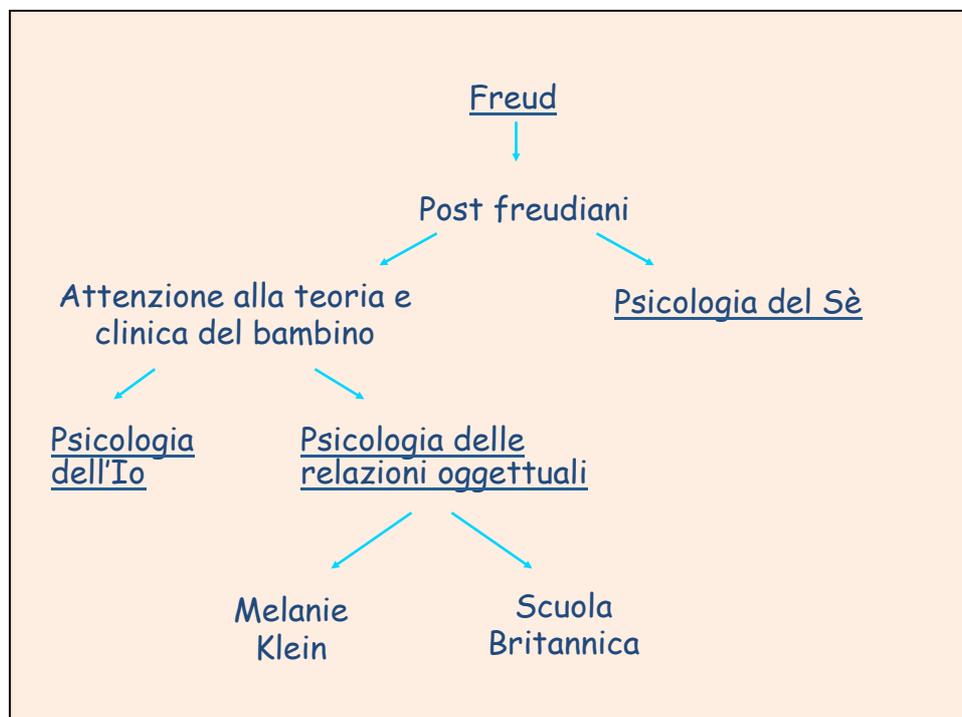


Prospettive psicomodinamiche sullo sviluppo evolutivo



Possiamo genericamente differenziare queste teorie attraverso il diverso modo di considerare alcuni aspetti teorici fondamentali della teoria psicoanalitica freudiana:

- Centralità della *pulsione*
- Teoria del *conflitto* (*vs deficit*)
- Teoria delle *difese*
- Teoria dello *sviluppo*
- *Sè*

Dal cervello alla mente

- 🌈 La prima attenzione di Freud va allo studio del **cervello** nella sua struttura fisica (neuroni e cellule nervose)
- 🌈 Il contatto con i neurologi francesi Charcot e Bernheim fa sorgere in lui l'interesse per le idee inconscie, spostando pertanto l'attenzione *dal cervello alla mente*
- 🌈 **Charcot** a partire da alcuni fenomeni quali le **paralisi e le cecità isteriche** elabora l'ipotesi che siano **le idee e non i nervi la fonte del problema**



Il termine viene dal greco **Hysteron, utero**. Infatti nell'**antica Grecia** si considerava che la causa di sintomi di questo tipo nelle donne fosse uno spostamento dell'utero.

Nella versione tipica ottocentesca, l'isteria si manifestava con **sintomi molto simili all'epilessia, paralisi degli arti, cecità momentanea, perdita di coscienza e della capacità di parlare**.

Finito l'attacco, seguiva spesso una **fase emozionale molto intensa, in cui il soggetto compiva azioni imprevedibili e esprimeva con poche parole o gesti sentimenti molto profondi, in uno stato semi-allucinatorio**.

Freud fu attratto, al pari di altri neurologi di fine secolo, dal fenomeno dell'isteria perché **provocava sintomi neurologici apparentemente organici**.

Da oltre un secolo gli psichiatri erano convinti che la malattia mentale fosse causata da qualche **tara o degenerazione ereditaria**, escludere una base organica li portava a temere un ritorno alla demonologia (questi sono gli anni di Darwin e del metodo scientifico).

I sintomi si presentavano come **insensibilità o ipersensibilità** (ad esempio anestesie, paralisi, spasmi).

In particolare l'isteria si distingueva per un particolare stato di coscienza, soprattutto durante quello che venne definito come grande attacco il soggetto era preda di uno **stato confusionale**, restrizione della coscienza, assenza di orientamento spaziale e temporale di cui al risveglio non serbava alcun ricordo (**amnesia**).

Con l'ipnosi era possibile provocare in soggetti sani uno stato simile a quello isterico nonché provocare sintomi isterici come paralisi, anestesi e ecc. Viceversa, era possibile con l'ipnosi guarire un sintomo isterico ordinandone la cessazione al risveglio dall'ipnosi.

Freud comincia a interessarsi degli aspetti psicologici dell'isteria; egli non condivide l'idea di Charcot il quale, pur ammettendo una componente psichica nella sintomatologia isterica, ritiene che essa sia comunque scatenata da fattori ereditari.

Il caso di Anna O.

Nel luglio del 1880, alcuni mesi dopo che il padre si era ammalato gravemente, iniziarono a manifestarsi diversi disturbi :

- strabismo convergente
- cefalea occipitale sinistra
- disturbi visivi associati e non
- paralisi dei muscoli della regione anteriore del collo
- contratture del braccio poi della gamba
- disfasia paradossale, incapacità di parlare altra lingua che l'inglese
- sensazione riferita di vedersi cadere addosso le pareti, di avere vuoti di memoria e di avere "perduto parti del tempo"
- torpore pomeridiano al quale verso sera subentrava a volte un sonno profondo e altre volte una forte eccitazione motoria
- comportamento e umore discontinui: passava da depresso, ansioso e relativamente normale ad aggressivo e incontrollato nel quale, talvolta sotto l'effetto di allucinazioni, scagliava oggetti contro le persone che cercavano di rassicurarla
- sonnambulismo ricorrente.
- idrofobia



Lo sviluppo iniziale

«Nei primi mesi della malattia del padre la giovane si dedicò con sacrificio al malato e, trascurando se stessa per il manifestarsi di una ripugnanza di ogni tipo di alimenti, andò incontro a un progressivo deperimento che esitò in grave anemia; per l'aggravarsi di tali problemi fu costretta ad abbandonare le cure del padre.

Per una tosse persistente venne chiamato un medico, e fu in questa circostanza che Anna incontrò per la prima volta Joseph Breuer che la ritenne un sintomo nervoso e considerati gli altri numerosi sintomi intervenuti iniziò a praticarle l'ipnosi.

Ben presto si manifestò una dislalia da una difficoltà nel trovare le parole seguita dalla perdita della grammatica e della sintassi, in breve tempo diventò completamente mutacica».

Breuer con un'intuizione geniale **congetturò che la giovane, sentendosi offesa per qualcosa, avesse deciso di non profferire più parola**; ma l'unico modo per sbloccare la situazione era di ottenere che parlasse. Ottenne ciò mediante l'ipnosi e il risultato positivo coincise con una progressiva ripresa della mobilità degli arti del lato sinistro nel marzo 1881.

L'obiettivo di Freud diviene quello di **spiegare il meccanismo psichico che è alla base dei sintomi isterici.**

Egli distingue:

l'affetto (somma di eccitamento) e la rappresentazione (ricordo, immagine); possono cioè, presentarsi separati o connessi tra loro;

vi sono rappresentazioni normali e rappresentazioni che non sono accettate consciamente dal soggetto, o di contrasto

L'intervento di Freud

Per indicazione di Freud un importante esperimento fu condotto per la prima volta da Breuer nella cura della malata.

Metodo catartico: visitare la paziente di sera ponendola sotto ipnosi e inducendola a raccontare tutti i pensieri che avevano occupato la sua mente dall'ultima visita del medico.

In seguito a tale nuova modalità di relazione il rapporto fra Anna e il medico si fece più intenso, la ragazza non riusciva ad aprirsi con nessun altro, ogni volta che Breuer era costretto ad allontanarsi per qualche giorno tutti i progressi che aveva raggiunto con le sedute sembravano sparire ed ella diventava irrequieta, agitata, intrattabile.

La conduzione del caso divenne impossibile per il manifestarsi del fenomeno che successivamente Freud avrebbe chiamato "**passione di transfert**", a causa del quale la paziente aveva iniziato a provare sentimenti d'amore per il medico.

Breuer scoprì che **quando la paziente in ipnosi dava sfogo verbale ai pensieri che riguardavano il periodo d'incubazione della malattia, certi sintomi scomparivano**. Ad esempio, Anna rifiutava di bere un bicchiere d'acqua malgrado il caldo e il bisogno di bere.

Durante l'ipnosi Anna riferì di avere visto una volta il cagnolino della sua dama di compagnia bere da un bicchiere ma non aveva parlato con nessuno dell'accaduto per evitare di essere scortese.

Dopo che la causa del disturbo fu così espressa il fenomeno non ricomparve più. Si poté così dedurre per la prima volta che i disturbi isterici hanno causa nelle passate esperienze del paziente.

Breuer con il caso di Anna O. (1880) permette di fare dei progressi nella comprensione dei *sintomi isterici*: il fallimento della tecnica ipnotica nella risoluzione dei sintomi isterici spinge a cercare nuove strade



Cura della parola: i sintomi scomparivano quando le associazioni della paziente consentivano di risalire fino al momento in cui ogni sintomo era apparso per la prima volta, invariabilmente dopo un evento stressante e disturbante



Metodo catartico: parlare del sintomo e la scarica emotiva ad esso associata avevano un effetto curativo (*abreazione*) (Es. acqua); in questo modo il soggetto si liberava dell'affetto legato al ricordo di un evento traumatico evitando che rimanesse patogeno

Queste prime considerazioni portano Freud e Breuer alla pubblicazione del primo saggio psicoanalitico: la *Comunicazione preliminare* (1893)



"*L'isterico soffrirebbe per lo più di reminiscenze*"
(Freud, 1892-1895)



L'isteria sarebbe causata da **ricordi bloccati e dai vissuti emotivi ad essi associati** mai sperimentati in modo normale ed emersi poi sotto forma di sintomi apparentemente inesplicabili. Quando si riesce a risalire alle loro origini e significato, le emozioni a questi associati si scaricherebbero in uno sfogo catartico ed il sintomo scompare.

Alcune esperienze generano vissuti che si separano dal resto della mente

- **Breuer:** "*stati ipnoidi*" o stati di coscienza alterati
- **Freud:** il contenuto effettivo dei ricordi e dei sentimenti patogeni è in *conflitto* con il resto della coscienza e per questo viene mantenuto fuori dalla consapevolezza

Dall'ipnosi alla psicoanalisi

Dal momento in cui la psicoanalisi abbandona l'ipnosi diviene una **metodologia a sé**.

Il requisito più importante per l'**eliminazione del sintomo** era **che il materiale inconscio pervenisse alla coscienza**. Nella mente del paziente c'è una forza che oppone **resistenza**, una difesa per tenere lontani dalla coscienza i ricordi inaccettabili



La **trance ipnotica** aggirava artificialmente la difesa permettendo solo all'analista di accedere ai contenuti sommersi, perché la resistenza veniva ripristinata al termine della trance

Il modello topico

In termini *teorici* Freud immagina inizialmente un modello topico della mente suddiviso in **tre aree**:

- *Inconscio*: idee e sentimenti inaccettabili
- *Preconscio*: idee e sentimenti inaccettabili prossimi a divenire coscienti
- *Conscio*: idee e sentimenti coscienti in ogni momento

Elementi della psicoanalisi freudiana:

- ❖ Ipnosi
- ❖ Interpretazione dei sogni e libere associazioni
- ❖ Transfert e resistenze
- ❖ Interpretazione, setting e controtransfert
- ❖ Sessualità infantile
 - Teoria delle pulsioni: pulsioni libidiche e aggressive
 - Teoria del conflitto psichico
- ❖ I e II topica

La sessualità infantile

*Formazione del sintomo in due tempi: i conflitti attuali ed i sintomi erano invariabilmente legati ad eventi della prima infanzia, ad **episodi traumatici avvenuti prima dei 6 anni, ed in particolare episodi traumatici di carattere sessuale***



Teoria della seduzione infantile

Alla radice di ogni nevrosi c'è l'**introduzione prematura della sessualità nell'esperienza del bambino**; questa però acquista **significato solo con la pubertà**; le nuove intense sensazioni adolescenziali riaccendono i ricordi creando una forte pressione che produce sintomi nevrotici

Trauma: esperienza connessa a forte angoscia, sgomento o vergogna; invece di un unico intenso trauma spesso vi sono vari traumi parziali che si sommano nella loro efficacia.

Tecnica terapeutica:

- la tecnica ipnotica permette di far emergere il ricordo del trauma;
- se si riesce a far emergere l'affetto relativo a quel ricordo ripristinando la connessione tra affetto e ricordo è possibile provocarne l'abreazione (scarica emozionale);
- L'abreazione può produrre un effetto catartico (scarica, purificazione), ovvero portare alla scomparsa del sintomo;
- il ricordo ha efficacia terapeutica solo se è messo in connessione con l'affetto.

Dalla teoria del **trauma reale** alla **teoria della sessualità infantile** (1897)



Freud si accorge che il **trauma all'origine dei sintomi non doveva essere necessariamente avvenuto: gli impulsi, le fantasie ed i conflitti alla base dei sintomi nevrotici non derivavano da eventi reali e da influenze esterne, ma dalla mente del bambino stesso**



Fasi dello sviluppo psicosessuale

- Secondo la teoria psicoanalitica lo sviluppo viene considerato come **passaggio attraverso vari stadi**. In corrispondenza coi diversi stadi alcune zone denominate **zone erogene** acquistano predominanza.
- Le zone erogene sono centri di sensazioni piacevoli.

Fasi dello sviluppo psicosessuale

- Il primo stadio pulsionale (**dalla nascita ai 18 mesi - stadio orale**) è organizzato intorno alla **funzione alimentare**.
- Durante la fase orale, la modalità fondamentale di relazione con il mondo esterno è quindi di tipo nutritivo; la libido si concentra nella zona orale, che diviene così una zona erogena.
- Il bambino, infatti, tende a portare ogni cosa alla bocca, dal seno della madre agli oggetti che lo circondano, ed attraverso questa inizia a relazionarsi col mondo. La durata della fase orale è variabile e strettamente dipendente dalla modalità e durata dell'allattamento.
- Dopo aver individuato l'organizzazione orale, Freud indica pertanto come prima fase della sessualità la fase orale; la fonte è la zona orale, l'oggetto è in stretto rapporto con quello dell'alimentazione, **la meta è l'incorporazione**.

