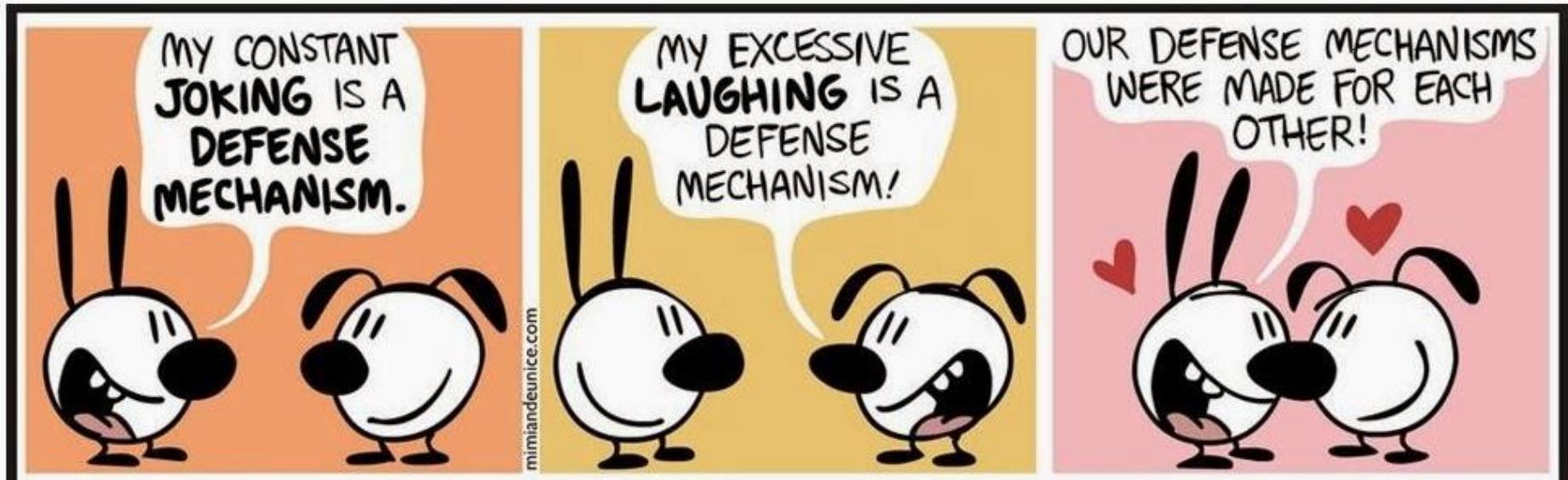


Psicodiagnostica Clinica

Lezione 6

- Prof. Igor Marchetti
- Anno accademico 2023-2024
- Email: imarchetti@units.it

DEFENSE MECHANISMS



MECCANISMI DI DIFESA

Un meccanismo di difesa, nella teoria psicoanalitica è una funzione propria dell'lo attraverso la quale questa istanza intrapsichica si protegge da eccessive richieste libidiche o da esperienze di pulsioni troppo intense, che non è in grado di fronteggiare direttamente.

Lo studio dei meccanismi di difesa è originato da Sigmund Freud ed è stato ripreso da diversi psicoanalisti.

Sono di ampio rilievo i contributi della figlia di Freud, Anna Freud nel suo libro *L'lo e i meccanismi di difesa*, 1968 (*Das Ich und die Abwehrmechanismen*, 1936).

MECCANISMI DI DIFESA

Le psiconevrosi di difesa, 1894

“...nella loro vita ideativa si era presentato un caso di incompatibilità [...] che aveva suscitato un affetto talmente penoso, che il soggetto aveva deciso di dimenticarlo, convinto di non avere la forza necessaria a risolvere, per lavoro mentale, il contrasto esistente tra questa rappresentazione incompatibile e il proprio Io” (p.123)

MECCANISMI DI DIFESA

Rimozione: “il pilastro su cui poggia l’edificio della psicoanalisi” (Freud, 1915)

“La sua essenza consiste semplicemente nell’espellere e tener lontano qualcosa dalla coscienza” (Freud, 1915)

L’individuo affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne tramite il non essere in grado di ricordare o il non essere cognitivamente consapevole di desideri, sentimenti, pensieri o esperienze disturbanti.

Freud individua 8 meccanismi di difesa: rimozione, formazione reattiva, isolamento, annullamento retroattivo, spostamento, isteria, ossessioni e compulsioni, fobie.

MECCANISMI DI DIFESA

Un meccanismo di difesa entra in azione con modalità al di fuori della sfera della coscienza: di fronte a una situazione che genera eccessiva angoscia, per esempio, l'io ricorre a varie strategie per fronteggiare l'estrema portata ansiosa dell'evento, con lo scopo preminente di escludere dalla coscienza ciò che è ritenuto inaccettabile e pericoloso.

Meccanismo di difesa \neq Stile di Coping

Meccanismo di difesa: tendenzialmente inconscio e non intenzionale

Coping: conscio e intenzionale

ANNA FREUD

“I mezzi difensivi rivelati ora dalla psicoanalisi mirano tutti ad uno scopo: aiutare l’Io nella sua lotta contro la vita istintuale. Sono causati da tre tipi di angoscia a cui l’Io si trova principalmente esposto.” (1936)

- Angoscia morale (Es- Super-Io)
- Angoscia del reale (Es – realtà esterna)
- Angoscia istintuale (Es – Io)

Anna Freud propone un elenco di meccanismi di difesa che comprende quelli già esposti dal padre ed alcuni nuovi meccanismi (sublimazione, identificazione con l’aggressore, altruismo).

Secondo Anna Freud tutte le difese possono essere ordinate lungo una linea evolutivo-maturativa. L'adeguatezza e l'adattività di un determinato meccanismo possono essere valutate sulla base di quattro importanti criteri

- INTENSITÀ, ossia proporzione quantitativa di impiego di una difesa;
- ADEGUATEZZA RISPETTO ALL'ETÀ, ossia prematurità, fissazione o regressione del meccanismo;
- REVERSIBILITÀ, ossia abilità dell'individuo nel disattivare la difesa quando cessa di essere funzionale;
- EQUILIBRIO TRA LE DIFESE, ossia utilizzazione da parte dell'individuo di un alto numero di difese o loro impiego in numero ristretto e in modo rigido.

In questo modo, Anna Freud introduce e indaga l'esistenza di una possibile correlazione tra difese utilizzate dal soggetto e lo stato di salute dell'lo di quest'ultimo.

OTTO KERNBERG

Secondo Kernberg i meccanismi di difesa possono essere definiti come fenomeni intrapsichici, volti a governare tutti quei conflitti interiori che coinvolgono al loro interno diverse componenti del soggetto, tra cui, in particolare, il concetto di Sè e le relazioni oggettuali interiorizzate.

Le teorizzazioni di Kernberg derivano principalmente dalle sue esperienze in ambito clinico e, per questo, i suoi studi sulle difese rimangono fortemente collegate alla psicopatologia.

OTTO KERNBERG

Organizzazione di personalità nevrotica

Organizzazione di personalità borderline "alta"

Organizzazione di personalità borderline "bassa"

Organizzazione di personalità psicotica

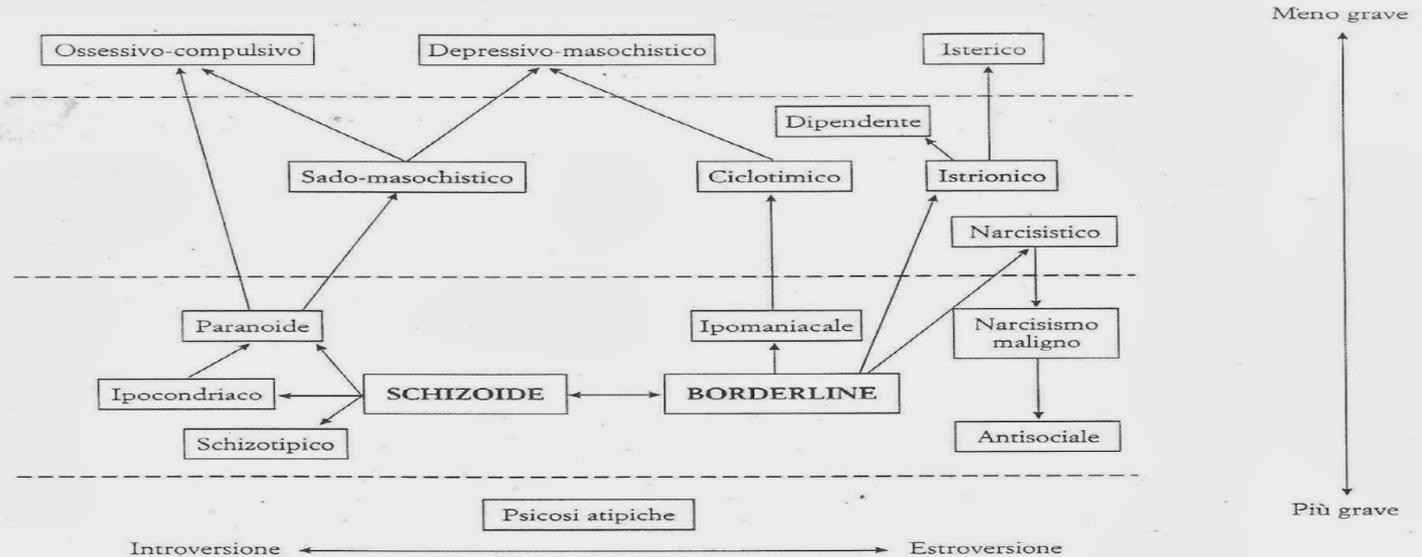


Figura 3.1 I disturbi di personalità e le loro interrelazioni.

