

# Il Modello del Disturbo Paranoide di Personalità

# Caratteristiche del DPP

1. **Frequentemente sottosoglia** e considerato come una forma di particolare sensibilità o permalosità
2. **La diagnosi differenziale** con i disturbi schizofrenici o con le psicosi in genere è complicata quando le sue manifestazioni sono evidenti
3. **La terapia farmacologica è quasi sempre inefficace** anche perché vi è scarsa compliance
4. **L'efficacia del trattamento psicoterapeutico non ha dati sufficienti**
5. **Il terapeuta è esposto al rischio di essere incluso nelle tematiche deliranti del paziente** (Perry et al., 1999)

# Fenomenologia della personalità paranoide

- **Il DSM-V non è una base euristica** per la comprensione del funzionamento mentale di questi pazienti:
  - La patologia del DPP viene infatti descritta come una entità statica
  - Unico stato mentale caratterizzato dalla sospettosità e dalla diffidenza
  - Condizione mentale egosintonica
- **Il Disturbo Paranoide presenta temi più variegati** che dominano gli stati mentali:
  - la sensazione di minaccia-pericolo-aggressione
  - il timore di essere umiliati
  - la percezione di essere vittime di ingiustizia da parte di molte persone
  - Il paziente paranoide, maschio di 30-40 anni, giunge in terapia perché:
    - a) è **depresso** (apparentemente)
    - b) ha subito un **ricovero psichiatrico**, quasi mai volontario
    - c) viene **accompagnato da familiari** per il progressivo isolamento sociale

# Fenomenologia della personalità paranoide

- **Scarsa efficacia personale e costrizione**
  - **Inadeguato e privo di risorse**
  - **La realtà esterna, gli altri, il mondo esterno sembrano coartare il paziente nelle scelte**
  - **Nulla è percepito come autentico o spontaneo, ma «obbligato»**
  - **La costrizione è legata alla percezione di avere scarsa capacità di padroneggiare la situazione**

# Diagnosi

- **Diagnosi differenziale** con le **psicosi** caratterizzate da:
  - **persistenti deliri paranoidei,**
  - **insorgenza subdola** frequentemente dopo i 30 anni,
  - **grave isolamento sociale** e **disabilità lavorativa;**
  - **disturbi percettivi** di tipo allucinatorio.
- **Schizofrenia paranoidea:**
  - **deterioramento progressivo:**
    - **abilità sociali**
    - **capacità lavorative**
  - **deliri bizzarri:**
    - **focalizzati su un'unica tematica**
    - **presente in ogni momento e in ogni luogo della vita**
    - **interferisce gravemente con il funzionamento sociale**

# Diagnosi

- **Il DPP è caratterizzato da:**
  - **Tendenza ingiustificata** a percepire le azioni degli altri come minacciose e/o umilianti
  - **Influenza pesante dal contesto** in cui il paziente si trova
  - **Esordio difficile da definire con precisione**, viene infatti descritto come caratteristica stabile della persona (i familiari molto spesso dichiarano «è sempre stato estremamente sensibile e permaloso»)
  - **Assenza di deterioramento psichico e di allucinazioni**

# DBP vs DPP

- Il **clima** familiare dei pazienti con Disturbo Borderline è di tipo **invalidante**
- I pazienti Borderline raccontano
  - **momenti** di serenità e di gioia che diventano drammaticamente violenti
  - di **improvvisi esplosioni** di ira dei genitori
  - della **ambivalenza emotiva** nelle relazioni parentali

- Il **clima** del paziente paranoide predispone schemi di **inaccettabilità, rifiuto e sfiducia**.
- Il paziente paranoide vive in un clima:
  - senso costante di **minaccia**
  - senso costante di **pericolo**
  - **non vi sono fasi** o intermittenze
- Le relazioni con i compagni di scuola sono **agonistiche**,
  - tutto può essere minaccioso :
  - **non** sono fonte di **arricchimento reciproco**
  - **non** modalità di entrare in **relazione con mondi diversi**
  - ma come una **fonte** di **preoccupazione**
  - **l'amico** apparente fosse **pronto ad approfittare** di una *défaillance*

# Sottotipi del DPP Millon (1999)

- **Paranoide narcisistico:**
  - Sostanziale **deficit delle abilità sociali**
  - **Negato il disturbo** sottolineando in modo iatrogeno le capacità degli stessi
  - **Stile di dispettosa onnipotenza**
- **Paranoide antisociale:**
  - Vissuti soggettivi in un **clima di minaccia e di violenza**
  - Caratteristica fondamentale è il **rifiuto delle regole e del contatto con gli altri**
  - Costantemente in **conflitto con le figure autorevoli** o gerarchicamente superiori
- **Paranoide compulsivo:**
  - Pazienti fissati analmente, **aderiscono a regole rigide** quasi torturandosi
  - Pazienti che possono anche **occupare posti socialmente rilevanti**
  - Pazienti che costituiscono **un vero e proprio tormento per i loro sottoposti**



# Contenuti problematici

- **Minaccia**

- Sensazione di **essere in pericolo** e di subire un'aggressione
- Intensa **attivazione neurovegetativa**
- Stato di **tensione fisica insopportabile** che incrementa ricorsivamente lo stato mentale di minaccia
- Reazioni neurovegetative si presentano anche **al solo rievocare** una situazione problematica

- **Derisione**

- Tema di pensiero caratteristico quello di essere **oggetto di derisione** da parte degli altri
- **Diversa declinazione** del tema di minaccia
- Gli altri risultano non pericolosi ma **sprezzanti**, non temibili ma **provocatori**

- **Sfiducia**

- Temi di «**danno ingiusto subito**» e di «**aiuto mancato**»
- Gli altri sono egoisti che **rifiutano volontariamente** di prestargli aiuto
- Gli altri lo **danneggiano volontariamente**

- **Rabbia**

- Comportamenti **violenti e pericolosi**
- **Pervasivo** risentimento o costante irritazione
- **Perennemente** rabbiosi, irritati, pieni di risentimento
- **Pronti a reagire** alla minima provocazione.

