per decidere (Il 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 antisociale e pers. paranoide:** entrambe interessate al potere ma grossa differenza, il paranoide ha profondi sensi di colpa;
- **Personalità antisociale e pers. 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 antisociale e pers. 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; devono essere ammirate più che amate; non sono capaci di amare.
- 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); oppure thin-skin o thick skin (Rosenfeld)
- Spesso vengono in età matura perché hanno fallito nei rapporti di coppia o nel lavoro;

Disturbo narcisistico secondo il DSM

Quadro pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento) nella prima età adulta, con almeno 5 di questi 9 tratti:

- 1.Senso grandioso di importanza;
- 2.Fantasie illimitate di successo, potere fascino bellezza
- 3.crede di esser speciale e unico
- 4.richiede costante ed eccessiva ammirazione (deve essere sotto i riflettori)
- 5.ha la sensazione che tutto gli sia dovuto (entitlement), si aspetta trattamenti speciali;
- 6. sfrutta gli altri per i propri scopi;
- 7. manca di empatia (non totalmente e non quanto l' antisociale)
- 8. Spesso invidioso (quindi deve svalutare gli altri)
- 9. mostra comportamenti arroganti e presuntuosi

Livelli del disturbo narcisistico secondo Kernberg

- Narcisismo nevrotico
- Narcisismo borderline
- Narcisismo con tratti antisociali
- Narcisismo maligno (qualità paranoidi e sadiche)
- Psicopatia, personalità antisociale (pressoché incurabile)

***VALUTARE SEMPRE LA CAPACITA' DI RELAZIONE OGETTUALE: il nevrotico ce l'ha più alta, l'antisociale minima o per niente!!

Processi difensivi del narcisismo e relazioni oggettuali

- **Idealizzazione e svalutazione** (sé grandioso); **controllo onnipotente**
- 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.

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**: lo 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.

Il sé narcisistico/continua

- 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;

Implicazioni terapeutiche

- Con molta pazienza e tempo si può riuscire al paz narcisista a far accettare 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 idealizzaz. o svalutaz. ed esprimere empatia; per 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.

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 antisociale;**
- **Personalità narcisista e personalità depressiva** (è oltretutto nella diversa capacità di relazione oggettuale);
- **Personalità narcisistica e pers. ossessivo-compulsiva:** ci si può confondere per via dell'attenzione ai particolari e il perfezionismo ma nell'ossessivo-comp. c'è controllo e senso di colpa;
- **Personalità narcisista e pers. isterica:** le persone con organizzaz. 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; 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). Non stiamo parlando di depressione maggiore che è disturbo dell'umore (psichiatrico): per fare diagnosi di depressione maggiore: vedere se dorme e se mangia;

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) ;
- **VEDERE SE SONO TRATTI DEPRESSIVI DENTRO UN DISTURBO DI PERSONALITA'** (è molto comune che lo sia)

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 (ma è anche un trauma che può portare a disturbo di personalità);
- 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 (ma anche il narcisista covert ipervigile e sensibile le ha)..
- 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 /1

- **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 vissuto principale dei narcisisti 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 paz. depressi è giusto farlo, perché danno a sé la colpa delle loro mancanze (il narcisista è vuoto, il depresso ha introietti ostili).

Diagnosi differenziale/2

- **Personalità depressiva e pers. masochistica:** in entrambi senso di colpa inconscio (per **Kernberg**, c'è pers.masochistico-depressiva come una delle organizz. 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 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.