OTTO KERNBERG

Kernberg basa tutti i suoi approfondimenti sui meccanismi di difesa su una concezione delle difese come disposte lungo un ipotetico continuum gerarchico ed evolutivo, di gravità: i pazienti più gravi sono pertanto quelli che persistono nell'uso di meccanismi patologici che risultavano tipici e fisiologici nel corso di fasi molto precoci dello sviluppo psichico

Meccanismi di difesa normali

1. Umorismo
2. Anticipazione
3. Repressione
4. Sublimazione

Meccanismi di difesa nevrotici

5. Rimozione
6. Annullamento retroattivo
7. Proiezione
8. Introiezione
9. Isolamento
10. Somatizzazione
11. Regressione
12. Negazione nevrotica
13. Rovesciamento/Formazione reattiva
14. Rivolgimento contro se stessi
15. Intellettualizzazione
16. Razionalizzazione

Meccanismi di difesa borderline

17. Scissione
18. Diniego
19. Idealizzazione
20. Svalutazione
21. Identificazione proiettiva
22. Controllo onnipotente
23. Acting out

Meccanismi di difesa psicotici

24. Deanimazione
25. Animazione
26. Ipocondriasi
27. Costrizione
28. Smontaggio
29. Fusione
30. Incapsulamento autistico
31. Frammentazione

J. C. PERRY

La difesa è un meccanismo psicologico che media tra desideri, bisogni, affetti, impulsi dell'individuo da una parte, e proibizioni interne o esterne dall'altra (Skodol e Perry, 1993) .

Caratteristiche fondamentali:

- 1) Sintesi creativa
- 2) Sono relativamente inconsci e involontari
- 3) Distorcono la realtà interna e/o esterna
- 4) Distorcono la relazione tra affetto e idea e tra soggetto e oggetto;
- 5) Sono più spesso sani che patologici
- 6) Mostrano capacità maturativa nel tempo

DSM-IV (TR)

Proposed Axes for Further Study

Defensive Functioning Scale

Defense mechanisms (or coping styles) are automatic psychological processes that protect the individual against anxiety and from the awareness of internal or external dangers or stressors. Individuals are often unaware of these processes as they operate. Defense mechanisms mediate the individual's reaction to emotional conflicts and to internal and external stressors. The individual defense mechanisms are divided conceptually and empirically into related groups that are referred to as *Defense Levels*.

Recording Form: Defensive Functioning Scale

A. **Current Defenses or Coping Styles:** List in order, beginning with most prominent defenses or coping styles.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

B. **Predominant Current Defense Level:** _____

DIFESE DI ALTO LIVELLO

Le difese di alto livello portano ad un adattamento ottimale nel gestire gli eventi stressanti. Queste difese generalmente massimizzano la gratificazione e permettono la consapevolezza dei sentimenti, delle idee e delle loro conseguenze. Inoltre, promuovono un bilanciamento ottimale tra spinte e desideri conflittuali.

Esempio:

- 1) Anticipazione
- 2) Affiliazione
- 3) Altruismo
- 4) Umore
- 5) Auto-affermazione
- 6) Auto-osservazione
- 7) Sublimazione
- 8) Repressione

ANTICIPAZIONE: Il soggetto anticipa dal punto di vista psichico le emozioni associate a problemi probabili o futuri, considerando soluzioni alternative e anticipando le reazioni emotive, in modo da permettere la preparazione di una migliore risposta adattativa, così da attenuare gli effetti dei futuri conflitti e dello stress.

AFFILIAZIONE: Il soggetto si rivolge agli altri per avere aiuto o sostegno, per confidarsi al fine di sentirsi meno solo. Aumenta così la sua capacità di far fronte ai suoi problemi ricevendo il sostegno e la comprensione degli altri, siano un consiglio o un aiuto pratico.

ALTRUISMO: Il soggetto si dedica agli altri, realizzando in parte i propri bisogni, ricevendo in questo modo delle gratificazioni parziali o indirette da parte degli altri.

UMORISMO: Il soggetto insiste sugli aspetti comici o ironici del conflitto e dello stress. L'umorismo tende così ad alleviare le tensioni permettendo agli altri di condividerle e permette di esprimere simbolicamente gli affetti o i desideri di intralcio

AUTOAFFERMAZIONE: Il soggetto esprime le proprie emozioni e pensieri per raggiungere i suoi obiettivi di ridurre l'ansia o il dolore psichico associato a elementi conflittuali

AUTO-OSSERVAZIONE: Il soggetto riflette sui propri pensieri, affetti, motivazioni e comportamenti, ciò che gli permette di comprendersi meglio e di meglio adattarsi alle esigenze della realtà esterna.

SUBLIMAZIONE: Il soggetto dirige le sue emozioni e pulsioni, giudicate inaccettabili o discutibili verso nuovi oggetti socialmente apprezzati (ad esempio lo sport o i giochi che canalizzano le pulsioni aggressive, le creazioni artistiche che canalizzano i conflitti pulsionali), il che porta al soggetto un riconoscimento o gratificazione a livello sociale

REPRESSIONE: Il soggetto mette momentaneamente da parte i problemi, desideri o affetti che lo disturbano per affrontarli o risolverli al momento opportuno, facendoli poi ritornare alla coscienza

DIFESE DI INIBIZIONE MENTALE o DELLE FORMAZIONI DI COMPROMESSO

Le difese di questo livello mantengono idee, sentimenti, memorie, desideri o paure potenzialmente minacciose fuori dalla consapevolezza dell'individuo. Queste difese sono divise in due sottotipi, difese ossessive e difese nevrotiche. Le prime mantengono intatti gli aspetti cognitivi e inibiscono quelli affettivi. Le secondo presentano un profilo opposto, ovvero inibiscono gli elementi cognitivi e non quelli affettivi

Esempio:

- 1) Spostamento (*nevrotica*)
- 2) Dissociazione (*nevrotica*)
- 3) Intellettualizzazione (*ossessiva*)
- 4) Isolamento dell'affetto (*ossessiva*)
- 5) Formazione reattiva (*nevrotica*)
- 6) Rimozione (*nevrotica*)
- 7) Annullamento retroattivo (*ossessiva*)

SPOSTAMENTO: Il soggetto sposta una rappresentazione o un affetto legato ad un oggetto su un altro oggetto, meno angosciante e meno conflittuale; il conflitto è così spostato su cose secondarie.

DISSOCIAZIONE: Il soggetto altera la funzione integrativa della coscienza o dell'identità e un affetto o una pulsione agisce nella sua vita psichica senza che ne sia cosciente, cosa che gli può provocare la perdita di una funzione o un comportamento insolito. Es.: confusione, sensazione di vertigine, presenza di sintomi fisici senza riconoscimento di ciò che potrebbe essere un legame con i sintomi

INTELLETTUALIZZAZIONE: Il soggetto affronta i conflitti emotivi e le fonti di stress interne o esterne attraverso l'uso eccessivo del pensiero astratto per evitare di provare sentimenti che lo disturbano

ISOLAMENTO: Il soggetto è incapace di essere simultaneamente cosciente delle componenti affettive e cognitive esperite perché l'affetto rimane distanziato dalla coscienza. Il soggetto non è cosciente del contenuto emozionale associato a un'idea, pur rimanendo comunque cosciente dei contenuti cognitivi.

FORMAZIONE REATTIVA: Ad affetti o pensieri inaccettabili, il soggetto attribuisce un senso diametralmente opposto, che gli permette di evitare i sensi di colpa.

RIMOZIONE: Il soggetto è incapace di ricordare o essere cognitivamente consapevole dei conflitti (desideri, sentimenti, pensieri o esperienze), il che lo protegge da ciò che prova o ha provato; le componenti emozionali sono presenti, mentre le componenti cognitive rimangono fuori dalla coscienza.

ANNULLAMENTO RETROATTIVO: Il soggetto ha pensieri o comportamenti che hanno un significato opposto a pensieri, affetti o comportamenti passati o presenti, attraverso i quali il soggetto tenta di annullare i conflitti collegandoti ai componenti originali; questo meccanismo corrisponde a un processo di riparazione di aspetto "magico". Comportamenti o commenti sono così immediatamente seguiti da propositi o attitudini che hanno un senso opposto (atti di riparazione).

DIFESE DI DISTORSIONE MINORE DELL'IMMAGINE

Le difese di questo livello sono caratterizzate da distorsioni dell'immagine di sé, del corpo, o degli altri. Lo scopo principale è quello di regolare l'autostima. Alle volte, vengono definite anche difese narcisistiche.

Esempio:

- 1) Svalutazione
- 2) Idealizzazione
- 3) Onnipotenza

SVALUTAZIONE: Il soggetto attribuisce "qualità" eccessivamente negative a se stesso o ad altri, vale a dire affermazioni denigratorie, sarcastiche su se stessi o sugli altri in modo da aumentare l'autostima

IDEALIZZAZIONE: Il soggetto attribuisce qualità esagerate a se stesso o ad altri, cosa che gli procura una fonte di soddisfazione e una protezione contro i sentimenti di impotenza, nel senso che ciò gli permette di mantenere un'immagine perfetta e irreprensibile dell'oggetto idealizzato.

ONNIPOTENZA: Il soggetto sviluppa, attraverso l'auto-attribuzione di capacità o di poteri straordinari, un'immagine di sé onnipotente e superiore a quella degli altri, che lo protegge da una diminuzione di autostima; l'autostima è artificiosamente ingigantita, deformando la valutazione dei conflitti che si accompagnano a sentimenti opposti.