- In questa fase, gestita dall'Es, si crea l'*Urvertrauen*, la **fiducia primordiale**: **il bambino pensa che tutto il mondo appartenga a lui o alla sua bocca**; è egoista ed egocentrico.
- Successivamente, con la comparsa dei denti, il bambino comincia a **provare piacere nel mordere e masticare gli oggetti (fase *sadico-orale*)**.
- Le fissazioni relative a questa fase vengono definite **fissazioni orali**, e scaturiscono dalla lunghezza più o meno protratta di questo periodo. Si manifestano prevalentemente con **un'ossessiva stimolazione della zona orale, comportando l'eccessivo attaccamento dell'adulto ad abitudini che coinvolgono l'utilizzo della bocca (suzione, alimentazione)**.
- Da un punto di vista comportamentale, l'individuo potrebbe manifestare **un'inclinazione al vittimismo, regredire verso uno stato di dipendenza e/ o sviluppare *pratiche oralmente dipendenti*** (tabagismo, alcolismo, logorrea o manifestando una forte dipendenza dal cibo) costituendosi una **personalità sarcastica o pungente** (caratteristiche queste indicate come *qualità sadico-orali*).

Fase orale e disturbo Narcisistico di personalità

La signora sofferente (Da Kraepelin E: *Lectures in Clinical Psychiatry* (1904))

- La giovane donna di 30 anni, accuratamente vestita in nero, che giunge nell'atrio con passi corti e trascinati, appoggiandosi all'infermiera e si lascia cadere sulla sedia come se fosse esausta, vi dà l'impressione di essere ammalata. È di struttura esile, i tratti sono chiari e atteggiati alla sofferenza, gli occhi sono abbassati. Le dita piccole e curate giocano nervosamente con un fazzoletto. La paziente risponde alle domande rivoltele con voce bassa e stanca, senza alzare lo sguardo e appare orientata nel tempo, nello spazio e per quanto la circonda. Dopo pochi minuti chiude convulsamente gli occhi, la testa cade in avanti e sembra essere caduta in un sonno profondo. Le braccia sono diventate molli e cadono giù se si tenta di sollevarle. Ha smesso di rispondere e se si tenta di sollevare le palpebre gli occhi ruotano improvvisamente in alto. Stimolandola con un ago si produce soltanto un fremito leggero, ma spruzzando dell'acqua fredda segue un sospiro profondo; la paziente trasale, apre gli occhi, si guarda intorno con sorpresa e gradualmente torna in sé. Dice di avere appena avuto uno dei suoi attacchi di sonno, di cui soffre da 7 anni. Le vengono piuttosto irregolarmente, spesso più volte al giorno e durano da pochi minuti fino a mezz'ora.*

A proposito della storia della sua vita la paziente ci dice che... è stata educata in scuole religiose ed ha superato l'esame per diventare insegnante. Da ragazza ha inalato grosse quantità di cloroformio, che si procurava di nascosto, per il mal di denti. Soffriva anche di cefalea, che si risolse con la rimozione di alcuni polipi nasali. Facilmente presentava stati confusionali durante episodi febbrili. Tredici anni fa aveva ottenuto un posto come governante in Olanda, ma presto si ammalò ed ha trascorso gli ultimi 7 anni in diversi ospedali, eccettuato un breve intervallo in cui ebbe una collocazione in Moravia. Dalle affermazioni dei familiari e dei medici si apprende che la paziente ha sofferto dei disturbi più vari ed è stata sottoposta ai trattamenti più particolari. Per la presenza di violenti dolori addominali e di disturbi mestruali, attribuiti alla stenosi del canale cervicale e alla retrocessione dell'utero, si ricorse alla resezione della parte che si supponeva causasse l'ostruzione e all'introduzione di un pessario. In un periodo successivo manifestò perdita della voce e una contrazione dell'avambraccio destro della coscia sinistra avambraccio della coscia? e venne trattata con massaggi, applicazioni elettriche, bendaggio e trazioni in anestesia.

Comparve inoltre oppressione cardiaca e respirazione difficoltosa, con deficit temporaneo di vari gruppi muscolari, disturbi della minzione, diarrea e sensazioni somatiche migranti spiacevoli, prevalentemente cefalea. Contemporaneamente venivano osservate alterazioni timiche straordinariamente intense ed improvvise, con introspezione e richieste di considerazione da parte di coloro che la circondavano e dei parenti, sebbene questi ultimi avessero compiuto i sacrifici maggiori.

Venne tentato di tutto: bagni in acqua salsa, bagni russi, bagni in aghi di pino, elettricità, trasferimento in campagna, soggiorni estivi e infine soggiorni in Riviera, generalmente ottenendo soltanto al massimo un fuggevole miglioramento. La causa immediata del ricovero della paziente era stato, due anni fa, l'aumento degli "attacchi durante il sonno"; alla fine comparivano anche quando la paziente era sveglia e potevano persistere per un'ora. Gli attacchi continuarono a presentarsi in ospedale dove veniva osservata anche respirazione convulsa, che poteva essere influenzata dalla suggestione.

Dopo avervi trascorso 8 mesi, da prima si trasferì presso sua sorella, ma dopo pochi mesi dovette essere condotta in un altro istituto, dove rimase per circa un anno e quindi, dopo un breve periodo trascorso con la sua famiglia, tornò da noi.

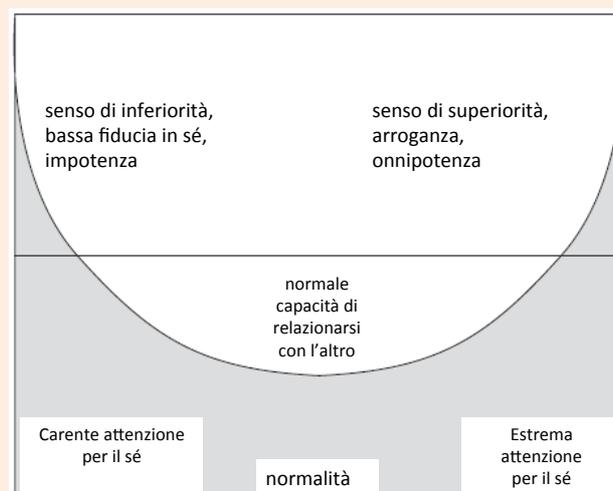
Durante la sua attuale permanenza qua, sono comparsi i così detti "attacchi maggiori" in aggiunta ai suoi precedenti disturbi. Tenteremo di produrre uno di tali attacchi con una pressione sulla sensibilissima regione ovarica sinistra. Dopo uno o due minuti di pressione moderata, durante i quali la paziente manifesta un dolore acuto, la sua espressione si altera. Si dondola avanti e indietro con gli occhi chiusi e ci grida forte, generalmente in francese, di non toccarla.

"Non dovete farmi niente, individui spregevoli, cochon, cochon!" Grida aiuto, spinge con le mani e si contorce come se dovesse sottrarsi ad un assalto sessuale. Dovunque venga toccata aumenta la sua eccitazione. Tutto il suo corpo è incurvato indietro. Improvvisamente il quadro si modifica e la paziente ci prega pietosamente di non essere maledetta, si lamenta e singhiozza rumorosamente. Anche questa condizione presto termina spruzzandola con acqua fredda. La paziente rabbrivisce, si sveglia con un profondo respiro e volge attorno uno sguardo fisso apparendo stanca e attonita; non riesce a spiegare che cosa sia accaduto.

L'esame fisico della paziente non mostra attualmente particolari disturbi, eccetto le anomalie già menzionate. Vi è soltanto una marcata debolezza, in conseguenza della quale spesso rimane a letto o tende a sdraiarsi. Tutti i suoi movimenti sono fiacchi e flebili ma non vi è alcuna invalidità reale. Spesso dorme molto male; talvolta durante la notte vaga, sveglia le infermiere e manda a chiamare il medico. L'appetito è molto scarso, ma ha l'abitudine di fare spuntini nell'intervallo tra i pasti con tutti i tipi di dolci, frutta e marmellata che le vengono mandati dai familiari su sua richiesta.

Con la sua crescente conoscenza della malattia le simpatie emotive della paziente sono sempre più confinate all'incoraggiamento egoistico dei propri desideri. Cerca inesorabilmente di carpire le maggiori attenzioni possibili da coloro che la circondano, obbliga il medico ad occuparsi di lei giorno e notte per minimi pretesti, è estremamente sensibile a qualsiasi presunto rifiuto, è gelosa se viene mostrata preferenza per le altre pazienti e cerca di indurre il personale a cedere alle sue lamentele, accuse e scoppi di rabbia. I sacrifici fatti dagli altri, particolarmente dalla sua famiglia, vengono considerati dovuti e la sua occasionale elargizione di ringraziamenti serve soltanto a preparare la strada per nuove richieste. Per assicurarsi la simpatia di coloro che la circondano ricorre a descrizioni sempre più convincenti dei suoi tormenti fisici e mentali, ad esagerazioni istrioniche dei suoi attacchi ed a delucidazioni efficaci del proprio carattere. Si definisce l'abbandonata, l'esiliata e con misteriose allusioni confessa esperienze e difetti orribili e piacevoli che confiderà soltanto all'intima discrezione del suo migliore amico, il dottore.

Narcisismo tra normalità e patologia



Tratto da Millon, Personality disorders in modern life, 2004

Criteria diagnostici del DSM V per il disturbo narcisistico di personalità

Quadro pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) senso grandioso di **importanza**
- 2) fantasie di illimitati successo, potere, fascino, bellezza, e di amore ideale
- 3) **credenza di essere "speciale" e unico**, e di dover frequentare e poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classe elevata
- 4) irragionevole aspettativa di **trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative**

- 6) richiesta di eccessiva ammirazione
- 7) presenza di comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi
- 8) mancanza di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri
- 9) si approfitta degli altri per i propri scopi
- 10) invidia nei confronti degli altri, o credenza che gli altri lo invidino

Il sé

- Sé percepito come **meritevole di attenzione e ammirazione** (es., ritiene di essere speciale, se non unico, degno di grande ammirazione, nonostante possa essere invece percepito dagli altri come egoista, sconsiderato e arrogante)
- **«Cognitivamente espanso»** (es., coltiva fantasie di successo, bellezza, o amore vincolate solo marginalmente alla realtà oggettiva, manipola o abbellisce il resoconto dei fatti per conformarli all'idea di «come avrebbero dovuto essere»)

Livello intrapsichico

- **Meccanismi di razionalizzazione** (es., è ingannevole per sé e per il prossimo. **Giustifica in modo posticcio comportamenti sconsiderati, crea alibi** che lo mettano in buona luce davanti malgrado carenze o fallimenti siano evidenti)
- **Meccanismi mistificatori del passato** (es., i ricordi di eventi discordanti dall'immagine di grandezza e perfezione che coltiva di sé vengono rimodellati in funzione della valorizzazione del proprio ego)
- **Strategie di coping e difesa fragili, regolazione parziale degli impulsi**

Livello comportamentale

- **Superbo ed arrogante** (es., agisce in modo altezzoso, pomposo e sprezzante, violando le regole o considerandole come non rilevanti per il sé; è indifferente nei confronti dei bisogni e dei diritti degli altri)
- Generale aria di **noncuranza**, imperturbabilità, e finta tranquillità; sembra non impressionabile o allegramente ottimista. Reagisce però con rabbia e/o vergogna alle critiche
- **Sfruttamento interpersonale** (es., non è empatico e si aspetta di ottenere favori e riconoscimento; usa il prossimo altri per conseguire vantaggi personali)

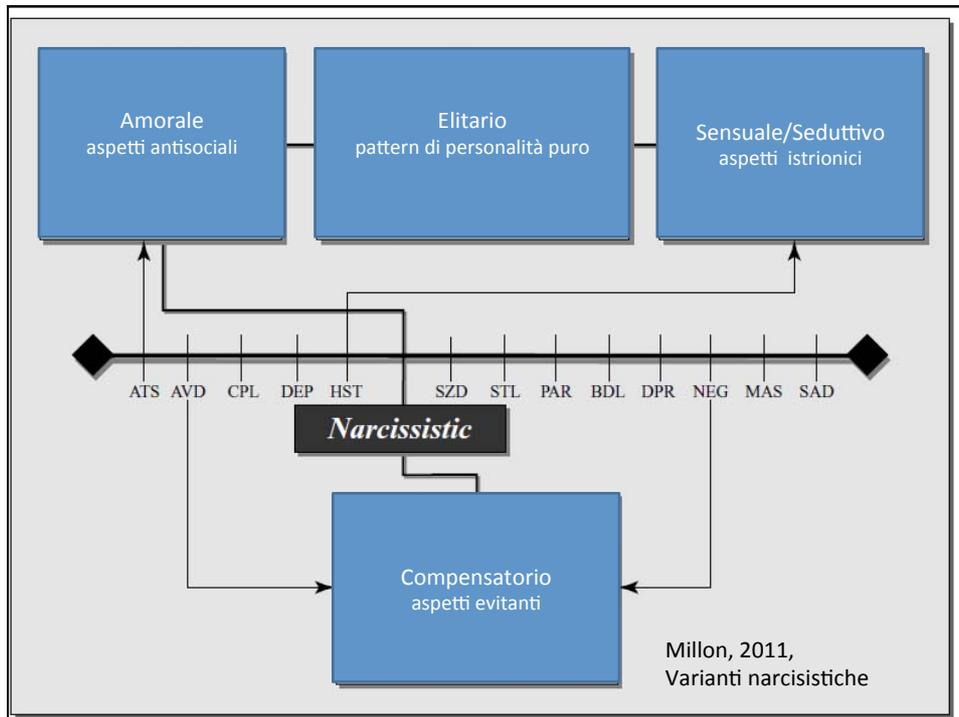
Modelli psicodinamici

- Kernberg
Il Sé patologicamente grandioso del narcisista funge da **difesa contro i rischi connessi all'investimento sull'altro e dalla dipendenza nei suoi confronti**.
Coltiva una **pseudo-autosufficienza** che coesiste con il diniego dei bisogni di accudimento e con tentativi persistenti di impressionare gli altri per ottenerne l'approvazione.
- Kohut
Il Sé grandioso del narcisista non ha carattere difensivo ma appare **bloccato nel suo percorso evolutivo verso la maturità**. E' infatti alla ricerca costante di approvazione da parte di surrogati genitoriali.