Dal DSM-5-disturbo istrionico di personalità (almeo 5)

- A disagio in situazioni in cui non è al centro dell'attenzione;
- Interazione con gli altri caratterizzata spesso da inappropriato comportamento seduttivo o provocante
- Manifesta una espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale
- Utilizza costantemente aspetto fisico per attirare attenzione su di sé
- Lo stile dell'eloquio è impressionistico e privo di dettagli
- Mostra autodrammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni. E' suggestionabile (facilmente influenzato da altri e da situazioni)
- Considera le relazioni più intime di quanto non siano realmente

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);

(continua)

Dinamiche (isteria)

- **Acting out:** si avvicinano a ciò che inconsciamente temono (sono seduttive e temono il sesso anche se hanno la tendenza a esibire la sessualità e a sedurre..) 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 pers. 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 è una massa di emozioni positive e/o negative che il paziente prova per il terapeuta; all'inizio per Freud era una specie di ripetizione della malattia del paziente nella terapia che permetteva di vedere dinamiche e suoi attaccamenti; il controtransfert è la parte affettiva che prova il terapeuta, per Freud era negativo, una distorsione, oggi o usiamo sempre di più - vedi enactment

Transfert e controtransfert con persone 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 pers. 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;
- Controtransfert, con Paula Heimann e Racker il controtransfert è sempre più diventato uno strumento di lavoro, specie con pazienti gravi come i border che hanno massicce identificazioni proiettive; con kernberg è il 3 canale di comunicazione nella terapia, dopo il linguaggio e il non verbale.

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 accedere; (esempio di Dora, Freud 1908, era agli inizi).
- 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 paz. 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'assassina 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 ma intimidisce o infantilizza l'isterico;

Diagnosi differenziale/2

- **Personalità isterica e pers. 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.
- Eccesso di Super-Io o Super-Io molto esigente..

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 ossess. e compuls. 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 persecutori 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 oggettuali in pers. obsess-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-lo 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 coscienziose 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 pers. 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 indaghi 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).

Disturbo schizoide di personalità DSM 5 (almeno 4 tratti)

- Pattern pervasivo di distacco da relazioni sociali e gamma ristretta di espressione emotiva in situazioni interpersonali
- Non desidera né prova piacere nelle relazioni affettive, incluso far parte di una famiglia
- Quasi sempre sceglie attività individuali dimostra poco o nessun interesse ad avere esperienze sessuali con un altro
- Prova piacere in poche o nessuna attività
- Non ha amici stretti o confidenti
- Sembra indifferente alle lodi o alle critiche egli altri
- Mostra freddezza emotiva distacco o affettività appiattita
- **NON E' DENTRO IL DECORSO DELLA SCHIZOFRENIA**

Pulsione, affettività, temperamento nelle personalità schizoidi

- **Persona iperreattiva 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 pers 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.

Disturbo paranoide di personalità nel DSM (Gruppo A)

- Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri, le loro motivazioni interpretate come malevoli; iniziano nella prima metà adulta e presenti in vari contesti:
- 1 sospetta senza fondamento di essere sfruttato, danneggiato, ingannato;
- 2 Dubita senza giustificazione della lealtà o affidabilità dei colleghi
- 3 E' riluttante a confidarsi con gli altri a causa del timore ingiustificato che le informazioni saranno usate contro di lui
- 4 Legge significati nascosti umilianti o minacciosi in osservazioni o eventi benevoli
- 5 Porta costantemente rancore
- 6 percepisce attacchi al proprio ruolo o reputazione
- 7 sospetta in modo ricorrente della fedeltà del coniuge o partner
- Non deve essere dentro decorso della schizofrenia bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche

Pulsione, affettività e temperamento nelle personalità paranoidi

- 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 paranoidi 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 paranoidi 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 (psicosi 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 paz. 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 paz. 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 paz. si difende;

Implicazioni terapeutiche/2

- Verificare le esperienze recenti che hanno turbato il paz: 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 paz chiede al terapeuta cosa ne pensa questi può fare caute interpretaz. 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 pers. psicopatica:** senso di colpa e amore nel paranoide, i paranoide sono profondamente legati all'oggetto; il tradimento la cosa più grave per loro;
- **Pers. paranoide e pers 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 stessa paura del paranoide per ruolo occupato dall'umiliazione;
- **Pers. paranoide e pers. 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 fondamentalmente 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 depressivi; 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/1

- Da bambino ha capito che se soffre o sta male riceve attenzione; di solito come nel depresso gravi perdite, figure genitoriali ciritiche, 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).

