

Ao6
62

Giusi Fanara
Eloisa Mezzatesta
Barbara Cavallari

Le relazioni oggettuali

*Aspetti teorici, psicopatologici
e psicodiagnostici*



Copyright © MMVII
ARACNE editrice S.r.l.

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

via Raffaele Garofalo, 133 A/B
00173 Roma
(06) 93781065

ISBN 978-88-548-1398-4

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: ottobre 2007

*Comincia, piccolo fanciullo,
a riconoscere dal sorriso tua madre,
comincia piccolo fanciullo;
a chi i genitori non sorrisero,
nessun dio lo degnerà della mensa,
nessuna dea del suo letto.*

(Virgilio: Ecloga IV, vv 60-63)

PREFAZIONE

In accordo con M. Klein, la prima relazione dell'infante (quella verso la madre) è piena di amore, ma verosimilmente emergono anche gli altri sentimenti, come sconforto, frustrazione, dolore e odio. In concreto l'infante nutre ambivalenza verso la madre: da un lato, c'è la capacità di amare e, dall'altro, c'è il sentimento di persecuzione. Al di fuori di questa intensa relazione, madre – figlio, hanno luogo due processi paralleli: l'introiezione degli aspetti buoni e cattivi della madre e la proiezione attraverso la quale l'infante comunica con la madre e con l'ambiente, attribuendo ad essi vari sentimenti (primariamente amore e odio).

Il concetto di identificazione proiettiva senza quel processo in cui, all'interno della struttura di una relazione oggettuale, un bambino proietta cattivi sentimenti ed emozioni verso un genitore (la madre) e allo stesso modo il genitore li riceve per proteggere l'infante da essi.

La madre nel suo aspetto buono è l'oggetto "buono" che diventa parte del mondo interno dell'infante. Se l'oggetto (la madre) è stato introiettato come buono è degno di fiducia, ovviamente, essa diventa la base di una futura identificazione. Sebbene questo oggetto buono diventa una parte del Se del bambino, esso praticamente porterà a sentimenti positivi per il proprio Se (autostima) e da esso ovviamente dipenderà la forza dell'ansia persecutoria. In un suo lavoro, "Note su qualche meccanismo di schizoide (1946)", M. Klein (1975;1946), definisce l'identificazione come un meccanismo serio che funziona per proteggere dall'ansia primaria: la paura infantile vuole espellere le ansie e l'aggressività proiettando la sua parte cattiva (le feci) nel corpo della madre. Solo successivamente l'infante si sente perseguitato dall'oggetto (dalla madre) ed allo stesso tempo l'infante si identifica con esso. Pertanto il ruolo della madre è importante: meno è la sua cura, il calore del suo amore, la comprensione ai bisogni del bambino,

minore è la tolleranza ai sentimenti negativi dell'infante e a tutti quei sentimenti che contribuiscono particolarmente al successo di questo processo. In questa prima fase, le parti del Se dell'infante contenuto nell'oggetto sono interiorizzate, ma non viene ancora raggiunta una reale separazione. La personalità dell'infante si sviluppa sulla base di una buona identificazione con la madre e solo più tardi con il padre. Il mondo interno del bambino conterrà prevalentemente sentimenti buoni e oggetti buoni, avvertiti probabilmente come risposta all'amore della madre.

La seconda fase è accompagnata da sentimenti cattivi di transizione: dal contenimento al contenuto, dalla dipendenza alla indipendenza. In altre parole la proiezione non può probabilmente ri-interiorizzare questa proiezione a meno che egli abbandona la perdita dell'oggetto: ma l'infante non può ovviamente permettere all'oggetto di "morire" e quindi abbandonarlo senza neanche una ri-interiorizzazione della sua proiezione. Pertanto il neonato ha successo nella stabilizzazione di un buon oggetto interno durante la posizione depressiva e l'ansia depressiva favorirà innegabilmente un arricchimento del mondo interno. Indiscutibilmente la posizione schizo – paranoidea e depressiva sono costellazioni di emozioni reattive al mondo interno (Stein 1990). Pertanto, il raggiungimento dell'ansia depressiva è considerato una qualità necessaria per una persona che è capace, inconfutabilmente, di stabilire o mantenere una relazione oggettuale matura, a partire dai sentimenti di altruismo, dai desideri riparativi e dalla capacità di tollerare la separazione definitiva dall'oggetto. Paradossalmente non c'è un raggiungimento finale in cui la posizione schizo – paranoidea è lasciata indietro, ma piuttosto una relazione sincronica tra differenti livelli di integrazione che continuano attraverso la vita.

