

Corso Laurea Magistrale ó Scienze della Mente

Esame di PSICHIATRIA ó Professori L. Sorrentino e L.E.M. Gastaldo

Laura Lucchi ó Matricola 792407

15 Luglio 2011

- PSICOTERAPIA COGNITIVA -

Il costrutto <**Organizzazione di Significato Personale ó OSP**> compare nell'opera di **Guidano** <**The self in process**> nel 1991, a indicare un processo autoreferenziale in cui ci si organizza i propri significati di vita.

Secondo l'approccio costruttivista, infatti, **la conoscenza umana è interpretabile secondo una logica di coerenza, non di corrispondenza con la realtà.** Con il costruttivismo non si indica quale sia la realtà, né cosa essa sia, ma si esalta la necessità di considerare da quale punto la realtà sia osservata, sia vissuta.

Il costruttivismo discende da convergenze di diversi ambiti di studio, dalla cibernetica alla scienza della comunicazione, dalla fisica, alle neuroscienze, alla teoria dei sistemi complessi.

Guidano negli anni novanta, reinterpreta alla luce delle teorie dei sistemi e della loro autoorganizzazione, il *concetto di organizzazione del sé* di **James** : l'autoorganizzazione dell'IO e del ME, secondo la prospettiva anche della scuola di Santiago (Varela e Maturana), fa riferimento ad un sistema che, mentre si da incessantemente forma, distingue le sollecitazioni ambientali necessarie per il mantenimento della propria identità. (**Autopoiesi**)

L'auto organizzarsi comporta, in termini di coerenza, che tutte le pulsioni al cambiamento siano subordinate all'ordine esperienziale acquisito, ossia al proprio significato personale.

Una struttura cognitiva si riferisce alle regole che organizzano il mondo e il modo di vivere sociale diventando elementi di organizzazione del pensiero. In tal modo coordinano l'evoluzione, la qualità e la direzione del sistema di rappresentazione. **La conoscenza è dunque un prodotto attivo della mente (Weimer 1977).**

Dal costruttivismo in poi si teorizza sulle organizzazioni, le architetture cognitive, sulla di loro natura e vengono proposte molteplici modelli: dalla **Teoria Motoria della Mente** di **Weimer**, al **Modello Olografico di elaborazione delle informazioni** di **Pibram**, per il quale l'organizzazione cognitiva personale si basa sull'autoreferenzialità che ordina il flusso dell'esperienza. Il Sé connette e rielabora l'esperienza attraverso processi autoreferenziali, conferendo un senso di unità, unicità, continuità e stabilità della persona.

La **Teoria dell'Attaccamento** e l'**Epistemologia Evoluzionistica** sono assi portanti dei **Modelli** sulle **Architetture Cognitive**; gli stati emotivi primari si susseguono e si articolano secondo la reciprocità con la figura di attaccamento, si organizzano nel tempo fino a produrre nel secondo anno di vita esperienze emotive che si connettono con le immagini mentali.

te di tipo affettivo.

scie, corrisponde all'esperienza di essere nel mondo alla quale non si applica nessun criterio di verità o falsità, solamente, in un secondo momento, il Sé distingue e ordina questo flusso di esperienza, le conferisce significati tramutando l'entità in quella che **James** e **Mead** chiamano Meö.

L'uomo cerca continuamente di dare significato alla propria esperienza emotiva, al proprio agire; ogni essere umano è caratterizzato da un'**Organizzazione di Significato Personale, OSP** appunto, ne senso che costruisce il mondo in grado di produrre un'esperienza riconoscibile per il proprio Sé.

Quando **Maturana** diceva <loggettività va messa tra parentesi> è questo che intendeva, passando da una concezione rappresentazionale della conoscenza ad una autoreferenziale.

Il nucleo centrale dell'organizzazione dei significati personali non è più rappresentato quindi dai processi cognitivi, strategie Problem Solving o rappresentazioni di sé e del mondo, è invece l'organizzazione del dominio emotivo con le modalità di un'attribuzione di significato che ne derivano.

Quando le cure del care giver sono inappropriate, un bambino mette in atto strategie secondarie che disattivano un comportamento di attaccamento, sono strategie quali l'evitamento o l'iperattivazione di sistemi di ricerca ansiosa nel caso di uno stile imprevedibile, via, via, che egli cresce radicherà nel proprio Sé i comportamenti adattivi anche se aberrati e diventeranno un tutto con l'O.: **l'uomo corrisponde alla sua storia che non è ancora finita, che è sempre nell'atto di farsi, di accadere.**

Le due dimensioni dell'esperienza della temporalità corrispondono a due polarità dell'identità:

la **medesimezza** per la durata e la **ipseità** per la variabilità; il senso del Sé è regolato dalla capacità di sintonizzarsi, quindi, su figure di riferimento che costituiscono le tonalità affettive; l'identità si mantiene stabile grazie alla capacità di mantenere il controllo sull'intensità degli stati interiori, sulle proprie emozioni valutative: colpa, vergogna, rabbia, esaltazione, fierezza, svolgono un ruolo valutativo in quanto evidenziano la congruenza al sistema di riferimento.

ORGANIZZAZIONE DI SIGNIFICATI PERSONALI

Le modalità di percepire e di esprimere le emozioni, la capacità di attribuire significati alle sensazioni e agli avvenimenti, i comportamenti che ognuno di noi sceglie per affrontare una particolare situazione, si presentano con caratteristiche differenziate che ci rendono unici; ciascuno esprime la propria identità nel rispetto delle proprie regole e teorie, perciò anche se i suoi atteggiamenti appaiono irrazionali o imprevedibili ad un osservatore, sono in ogni caso l'espressione di una propria coerenza interna.

In ogni individuo le fluttuazioni neurovegetative in accoppiamento strutturale alle attività cerebrali, corticali e sub-corticali, agiscono in una molteplicità di funzioni recettive, interpretative e cognitive, tra le quali tradurre il tacito in esplicito attraverso la costituzione di modelli sempre più articolati di sé e del mondo.

Le organizzazioni personologiche ad oggi individuate sono quattro:

- **Tipo Fobico**

- **Tipo da Disturbi Alimentari Psicogeni**

-

Quest'ultimo è alla base di tutti i disturbi del comportamento alimentare e si sviluppa in interdipendenza con il modello di attaccamento che un individuo sperimenta con le figure significative di care-giver.

Le organizzazioni con orientamento Inward dell'esperienza sono quelle di tipo fobico e depresso; le organizzazioni *Outward*, vincolate a uno stile di attaccamento ambivalente della figura di riferimento, sono più tipiche dei disturbi del comportamento alimentare e ossessivo-compulsivo.

Quest'ultima categoria di individui tendono a riferire all'ambiente la responsabilità dei propri disturbi, con una rappresentanza degli altri come ingannevoli, inaffidabili, intrusivi. L'orientamento Outward è quindi centrato sull'alterità e sulla variabilità del contesto relazionale e comporta la tendenza a modificare il mondo interno al fine di adattarlo e renderlo conforme all'esterno.

Nella messa a fuoco Inward, l'individuo dirige la costruzione dell'identità sull'interiorità e sul mantenimento del senso di sé, il che comporta la tendenza di modificare l'ambiente esterno per renderlo consono alla necessità propria interna con messa a fuoco delle emozioni basiche come paura, rabbia e tristezza, gioia. **IL SOGGETTO PERCEPISCE COME PRIMARIO CIO CHE SENTE.**

L'esperienza personale può essere compresa e resa comunicabile grazie alla temporalità che acquista all'interno del dominio linguistico, questo ha due ordinamenti: il senso della persistenza nel tempo o *MEDESIMEZZA* in inglese *SAMENESS*; il senso della mutevolezza degli eventi, *SELFHOOD* o *IPSEITÀ*, cioè la costanza di sé.

La Medesimezza è connessa all'assemblaggio di esperienze emotive e di configurazioni di comportamento che gli individui riconoscono come ricorrenti e personali, mentre l'ipseità è legata alle circostanze e quindi fornisce un senso del sé mutevole e contingente.

Le peculiarità pre-morbose dei pazienti con Disturbi di Comportamento Alimentare sono in genere simili: bambini o adolescenti timidi, remissivi, ubbidienti e perfezionisti, competitivi, coscientosi e orientati all'ottenimento del massimo da ogni prestazione; se talvolta sono più estroversi, la loro disinvoltura è accompagnata da comportamento di opposizione anche in questo caso competitivi.

Quanto sopra è originato da un attaccamento orientato all'imprevedibilità della figura di riferimento e a uno scambio emotivo che non ha consentito il distinguimento degli stati interni propri; l'organizzazione del dominio cognitivo è centrata pertanto su emozioni <cognitive> in genere orientate sulla rotta di quelle genitoriali.

Poiché l'identità è definita su un'alterità prevalgono i temi di accettazione da parte dell'altro, di capacità prestazionale, di affettività ed esteriorità; la percezione di non corrispondenza alle aspettative esterne genera senso di inadeguatezza e si accompagna a colpa e vergogna, la percezione dell'assenza dell'altro significativo in queste circostanze corrisponde ad un senso di vuoto, di disgregazione che porta ad atteggiamento oppositivo verso tale persona di riferimento, atteggiamento che permette di sentirsi a lei legati e demarcati al contempo.



PDF Complete
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Con <Stati Mentali Problematici> si intendono associazioni ricorrenti di temi di pensiero, emozioni ed eventualmente sensazioni somatiche, segnati da sofferenza o ricercati compulsivamente per evitarla.

A volte tali emozioni/sensazioni non sono consapevoli, si evincono dalla narrazione, ad esempio si può riscontrare uno stato di vuoto ed anestesia emotiva, uno stato aggressivo abusante, uno stato di minaccia, solitudine e perdita.

Tipica di questi stati è la gestione disregolata come avviene per esempio nei disturbi Borderline.

La gestione disregolata del vuoto finisce per alimentare il senso di indegnità/vulnerabilità e apre un circolo vizioso che riconduce al senso di vuoto con scenari rischiosi per l'incolumità del paziente.

Per evitare di sentire il senso di vuoto, i pazienti spesso ricorrono a **perfezionismo difensivo**, sono costretti a provare continuamente a sé stessi e agli altri di essere perfetti, nella convinzione che, o si è sul banco degli imputati o si è giudici inflessibili degli altrui difetti.