Tipologie di disturbi narcisistici

<i>Inconsapevole (overt narcissism)</i>	<i>Ipervigile (covert narcissism)</i>
Non ha consapevolezza delle reazioni che suscita negli altri	E' fortemente sensibile alle reazioni che suscita negli altri
E' arrogante e aggressivo	E' inibito, schivo, si eclissa
E' concentrato su se stesso	Dirige l'attenzione principalmente sugli altri
Ha bisogno di essere al centro dell'attenzione	Evita di essere al centro dell'attenzione
E' «trasmittente» ma non «ricevente»	Ascolta gli altri con molta attenzione per evidenziarne mancanza di rispetto o critica
E' apparentemente impermeabile all'idea di essere criticato o ferito dagli altri	Si sente ferito con facilità; prova facilmente sentimenti di vergogna o umiliazione

- Narcisisti inconsapevoli e ipervigili impiegano **considerevoli risorse per la valorizzazione del proprio ego. Seguono però strategie diverse:**
 - a. I narcisisti *inconsapevoli* tentano di *impressionare* positivamente gli altri con le proprie qualità e talenti (grandiosità ed esibizionismo, potenziale aggressività)
 - b. I narcisisti *ipervigili* evitano *situazioni di vulnerabilità*, studiando attentamente gli altri per dare l'immagine di sé che ritengono più appropriata al contesto (vulnerabilità e sensibilità, introversione, atteggiamento difensivo, ansioso e vulnerabile)



Fasi dello sviluppo psicosessuale

- Con l'acquisizione del controllo sfinterico, inizia lo **stadio anale** (dai **18 mesi ai tre anni**). Questa nuova acquisizione è un ulteriore **passo verso l'individuazione**, in quanto **la defecazione, con il piacere associato di espellere o trattenere, diventa un atto che il bambino può controllare**.
- **La decisione di urinare o defecare rappresenta il primo atto simbolico di negazione o accondiscendenza, rispetto alle necessità di autocontrollo imposte dalle figure genitoriali e - per estensione - dalle istituzioni sociali, che esigono dall'individuo adeguamento alle norme condivise e autocontrollo.**
- Trattenere o lasciare andare le feci diventa espressione di controllo sul mondo esterno, per cui defecare assume il significato di **dono o di ostilità**.

- Analogamente, **lo sviluppo di autostima e autonomia sono associate allo sviluppo della capacità di controllare volontariamente la defecazione.**
- La **fissazione anale espulsiva**, originata da un'eccessiva **gratificazione nella fase anale e da un'educazione eccessivamente permissiva**, si manifesta nel bambino con la tendenza a defecare in posti non opportuni, generando in futuro un *carattere anale espulsivo*, il quale svilupperà una **personalità estremamente disordinata, crudele e distruttiva, con tendenza alla manipolazione.**
- In caso di **gratificazione insoddisfacente**, il bambino trarrà piacere dalla ritenzione delle feci, a dispetto dell'educazione impartita dai genitori, provocando una **fissazione anale ritentiva**; il futuro adulto anale ritentivo sarà caratterizzato dall'estrema cura dei dettagli, con uno **spiccato senso del possesso, parsimonioso, organizzato, ostinato ed ossessionato dall'ordine e dall'igiene.**

DISTURBO DI PERSONALITA' OSSESSIVO-COMPULSIVO

CASO CLINICO Il “lavoro-dipendente”

Il paziente è un avvocato di 45 anni che richiede il trattamento su insistenza della moglie, la quale è stanca del loro matrimonio, non può più tollerare la sua freddezza emotiva, le richieste rigide, la sua prepotenza, il disinteresse sessuale, i lunghi orari di lavoro e i frequenti viaggi di affari. Il paziente non prova alcun disagio particolare nel suo matrimonio ed ha accettato la consulenza solo per accontentare la moglie.

Ben presto, tuttavia, emerge che il paziente è preoccupato da problemi lavorativi. È conosciuto come l'uomo di punta di uno studio legale ben avviato. È stato il più giovane socio nella storia dello studio ed è famoso per la sua capacità di gestire molti casi contemporaneamente. Recentemente, si trova sempre più incapace di sostenere quei ritmi. È troppo orgoglioso per rifiutare un nuovo caso e troppo perfezionista per rimanere soddisfatto dal lavoro svolto dai suoi assistenti.

Scontento dal loro stile e dalla struttura delle frasi, si trova costantemente a correggere le loro difese giudiziarie e quindi incapace di stare al passo con i suoi impegni. I collaboratori lamentano che la sua attenzione per i dettagli e la sua incapacità a delegare le responsabilità stanno riducendo la sua efficienza. In 15 anni ha avuto due o tre segretarie l'anno; nessuna di esse può tollerare di lavorare con lui per molto tempo perché egli è troppo critico riguardo agli errori commessi dagli altri. Quando vengono assegnati i compiti, non riesce a decidere quale discutere per primo, comincia a fare programmi per sé e per i collaboratori, ma poi non riesce a incontrarli e lavora 15 ore al giorno. Trova difficile essere risoluto adesso che il suo lavoro è aumentato al di là del suo diretto controllo.

Il paziente tratta i suoi figli come se fossero delle bambole meccaniche, ma anche con un chiaro affetto sottostante. Descrive sua moglie come una "compagna adeguata" ed ha difficoltà a capire perché sia insoddisfatta. È puntiglioso nei modi e nell'abbigliamento, l'eloquio è lento e monotono, arido e privo di humour, con una testarda determinazione nel fare intendere l'argomento.

È figlio di due genitori "in carriera", estremamente dediti al lavoro. È cresciuto con la sensazione di non lavorare mai abbastanza, di avere molto da raggiungere e poco tempo a disposizione. È stato uno studente modello, un "topo di biblioteca", goffo e impopolare nelle attività sociali adolescenziali. È sempre stato competitivo e ambizioso. Ha difficoltà a rilassarsi in vacanza, sviluppa complessi programmi di attività per ciascun membro della famiglia e diventa impaziente e furioso se essi rifiutano di seguire i suoi piani. Gli piacciono gli sport, ma ha poco tempo per praticarli e rifiuta di giocare se non è al massimo della forma. Sui campi di tennis è ferocemente competitivo ed ha difficoltà a perdere.

CARATTERISTICHE CLINICHE DEL DISTURBO DI PERSONALITA' OSSESSIVO-COMPULSIVO

- 1. attenzione per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione** o gli schemi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività
2. mostra un **perfezionismo** che interferisce con il completamento dei compiti (per es., è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi standard oltremodo rigidi)

5. eccessiva dedizione al **lavoro** e alla **produttività**, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie
6. esageratamente **coscienzioso, scrupoloso, inflessibile** in tema di moralità, etica o valori (non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa)
7. è **incapace di gettare** via oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno alcun significato affettivo

5. è **riluttante a delegare** compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano esattamente al suo modo di fare le cose
6. adotta una modalità di spesa improntata all'**avarizia**, sia per sé che per gli altri; il denaro è visto come qualcosa da accumulare in vista di catastrofi future
7. manifesta **rigidità e testardaggine**.

Soggetti affetti da OCPD non presentano un'emotività ridotta, tuttavia tendono a un **forte controllo delle emozioni**. In modo più o meno conscio ritengono **l'affettività e le emozioni una perdita del controllo**.

Le emozioni represses si accumulano senza la possibilità di essere sfogate o vissute apertamente, ciò provoca stati di sofferenza. Le più frequenti emozioni negative nei soggetti ossessivo-compulsivi sono:

l'**ansia** dovuta ad una mancanza di ordine, di controllo o di impostazione "approvata";

la **rabbia** può seguire alle critiche e disapprovazione frequenti, che il soggetto attira su di sé per l'approccio interpersonale rigido;

la **frustrazione** per non aver portato a termine un compito o per non aver raggiunto gli standard autoimposti;

l'**invidia** nei confronti di persone che, pur non seguendo il metodo "corretto", ottengono risultati e riconoscimenti migliori.

Poiché **esprimere pubblicamente la rabbia è considerato inaccettabile** da questi soggetti, essi aumentano ogni volta gli sforzi per reprimerla, creando **un circolo vizioso** a livello emotivo.

Possono mostrarsi eccessivamente **zelanti ed ossequiosi nei confronti dei superiori e ipercritici e controllanti nei confronti dei sottoposti**.

Sebbene siano convinti di avere standard morali più elevati degli altri, si sforzano di apparire sempre posati e modesti, **evitando di mostrare orgoglio o altezzosità**. Questo è dovuto alla loro paura di sbagliare e di essere rimproverati per i loro errori.

LA PERSONALITA' PREMORBOSA

La personalità premorbosa dei pazienti ossessivi è stata variamente definita: personalità anancastica, carattere anale, personalità psicastenica.

Caratteristiche della personalità ossessiva sono:

- il perfezionismo;
- l'eccessiva dedizione al lavoro, con esclusione delle attività di svago e delle amicizie;
- l'eccessiva attenzione per i dettagli e l'organizzazione;
- l'indecisione;
- l'insistenza irragionevole affinché gli altri si sottomettano incondizionatamente al proprio volere;
- la necessità di mantenere costantemente il controllo delle proprie emozioni (coartata espressione dell'affettività);
- l'eccessiva inflessibilità in tema di moralità, etica o valori;
- la mancanza di generosità.

SVILUPPO INFANTILE OSSESSIVO e idee su di se'

LA REGOLA e la PRECISIONE
(sarò sicuro se seguio le regole con precisione)

IL SENSO di RESPONSABILITA'
(un eventuale danno dipende da me che non sono stato scrupoloso)

RICERCA DI PERFEZIONISMO

BISOGNO DI CERTEZZE

INTOLLERANZA AL DUBBIO

PERDITA DEL SENSO DI PROBABILITA'

Fasi dello sviluppo psicosessuale

- Il passaggio alla **fase fallica** (dai tre ai cinque anni) è caratterizzato dalle **esperienze masturbatorie** legate all'interesse per la zona genitale quale nuova zona erogena.
- L'interesse sia del maschio sia della femmina per gli organi genitali produce un **confronto che rende evidente l'esistenza di differenze anatomiche tra maschi e femmine (curiosità sessuali)**.

Fasi dello sviluppo psicosessuale

- Il **complesso edipico** costituisce il **desiderio inconscio e rimosso di ogni bambino o bambina di avere un rapporto sessuale coi propri genitori**.
- Ciascun bambino attraversa questa fase, che riveste un ruolo fondamentale nel futuro **sviluppo dell'identità sessuale**; tutte **le pulsioni del complesso edipico vengono rimosse alla fine della fase fallica**.
- I desideri inconsci nei confronti dei genitori del sesso opposto creano nel bambino **forti sentimenti di colpa e la paura di essere punito dal genitore dello stesso sesso** (angoscia di castrazione).
- Il bambino o la bambina **rinuncia al genitore amato e si identifica con il genitore dello stesso sesso, superando il complesso edipico**. Si struttura il Super Io.

- Nel bambino la paura di essere punito dal padre si associa alla **angoscia di castrazione**.
- **Identificazione con la figura del padre**, che diviene modello fortemente idealizzato di forza e virilità, e sviluppo di una chiara identità sessuale, alla quale concorre la presenza e la disponibilità della figura paterna.

- **Nella bambina si parla di complesso di Elettra**: la percezione dell'assenza del pene nella madre concorre a sviluppare nella bambina **invidia verso il pene maschile**.
- La bambina teme di essere punita dalla madre a causa delle sue fantasie (sostituirsi alla madre ed avere un figlio dal padre, eguagliandola), ed allevia la propria frustrazione imitando la madre e divenendo simile a lei, nel tentativo di suscitare l'amore e l'attenzione del padre. A questo punto si sposta nella fase di latenza.
- L'adulto caratterizzato da una fissazione fallica mostra segni di **promiscuità, asessualità o amoralità, oltre a disturbi sessuali e relazionali**.

Il disturbo istrionico di personalità

CASO CLINICO - Il mio Fan Club

Nel corso di una visita medica di controllo, Nick, un uomo afro-americano, celibe, di 25 anni, iniziò improvvisamente a piangere e rivelò di essere molto depresso e di pensare ad un tentativo di suicidio messo in atto quando era adolescente. Il medico lo inviò per una valutazione psichiatrica.

Nick è un bell'uomo, alto, muscoloso, con la barba. È vestito meticolosamente con un completo bianco e porta una rosa all'occhiello. Entra nello studio dello psichiatra, si ferma in modo teatrale ed esclama: "Non sono meravigliose le rose in questo periodo dell'anno?" Quando gli viene chiesto perché si sottoponga alla valutazione, replica divertito di averlo fatto per compiacere il medico di famiglia il quale "sembrava preoccupato" per lui. Dice anche di avere letto un libro sulla psicoterapia e spera che vi sia qualcuno molto speciale che possa comprenderlo: "Sarei il paziente più incredibile". Quindi prende il controllo sul colloquio e comincia a parlare di sé, dopo avere commentato, un po' scherzosamente: "Speravo che lei fosse attraente come il mio medico di famiglia".

Nick estrae dalla sua borsa una serie di ritagli di giornali, il suo curriculum, fotografie che lo ritraggono, tra cui alcune in compagnia di personaggi famosi e la fotocopia di un dollaro sul quale il suo volto rimpiazza quello di George Washington. Usando questi oggetti come introduzione, inizia a raccontare la sua storia.

Spiega che negli ultimi anni ha "scoperto" alcuni attori divenuti attualmente famosi, tra cui ne descrive uno "fisicamente un perfetto idolo per gli adolescenti". Si era offerto volontariamente per coordinare la pubblicità per l'attore e quindi aveva posato in costume da bagno in una scena che ricordava il film di successo dell'attore. Nick, imitando la voce dell'attore, prima scherzosamente e poi seriamente descrive come lui e l'attore condividano un passato simile: entrambi erano stati rifiutati dai loro genitori e dai coetanei ma avevano superato tutto questo ed erano diventati popolari.

Quando l'attore giunse in città Nick noleggiò una limousine e si mise in mostra al ricevimento "per scherzo", come se lui stesso fosse la star. L'agente dell'attore esprime disappunto per quanto egli aveva fatto, facendo montare Nick su tutte le furie. Quando si calmò, capì che stava perdendo del tempo a promuovere gli altri ed era ormai tempo di promuovere sé stesso. "Un giorno" disse indicando la foto dell'attore, "desidererò diventare presidente del mio fan club".

Nick ha avuto scarsa esperienza di recitazione di natura professionale, ma è sicuro che il successo sia "soltanto questione di tempo". Estrae del materiale promozionale che ha scritto per i suoi attori dicendo: "Dovrei scrivere delle lettere a Dio – Gli piacerebbero!" Quando lo psichiatra si sorprende perché parte del materiale è firmata con un nome diverso da quello che Nick ha dato alla segretaria, Nick estrae un documento legale che spiega il cambiamento di nome. Ha lasciato il suo cognome originario e lo ha sostituito con il suo secondo nome.

Interrogato sulla sua vita sentimentale, Nick dice di non avere un'amante, perché la gente è assolutamente "superficiale". Quindi mostra un ritaglio di giornale sul quale ha impresso il suo nome e quello della sua ex amante in un titolo che dice; "La relazione è terminata". Più recentemente ha frequentato e amato molto un uomo che portava il suo stesso nome, ma quando la passione scomparve, si rese conto che l'uomo era brutto e lo imbarazzava perché si vestiva poveramente. Quindi Nick spiega di possedere oltre 100 cravatte e circa 30 vestiti e di essere fiero di quanto spende per "farsi bello". Attualmente non ha relazioni con altri uomini omosessuali e li descrive come "interessati soltanto al sesso". Considera gli uomini eterosessuali come "incuranti e privi di senso estetico". Gli unici che lo hanno capito sono stati uomini più anziani che hanno sofferto quanto lui. "Un giorno, la gente incurante e felice, che mi ha ignorato, farà la coda per vedere i miei film."