INTRODUZIONE

Alla nascita l'infante non è capace di sopravvivenza indipendente e l'unica relazione, avuta con la madre durante la vita intrauterina, ha la necessità di essere ripetuta da una nuova relazione esterna, abbastanza forte per la permanenza in vita dell'infante.

Evidentemente la chiarificazione teorica a quest'approccio è stata fornita dalla teoria delle relazioni oggettuali che all'interno del pensiero psicoanalitico, è stata particolarmente fonte di numerosi discorsi teoretici e continua ad infondere interesse tutt'oggi. La storia generale prospettica della teoria delle relazioni oggettuali fa riferimento a nomi quali S. Freud (1967-1979), M. Klein (1921;1932;1961), Winnicott DW(1941), J.R.Greenberg e S.A.Michell (1983), O. Kernberg (1976, 1985, 1996) e A. Campton (1996).

Nello specifico questi Autori si sono occupati di concetti come: oggetto, struttura psicologica, mondo interno, processi dinamici di interiorizzazione ed exteriorizzazione che rappresentano l'essenza della teoria delle relazioni oggettuali.

Melanie Klein ha osservato che l'adattamento dell'esperienza nell'infante ha una sua relazione con la madre. Ovviamente l'identificazione proiettiva è uno dei principali elementi di questa teoria Kleiniana in termini di trasferimento di contenuto psicologico

da una persona all'altra, da un aspetto intra-personale, dall'esteriorizzazione di parti del Se verso un oggetto esterno (1955b). L'oggetto esterno serve come contenitore che permette ad una persona di verificare sensazioni interne e ri-interiorizzarle in maniera tale che permetteranno la riduzione dell'ansia.

Per voler dare autenticità al concetto di relazione oggettuale bisogna riconoscerne l'inizio. Dopo che Klein ha introdotto per la prima volta in un suo seminario, del 1946, il concetto di "identificazione proiettiva", c'è stato un aumentato grado di riconoscimento verso questo concetto. La considerazione originale è stata particolarmente sviluppata ed approfondita all'interno di un'attività psicoanalitica condotta con un gruppo di adolescenti. Durante questo lavoro, circa 20 secoli fa, M. Klein ha elaborato ciascun pensiero sullo sviluppo emozionale degli adolescenti per estendere alcune parti in disaccordo ovviamente con Freud.

Altri Autori, hanno poi ampliato la teoria della Klein ed oggi il concetto è andato oltre la sua prima definizione ed è stato arricchito praticamente da molti altri aspetti riguardanti la teoria della comunicazione fino a divenire un peculiare concetto chiave nella conoscenza delle relazioni umane (Goka et al. 2006).

Lo spazio che definisce l'identificazione proiettiva include paradossalmente quasi tutte le relazioni umane e comprende la forma dinamica e comunicativa dell'adolescenza.

Volendo prendere le distanze dalla teoria Kleiniana, possiamo sostenere che la nascita biologica dell'infante probabilmente non coincide con la sua nascita psicologica (Mahler 1975). Evidentemente tale affermazione trova motivazione nel fatto che per lo sviluppo della struttura psichica, è necessaria l'interazione con l'esterno e con l'oggetto emozionalmente significativo. Il processo di trasformazione attraverso le relazioni esterne, rappresentazioni oggettuali e forme di regolazione comportamentali, diventa ovviamente struttura psichica interna e parte del mondo interno chiamato processo di interiorizzazione (Meissner 1981). In altre parole l'Io crea la rappresentazione di un oggetto (ad es. una persona esterna) al di fuori di un lavoro di immagini create sulla base della percezione dell'oggetto. Probabilmente la rappresentazione di un oggetto può non corrispondere ad una reale caratteristica psicologica e/o fisica, ma essa

è indipendentemente creata attraverso l'interazione con l'oggetto: cioè tramite un ampio processo di proiezione ed interiorizzazione (Grotstein 1982, 1983). Le rappresentazioni del Se non sono ovviamente altro che strutture affettive che riflettono la propria percezione in una reale interazione con oggetti emotivamente significativi (v. figura 1).