In momenti di acuta sensazione di vulnerabilità e di perdita di controllo il paziente può entrare in uno stato di allarme disregolato con comportamenti autolesivi e pericolosi.

La disregolazione emotiva ed i rischi che possono creare senso di urgenza nel terapeuta devono, da egli stesso, essere gestiti con estrema professionalità, senza lasciarsi coinvolgere: è necessario seguire operazioni di disciplina interiore e non lasciarsi influenzare dal fascino di un'immagine di Sé salvatore o suggestionare dall'eccessiva preoccupazione che conduca al desiderio di sottrazione dalla responsabilità

STILE DI PERSONALITÀ NEI DISTURBI DEPRESSIVI

In uno stile tendente a disturbi depressivi, **l'esperienza interiore è in relazione a un costante riferimento di autonomia e unicità**, il senso di sé è regolato sulla capacità di gestire le affettività che determinino una sensazione di perdita derivata da rifiuto o scarsa adesione dell'altro, secondo parametri prettamente individuali.

Le strategie messe in atto per l'evitamento di rifiuti o mancanze di adesioni tipiche, se falliscono, determinano brusche variazioni del senso di competenza personale, con sentimenti conseguenti di rabbia, disperazione e vergogna.

L'organizzazione emotiva è di tipo **INWARD** orientata sul distacco e l'evitamento: la persona si considera costretta ad ottenere accettazione solo attraverso prestazioni socialmente apprezzabili, anche a prezzo di impegnarsi con fatica in ruoli ed attività talvolta estranei ai propri desideri ed alle proprie inclinazioni, si vede destinata all'indifferenza o all'ostilità qualora si presentasse con le proprie caratteristiche, i problemi di interazione quali disaccordi, dissapori, conflitti, separazioni assumono significati di fallimento personale che sancisce il proprio scarso valore.

Va precisato che un'organizzazione depressiva non coincide con disturbo depressivo, quest'ultimo è l'emergere, spesso episodico, in forma di crisi di forti emozioni legate al senso di

ente da senso di tristezza e disperazione.

Un momento di perturbazione dell'equilibrio personale che può evolvere verso assestamenti, equilibri più funzionali, oppure verso un collasso delle capacità adattive.

Un'organizzazione depressiva è invece il modo di dar senso agli eventi della vita, centrato verso una sensazione negativa del sé.

Nell'ambito dell'approccio Cognitivo si ritiene che le esperienze di attaccamento che orientano la rappresentazione del Sé nel caso dell'organizzazione depressiva siano attribuibili a situazioni in cui **le richieste di vicinanza e conforto ottengono regolarmente risposte di indifferenza, o addirittura, infastidito allontanamento se non, aperta ostilità.**

Lo stile di attaccamento evitante è, quindi, il più paradigmaticamente rappresentativo della condizione in cui il soggetto si percepisce come non meritevole di attenzione e conforto; talvolta è legato ad atteggiamenti freddi e distanti di una madre preoccupata a dare autonomia troppo precoce ai propri figli.

Le parti del Sé legate al desiderio di essere accuditi vengono perciò recepite come inadeguate al mantenimento del rapporto con le persone rilevanti, le competenze cognitive emergenti da questa fase della vita possono evolvere verso due differenti funzioni:

1. la regolazione degli stati emotivi con scarso valore per i propri bisogni di cura, onde rendere maggiormente sopportabile il fatto che vengano trascurati dagli altri.
2. L'utilizzo per la propria valorizzazione in ambito familiare o scolastico, o per l'avvio di un itinerario centrato sul riconoscimento della propria bravura.

Nel secondo caso viene amplificata l'importanza delle proprie prestazioni tanto che, un insuccesso può avere effetti devastanti sul senso del sé, favorendo l'emergere di sensazioni potenti di vergogna accompagnata dalla pervasiva consapevolezza di non ricevere conforto e supporto per il proprio fallimento.

La possibilità che il dolore della sconfitta si vissuto in totale solitudine e sconforto, se non addirittura sia motivo di derisione porta a due diverse strategie di difesa:

- 1. l'evitamento regolare di qualsiasi forma di confronto o competizione**
- 2. l'affrontare ogni competizione con eccessivo spirito di agonismo e aggressività**

Il modello sotteso a queste dinamiche è quello in cui il paziente pensa <non sono degno di essere amato per quello che sono, per le mie caratteristiche più autentiche, posso solo meritare stima e attenzione se sto attento a non dare fastidio, se mi sacrifico facendomi conoscere per la mia bravura e rendendomi utile agli altri.>

Con l'ingresso nella fase dell'adolescenza, l'immagine dei sé che si è strutturata tacitamente costruisce nuovi significati inter relazionali che mirano a confermarla: la mancanza di esperienza di sintonia e reciprocità viene ora a determinare un senso di diversità e alienazione dagli altri, definito come *solitudine epistemologica (Reda)*. Se non intervengono situazioni ed esperienze in grado di correggere gli schemi cognitivi acquisiti, questi si consolidano diventando stabili per tutta la vita.

Quando prevale l'assunzione su di sé della totale responsabilità della propria situazione emergono atteggiamenti auto svalutanti e sempre più rinunciatari, fino a giungere alla strutturazione di stili segnati dall'evitamento di impegni sociali ed affettivi. Nei casi più frequenti questo induce ad una ricerca attiva di solitudine che rappresenta il tentativo di controllare

professionale o lavorativa viene assunta come parametro di ipersensibilità a critiche e insuccessi, percepiti di regola come il manifestarsi della propria negatività o dell'altrui ostilità.

Quando invece è in primo piano l'attribuzione di responsabilità ad altri, si assiste ad assunzione di comportamenti rivendicativi e colpevolizzanti, connotati spesso da aggressività.

FOBIE

La Fobia è una costante ed intensa paura verso uno specifico oggetto, situazione o persona, in presenza di cui la persona teme di morire o di avere attacchi di panico.

Per scongiurare questa esperienza il fobico mette in atto comportamenti di evitamento delle situazioni che secondo i suoi criteri sono predittive o proliferative di eventuali "attacchi".

La paura è un'emozione adattiva senza la quale le specie non potrebbero sopravvivere, si tratta quindi di una componente del patrimonio genetico, una delle cinque emozioni di base, insieme a rabbia, gioia, tristezza e disgusto.

Una forma di paura, distinta dal fatto che non si identifica il suo oggetto o che si reputa lo stesso innocuo, ossia non lo si riconosce come causa di tale emozione, è l'ansia.

Mentre, quindi, nella paura l'oggetto è chiaramente identificato, nel caso dell'ansia i pericoli sono ipotetici e vaghi; **per l'ansioso non c'è limite a ipotesi negative, non di rado egli instaura un continuo rimuginio che ha per oggetto tutto ciò che di sgradevole può capitargli. L'ansia anticipatoria è il timore che l'evento temuto si ripresenti.**

Una forma molto intensa di paura è il "panico" che, secondo il **DSM IV** ha almeno quattro caratteristiche specifiche all'interno di tredici quali: palpitazioni, sudorazione, tremori fini o grandi scosse, dispnea e sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, dolore o fastidio al petto, nausea o disturbi addominali, vertigini o sensazioni di testa vuota, derealizzazione o depersonalizzazione, paura di perdere il controllo o di impazzire, paura di morire, parestesie e brividi o vampate di calore.

I quattro dei sintomi sopra elencati sono accompagnati da un forte senso di pericolo e urgenza di allontanarsi.

GENESI DELLE FOBIE

Mentre il comportamento di attaccamento consente la costituzione di Modelli Operativi Interni, il Comportamento Esplorativo costituisce la Mappa del Mondo, tutto il sistema delle Credenze che verrà utilizzato per il perseguimento dei propri scopi.

Nel paziente fobico si assiste ad una massiccia interruzione di comportamenti esplorativi, una delle cause precoci è l'inibizione del comportamento esplorativo da parte di un care giver; la figura di accudimento può inibire in tre modi:

1. diventando imprevedibile davanti ad un comportamento esplorativo con modalità di repentino cambiamento umorale, con l'allontanamento di sé o del bambino dopo l'esplorazione, con minacce di abbandono o rifiuto della vicinanza.

debole, gracile, malaticcio e inadatto.

minaccioso.

del mondo esterno come ostile, pieno di incognite,

Il bambino finisce per interpretare la figura di attaccamento in antitesi con la rappresentazione del mondo e a dover scegliere, quanto più precocemente ciò avviene, quanto più facilmente sceglierà la figura di attaccamento al posto dell'esplorazione.

L'identità di questi individui è costruita intorno alla convinzione di essere inadeguati, deboli e bisognosi dell'aiuto degli altri: sin da piccoli sono molto paurosi, tendono a stare in compagnia di adulti piuttosto che di coetanei, quando si allontanano dai propri cari provano sofferenza; è frequente che manifestino fobia per la scuola, nell'adolescenza il distacco dalla famiglia avviene con molta lentezza e difficoltà, non accettano volentieri l'allontanamento di casa per vacanza e i genitori restano il punto fermo di riferimento.

L'esperienza di gruppo, il rapporto affettivo con gli altri, le prime esperienze eterosessuali restano di secondaria importanza rispetto al bisogno di protezione della famiglia.

Hanno difficoltà a prendere decisioni per proprio conto e si affidano sempre a persone che ritengono più forti, sono molto accomodanti con gli altri ed evitano qualsiasi conflitto anche se subiscono un torto, sia perché ritengono di soccombere, sia perché gli altri vanno comunque tenuti buoni in quanto si può aver bisogno del loro aiuto. Lo start up della crisi fobica in questi soggetti è il dover affrontare situazioni che li espongono in prima persona, dalle quali non possono tirarsi indietro in quanto protagonisti, il sentirsi sotto i riflettori. **(Innesco in personalità deboli)**

Una seconda causa sottesa alla personalità fobica è la mancanza di riconoscimento delle proprie emozioni: paura, rabbia, eccitazione, ansia, persino sensazioni fisiche come la stanchezza o il freddo, vengono etichettate genericamente come <star male>, una sensazione pericolosa di cui liberarsi in fretta.

La causa di questo analfabetismo emotivo risale alla mancanza di insegnamento delle cause che scatenano una qualunque attivazione neurovegetativa in età precoce: nessuno da spiegazioni dei perché ci sia un cambiamento emozionale, buono o cattivo che sia.