# Contenuti problematici

- **Stato sospettoso:**

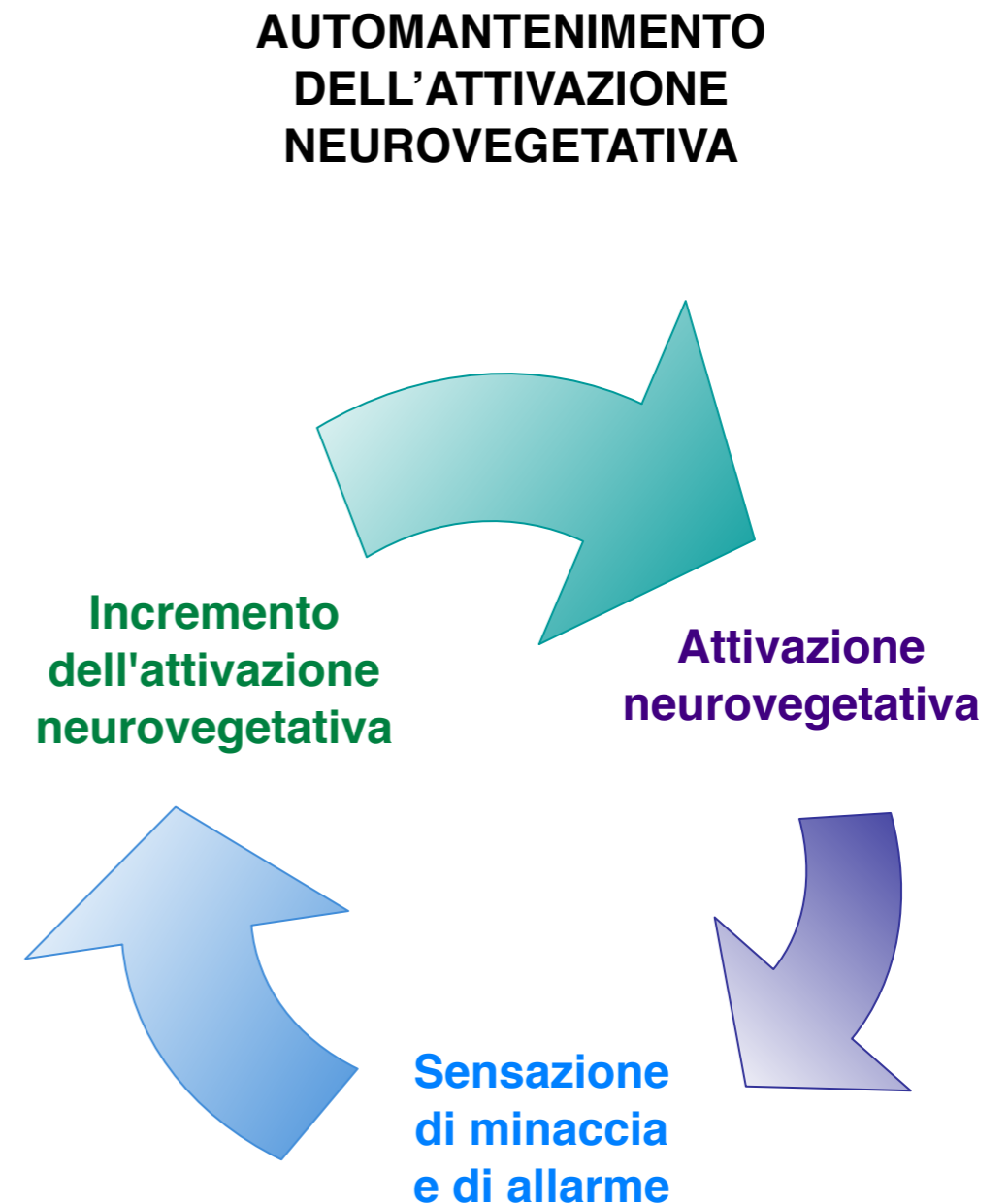
- Condizione costante di allerta
- Minaccia, paura, ansia
- Attivazione neurovegetativa

- **Stato di ira funesta:**

- Minaccia, rabbia, ingiustizia subita,
- Distacco
- Attivazione neurovegetativa
- Ribellione alle presunte angherie

- **Stato astenico:**

- Minaccia, bassa efficacia, distacco, esclusione, astenia, paura, ansia
- Energie deboli per affrontare un mondo così minaccioso
- Condizione di terrore e di paura
- Sospettosità ed evitamento delle interazioni sociali ed interpersonali
- Alto il rischio di condotte suicidarie.



# Distacco/Esclusione

- **Il paziente paranoico percepisce di essere:**
  - sotto assedio molto frequentemente
  - preceduto da un senso cronico di esclusione
  - di non appartenenza a gruppi coesi
- **Il paziente narcisista, evitante ha:**
  - senso di non appartenenza
  - si percepisce come diverso dal gruppo
  - non vede possibilità di integrazione o di potenziale appartenenza
  - precipita in una estraneità inerte e abulica
- **Il paziente paranoide ha:**
  - senso di esclusione come emarginazione deliberatamente perpetrata a suo danno da un gruppo coeso
  - egli desidererebbe appartenere al gruppo, ma subisce, suo malgrado, l'esclusione
  - sottoclasse del senso di estraneità e definita come agitata e in allerta

# Vergogna/Paranoia

- **Vergogna (Kretschmer,1918)**
  - Emozione **sottorappresentata** nel nostro modello
  - Fortemente **sottolineata nella letteratura**
- **Circolo vizioso tra sentimenti di paura e minaccia (Shapiro,1965)**
  - Nella relazione interpersonale il soggetto paranoide
    - è costretto a **reintroiettare** ciò che ha proiettato, senza processamento del terapeuta,
    - vede **aumentare** la propria tensione e la propria angoscia
    - **sviluppa difese** ancora maggiori.
- **La paranoia è un sistema di strategie (Colby, 1981)**
  - Prevenire e reagire alla vergogna o all'umiliazione
  - Tali emozioni vengono neutralizzate
    - attraverso **l'attribuzione di colpa a terzi**
    - asserendo di essere stati **trattati ingiustamente** in quanto oggetto di persecuzione e molestie

- **Il Disturbo Paranoide:**
  - Sovrapposizione di modelli: **antisociale, sadico, compulsivo e narcisistico**
  - **Organizzazione e automantenimento attraverso otto punti:**
    - 1) Umore **irascibile**
    - 2) Immagine di sé **inviolabile**
    - 3) Utilizzazione del meccanismo di difesa della **proiezione**
    - 4) Stile cognitivo **sospettoso**
    - 5) Comportamento sociale **difensivo**
    - 6) Struttura personale **rigida**
    - 7) Condotta interpersonale **provocatoria**
    - 8) Relazioni oggettuali **inalterabili**

# Deficit metarappresentativi

- **Deficit di decentramento:**

- Formula costantemente **ipotesi** sul funzionamento mentale degli altri da una **prospettiva egocentrica**:
  - **esamina** i dati dal suo punto di vista e **scarta** ogni possibile alternativa
  - **incapace di differenziare** il proprio punto di vista da quello altrui
  - **attribuisce agli altri i meccanismi** del proprio funzionamento mentale e delle sue prospettive
- **I meccanismi proiettivi** sottolineano:
  - la **mancata lettura**, per ragioni motivazionali, della propria mente
  - i cui contenuti vengono **trasferiti nella mente dell'altro**.
- **Il deficit di decentramento** sottolinea:
  - la **mancata comprensione** della prospettiva mentale dell'altro
  - **l'attribuzione dei contenuti** personali alla mente dell'altro
- **I deficit di decentramento**:
  - **non sono** tutti meccanismi motivazionali di difese primitive
  - costituiscono **una mancata protezione** per tali meccanismi che verrebbero potenziati
  - coprono un'area di fenomeni mentali **più ampia del concetto di proiezione**
  - **include fenomeni in cui il soggetto**
    - si sente al centro delle **malevoli attenzioni, pensieri e azioni degli altri**
    - i propri stati e contenuti **vengono attribuiti all'altro** o all'azione dell'altro (proiezione)

# Deficit metarappresentativi

- **Deficit di differenziazione:**
  - La percezione **non viene attribuita** correttamente
    - al mondo **esteriore**
    - al mondo **interiore**
  - **Sensazione pervasiva** di minaccia e di sospettosità
  - **La minaccia** non viene mai considerata:
    - un **vissuto soggettivo**
    - una **fantasia**
    - una **ipotesi**
  - **Reciproco rinforzo** di questi due deficit:
    - il soggetto ha difficoltà a **distinguere** tra realtà e fantasia
    - è molto difficile che riesca ad **assumere** altre prospettive