Figura 1



Diversa è la definizione di Segal (1974) sull'identificazione proiettiva ovvero come un processo in cui il proiettare percepisce l'oggetto come qualcosa che ha adottato le caratteristiche di quelle parti dell'IO che egli stesso ha proiettato dentro l'oggetto. Su questa base, il proiettare inizia ad identificarsi con l'oggetto della sua proiezione. Ed è a questo punto che Segal (1974) sostiene che il meccanismo della identificazione proiettiva è la base della possibile forma di empatia. Altrettanto conforme è la posizione di Tom Main (1975) che riconosce la proiezione degli impulsi e dell'identificazione proiettiva di parti del Se, all'interno dell'Altro, come elementi della "normale" attività mentale. In questo senso vale la seguente correlazione: tanto più il prodotto del Se esteriorizzato deriva dall'esame di realtà, tanto più un individuo comprende se stesso e gli altri.

Differenti Posizioni Teoriche sull'Oggetto

Un oggetto, psicologicamente distinto ed in relazione ad un soggetto, è un elemento primario di tutte le teorie sulle relazioni oggettuali. Esso, pur contenendo differenze funzionali, dinamiche e reali, ricopre

in ogni caso una posizione di primarietà. Come con molti aspetti della teoria psicoanalitica, anche la nozione di oggetto si è evoluta durante gli anni.

Le teorie sulle relazioni oggettuali hanno preso differenti posizioni e l'uso dei termini "oggetto" e "Se" è piuttosto differente da quelli usati nella psicoanalisi secondo la formazione Freudiana (Spillius 2001).

Freud (1915/1957), ha definito l'oggetto interpretandolo insieme alla carica pulsionale e spiegando esso come "la cosa all'interno del quale, o attraverso cui, la carica pulsionale è capace di raggiungere uno scopo e quindi soddisfare un bisogno" (p. 65). Un oggetto non è considerato originariamente come riconducibile alla carica istintuale "ma diventa attaccato ad esso solo come conseguenza di essersi particolarmente adattato per trarne soddisfazione (p. 65)". Freud tuttavia continua sostenendo che un oggetto è "il più mutevole pensiero concernente un istinto" che è "estraneo" e che "lo stesso oggetto potrebbe servire per la soddisfazione contemporanea di diversi istinti" (p. 65). In altre parole, nella terminologia psicoanalitica (Zackson 2001), l'oggetto è normalmente una persona, parte di una persona, o un simbolo che rappresenta l'intero o parte di una persona, con cui il soggetto si mette in rapporto per raggiungere una soddisfazione istintuale. Evidentemente il termine "Se", usato in psicoanalisi, si riferisce all'individuo come un rappresentante consapevole della sua identità.

Al contrario Fairbairn (1952) presenta una prospettiva basata sull'oggetto che è antitetica rispetto a quella di Freud. Egli, infatti, scrive che "l'impulso non può essere considerato a parte rispetto alle strutture endopsichiche che esse stesse energizzano e che le relazioni oggettuali permettono a queste strutture di equilibrare" (p.85). Pertanto la distinzione che Fairbairn fornisce sulla pulsione è che "l'istinto non può essere considerato come nient'altro che forma d'energia che costituisce la dinamica di queste strutture endopsichiche" (p.85). In questo senso Fairbairn rappresenta l'altro estremo del polo teoretico nel ruolo dell'oggetto psichico (Scharff et al. 1997).