Relaz. oggettuali nel masochista/2

- 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 pers. 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.
- Psicologia masochista e psicologia dissociativa: intanto chiedere al paz. 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 dissociazione si interrompe quando lasciano famiglia nel 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.

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.

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...;

Diagnosi differenziale

Se il paziente “sente le voci”, chiedere se vengono dall’interno (dissociaz.) 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 pers. dissociate hanno buona prognosi in terapie, gli antisociali no: i criminali con personalità multipla si avvantaggerebbero della terapia.

TRAUMA E BORDERLINE

- VANNO DISTINTI TRAUMI DOVUTI A MANO UMANA DA TRAUMI DOVUTI A CATASTROFI NATURALI, TERREMOTI, TZUNAMI ecc.
- PERCHE' questa DISTINZIONE?
- Importanza della RELAZIONE UMANA.
- Il trauma dovuto a mano umana (nei suoi vari livelli di gravità) rompe la “diade empatica”, la connessione io-tu, si rompe una fondamentale connessione con un oggetto interno buono, la fiducia tra esseri umani (a partire dalla prima relazione di attaccamento, tanto più importante).
- Dice Liotti che ogni relazione umana è una potenziale relazione di attaccamento (non solo coi genitori)
- La catastrofe naturale non causa dissociazione nel bambino (Liotti); mentre la dissociazione è una delle reazioni tipiche della traumatizzazione primaria (vedi Schore e early relational trauma) (l'altra è l'iperarousal)
- Il secondo genere di traumi (catastrofi naturali) può causare PTSD ma non disturbo di personalità che si sviluppano col tempo in una relazione (e una famiglia) disfunzionale, con dei presupposti di vulnerabilità genetica

Livelli traumatici

- **I LIVELLO: TRAUMA RELAZIONALE INFANTILE (Allan Schore):** cattiva sintonizzazione tra madre e bambino, la madre non legge adeguatamente i segnali che esprime il bambino (risulta in attaccamento insicuro);
- **II LIVELLO: GRAVE TRASCURATEZZA, MALTRATTAMENTO, ABUSO** verbale, psicologico, fisico, sessuale (può risultare in attaccamento insicuro o disorganizzato);
- **III LIVELLO: TRAUMA DOVUTO A GUERRA, TORTURA; GENOCIDIO** (trauma sociale massivo, es la Shoah)

Trauma relazionale infantile (regolazione)

- La relazione di attaccamento è ormai riconosciuta come organizzatore fondamentale dello sviluppo del cervello (**Schore 1994, 2010**); le sue funzioni vanno quindi ben al di là di quella funzione di sicurezza e benessere che **Bowlby** riconosceva come fondamentali per lo sviluppo.
- La madre funziona come regolatrice dell'ambiente socio-emozionale durante i primi stadi dello sviluppo post-natale; per cui sottili interazioni di regolazione emotiva possono rivestire un ruolo critico durante lo sviluppo e il mantenimento dei circuiti del sistema limbico; poiché il sistema limbico si ricopre di mielina nel primo anno e mezzo di vita e l'emisfero destro è profondamente connesso al sistema limbico, questo primo anno e mezzo della vita umana in cui si forma la relazione di attaccamento influisce permanentemente sullo sviluppo futuro; le relazioni di attaccamento hanno un forte impatto sulle aree limbiche e corticali dell'emisfero destro (**Cozolino 2002, Henry 1993, Schore, 1994, Siegel 1999; Sasso 2011**)

Trauma e disturbo di personalità e differenza con PTSD

- Attenzione a non confondere l'eziologia traumatica che spesso hanno i disturbi di personalità (secondo Gabbard il 60 per% dei pazienti borderline hanno avuto abusi specie sessuali) con il Disturbo Post Traumatico da Stress che di solito segue a guerre, incidenti gravi, singoli episodi violenti, oppure calamità, ma non si forma in una continuata relazione affettiva (la traumatizzazione dovuta a maltrattamento abuso incesto quindi con un caregiver o una figura familiare è molto più lesivo della fiducia di base e distorcente in modo grave delle future relazioni affettive e funzionalità cognitive; il disturbo di personalità che segue a traumatizzazione primaria (early relational trauma, dissintonia ripetuta e continuata tra madre e bambino) porta a disregolazione affettiva di base e incapacità per il bambino di regolare i propri affetti negativi.