Il padre di Nick, alcolista, era molto critico nei suoi confronti, raramente era presente ed aveva molte relazioni sentimentali. Sua madre era "come un'amica", cronicamente depressa per le relazioni di suo marito, si rivolgeva a suo figlio, baciandolo spesso sulle labbra fino ai 18 anni, quando anche lei ebbe una sua relazione sentimentale. Quindi Nick si sentì abbandonato e tentò il suicidio. Descrive un'infanzia sofferta, durante la quale era tormentato dai coetanei per il suo aspetto stravagante, finché cominciò a fare body building.

Al termine del colloquio, Nick viene inviato ad un esperto associato alla clinica, che applica una tariffa minima (10 dollari) che egli può permettersi. Tuttavia Nick richiede una consulenza con qualcuno che gli offra un trattamento gratuito, non vedendo alcuna ragione per pagare qualcuno dato che il terapeuta "ne avrebbe ricavato" quanto lui.

Disturbo Istrionico di Personalità

Gli individui con DIP si sentono a disagio o non apprezzati quando non sono al **centro dell'attenzione**. Tendono ad attirare l'attenzione, e possono inizialmente affascinare le nuove conoscenze per il loro entusiasmo, apparente apertura o seduttività.

L'aspetto e il comportamento degli individui con questo disturbo sono spesso **inappropriatamente provocanti** o **seduttivi** dal punto di vista sessuale. Questo comportamento si manifesta in una grande varietà di relazioni sociali, lavorative e professionali, al di là di quanto sia appropriato dato il contesto sociale.

L'espressione emotiva può essere superficiale e rapidamente mutevole.

Gli individui con questo disturbo costantemente **utilizzano l'aspetto fisico per attrarre l'attenzione**. Sono eccessivamente **preoccupati di impressionare gli altri** per il loro aspetto, e spendono un'eccessiva quantità di tempo, energia e denaro per gli abiti e per le cure personali. Possono "andare in cerca di complimenti" per il loro aspetto, ed essere facilmente ed **eccessivamente turbati da un commento critico per come** appaiono o da una fotografia che considerano non adulatoria.

Eloquio eccessivamente impressionistico e privo di dettagli. Convincenti opinioni vengono espresse con acume, ma le ragioni sottostanti sono di solito vaghe e generiche, senza fatti e dettagli di supporto.

Gli individui con questo disturbo sono caratterizzati da **autodrammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni**. Le loro emozioni spesso sembrano accendersi e spegnersi troppo rapidamente per essere vissute in modo profondo, cosa che può portare gli altri ad accusare l'individuo di simulare questi sentimenti.

Hanno un **elevato grado di suggestionabilità**. Spesso considerano le relazioni più intime di quanto non siano in realtà. Sono comuni voli romantici della fantasia.

- Secondo la prospettiva analitica la **madre del futuro istrionico sarebbe inadeguata, fredda, e insensibile**. La bambina di sente sola e non apprezzata e si rivolge alla figura paterna in cerca di attenzioni svalutando la madre.
- In **manca di un'adeguata identificazione con la figura materna la bambina fa propri gli elementi stereotipici del genere femminile** che è oggetto di attenzione e desiderio per il mondo maschile.

Manifestazioni e disturbi associati

Difficoltà a raggiungere l'intimità emotiva in relazioni sentimentali o sessuali

Controllare il partner attraverso la **manipolazione emotiva o la seduttività** da una parte, mentre manifestano una marcata dipendenza dall'altra.

Gli individui con questo disturbo possono **desiderare novità, stimolazione ed eccitazione**, e tendere ad annoiarsi della solita routine. Questi individui sono spesso **intolleranti o frustrati dalle situazioni che prevedono una gratificazione posticipata**, e le loro azioni sono spesso dirette ad ottenere soddisfazione immediata.

Manifestazioni e disturbi associati

Sebbene inizino un lavoro o un progetto con grande entusiasmo, il loro entusiasmo può rapidamente venir meno. **Le relazioni a più lungo termine possono essere trascurate per far posto all'eccitazione di nuove relazioni.**

Rischio maggiore per **minacce e gesti suicidari finalizzati ad attrarre l'attenzione** e a costringere gli altri ad occuparsi maggiormente di loro.

Associato con il Disturbo di Somatizzazione, Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente). Spesso concomitano i Disturbi Borderline, Narcisistico, Antisociale e Dipendente di Personalità.

Fasi dello sviluppo psicosessuale

Alla fase edipica succede il **periodo della latenza (dai 6 anni ai 10-11 anni)**, caratterizzata da una **tranquillità istintuale**.

Le pulsioni sessuali vengono in parte **rimosse** in parte **sublimate** (interesse per la scuola e per gli hobby) e sottoposte a formazioni reattive della moralità e vergogna.

L'energia così liberata viene investita a **livello sociale** ed intellettuale; i bambini di entrambi i sessi sono impegnati a scuola e manifestano un certo piacere nell'apprendere.

Fasi dello sviluppo psicosessuale

La rimozione dell'interesse per l'altro sesso porta al **costituirsi di gruppi di bambini dello stesso sesso**.

Il gruppo rappresenta il momento di transizione dalla famiglia al mondo esterno in cui il bambino cerca **nuove figure con cui identificarsi** (maestro, personaggi della TV e dello spettacolo).

Anche il **gioco** riflette il cambiamento avvenuto: **è più realistico, basato sull'osservanza delle regole e della ritualità ed è spesso utilizzato come attivazione di abilità intellettuali e motorie volte al controllo delle pulsioni**.

Fasi dello sviluppo psicosessuale

- La maturazione fisica puberale segna il passaggio alla **fase genitale**, caratterizzata dalla **ricomparsa degli impulsi sessuali**.
- Vi è la **ricerca dell'oggetto sessuale**. Tutto ciò conduce alla sessualità adulta

Gli impulsi, le forme della **sessualità infantile**, **permangono anche in quella matura** in forma camuffata (*sintomi*), non camuffata (*perversioni*), preliminari o, infine, in forme di gratificazione sublimata, inibite nella meta

Pulsione sessuale e pulsione aggressiva

Fino al 1920 Freud riconduce la fonte di tutti i conflitti e di tutte le psicopatologie alla *pulsione sessuale*

Nei suoi primi scritti Freud presentò una concezione in cui le persone lottavano con **impulsi e desideri che erano diventati proibiti soprattutto a causa delle convenzioni sociali** relative alla sessualità, alcune delle quali erano a suo parere eccessivamente rigide e costrittive

L'esperienza clinica tuttavia gli pone continuamente il problema della collocazione *dell'aggressività* all'interno della sua teoria (aggressività, potere, sadismo, transfert negativo, incubi...)



Dal 1920 viene introdotta la teoria del *dualismo pulsionale*: l'aggressività, la *pulsione di morte*, occupa lo stesso posto della libido, come fonte dell'energia pulsionale che dirige i processi psichici

Nel 1929, nel *Disagio della civiltà*, viene tracciato un quadro in cui l'uomo ha bisogno della cultura per sopravvivere ma, a causa della rinuncia pulsionale che questa implica, finisce con l'essere sempre **fondamentalmente insoddisfatto**

Dal modello topico al modello strutturale

Il primo modello elaborato da Freud per descrivere l'apparato mentale è il modello topico: inconscio, preconscious e conscio

Presto Freud si scontra con i **limiti del modello topografico**: alcuni ricordi non possono essere riportati alla coscienza a causa dell'azione delle *resistenze*, determinate dall'utilizzo di *meccanismi di difesa inconsci e pertanto inaccessibili*

Il modello topico risultò insufficiente a rappresentare il **conflitto**; i *desideri e gli impulsi* sono in conflitto con le *difese*, entrambi sono inconsci

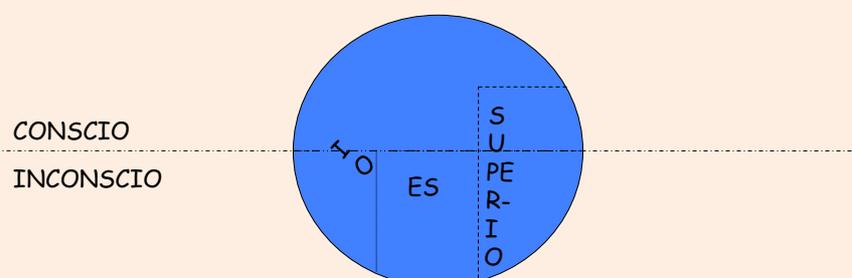


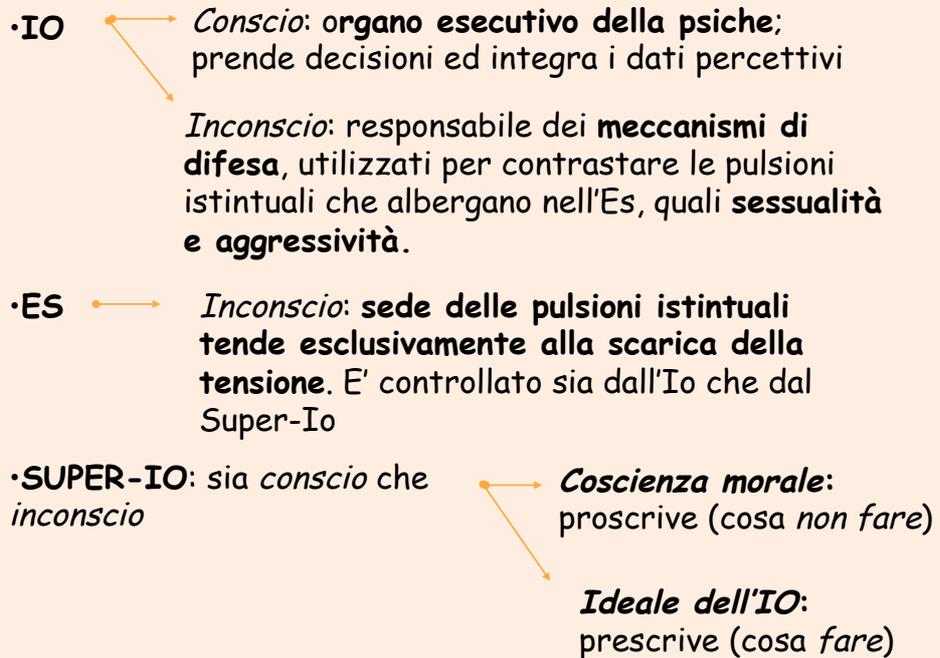
Il **modello strutturale** (Es, Io e Super-Io) si rivela più efficace nella descrizione del *conflitto psichico fondamentale*, che risulta essere tutto inconscio tra *difese e pulsioni*

Il conflitto è intrapsichico e tra istanze diverse, comunque inconscie

L'io è composto allora sia da elementi consci che inconsci. Questo porta Freud ad elaborare il modello strutturale tripartito di Io, Es e Super-io (L'io e l'Es, 1922)

Modello Strutturale





I meccanismi di difesa

- ✓ Le *difese* sono **configurazioni psicologiche inconscie che riducono il conflitto, e di conseguenza l'angoscia, mantengono un equilibrio intrapsichico**
- ✓ Le difese sono **evolutive e necessarie**

I meccanismi di difesa

- ✓ Sono una **funzione dell'IO**
- ✓ Sono solitamente **inconscie**
- ✓ Possono essere normali e **adattive o patologiche**
- ✓ Sono dinamiche e **mutevoli** ma in stati patologici possono diventare **rigide**
- ✓ Sono **associate a vari livelli di sviluppo**
- ✓ Alcune vengono considerate primitive altre mature

I meccanismi di difesa primari

- ✓ La rimozione
- ✓ Il diniego/negazione
- ✓ Il controllo onnipotente
- ✓ L'idealizzazione e la svalutazione
- ✓ La proiezione e l'introiezione
- ✓ La scissione dell'io

I meccanismi di difesa

Le difese primitive sono **processi preverbali** che **precedono il principio di realtà, prelogiche, magiche.**

I meccanismi di difesa

- ✓ **RIMOZIONE**: è il meccanismo che allontana dalla coscienza i desideri incompatibili con la realtà e il Super-io e li rilega nell'inconscio
- ✓ Osservò questo meccanismo nelle pazienti isteriche, che facevano di tutto per evitare di rivivere quello che temevano sarebbe stato un dolore insopportabile.

I meccanismi di difesa primari

Il diniego: il bambino affronta le cose spiacevoli rifiutando di accettare che accadono.

ES: convinzione prelogica che “se non lo riconosco non accade”

Mantenere la calma in situazioni di emergenza non riconoscendo di essere in pericolo di vita

Rifiutarsi di fare dei controlli medici come se ciò servisse magicamente ad evitare la malattia

Negare la pericolosità di un partner violento

Alcolisti che insistono che non hanno nessun problema con il bere

I meccanismi di difesa primari

Il controllo onnipotente: per il neonato la fonte di tutti gli eventi è interna: se ha fame e riceve il latte il neonato ha un'esperienza preverbale di aver magicamente inventato il latte. Non percepisce l'esistenza di altri da sé che agiscono in modo indipendente da lui.

I meccanismi di difesa primari

L'idealizzazione: il bambino piccolo ha bisogno di credere che mamma e papà siano in grado di proteggerlo da tutti i pericoli della vita.

E' il **bisogno di attribuire un valore e un potere speciale alle persone da cui dipendiamo emotivamente** e che possono aiutarci a battere il terrore interno che proviamo di non farcela, di sentirci imperfetti.

I meccanismi di difesa primari

La svalutazione: è l'opposto del bisogno di idealizzazione. Quanto più un oggetto è stato idealizzato tanto più viene svalutato.

I meccanismi di difesa primari

La proiezione: trasferimento di un contenuto ideativo soggettivo in un oggetto, in un animale oppure in una persona

L'introiezione: è la caratteristica umana di incorporare sentimenti, atteggiamenti e pene altrui.

I bambini che introiettano, fanno propri atteggiamenti, affetti e comportamenti che appartengono ai loro genitori

I meccanismi di difesa primari

La scissione dell'IO: separazione degli aspetti buoni e degli aspetti cattivi.

Es: per un gruppo è attraente sviluppare l'idea di un nemico esterno, il bene contro il male.

I meccanismi di difesa secondari

- ✓ L'isolamento
- ✓ La razionalizzazione
- ✓ L'intellettualizzazione
- ✓ La compartimentalizzazione
- ✓ L'annullamento
- ✓ Lo spostamento
- ✓ La formazione reattiva

I meccanismi di difesa secondari

- ✓ **Isolamento:** l'aspetto affettivo di un'esperienza o un'idea viene separato dalla sua dimensione cognitiva. In pratica persone che raccontano con distacco emotivo situazioni in cui tutti provano dei sentimenti. La persona che utilizza questo meccanismo riferisce di non provare sentimenti.