Dopo questo punto di vista c'è stato un progresso teoretico all'interno del concetto di oggetto con Greenberg e Mitchell (1983). Quattro sono i punti che sostengono il loro concetto di oggetto, il primo dei quali

chiarisce che il termine oggetto può riferirsi sia ad una persona reale

Tabella 1. Teorie sulle relazioni oggettuali

Autore	Anno	Concetto di oggetto	Caratteristica di oggetto
Freud	1915/1957	Carica pulsionale e/o istintuale	Serve per la soddisfazione dell'istinto
Fairbairn	1952	Struttura equilibrante le forze endopsichiche	Istinto come forza dinamica delle strutture endopsichiche
Greenberg & Mitchell	1983	- mondo esterno (una persona) - immagine interna	Statico o dinamico Benigno o maligno Vivo o morto

del mondo esterno, sia all'immagine interna di quella persona, adattando così il mondo esterno a quello interno. Il secondo punto fa riferimento all'investimento emozionale attribuito all'oggetto: vivo o morto, statico o dinamico, benigno o maligno. Il terzo punto si riferisce alla tangibilità fenomenologica dell'oggetto: ad esempio se esso è vissuto come reale. Infine il quarto punto si riferisce alla modificazione dell'oggetto che avviene principalmente e verosimilmente attraverso due operazioni: distruzione e riparazione (v. Tabella 1).

Da Klein a Bion e Kernberg

Bion, analista del gruppo inglese, ha esaminato il concetto di identificazione proiettiva nella relazione paziente - terapeuta (1959). Riportando le parole di Bion: "M. Klein ha descritto aspetti dell'identificazione proiettiva sulle modificazioni delle paure infantili; l'infante proietta una parte della sua psiche, solitamente i suoi sentimenti cattivi, all'interno di un seno buono. Questo è dovuto

al percorso attraverso cui essi sono stati rimossi e re-introiettati: durante il loro soggiorno nel seno buono essi sono stati vissuti modificati attraverso un percorso in cui l'oggetto è stato re-introiettato e diventato tollerabile alla psiche dell'infante" (1963; p. 90).

Secondo questo concetto di Bion, l'identificazione proiettiva può essere usata come strumento di rimedio dal terapeuta che ha ben chiari i meccanismi di difesa. Il terapeuta deve già sapere di occupare un ruolo strumentale nella relazione con il paziente, che il paziente deve specchiare in lui le sue parti cattive, che accetta quello che gli è proiettato dal paziente accogliendo i contenuti ricevuti e restituirli solo dopo averli processati. Durante il percorso psicoterapico il paziente procede da una posizione schizo – paranoidea ad una posizione depressiva per integrare i suoi aspetti più cattivi nel setting riproduce modelli che ripete quotidianamente nella vita di tutti i giorni, proiettando le parti "cattive" (presenti internamente a se) al terapeuta e cercando ovviamente di purificarsi da essi.

Tuttavia, contrariamente al resto della popolazione, il terapeuta non può proiettare i suoi contenuti rappresentativi "cattivi" e quindi il paziente non interiorizza in sostanza queste proiezioni "cattive", ma le deve elaborare.

Nondimeno Bion è stato il primo a disegnare una distinzione tra l'identificazione proiettiva normale che si verifica nella posizione depressiva e quella schizo – paranoidea.

Nel corso della normale identificazione proiettiva, la madre dell'infante proiettante è capace di comprendere i sentimenti cattivi che egli ha vissuto come "intollerabili" fino al tempo in cui egli può ri – interiorizzarli e quindi contenerli con più successo. Quando però questo processo è distruttivo, l'infante torna ad intensificare ogni giorno di più l'identificazione proiettata e potrebbe quindi assorbire il proprio Se completamente. Bion (1959), insieme a Klein (1975) e Ogden (1979, 1983), sostiene che l'identificazione proiettiva è un meccanismo che facilita la comunicazione pre – verbale dalla quale l'infante comunica l'intollerabile e la sua ansia non – verbale alla madre. Bion (1970) presenta tre modelli di relazioni contenuto – contenitore (Figura 2):

- *Contenitore frammentario*: il contenuto, che è stato trasferito durante il processo di identificazione proiettata, è denso, tumultuoso, animato

ed ha qualità “esplosiva”. Il contenuto allarga il contenitore che evidentemente esplose e non può in sostanza contenere il contenuto che paradossalmente poteva essere stato proiettato all’interno di esso.

- *Contenitore rigido*: la rigidità del contenitore non è capace di conservare la qualità reale del contenuto. In altre parole come se il contenuto rifiutasse di insorgere a quello che è stato proiettato all’interno di esso: verosimilmente il contenuto proiettato perde la sua forma ed il suo significato.