# Euristiche tipiche

- **Il processo pseudodiagnostico:** (Fischhoff, Beyt-Marom, 1983; Trope, Liberman, 1993; Mancini, 2000)
  - Il soggetto cercherà **solo prove a conferma** e non a confutazione
  - Esplorerà le implicazioni dei dati raccolti solo rispetto **all'ipotesi focale**
  - **Sintomi** effettivamente rilevati sono considerati **solo rispetto all'ipotesi focale**
- **La sospettosità e la diffidenza non hanno un costo mentale:**
  - Il costo che si paga è **molto elevato**
  - Il soggetto paranoide è obbligato a vivere in un costante **stato di ipervigilanza e di preallarme**
  - Dedicare l'intera esistenza al sospetto equivale **a non vivere**
  - Il prezzo che si paga è senza dubbio molto **più alto del torto** che si ritiene di ricevere (Mancini, Gangemi, 2002)
- **I costrutti personali dei pazienti paranoidei rispondono a quattro criteri:** (Kelly, 1955),  
Lorenzini e Sassaroli (1992):
  - **Elevata organizzazione gerarchica** e ogni evento attiva una lunga catena di costrutti
  - Prevede **l'ipertrofia** di solo uno dei poli dei costrutti (**quello negativo**), l'altro polo è in realtà vuoto
  - **Alto grado di integrazione** (i nessi tra i costrutti sono rigidissimi e strettissimi)
  - **Scarsa differenziazione**, ovvero povertà dei costrutti: eventi diversi avranno lo stesso significato personale



# Circuiti di mantenimento della psicopatologia e cicli interpersonali

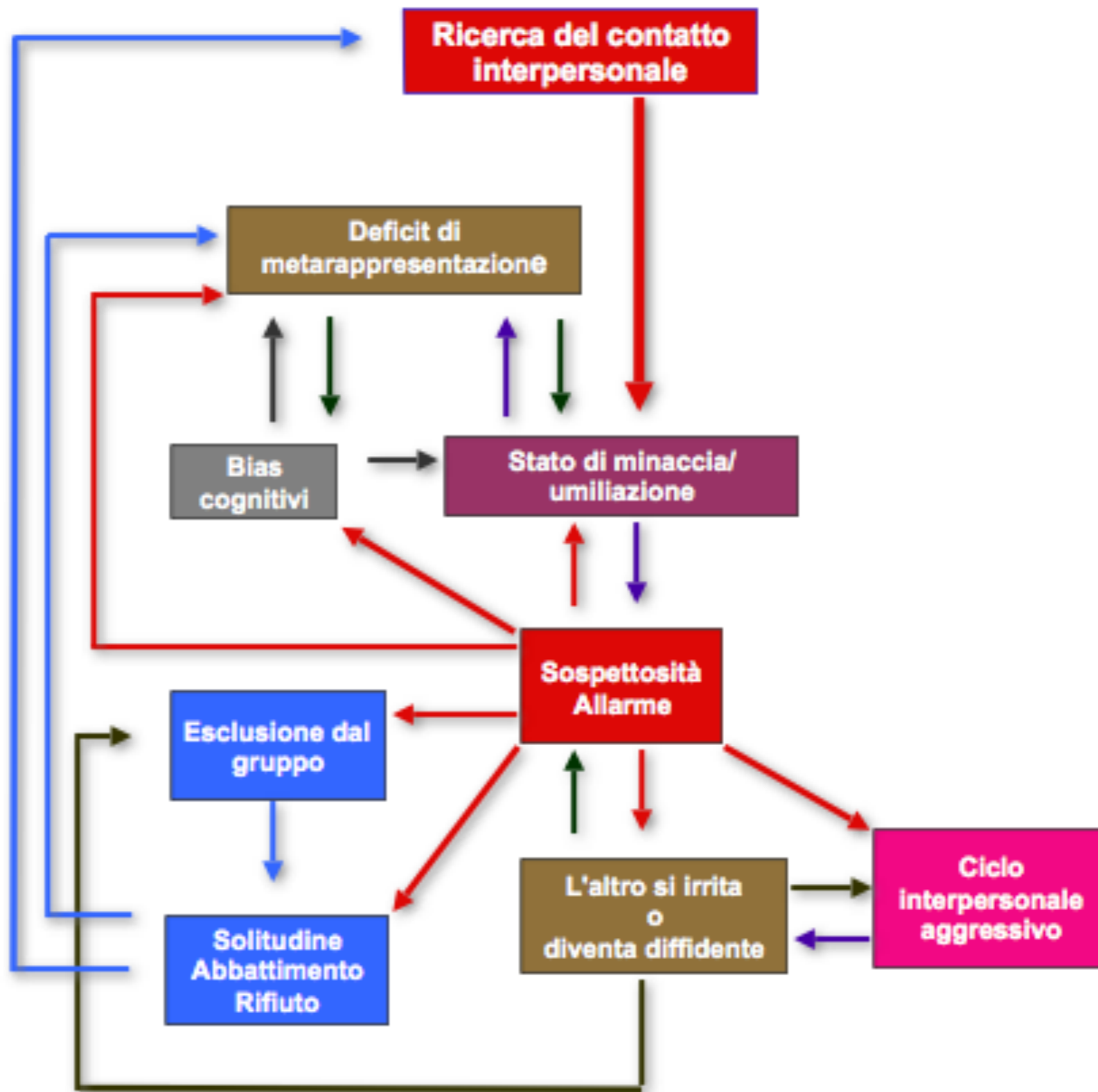
## • Il ciclo sospettoso irritante:

- **Prodromico** ai cicli: aggressivo, abbattuto
- Il paziente **ricerca attivamente e disfunzionalmente** l'interazione sociale
- **Si differenzia** dal paziente schizofrenico, il cui l'esordio è caratterizzato da evitamento delle relazioni
- L'interazione è percepita e vissuta in modo **rigidamente minacciosa** a causa:
  - dei deficit metarappresentativi
  - dei bias cognitivi
  - di un sistema rigido di costrutti personali
- L'interazione è paradossalmente **ricercata attivamente** dai pazienti paranoici:
  - **confutazione** di ciò che essi stessi temono: essere ingannati o aggrediti
  - ricerca dell'altro con il **solo scopo** di provocarlo, irritarlo, verificarne le reazioni
- L'apparente vitalità, che mette in grado questi soggetti di **reagire potentemente** alle presunte angherie:
  - è pagata al caro prezzo di una **completa solitudine**
  - le persone più legate al paziente finiscono per **abbandonarlo o evitarlo** attivamente
  - i commissariati **non credono** alle innumerevoli denunce, reagendo male ad ogni richiesta

# Circuiti di mantenimento della psicopatologia e cicli interpersonali

- **Ciclo interpersonale sospettoso irritante:**
  - il paziente ricerca attivamente e disfunzionalmente l'interazione sociale
  - Interazione sociale percepita e vissuta in modo rigidamente minaccioso
    - probabilmente a causa dei deficit metarappresentativi
    - dei bias cognitivi,
    - e di un sistema rigido di costrutti personali
  - Il paziente genera un **deserto relazionale e affettivo** e va inevitabilmente incontro a depressione
  - I pazienti vengono frequentemente **scambiati per depressi o per ciclotimici**:
    - l'oscillazione non è umorale, ma **prima cognitivo-ideativa** e poi timica.
    - Il tono dell'umore non è depresso ma **disforico**, irritabile non oscillante.
  - È necessario aver molto presente lo **stato mentale problematico**:
    - sentimenti di rabbia, minaccia e attivazione neurovegetativa
    - assetto orientato alla sospettosità e al continuo stato di allarme

