

Disturbi di personalita'

Vengono definiti disturbi quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattativi, causando una forte compromissione delle funzioni relazionali, sociali e lavorative e disagio soggettivo. Secondo il DSM-III la diagnosi di disturbo di personalità dovrebbe essere fatta soltanto quando le caratteristiche specifiche sono tipiche del funzionamento a lungo termine dell'individuo e non sono limitate a episodi ben definiti di malattia.

Tali disturbi vengono inseriti nell'asse II

- Gruppo A: paranoide, schizoide e schizotipico
- Gruppo B : istrionico, narcisista, antisociale, borderline
- Gruppo C: evitamento, dipendente, ossessivo-compulsivo, passivo aggressivo

La definizione generale di DDP è stata fornita nel DSM-IV ed era assente nelle edizioni precedenti: elementi distintivi sono 1- l'insorgenza nella prima età adulta, 2- la stabilità nel tempo, 3- il carattere inflessibile e pervasivo nelle diverse aree della vita, 4- conseguenze in termini di sofferenza soggettiva, di limitazioni a relazioni e lavoro

BORDERLAND- BORDERLINE

- TERMINE IN VOGA NEGLI ANNI '50 IN NORD AMERICA
- DISTURBO FRA, LINEA DI CONFINE,
- FORMA SUB-CLINICA DELLA SKIZOFRENIA, DELLA PATOLOGIA AFFETTIVA, DI GRAVI FORME ISTERICHE
- STATI BORDERLINE come espressione di un certo livello di organizzazione della personalità
- PIÙ TARDI SINDROME E DISTURBO DI PERSONALITÀ (1967 Kernberg)
- In francia: patologia stati limite che raggiunge un assestamento fluttuante, Bergeret 1974
- Dsm-II NEL 1980(5 su 8 criteri, affettività disforica, instabilità affettiva, comp.autolesivi, sentimenti vuoto e noia, relazioni instabili e intense (tendenza all'idealizzazione, svalutazione e manipolazione), intolleranza all'essere soli, difficoltà al controllo e modulazione dell'impulsività e della rabbia,

FORME DI ATTACCAMENTO

SICURO(B)	EVITANTE(A)	ANSIOSO-RESILIENTE(C)	DISORIENTATO-DISORGANIZZATO (D)
<p>SI REAGISCE MEGLIO AL TRAUMA</p> <p>Io valgo/ altro vale</p> <p>Amabile-amato</p>	<p>Io valgo/ altro non vale</p> <p>Io non mi fido dell'altro</p> <p>Altro non importa (non c'è)</p> <p>Io amabile, altro pericoloso</p>	<p>Io non valgo/ altro vale</p> <p>Io non amabile/ amato</p> <p>Io mi fido dell'altro</p> <p>L'altro non si fida di me</p>	<p>Forte paura provata nell'interazione</p> <p>Storia maltrattamento e gravi carenze</p> <p>Non mi fido di me/ non mi fido dell'altro</p>
<p>Libero di esplorare e di attaccarsi</p> <p>Ambivalenza è parte della vita</p>	<p>Esplorazione obbligata, invalida</p> <p>Ambivalenza ragione per andar via</p>	<p>Attaccamento obbligato</p> <p>Ambivalenza non la vedo</p>	<p>Attaccamento temuto</p>
<p>Amore ricercato</p>	<p>Distacco ricercato</p>	<p>Distacco bandito</p>	<p>Attaccamento evitato</p>

Organizzazione della personalità Border (Kernberg, 1967, 1984)

- Identità diffusa
- Predominano le difese primitive
- Il test di realtà è solamente a volte compromesso per mancanza di connessione col sociale
- Difficoltà nelle relazioni oggettuali

borderline

- Borderline con paura dell'abbandono
- Borderline con controllo dell'oggetto
- Borderline con paura dell'oggetto

Tutte e tre le tipologie secondo Kernberg mostrano:

- identità diffusa
- difese primitive
- capacità di fare un test di realtà

CARATTERISTICHE DEI BORDER

(IL 4% DEI GIOVANI)