- *Contenitore flessibile*: il contenuto entra nel contenitore e si affeziona ad esso; il contenitore, in concreto, si trasforma e questo è dovuto probabilmente alla sua forma e alla sua funzione che è quella di *foggiare* il contenuto.

Un altro esponente teoretico delle relazioni oggettuali è Kernberg (1967) che ha attribuito all’oggetto un significato che provvede alla comprensione delle relazioni umane. In particolare Kernberg (1987) si è concentrato sulle rappresentazioni delle relazioni umane all’interno del fenomeno clinico: in sostanza quello che è chiamato disturbo borderline di personalità. Secondo Kernberg (1987), l’identificazione proiettiva è un meccanismo di difesa primitivo, osservato in gravi disturbi psicotici, in cui il paziente ha bisogno di proiettare gli oggetti cattivi (rappresentazione dell’oggetto) e la rappresentazione del Se. Nondimeno Kernberg non nega il riconoscimento dell’identificazione proiettiva come quella difesa che è innalzata da processi inter – dipendenti: proiezione cioè di aspetti intolleranti dall’esperienza intrapsichica all’interno dell’oggetto, assorbendo così empatia verso le parti proiettate e tentando praticamente di controllare l’oggetto come parte del Se che deriva verosimilmente da esperienze intra – psichiche intollerabili. In questo senso, il processo di identificazione proiettiva indica sicuramente che il soggetto ha la capacità di distinguere tra il Se e il non – Se, tra realtà intra – psichica e realtà esterna.

La posizione che accomuna Kernberg alla Klein è che l’identificazione proiettiva è un meccanismo di difesa più primitivo rispetto alla proiezione: tuttavia Kernberg chiarisce che la causa non è riconducibile alla motivazione dell’identificazione proiettiva nel setting dominante (come sostenuto da Klein), ma che l’infante non è evidentemente ancora separato dalla madre e quindi non può avvenire la proiezione. L’empatia intesa in questo senso non è totalmente sana:

in altre parole non provvede verosimilmente alla reciproca comprensione delle relazioni umane, ma è intesa come il risultato di una mancata separazione della madre ed è proprio qui che acquista un significato negativo. Nel periodo in cui l'infante non si differenzia dalla madre, interiorizza qualunque cosa appartiene al mondo interno della madre: questo è per Kernberg la base dell'identificazione proiettiva. Dall'altro lato però in questo periodo l'infante interiorizza tutto il sistema psicologico della madre ed è così esposto a tutti gli affetti distruttivi del mondo interno della madre.

Indipendentemente dalla natura dell'identificazione proiettiva, sia positiva o negativa, essa è in ogni modo un meccanismo che aliena nelle relazioni di ognuno di noi.

Processi di Interiorizzazione ed Esteriorizzazione

La modalità di interazione tra mondo interno e mondo esterno deriva da percorsi con cui le esperienze esterne sono rappresentate internamente. I processi di interiorizzazione ed esteriorizzazione sono, infatti, i percorsi con cui le esperienze, interne ed esterne, influenzano reciprocamente lo sviluppo psichico. Nel momento in cui le esperienze fenomenologiche diventano uno spazio all'interno dell'oggetto, esse rappresentano il nucleo della teoria delle relazioni oggettuali: quindi l'anello tra il mondo interno e quello esterno (Figura 3). Il processo di interiorizzazione avviene verosimilmente attraverso 3 meccanismi fondamentali: incorporazione, introiezione e identificazione. Ad ognuno di questi meccanismi corrisponde un differente livello del Se e dell'oggetto. Nello specifico il meccanismo dell'incorporazione avviene in uno stato primario dello sviluppo ovvero quando c'è confusione su che cosa è il Se e che cosa è l'Altro. Le fantasie infantili, che normalmente si accompagnano a questo meccanismo, sono a contenuto orale ed implicano pertanto una distruzione dell'oggetto. Più tardi l'incorporazione provvede a dare vita alla interiorizzazione che favorisce la differenziazione tra il Se e l'oggetto. In particolare gli aspetti dell'oggetto, richiesti da questo secondo meccanismo, sono estratti dalla rappresentazione verso il *prodotto reale*: rafforzando così la rappresentazione del Se,

dell'oggetto ed i limiti che gli appartengono. Infine, attraverso l'identificazione, gli aspetti dell'Altro sono presi in considerazione in maniera selettiva: gli aspetti dell'Altro si integrano sempre più con la parte del Se dando origine al concetto di identità.