DIFESE DI DINIEGO

Le difese di questo livello sono caratterizzate dal tenere fuori dalla consapevolezza stressors, impulsi, idee, affetti, e senso di responsabilità spiacevoli o inaccettabili. Questo può avvenire con o senza attribuzione all'esterno.

Esempio:

- 1) Negazione
- 2) Proiezione
- 3) Razionalizzazione
- 4) Diniego

NEGAZIONE: Il soggetto rifiuta di riconoscere alcuni aspetti della sua realtà psichica (affetti e rappresentazioni) che sono evidenti agli altri.

RAZIONALIZZAZIONE: Il soggetto elabora le spiegazioni rassicuranti e utili per giustificare i propri comportamenti o quelli degli altri, i veri motivi non sono percepiti dal soggetto per evitare di prendere coscienza delle motivazioni autentiche di questi comportamenti.

PROIEZIONE: Il soggetto attribuisce agli altri, senza esserne consapevole, i propri sentimenti, impulsi o i suoi pensieri, il che gli permette di evitare di confrontarsi direttamente con emozioni e variabili che lo renderebbero troppo vulnerabile se ammettesse la loro presenza in se stesso.

ESTERNALIZZAZIONE VS. PROIEZIONE

“Sei una persona invidiosa” vs. “Tu invidi me”

Allocazione di un fenomeno interno sul mondo esterno

ESTERNALIZZAZIONE: Allocazione esterna di un aspetto di Sè negativo (o inaccettabile). Funzione primariamente protettiva rispetto a un dolore narcisistico, come l'umiliazione. Può anche aiutare a esplorare ulteriori tipologie di identità. Se non usata in maniera rigida, salvaguardia l'equilibrio narcisistico e riduce ansia e angoscia. Spesso non ha una marcata base di realtà.

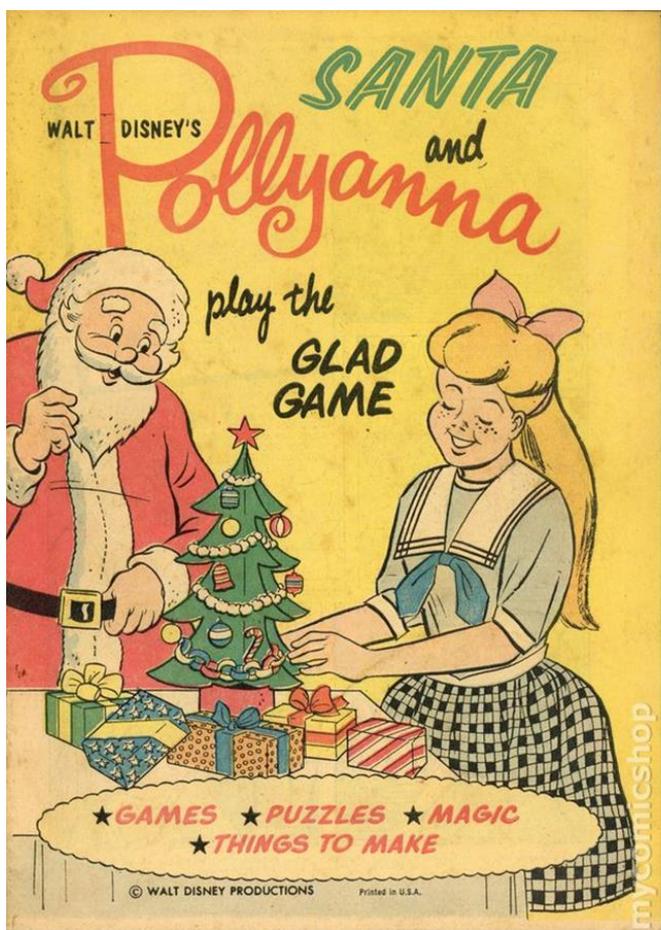
ESTERNALIZZAZIONE VS. PROIEZIONE

PROIEZIONE: Allocazione esterna di un impulso ritenuto pericoloso e inaccettabile. Funzione protettiva rispetto le possibili conseguenze se quell'impulso fosse agito. Si ritiene sia di basso valore adattivo. Spesso ha una qualche base di realtà, ovvero si base sull'ambiguità attribuita all'oggetto. Importante, di fatto non riduce l'ansia e l'angoscia, in quanto crea un mondo esterno percepito, fundamentalmente ostile. L'ansia può ridursi se si attua (anche in pensiero) la fuga.

ESTERNALIZZAZIONE RIGIDA = difficoltà a mantenere l'equilibrio dell'autostima (PATOLOGIA NARCISISTICA)

PROIEZIONE RIGIDA = difficoltà a controllare impulsi e problemi legati ai sentimenti di colpa (PATOLOGIA PARANOIDE)

DINIEGO: Il soggetto rifiuta attivamente un dato di realtà o un qualche evento sia veramente avvenuto. «Non è, vero». Un esempio tipico, è la personalità alla Pollyanna



DINIEGO E NEGAZIONISMO AI TEMPI DEL COVID-19

THE LANCET

Log in

CORRESPONDENCE | [ONLINE FIRST](#)

PD

Psychoanalysis in combatting mass non-adherence to medical advice

[Austin Ratner](#)  • [Nisarg Gandhi](#)

Published: October 19, 2020 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32172-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32172-3)

ANGOSCIA DELLA MORTE

Accettare la consapevolezza della ***propria morte***, invece che accettare la consapevolezza della morte in generale. Ad esempio siamo finiti, la vita di una persona attiva davvero arriva a conclusione, il mondo continuerà comunque, siamo uno tra i molti, l'universo non riconosce che siamo speciali, etc.

Un intimo senso di tradimento.

*“Perdona, o Signore, il piccolo
scherzo che Ti ho fatto /
E io perdonerò il grande
scherzo che Tu hai fatto a me”*

Robert Frost



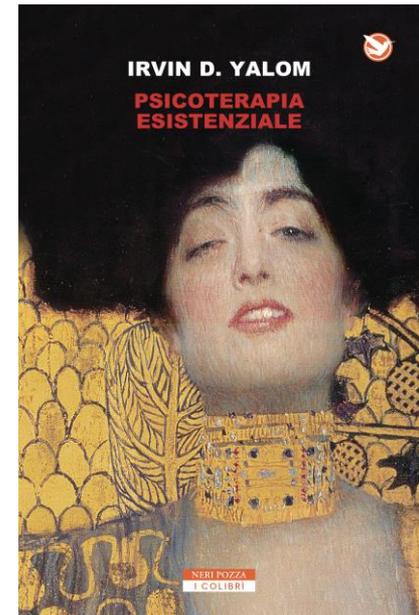
ANGOSCIA DELLA MORTE

La difesa dell'essere speciali, ovvero diniego della **propria morte**, in quanto caratterizzati da attributi che nessun altro ha.

“Mille ne cadranno al tuo fianco e diecimila alla tua destra;
ma tu non ne sarai colpito”

Salmi 91:7

- Eroismo compulsivo (controfobico)
- Maniaci del lavoro
- Personalità narcisista
- Aggressione e controllo



DIFESE DI DISTORSIONE MAGGIORE DELL'IMMAGINE

Le difese di questo livello sono caratterizzate da una distorsione maggiore o una attribuzione erronea dell'immagine di sé, del proprio corpo, o degli altri. Queste difese servono principalmente a mantenere l'integrità (più che l'autostima) del sé. Chiamate anche difese borderline.

Esempio:

- 1) Scissione
- 2) Identificazione Proiettiva
- 3) Fantasia autistica (schizoide)

SCISSIONE: Il soggetto descrive se stesso o gli altri come solo buoni o solo cattivi, senza riuscire a integrare in un'immagine coesa gli aspetti positivi e negativi di sé e degli altri (descrizioni contraddittorie), come se il mondo fosse diviso in due campi distinti, il bene e il male, il che gli consente di ridurre l'angoscia legata al processo utilizzato per discernere e comprendere gli atteggiamenti e le reazioni degli altri.

FANTASIA AUTISTICA: Il soggetto si rifugia eccessivamente in sogni a occhi aperti come sostituti di rapporti umani e sociali, al fine di proteggersi dai conflitti o permettere la soddisfazione di impulsi e desideri, ottenendo così soddisfazioni temporanee e sostitutive senza confrontarsi con il principio di realtà

IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: ???



Esempio #1

Un paziente inizia una seduta di psicoterapia ammettendo, con vergogna e tristezza, di non aver niente da dire come la volta precedente. Durante il resto della seduta, intercala la conversazione con le seguenti considerazioni: dice di sentirsi inetto e incapace di cambiare la propria vita, di liberare le proprie emozioni e di stare bene con gli altri; dice di non riuscire neppure a sognare o a pensare che cosa dire prima di recarsi dal terapeuta, tanto che pensa di essere giudicato male da lui. Anzi, sente costantemente che il terapeuta è deluso di lui, non potrebbe essere altrimenti, dato che lui non è riuscito ad utilizzare l'opportunità dell'analisi per cambiare. Poi aggiunge che effettivamente, da quando ha cominciato la terapia ad oggi, niente è cambiato, quindi evidentemente l'analisi non gli è servita e pensa allora che sia inutile continuare a spendere soldi per non avere risultati. Appare a questo punto risentito nei confronti del terapeuta che non è riuscito a cambiarlo. Quando esce, è il terapeuta a sentirsi incapace e depresso, mentre il paziente appare sollevato.

IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: Meccanismo di difesa multicomponentiale.