# Ciclo interpersonale sospettoso irritante



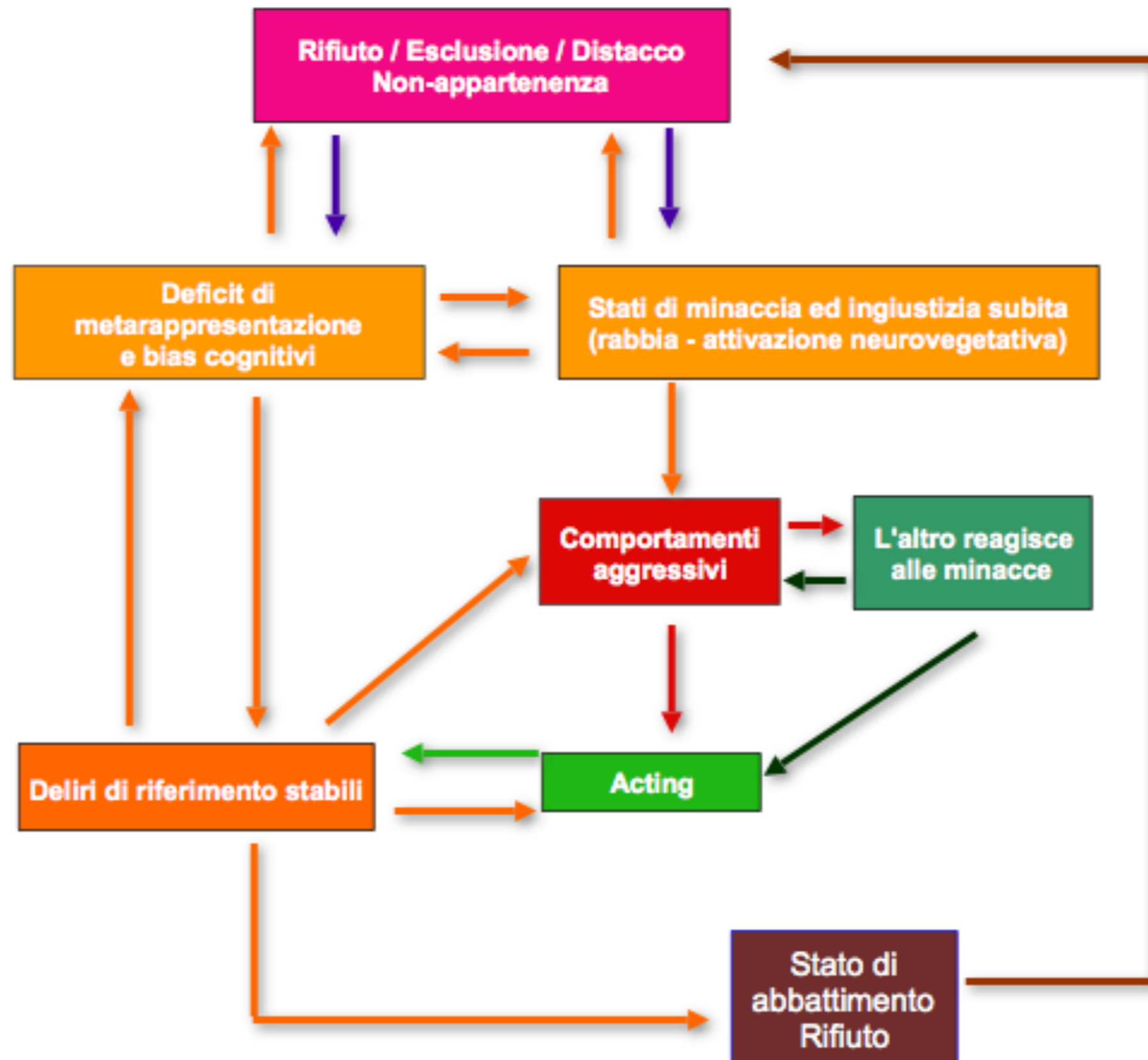
# Ciclo interpersonale aggressivo

- **I pazienti paranoici hanno la percezione che:**
  - la sensazione di non appartenenza, di estraneità, sia **sostenuta attivamente contro** di loro:
  - **non è l'espulsione** dal gruppo che viene percepita,
  - ma la sensazione che una **coalizione ne impedisca** un'appartenenza meritata e dovuta.
- **I pazienti concordemente ribadiscono di provare una enorme sofferenza:**
  - Questi soggetti desidererebbero, a modo loro, **l'integrazione nel gruppo,**
  - ma non riconoscono quanto loro stessi **hanno indotto gli altri ad escluderli.**
- **Il paziente per il deficit di differenziazione non distingue:**
  - fra ciò che è in realtà minaccioso e ciò che è **erroneamente percepito** come tale,
  - la minacciosità dell'altro verrà trattata **come reale** e l'altro percepito come un nemico ostile.
- **Il paziente non formula delle ipotesi euristiche sulla sensazione di esclusione.**

# Ciclo interpersonale aggressivo

- **Opacità della mente:**
  - Il paziente interpreta come minacciosi i tentativi dell'altro di stabilire
    - un dialogo
    - una interazione significativa.
  - **Se l'altro non contrattacca**
    - prova timore e disagio
    - si allontana dall'interazione,
    - lo stato di isolamento del paziente peggiora.
  - **La mente dell'altro risulterà realmente opaca**
    - non comprende lo stato d'animo del soggetto paranoide
  - **Il peggioramento del paziente paranoide è inevitabile**
    - interagisce con un soggetto nella condizione di mente opaca
    - indotta o facilitata dallo stesso paziente
    - L'assenza di chiarezza dell'altro viene interpretata dal paziente come intenzionale:
      - «mi nasconde informazioni perché mi vuole ingannare».