Dopo l'attivazione di questi tre meccanismi, l'integrità del mondo interno rappresentativo e dei suoi contenuti, arriva in sostanza all'essere umano grazie alla ridondanza dell'esperienza interiorizzata, esteriorizzata e ri-interiorizzata.



Figura 3

Dalla posizione Schizo – Paranoidea a quella Depressiva

Secondo la Klein, l'origine dei comportamenti umani ruota intorno alla relazione con la madre, le cui fondamenta si costruiscono entro il 1° anno di vita, governando l'infante verso il principio di vita.

Melanie Klein costituisce la teoria delle relazioni oggettuali sui meccanismi di difesa primitivi dell'infanzia usati per superare conflitti interni, impulsi aggressivi e ansie da frustrazioni. Proprio in questo concetto Klein spiega che gli infanti passano rispettivamente da una posizione “*schizo – paranoidea*” ad una “*posizione depressiva*”. Nello specifico il termine “*posizione*” va inteso come “uno stato di

organizzazione dell'Io che ha in esso ansie, meccanismi di difesa e relazioni oggettuali interne" (Alford 1989).

Il principio di base di queste due posizioni è rappresentato dall'impulso aggressivo. La prima parte dell'oggetto per l'infante è raffigurata dal seno materno che colma una larga parte dell'ambiente con cui egli reagisce e che forma le immagini rappresentative che riempiono il mondo fantastico per l'aggressività e per gli impulsi di cui esso è provvisto. Pertanto l'infante, nella posizione schizo – paraoidea, tenta la purificazione da tali contenuti oggettuali specchiando l'aggressività e gli aspetti cattivi sulla madre attraverso il suo seno: in questo senso la madre è totalmente "cattiva". Solo più tardi l'infante interiorizzerà le sue parti aggressive e impulsive, precedentemente trasferite alla madre (Winnicott, 1963, 1957).

L'Io immaturo dell'infante subisce l'influenza della esperienza con il seno materno come una relazione a due oggetti: uno seno "buono" ed uno "cattivo". Il seno "buono" allatta l'infante, si prende cura di esso, lo ama, ma nella realtà fantastica, ruota intorno ad un oggetto persecutorio. La gratificazione che l'infante trae dal seno "buono" va dall'adempimento dei bisogni (amore, cura, calore), alla protezione dalla persecuzione terrificante del seno "cattivo".

Al contrario il seno "cattivo" non solo fallisce nel provvedere alla gratificazione, ma lo minaccia evidentemente di distruzione. In questa fase di sviluppo, che Melanie Klein chiama posizione "schizo – paranoidea", l'infante vuole mantenere l'identità con l'oggetto ideale come una cosa che genera vita, amore, protezione e custodia, lontano dal "cattivo" oggetto e da parte di esso che contengono l'istinto di morte (distruittivo). Questo si collega più tardi alla fase anale, attraverso la quale l'infante scarica la sua parte cattiva (le feci), alla madre liberandosene definitivamente. In questo momento lavora il più primitivo dei meccanismi: la proiezione. Il bambino proietta gli aspetti aggressivi (che di se non accetta) alla madre; ed è proprio qui che il seno è percepito come un'estensione della madre che, pertanto, è considerata come fornita di un seno unico.

Nel momento in cui l'infante integra la suzione del seno, all'empatia con esso, scarica l'ansia legata alle parti di se non accettate alla madre-seno che è lo strumento che provvede alla riduzione dell'ansia stessa. Tuttavia l'infante ha il bisogno di separare l'amore dall'odio ed