- 1) La persona scinde parti negative di sè che non accetta e non integra (scissione);
- 2) La persona inconsciamente proietta tali parti su qualcun'altro (proiezione);
- 3) La persona agisce in maniera tale che l'altro attivamente provi queste parti negative (manipolazione);
- 4) L'altro si identifica e agisce le parti negative proiettate (identificazione proiettiva)

SWAP Items che misurano l'identificazione proiettiva

#116: “Tende a vedere i suoi sentimenti e impulsi inaccettabili negli altri e non a in se stesso/a” (componente scissoria e proiettiva)

#76: “Si comporta in modo da suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (per esempio, quando è arrabbiato/a, agisce in un modo che provoca rabbia negli altri; quando è ansioso/a, agisce in un modo che provoca ansia negli altri)” (manipolazione interpersonale)

#154: “Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti” (conseguenze delle precedenti operazioni sulle altre persone)

Esempio #2

Altro esempio: un individuo si rivolge a un servizio sociale dicendo di sentirsi depresso per il fatto di non avere un'occupazione e di non potersi mantenere, chiede quindi aiuto e suggerimenti per trovare un lavoro. Nonostante che l'assistente sociale si sforzi di elencargli varie opportunità, ogni proposta riceve un rifiuto dal soggetto in questione, in termini di: “sì, ma...”, e ogni rifiuto viene variamente motivato. A un certo punto l'individuo interrompe il colloquio e se ne va dicendo di aver capito che l'altro non è capace di fare alcunché per lui. Questa risposta deprime l'assistente sociale che ha già dei dubbi sulla propria bravura. Anche in questo caso il senso di fallimento è passato dal soggetto che chiede aiuto a quello che ha il compito di aiutarlo.

DIFESE DI ACTING

Le difese di questo livello sono caratterizzate dal gestire gli eventi stressanti, interni o esterni, tramite l'agire o il ritiro

Esempio:

- 1) Acting out
- 2) Aggressività passiva
- 3) Ipocondriasi
- 4) Ritiro apatico

ACTING OUT: Il soggetto reagisce senza riflettere o senza tener conto delle conseguenze negative personali o sociali (spesso comportamenti antisociali o autodistruttivi), questo acting out presenta relazioni con affetti o impulsi che il soggetto non può tollerare. Questo permette al soggetto di scaricare o esprimere gli impulsi che non sono controllabili e che riflettono gli eventi dolorosi

AGGRESSIVITÀ PASSIVA: Il soggetto esprime in maniera indiretta e dissimulata aggressività verso gli altri, presentando, sotto una facciata di cooperazione e benevolenza, una resistenza nascosta verso gli altri, sentimenti di ostilità e risentimento indiretti e dissimulati; incluso il rivolgere l'aggressività contro di sé

IPOCONDRIASI: L'ipocondriasi comporta l'uso ripetuto di lamentele attraverso le quali il soggetto ostentatamente chiede aiuto, esprimendo contemporaneamente sentimenti nascosti di aggressività o di risentimento nei confronti degli altri sotto forma di rifiuto di qualsiasi proposta di assistenza

RITIRO APATICO: Il soggetto si sottrae a situazioni sociali o interpersonali, sostituendo lo stimolo del proprio mondo fantastico interiore alle tensioni della relazione con gli altri

DISREGOLAZIONE DELLE DIFESE

Questo livello indica il fallimento della regolazione difensiva. Il soggetto non riesce a contenere la propria reazione agli eventi stressanti, interni o esterni. Ciò porta alla rottura dell'esame di realta

Esempio:

- 1) Proiezione delirante
- 2) Negazione psicotica
- 3) Distorsione psicotica

PROIEZIONE DELIRANTE : Individuo attribuisce pensieri, emozioni e impulsi agli altri, senza che siano basati su elementi di realtà

DINIEGO (PSICOTICO): forma aggravata di diniego, dove non esiste un contatto con la realtà

DISTORSIONE PSICOTICA: la realtà viene percepita in maniera marcatamente diversa rispetto gli altri. La realtà viene modificata per gestire il dolore

ESERCITAZIONE

Francesca ha 38 anni, è sposata da sette anni e da tempo cerca di avere un figlio; sia lei sia il marito lo desiderano molto. Ha avuto due aborti spontanei e ora, in seguito a una biopsia che ha mostrato l'esistenza di un tumore in fase iniziale, deve sottoporsi a un'isterectomia. La famiglia di Francesca è molto tradizionale, la sorella più giovane ha quattro figli ed è considerata da tutti i parenti una mamma modello. Francesca non riesce ad ammetterlo, ma nei confronti della sorella prova sentimenti d'invidia e inferiorità.

VIGNETTA

MECCANISMO DI DIFESA

Un mese dopo l'operazione, organizza un gruppo di autoaiuto per donne che hanno subito interventi per tumori al seno o all'utero. Lo scopo del gruppo è di informarsi, ascoltarsi e sostenere le altre donne in attesa di affrontare interventi simili

Dopo una lieve infezione postoperatoria, scrive una lunga, rabbiosa lettera ai giornali attaccando l'ospedale per le cattive condizioni igieniche. Nonostante avesse eseguito un Pap test sei mesi prima della diagnosi, accusa il medico di base di non averle proposto un secondo test in tempi utili e pensa di procedere contro di lui legalmente per incapacità professionale

VIGNETTA

MECCANISMO DI DIFESA

“Riscopre” un antico interesse per lo studio della pianificazione familiare, di cui si era occupata quando frequentava l’università, e discute appassionatamente con alcune amiche sulla necessità di non “ingrandire” troppo le loro famiglie. Dice di essere sempre stata terrorizzata dai dolori del parto e confida al marito che tutto sommato è contenta di non avere avuto figli

Legge varie pubblicazioni scientifiche sui tumori all’utero e pone al medico domande tecniche dettagliatissime sulla natura dell’intervento e sulle procedure dell’esame istologico. In ospedale il suo passatempo preferito è fare ricerche online sulle cause di isterectomia e sui termini medici

VIGNETTA

MECCANISMO DI DIFESA

Al risveglio dell'anestesia non prova dispacere, ma si dichiara felice per quella che considera una nuova esperienza religiosa. Racconta a tutti gli amici che il dolore provato le ha dato un senso di gioiosa comunione con tutte le creature che soffrono. Il giorno dopo, camminando per l'ospedale, si ritrova nel reparto maternità senza sapere perché e come ci è arrivata

Cerca di non lamentarsi troppo quando le rimuovono i punti della ferita, anche se il piccolo intervento è doloroso. Sapendo di essere turbata dalle immagini di neonati e notando che sulla copertina del suo settimanale preferito c'è un servizio sulle giovani mamme, decide per il momento di leggere un altro giornale

VIGNETTA

MECCANISMO DI DIFESA

Si scopre incapace di ricordare il nome dell'operazione subita. "Dimentica" di presentarsi al primo controllo medico dopo l'operazione. A casa scoppia in lacrime quando rompe una fotografia incorniciata dei nipoti, ma dice di non avere idea del perché di questo pianto

Dice insistentemente alle infermiere che dovrebbe essere trasferita al reparto maternità e vaga per l'ospedale cercando "il suo bambino". Fa un'ordinazione telefonica per una culla da recapitarle a casa. Non prova alcun dolore post-operatorio

VIGNETTA

MECCANISMO DI DIFESA

Chiacchera affettuosamente al telefono con i nipoti e scrive per loro una poesia sulle gioie agrodolci dell'essere la classica "zia senza figli"

È molto interessata alla crescita di tulipani sul balconcino della sua camera di ospedale. Non chiede mai informazioni sul decorso ospedaliero, ma si preoccupa in modo eccessivo per la comparsa di una strana muffa sui bulbi dei suoi tulipani

Il giorno dopo l'operazione, dice ai medici di appartenere a una setta religiosa e chiede di essere dimessa subito. Aggiunge, con una risata sinistra, che hanno bisogno di una vacanza per fare una piccolo "semina primaverile"

VIGNETTA

MECCANISMO DI DIFESA

Il chirurgo è colpito dalla calma e dal senso pratico con cui Francesca affronta il decorso post-operatorio e dalla franchezza con cui esprime il rimpianto di non avere avuto dei bambini. La sorpresa del medico è dovuta al fatto che Francesca aveva trascorso il periodo delle visite preoperatorie preoccupandosi di possibili complicazioni e spesso piangendo perché non avrebbe più potuto avere bambini

È convinta che l'ospedale sia in mano a nazisti che la vogliono sterilizzare. Cerca di telefonare alla polizia per denunciare i medici. Rifiuta di prendere gli antidolorifici, dicendo che sono farmaci sperimentali per controllare il pensiero

VIGNETTA

MECCANISMO DI DIFESA

Dice all'infermiera che non vuole ricevere visite perché la rendono triste. Getta via tutti i fiori ricevuti in regalo e legge avidamente una copia del settimanale "Genitori". Va al reparto neonati e fantastica il nome che darebbe a ciascun bambino se fosse suo. Canta spesso a voce alta una ninna-nanna

È preoccupata dalla possibilità che il tumore possa essersi diffuso anche ai linfonodi e passa il tempo rilevando la presenza di piccoli gonfiori al collo e all'inguine. Si lamenta di essere lasciata sola in balia della sua preoccupazione, ma ogni volta che la sorella la va a trovare, la accusa di occuparsi solo dei suoi figli, mentre lei sta morendo di cancro