- MANCATO CONTROLLO EMOZIONI
- IMPULSIVITA'
- MANCATA INTEGRAZIONE IMMAGINE SELF E DEGLI ALTRI
- DISORGANIZZAZIONE DELL'ATTACCAMENTO
- COSTRUZIONE DI IMMAGINI MOLTEPLICI E DISSOCIATE DI SE' E DELLA FIGURA DI ATTACCAMENTO
- SENTIMENTI DI RABBIA COME AFFETTO PRINCIPALE
- RELAZIONI INTERPERSONALI DISTURBATE MA INTENSE
- ADATTAMENTO SOCIALE SCARSO
- ASSENZA DI UN'IDENTITA' COERENTE E INTEGRATA
- DEPRESSIONE PERVASIVA, SENSO DI SOLITUDINE E DI VUOTO

Mantenimento del ciclo border

A partire da un nucleo relazionale patologico, lo stile di attaccamento definito disorganizzato, è possibile far discendere i due fattori principali del disturbo: disregolazione emotiva e frammentazione dell'identità. I due fattori creano le premesse, ogni volta che nel soggetto si riattivano le condizioni che hanno originato il disturbo (ovvero si rinnosca il sistema di attaccamento) perché il disturbo si mantenga. Il soggetto cercherà cure con l'attesa di non riceverle o di essere vittima di maltrattamenti; questo lo renderà rabbioso, angosciato, fiducioso. Vivrà un'emotività intensa e contraddittoria. L'altro reagirà in maniera confusa confondendo il soggetto e spaventandolo. L'emozione di paura riattiverà il sistema di attaccamento che rinforzerà i processi interpersonali descritti, dando luogo al circolo vizioso (Liotti 1999, 2001)

STERN, 1938,

- Un ampio gruppo di pz né identificabili nelle psicosi, né nevrosi
- Alcune caratteristiche:
 - Narcisismo
 - Scarsa tolleranza alla frustrazione
 - Rigidità psichica e corporea
 - Sentimenti di inferiorità
 - Masochismo
 - Profonda insicurezza organica e ansietà
 - Difficoltà all'esame di realtà nelle relazioni interpersonali

1967 Kernberg

- Pazienti con una estrema varietà di sintomi (ansia, fobie multiple, sint.ossess-comp., reazioni psicotiche, dist dissoci.,preoccupaz ipocond., spunti paranoici,...)
- Rispetto all'analisi strutturale della personalità
 - Debolezza dell'io
 - Processi di pensiero primario
 - Meccanismi primitivi di difesa (scissione)
 - Diffusione dell'identità
 - Relazioni interpersonali disturbate

DSM-IV

Relazioni interpersonali pervasive e instabili come indicato da almeno cinque dei seguenti elementi:

- Sforzi frenetici di evitare abbandoni reali o immaginati
- Modello di instabilità, relazioni interpersonali intense
- *Disturbo dell'identità: distorsione dell'immagine di sé (non esistere e incarnare il male)
- Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (abuso di sostanze)
- Ricorrenti minacce, gesti e comportamenti autodistruttivi
- Attività instabile, marcati cambiamenti d'umore
- Sensazione cronica di vuoto
- Rabbia immotivata e intensa, mancanza di controllo della rabbia
- *Ideazione dissociativa o paranoide transitoria e collegata allo stress

border

Variabilità ed eterogeneità sono caratteristiche patognomoniche

- Nessun tratto è sempre presente: il funzionamento dei border non è stabilmente patologico, possono attraversare periodi di stabilità e adattamento sociale.
- Rispetto all'eterogeneità, la diagnosi per il DSM richiede 5 criteri su 9, è possibile che due pazienti ricevano la stessa diagnosi condividendo un unico criterio ed essendo differenti sugli altri 4
- .

Orientamento psicodinamico

- Livello di funzionamento psichico caratterizzato da debolezza dell'io, tendenza a utilizzare forme di pensiero primario, diffusione dell'identità e specifici meccanismi di difesa (scissione)
- Due teorie: una concentra l'attenzione sul conflitto (Kernberg 1967-75), incapacità a integrare introietti buoni e cattivi dell'oggetto, al fine di costruire immagini coerenti del sé e dell'oggetto; l'altra sul deficit (Adler e Buie 1979) effettiva mancanza di rappresentazioni oggettuali stabili, sia positive che negative.