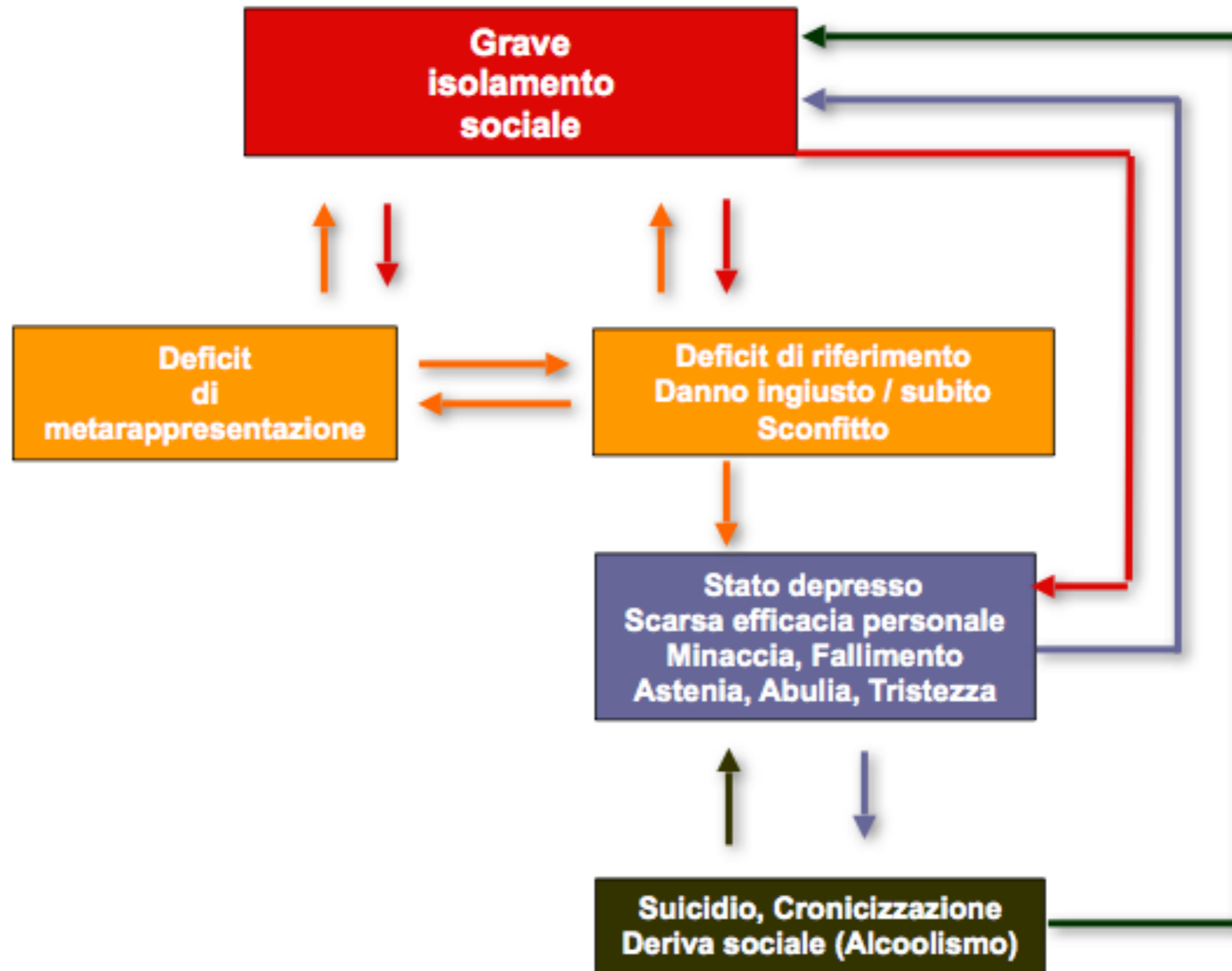
# Ciclo interpersonale aggressivo



# Ciclo interpersonale di abbattimento

- Convinzione di aver ormai subito una sconfitta, un **danno irrimediabile**
- **Non consapevolezza** del costo del proprio stile di vita
- Lo stato astenico è quasi sempre interpretato dal paziente come **dimostrazione del danno subito**
- Il paziente ha acquisito la consapevolezza che l'interazione con gli altri è **fonte di sofferenza e di stress**
- Ha sviluppato un **delirio stabile** sull'interazione con determinate persone se non addirittura un **delirio di riferimento**

# Ciclo interpersonale di abbattimento





# TRATTAMENTO

- **Le caratteristiche più importanti del terapeuta:**
  - **La tenacia**
  - **Eccellente capacità di entrare in relazione**
  - **Poco o nessun timore fisico dei pazienti**
  - **La sensazione fisica del terapeuta di sentirsi invaso**
    - **dagli sguardi**
    - **dalle domande**
    - **dai test del paziente**
  - **La sensazione di minaccia è presente in modo transitorio solo in alcune fasi del trattamento.**

# TRATTAMENTO: OBIETTIVI

- **Il razionale che guida il terapeuta è:**
  - non essere coinvolto nei cicli interpersonali patologici
  - tenere conto dell'incapacità del paziente di decentrare
- **Riconoscere gli stati mentali problematici:**
  - gestire precocemente i cicli interpersonali
  - creare le condizioni per stabilire un minimo di alleanza terapeutica già nella prima seduta
- **Validazione dell'esperienza del paziente**
- **Intervento in seduta sui deficit di decentramento e differenziazione:**
  - trattamento dei cicli interpersonali disfunzionali
  - riduzione dell'intensità degli stati di minaccia
- **Ragionamento esplicito sui cicli interpersonali disfunzionali:**
  - riconoscimento del contributo del paziente agli stessi
  - far riconoscere al paziente i propri malfunzionamenti metarappresentativi
  - favorire la presa di distanza critica dal proprio funzionamento mentale
- **Far adottare condivise strategie di coping per i deficit metacognitivi e gli stati mentali temuti**
- **Migliorare il funzionamento e l'adattamento sociale**

# PRIMA SEDUTA

- **La prima seduta è cruciale:**
- Il terapeuta **crea le condizioni** che permettano il prosieguo del trattamento
- Quasi sempre il paziente ci viene segnalato come un caso di **depressione**
- Di solito il paranoide intraprende un **trattamento:**
  - in **ciclo aggressivo** (più frequentemente nei reparti di psichiatria)
  - in **ciclo di abbattimento** (in ambito ambulatoriale),
  - quasi **mai** lo incontriamo mentre è **nel ciclo sospettoso**

# PRIMA SEDUTA

- ***È necessario dare l'impressione, almeno nei primi incontri, che sarà lui a scegliere se essere trattato o no.***
- **Suggeriamo di concludere il primo colloquio proponendo:**
  - **Un ciclo di valutazione reciproca**
  - **Il paziente si sente rassicurato dal fatto di poter decidere, e questo potere incrementa il senso di controllo e placa l'ideazione persecutoria**
  - **Il paziente sarà sorpreso della fiducia che abbiamo riposto in lui (e del rischio che ci prendiamo) e ciò faciliterà la relazione nelle sedute successive: essere stato considerato degno di fiducia migliora l'autostima del paziente.**

# PRIMA SEDUTA

- **Il paziente che giunge in seduta:**
  - E' sempre in una fase di **scompenso**:
    - attiverà i **cicli interpersonali disfunzionali**
    - caratteristici della fase in cui si trova
  - Il **deficit di decentramento** è sovrano incontrastato
  - Ansia e preoccupazione danneggiano di più le abilità metarappresentative
- Il terapeuta in prima seduta:
  - **non sa** come il paziente **costruisce il significato** degli eventi,
  - le proprie affermazioni sono interpretate **in modo disfunzionale, o gravemente distorto**

# SEDUTE SUCCESSIVE

- **Potremo farci un'idea di come il nostro paziente ci sta percependo**
- **Valutare come risponde all'interazione terapeutica:**
  - **Per esempio molto utile è chiedere al paziente**
    - **il suo punto di vista** sulla seduta precedente
    - **se vi siano o no argomenti oscuri**
    - **se si è sentito** meglio o peggio dopo l'incontro.
  - **Le risposte a queste domande aiutano a comprendere**
    - **come il paziente interagisce** con gli altri (ne ha parlato con qualcuno?)
    - **quali sono i significati personali** (cosa ricorda, cosa ne pensa della seduta scorsa?).

# Deficit di decentramento

- **Modulare il deficit di decentramento:**
  - **validare la sensazione di minaccia e di angoscia** che il paziente ci descrive.
- **È utile dare due sensazioni al paziente:**
  - **Sappiamo qual è il suo problema e come trattarlo**
  - **Potrà esercitare un certo controllo su quanto avviene in seduta**
- **È bene dilungarsi su alcuni presupposti:**
  - **Spiegare che tutto ciò che viene detto è coperto da segreto professionale**
  - **Chiedere se possiamo telefonare liberamente ai recapiti che ci ha lasciato** (Nicolò, 1999; Weintraub, 1981)
- **E' opportuno:**
  - **Non chiedere troppe informazioni sulla sua storia personale e sulle sue vicende di vita**
  - **Ma di soffermarsi a sottolineare il livello di sofferenza in cui vive**
- **È molto frequente che nei primi incontri il paziente ci chieda:**
  - **Di schierarci dalla sua parte**
  - **Di esprimere la nostra opinione su chi abbia torto o ragione in un determinato evento**
  - **Questi giudizi possono avere effetti devastanti, più di quanto si possa immaginare**

Deficit di decentramento e differenziazione  
Gestione dei cicli interpersonali disfunzionali  
Riduzione dell'intensità degli stati di minaccia

- **Questi interventi sono pressoché:**
  - Contemporanei, impossibili da scindere
  - Ogni intervento del terapeuta incide su tutte e tre le dimensioni
- **I paranoidi tendono:**
  - A percepire nell'altro intenzioni ostili
  - Attivano nell'altro esattamente i comportamenti che rinforzano le loro convinzioni
  - Falliscono nel formulare ipotesi sugli stati mentali dell'altro che riducano il senso di minaccia
- **Il primo passo avrà lo scopo di riproporre al paziente gli elementi comuni ai suoi racconti:**
  - La sensazione di aver subito un danno ingiusto
  - La percezione di essere al centro dei pensieri degli altri
  - Questa caratteristica va segnalata al paziente con molta accuratezza
  - Cercando di evitare di essere percepiti come accusatori.