VIGNETTA

MECCANISMO DI DIFESA

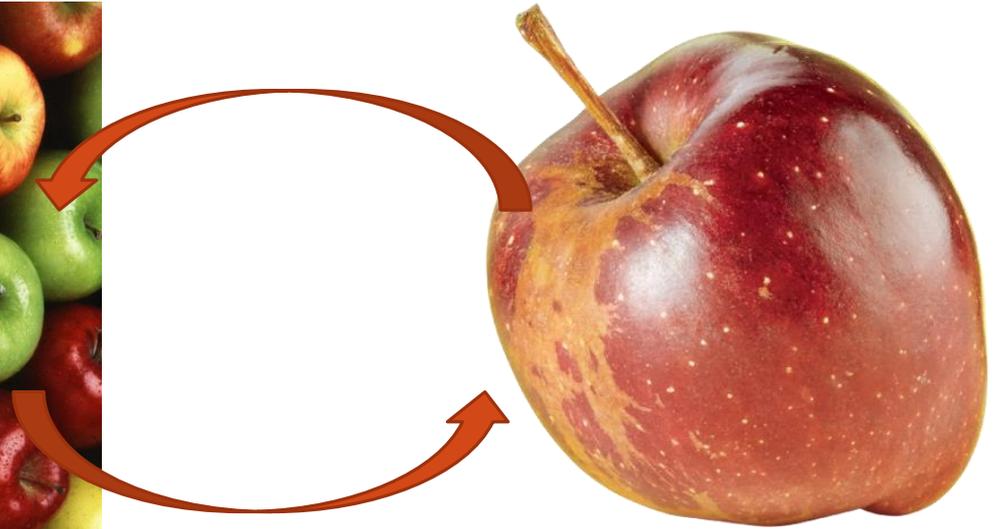
Un tirocinante, mettendole la flebo, fatica a prenderle la vena: lei sorrida, gli dice di non preoccuparsi e aggiunge: “Quando si è solo studenti in medicina, deve essere difficile fare le cose bene”. Non riuscendo a dormire, rimane sveglia a fissare il tubicino della flebo, che a poco a poco si ostruisce. Alle 4 di mattina, l’ausiliare deve chiamare il medico per rimettere la flebo. Con aria spensierata dice al medico che non ha segnalato prima il problema per non disturbare, perché sa che in ospedale sono sempre tutti molto occupati

Poco tempo dopo aver lasciato l’ospedale, tenta il suicidio

Dal NOMOTETICO all'IDIOGRAFICO



DIAGNOSI: è una mela!



FORMULAZIONE DEL CASO: Questa specifica "persona" è rossa, è dolce, ha una buccia lucida, ha qualche bitorsolo...

Dal NOMOTETICO all'IDIOGRAFICO

La formulazione del caso è una concettualizzazione (verbale) del quadro completo dell'individuo valutato, tramite la raccolta di dati che sono usati per generare **ipotesi** sia sulle cause, gli antecedenti e i fattori di mantenimento che sui problemi portati dal cliente all'interno del suo contesto biopsicosociale



Dal NOMOTETICO all'IDIOGRAFICO



DIAGNOSI
DESCRITTIVA



DIAGNOSI
FUNZIONALE



FORMULAZIONE
DEL CASO



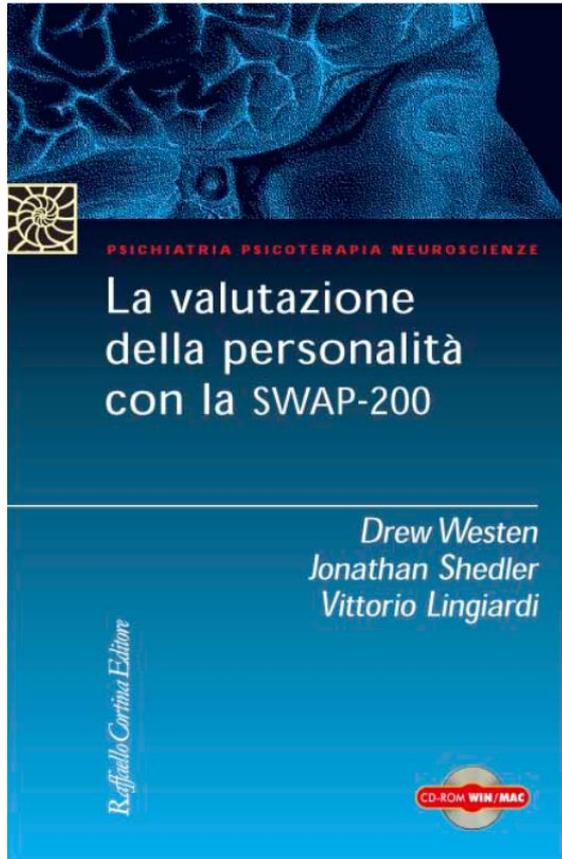
Dal NOMOTETICO all'IDIOGRAFICO



La diagnosi funzionale riguarda la valutazione di funzioni discrete, ma interagenti che si focalizzano sui meccanismi che permettono all'individuo di funzionare in quello specifico modo.

Orientamenti diversi si focalizzano su funzioni **parzialmente** diversi

SHEDLER WESTEN ASSESSMENT PROCEDURE (SWAP-200)



“Lasciamo che i clinici facciano ciò che sanno fare meglio, cioè osservare, ascoltare e fare inferenze; e lasciamo che la statistica faccia ciò che sa fare meglio, cioè aggregare i dati in modo attendibile”.

SHEDLER WESTEN ASSESSMENT PROCEDURE (SWAP)

La SWAP è una procedura di valutazione dei tratti e degli stili, sani e patologici, della personalità in soggetti adulti e adolescenti.

È una procedura clinician-based per la valutazione della personalità, utile sia per la diagnosi funzionale, sia per la formulazione del caso, sia per la diagnosi categoriale.



SWAP e Diagnosi Funzionale

Al fine di effettuare una diagnosi funzionale della personalità, la SWAP pone 3 (+1) domande



- 1) Quali sono i **desideri**, le **paure**, i **valori** (motivazioni) caratteristici di un determinato individuo e in che misura questi elementi sono consci e tra loro **compatibili**? (PSICOANALISI CLASSICA)
- 2) Quali sono le risorse psicologiche, le disposizioni **cognitive** (i.e. schemi cognitivi, processi cognitivi impliciti e espliciti), **affettive** (tendenze emotive di base, labilità, intensità, livello di consapevolezza, regolazione emotiva), **comportamenti tipici** e **temperamento** (PSICOLOGIA DELL'IO)

SWAP e Diagnosi Funzionale

- 3) Quali sono le **esperienze di sè e degli altri** e in che misura l'individuo è in grado di stabilire **relazioni interpersonali intime**? **Struttura del sè** (senso di continuità e coerenza del sè, autostima, senso di identità e rappresentazioni del sè), **rappresentazione di sè e degli altri** (la loro complessità, differenziazione, integrazione), capacità di stabilire relazioni intime (competenze sociali e comportamento interpersonale) (PSICOANALISI DELLE RELAZIONI OGGETTUALI, PSICOANALISI RELAZIONALE, e PSICOLOGIA del SÈ)



SWAP e Diagnosi Funzionale

- 4) Come si sviluppano i processi indicati?
Livello di maturità dei vari processi
psicologici, il temperamento e le esperienze
evolutive





200 items (SWAP-200): affermazioni descrittive delle caratteristiche più importanti dei pazienti con disturbi di personalità. Items derivati dalla letteratura clinica e dalla esperienza di clinici di grande esperienza (>18 anni di pratica)

Item #1: Tende a incolparsi o a sentirsi responsabile delle cose negative che accadono

Item #47: non sa se è eterosessuale, omosessuale o bisessuale

Item #90: Tende a sentirsi vuoto/a e annoiato/a

ITEM IPSATIVI: ogni item è valutato rispetto gli altri item nella stessa persona, non si valuta l'item della persona rispetto lo stesso item nel gruppo normativo

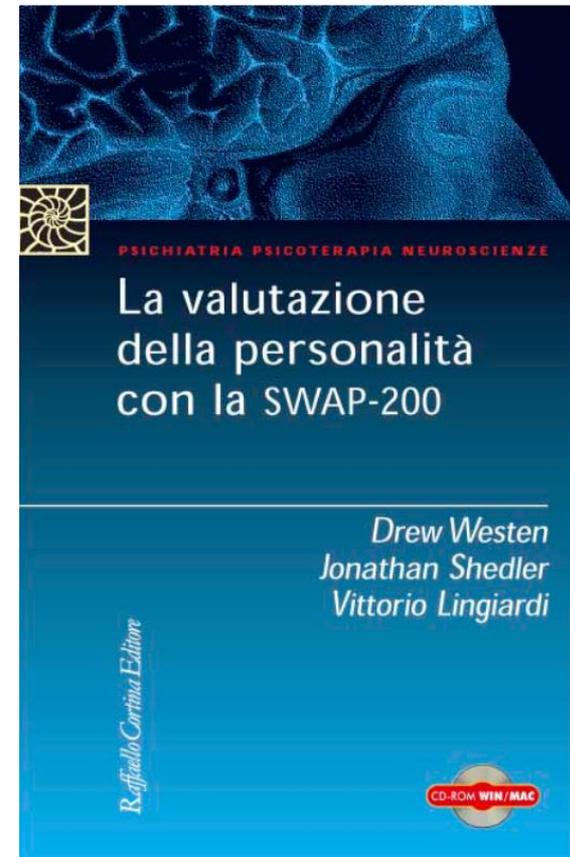
PDM-2 Asse M e Diagnosi Funzionale con la SWAP-200

DIAGNOSI
FUNZIONALE



Asse M Profilo del funzionamento mentale

2. Capacità di fare esperienza, comunicare e comprendere gli affetti
3. Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva
4. Capacità di differenziazione e integrazione (identità)
5. Capacità di relazioni e intimità
6. Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna
7. Capacità di controllo e regolazione degli impulsi
8. Funzionamento difensivo
9. Capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche
10. Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica)
11. Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali
12. Significato e direzionalità