IL SENSO DI SE'

- Chi sentiamo di essere. Nasce dalle esperienze in famiglia e da quello che gli altri ci fanno sentire di essere. I neonati sviluppano strategie per ottenere la vicinanza al caregiver al fine di sopravvivere.
- Tenere nella mente il neonato
- Capacità di sintonizzarsi
- Dare significato alle emozioni e ai comportamenti

FUNZIONE RIFLESSIVA (FONAGY 1997)

- Capacità del genitore di dare significato e padroneggiare il comportamento del piccolo, dando la capacità al piccolo di sviluppare senso di efficacia e continuità.
- Anche le persone esterne possono compensare gli effetti di abuso infantile e proteggere dal trauma e dalla sua ripetizione

autoriflessività

Requisiti di base:

- avere la consapevolezza di avere una mente propria e indipendente
- Identificazione e relazione: essere capaci di identificare le variabili e riconoscerne le relazioni:
 - Monitoraggio dei propri stati interni (cognizioni ed emozioni)
 - Ipotizzare relazioni di causalità immediata con variabili interne e esterne
- Differenziazione: permette di riconoscere la natura rappresentazionale del pensiero distinguendo tra realtà interna ed esterna
- Integrazione: consente di costruire narrazioni coerenti per descrivere il proprio scenario mentale attraverso l'evoluzione di un proprio stato mentale o l'integrazione tra stati differenti

Cognizione sociale

- La cognizione sociale non è una capacità ereditata ma una funzione che si sviluppa durante la crescita all'interno di relazioni di attaccamento sicure
- La cognizione sociale è ciò che accade tra due o più persone quando interagiscono
- L'inferenza degli stati mentali rispetto a sé e agli altri
- Può essere deficitaria, inibita e distorta (inibita a seguito di stress interpersonale)

mastery

Requisiti di base:

- Atteggiamento attivo verso la soluzione di problemi
- Strategie di primo livello, azione sullo stato dell'organismo, esitamento, coordinamento interpersonale
- Strategie di secondo livello, regolazione autonoma dell'assetto mentale
- strategie di terzo livello, uso delle conoscenze per la soluzione dei problemi intrapsichici ed interpersonali, criticando le proprie credenze ed accettando i propri limiti nel padroneggiare gli eventi

Teoria della narrazione

Grice 1975, Bruner 1990

Una buona storia dovrebbe:

- seguire una sequenza spazio-temporale ordinata,
- far riferimento agli stati interni, all'esperienza emozionale,
- fornire una descrizione chiara del problema,
- tener conto della teoria della mente dell'interlocutore a cui è destinata, dei suoi interessi e della sua intelligenza,
- fornire conoscenza rilevante al contesto interpersonale,
- Avere coerenza tematica e fondersi solo parzialmente con altre narrazioni
- Fornire conoscenza situazionata
- Essere coerente con l'esperienza interna
- Accompagnarsi con altre narrazioni in modo da formare una mappa atta a conoscere un mondo complesso
-

ASPETTI FAMILIARI/RELAZIONALI

- MODELLI COMUNICATIVI DISTURBATI
- DISIMPEGNO EMOTIVO DELLA COPPIA
- COINVOLGIMENTO NELLE DINAMICHE DI COPPIA
- FIGLI “ANTINOMICI” UNO POSITIVO L’ALTRO NEGATIVO
- PATOLOGIA PSICHIATRICA IN UNO DEI DUE GENITORI
- TRASCURATEZZA FINO AL RISCHIO DI MALTRATTAMENTO
- DISCONOSCIMENTO DEGLI STATI EMOTIVI DEL BAMBINO
- ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO
- INDISPONIBILITA’ EMOTIVA DELLA COPPIA
- LEGAME CONIUGALE RIGIDO
- DISTURBI NELLE COALIZIONI TRANSGENERAZIONALI
- CONTROLLO FISICO DELL’AUTONOMIA DEL FIGLIO (CONTROLLO DISTACCATO)
- PATTERN RELAZIONALE ALEXITIMICO
- TRASCURATEZZA, DISCONFERME, MANCATI RICONOSCIMENTI EMPATICI DELLE PERCEZIONI POSITIVE DI Sé
- COMPORTAMENTO ADULTOMORFO IN ADOLESCENZA
- USO DI MECCANISMI PROIETTIVI (FIGLIO COME CAPRO ESPIATORIO DELLA CONFLITTUALITA’ CONIUGALE)
- FAMIGLIA BORDER IN CUI
 - IL GENITORE SANO GIOA UN RUOLO PASSIVO NEUTRALE, COALIZIONI MOLTO CONFLITTUALI
 - GENITORE SANO TENTA STABILIRE UNA DEBOLE ALLEANZA CON IL CONIUGE E IL BAMBINO VIENE LASCIATO IN UNA SITUAZIONE DI SCARSA PROTEZIONE
 - ALLEANZA COLLUSIVA NELLO SVALUTARE IL BM