ES: il lavoro dei chirurghi, dei generali, dei poliziotti che indagano sui criminali.

E' l'unità operativa di base in meccanismi come l'intellettualizzazione, la razionalizzazione

I meccanismi di difesa secondari

- ✓ **Razionalizzazione:** sviscerare tutte le ragioni che hanno condotto ad un certo evento spiegandone cause ed effetti in modo razionale.

I meccanismi di difesa secondari

- ✓ **Intellettualizzazione:** la persona che la utilizza parla dei sentimenti senza sentimento.
Es: "bene, la cosa mi fa rabbia" espresso con un tono distaccato.

I meccanismi di difesa secondari

- ✓ **Compartmentalizzazione:** la sua funzione è permettere a due condizioni in conflitto di esistere senza creare confusione, sensi di colpa, vergogna, angoscia sul piano cosciente.

Es: combattere la pornografia e possedere una collezione di materiale erotico.

I meccanismi di difesa secondari

- ✓ **Annullamento:** è lo sforzo inconscio di controbilanciare un affetto, di solito un senso di colpa o di vergogna, con un atteggiamento e un comportamento che magicamente lo cancelli. Alla base vi è il non riconoscimento del senso di colpa e il desiderio di spiare.

I meccanismi di difesa secondari

- ✓ **lo spostamento**: una pulsione, emozione, preoccupazione o comportamento viene diretto da un oggetto iniziale verso un altro perché la direzione originaria per qualche ragione provoca ansia.

Es: l'uomo strapazzato dal capo che torna a casa e inveisce contro la moglie, che a sua volta sgrida i figli, che prendono a calci il cane.

I meccanismi di difesa secondari

- ✓ **la formazione reattiva**: trasformazione di un affetto negativo in positivo. E' presente già tra il terzo o quarto anno.

ES: odio in amore, desiderio in disprezzo, invidia in attrazione il bambino che dichiara amore per il fratellino trasformando i sentimenti di rabbia e gelosia.

Aspetti del sentimento originario possono però rimanere presenti es: il bambino che culla con forza, che stringe troppo forte il fratellino che gli dà i pizzicotti.

La funzione della formazione reattiva è **negare l'ambivalenza**.

Melanie Klein

La mente del bambino molto piccolo (e dei soggetti psicotici) è governata da **angosce primitive**, da **terrori profondi di marca psicotica** che hanno a che fare con la **paura di annichilimento** e di **abbandono assoluto**

Lo **sviluppo** procede da modalità di funzionamento di tipo **"psicotico"** verso forme via via più **nevrotiche** ed infine verso una forma di **"normalità"**

Esistenza di **due posizioni** che hanno anche una valenza evolutiva:

- *Posizione schizo-paranoide*
- *Posizione depressiva*



la posizione rimane attiva per l'intero corso della vita; è una **costellazione di angosce e difese** che organizzano l'esperienza individuale

Klein: Pulsione

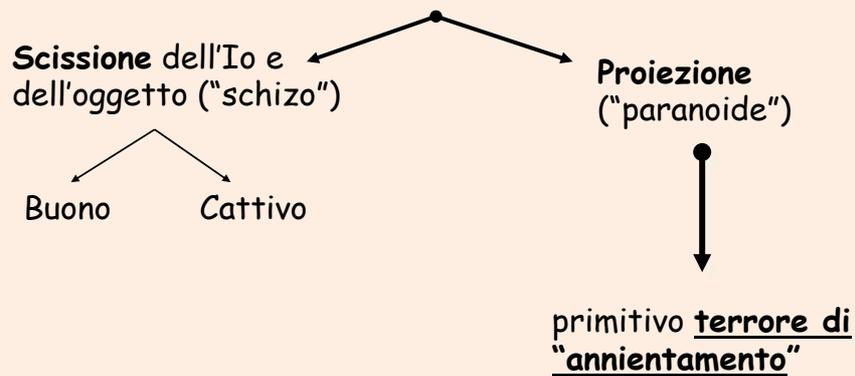
Pulsioni libidiche e aggressive: sono **modalità assolute di vivere sé in termini di buono (amato e capace di amare) e cattivo (odiato e distruttivo)**

P. libidica da amare e proteggere → immagine di un oggetto amarevole, da amare;

P. aggressiva a odiare e distruggere → oggetto da odiare e capace di odio

La posizione schizo-paranoide (1946)

Prende il nome dai due principali **meccanismi di difesa** utilizzati dall'Io



Scissione dell'Io e dell'oggetto

Introiezione: l'oggetto buono viene introiettato e inizia a costituire il centro dell'Io, ancora fragile, e intorno al quale si inizia a costituire l'integrazione

Proiezione: la parte aggressiva dell'Io viene proiettata e si configura come oggetto persecutorio

L'angoscia di annientamento è stata trasformata nell' **angoscia persecutoria** tipica di questa fase

Il bambino vive queste **fantasie di amore e odio come se in realtà avessero un'influenza netta sugli oggetti**;

la sua **serenità emotiva dipende pertanto, in questa fase, dalla sua capacità di mantenere separati questi due mondi**



I due stati emotivi vengono esemplificati dalla *relazione fondamentale* del bambino col *seno* materno (oggi, parziale):



"seno buono": dà nutrimento, calore e verso il quale prova *gratitudine*;

il **"seno cattivo"**: assente o pieno di odio, che lo avvelena dall'interno e dal quale si sente perseguitato

Il seno buono per dare nutrimento non può subire attacchi e non può essere contaminato da quello cattivo.

Il seno cattivo viene attaccato e da questo si temono ritorsioni.

Caratteristiche della Posizione Schizoparanoide

■ **L'Io primitivo:** L'Io oscilla tra stati d'integrazione e di disintegrazione

■ **L'angoscia:** l'Io lotta per mantenere la propria integrità davanti alle sue dolorose esperienze di oggetti che minacciano di annichilirlo.

Questa angoscia di annichilimento si trasforma presto in angoscia persecutoria.

L'ambiente

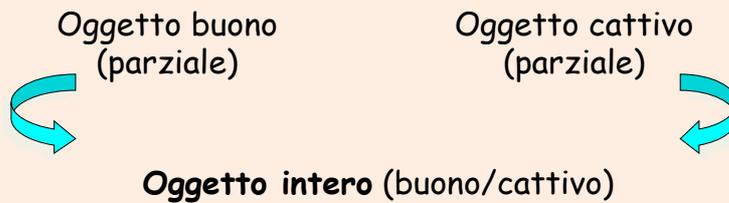
M. Klein rappresenta un momento di transizione dalla prospettiva intrapsichica a quella relazionale:



Ambiente: benché secondario è importante: **le cure genitoriali possono placare le angosce persecutorie, riducendo le paure paranoide e rafforzando la relazione con gli oggetti buoni**

La posizione depressiva (1935, 1945)

Posizione depressiva: sotto la spinta di una tendenza intrinseca all'integrazione il bambino inizia a rendersi conto che la "madre cattiva" e la "madre buona" non sono distinte



L'integrazione degli oggetti parziali in un oggetto intero genera l'**angoscia depressiva**. Il bambino teme di distruggere l'oggetto d'amore con le proprie fantasie sadiche e distruttive

La preoccupazione per la madre come oggetto intero porta il bambino a sperimentare il **senso di colpa** (**Super-Io precoce**) che viene fronteggiato attraverso la **riparazione**, (tentativi di riparare al danno inflitto).



La **fiducia del bambino nella propria capacità di riparazione** è fondamentale per poter sostenere la posizione depressiva

La posizione depressiva è una qualcosa che viene continuamente perduto e riconquistato.

Poiché l'amore e l'odio vengono prodotti continuamente nell'esperienza, l'angoscia depressiva è un tratto costante e centrale dell'esistenza umana

Solo la fiducia che il proprio amore è in grado di sopravvivere alla propria distruttività rende possibile l'integrazione di amore e odio in relazioni più ricche e complesse

Per concludere

Le teorie freudiane hanno influenzato l'immagine di sé dell'uomo e della donna, hanno **contribuito alla liberalizzazione dei costumi promuovendo un atteggiamento meno repressivo.**

Tuttavia è stata **oggetto di critiche del mondo scientifico** e di chi si occupava di ricerca sperimentale in quanto derivava da osservazioni poco verificabili.

Negli anni 70 e 80 le nuove ricerche svolte nell'ambito della psicologia dello sviluppo condussero ad una revisione delle teorie sulla mente infantile e sugli stadi di sviluppo libidico. Si attuò anche **una ridefinizione delle motivazioni che spingono ad agire non più solo legate ad un modello di scarica pulsionale.**

Le ricerche attuali nell'ambito delle **neuroscienze stanno confermando l'esistenza di meccanismi cerebrali alla base dell'elaborazione mentale inconscia.**

**DINAMICA DELLE RELAZIONI
OGGETTUALI**

Margaret Mahler

Margaret Mahler

Il ruolo genitoriale nello sviluppo infantile

- La personalità dei genitori ha un impatto notevole nello sviluppo del figlio.
- **I genitori offrono una opportunità relazionale per la canalizzazione, utilizzazione ed amalgama delle sue tendenze all'amore e all'aggressività.**

Margaret Mahler

dall' "autismo" all' "individuazione"

- Si va dall'iniziale "autismo", in cui il bambino non rivolge la sua attenzione all'esterno, dalla "simbiosi" con l'oggetto esterno più vicino, alla "individuazione" stabile di una identità che riconosce sé e gli altri.

Margaret Mahler Le Fasi dello sviluppo

Fase **autistica** normale;

Fase **simbiotica** normale;

Separazione/
Individuazione

Sottofase della **differenziazione**;

Sottofase della **sperimentazione**;

Sottofase del **riavvicinamento**.

Fase della **costanza dell'oggetto libidico**.

Margaret Mahler Le Fasi dello sviluppo

- **Fase autistica normale:**

- Durante le prime settimane di vita il neonato appare relativamente indifferente ad ogni tipo di stimolazione;
- I periodi di sonno superano quelli di veglia;
- Si ipotizza che il neonato stia funzionando come un sistema chiuso, lontano dal mondo esterno;
- La sua esperienza è limitata al mantenimento e rottura dell'omeostasi fisiologica, ad una sequenza di frustrazioni e gratificazioni che possono essere tanto "reali" quanto allucinatorie.

Margaret Mahler

Le Fasi dello sviluppo

- **Fase simbiotica normale:**
 - **A tre o quattro settimane** (crisi di maturazione fisiologica) con l'accresciuta reattività il bambino ha una **confusa consapevolezza della madre come oggetto esterno in grado di aiutarlo a ridurre la tensione.**
 - Comincia ad organizzare l'**esperienza classificandola in "buona/piacevole" e "cattiva/dolorosa"**, grazie alla maturazione delle funzioni primarie dell'io quali ad esempio la memoria.

SEPARAZIONE-INDIVIDUAZIONE

- **Separazione:** formazione di un confine e lo **sganciamento, in senso corporeo, dalla madre.**
- **Individuazione:** **conquista di autonomie** nella percezione, memoria, il pensiero e l'esame di realtà, **e presa di possesso delle caratteristiche individuali.**

- **Sottofase della sperimentazione: comincia a 10 mesi con la **capacità di camminare carponi**. Si divide in due momenti.**

- **Sottofase del riavvicinamento:**
 - **Dal 2° anno (tra 15 e 18 mesi)** il bambino si rende conto che contrariamente al senso iniziale di onnipotenza, è in realtà una persona molto piccola in un mondo molto grande.
 - La frustrazione viene sperimentata più frequentemente e la madre deve essere avvicinata ad un nuovo livello.

- E' una fase **ambivalente** in cui si alternano **manifestazioni affettive e conflitti aggressivi**. Il bambino teme la perdita dell'amore materno, ma allo stesso tempo di essere nuovamente risucchiato nella sua orbita;
- La **felice risoluzione della crisi di riavvicinamento è per la Mahler un requisito essenziale per evitare future psicopatologie gravi**.

- Il riavvicinamento pone alla madre nuovi problemi, poiché quel bambino che pochi mesi prima sembrava indipendente appare ora bisognoso, ansioso ed esigente;
- **Alcune madri accolgono con piacere questa fase soffocando la spinta verso la differenziazione; altre la rifiutano sottovalutando i bisogni del figlio;**
- La reazione della madre in questa come in tutte le sottofasi, influisce in modo decisivo sul risultato finale.

- **Fase della costanza dell'oggetto libidico (stabilizzata al termine dei 3 anni).**

- Formazione di un **concetto stabile della propria individualità e dell'altro.**
- La costanza dell'oggetto libidico presuppone **l'unificazione di rappresentazioni buone e cattive dell'oggetto**, insieme con la fusione delle pulsioni libidiche e aggressive.

– I fattori determinanti dello stabilirsi della **costanza dell'oggetto emotivo** sono:

- Lo sviluppo dell'**esame di realtà** e della **tolleranza della frustrazione**;
- Il senso di **fiducia e sicurezza** infuso dalla presenza fisica della madre e trasferito poi alla sua rappresentazione interna;

- **Stretta relazione tra i cambiamenti nei bisogni del bambino e la capacità materna di sintonizzarsi con questi cambiamenti;**
 - La volontà materna iniziale ad essere disponibile a fare da cuscinetto tra il figlio ed il mondo esterno e funzionare come un io ausiliario e barriera agli stimoli deve lasciare il posto alla volontà di rinunciare a tale intimità in favore di scambi caratterizzati da crescente autonomia del bambino;

René Spitz
(1887-1974)

- Spitz studiò bambini **abbandonati dalla nascita in orfanatrofio**, i cui bisogni fisici venivano soddisfatti in modo adeguato, ai quali però mancava qualunque tipo di interazione significativa continuativa; questi bambini diventavano depressi.





Freud non riteneva che i legami libidici con gli altri venissero ricercati per se stessi

secondo Spitz, l'oggetto libidico non è semplicemente il mezzo per un fine, la scarica libidica, ma è di importanza fondamentale di per sé

- **L'oggetto libidico procura il legame umano essenziale all'interno del quale avviene tutto lo sviluppo psicologico**

Deprivazione della figura materna

- I bambini privati delle cure del caregiver tendono a soffrire di un **ritardo generale in tutte le sfere, condizione a cui dette il nome di sindrome da ospedalizzazione.**
- L'affetto gioca il ruolo più importante.

Depressione anaclitica

- Quando a una buona relazione madre-bambino nei primi 6 mesi di vita segue una separazione fisica per più di 3 mesi.
- La sindrome si manifesta nei bambini intorno ai 9 mesi (sintomi di **apprensione, tristezza, piagnucolio, rifiuto a nutrirsi**).