(4) Capacità di differenziazione e integrazione

#15 Non ha un'immagine stabile di chi è o di chi vorrebbe diventare (per esempio, gli atteggiamenti, i valori, gli obiettivi o i sentimenti relativi a se stesso/a possono essere instabili e mutevoli)

#89 Sembra essere riuscito/a a scendere a patti con esperienze dolorose del passato, avervi trovato un significato ed essere cresciuto/a grazie anche a queste esperienze

#92 Sa esprimersi in modo articolato, sa raccontarsi

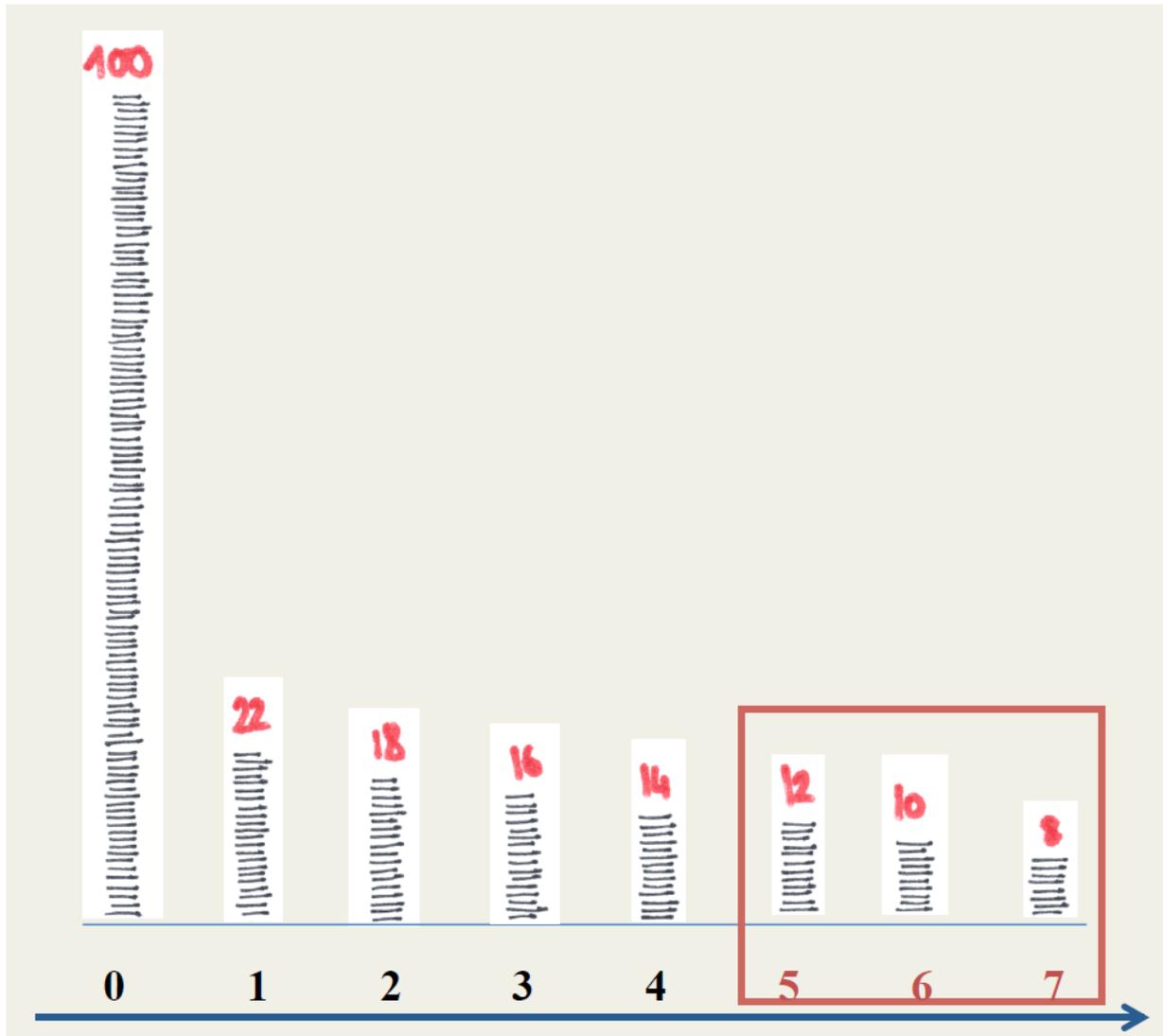
(12) Significato e direzionalità

#37 Trova significato nella sua appartenenza e nel suo contributo a una comunità più ampia (per esempio, organizzazioni di vario tipo, Chiesa, vicinato...)

#151 Fa esperienza del suo passato come di una serie di eventi privi di rapporto e connessioni reciproche, ha difficoltà a fornire un racconto coerente della propria storia

#121 Tende a considerarsi un/una emarginato/a o un/una outsider, si sente privo/a di qualunque appartenenza

METODOLOGIA Q-SORT



Gli item della pila 5, 6, e 7 sono quelli assolutamente più rappresentativi del cliente valutato

Il metodo Q-SORT Evita specifici bias (i.e., valori sempre estremi, valori sempre mediani)

PROTOTYPE-MATCHING

Quanto la persona che sto valutando è simile al prototipo di un paziente con disturbo di personalità NARCISISTA? Oppure BORDERLINE, oppure...



STILE DI PERSONALITA' NARCISISTICO (SWAP-200)

SWAP	
49	Ha fantasie di potere, bellezza, talento, ingegno, etc. senza limiti
190	Sembra che si senta privilegiato/a di avere tutti i diritti.
4	Si sente esageratamente importante
48	Vuole essere al centro dell'attenzione
128	Fantastica di trovare l'amore ideale e perfetto
9	Tende a pensare che gli altri siano invidiosi di lui/lei
42	Tende a provare invidia
160	Non ha relazioni o amici stretti
90	Tende a sentirsi vuoto/a o annoiato/a
158	Ha paura a coinvolgersi in relazioni d'amore a lungo termine
52	Ha poco empatia; sembra incapace di capire o rispondere ai bisogni e ai sentimenti degli altri meno che non coincidano con i propri
...

PROTOTYPE-MATCHING

La persona viene valutata riguardo il suo grado di somiglianza con ciascuno dei 10 disturbi di personalità (DSM-IV-TR) + un profilo di personalità ad alto funzionamento.

Se il punteggio T (media= 50, SD = 10):

>50 = presenza di tratti

>55 = tratto di rilievo clinico

>60 = diagnosi categoriale di DP

Se il punteggio di alto funzionamento > 60, non è possibile fare diagnosi di DP, perché la persona funziona in maniera adeguata, anche se ha dei tratti (cl clinicamente rilevanti) di un certo disturbo clinico



PROTOTYPE-MATCHING

FATTORI-Q

Nuovo insieme di categorie diagnostiche derivato empiricamente a partire da 5000 descrizioni SWAP di pazienti con DP, secondo il DSM. 7 fattori principali

1. Disforico

2. Antisociale-psicopatico
3. Schizoide
4. Paranoide
5. Ossessivo
6. Istrionico
7. Narcisistico

5 sottotipo disforici:

- 1) Evitante
- 2) Depressivo ad alto funzionamento
- 3) Emotivamente disregolato
- 4) Dipendente-masochista
- 5) Con esteriorizzazione della ostilità



Caso: LUIGI

Luigi ha 35 anni e fa l'insegnante. Nonostante abbia una laurea in ingegneria e un dottorato di ricerca, lavora saltuariamente come insegnante e dà ripetizioni private di matematica e fisica. Spesso ha un atteggiamento di superiorità rispetto a tutti, ma senza mai chiarire le ragioni di tale superiorità. Si trova a disagio quando la conversazione non è incentrata su di lui e trova difficile manifestare affetto e attenzione nei confronti degli altri.

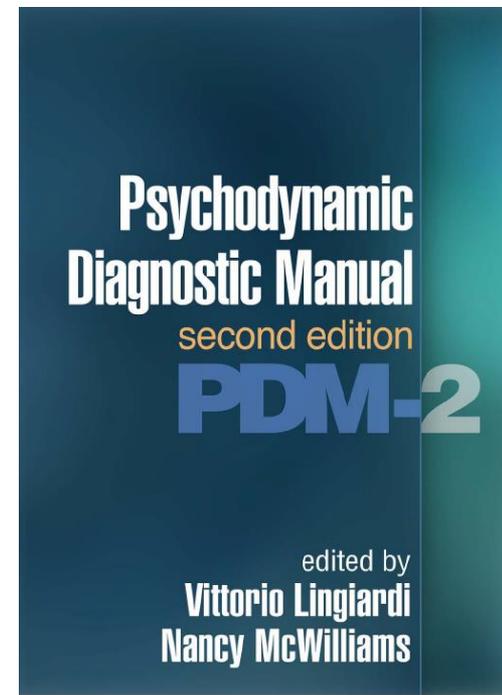
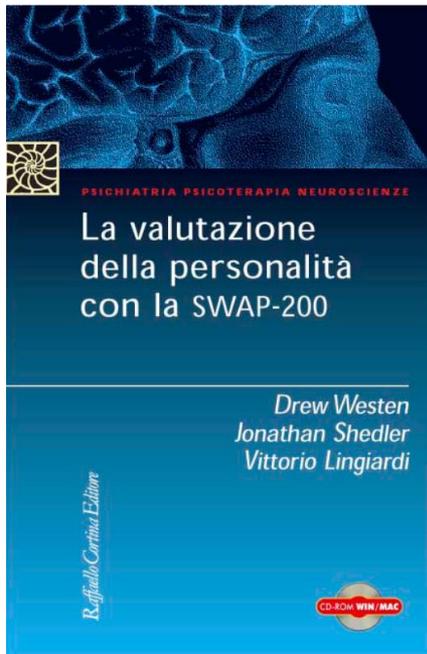
È un uomo piacevole e attraente. Riesce con facilità a sedurre le donne ed è spesso coinvolto con più amanti allo stesso tempo. Quasi sempre le sue partner sono «impegnate» con altri uomini e il loro rapporto con Luigi è finalizzato al solo sesso. Inoltre sono spesso molto più giovani di Luigi e particolarmente inesperte. Quelle che hanno manifestato il desiderio di iniziare una relazione sono state prontamente allontanate da Luigi.