Il bambino associa perciò un'attivazione emotiva intensa come pericolosa, deve cessarla immediatamente.

In sintesi un bambino candidato alla fobia sperimenta un doppio blocco, sia in direzione esterna che interna : entrambi restano sconosciuti, inesplorati e minacciosi.

A questa origine appartiene la categoria dei fobici **õautonomiö**, coloro che sembrano totalmente disinteressati alle cure e all'affetto altrui, mostrano fermezza di carattere e tendono a fare qualsiasi cosa da soli in qualsiasi circostanza : la loro identità è costruita intorno all'idea di essere forti, di dover cavarsela da soli, senza mai aver bisogno di altri verso i quali i sentimenti appaiono appiattiti o inesistenti, non soffrono dei distacchi e non gioiscono per i legami.

Questi tipi di soggetti hanno concezioni di sé come forti e libere da ogni legame, mentre quelli dipendenti si percepiscono fragili e ricercano legami che possono in seguito avvertire costrittivi.

Entrambe le categorie sperimentano ansia se sentono minacciati gli scopi del loro sistema di valori, ricercano situazioni di sicurezza in un caso e di autonomia nell'altro, ciò che li spaventa non è il dolore della perdita ma la paura di essa.

Il paradosso che l'innescò della fobia può avvenire anche per cause positive: il raggiungimento di un traguardo importante, una promozione, un aumento di carriera e responsabilità sono destabilizzazioni che innescano la paura di non farcela.

partire a seguito di una malattia senza prodromi, che fa scattare tutte le loro precauzioni, oppure le conseguenze di un incidente stradale. Non è nemmeno necessario che capiti a loro stessi, basta a una persona molto vicina o semplicemente assistere come spettatore. (Innesco in personalità forti)

Le categorie di eventi che hanno il potere di agire da detonatore sono quattro: due per i <diendenti> due per gli <autonomi>:

Invalidazione della polarità <attaccato> - evento scatenante più frequente e facilmente riconoscibile: il soggetto si è visto fino a quel momento come debole ed attaccato, subisce la perdita di una persona cara che gli forniva sicurezza (è addirittura sufficiente che tale perdita venga paventata o immaginata), entra in crisi all'idea di non farcela da solo.

Invalidazione della polarità <debole> - evento spesso positivo che fa perdere l'immagine di sé come debole: promozione, laurea, vittoria elettorale, incarico di rilievo, ecc, ecc.

Si perde la coerenza con la propria rappresentazione di personalità debole che a questo punto deve essere abbandonata.

Invalidazione della polarità <forte> - malattie fisiche, apparse senza prodromi, incidenti stradali, minano la propria immagine di autonomia, forza e invincibilità; si diventa improvvisamente vulnerabili e bisognosi di aiuto, a chi si era costruito uno scaffolding di fermezza e autonomia può scatenare la crisi.

Invalidazione della polarità <solo>: - a produrre destabilizzazione può essere un fidanzamento, l'imminenza del matrimonio o di una convivenza, l'inizio di una gravidanza, qualunque evento che impedisca di continuare a vedersi solo e libero : la paura in questi soggetti è prodotta dalle prime relazioni infantili in cui si è imparato a non fidarsi di nessuno e quindi a contare solo su sé stessi..

Questi tipi di strutture portano i soggetti a relazionarsi con legami con persone come loro, che stanno bene con un coinvolgimento reciproco scarso, oppure a tenere in piedi più relazioni contemporaneamente.

ESORDI E SINTOMATOLOGIA

Quando un fobico avverte le prime crisi di ansia, gli eventi scatenanti si sono verificati entro un anno, **il paziente non li riconosce** e da ad essi scarsa rilevanza e nessuna correlazione con la sintomatologia.

Nella stragrande maggioranza dei casi il fobico correla la sintomatologia a fattori fisici, ritiene di essere colpito da cardiopatie, o altre patologie invalidanti e prossimo alla morte, ciò fa sì che l'ansia aumenti peggiorando e innescando un circolo vizioso.

La differenza fra una crisi di paura e un attacco di panico è che la ragione della prima è esterna, nell'attacco di **panico l'origine deriva dall'interno.**

Nel caso della fobia dell'aereo, il fobico non teme che esso cada come succede a chi fobico non è, ma teme di essere assalito da una paura totale all'interno del veivolo che lo faccia sentir male, il fobico teme la propria debolezza personale.

Ecco che si instaurano strumenti di difesa quali l'evitamento: il soggetto inizia ad evitare tutto ciò

sta male; il costrutto del controllo è lo scopo finale dei
la patologia non è il desiderio di poter controllare o per
quanto è possibile il mandamento dei fatti, ma è obbligo di farlo.

Il soggetto con **Disturbo di Attacchi di Panico** organizza la propria esistenza intorno all'idea della necessità di un immediato soccorso: non andrà in luoghi dove è difficile allontanarsi, sarà sempre accompagnato da persone in grado di aiutarlo, sceglierà percorsi prossimi a ospedali e pronto soccorsi.

Tutti i disturbi fobici, infatti, condividono una scarsa capacità di riconoscimento delle proprie emozioni, quindi di riconoscimento dell'ansia, confondendole con sintomi fisici.

Ad alimentare lo stato d'ansia subentra nelle patologie **GAD (Disturbo Ansia Generalizzato)** il fenomeno del **<Rimuginio>** che nella letteratura anglosassone viene denominato **worry** o **rumination** e che ha tre caratteristiche:

- a) Predominanza di pensiero verbale negativo
- b) Evitamento Cognitivo
- c) Inibizione emotiva

Il Fobico usa il rimuginio a breve termine per sopprimere uno stato d'animo sgradevole, cioè l'ansia somatica, lo spiacevole arousal neuropsichico delle emozioni negative, ma questo genere di attività mentale svolge un ruolo di mantenimento dei disturbi ansioso o depressivi.

Il Fobico mette in atto tale struttura all scopo di:

- a) tranquillizzarsi : ci penso tanto ma mi preoccupa di meno
- b) problem solving: illusorio in quanto fallace
- c) distrazione: non penso a problemi peggiori
- d) scudo emozionale: sono preparato al peggio
- e) rimuginio ascopico: non riesco a non farlo

è quindi una posizione di stallo e procrastinazione .

Altra struttura mentale instaurata ai fini protettivi nel fobico è, si è detto, l'evitamento:

Tale sistema di difesa fa parte nei casi non patologici di una delle tante strutture messe in atto normalmente a tale scopo. Lo è insieme a esplorazione, ostilità, immunizzazione che sono prevalenti in un caso o nell'altro a seconda della storia di attaccamento dei singoli.

L'importanza del sapere riconoscere tali meccanismi è evidente in quanto rappresentano il modo in cui un individuo si blocca su posizioni di sofferenza .

Nel caso del Fobici è l'evitamento che mettono in atto così di frequente al punto che il loro mondo interiore risulta essere del tutto sconosciuto; in maniera analoga si comportano con il mondo esterno, evitando qualsiasi verifica rispetto alle loro convinzioni, il sistema cognitivo non vuole sperimentare rischiando di mettere in dubbio credenze dall'alto valore epistemico.

Evitamento e rimuginio creano congiuntamente un circolo vizioso particolare e specifico che tende ad allontanare l'evento temuto, a non avvicinarsi a esso né con il pensiero né con i fatti e dunque a mantenerlo sempre poco costruito, sconosciuto, impensato ed impensabile. Ma più esso resta sconosciuto e più è spaventoso, più lo si sfugge meno lo si conosce, in un circolo vizioso che deve

limenta.

hanno un esordio subdolo, ha una data di inizio precisa prima della quale il soggetto ricorda uno stato di benessere; se il disturbo si verifica da molto tempo, può essere correlata da depressione secondaria, dovuta alla constatazione della propria impotenza a risolvere il problema e dell'inefficacia di tutte le strategie messe in atto.

È necessario quindi un intervento terapeutico, che nello specifico è essenzialmente un intervento sulle credenze e consisterà nel rimuovere quelle disfunzionali, si articola in alcune fasi propedeuticamente predisposte:

1. Portare il paziente ad un'osservazione di sé stesso dall'esterno nei momenti di crisi, in modo che divenga consapevole di quali siano i meccanismi che scatenano il disagio, quali siano gli scopi irrinunciabili che muovono i suoi comportamenti difensivi. È importantissimo in questa fase il riconoscimento delle proprie emozioni che nella fattispecie vengono scambiate per fenomeni fisici, il paziente deve cominciare a riconoscere la paura.
Attraverso i compiti di auto-osservazione i soggetti imparano a identificare le cause del loro malessere nei loro pensieri e nelle loro previsioni di pericolo: il lavoro sarà compiuto quando un paziente smetterà di riferire di essere stato male e dirà di aver avuto paura.
2. Quando il paziente sarà assolutamente convinto della propria ansia si potranno iniziare le procedure di esposizione per la desensibilizzazione sistematica.
3. L'intervento sull'evitamento è più complesso e prevede una serie di passi in successione, prima dei quali la presa di coscienza sia da parte del paziente che del terapeuta dell'estensione in atto di questo strumento difensivo. L'evitamento, come tutte le difese psicologiche, è cosciente alle prime, via, via che diventa un'abitudine è anche automatico. Bisogna quindi censire tutti i comportamenti e il loro costo effettivo nel tempo in modo da indurre il paziente alla motivazione del rilascio di tale atteggiamento.
4. Per accettare il rischio di esporsi alle situazioni temute, occorre mettere in discussione l'illusione del controllo, tale intervento ha come scopo la perdita di onnipotenza, l'accettazione della propria finitezza, bisogna accettare che ciò che si teme rientra negli eventi possibili; solitamente i soggetti fobici si muovono quasi ogni loro gesto sia carico di conseguenze gravi, bisogna esaminare tutte le situazioni in cui egli crede che il suo controllo sia stato decisivo nell'evitare una catastrofe, portarlo alla constatazione che la stessa non sarebbe ugualmente avvenuta.
5. Una tecnica molto importante da applicare con soggetti non abituati a riflessioni teoriche è la **FALSIFICAZIONE PER SPERIMENTAZIONE**: le esperienze falsificanti possono essere situazioni reali provocate ad hoc per testare particolari credenze. I vecchi costrutti saranno messi in discussione ed abbandonati solo se, se ne generano altri maggiormente funzionali con cui sostituirli. In questa parte della terapia il paziente viene sollecitato ad inventare nuovi panorami e ad esplorare territori sconosciuti, ad immaginare possibilità e scenari impensabili.