# Operazioni di disciplina interiore

- Il terapeuta deve fare **profonde operazioni** di disciplina interiore:
  - prima e durante la seduta
  - evitare di dare spazio ad una classe di emozioni e sensazioni
    - **Rabbia**
    - **Paura**
    - **Antipatia**
    - **Senso di costrizione e di minaccia**
- Queste emozioni e temi di pensiero
  - Costituiscono **un volano** per l'attivazione di cicli interpersonali
  - Il paziente potrebbe **umentare** la propria sospettosità, rabbia, diffidenza

# Ricerca di stati mentali condivisi

- Il terapeuta dopo le operazioni di **disciplina interiore**
  - Attraverso temi di **interesse comune** o **argomenti neutri**
  - Deve tentare di ristabilire un **clima di condivisione** (Nicolò, 1999)
- Un modo di stabilire **stati condivisi** è
  - Ricercare e discutere argomenti di interesse comune
  - Con la **pressione relazionale minima**
  - Le **competenze** del paziente siano **elevate**

# Ricerca di stati mentali condivisi

- **Comunicare in modo esplicito** il proprio stato mentale al paziente
- «Mentre lei parlava ho avuto la sensazione che stavamo proprio sul punto di litigare, mi sentivo irritato. Anche lei aveva questa sensazione nei miei confronti?».
- Questo permette al paziente **nell' hic et nunc della relazione terapeutica**
  - di **fidarsi** della propria percezione
  - di **riflettere** su quanto sta accadendo.
  - di **vicariare** transitoriamente il deficit di decentramento e differenziazione
- Attraverso **lo svelamento** il paziente sarà aiutato
  - a **distinguere**, almeno in quel momento
  - i dati della **realtà interna** dai dati della **realtà esterna**

# Deficit di decentramento e di differenziazione

- **Premesse prima di tentare di migliorare il deficit di decentramento e di differenziazione**
- Il paziente dovrebbe avere **consapevolezza** del proprio problema di «paranoia» o decentramento,
- Dovrebbe essere aiutato in seduta a **riconoscere** il proprio pensiero disfunzionale,
- Soprattutto quando **non è consapevole di interpretare e decodificare** i fatti da una prospettiva egocentrica.

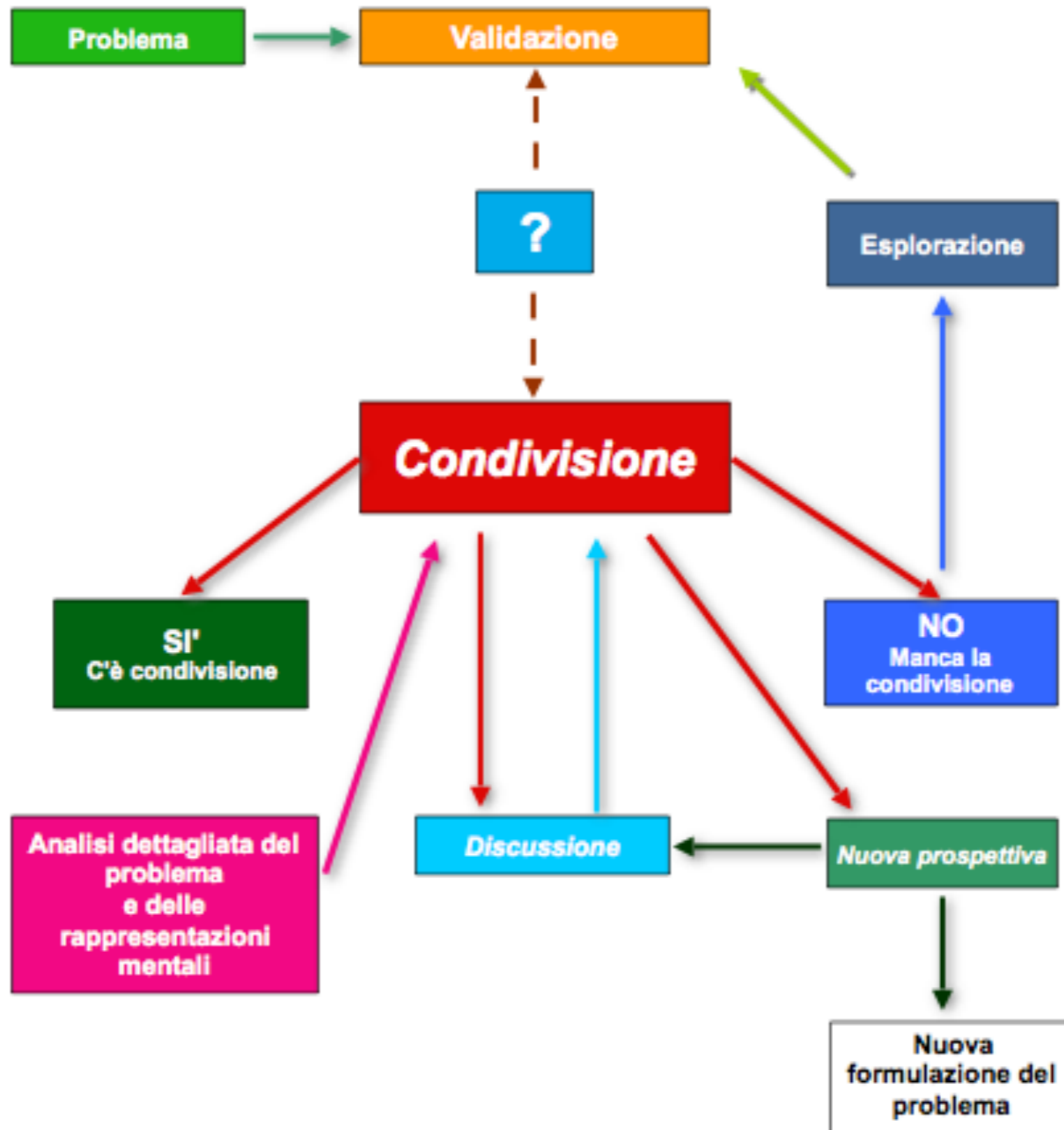
# Deficit di decentramento e di differenziazione

- **Proporre il problema persecutorio**
  - **Esperienza ad alto costo mentale**
    - che occupa completamente la mente non lasciando posto ad altri pensieri
    - che alla lunga rovinerà la vita. (Mancini, Gangemi, 2002)
- Svelato il proprio stato mentale, il terapeuta invita il paziente a **formulare ipotesi** su di esso
  - “Aveva l'impressione che fossi irritato verso di lei?”
  - “Che volessi prenderla in giro?”
  - “Si è sentito umiliato da qualcosa che le ho detto?”
- L'obiettivo è di **migliorare il deficit di decentramento** fuori dalle sedute.
- La seduta diventa un **banco di prova** delle abilità di decentramento del paziente.
  - Il **terapeuta vicaria** il deficit di decentramento mostrando come esso interferisca nella relazione.
  - In altri termini **il terapeuta mostra in vivo al paziente** che tipo di difficoltà di interazione può essere generata dal deficit.

# Deficit di decentramento e di differenziazione

- **Il terapeuta mostra al paziente come il deficit:**
  - **Interferisca** nelle relazioni
  - **Comprometta** azioni e comportamenti
- **Il terapeuta dopo:**
  - Ripercorre con il paziente **alcuni fatti** della vita reale
  - Prova a darne **una nuova interpretazione** alla luce dell'esperienza in seduta
- **Il paziente a volte ci chiede apertamente cosa pensiamo delle sue idee:**
  - Se riteniamo che abbia ragione
  - Se siano il prodotto di un disturbo mentale
- **Rispondere a queste domande:**
  - è una questione molto delicata
  - va tarata sulla fase in cui siamo in terapia
- **La critica diretta alle convinzioni è un'operazione da effettuare quando:**
  - **la relazione terapeutica è stabile**
  - **la consapevolezza del disturbo è stabile** (Meyer, Osborne, 1982; Fowler, Garety, Kuipers, 1995).