CONVINZIONI DI BASE INDIVIDUALI

- IL MONDO è PERICOLOSO E CATTIVO
- SONO IMPOTENTE E VULNERABILE (sé vulnerabile e debole, possibilità di venir feriti, annientati, di essere senza difese – ansia, disturbi dissociativi -)
- SONO INTRINSECAMENTE INACCETTABILE (sé indegno: dispercezione corporea, somatizzazioni, dap, malvagio e onnipotente,
- Questa triade cognitiva è alla base della continua oscillazione tra ricerca di autonomia e desiderio di dipendenza che caratterizza lo stile interpersonale dei border
- Porta ad uno stato invalidante: rabbia, antipatia verso self, autosarcasmo, autocritica e conseguente insofferenza a contrarietà e frustrazioni + autopercezione di essere fonte di danno e dolore per un altro amato

Aspetti meta-rappresentativi Di Maggio, Semerari 2003

Deficit d'integrazione: la capacità di riflettere sui propri stati mentali in modo da raggiungere il livello minimo di coerenza che consente di dare una direzione al comportamento

- Oscillazione opposte tutte positive o tutte negative delle rappresentazioni di sé e dell'oggetto, che non rende giustizia alla varietà dei fenomeni. La differenziazione tra sé ed oggetto è presente, così la rappresentazione di sé in relazione con l'altro ma si tratta di rappresentazioni opposte e non integrate.
- Dissociazione parziale dei ruoli reciproci e degli stati mentali (Ryle 1997)
 - Restringimento e impoverimento del repertorio dei ruoli
 - Danneggiamento delle procedure che regolano e modulano le transizioni in coerenza con l'andamento
 - Compromesse le capacità autoriflessive che permettono di sviluppare un pensiero consapevole sulle relazioni in atto

Aspetti meta-rappresentativi (2)

- 1- Iperproduzione della narrazione e deficit di gerarchizzazione (anch'esso all'interno del deficit di integrazione): il discorso è confuso, molteplici temi si affollano in incomprensibile alternanza, il pz oscilla da un argomento ad un altro, non si identifica un tema sovraordinato, ogni tema di vita entra nel calderone del racconto, ruoli seduttivi si alternano a immagini di competizione, il senso di inferiorità lascia il posto alla rabbia, memorie piacevoli si alternano ad un'idea del futuro vuota
- 2- deficit di rappresentazione di ruolo non integrato:

Aspetti meta-rappresentativi (3)

Deficit di disregolazione affettiva (Lineham 1993):
vulnerabilità emotiva, difficoltà a regolare le emozioni a
causa della crescita in un ambiente invalidante
Stati mentali caotici e non integrati

Stati problematici

- Stato invalidante: il sé indegno porta a rabbia, antipatia verso self, autosarcasmo, autocritica e conseguente insofferenza a contrarietà e frustrazioni + percezione di essere fonte di danno e dolore per un altro amato
- Stato di rabbia/ingiustizia subita: reazioni di rabbia improvvisa, torti ricevuti, temi persecutori
- Stato di pena, colpa, danno arrecato: mostruosità e malvagità personale + la rabbia fanno sì che soggetti si percepisca come fonte di danno da cui intensi sentimenti di colpa (atti autolesivi a scopo espiatorio)
- Stato di minaccia, solitudine e perdita: senso di pericolo, paura per l'impossibilità di ricevere aiuto
- Stato aggressivo abusante: trasformarsi da aggredito in aggressore per sentirsi sicuri, controllo sadico e prepotente
- Stato di vuoto, anestesia emotiva: sottrarsi alla pressione distaccandosi da tutto e tutti, tranquillo Nirvana o senso di mancanza di scopo (rischio gesti suicidari)

cicli interpersonali

Dispongono di molte risorse personali e relazionali. Sono capaci di instaurare relazioni intense, questa capacità può essere utilizzata per gestire i sentimenti di indegnità e vulnerabilità. Possono instaurare cicli interpersonali positivi in cui ottenere validazione e accettazione di sé, un senso di aiuto, conforto.

Anche quando si ottiene validazione da un altro, il sé indegno genera la sensazione di aver ingannato, di aver una maschera; tanto l'aiuto quanto la validazione sono poi richiesti in maniera disregolata, o pressante o aggressiva.