DOC 6 DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

Si tratta di un disturbo invalidante che riduce notevolmente la capacità di realizzazione esistenziale, il 50% degli affetti non riesce a stabilire un rapporto di coppia continuativo, l'incidenza, ossia il

tende a cronicizzarsi.

ai 15 anni e intorno ai 25, si tratta quindi di persone con la società costi prolungati per l'assistenza, il Doc, infatti

Le indicazioni del **DSM IV** per la definizione della patologia sono la frequenza, la ripetitività, la persistenza dell'attività ossessiva e la sensazione che quest'attività sia imposta e compulsiva: il paziente è cosciente delle proprie incongruenze, cerca di opporsi e di resistere.

È possibile distinguere due approcci di tipo cognitivista al **Disturbo Ossessivo o Compulsivo**: il primo ricorre a spiegazioni in termini di disfunzioni neuropsicologiche e cognitive di base; rientrano in questa prospettiva gli studi di *underinclusion*, cioè la tendenza a iper-categorizzare l'esperienza, i deficit delle funzioni esecutive e della memoria visuo-spaziale.

Gli ultimi studi hanno tuttavia rilevato che nei pazienti DOC non vi è deficit di memoria ma scarsa fiducia nelle proprie qualità mnestiche e che, tale sfiducia si accentua drasticamente in caso di controlli ripetuti: più il paziente ripete un'azione di controllo più diminuisce la salienza del ricordo della singola azione, la conseguenza è che si riduce la sicurezza del ricordo di aver compiuto quell'azione.

Il secondo approccio si muove invece sul piano delle spiegazioni sulle intenzioni dell'individuo, ossia un'attività finalizzata al raggiungimento di scopi soggettivi, determinati dalla rappresentazione di sé e della realtà che viene distorta dall'ossessione della responsabilità.

La diminuzione della responsabilità artificialmente indotta in tali pazienti si traduce in una diminuzione della preoccupazione e dell'urgenza di esecuzione dei rituali di controllo compulsivo.

La domanda che si sono rivolti i terapeuti a riguardo tale disturbo è: < perché egli cerca di prevenire l'esito concentrandosi sulla ripetizione di una, o poche, delle attività utili a questo fine? Vale a dire per quale motivo è preoccupato di fare bene una cosa piuttosto che investire in diverse direzioni migliorando le possibilità di prevenzione dell'esito negativo? >

Il timore di un danno e il timore di essere colpevoli per avere irresponsabilmente causato lo stesso creano lo scopo di prevenirlo, contenerlo, fronteggiarlo per non esserne incolpati: il focus è sulla propria performance che deve essere moralmente irreprensibile. Questo aiuta a capire perché i pazienti ossessivi tendono a sovrastimare la minaccia, in quanto danno credito a possibilità improbabili e ad immaginare catastrofi; il forte timore della colpa influenza direttamente i processi di valutazione delle proprie capacità mnestiche interferendo con la memorizzazione, l'insicurezza che induce alla ripetizione dei controlli, offusca la vividezza dell'azione che innescando un circolo vizioso induce a nuove ripetizioni.

Una componente del disturbo ossessivo è il timore di provare disgusto, il timore di contaminazione; rientrano in questa classe di eventi il timore per il disordine degli ambienti o degli oggetti che il paziente possiede, oppure il timore che certe parti del corpo come i capelli oppure i vestiti non siano in ordine. Contrariamente a quanto si crede il disgusto non ci difende da un pericolo per la salute, lo si prova per sostanze che sappiamo essere innocue, come ad esempio uno scarafaggio o il proprio sangue, allo stesso tempo non si prova disgusto per sostanze molto pericolose come gli acidi o il benzene. La sensazione di disgusto per lo sporco o per essere sporchi e di colpa, sono fenomeni molto vicini, si dice infatti "lavare le colpe"; le vittime di abusi sessuali si sentono sporcate. La vicinanza e l'interscambiabilità di queste due emozioni è spiegabile cognitivamente in quanto entrambe rimandano alla concezione di essere causa del disprezzo degli altri. Sembra che i pazienti **DOC** siano particolarmente sensibili a espressioni facciali precise e riconducibili a disprezzo rabbioso, cioè quella particolare repulsione che suscitano le persone immonde, sporche, i rifiuti che contaminano; questo genere di disprezzo è differente da quello freddo e distaccato che si rivolge a

gö, un sottotipo di disturbo ossessivo ó compulsivo, non

sono affetti da timore del disgusto: questo comportamento prevede l'accumulo di vecchie cose nel timore di disfarsene.

TENTATIVI DI SOLUZIONE ALLA MINACCIA DEL D.O.C.

I pazienti mettono in atto una serie di difese volte a scongiurare il disturbo che avvertono come egodistonico, tali comportamenti sono in genere:

- **Evitamento**
- **Neutralizzazione**
- **Ruminazione**
- **Controlli Mentali**
- **Allenamento della Memoria**
- **Soppressione del Pensiero**
- **Richiesta di rassicurazione**

Tutti quanti i sopra citati tentativi hanno caratteristiche formali comuni, tendono ad essere, infatti, **ripetitivi, persistenti, assumono forme rituali**, sono sproporzionati rispetto alla situazione e sono avvertiti come compulsivi, egodistonici; il che è un paradosso dal momento che sono finalizzati a preservare l'integrità del paziente.

L'attività di prevenzione è avvertita come irrinunciabile forzatura e il paziente si sente costretto a **perseguirla e a perfezionarla per contrastare il senso di colpa** di un eventuale conseguenza. Spesso i pazienti sono critici di fronte alla loro attività ossessiva, la ritengono inutile ed esagerata, capiscono che lede alla qualità della propria vita e dei propri cari, pur tuttavia non riescono a rinunciarvi, anche se mettono in atto sistemi difensivi e tentativi di gestione delle compulsioni, con la soppressione dei pensieri ossessivi. Spesso il paziente per ridurre la propria attività ossessiva cerca di non essere ossessionato dal suo timore di colpa e prova ad azzerare il timore proprio con l'attività ossessiva.

Certamente il tipo di relazione di attaccamento con i genitori ha influenza, seppure aspecifica, nelle formazioni delle ossessioni e delle compulsioni, e lo ha nei primi sedici anni di vita.

Sono relazioni caratterizzate da bassa cura e alto controllo da entrambi i genitori, riconducibili alla tipologia ansioso ó evitante (pattern A), oppure resistente ó ambivalente (pattern C): le madri di **bambini evitanti** si mostrano stabilmente propense ad ignorare o respingere le richieste di vicinanza dei figli, **hanno spesso una mimica molto rigida e povera nell'interazione** con il figlio, o tale da segnalare inequivocabilmente il desiderio di tenere le distanze.

Le madri dei **figli resistenti** sono **imprevedibili ed iper ó controllanti**, oppure **intrusive** nei loro riguardi: l'imprevedibilità riguarda la loro disponibilità a rispondere positivamente alle richieste di aiuto, vicinanza e conforto del bambino, un insieme di atteggiamenti poco chiari e evidentemente inaffidabili verso il proprio figlio.

Particolare rilievo negli ambiti degli attaccamenti sopra descritti, ha la figura paterna: se presenta tratti rigidi ed autoritari, schermando con la severità la propria incapacità di capire i bisogni del proprio figlio e di entrare in relazione con lui, il bambino, che ricerca conferme di autorevolezza e

to particolarmente intenso con il genitore più rigido, ma affettivamente, può solo creare ulteriori incertezze al

Questo tipo di coppie sembrano molto coese, di fatto non ci sono relazioni affettive fra loro, solo verbali, forniscono alla prole solo prescrizioni sia in campo sociale che affettivo, non considerano le paure tipiche della crescita e sono estremamente esigenti nel richiedere loro comportamenti responsabili da adulti, anche sproporzionalmente rispetto all'età.

La figura di riferimento manderebbe, quindi segnali ambivalenti al futuro ossessivo, messaggi sistematicamente contraddittori, comunicando affetto ed apprezzamento sul piano verbale, ma freddezza sul piano affettivo. Tutte le situazioni che durante lo sviluppo stimolano in modo doppio e contraddittorio, contribuiscono all'organizzazione della conoscenza in modo ossessivo

Si instaurano rapporti familiari all'insegna dell'ambivalenza, si maschera dietro un autoritarismo finalizzato a educazione la freddezza e l'inaffettività, tanto che il bambino non capisce se è amato o no, se è buono o no, e, questa mancanza di definizione del sé determinerebbe l'esigenza di incertezze assolute che sfocerebbero nel sintomo ossessivo, ultima risorsa nella ricerca di un sé unitario e definibile.

LA TERAPIA

Tra il 40 e il 60 % dei pazienti DOC, risponde alla terapia farmacologica, nel senso che si verifica una diminuzione della sintomatologia compulsiva, lo svantaggio della farmacologia sono le ricadute alla sua cessazione.

La terapia cognitiva di Esposizione con prevenzione alla risposta, migliora la **sintomatologia, è però rifiutata a causa dello stress che subisce il paziente, la procedura è la seguente:**

- Si definisce un evento recente ed esemplificativo
- Si indaga sui significati attribuiti dal paziente all'evento
- Si definiscono le conseguenze catastrofiche che il paziente attribuisce all'evento in mancanza di controllo, con particolare attenzione alle colpe

Questa prima fase si può rivelare difficile con pazienti che hanno lunga storia di compulsioni e che mettono ormai in atto i loro sistemi automaticamente: alla ricerca di approfondimento da parte del terapeuta è possibile che risulti loro difficile dare significato agli eventi e che rispondano, per la loro incapacità introspettiva, che sentono solo l'impulso di agire in quella maniera e di non sapere perché.