Nel passato, ha avuto un rapporto molto importante, ma lei se ne è andata all'improvviso, lasciandolo senza spiegazioni. Luigi sente che quella era la sua occasione di essere felice.

Esempio: LUIGI

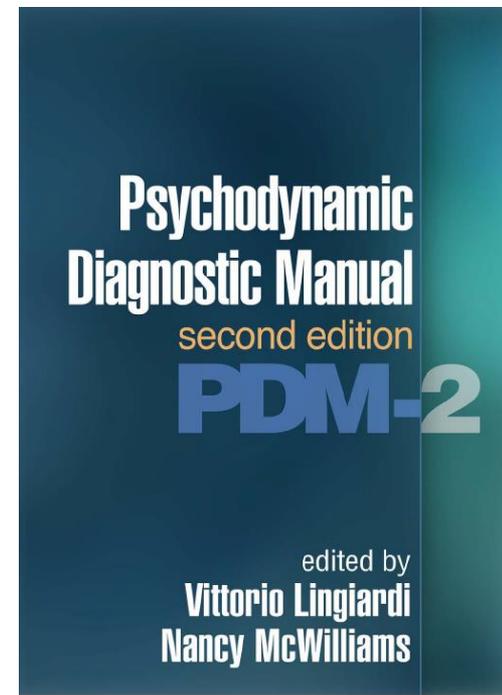
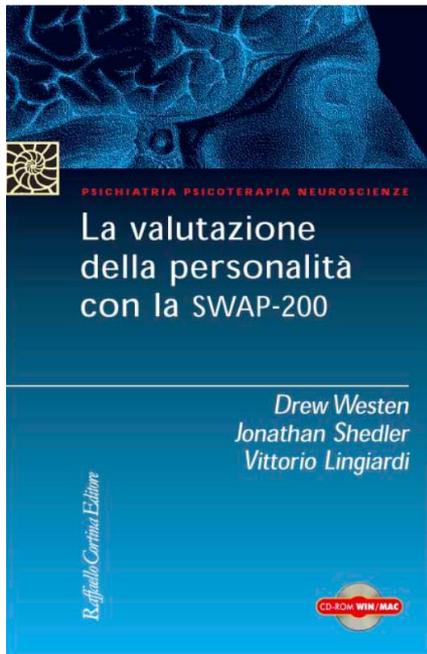
Item più rappresentativi (livello 7):

- 1) Tende a coinvolgersi in situazioni romantiche o sessuali "a tre" (per esempio, è più interessato/a a partner che hanno già una relazione, che sono corteggiati da qualcun altro/a, ecc.).
- 2) È inibito/a rispetto al raggiungimento di obiettivi o in generale del successo; le sue aspirazioni o le realizzazioni tendono a essere al di sotto delle sue potenzialità.
- 3) Vuole essere al centro dell'attenzione
- 4) Ha poca empatia; sembra incapace di capire o rispondere ai bisogni e ai sentimenti degli altri a meno che non coincidano con i propri..
- 5) Tende ad avere molte avventure sessuali; è promiscuo/a.
- 6) Ha paura di coinvolgersi in relazioni d'amore a lungo termine.
- 7) Tende a essere inibito/a o coartato/a; non riesce a concedersi di riconoscere o esprimere desideri e impulsi



Tende a coinvolgersi in situazioni romantiche o sessuali "a tre" (per esempio, è più interessato/a a partner che hanno già una relazione, che sono corteggiati da qualcun altro/a, ecc.) (SWAP-200 item 23).

Capacità di relazioni e intimità dell'Asse M del PDM-2



Tende a essere inibito/a o coartato/a; non riesce a concedersi di riconoscere o esprimere desideri e impulsi (SWAP-200 item 119).

Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica) dell'Asse M del PDM-2

Esempio: LUIGI

Item più rappresentativi (livello 6):

- 1) Tende a essere eccessivamente seduttivo/a o provocante dal punto di vista sessuale (per esempio, può essere inappropriatamente civettuolo/a, sempre interessato/a a fare conquiste sessuali, e può tendere a suscitare un interesse sessuale nelle altre persone senza però concedersi).
- 2) Cerca di avere potere o di esercitare la sua influenza sugli altri (sia in modi benefici sia in modi distruttivi).
- 3) Tende a trattare gli altri come un pubblico che deve testimoniare la sua importanza, il suo ingegno, la sua bellezza ecc.
- 4) Apprezza e sa rispondere all'umorismo.
- 5) Sa esprimersi in modo articolato; sa raccontarsi.
- 6) Tende ad attaccarsi o a coinvolgersi sentimentalmente con persone che non sono emotivamente disponibili.
- 7) Tende a essere critico/a con le altre persone.
- 8) Fantastica di trovare l'amore ideale e perfetto.
- 9) È angosciato/a dalla sensazione che qualcuno o qualcosa sia stato irrimediabilmente perduto (per esempio, l'amore, la gioventù, la possibilità di essere felice, ecc.).
- 10) Si sente esageratamente importante.

Esempio: LUIGI

Item più rappresentativi (livello 5):

- 1) Sfrutta gli altri; cerca di essere il/la numero uno; dà pochissima importanza ai valori morali.
- 2) Non ha un'immagine stabile di chi è o di chi vorrebbe diventare (per esempio, gli atteggiamenti, i valori, gli obiettivi o i sentimenti relativi a se stesso/a possono essere instabili e mutevoli).
- 3) Tende a provare invidia.
- 4) È capace di trovare significato e fonte di soddisfazione nel guidare, educare o crescere altre persone.
- 5) Si comporta in modo da suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (per esempio, quando è arrabbiato/a, agisce in un modo che provoca rabbia negli altri; quando è angosciato/a, agisce in un modo che induce angoscia negli altri).
- 6) Sembra che associ l'attività sessuale al pericolo (per esempio, a ferite, punizioni, contaminazione, ecc.).
- 7) Tende a essere arrogante, superbo/a e sprezzante.
- 8) Tende a vedersi come una persona logica e razionale, non influenzata dalle emozioni; preferisce comportarsi come se le emozioni fossero irrilevanti o prive di conseguenze.
- 9) È tendenzialmente coscienzioso/a e responsabile.
- 10) Ha intuito psicologico; riesce a capire in modo piuttosto sofisticato se stesso/a e gli altri.
- 11) Fa fatica a rivolgere contemporaneamente sentimenti di tenerezza e sentimenti sessuali verso la stessa persona (per esempio, vede gli altri come rispettabili e virtuosi oppure sensuali ed eccitanti, ma non riesce ad attribuire queste caratteristiche a una stessa persona).
- 12) Riesce a stringere amicizie intime e di lunga durata caratterizzate da sostegno reciproco e condivisione delle esperienze.

SWAP-200

PAZIENTE SWAP ITEM PUNTEGGI E GRAFICI CONFRONTA PUNTEGGI

SALVA APRI ESPORTA IN CSV STAMPA / CREA PDF

Data: 02/10/2019 Nominativo / Codice paziente: ESEMPIO

Punteggio	
001	0
002	2
003	5
004	4
005	1
006	0
007	0
008	3
009	2
010	0
011	2
012	0
013	0
014	2
015	5
016	4
017	1
018	4
019	1
020	0
021	0

Testo Item selezionato

Sembra in conflitto circa la propria identità etnica o razziale (per esempio, sottovaluta e rifiuta oppure sopravvaluta ed è troppo concentrato sulle sue tradizioni culturali).