Il ciclo protettivo si trasforma in un ciclo d'allarme reciproco, il c. validante in uno invalidante

Difese primarie

- Proiezione sull'altro la propria distruttività
- Identificazione proiettiva: una rappresentazione terrificata dell'altro
- Scissione al fine di proteggere la relazione, la rappresentazione dell'oggetto verrebbe scissa in rappresentazioni totalmente buone, idealizzate e totalmente cattive, con una complementare scissione delle rappresentazioni di sé (la differenziazione tra sé ed oggetto è presente, così la rappresentazione di sé in relazione con l'altro ma si tratta di rappresentazioni opposte e non integrate)

Rapporto tra esperienze precoci e la psicopatologia

- Sintomi come conseguenze di giochi relazionali con le figure primarie (Double bind, triangoli perversi, danza infinita di coalizioni fluttuanti, matrimoni privilegiati ...)

È uno dei fattori, poi intervengono anche (Stern):

- Le strutture mentali
- Modalità di *problem solving*
- Rapporto tra memoria episodica e semantica
- Struttura narrativa utilizzata

Attaccamento adulto (Ainsworth, Hazan & Shaver 1987, 1994)

- Lo stesso sistema biologico governa le dinamiche emotive e comportamentali della relazione infante/caregiver e delle relazioni nell'amore adulto.
- Le stesse differenze individuali che si riscontrano nel rapporto infante/caregiver si riscontrano nelle relazioni romantiche.
- Le differenze individuali nell'attaccamento adulto sono aspettative e credenze che le persone hanno organizzato nel corso della vita su se stessi e sui possibili rapporti a seguito delle loro esperienze di attaccamento. Si tratta di *working models* (schemi d'azione) stabili e come tali possono essere il riflesso delle esperienze primarie di accudimento.

- Il sistema di attaccamento è uno schema d'azione, un imprinting presente in ogni bimbo dal momento che nasce, si prolunga poi nell'adolescenza e nell'età adulta se non viene bloccato da esperienze disadattative. Non diventa quindi tacito come negli adulti delle specie non monogamiche.
- Secondo Weiss (1991) il miglior segnale di attaccamento è la presenza di un disagio prolungato e di malessere a seguito della fine di una relazione
 - La ricerca indica che le persone altamente ansiose più facilmente mostrano segni di disagio a seguito di una separazione e di perdite, e più facilmente sviluppano l'attaccamento

L'attaccamento disorganizzato (confuso)

- Confusi circa le emozioni proprie e quelle degli altri, da ciò deriva l'impulsività
- mostrano una certa labilità emotiva e una grossa sensibilità al rifiuto
- si sentono spesso minacciati personalmente
- si mostrano incoerenti nella capacità di manifestare emozioni (si arrabbiano per una sciocchezza e lasciano correre una cosa importante)
- contraddittori nella conduzione delle relazioni affettive (vogliono/pretendono vicinanza, oppure fuggono)
- restano nei momenti in cui sono trattati male e se ne vanno in momenti in cui l'altro sta mostrando il suo amore
- sentono di non avere controllo sugli eventi e questo fa sì che si immaginino il mondo come catastrofico
- non sono capaci di adattare la relazione al momento, di cambiare il livello di aspettative a seconda delle situazioni
- tendono a descrivere gli eventi e se stessi in maniera o totalmente positiva o totalmente negativa
- tendono a evitare le relazioni stabili, le mantengono marginali in modo da non soffrirne
- tendono a viverle sulle forze, faticose, difficili e pericolose.

I disorganizzati nel distacco:

- pur essendo capaci di coinvolgersi nelle relazioni non soffrono terribilmente del distacco che è sempre previsto
- essendo insofferenti alle contrarietà e alle frustrazioni, tendono ad arrabbiarsi e chiudere anziché negoziare le regole del rapporto
- hanno la tendenza a trasformarsi da aggrediti in aggressori e a scaricare sull'altro la loro frustrazione
- spesso si sentono, come da bambini, maltrattati e abusati anche quando la situazione non è così grave
- leggono la realtà in maniera limitante, tendono a semplificare i comportamenti degli altri e a giudicarli in maniera negativa
- decodificano i rapporti focalizzando soprattutto il proprio comportamento (per paura di aver fatto del male all'altro)
- proiettano sull'altro tutto il male della relazione per cui lo fanno diventare un persecutore
- sono scarsamente capaci di leggere i propri stati d'animo
- sono incapaci di comprendere la strategia dell'altro
- essendo avvezzi a relazioni instabili e difficoltose si aspettano la separazione che non è vissuta come tragedia, ma a volte è ricercata attivamente

Quale danza relazionale si instaura con un
border?