è a questo punto che Melanie Klein dichiara che il meccanismo di base richiesto è lo “*splitting*”. In altre parole l’infante mantiene le immagini di “buona madre” e “cattiva madre” e di “buon Se” e “cattivo Se” separatamente. Il motivo che sta alla base di questo meccanismo dello *splitting*, che l’infante svilupperà nel periodo pre-*edipico*, è proteggere se stesso da aspetti “cattivi” dell’Io e dell’oggetto. Lo *splitting* è legato alla nascita dell’idealizzazione dell’oggetto del bambino che soddisfa i bisogni e il desiderio di essere protetto dall’oggetto persecutorio e frustrato. Nell’identificazione proiettiva, secondo l’Autrice, l’infante prima proietta una parte dell’oggetto alla madre e solo successivamente si identifica con esso. Per l’infante, l’obiettivo di base è quello di governare e controllare l’oggetto (madre) piuttosto che fuggire dagli aspetti cattivi e pericolosi presenti in lei.

L’identificazione proiettiva, da questo punto di vista, è un meccanismo più primitivo rispetto a quello della “proiezione”; durante la “proiezione” il contenuto negativo del mondo interno viene trasferito su qualcun altro. Tuttavia nell’identificazione proiettiva vi è lo scopo di controllare, i comportamenti dell’altra persona (Klein 1952). Lo sviluppo verso la posizione depressiva, quando l’oggetto inizia ad essere vissuto come unica esperienza, faciliterà lo sviluppo dell’idealizzazione matura. Infatti, in accordo con Melanie Klein (1949) l’infante apprende che la gratificazione (cibo, calore e amore) e la frustrazione derivano dallo stesso seno e dalla stessa madre. L’infante riconosce la madre come unico oggetto e apprende che sia l’esperienza buona (cibo e cura) che quella cattiva (deprivazione di cibo), derivano da una singola ed unica persona – *la madre*-. A questo punto, il bambino inizia a temere che ci sono cose distruttive che potrebbero rovinare l’oggetto buono, ad esempio la madre che lo ama e da cui dipende completamente.

Ovviamente nella fase depressiva l’infante potrebbe custodire l’amore come un oggetto buono, quando esso invece è odiato. Dolore e desiderio sono caratteristiche depressive che derivano da un’esperienza di sentimenti che l’oggetto buono era stato distrutto dall’infante. In tal senso egli è esposto ad una disperazione depressiva sin da quando ricorda che amava e riceveva amore dalla madre, ma sente che l’aveva divorata e che praticamente era stato divorato:

questo è il motivo per cui essa non è più disponibile a lungo. L'infante paradossalmente ha un sentimento di completa distruzione e vive l'esperienza che esso è un mondo interno fratturato, in parte dovuto all'identificazione con l'oggetto. E' proprio qui che l'infante è sottoposto ad un acuto sentimento di colpa, perdita, desiderio e debolezza. Questa esperienza ovviamente mobilita il desiderio dell'infante di riparare l'oggetto distrutto ed annullare gli effetti dell'aggressività da quelli di cura e amore. Gli impulsi riparatori in concreto portano ad una graduale soluzione dell'ansia depressiva (paura di perdere l'oggetto) e non ultima ad una ri – conquista dell'oggetto buono sia nel mondo interno che in quello esterno che, a turno, provvederanno a sostituire l'idealizzazione primitiva con quella matura. Pertanto, quando l'infante inizia a vedere la differenza tra il mondo esterno e quello interno diventa concreto, e l'investimento emozionale al legame con la realtà. Si scopre gradatamente il limite dell'amore, ma anche quello dell'odio e percorsi più concreti di influenza sul mondo esterno. Evidentemente la nuova capacità dell'infante di pensare al suo oggetto lo aiuta ad apprendere e a controllare gradatamente i suoi impulsi. Durante il normale sviluppo, il processo dello splitting si riduce con l'aumentata integrazione dell'Io. L'aumentata capacità dell'infante di comprendere la realtà esterna, e la sua ampiezza, unisce, in sostanza, gli impulsi aggressivi mirati alla sintesi di aspetti buoni e cattivi dell'oggetto. Paradossalmente la posizione depressiva è un passo cruciale dello sviluppo dell'infante e deriva dal cambiamento di comprensione della realtà; infatti, quando l'Io diventa più integrato, il processo di proiezione si riduce e l'infante inizia a percepire la sua indipendenza sull'oggetto esterno.