Assegna un punteggio all'item selezionato

0	1	2
3	4	5
6	7	S

Filtro:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- S
- TUTTI**

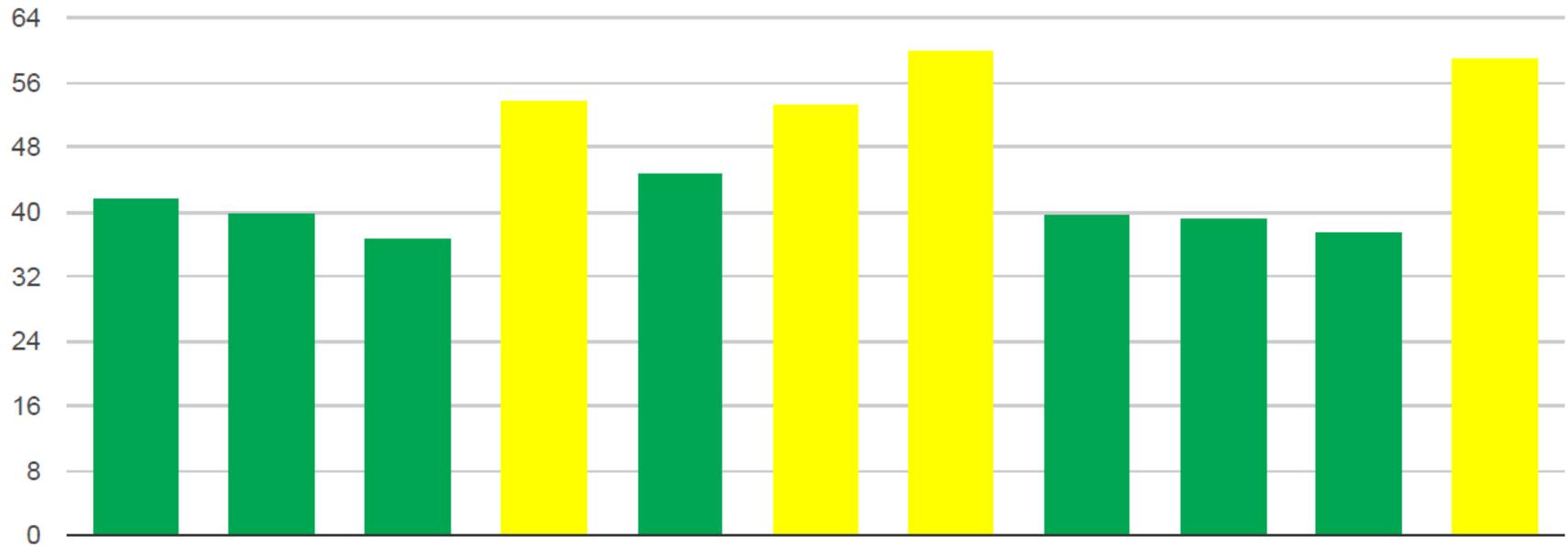
Punteggi assegnati

100 / 100	0
22 / 22	0
18 / 18	0
16 / 16	0
14 / 14	0
12 / 12	0
10 / 10	0
8 / 8	0
Sospesi	
Tutti	

Esempio: LUIGI

PD-T

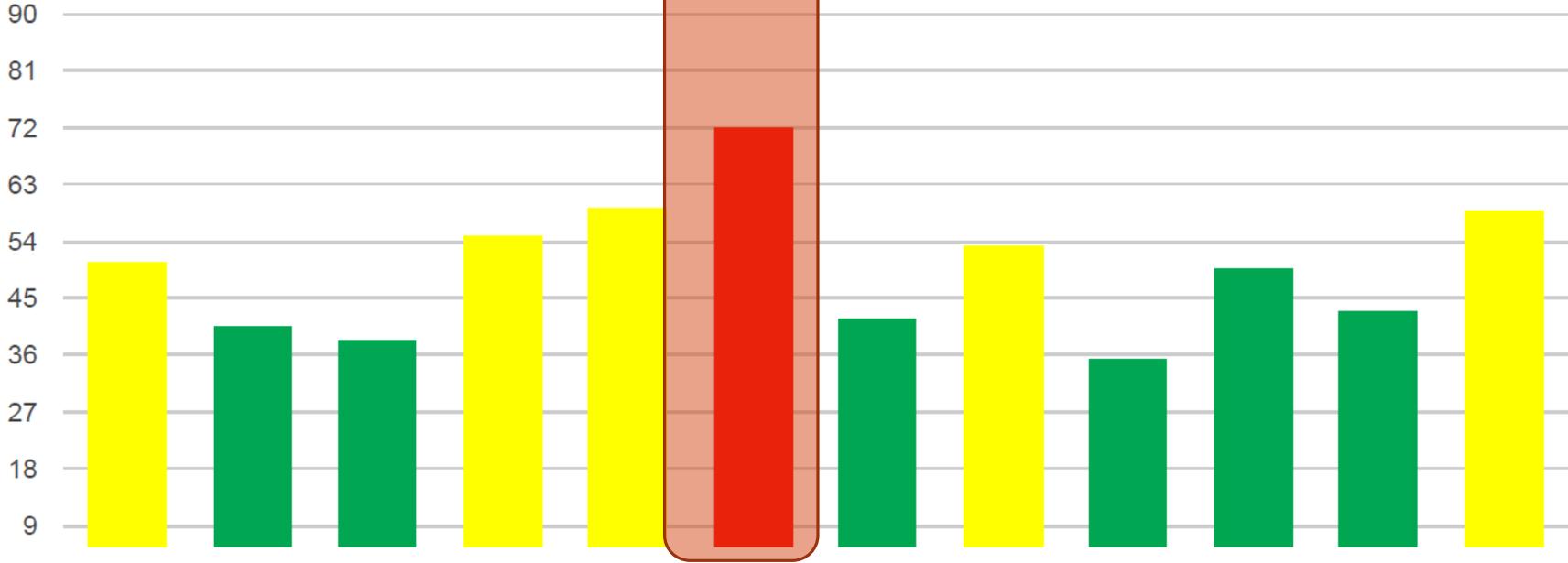
Paranoide	Schizoide	Schizotipico	Antisociale	Borderline	Istrionico	Narcisistico	Evitante	Dipendente	Ossessivo	Alto funz.
41.56	40.03	36.71	53.65	44.90	53.19	59.97	39.63	39.30	37.46	58.97



Esempio: LUIGI

Q-T

Antisociale	Schizoide	Paranoide	Ossessivo	Istrionico	Narcisistico	Evitante	Depressivo alto funz.	Disreg emotiv.	Dipendente	Ostile	Alto funz.
50.74	40.45	38.26	54.82	59.29	71.89	41.93	53.30	35.56	49.85	43.00	58.97



ARTICOLO DI APPROFONDIMENTO (MOODLE)

JOURNAL OF PERSONALITY ASSESSMENT, 86(1), 23–32
Copyright © 2006, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

CLINICAL CASE APPLICATIONS

Assessing Personality Change in Psychotherapy With the SWAP–200: A Case Study

Vittorio Lingiardi
*Faculty of Psychology
University “La Sapienza”
Rome, Italy*

Jonathan Shedler
*Graduate School of Professional Psychology
University of Denver*

Francesco Gazzillo
*Faculty of Psychology
University “La Sapienza”
Rome, Italy*

Many studies document the efficacy of psychotherapy for acute syndromes such as depression, but less is known about personality change in patients treated for personality pathology. The Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP–200; Westen & Shedler, 1999a, 1999b) is an assessment tool that measures a broad spectrum of personality constructs and is designed to bridge the gap between the clinical and empirical traditions in personality assessment. In this article, we demonstrate the use of the SWAP–200 as a measure of change in a case study of a patient diagnosed with borderline personality disorder. We collected assessment data at the start of treatment and after 2 years of psychotherapy. The findings illustrate the personality processes targeted in intensive psychotherapy for borderline personality.

There is often a schism between clinical and empirical approaches to personality assessment. Researchers tend to focus on relatively small numbers of variables that can be measured using structured assessment methods (e.g., structured research interviews or psychometric inventories). The goal is generally to determine whether the person meets diagnostic criteria for a specific psychiatric disorder or to locate the person on one or more trait dimensions. Such approaches are inherently nomothetic. In contrast, clinical personality assessment tends to be more global, person centered rather than variable centered, and concerned with the meaning and function of personality processes. Such approaches are inherently ideographic. Clinical and empirical approaches also tend to differ with respect to level of inference: Many research-oriented instruments focus on behavioral signs and symptoms and relatively obvious mental states, whereas clinical

practitioners often emphasize mental processes that must be inferred or deduced.

Our focus has been on measuring personality change in long-term psychotherapy of patients with personality disorder (PD) diagnoses. We have sought psychometrically sound methods to quantify personality change that also preserve the richness and complexity of clinical case formulation (an ideographic approach). Few PD assessment instruments meet these dual criteria. For example, the Structured Clinical Interview for DSM–IV Personality Disorders (SCID–II; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) follows *DSM–IV* (American Psychiatric Association, 1994) in emphasizing behavioral signs and symptoms, but does not address many aspects of inner experience that often take center stage in psychotherapy. Its emphasis on dichotomous (present–absent) diagnostic decisions also limits its utility for assessing

Caso Clinico - Melania

Melania, 30 anni, richiede una psicoterapia personalmente. Lamenta un abuso di sostanza e l'incapacità di districarsi da una relazione emozionalmente e fisicamente abusante.

SCID-I: disturbo da abuso di sostanze (DSM-IV-TR)

SCID-II: disturbo borderline di personalità con tratti istrionici

GAF: 45. Basso funzionamento psicosociale

Caso Clinico - Melania

Ambiente familiare altamente conflittuale e trascurante. Esplosioni di rabbia della madre. Madre oscillante tra trascuratezza e invasione mentale. L'altra sorella è percepita come perfetta (sentimenti di invidia e odio). Problemi comportamentali durante l'adolescenza. Periodi di «vita sulla strada». Relazioni sessuali turbolenti e caotiche. Tre aborti prima dei 24 anni. Uso pesante di sostanze, come cocaina e eroina. Alcuni reati minori, come furto nei negozi o sul posto di lavoro. Ridotto funzionamento psicosociale, soprattutto in ambito lavorativo, sebbene sia riuscita con successo a concludere gli studi. In relazione con un uomo, spacciatore, che la sfrutta economicamente e ne abusa fisicamente. Occasionalmente si prostituisce per mantenere il fidanzato.

Caso Clinico - Melania

Trattamento psicoterapico psicoanalitico focalizzato su:

- 1) Mantenere una relazione terapeutica stabile. Le rotture relazionali vengono affrontate al loro emergere;
- 2) Identificare pattern relazionali ricorrenti che emergono in terapia e agganciarli con pattern relazionali attuali e del passato di Melania;
- 3) Affrontare le difese di Melania con lo scopo di sviluppare modi più adattivi di gestire gli affetti intensi;
- 4) Consolidare gli aspetti contraddittori e non integrati dell'identità di Melania e degli aspetti che lei fa di se stessa.

Caso Clínico - Melania

ASSESSING PERSONALITY CHANGE WITH THE SWAP-200