Sorriso

- A due mesi c'è il sorriso indifferenziato. Il bambino risponde a qualunque configurazione di faccia materna, o Gestalt con due occhi, un naso e una bocca.

- Con la crescita e con il miglioramento della percezione visiva, il bambino **diviene consapevole della specificità della propria madre.**
- **L'estraneo provoca il pianto.**

Reazione d'angoscia di fronte a un estraneo

- La perdita dell'oggetto è fonte di angoscia e il bambino è capace di inventare mezzi per tenere la madre vicino a sé.
- Questo secondo organizzatore testimonia **l'integrazione progressiva dell'lo del bambino, e la sua nuova capacità di distinguere un lo e un non lo.**

Ambiente arricchito e sviluppo del cervello

Branching Patterns of Geniculocortical axons

Occhio normale

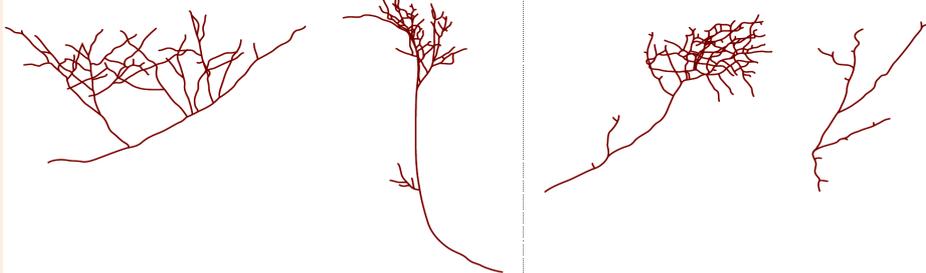
Dopo la chiusura di un occhio

Giovane

Maturo

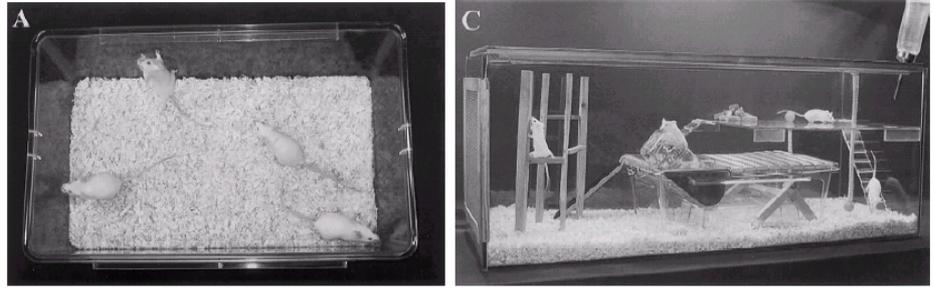
Occhio aperto

Occhio chiuso



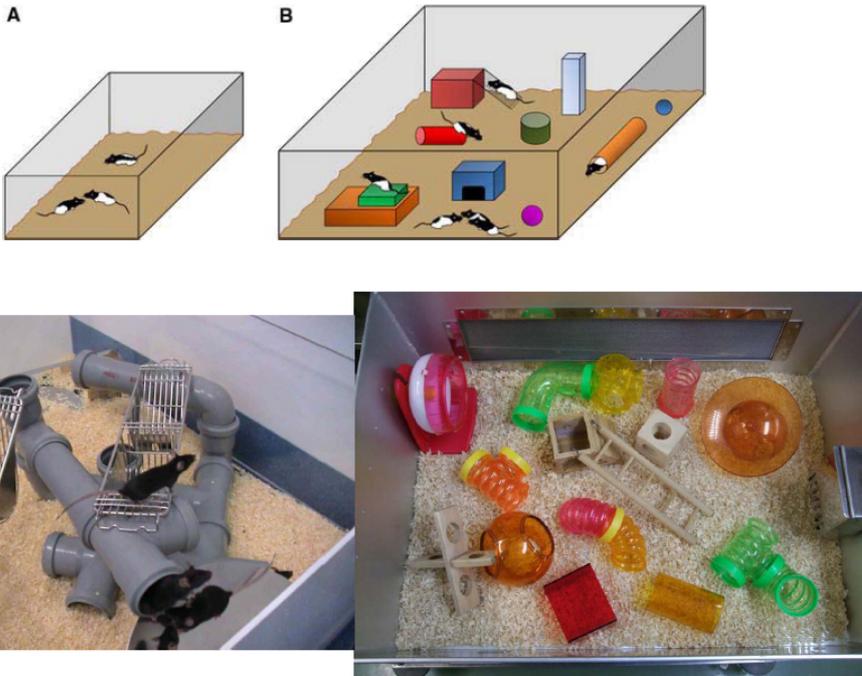
Appleton & Lange
Kandel/Schwartz/Jessell
Principles of Neural Science
Fig. 56.06

Ambiente standard **Ambiente arricchito**

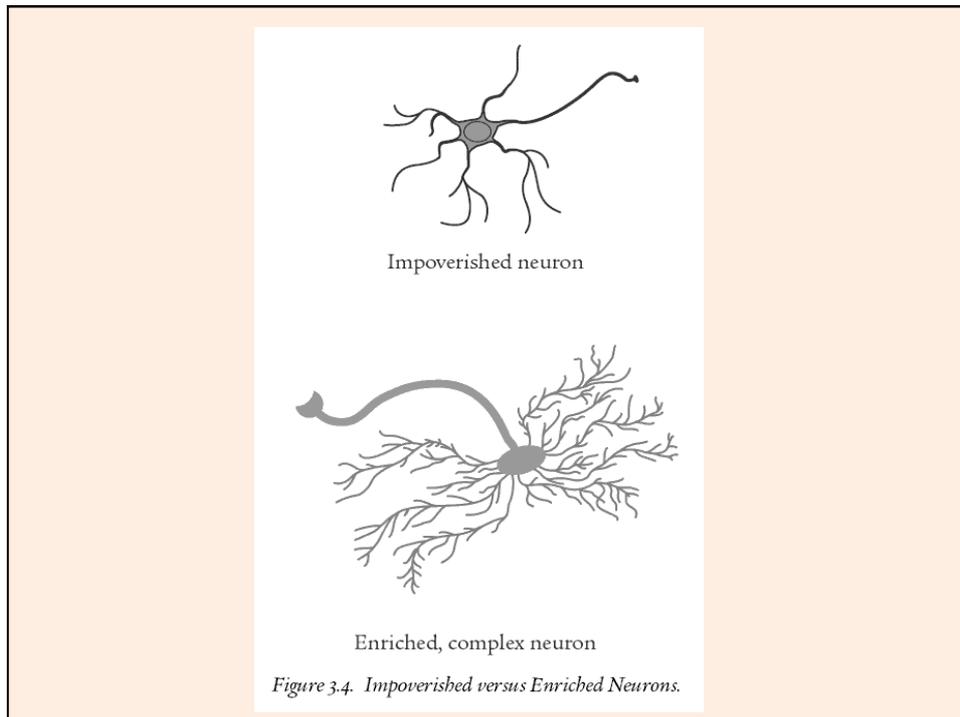


Tipi di arricchimento

- Esercizio fisico (ruota)
- A. cognitivo (nuovi oggetti)
- A. sociale (aumento animali, nido)
- A. Sensoriale
- A. nutrizionale



A **B**



La teoria dell'attaccamento

*"L'uomo e' un animale sociale" affermava
Aristotele e come tale puo' stringere,
 allentare, a volte spezzare legami.
 Ma della societa', degli altri, degli amici
 non possiamo fare a meno, anche se a volte
 ci culliamo nell'illusione di poterlo fare.*

- Nel 1950 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) affidò a Bowlby la direzione di una ricerca su bambini che avevano perso la propria famiglia
 Il rapporto, redatto nel 1951 con il titolo "Maternal Care and Mental Health", indagava l'insufficienza e la privazione di cure materne
- se un bambino vive questo tipo di esperienza, la sua crescita fisica, cognitiva ed emotiva, rimane segnata anche nell'età adulta
- uno **sviluppo appropriato dell'Io** si verifica solo se i legami relazionali si caratterizzano con **soddisfaccimento, stabilità e durevolezza**, poiché lo sviluppo dell'Io è funzionalmente legato alla natura delle prime relazioni significative del bambino

Critiche alla Teoria Psicoanalitica

Per Freud, infatti, **il bambino vive una sorta di narcisismo primario.**

Attaccamento come frutto di un istinto derivato dalla nutrizione o dalla sessualità infantile e non come un legame psicologico a sé stante.



Il piccolo si attacca alla madre perché lo nutre (S. Freud).

Critica al comportamentismo

teoria comportamentista: **Teoria dell'amore interessato** - le relazioni tra persone derivano dal fatto che per il loro tramite vengono soddisfatti dei bisogni che in origine non sono sociali.

Il valore di rinforzo assunto dalle persone fa sorgere la motivazione alla *dipendenza*.

Bowlby e Freud

- Sia la teoria psicanalitica sia quella dell'apprendimento sottolineavano come il legame emotivo con il caregiver fosse secondario, basato sulla gratificazione di bisogni corporei nonostante fossero già disponibili dati che dimostravano come, almeno nel regno animale, i "cuccioli" sviluppavano un attaccamento nei confronti di adulti da cui non erano ad esempio stati nutriti:
 - studi sull'imprinting dell'etologo Lorenz
 - studi sulla ricerca di accudimento e conforto nei macachi condotti da Harlow.

La relazione con la persona di accudimento (madre) è unica e una volta stabilita si mantiene inalterabile come la più forte relazione d'amore e come prototipo di tutte le successive relazioni affettive.



Per Freud:

l'affetto del bambino per la propria madre è determinato da una motivazione secondaria, derivante dal soddisfacimento di bisogni primari di alimentazione e pulizia. La madre diventa poi oggetto di pulsioni libidiche e aggressive



Per Bowlby:

l'affetto del bambino per la propria madre è determinato da una **motivazione intrinseca e primaria, derivante dal bisogno di contatto e di conforto**. La ricerca della vicinanza è la sua manifestazione più esplicita

Konrad Lorenz e l'imprinting



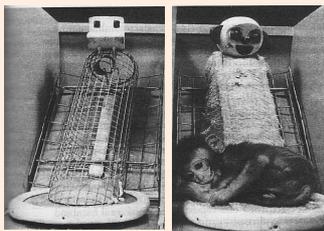
Nelle specie animali esiste un **periodo critico** in cui i piccoli apprendono e memorizzano le caratteristiche della figura di accudimento.

Nelle oche c'è "**prontezza**" del piccolo a **seguire il primo oggetto in movimento** (nelle prime 48h di vita)

→ obiettivo: **mantenere la prossimità con la propria madre, che assicura la sopravvivenza.**

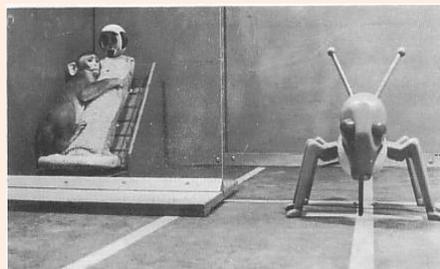
Lorenz: prima figura in movimento vista dagli anatroccoli → **anatroccoli indirizzano a Lorenz le loro richieste di accudimento e ignorano la madre vera**

Harlow



Harlow: scimmiette appena nate passavano il tempo necessario per prendere il latte da un poppatoio su una "madre" di ferro, mentre manifestavano un comportamento di **attaccamento per una "madre" ricoperta di pezza e più morbida.**

Se nella gabbia veniva introdotto qualche **oggetto minaccioso** che spaventava la scimmietta, essa **correva subito a rassicurarsi sulla madre di pezza**. Caratteristiche che rendono la figura oggetto di imprinting filiale: **morbidezza associata al calore**



John Bowlby

- Quando Bowlby aveva 21 anni lavorava in una casa per ragazzi disadattati: l'esperienza clinica avviata con due di loro, che manifestavano entrambi una relazione fortemente disturbata con la madre, lo segnò profondamente.
- Dieci anni più tardi, verso la metà degli anni '40, la realizzazione di uno studio retrospettivo, lo portò a formalizzare il proprio modo di considerare la **distruzione della prima relazione madre bambino come precursore chiave del disturbo mentale → giovani ladri "anaffettivi"**.
- Fine anni '40, i bambini che avevano subito una grave privazione di cure materne tendevano a sviluppare gli stessi sintomi dei giovani ladri da lui definiti "anaffettivi".

Emozioni ed interazione sociale

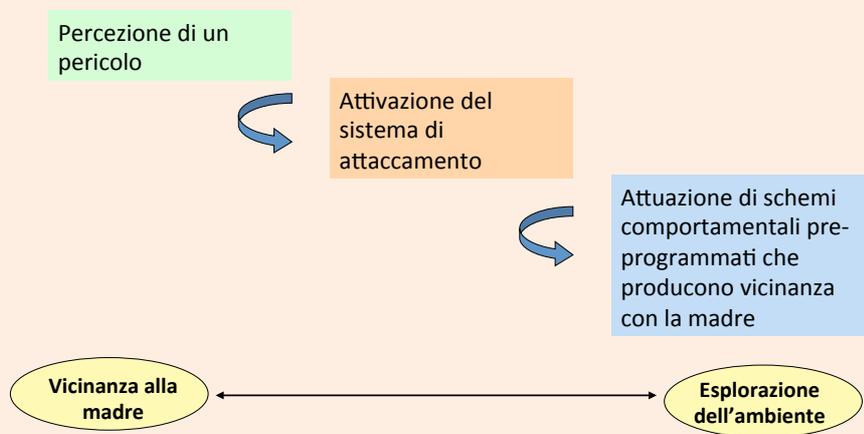
- Le emozioni regolano le relazioni affettive precoci → **uso strumentale delle emozioni per regolare l'interazione col caregiver.**
- Le emozioni acquistano significato all'interno delle relazioni affettive.

“ Si ritiene **essenziale per la salute mentale** che l'infante e il bambino sperimentino un **rapporto caldo, intimo, ininterrotto** con il caregiver nel quale entrambi possano trovare soddisfazione e godimento ”.

“ Nel bambino piccolo la fame dell'amore e della presenza materna non è meno grande della fame di cibo ”.

Attaccamento

- **Predisposizione biologica del piccolo verso la figura che gli assicura la sopravvivenza prendendosi cura di lui.**



Lo sviluppo del legame di attaccamento

0 - 2 mesi

Comportamenti di **segnalazione e avvicinamento senza discriminazione** fra persone o intenzionalità: pianto, sorriso, vocalizzazioni, "aggrapparsi".

2 - 6/8 mesi

Comunicazioni dirette verso **una o più persone discriminate**, perlopiù la madre o chi elargisce cure. **Ansia generata dall'essere lasciato solo** (no relazione causa-effetto e permanenza oggetto)

6/8 mesi –
2 anni

Mantenimento del contatto con la persona discriminata: locomozione. Utilizzo della **figura di attaccamento come "base sicura" per l'esplorazione dell'ambiente**. **Ansia da separazione e paura dell'estraneo**. 8 mesi: imprinting filiale, legame di **attaccamento vero e proprio**.