Flashback vs memorie traumatiche

- Nel PTSD si parla di flashback, incubi ricorrenti, memorie intrusive dell'avvenimento traumatico; mentre nel disturbo di personalità di solito il soggetto nel corso degli anni o come reazione difensiva immediata sviluppa dissociazione rispetto a eventi o serie di eventi traumatici; la dissociazione dipende dal fatto che per la coscienza è impossibile tenere insieme certi contenuti e allo stesso tempo mantenere una relazione con il caregiver traumatizzante e abusante, quindi i contenuti e le memorie dissociate vengono mantenuti a parte rispetto alla coscienza, non rimossi ma dissociati, distaccati, per cui tutta la personalità a livello affettivo e cognitivo ne esce deformata e disfunzionale (anche se all'inizio spesso le difficoltà nelle relazioni e nel lavoro non sono sentite come tali, e sono vissute in modo egosintoniche , fino a un certo punto).
- inoltre vi è una differenza fondamentale tra le memorie traumatiche conservate a livello implicito e i traumi derivanti da incidenti, catastrofi naturali ecc che vengono normalmente ricordati anche se sono fonte di disturbo e sintomatologia (appunto, flashback, ansia, agitazione, insonnia ecc).

Verso un modello clinico integrato

- Tutto ciò che diremo in teoria lo facciamo perché abbiamo in mente una clinica precisa che implica un approccio clinico integrato che metta insieme le conoscenze degli studi attuali sull'attaccamento (non solo **Bowlby** ripreso ampiamente da **Fonagy, Bateman e Target**, il gruppo dell'Anna Freud Center di Londra, ma **Lyons-Ruth, Beebe, Giovanni Liotti, Benedetto Farina, Allan Schore**: attaccamento-regolazione e di emisfero destro madre-bambino), sulla neurobiologia del cervello e in particolare dello sviluppo, con lo studio delle dinamiche relazionali madre-bambino e le indicazioni psicoanalitiche per il trattamento.
- “questo modello di sviluppo suggerisce che gli attaccamenti traumatici, che si formano in un periodo critico per l'organizzazione del cervello, creeranno una vulnerabilità durevole alla disfunzione e, in periodi di stress, una predisposizione al disturbo post- traumatico da stress” (**Schore in Williams a cura di 2009, p. 94**).

Man-made trauma

- Causato dall'uomo (abuso, stupro, violenza, tortura anche politica, genocidio, sterminio): differenza con gli eventi "naturali" come tifone, terremoto ecc. : in questi traumi si perde la fiducia nell'altro, sono causati dal mio simile, sono inerme, passivo, nelle sue mani, oppure è lo stato, la società civile, che non fa niente o organizza la tortura, lo sterminio, il genocidio ecc. Il trauma è più grave quando è causato da una figura umana perché è potenzialmente una figura di attaccamento.
- Il più atroce in assoluto è il trauma causato proprio da una figura di attaccamento (il genitore; ricordando che è grave anche assistere alla violenza a cui è sottoposta una figura di attaccamento, la madre picchiata dal padre...). (ricordate che nel DSM il disturbo PTSD indica come traumatico anche assistere a una violenza..., specie per un bambino);
- si rompe la fiducia nella diade empatica, nell'altro (**Dori Laub** con **Andrè Green** parla di oggetto interno morto, "madre morta).
- Trauma relazionale infantile porta ad attaccamento
- disorganizzato: Il bambino che non ha un attaccamento sicuro (quindi il genitore ha a sua volta dei traumi, o è depresso, alcolista, incapace di accudirlo sentendosi in sintonia con lui)