Un passibile ausilio in casi simili è l'uso della metafora del semaforo:

<Si chiede al paziente di immaginarsi alla guida di un veicolo e di immaginare il semaforo rosso: **cosa succede?** Alla ovvia risposta **mi fermo** ó si chiede perché, e quindi si propone **ma se tu fossi passato cosa sarebbe successo? ó mi avrebbero fatto la multa o peggio sarebbe successo un incidente** ó ecco, quindi quando eviti di toccare i giornali o ti lavi ripetutamente le mani, stai facendo come quando ti fermi al semaforo? **Ma cosa succede in quei casi se eviti di farlo?** ó si può chiedere al paziente di farlo e se lui rifiuta gli si chiede cosa ha pensato in quel momento->

- Si definisce cosa il paziente mette in atto per risolvere il problema e si chiariscono quelli che sono i costi del disturbo secondo lui, i vantaggi e gli svantaggi, mettendoli ad esempio su un

do la tecnica delle due sedie

che mette in atto per contenere il disturbo cercano di discriminare insieme i tentativi utili da quelli controproducenti, mettendo in evidenza proprio la loro inefficacia ad esempio con il far comprendere che i tentativi di soppressione del pensiero implicano un suo aumento delle frequenza e persistenza.

Questa fase si fonda sull'osservazione che il più delle volte l'attività ossessiva è egodistonica e conflittuale.

Quindi si affronta il timore di colpa, per farlo ci sono almeno due tecniche, la prima è quella del **grafico a torta**, ossia si chiede di fare un elenco di tutti i fattori che possono ragionevolmente inficiare l'evento, la catastrofe da lui temuta, indicando come primo il suo proprio comportamento o l'omissione di esso.

Quindi si chiede di dare un valore al contributo di ogni singolo fattore, partendo dall'ultimo per aiutarlo a defocalizzarsi dalla propria responsabilità: spesso accade che al paziente non rimanga più spazio per la propria responsabilità, in questo caso si chiede di correggere il grafico, la somma dei valori deve risultare 100.

Alla fine di questa procedura, il paziente continua a percepire la sua responsabilità ma in maniera più lieve.

L'altra tecnica è quella del **Doppio Standard Modificato**, si chiede al paziente di definire un evento in cui si sente in colpa e del quale pensa di doversi rimproverare, quando l'ha effettuato si chiede di immaginare una persona che stima molto e apprezza per la sua integrità, poi gli si chiede di immaginare che tale persona abbia fatto la medesima cosa e quindi di giudicare il suo operato.

Generalmente il giudizio del paziente nei riguardi di tale persona è molto più stemperato e meno critico; si chiede quindi di immaginare le persone che stima e che conoscono entrambi a cosa penserebbero e come criticerebbero tale operato compiuto dalla persona terza stimata: molto spesso il paziente riproduce giudizi e critiche molto più stemperate e meno severi.

Gli si chiede come mai lui stesso e gli altri che stima dovrebbero avere pesi e misure diverse fra l'operato della persona da lui immaginata e il suo stesso operato. A questo punto il paziente entra in una fase di consapevolezza rispetto alla sua autocritica, ma ci sono comunque delle resistenze.

Si è infatti constatato che i paziente più recidivi e automatizzati tendono a considerare i contro ó esempi come eccezioni, mantenendo intatte le idee fondanti della propria identità anche se autolesive. In questi casi si porta il paziente a ricordare episodi rabbiosi e di eccessiva responsabilizzazione a cui il paziente non è riuscito a sottrarsi, il protocollo consiste nel far rivivere tutto l'episodio soprattutto nei suoi aspetti emotivi e sensoriali, quindi immaginare di inserire nella scena dei cambiamenti che conducono a un finale diverso da quello reale ma plausibile, ragionevole e positivo **ó Esperienza contro fattuale -**.

Nel Disturbo Ossessivo Compulsivo, una recidiva è più grave in quanto è peggiorativa, va quindi scongiurata al più possibile: per farlo si può procedere avvisando il paziente di tale possibilità e prevenendo insieme a lui le situazioni e le avvisaglie di tale eventualità.

L'Anoressia e la Bulimia sono malattie che hanno assunto, a partire dagli anni sessanta, la dimensione di vera e propria epidemia sociale in tutto il mondo d'occidente.

Tra i fattori sociali che ne hanno motivato l'insorgere ci sono la sovrabbondanza di cibo e il contrapposto ideale estetico di bellezza che inneggia alla magrezza con considerevole pressione mediatica. Se si pensa che l'accettazione del corpo è strettamente correlata alla stima di sé, si comprende perché i pazienti obesi presentino gravi disturbi dell'immagine corporea.

A partire dagli anni ottanta nel mondo occidentale si è assistito ad una vera e propria pandemia di obesità: si mangia eccessivamente, si mangia male, e si ingrassa troppo. La conseguenza diretta di tali abusi e squilibri, oltre ovviamente a quelle fisiche, sono stati una serie di disturbi comportamentali che il **DSM- III** annovera nel capitolo dedicato ai Disturbi dell'Alimentazione; tra questi **Anoressia Mentale** e **Bulimia** che è considerata un disturbo autonomo e distinto, la **PICA**, il **Disturbo di Ruminazione dell'Infanzia**, altri disturbi dell'alimentazione altrimenti non classificabili, come il Disturbo dell'Alimentazione Incontrollata o **Binge Eating Disorder** o il cui acronimo **BED** o il cui mancato controllo sull'alimentazione in assenza di condotte di eliminazione, porta ad aumento ponderale notevole.

Di recente è emerso un ulteriore comportamento alimentare tipico del genere maschile ma sempre indotto dai carismi estetici socialmente indotti: la **REVERSE ANOREXIA**, ossia la percezione da parte di maschi del proprio corpo come eccessivamente gracile e fragile.

Tale disturbo esordisce nell'adolescenza, e inizia con la percezione del proprio corpo come gracile che viene combattuta con sistemi di camuffamento e iper infagottamento, quindi i pazienti si dedicano ad assunzione di diete iper proteiche e di anabolizzanti, si dedicano ad attività sportiva in maniera esagerata il tutto per cambiare la propria forma corporea.

In un'ottica costruttivista tutti i pazienti che rientrano nell'ambito diagnostico dei Disturbi del Comportamento Alimentare vengono inquadrati in un unico continuum in quanto condividono sia alcuni specifici meccanismi psicologici sia le modalità di percepire la propria esperienza e di attribuirvi significati particolari, per cui in una categoria nosografica globale; il paradigma a supporto è che i pazienti spesso presentano una commistione di disturbi, passando da una forma all'altra. Il comportamento anoressico o bulimico è un sintomo ambivalente per ottenere ammirazione e conferma, per sentirsi unici e speciali, per ribellarsi alle eccessive aspettative genitoriali quando questi tendono a prendersi cura dei figli in base alle proprie esigenze, allora i bambini sviluppano una concezione del sé confusa, volta a compiacere ai genitori, covando però le matrici di futuri comportamenti testardi e negativisti che in adolescenza userà in modo aggressivo.

Spesso le madri dei soggetti con **Disturbi del Comportamento Alimentare presentano un'organizzazione basata su rigida direttività e sulle disconferme**, strutturano relazioni incentrate su ripetuti tentativi di intrusione, finalizzati al controllo di ogni emozione e/o pensiero del figlio, interferendo con l'omeostasi familiare. **Le loro intrusioni agiscono anticipando continuamente le definizioni del mondo, i sentimenti del figlio**, i di lui sistemi di rappresentazione, le sue aspettative.

Di solito i padri di tali pazienti restano ai margini, hanno atteggiamenti che denunciano de responsabilizzazione ed evitamento del coinvolgimento emotivo: si preoccupano dell'aspetto fisico, del rendimento scolastico e sportivo, senza mostrare interesse per le emozioni, le sensazioni e i punti di vista del figlio.

Il contesto familiare di tali pazienti è caratterizzato da una comunicazione scarsa e distorta degli

e di subitane delusioni che portano alla continua ricerca rassicurazioni e messe alla prova. L'adolescente con organizzazione tendente a disturbi del comportamento alimentare non sa distinguere le proprie emozioni, non è in grado di riconoscere le sensazioni né tantomeno di gestirle. Questa confusione interiore e incapacità di attribuzione emotiva orienta il soggetto verso l'ipseità attivando un senso di instabilità interiore e di percezione del sé.

Questi fattori sono accompagnati anche da tratti cognitivi caratteristici che comprendono un errata percezione della propria immagine corporea, un pensiero infantile di tipo "tutto o nulla", centrato sul presente, pensieri o rituali ossessivo-compulsivi, percezione della realtà permeata di valori magici o persecutori. Generalmente in questi pazienti coesistono comportamenti di tipo impulsivo, autodistruttivo che vanno dalle abbuffate ai graffi e ustioni di sigarette.

Nell'anoressia vi è una modalità particolarmente attiva di affrontare la vita associata ad un livello di motricità elevato; l'attribuzione causale di colpa è esterna con atteggiamento di autosufficienza e di lotta ad oltranza contro un mondo da disconfermare.

Al contrario nell'obesità psicogena vi è una motricità rallentata con modalità passive di affrontare la vita, l'attribuzione causale è interna con senso pervasivo di colpa e sconfitta, le delusioni vengono percepite come conferma della propria inadeguatezza.

LA PSICOTERAPIA DEI DISTURBI DI COMPORTAMENTO ALIMENTARE

L'approccio terapeutico costruttivista situa l'anoressia, la bulimia, l'obesità, psicogene lungo un unico continuum in quanto questi disturbi presentano eziologia simile.

La comune difficoltà di questi individui a riconoscere i propri stati interiori fanno sì che l'interno resti delimitato ad aspetti principali corporei, generalmente si presentano in terapia con un problema di inadeguatezza e di inaccettabilità personali, spesso il problema viene percepito in modo vago.

Il terapeuta indirizza il paziente alla focalizzazione, alla percezione più chiara degli stati emotivi e della loro attribuzione, ciò determina una maggiore demarcazione fra interno ed esterno, una distinzione fra le proprie aspettative e quelle altrui in precedente assunte come proprie.

L'abbuffata, il digiuno o gli altri sintomi perdono man mano d'importanza con l'aumentare della consapevolezza delle proprie caratteristiche cognitive, emotive e relazionali; alla riformulazione del problema segue la ricostruzione dello stile affettivo in cui il terapeuta fa rilevare al paziente come i disturbi alimentari abbiano punteggiato e sottolineato tutti i rapporti affettivi.