18 mesi in poi

Relazione basata sul **set-goal (scopo programmato)** → perseguimento di obiettivi regolati dai feedback ambientali. **Intenzionalità e reciprocità del rapporto madre-bambino**. Capacità del bambino di adattarsi alle esigenze della madre anche grazie alle conquiste cognitive. **INTERNAL WORKING MODELS**.

La teoria dell'attaccamento

L'attaccamento è definito come un legame emotivo duraturo con una persona significativa.

✓L'attaccamento è:

- I. selettivo verso persone specifiche e duraturo
- II. implica la ricerca di vicinanza fisica con la figura di attaccamento
- III. fornisce benessere e sicurezza
- IV. produce ansia da separazione quando la vicinanza non è possibile



158

L'attaccamento

Questo comportamento diventa molto **evidente ogni volta che la persona è spaventata, affaticata o malata, e si attenua quando si ricevono conforto e cure.**

Anche in assenza di una situazione di bisogno il fatto di **poter contare su una figura di riferimento fornisce un forte e pervasivo senso di sicurezza**, e incoraggia a dare **valore alla relazione** e a continuarla.

La Strange Situation

- Osservazione controllata in laboratorio ideata da M. Ainsworth e coll. (1978) che valuta l'attaccamento del bambino alla madre e la capacità di esplorare l'ambiente in modo autonomo.
- La procedura si svolge in una stanza da gioco all'interno del laboratorio e prevede una sequenza di 8 episodi in cui il bambino - di età compresa tra i 12 e i 18 mesi- sperimenta alcune **separazioni e successive riunificazioni con la madre.**



INDICATORI DI ATTACCAMENTO

E' possibile classificare lo stile di attaccamento del bambino utilizzando i seguenti indicatori:

- a) **ansia da separazione**: il disagio più o meno grave espresso dal bambino quando la figura di attaccamento si allontana;
- b) **esplorazione**: la capacità di entrare in contatto con l' ambiente e con i giocattoli;
- c) la **paura dell' estraneo**: la reazione alla persona sconosciuta quando la madre è presente o assente;
- d) il **ricongiungimento alla madre**: la accoglie, la respinge, la evita.

Limiti del paradigma della Strange Situation

- È applicabile solo a soggetti di una specifica fascia di età (12-24 mesi)
- Non è replicabile a breve distanza
- Artificiosità della situazione (non è facile applicarla al di fuori del laboratorio)
- Ampiezza limitata di comportamenti osservabili e delle figure che possono essere coinvolte

	Madre	Bambino	
Stile d'attaccamento	Comportamento di accudimento	Risposte in presenza/assenza della madre	Risposte alla riunione con la madre
SICURO	Sensibile e responsiva ai segnali e alle richieste del bambino. Supportiva in episodi di stress.	Esplora l'ambiente attivamente. In assenza della madre può dare segnali di sconforto e piangere.	Si avvicina alla madre e la saluta. Se ha sofferto durante la separazione si lascia calmare e riprende a giocare.
AMBIVALENTE	Imprevedibile nelle risposte; comportamento molto affettivo o rifiutante scollegato dalle esigenze del bambino.	Si mantiene in stretto contatto fisico. In assenza della madre mostra segni intensi di sconforto e non esplora l'ambiente.	Si avvicina alla madre per farsi consolare, ma la allontana e la rifiuta quando lei è disposta al contatto. Mostra segni di rabbia e non si lascia calmare.
EVITANTE	Rifiuta il contatto fisico anche in situazioni di stress del bambino.	Indifferente alla presenza o assenza della madre e anche alla separazione.	Non si avvicina alla madre, non la cerca o si allontana attivamente da lei.
DISORGANIZZATO	Abusa, maltratta, spaventa il bambino.	Cautela e paura. Esplora in assenza della madre. Richiesta di conforto all'estraneo.	Evitamento e resistenza al contatto. Si aggrappa e si disperava.

Modelli Operativi Interni

- **Modello operativi interni (M.O.I.)**
 - Le **rappresentazioni delle interazioni vengono generalizzate** e formano dei modelli rappresentazionali relativamente fissi che mediano l'interpretazione di eventi attuali e futuri;
 - I M.O.I. mediano **l'assimilazione di esperienze relative al sé ed al mondo degli oggetti, e sono attivi in modo automatico**, in assenza della consapevolezza del soggetto.

Guidano il comportamento ed le reazioni emotive in relazione a persone significative.

Consentono di **prevedere ed interpretare** il comportamento altrui e di **pianificare** il proprio comportamento in relazione a ciò.

Caratteristiche dei MOI

I MOI degli individui i cui tentativi di ricerca di vicinanza sono stati frequentemente accettati differiscono da quelli dei soggetti rifiutati, bloccati o accettati solo talvolta

Un bambino con attaccamento **sicuro**:

immagazzina un "modello operativo interno" di una persona che si prende cura di lui, armoniosa, affidabile;

Un bambino con attaccamento **insicuro**:

può vedere il mondo come un posto pericoloso nel quale le persone devono essere trattate con precauzione;

I modelli mentali dell'attaccamento

Gli **individui sicuri** sviluppano un'immagine di se stessi come degni d'amore, come capaci di tollerare le separazioni temporanee e come in grado di affrontare le situazioni di difficoltà; e si rappresentano la figura d'attaccamento, e gli altri, come disponibili ad aiutare in caso di bisogno e come pronti a negoziare i termini di eventuali separazioni ed ipotetici disaccordi.

Gli **individui ambivalenti** costruiscono un'immagine di se stessi come di persone intermittenemente amabile, vulnerabile, non in grado di affrontare da sola le difficoltà. Il modello della figura di attaccamento e della realtà esterna come imprevedibile, alla quale chiedere aiuto ma che non sempre può essere presente immediatamente.

Gli **individui evitanti** formano un modello mentale del sé come di persona non degna di affetto e che deve far conto solo su se stessa. Il modello della figura di attaccamento e degli altri mostra assenza in caso di necessità, ostilità e rigidità.

Gli **individui disorganizzati** hanno modelli del sé e degli altri multipli e incoerenti in cui ciascuno è minaccioso e pauroso e contemporaneamente impotente e vulnerabile.

Questo potenziale continuo di cambiamento indica che in nessuna età della vita una persona è invulnerabile di fronte alle possibili avversità e anche che in nessuna età della vita una persona è impermeabile a un'influenza favorevole. E' questo persistente potenziale di cambiamento che dà l'opportunità di fare una terapia efficace.

(Bowlby, 1989)

Lo sviluppo cognitivo secondo Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980)

- Piaget si interessa in primis di **biologia** (studi sull'evoluzione animale)
- Successivamente sviluppa l'interesse per **l'EPISTEMOLOGIA** (→ origini della conoscenza).
- Collaborando con Binet cerca di comprendere **i processi attraverso i quali i bambini giungono ad una conoscenza del mondo.**

Eredità o ambiente?

- La conoscenza, secondo Piaget:
 - Non è preformata nel soggetto (**innatismo**)
 - Non è fissata nel reale da cui ricavarla (**empirismo**)



individuo attivo costruttore della conoscenza: dotato di strutture psicologiche inizialmente molto semplici, che diventano più complesse con l'esperienza → bambino come esploratore/scienziato

Lo sviluppo cognitivo

- **L'intelligenza è un caso particolare di adattamento biologico.**
- L'adattamento è la tendenza ad adeguarsi alle richieste ambientali.



Lo sviluppo cognitivo quindi comporta dei **processi di progressiva modifica delle proprie strutture mentali (SCHEMI) in base alle richieste ambientali**. Ciò avviene attraverso i processi di *assimilazione* e *accomodamento*.

L'intelligenza

ASSIMILAZIONE

Incorpora nei propri schemi i dati dell'esperienza

Conservazione

ACCOMODAMENTO

Modifica i propri schemi per adattarli ai nuovi dati

Novità



ADATTAMENTO DELL'ORGANISMO ALL'AMBIENTE

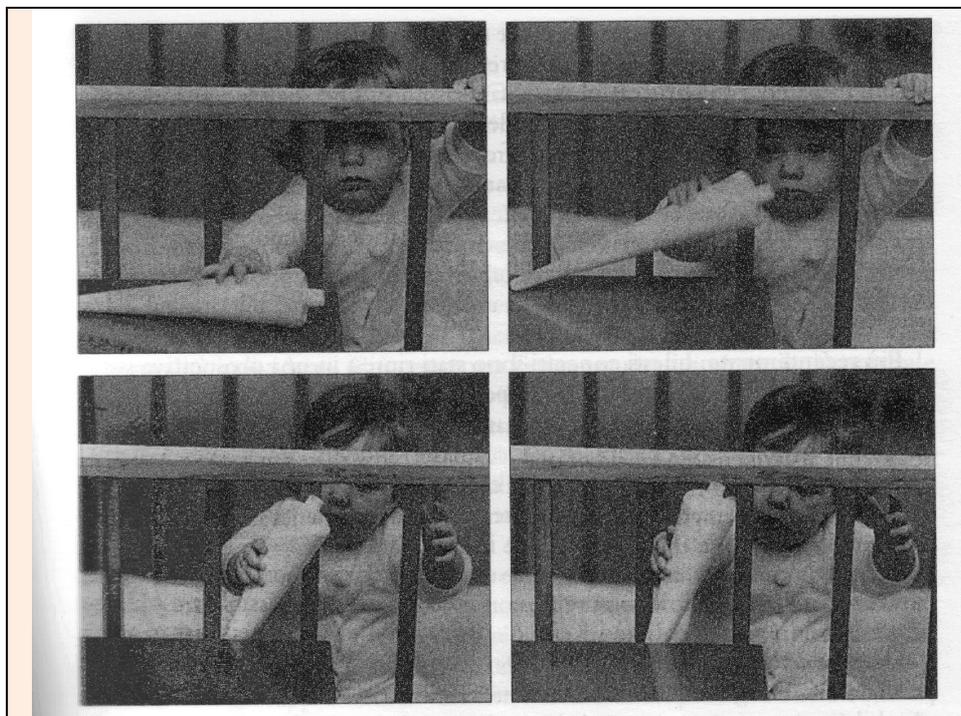
EQUILIBRIO

Il piccolo scienziato

Successo → equilibrio → utilizzo degli schemi

Situazione nuova → tentativo di assimilarla allo schema preesistente

Insuccesso → disequilibrio → modifica degli schemi



Il concetto di stadio di sviluppo

- Sviluppo = processo *continuo* se consideriamo le funzioni, i processi; *discontinuo* se consideriamo le strutture.
- **Stadio di sviluppo**: tappa di crescita caratterizzata da un particolare modo di pensare il mondo, secondo certi schemi.
- Ogni stadio è *qualitativamente diverso* dai precedenti e successivi ed *internamente coerente*.
- *Integrazione gerarchica* tra stadi

Stadi di sviluppo cognitivo

Stadio	Età	Descrizione
Sensomotorio	0-2 anni	Il bambino “comprende” il mondo in base a ciò che può fare con gli oggetti e con le informazioni sensoriali
Preoperatorio	2-7 anni	Si rappresenta mentalmente gli oggetti e può usare i simboli (le parole e le immagini mentali)
Operatorio concreto	7-12 anni	Compare il pensiero logico e la capacità di compiere operazioni mentali (classificazione, seriazione, ecc.)
Operatorio formale	dai 12 anni	È capace di organizzare le conoscenze in modo sistematico e pensa in termini ipotetico-deduttivi

1. Senso-motorio (0 - 18/24 mesi)

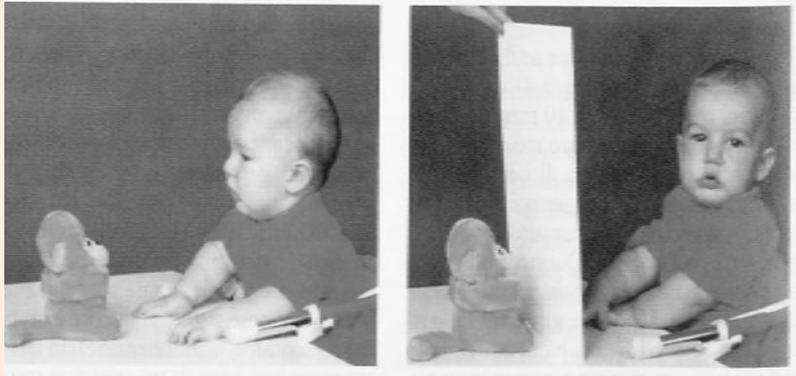
- La conoscenza del mondo deriva dai sensi e dalle azioni sugli oggetti.
- Non vi è una rappresentazione mentale interna degli oggetti.
- Suddiviso in 6 sotto-stadi

I 6 sotto-stadi del periodo senso-motorio

1. (0-1 mese): esercizio dei **riflessi** applicati a nuovi oggetti
2. (1-4 mesi): **azioni centrate sul proprio corpo**
3. (4-8 mesi): azione sugli oggetti esterni, studio conseguenza azione – visione + prensione
4. (8-12 mesi): schemi di azioni intelligenti (mezzi fini: **sequenza di azioni per raggiungere uno scopo** – tentativi di assimilazione dell'oggetto a schemi posseduti per conoscerlo)
5. (12-18 mesi): azioni complesse sugli oggetti – **prove ed errori** – variazioni per sperimentare e comprendere meglio gli eventi
6. (18-24 mesi): **pensiero simbolico (rappresentazione mentale della realtà: permanenza dell'oggetto** – imitazione differita – gioco simbolico – pianificazione azioni in base a realtà immaginate)

La conquista della permanenza dell'oggetto

Inizialmente quando un oggetto scompare dalla vista, il bambino perde rapidamente interesse.

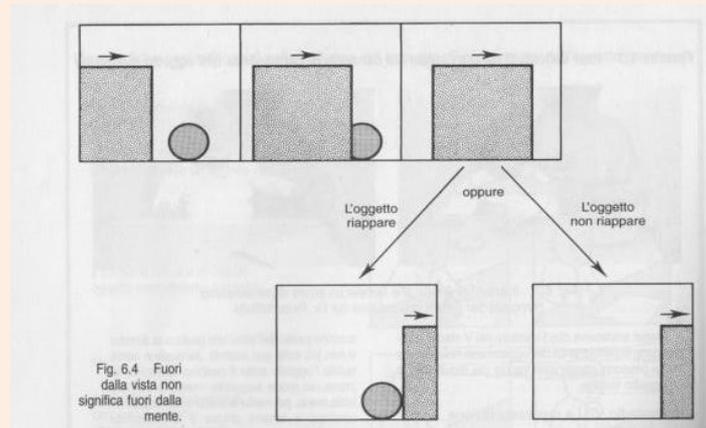


Dal quarto mese, alla scomparsa dell'oggetto guarda con più intensità nella direzione in cui è scomparso l'oggetto, con attesa

Ricerca dell'oggetto nascosto

- Tra i 12 e i 18 mesi: **cerca attivamente l'oggetto nascosto dove è stato visto scomparire l'ultima volta.**
- Tra i 18 ed i 24 mesi il bambino **riesce a rappresentarsi l'oggetto e riesce a trovarlo anche in seguito a spostamenti invisibili e soltanto inferiti.**

Esistenza continua degli oggetti



Acquisizioni intorno ai 2 anni

- Comparsa delle nozioni di **permanenza dell'oggetto, spazio, tempo e causalità**
- **Comparsa della rappresentazione**



Il bambino ricostruisce le **cause** quando sono presenti solo gli **effetti** e – viceversa – è in grado di prevedere gli effetti di un oggetto come fonte potenziale di azioni.