Aspetti terapeutici

- Sono ipercoinvolgenti nella relazione
- Vanno aiutati a tollerare i propri limiti senza per questo sentirsi indegni (comprenderli e padroneggiarli pure)
- Mantenerli il più possibile all'interno del circuito ciclo protettivo-idealizzazione/fiducia-ciclo validante.
- Terapeuta può essere percepito come fonte quasi onnipotente di protezione, cura, accettazione (passare dall'idealizzazione alla fiducia)
- La regolazione del setting è un'operazione fondamentale (Operano continui tentativi di romperlo)
- Così affrontare gli stati problematici direttamente in seduta (insistere sull'accettazione, proporre momenti di spiegazione e sintesi)
- Per mantenere la memoria è utile avere uno schema di ciò che avviene in seduta
- Compiti a casa sono importanti (automonitoraggio, riconoscimento della disfunzione, messa in atto di strategie di padroneggiamento)
- Possibili ricoveri (lavoro in equipe)
- Gestione flessibile (setting multipli: due terapeuti?)

Psicoterapia individuale

- Stabilità della cornice terapeutica
- Evitare un atteggiamento terapeutico passivo
- Contenere la rabbia del paziente
- Affrontare i comportamenti autodistruttivi
- Stabilire una connessione tra comportamenti e emozioni
- Delimitare il setting terapeutico
- Mantenere il focus sul qui e ora
- Monitoraggio dei propri sentimenti da parte del clinico
- Tollerare attacchi, rabbia e astio
- Non assumere atteggiamenti moralistici
- Lavorare malgrado la fragilità dell'alleanza terapeutica
- 4 fasi:
 - Accoglimento-contenimento
 - Analisi della molteplicità delle rappresentazioni del sé e dell'egocentrismo cognitivo
 - Decentramento
 - differenziazione

Setting come base sicura

- Contesto terapeutico come base sicura per organizzare l'esplorazione: mutua costruzione di uno spazio organizzato dalla domanda, dal mandato e dalla condivisione dello spazio
- Importanza della relazione che ha fasi (formazione, consolidamento, mantenimento, fine)
- La costruzione del pattern di collegamento attraverso l'analisi della domanda
- La collaborazione è più importante dell'attaccamento in seduta

Riflessività relazionale

Il nostro focus è centrato sul «pattern che connette» il sistema consulente al sistema committente, attraverso un processo che mette in atto sia spinte verso la stabilità che verso l'evoluzione.

Un processo che non si esplica solo nella stanza di terapia ma coinvolge tutte le persone che partecipano attivamente o meno al processo.