ORGANIZZAZIONE COGNITIVA PSICOSOMATICA

Uno psicosomatico non ha un vocabolario mentalistico adeguato, non padroneggia credenze, desideri ed intenzioni, non è allenato a trovare parole per descrivere quello che sente perché non le ha mai cercate : la definizione di sé parte dall'altro.

Lo psicosomatico ha una scarsa lettura di sé mentre ne ha un'eccellente dell'altro; sin da piccolo si è impegnato nell'impresa di riuscire a capire l'altro; frequentemente l'adolescenza di questi soggetti è descritta come tranquilla, in perfetta sintonia con le regole familiari, ragazzi dal buon

sociale, che riescono ad aderire alle aspettative genitoriali.

ed è in parte preponderante affidata all'altro, e dall'altro ed è in parte preponderante affidata all'altro, troviamo spesso negli psicosomatici un'attenzione costante rivolta a coloro che rivestono ruoli sociali significativi. Si tratta di un'attenzione tesa, preoccupata, diversa sia dal perentorio gestire la vita altrui tipico dell'ossessivo, sia dalla oblatività assoluta e dimentica di sé tipica del depresso.

L'unico strumento per capire qualche cosa di sé nella personalità psicosomatica è il proprio corpo, ma a loro volta i significati espressi fisicamente non sono così di facile comprensione: un attacco di colite può sopraggiungere se si deve incontrare una persona che non piace, ma anche per una persona a cui si tiene molto. Tra le emozioni tipiche di un'organizzazione psicosomatica vi è la vergogna tipica di chi pensa che le proprie emozioni siano evidenti a tutti quanti, di qui deriva un profuso senso di inadeguatezza e inferiorità rispetto agli altri.

Con il psicosomatico è bene chiarire subito **che la terapia ha come obiettivo la comprensione mai il cambiamento** in quanto tale **paziente teme le nuove situazioni** a causa delle preoccupazione delle conseguenze, questo inibisce l'analisi serena delle emozioni, dei desideri e delle credenze.

Un psicosomatico, ricordiamoci, arriva alla terapia al fine di guarire l'ulcera o la psoriasi o qualsiasi sintomo che reputa collegato al suo star male, ma il corpo ha ritmi lenti e gli va ricordato che il primo risultato non sarà certamente l'immediata remissione del sintomo, questo a rischi che non inizi neanche al terapia.

Primo step sarà quindi la disincentivazione della modalità <faccio> e l'instaurazione di quella del <cosa voglio>, lo psicoterapeuta deve resistere alla tentazione di fare un contratto in cui l'obiettivo sia la remissione del sintomo fisico, le aspettative potrebbero essere deluse dai tempi lunghi necessari: tutto va interpretato e riletto, si tratta di un costante lavoro di rilettura dei segnali del corpo, di comprensione che porterà il paziente ad una definizione dei propri confini.

La scelta dell'organo bersaglio nello psicosomatico ó esterno o interno ó diventa indicativa : se trattasi della parte esterna, pelle, capelli, è la parte estetica e interpersonale a risultare danneggiata nel suo equilibrio; all'inverso nel caso di parti interne sofferenti, diviene importante cosa rappresenti l'organo interessato e la sua funzione.

Il terapeuta si trova di fronte a persona inconsapevole di sé, fiduciosa in lui perché in lui vede possibilità demiurgiche, non deve quindi cadere in tale inganno e cadere nella tentazione di mostrarsi perfetto, se il paziente trova qualcosa che non va nel terapeuta, egli lo accoglie come passaggio positivo perché viene esperita la possibilità di rimanere in relazione con una persona pur riconoscendone i difetti, cosa che per lo psicosomatico rappresenta una conquista. Con tali pazienti bisogna avere un costante contatto emotivo , sono infatti sensibilissimi ad ogni sfumatura e suscettibili ad ogni distrazione, hanno infatti sviluppato più degli altri le capacità mentalistiche.

Inoltre quello dello psicosomatico è un mondo all'insegna del culto della bellezza, fuori e dentro di sé.

DISTURBI DISSOCIATIVI DELLA COSCIENZA

In presenza di un paziente difficilmente inquadrabile che presenti una sintomatologia multiforme, caratterizzata da discontinuità della descrizione di sé, difficoltà a regolare il comportamento emotivo soprattutto in ambito relazionale ed elevata instabilità nonché da costante risonanza emotiva, appare ancora oggi assolutamente sensato proporre la diagnosi di Disturbi Dissociativi di

- Amnesia Dissociativa
- Fuga Dissociativa
- Disturbo Dissociato di Identità
- Disturbo di Depersonalizzazione
- Disturbo Dissociato non altrimenti Specificato

Il che denota quanto i disturbi dissociativi possano interessare un'ampia gamma di variabili, configurandosi in manifestazioni di interesse dell'identità (corrispondente alla personalità multipla), in altre che riguardano i disturbi somatoformi, quelli fittizi, quelli del sonno, quelli sessuali, e affettivi.

Liotti utilizza la definizione <Patologie Disorganizzative> a sottolineare l'aspetto di discontinuità, frammentazione ed instabilità di questi quadri clinici, in questi il flusso normale della coscienza che si manifesta in soggetti non patologici organizzato all'interno di un profilo di significati personali, è interrotto da fattori confusionali e manca di struttura.

Liotti ha definito cinque aree motivazionali interpersonali negli individui:

- cooperazione
- accudimento
- attaccamento
- agonismo
- sessualità;

ad ognuno di questi sistemi è riconducibile un'organizzazione cablata dal sistema nervoso centrale, nello psicosomatico ci sono interruzioni anche non continuative, certamente non consapevoli, egli non ha un'organizzazione cognitiva stabile, oppure ce l'ha troppo rigida.

La modalità instabile, si pensi alla alloplasticità dei comportamenti dei disturbi del comportamento alimentare si configura in vera e propria disorganizzazione; la modalità rigida si sussegue alla prima nelle differenti fasi di sviluppo del paziente; entrambe coesistono in modalità devastanti.

DISTURBI DI PERSONALITÀ

I Disturbi di Personalità sono modalità di pensare, percepire, rapportarsi, rigide e non adattive che causano sofferenza soggettiva e compromissione funzionale. La caratteristica di Disturbi di Personalità è che il comportamento devia marcatamente dalle aspettative della cultura dell'individuo e si manifesta almeno due aree comprese fra cognitivtà, affettività, impulsività, aree sociali e lavorative. Il DSM li colloca nell'Asse II, non vengono considerati patologie, ma modalità di funzionamento rigide e ne definisce come elementi distintivi:

- L'insorgenza nella prima età adulta

nelle diverse aree di vita

Sono distinti tre Cluster:

- **A ó Individui che appaiono strani, eccentrici**
- **B ó Individui amplificativi, imprevedibili, emotivi**
- **C ó Ansiosi e paurosi**

Ci possono essere personalità con caratteristiche appartenenti a più Cluster contemporaneamente.

Oggi la Clinica preferisce definire coloro che sono affetti da Disturbi di Personalità come <Pazienti Difficili> e questo permette al terapeuta di tenere presente quanto essi rendano difficoltoso l'intervento terapeutico a causa della bassa compliance, trascuratezza, opposizione, richieste di iper-accudimento.

Nei DP si osservano alterazioni di funzioni attinenti i **Processi Autoriflessivi, la Mentalizzazione e il Mastery**, o capacità di gestione del coping e del problem solving.

Si pensi, ad esempio, come incida il mancato riconoscimento della natura ipotetica delle proprie inferenze sullo stato mentale altrui.

L'adozione di un approccio costruttivista nell'analisi di detti disturbi fa emergere considerazioni ed approcci utili: ogni conoscenza e ogni osservazione è auto referenziale, pertanto, per i costruttivisti, niente è reale oggettivamente; non rappresenta, il pensiero, una realtà esterna ma la relazione fra un soggetto e l'oggetto della sua osservazione.

Nel dare senso all'esperienza, ogni individuo non è solo guidato da strutture di conoscenza sviluppate nella sua storia personale, ma, è anche ancorato alla cultura cui appartiene.

L'IO agisce ed esperisce trasformando il "ME" in un continuo processo di riordinamento e rimodellamento del senso consapevole del Sé.

L'approccio Bio-Psico-Sociale è considerato fondamentale nell'intervento dei disturbi di Personalità; una fase è cercare di decostruire le narrazioni disfunzionali che il paziente ha consolidato e siccome si può affermare che i DP rappresentano lo specchio sociale, una prospettiva come quella su citata da un inquadramento correlazionale.

DISTURBI DI PERSONALITÀ PARANOIDE

Si caratterizzano per la marcata presenza di sfiducia negli altri e sospettosità che porta a ritenere tutti come ambigui manipolatori, opportunisti, traditori, e ciò in schemi ipertrofici.

Questi pazienti fanno ipotesi sul funzionamento mentale dei propri interlocutori utilizzando una prospettiva egocentrica che non considera alternative: il proprio punto di vista è considerato l'unico possibile.

Hanno un atteggiamento Iper Vigile, un'attenzione minuziosa ai dettagli, appaiono razionali e freddi, diffidenti e poco inclini a mostrare tenerezza e altre emozioni positive nelle relazioni.

Lo stato affettivo prevalente è la rabbia legata all'impossibilità di fidarsi.

Caratterizzato da estraneità nelle relazioni interpersonali, impossibilità di condivisione, il soggetto evitante considera sé stesso incapace ed incompetente a livello sociale e pertanto predisposto a subire ingiustizie, rifiuti ed umiliazioni.

Questo rigido punto di vista porta a mettere in atto strategie di evitamento, non assunzione di responsabilità o ruoli di rilievo, nei quali si profilerebbe il rischio di insuccessi e derisioni.

Mentre in soggetti di tipo schizoide esiste un'oggettiva difficoltà alla relazione con il prossimo, preferiscono quindi la solitudine; in soggetti evitanti si registra un profondo desiderio di appartenenza cui però non danno seguito a causa della paura del fallimento.

DISTURBI SCHIZOIDE DI PERSONALITÀ

Il quadro è caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali, freddezza emotiva, riduzione delle espressioni sia fisiche, sia verbali. L'obiettivo della Personalità Schizoide è l'isolamento o l'assoluta indipendenza dalle relazioni sociali che considera invischianti, pericolose per la propria autonomia, caotiche.