Conquiste dello stadio senso motorio

- **Pattern rigidi di azione → Pattern flessibili di azione**
- **Pattern isolati di azione → Pattern coordinati di azione**
- **Comportamento reattivo → Comportamento intenzionale**
- **Azioni manifeste → Rappresentazioni mentali**

2. Pre-operatorio (2 – 7 anni)

- Il bambino è in grado di utilizzare i **SIMBOLI →** imitazione differita, gioco simbolico, linguaggio (**schemi verbali per rappresentare la realtà**).
- Non ci sono ancora le *operazioni mentali* (azioni interiorizzate)

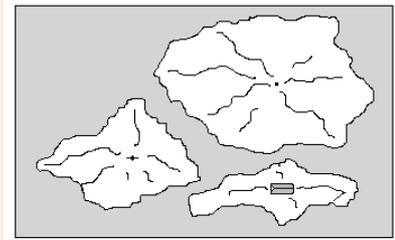
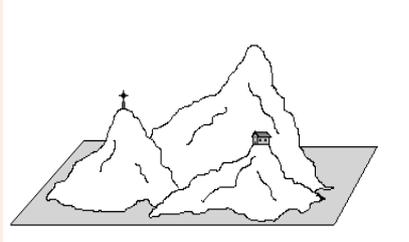
Ostacoli nell'uso delle operazioni mentali

- Egocentrismo
- Animismo
- Rigidità
- Ragionamento prelogico

L'egocentrismo

- **Percepire e pensare il mondo solo con la propria prospettiva** → esperimento delle *tre montagne*.
- Incapacità di decentrarsi dalla propria visione.

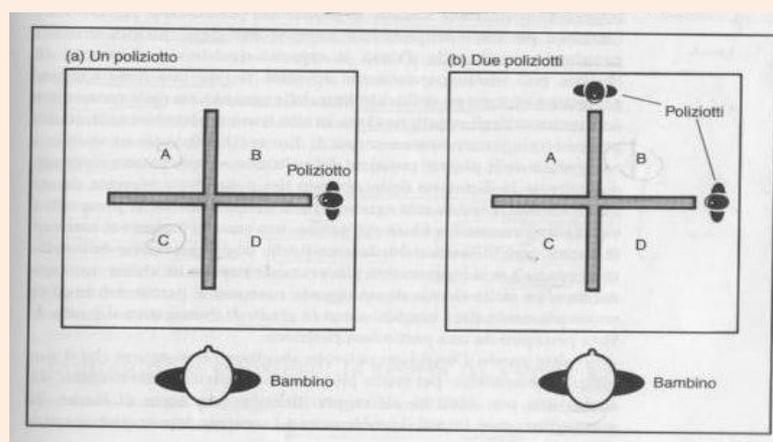
Il compito delle tre montagne



Si chiede al bambino di scegliere da una serie di fotografie del panorama quella che corrisponde a una prospettiva diversa dalla propria.

Fino a 8 anni i bambini non sono capaci di immaginare quale potrebbe essere la prospettiva di un'altra persona

Assunzione delle prospettive altrui (Huges, adattato da Donaldson, 1978)



Bambini fra 3 e mezzo e 5 anni

Animismo

- **Tendenza ad estendere le caratteristiche degli organismi viventi anche agli esseri inanimati.**
 - Incapacità di distinguere oggetti inanimati da esseri viventi → *“Alla sedia dispiace che qualcuno le si sieda sopra?”*
 - Graduale distinzione:
 - Ogni oggetto è animato e cosciente
 - Solo le cose che si muovono sono animate
 - Sono animate solo le cose con moto spontaneo
 - Animali ed esseri umani sono animati
- 

Rigidità di pensiero

- Si manifesta in diversi modi, ad esempio:
 - **Irreversibilità: tendenza a pensare gli oggetti e gli eventi nell'ordine in cui sono stati originariamente sperimentati;** per cui i bambini non riescono a invertire mentalmente le sequenze. Il bambino non è in grado di annullare gli effetti di una azione mentale attraverso l'esecuzione di un'altra azione mentale ad essa opposta.
 - **Difficoltà ad adattarsi al cambiamento nell'aspetto → no costanza dell'identità:** il loro pensiero sembra dominato da un tratto percettivo irrilevante, che non riescono ad ignorare (es. cane con maschera del gatto).

Conservazione della massa (stadio preoperatorio)



Ragionamento prelogico

- Il ragionamento non è logico → i bambini non sanno compiere **né induzioni, né deduzioni**



tendono a vedere una **relazione causale che non esiste tra due elementi concreti solo perché i due elementi si verificano insieme, oppure invertono causa ed effetto.**

3. Operatorio concreto (7 – 11 anni)

- Capacità di **decentrarsi** dal proprio punto di vista
- Il pensiero è organizzato in operazioni mentali
- **Operazioni mentali**: forme interiorizzate di azioni precedentemente sperimentate sul mondo fisico. Sono caratterizzate dalla **reversibilità**: possibilità di annullare l'effetto di un'azione mentale eseguendone un'altra.
- Le operazioni sono **concrete** → vincolate a casi concreti e specifici di cui si fa esperienza diretta

Acquisizioni nello stadio operatorio concreto

- **Seriazione**: organizzare mentalmente degli elementi in base a determinati criteri.
- **Classificazione**: classificare gli oggetti in gruppi basandosi su certi criteri, individuando le relazioni fra i gruppi. Es.: inclusione in categorie.
- **Numero**: idea più matura del numero e della sua invariabilità.
- **CONSERVAZIONE** di volume, lunghezza, numero, dimensione, massa.

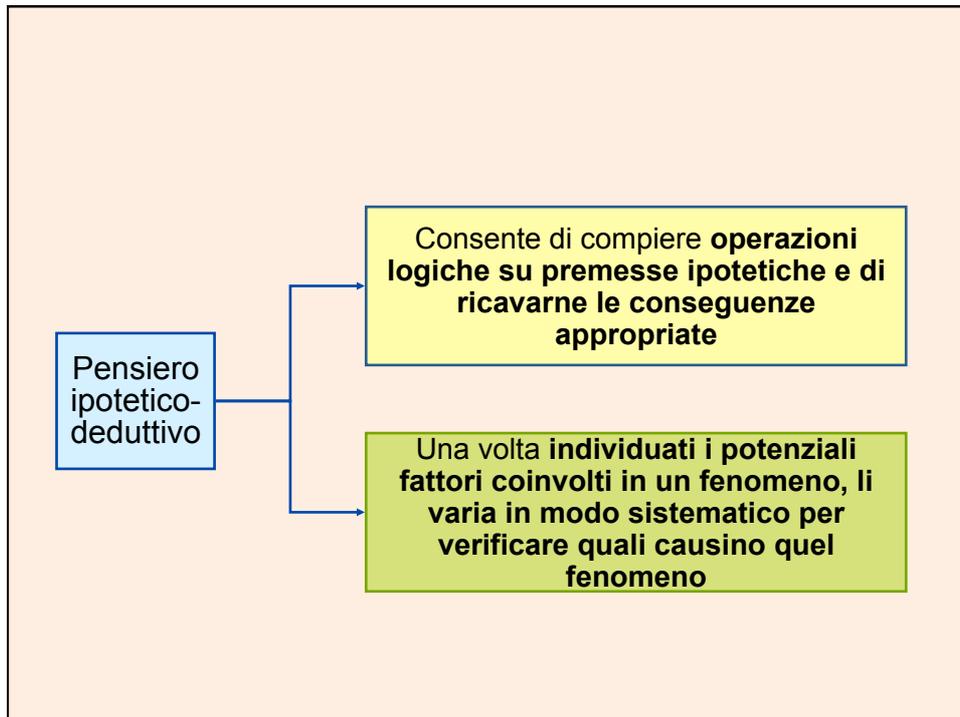
Dalla dipendenza dalla percezione alla dipendenza dalla **logica**

4. Formale (dagli 11 anni)

- Pensiero al massimo livello in cui il soggetto riesce a condurre **ragionamenti corretti senza la necessità di partire da un dato di esperienza e di verificare il ragionamento attraverso un dato di esperienza.**
- “ *Marco è più alto di Paolo, Paolo è più alto di Andrea. Chi è il più alto?*”
- Il bambino è in grado di sviluppare un **ragionamento ipotetico-deduttivo, probabilistico.**

Acquisizioni

- **Ragionamento sulle astrazioni:** capacità di ragionare sulle cose mai sperimentate direttamente
- **Problem solving avanzato:** capacità di costruire ipotesi, elaborare mentalmente risultati e prospettare varie soluzioni possibili prima di sottoporle a verifica



Contributi importanti a livello scientifico

- **Pensiero dei bambini qualitativamente diverso dal pensiero adulto**
- I bambini apprendono attivamente
- Si possono indagare molti fenomeni per comprendere lo sviluppo cognitivo dei bambini

Contributi importanti a livello quotidiano

- Implicazioni educative:
 - Coinvolgimento attivo
 - **Apprendere facendo**
 - Costruire un ambiente stimolante per favorire una costruzione autonoma della conoscenza
 - **Adattamento dei compiti al livello cognitivo del bambino**

SVILUPPO E COSTRUZIONE DEL SE'

Fonagy

Il modello di Fonagy si colloca in un contesto teorico che dà importanza, per la costruzione del Sé a:

- **Processi mentali** (il bambino conosce la propria mente grazie alla comprensione della mente altrui)
- **Interazione affettiva col caregiver** come contesto in cui si costruisce il Sé
- **Rapporto tra emozione e cognizione** (consapevolezza delle emozioni)

Fonagy

Sia il **Sé** come agente mentale (Io) sia il **Sé** come oggetto (Me) si costruiscono grazie al **processo di mentalizzazione** (o funzione riflessiva), cioè il fare esperienza di essere un organismo dotato di mente.

La **funzione riflessiva** e cioè la capacità di riflettere sulla mente consente di distinguere tra realtà interna ed esterna.

SVILUPPO E COSTRUZIONE DEL SE'

Mentalizzazione: porta alla consapevolezza che l'esperienza che abbiamo del mondo è mediata dalla nostra mente.

Organizzare tale esperienza attraverso la mente porta a costruire un'idea di Sé

Mentalizzazione ↔ **Costruzione del Sé**



Regolazione emotivo-affettiva (tra bambino e caregiver): capacità di modulare le proprie emozioni rispetto all'altro)

Le emozioni sono i primi stati mentali che si sperimentano e che si attribuiscono agli altri (poi intenzioni, desideri, credenze)

Il processo di mentalizzazione avviene a partire dalla regolazione emotivo-affettiva

Affettività mentalizzata: comprensione dei significati soggettivi dei propri stati affettivi.

SVILUPPO E COSTRUZIONE DEL SE'

Ci sono **diversi livelli di regolazione affettiva**:

- **Omeostasi**: modulazione dell'emozione in funzione del ripristino dell'equilibrio fisiologico (non è consapevole)
- **Regolazione interpersonale**: modulazione dello stato emotivo per adattarlo agli altri (prima forma di autoregolazione)
- **Affettività mentalizzata**: modulazione che tiene conto dei significati soggettivi dei propri stati affettivi

Il passaggio dal I agli altri livelli di regolazione affettiva è reso possibile dal **rispecchiamento emotivo da parte dell'adulto**

Modello del bio-feedback. Ipotizza che la teoria classica del bio-feedback possa essere applicata al contesto dell'interazione col caregiver. **Teoria del bio-feedback sociale**

Teoria del bio feedback

Al paziente si insegna ad avere consapevolezza di uno stato interno (ad es. frequenza cardiaca) associandolo contingentemente a qualcosa di esterno che varia in modo concomitante.

Teoria del bio feedback sociale

Il bambino impara a prendere consapevolezza di un stato interno non consapevole (uno stato emotivo) **associandolo allo stato emotivo che l'adulto manifesta contingentemente a quello del piccolo** (già a poche settimane i piccoli sono in grado di rilevare e reagire, sperimentandole, alle contingenze)

Teoria del bio feedback sociale

Quindi, quando l'adulto rispecchia emotivamente lo stato interno del bambino, gli consente di **fare un'esperienza di contingenza e di associare la configurazione che vede nell'adulto al proprio stato interno**

Teoria del bio feedback sociale

Per massimizzare la contingenza, **il bambino introduce delle piccole variazioni nel proprio comportamento, che si sintonizzano con quelle del genitore.**

Questa sintonizzazione induce il bambino a ridurre e regolare i propri stati emotivi

Nel tempo il bambino sperimenta nel genitore **due tipi diversi di esperienza emotiva: quella realistica e quella marcata**, le distingue e "capisce" che quella marcata rispecchia il proprio stato e non quello dell'adulto.

Se il bambino percepisse che quello che vede nell'altro è l'altrui stato emotivo, oltre a non differenziare tra sé e la realtà esterna (che sarebbe percepita come un prolungamento di sé), non regolerebbe il proprio stato emotivo, ma lo intensificherebbe.

Il rispecchiamento contingente e marcato (che è istintivo nel genitore) :

- Aiuta il b. a identificare e raggruppare alcuni indizi che definiscono il suo stato interno (**sensibilizzazione**)
- Lo aiuta a costruire delle rappresentazioni consapevoli dei propri stati interni (**costruzione della rappresentazione**)
- **Regolazione** delle emozioni
- Acquisizione del **codice comunicativo della marcatura**.

Possono esserci nel caregiver stili devianti di rispecchiamento emotivo, che possono sviluppare nel bambino forme di disadattamento o psicopatologie:

- Assenza di marcatura
- Presenza di marcatura, ma con incongruenza emozionale

Assenza di marcatura

Il bambino attribuisce all'altro il proprio stato emotivo, **non distingue tra realtà interna ed esterna**, l'emozione negativa risulta amplificata piuttosto che regolata.

Bambino e genitori sono sopraffatti dallo stato emotivo, assenza di contenimento emotivo.

**Presenza di marcatura, ma con incongruenza
emozionale**

L'adulto risponde con una reazione diversa da quella del bambino (ad es. piccolo attivato, eccitato gioiosamente, mamma risponde arrabbiandosi).

Il bambino percepirà in modo distorto i propri stati affettivi