Il sistema determinato dal problema

La danza terapeutica implica almeno una doppia posizione: tecnica e relazionale

processo: pattern e rituali
in terapia

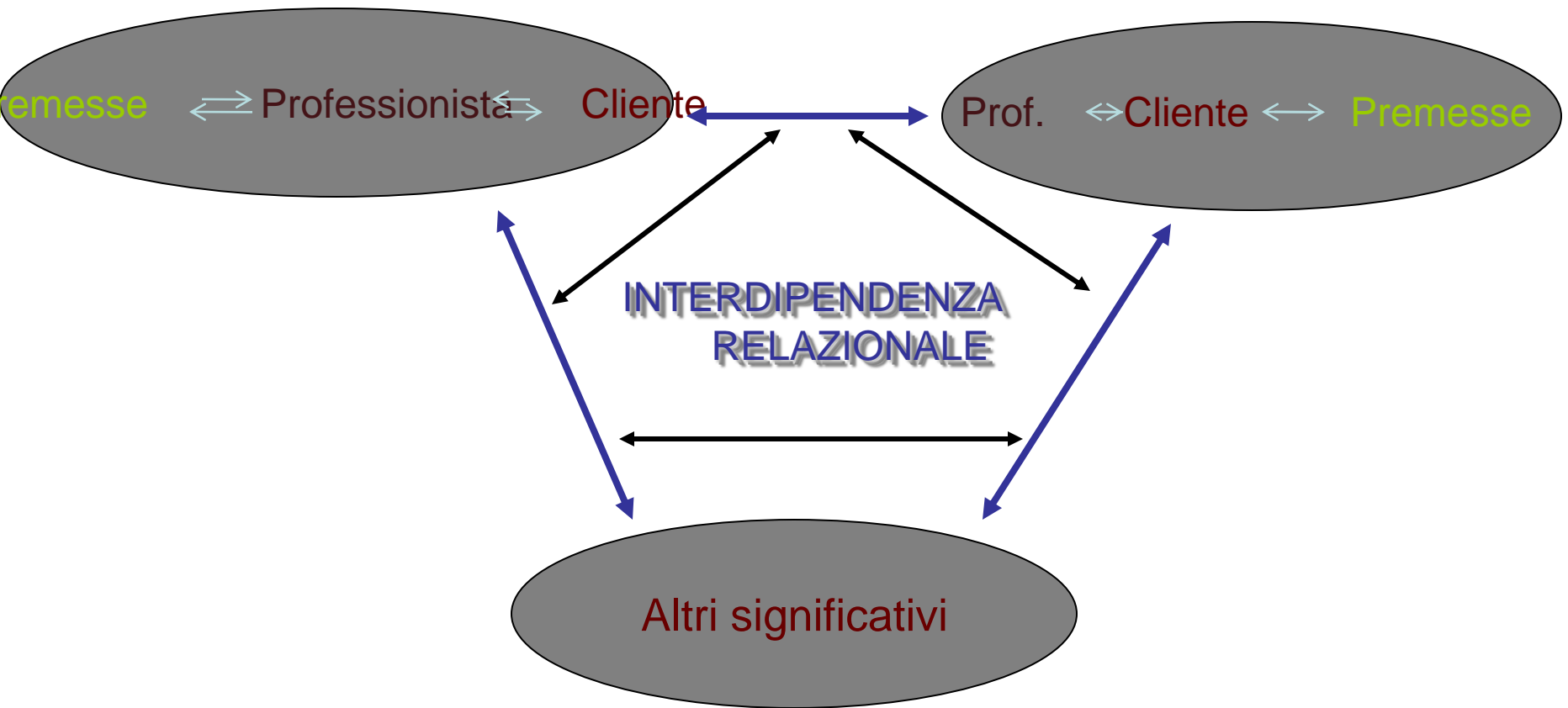
Azioni e strategie

coordinazione della coordinazione

capacità relazionali

standard culturali, aspettative
credenze, valori

Le azioni comuni creano contesti di significato: attenzione alle conseguenze indesiderate



Domande che il clinico può farsi

- Quale attaccamento ha il cliente nel qui e ora, con gli altri e con me
- Quale pattern di attaccamento problematico ha mostrato nel corso della sua vita
- Quale tipo di relazione gli devo proporre in modo che l'esperienza risulti trasformativa/correttiva
-

Relazione terapeutica

Ha più livelli:

- Collaborativa, la capacità di partecipare ad un progetto concordato
- Affettiva, per l'assimilazione dell'esperienza
- Transferale , l'elicitazione dell'attaccamento perché vi sia l'elaborazione
- Narrativa, le storie che si scambiano
-
-

La doppia descrizione è la relazione (Bateson)

Rapporto terapeuta/cliente come strumento
di diagnosi:

come accorgersi di avere di fronte un

border?

- Domanda di terapia come ultima mossa di un gioco relazionale (Ugazio)
- Condizione di vulnerabilità che mette in moto l'attaccamento
- Modalità di rispondere alla terapia
- Scoprire l'inganno che mantiene il sintomo
- Risonanza, ciò che il tp non riesce a cogliere
- Pz testa tp per falsificare sue esperienze (Weiss et al.)
- Quale collaborazione si può instaurare

**E' necessario metacomunicare
sulla relazione terapeutica?**

POST TRAUMATIC STRESS DISORDER

- RICORDI/IMMAGINI INTRUSIVE DI EVENTI TRAUMATICI INDESIDERATI
- SINTOMI DI MAGGIORE ATTIVAZIONE
- EVITAMENTO DI STIMOLI ASSOCIATI AL TRAUMA
- INCAPACITA' MODULARE EMOZIONI
 - RABBIA, VIOLENZA, COMP.PERICOLOSI/OLTRAGGIOSI
 - ABUSO DI SOSTANZE
- INSONNIA, SOGNI TERRIFICI