L'altro non è mai considerato gratificante, il dictat di base è <tieni le distanze, non farti coinvolgere>.

DISTURBI SCHIZOTIPICO DI PERSONALITÀ

Distinto da quello schizoide e da quello evitante a partire dal **DSM III** in quanto più vicino alla Schizofrenia. A livello generale le persone affette da **Disturbo Schizotipico** hanno comportamenti eccentrici e stravaganti, un eloquio particolare anche se non incoerente, non riescono a mantenere relazioni, né professione.

DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ

Il DSM IV- TER lo descrive come quadro pervasivo di violazione del diritto altrui che si manifesta con continui attacchi al prossimo: l'IO è auto rappresentato come forte, giustiziere in un mondo ingiusto che per questo deve essere sfruttato.

Questa visione licita tali individui a comportamenti scorretti a discapito degli altri.

DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ

Il Disturbo Borderline di Personalità è considerato, insieme al Disturbo di Personalità Antisociale e Schizoide la più grave forma di alterazione del Sé. La sua caratteristica centrale, al contrario degli altri disturbi di personalità, è una forte instabilità che compromette le relazioni interpersonali, le rappresentazioni di sé a livello emotivo.

I Modelli Operativi Interni della relazione di sé ó gli altri, sono di tipo malvagio e pericoloso riguardo gli altri, indifeso e vulnerabile, riguardo a sé stesso.

Nel DSM tale disturbo è così definito:< Modalità pervasiva di instabilità delle relazioni personali, delle rappresentazioni del sé, dell'affettività>

I Pazienti con DBP incontrano difficoltà a descrivere coerenti stati mentali, sia propri che degli altri, non riescono a conferire un ordine, una gerarchia: il problema non è l'accesso agli stati interni, ma l'ordine. Ci sono shift rapidi tra uno stato e l'altro, senza una logica di alcun genere, tantomeno sequenziale. Alcuni definiscono ciò iperproduzione delle narrazioni e degli esiti e deficit di gerarchia, essi incontrano difficoltà a descrivere coerentemente i propri stati mentali e quelli altrui.

Sono carenti soprattutto nell'integrazione degli stati mentali, tale che conferisca una gerarchia di rilevanza.

Le emozioni ed i pensieri vengono descritti confusamente, il problema non sta nell'accesso ad essi, quanto al loro ordinamento.

Subiscono shift rapidi da un episodio all'altro con iperproduzione delle narrazioni e deficit delle gerarchizzazioni.

Quando la non integrazione riguarda le relazioni fra diversi stati mentali, i pazienti non sono in grado di distinguere addirittura le transizioni fra di essi; in alcuni casi la caoticità si accompagna a disturbi dissociativi o sintomi d'ansia.

Se pensiamo alla complessità dei nostri stati mentali, possiamo renderci conto di quanto sia necessaria la **Funzione Integrativa** : in sua assenza la nostra direzione nel mondo risulterebbe incoerente. La capacità di integrare ci consente di soppesare i vari stati, attribuire a ciascuno la sua propria caratteristica e priorità rispetto al nostro sistema di valori, ci permette di costruire il nostro proprio sistema di significati, elaborare le strategie.

Un secondo deficit attribuito al Disturbo Borderline è la **Regolazione Emotiva Deficitaria**; molto rimarcata in quanto essi soffrono di vulnerabilità emotiva, in sintesi questi pazienti non sono in grado di regolare il sistema emozionale per tramite quello cognitivo e creano circoli viziosi che amplificano e mantengono gli elementi problematici.

Il terzo Deficit funzionale è quello della **Differenziazione** ossia la capacità di differenziare le rappresentazioni in base alla loro appartenenza alla loro realtà. Diventa così impossibile differenziare per il paziente, fra ipotesi, fantasie ed aspettative, credenze e previsioni. Essi perdono la capacità di distanza rispetto alle proprie visioni del mondo che vengono percepite reali.

 *Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

NON
INTEGRAZIONE

DEFICIT
DIFFERENZIAZIONE

DISTURBO ISTRIONICO DI PERSONALITÀ

Le personalità Istrioniche possono essere definite anche **«Impressionistiche»** in quanto le emozioni predominano il quadro funzionale.

I pazienti istrionici hanno tendenza a drammatizzare e sono instabili e mutevoli. L'autostima è in diretta relazione con il grado di attenzione altrui a cui ambiscono costantemente e per la quale investono molto impegno. La relazione desiderata è quella che prevede un posto centrale per sé, sedurre significa provarsi il proprio valore.

DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ

Quadro di personalità pervaso da grandiosità e **contemporaneamente totale mancanza di empatia**, si accompagna l'idea di meritare più degli altri e l'aspettativa di successi eclatanti in ogni settore, l'aspettativa di privilegi ed attenzioni che considera dovuti e la cui assenza scatena crisi di collera o tacite rivendicazioni a causa del mancato riconoscimento della propria superiorità e meriti.

A differenza delle persone affette da Disturbo di Personalità Antisociale, per le quali gli altri sono opportunisti e sgradevoli sfruttatori, la Personalità Narcisista ha disprezzo per le negatività altrui, per le inefficienze e inferiorità a proprio confronto.

Ogni debolezza e richiesta di aiuto vengono giudicate inaccettabili in quanto corrispondenti a sottomissione e inferiorità. Viene coltivato il distacco superiore : l'altro non può essere utile in quanto inferiore.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PERSONALITÀ

Centrale è la ricerca costante di figure di riferimento, protettive ed incoraggianti con cui stabilire legame nel tempo. Il soggetto si vede debole e bisognoso, incapace di autonomia in quanto inabile e inefficace al proprio provvedimento. Una volta soddisfatto il bisogno di una figura forte relazionale, tale individuo genera uno stato di preoccupazione continuativo per paura della sua perdita.

Individui con tale disturbo temono rifiuti e perdite in modo esagerato e vivono in ansia della perdita dei legami, quindi sono sempre accondiscendenti, annullano le proprie aspettative ed i propri desideri in funzione di quelli delle persone con cui si relazionano.

Sperimentano ansia e risentimento se criticati o disapprovati, fanno di tutto per essere accettati, raggiungono stati mentali di soddisfazione se legati alla vicinanza rassicurante di persone forti, al legarsi con altre personalità forti, fanno poi fatica a distinguere i propri stati interiori.

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO DI PERSONALITÀ

Aspetti centrali:

- Perfezionismo
- Ostinazione
- Freddezza Relazionale ó Disagio a esprimere le emozioni
- Dubbio, Disagio a prendere decisioni
- Rigore Morale

La credenza centrale è che le cose debbano essere eseguite precisamente, seguendo schemi nosografici, procedimenti standard e preordinati; gli altri sono percepiti come approssimativi, negligenti, irresponsabili e troppo indulgenti con sé stessi. Le emozioni che caratterizzano questo tipo di funzionamento sono la percezione della propria imperfezione come una colpa, quindi l'aspirazione a compensare mirando alla perfezione assoluta e responsabile.

DISTURBO PASSIVO ó AGGRESSIVO DI PERSONALITÀ

Tra le caratteristiche ci sono il negativismo e la resistenza passiva a richieste di prestazioni congrue con il ruolo del soggetto. L'atteggiamento è ostile nei confronti delle autorità anche se considerate conferma della propria necessità.

Tali soggetti tendono ad accrescere la propria autonomia con l'evitamento delle autorità e lo sviamento delle regole, venendo meno agli obblighi, trascurando le esigenze altrui, attuando resistenze indirette : Procastinamenti, atteggiamenti volutamente inaffidabili. Lo stato affettivo prevalente è la rabbia inespressa.

Un aspetto saliente di tale Disturbo è la prevalenza di pessimismo e la tendenza netta alla Iper Responsabilizzazione con tono dell'umore triste anche in situazioni piacevoli; prevale l'anedonia.

L'atteggiamento del Sé ha una marcata autosvalutazione sperimenta sentimenti di inadeguatezza, inettitudine o colpevolezza.

DISTURBO DI PERSONALITÀ ANSIOSA

Tendono a preoccuparsi troppo e troppo frequentemente dei rischi della vita quotidiana, utilizzano la strategia dell'innalzamento del livello di allarme e iper-controllo, si distinguono le seguenti peculiarità:

- 1) Lotta contro il tempo , impulsività, intransigenza, intolleranza verso la lentezza, preoccupazione di non fare più cose contemporaneamente
- 2) Senso di competizione
- 3) Impegno all'azione : lavora molto, trasforma i propri svaghi in azioni orientate allo scopo.

Gli inopinabili vantaggi sociali che riscuote questo tipo di personalità sono accompagnati da svantaggi come la scarsa disponibilità a tornare sulle proprie scelte, anche se controproducenti. Non condiscendenza a rallentare i ritmi, sottraendo tempo alle relazioni famigliari e sociali.

L'estrema determinazione fa assumere atteggiamenti autoritari aprendo scontri e conflittualità e non cooperazione.

SCHIZOFRENIA

L'attuale persistente indeterminatezza dell'approccio terapeutico della schizofrenia è riconducibile alla mancanza di un modello relativo all'eziopatogenesi. Attualmente il modello integrato bio ó psico ó sociale sembra quello più adatto ad affrontare le tematiche di questo disturbo, riassumibili in quattro topiche:

- Vulnerabilità biologica
- Storia di sviluppo ó parenting
- Eventi di vita
- Fattori psico- sociali e decorso.

Nel caso della prima topica, la **vulnerabilità biologica**, gli ultimi dati della ricerca testimoniano disfunzioni relative ai **sistemi cerebrali dopaminergici** che comportano disfunzioni elaborative delle informazioni sensoriali.

L'evidenza di quanto sopra proviene da metodiche psicofisiologiche come i **Potenziali Elettroencefalici Evocati** e lo studio dei movimenti oculari di inseguimento.

anatomica alterata a stimoli acustici ed organizzazione a **vulnerabilità biologica** sarebbe ascrivibile a cause prenatali e si presenterebbe con tratti di comportamento schizotipico.

Il soggetto vulnerabile presenta fin da bambino uno specifico deficit che non gli consente di utilizzare le categorie di pensiero astratto che determinano lo sviluppo del proprio Sé. La capacità di conoscere tramite le emozioni, al contrario, è molto sviluppata, fino alla ridondanza, quindi, nel primo ciclo di vita un probabile schizofrenico ha carenza di dialogo interno e di dialogo interpersonale, che sarà nel tempo sarà sempre più disfunzionale ed inadeguato.