# Deficit di decentramento e di differenziazione



# Deficit di decentramento

- **Fallimenti nell'attribuzione causale degli eventi:**
  - Il paziente ricostruisce in **modo egocentrico** la sequenza degli eventi
  - L'attribuzione causale **infiacia** il decentramento
  - Dobbiamo **migliorare l'attribuzione** a vantaggio del decentramento
- **Esaminare una situazione con percezione di un clima negativo:**
  - Quali **elementi** lo hanno indotto a trarre le conclusioni negative
  - **Esperimento** da effettuare nell'incontro successivo
  - Nella seconda mezz'ora della seduta **usciremo per strada:**
    - **Riconoscere** insieme le persone che si prendono gioco di lui
    - Creare un **clima di condivisione** nella prima parte della seduta
    - Verificare se la **condizione emotiva** del paziente consente l'esperimento



# Deficit di decentramento

- **Evitare contrapposizioni a ciò che viene affermato e sostenuto**
- **È strategicamente più produttivo trovare prove a conferma della posizione del paziente proponendo situazioni paradossalmente più paranoiche di quelle da lui ipotizzate**
- **Aiutare i pazienti a distinguere le scene in cui si percepiscono presi in giro:**
  - **Dettagliando**
    - **espressione del volto e**
    - **sguardo del persecutore**
- **Il paziente si accorgerà di aver utilizzato un modello o una rappresentazione stereotipati**
  - **Praticamente tutti i personaggi rappresentabili avranno**
    - **un ghigno**
    - **un modo di guardare sovrapponibile**
  - **Compito del terapeuta è quello di evidenziare ciò al paziente.**
- **In queste situazioni è di estremo ausilio lo svelamento dell'esperienza del terapeuta**

# Deficit di differenziazione

- **Se il paziente non differenzia non potrà decentrare**
- **Il terapeuta aiuta il paziente**
  - nel clima a **bassa emotività** della seduta
  - a riconoscere come le proprie interpretazioni siano **egocentriche**
  - ad assumere **distanza** dalle stesse

# Riconoscimento del contributo del paziente ai cicli interpersonali disfunzionali

- **Il paziente che riconosce il proprio contributo all'attivazione dei cicli interpersonali:**
  - Tenterà di seguire **le sollecitazioni** del terapeuta
  - Sperimenterà **nuove modalità** di interazione
  - **La sperimentazione è efficace quando il paziente ha già iniziato a interagire in modo diverso in seduta.**
- **Il paziente che si rende conto:**
  - **Come** lui stesso spesso **provochi** il terapeuta nella relazione terapeutica
  - Può essere stimolato a verificare **come ciò avviene nella realtà**
- **Condotta terapeutica da mantenere:**
  - **Atteggiamento di verifica** dell'interpretazione di ogni evento,
  - **Esplicitare le informazioni** necessarie per poter formulare un giudizio
  - **Rinunciare** ad esprimere il nostro parere

# Riconoscimento del contributo del paziente ai cicli interpersonali disfunzionali

- **La conduzione del colloquio con la tecnica proposta**
  - **validare** prima l'esperienza emotiva
  - **discutere** poi sulle cause e sulla sua gestione
- Dopo avere costruito la sintonia si cerca il punto del **cambiamento possibile**
- **La discussione delle cause** di un determinato stato problematico chiede di:
  - **verificare** con accuratezza e dettaglio
    - **le rappresentazioni** del paziente
    - **le emozioni** ad esse collegate
  - **modificare** la rappresentazione adottando
    - **nuovi punti di vista**
    - **nuove prospettive**
- Chiedere al paziente di formulare ipotesi alternative alla propria non è efficace, **è più utile**:
  - **Partire** da un'esplorazione accurata delle **rappresentazioni mentali**
  - **Chiedere** al paziente di provare a immaginare **altri scenari**
  - **Valutare** i punti di vista **alternativi**

# Ciclo sospettoso

- **Deficit di decentramento e mancanza di abilità sociali si rinforzano reciprocamente.**
- **Il desiderio di interagire e le difficoltà a sostenere un'interazione significativa:**
  - **Generano un comportamento costantemente provocatorio**
  - **Il paziente cerca di farsi un'ipotesi del funzionamento mentale dell'altro:**
    - **Tenta di smascherare l'interlocutore prendendolo alla sprovvista**
    - **Ma nulla lo convince**
    - **L'interlocutore si irriterà**
    - **Questo muoverà il paranoide a nuove provocazioni**

# Ciclo sospettoso

- **Lo scompenso di questo ciclo può avvenire per una serie di ragioni**
  - Molto di frequente vi è un evento scatenante di **natura affettiva**:
    - un **innamoramento**
    - un **insuccesso professionale**
    - il **mancato raggiungimento** di un traguardo
- **Il terapeuta** con questi pazienti deve cercare di «essere» in terapia:
  - Più **chiaro**
  - **Esplicito** possibile.
  - La **sospettosità scompare** ove vi è la massima chiarezza,
    - I pazienti devono avere la sensazione di poter **spaziare dentro**
      - **vita,**
      - **esistenza**
      - **problemi del terapeuta**
    - I pazienti devono verificare se **questi è veramente come appare**

# Ciclo sospettoso

- L'intervento del terapeuta durante il ciclo sospettoso può essere descritto in questo modo:
- il paziente ha un **deficit di decentramento** che provoca stabilmente delle distorsioni nella decodifica delle relazioni interpersonali con una marcata tendenza al **fraintendimento**;
- per compensare i deficit adotta una serie di **strategie disfunzionali** che si declinano nel ciclo sospettoso;
- il terapeuta permette al paziente di **esplorare e testare il suo mondo mentale** e di dividerlo;
- la sospettosità del paziente **diminuisce** riuscendo così, inizialmente in seduta, a provare nuove strategie di comprensione e di interazione.

# Ciclo aggressivo

- Il **circuito sospettoso irritante** ha
  - pesante **conseguenza** sociale
  - **esclusione** da parte di ogni contesto
- Questa condizione **si stabilizza** all'interno
  - del **sistema di pensiero** del paziente
    - non vi sono dubbi o ipotesi **da verificare**
    - i dati a disposizione sono **sufficienti**
    - è ormai **tempo di agire**
    - Il tempo che il paziente trascorre **da solo** (la gran parte)
    - è occupato da **vivide ruminazioni** dei danni subiti



# Ciclo aggressivo

- Un paziente in un ciclo interpersonale aggressivo **si riconosce sulla propria pelle**
  - la sensazione che abbiamo è di stare proprio **su un filo**
  - sentiamo «**negli occhi e nello sguardo del paziente**»
  - che quello che diciamo può essere interpretato in qualsiasi **modo imprevedibile**
- I pazienti **non sono consapevoli** della rabbia che veicolano.
  - Non devono **smascherare** complotti
  - ma riconoscere e annientare precocemente la **minaccia** che proviene dagli altri
  - I comportamenti messi in atto sono **estremamente aggressivi**
- La reazione è **diacronica** rispetto all'interazione reale
  - non è motivata dall'**hic et nunc** della situazione
  - ma è legata alla **rielaborazione** coltivata a lungo
- Nel **ciclo sospettoso** il paziente mostra una **diffidenza generalizzata** nei confronti di tutti
- Nel **ciclo aggressivo** l'**attenzione è specifica**
  - verso alcuni interlocutori
  - persone con cui ha rapporti di lavoro

# Ciclo aggressivo

- Il paziente palesa frequentemente **tematiche deliranti di riferimento**
- Può ricevere una diagnosi di **schizofrenia paranoide**
  - **Pesanti ripercussioni** sull'esistenza
  - lo stato di rabbia è mantenuto per giorni, sembra **inesauribile**
  - Inevitabilmente ciò ha delle **ripercussioni** anche **in terapia**
- Il **terapeuta** è molto spesso **oggetto di idee di riferimento**
  - alcuni pazienti hanno dei veri e propri **deliri di controllo**
  - che **non rivelano**
  - immaginando che si tratti del **gioco in cui si sono trovati**
- Il paziente paranoide ha una **rabbia** molto simile ad un **moto ondoso**
  - **diversa** dal paziente **Borderline**
    - **che esplode e poi si ritrasforma in pochi attimi**
  - **diversa** da un **paziente in eccitamento maniacale**
    - **che è costante, duratura e senza oggetti specifici**
  - la rabbia del **paranoide**
    - **esplode violentemente,**
    - **attende la reazione,** la sponda dell'interlocutore,
    - **poi si riaccende** immutata.