La specializzazione emisferica con la conseguente capacità di esperire ó proveniente dall'Emisfero Destro ó e spiegare ó Emisfero Sinistro ó sarebbe nello schizofrenico seriamente compromessa e potrebbe esercitarsi soltanto quando le unità informative fossero ottimali sia quantitativamente che qualitativamente. Eccessi di queste, loro alterazioni come l'incongruenza, l'ambiguità, le alterazioni dei pattern, saturerebbero le ridotte capacità integrative del SNA.

L'attitudine costante del SN a creare ordine, cioè la **Neghentropia**, dal disordine, si incepperebbe creando entropia.

LE SINDROMI PSICOTICHE E DISSOCIATIVE

Nel trattamento di pazienti con gravi disturbi mentali, si affrontano due problematiche a livello terapeutico:

- a) L'interesse eccessivo per la diagnostica, per i fattori eziopatologici.
- b) La necessità di agire in fretta, complici i vincoli economici.

Il DSM professa un approccio teorico fin dalla sua creazione, sostiene che le categorizzazioni sono solo descrittive di stati di fatto al momento in cui viene posta la diagnosi, senza implicazioni né eziologiche né sul decorso.

Guidano ha supposto che tuttavia l'influenza il DSM la crei, incoraggiando il curante a tralasciare possibili determinanti del disturbo, lo stesso approccio stereotipato porta a una massificazione dei casi e a una loro spersonalizzazione, tralasciando tutti gli approcci di tipo bio-psico-sociale che, seppur maggiormente lenti e faticosi, sono più vicini alla realtà del paziente vista in un'ottica costruttivistica. La personalità umana è ovviamente molto di più e maggiormente differenziata di quegli aspetti descrittivi che possono essere raggruppati e ben distinti in ordine discreto.

Da qualche anno, in psichiatria, si è assistito ad una rinascita delle concezioni meyeriane (Meyer, 1958) ed al successivo svilupparsi di un clima culturale che lascia ampio spazio a considerazioni multifattoriali e complesse sulla genesi dei disturbi.

Sono andate sviluppandosi concezioni basate sul **Concetto di Vulnerabilità Individuale**, il cui assunto di base è che ogni individuo sviluppa per ragioni che gli sono intrinseche, una sensibilità idiosincratica all'influenza di eventi esterni, acuti o di lunga durata. Quando l'impatto di eventi esterni supera la soglia di tolleranza corrispondente al livello di vulnerabilità individuale si verifica un disturbo mentale, le cui caratteristiche cliniche sono determinate in maniera preponderante da quella specifica vulnerabilità e dai sistemi di significati personali di quel soggetto.

Lo stesso individuo partecipa dialetticamente a tale interazione, interagisce con i fattori modificandone il flusso in un'auto organizzazione cerebrale.

Un altro importante rilievo che va fatto alla psichiatria che considera la vulnerabilità in termini

za data al contesto culturale e alla dimensione temporale: variante nel tempo la si riduce al vecchio concetto di diatesi. Ogni intervento terapeutico non avrebbe comunque senso.

Oggi si preferisce considerare il concetto di vulnerabilità come caratteristico di tutti gli esseri umani e pertanto indipendente da un particolare quadro morboso: anche la persona meno vulnerabile normalmente può reagire con uno scompensamento psichico anche di segno psicotico sotto l'influenza di circostanze sufficientemente gravi. Nei casi estremi una persona può paradossalmente costruire essa stessa eventi traumatici per non cadere vittima: ricerche su bambini maltrattati hanno ripetutamente documentato che il maltrattamento tende a ripetersi anche quando il bambino viene collocato in altre famiglie o Profezia Auto Avverante .

Tali schemi a cui si riallacciano le organizzazioni personali di significato che ciascuno di noi sviluppa in modo attivo durante la vita a contatto con il mondo esterno e come elaborazione delle esperienze interne, rappresentano il filtro attraverso cui vediamo noi stessi, ossia il concetto del nostro Sé, determinando il modo in cui organizziamo la nostra conoscenza, le relazioni.

Bisogna quindi, in un'ottica costruttivista

- Prendere in considerazione che esiste reciprocità tra l'individuo e i suoi contesti sociali
- Prendere in considerazione la gerarchia di strutture di significato di Sé quale elemento indicativo della vulnerabilità individuale
- Evitare di cadere nel riduzionismo biologico o psicosociale
- Avvicinarsi al paziente rispettando la sua singolarità e non considerarlo come aprioristicamente legato a una particolarità di disturbi.

Un prerequisito essenziale per la corretta identificazione degli schemi disfunzionali è dedicare attenzione alle problematiche di sviluppo, nell'ottica della teoria dell'attaccamento di Bowlby, più precisamente dei Modelli Operativi Interni del concetto di Sé e degli altri.

Se l'organizzazione dell'esperienza cognitiva o emotiva più precoce si memorizza a livello pre-verbale, probabilmente come memoria procedurale anoetica, durante lo stadio senso motorio dello sviluppo cognitivo; successivamente tali esperienze vengono organizzate come memoria semantica o auto-noetica .

<p>STILE DI PERSONALITA' Ø DEPRESSIVO</p>	<p>ESPERIENZA DI ATTACCAMENTO CON STILE EVITANTE</p>	<p>ORGANIZZAZIONE INWARD PROTESA AL DISTACCO ED EVITAMENTO CONCEZIONE DEL SE Ø INDIVIDUALE CON SENSO DI COSTRIZIONE AD OTTENIMENTO DI ACCETTAZIONE SENSAZIONE NEGATIVA DEL SE Ø NON MERITEVOLE DI ATTENZIONE</p>	
<p>STILE DI PERSONALITA' Ø FOBICO</p>	<p>INTERRUZIONE DI COMPORTAMENTI ESPLORATIVI DA PARTE DEL CARE-GIVER</p> <p>PERSONALITA' Ø DEBOLI: INSERIMENTO DI CREDENZE LIMITANTI</p> <p>PERSONALITA' Ø FORTI: ANALFABETISMO EMOZIONALE</p>	<p>IDENTITA' Ø PERMEATA DA SENSO DI INADEGUATEZZA E DEBOLEZZA ECCESSO DI BISOGNI DI PROTEZIONE MANCANZA DI RICONOSCIMENTO EMOZIONI NEGATIVE CHE VENGONO TUTTE ETICHETTATE COME PERICOLOSE</p>	<p>SOLUZIONI IN TERAPIA: RICONOSCERE LA PAURA</p> <p>DESENSIBILIZZA. SISTEMATICA</p> <p>RIDUZIONE CONSAPEVOLE DELL' Ø EVITAMENTO</p> <p>EVIDENZIARE ILLUSIONE CONTROLLO EVENTI</p> <p>UTILIZZO STRUMENTO FALSIFICAZIONE PER SPERIMENTAZIONE</p>
<p>STILE DI PERSONALITA' TENDENTE A DISTURBO OSSESSIVO - COMPULSIVO</p>	<p>STILE ATTACCAMENTO A BASSA CURA E ALTO CONTROLLO</p> <p>TIPOLOGIE: A Ø ANSIOSO/EVITANTE</p> <p>B- RESISTENTE/AMBIVALENTE</p> <p>TIPOLOGIA DELLE OSSESSIONI E COMPULSIONI</p>	<p>IDENTITA' Ø SCARSAMENTE FIDUCIOSA NELLE PROPRIE CAPACITA' Ø MNESTICHE</p> <p>TERRORE DEI SENSI DI COLPA E ACCUSE DI DERESPONSABILITA' Ø</p> <p>SOVRASTIMA MINACCE CATASTROFI</p> <p>PAURA ENTROPIA (NO CONTROLLO) SPORCIZIA CONTAMINAZIONE ORRORE DEL SENSO DI</p>	<p>SOLUZIONI MESSE IN ATTO DAL PAZIENTE: -EVITAMENTO NEUTRALIZZ. -RUMINAZION -CONTROLLI MENTALI - RICHIESTE RASSICURAZ. RIPETIZIONI</p>

	<p>ATTACCAMENTO NEI PRIMI 16 ANNI DI VITA PER TRAMITE PRESCRIZIONI</p>	<p>DISGUSTO</p>	<p>RITUALI</p> <p>SOLUZIONI IN TERAPIA: SI DEFINISCE QUALI SONO LE CONSEGUENZE CATASTROFICHE SE IL PAZIENTE NON ADOTTA IL RITUALE ó TECNICA ESEMPIO SEMAFORO ROSSO ó ESPOSIZIONE CON PREVENZIONE DI RISPOSTA-</p> <p>SI DEFINISCONO VANTAGGI E SVANTAGGI DEL PROBLEM SOLVING DEL PAZIENTE - TECNICA DELLA DOPPIA SEDIA E DEL FOGLIO DIVISO IN DUE ó</p> <p>SI AFFRONTA IL PROBLEMA DELLA COLPA CON LA TECNICA DEL GRAFICO A TORTA O DEL DOPPIO STANDARD MODIFICATO (FAR IMPERSONARE IL PROPRIO RUOLO A PERSONA CHE IL PAZIENTE STIMA</p> <p>SI AVVERTE IL PAZIENTE CHE LE RECIDIVE SONO PIUó GRAVI DEI PRECEDENTI</p>
<p>DISTURBI DEL COMPORTEAMENTO ALIMENTARE</p>	<p>STILE DI ATTACCAMENTO RIGIDO E DIRETTIVO CON CONTROLLO DELLE EMOZIONI DEL FIGLIO E RELAZIONE INTRUSIVA</p>	<p>CONCEZIONE DEL SEó CONFUSA NON RICONOSCIMENTO DELLE SENSAZIONI</p>	
<p>ORGANIZZAZIONE DI PERSONALITAó</p>		<p>DOTI DI MENTALISMO SVILUPPATE A</p>	<p>LA SCELTA DELLóORGANO</p>



PDF Complete

*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

		DISCAPITO DELLA LETTURA DELLE PROPRIE PERCEZIONI/EMOZIONI	BERSAGLIO INDICATIVA TIPO DI SQUILIBRIO	Eø DEL