# Ciclo aggressivo

- Il paziente tende a **rivangare** tutto, a rinfacciare al terapeuta ogni cosa andata storta.
- il paziente casualmente riferirà anche un **particolare positivo** in quel ricordo
- ciò **lo placherà**, anche se temporaneamente
- **Riconoscere** questo momento non è particolarmente difficile
- il paziente **cambia espressione**
  - percepisce l'emozione di una **antica intesa**
  - ci guarda con occhi quasi **nostalgici**
- In questo momento preciso vanno fatti gli interventi di **condivisione** in due tappe:
  - **validare** al paziente alcuni dei contenuti veicolati
  - **segnalare lo stato mentale** del terapeuta “quando lei fa così sono veramente in difficoltà”
  - segnalare al paziente su quali punti **non siamo in accordo**
- **Non è conveniente** tentare di
  - proporre temi con la sola finalità di **distogliere l'attenzione** dagli aspetti problematici
  - **senza discuterli** ed affrontarli in modo chiaro
- Questo tipo di interventi hanno **l'effetto**
  - di **ridurre** l'aggressività e l'impetuosità dei pazienti nei nostri confronti
  - ma **non di fornire** un nuovo punto di vista sul problema
  - Abbiamo evitato un problema immediato, ma l'intervento è stato **inutile se non nocivo**

# Ciclo aggressivo

- **Il terapeuta deve in un primo momento:**
  - ascoltare ed accettare ciò che il paziente riferisce
  - non rispondere alle provocazioni e agli attacchi
- **Deve evitare che il paziente si senta minacciato da lui:**
  - Questa appare una affermazione ovvia
  - ma l'intensità emotiva delle interazioni
    - può involontariamente farci perdere il controllo
    - indurci a tentare di gestire la seduta minacciando il paziente
      - come si permette, abbassi la voce
      - non si permetta di usare questo tono con me
      - guardi che se continua così non finisce bene per lei
      - guardi che se fa qualcosa di male va a finire al manicomio criminale
  - **Mai** il terapeuta deve adottare questa strategia, sempre svantaggiosa

# Ciclo aggressivo

- **Lo scopo principale della seduta è:**
  - contenere le sue manifestazioni emotive
  - gestire il ciclo interpersonale per non compromettere la relazione terapeutica
- **Il terapeuta può sperare che il drop-out del paziente interrompa l'incubo**
- **Comprendiamo lo stato d'animo del terapeuta:**
  - tali atteggiamenti sono **speculari** alla patologia del paziente
  - difficoltà di tollerare il **senso di impotenza**,
  - percezione che egli è un **nostro nemico**
  - la relazione **non potrà assolutamente essere ripresa**
- **Lo scopo delle sedute è di consentire al paziente di ritornare in seduta**

# Ciclo di abbattimento

- **Il ciclo di abbattimento è potenzialmente quello in cui il paziente**
  - è più **malleabile**
  - può **sperimentare e interiorizzare** il terapeuta come figura realmente d'aiuto
  - “proprio quando ero debole, **non mi ha azzannato, anzi mi ha sostenuto**”
- **Il ciclo di abbattimento è di aiuto nella gestione dei cicli sospettoso e aggressivo**
  - Il ciclo di abbattimento è un buon momento per promuovere il **decentramento**
  - “ma è proprio sicuro che la gente è mossa da **cattive intenzioni** nei suoi confronti?”
- **Il ciclo di abbattimento è quello in cui spesso incontriamo il paziente la prima volta**
  - Prevalenza della sintomatologia **astenica ed abulica**
  - **Valutazione erronea** di disturbo depressivo
- **Il paziente accede all'aiuto che gli viene offerto**
  - tenta di mantenere una **distanza interpersonale**
  - è **spaventato**, teme di essere danneggiato anche da noi
  - lo stile relazionale non ci suscita, come in un paziente depresso, sentimenti di **accudimento o di pena**
  - ci percepiamo in una atmosfera quasi inquietante, siamo **intimoriti più che inteneriti**

# Ciclo di abbattimento

- **Deficit di decentramento del paziente:**
  - non ci consente di stabilire una **serena relazione empatica**
  - alimenta lo stato di **abbattimento** e di **inefficacia** percepito dal paziente
  - alimenta la nostra sensazione di **timore** o **minaccia**
- **Con un paziente depresso:**
  - non abbiamo problemi di **frantendimento** né di **articolazione** del nostro ruolo
  - il tema del depresso è la **visione pessimistica** sul mondo e su se stesso
- **Con i pazienti paranoidei lo sguardo stona con la postura generale del corpo:**
  - gli occhi del paziente si muovono rapidamente a **scrutarci**
  - **è attento** a ciò che diciamo,
  - il modo in cui veniamo **fissati negli occhi**
    - non ci fa immaginare di **essere aggrediti**
    - ma non riusciamo a fare **alcuna ipotesi** su
      - **cosa** il paziente pensi
      - **come** abbia interpretato i nostri argomenti

# Ciclo di abbattimento

- **Primo obiettivo in questa fase è:**
  - **Non spaventare il paziente**
  - **Evitare di farci percepire come minacciosi e pericolosi**
  - **Usare tecniche di condivisione**
  - **Evitare per molto tempo di analizzare le tematiche deliranti.**
  - **Comprendere e condividere il dolore del paziente**
- **Creare un clima di condivisione tenderemo:**
  - **Per primo intervenire sul deficit di decentramento e di differenziazione**
  - **Poi tentare di permettere un recupero del funzionamento sociale**



# Ciclo di abbattimento

- **Durante le sedute si percepisce:**
  - il paziente ormai **sconfitto** dagli eventi e dal destino
  - il paziente con un **bassissimo livello** di autostima e di efficacia personale
- **L'atteggiamento da assumere è:**
  - di un cordiale, ma professionale **sostegno emotivo**
  - ribadendo la nostra disponibilità ad **aiutare** il paziente
  - ma non a **compatirlo**
  - a sollecitarlo **senza costringerlo**
- **Di estrema importanza è chiedere al paziente descrizioni dettagliate:**
  - sul proprio **stato fisico**
  - sul senso di **autoefficacia**
  - sul **tono dell'umore** mentre si rappresenta di essere perseguitato
- **Dobbiamo invitarlo durante la seduta a:**
  - rievocare **con nuovo stato d'animo** gli eventi a maggiore pregnanza emotiva
  - verificare **cosa cambia** nella rappresentazione degli stessi

# Strategie condivise di «coping»

- **Il trattamento del deficit corrisponde ad una restituzione piena della funzione di decentramento.**
- **La nostra finalità principale è quella:**
  - di rendere **consapevole** il paziente della propria problematica
  - di permettergli di **riconoscerla** anche in situazioni di stress molto elevato
  - di poter **adottare** strategie correttive.