Identificazione Proiettiva nella Relazione Umana

Uno dei pionieri della teoria delle relazioni oggettuali è stata Melanie Klein (1946) che ha considerato l'identificazione proiettiva secondo tre distinti significati. Il primo riguarda l'identificazione proiettiva come meccanismo di difesa osservabile in diverse psicopatologie (ad esempio: disturbo borderline di personalità); il secondo significato

definisce l'identificazione proiettiva come quel meccanismo che si verifica nella relazione transfert / contro-trasfert tra terapeuta e paziente durante il processo psicoanalitico. Infine il terzo chiarisce che l'identificazione proiettiva può essere qualunque cosa che, nella relazione umana, una persona può stabilire con l'Altro (gruppi, associazioni) (Demirergi et al. 1993).

Tuttavia in sostanza, esistono diversità qualitative dell'identificazione proiettiva: forme benigne e maligne che sono alla base di quadri psicopatologici.

Il materiale che è scaricato durante il processo d'identificazione proiettiva, potrebbe evidentemente contenere aspetti positivi e negativi del Se. Paradossalmente nella forma maligna non c'è soltanto la forza della proiezione, ma una distinzione della capacità dell'Io di valutare la realtà che è indebolita da una piccola parte dell'Io proiettata. Sicuramente, in senso clinico, i processi di proiezione maligna del Se sono presenti sia in pazienti nevrotici, che in pazienti psicotici. Evidentemente le persone che sono esposte a particolari situazioni che producono ansia, usano maggiormente, l'identificazione proiettiva maligna trasferendo i loro aspetti più negativi all'Altro. Nondimeno il Se, diventato ovviamente povero, scarso e bisognoso, ha un esame di realtà frammentato e l'"Altro" è percepito come colui che contiene le caratteristiche non accettate dal Se rispetto a quelle percepite come proprie: le relazioni sono estremamente narcisistiche (Main 1975).

In questo senso, l'arbitro che riconosce l'identificazione benigna o maligna è rappresentato dall'integrità dell'esame di realtà. L'identificazione proiettiva benigna è intesa, ovviamente, come l'essere consapevole degli aspetti negativi e, non ultimi, dagli aspetti positivi dell'"Altro". Ciò nonostante, se queste proiezioni provenienti dal Se e dalla percezione di aspetti positivi e negativi sono visti come unici, permetterebbero la trasformazione da una forma maligna ad una benigna. Se l'"Altro" è considerato un individuo positivo, questo significa che gli aspetti positivi dell'Io sono proiettati ad esso; se l'"Altro" è considerato un individuo negativo, questa è una proiezione maligna: praticamente la persona proietta i suoi aspetti negativi all'"Altro" e ovviamente diminuisce il suo valore. Entrambi sono esempi di forme patologiche dell'identificazione proiettiva, poiché è stato considerato solo un aspetto dell'"Altro" e si riduce l'esame di

realtà. Ovviamente se una persona non può comprendere gli aspetti positivi e negativi dell'”Altro” è stata usata un'identificazione proiettiva maligna e quindi patologica.

Concludendo se la forma benigna e maligna, durante l'identificazione proiettiva, è il meccanismo di base che lavora nel mondo interno, esso è evidentemente un sistema che aliena dall'origine primaria (relazione madre-figlio) e quindi tutti i tipi di identificazione proiettiva possono essere osservati in tutti gli esseri umani.

MODELLI PATOLOGICI DI RELAZIONI OGGETTUALI

*Comincia, piccolo fanciullo,
a riconoscere dal sorriso tua madre,
comincia piccolo fanciullo;
a chi i genitori non sorrisero,
nessun dio lo degnerà della mensa,
nessuna dea del suo letto.*

(Virgilio: Ecloga IV, vv 60-63)

“ Lo sviluppo delle relazioni oggettuali è un processo mediante il quale la dipendenza infantile dall’oggetto cede a poco a poco il passo ad un dipendenza matura dall’oggetto ”

W.R.D. Fairbairn

ASPETTI GENERALI

Gli studi nel campo dello sviluppo del bambino nei primi anni di vita sono concordi nel rilevare una predisposizione all'interazione sociale e a creare e mantenere relazioni emotive stabili e durature, sulla base delle quali si organizza l'esperienza psicologica e l'adattamento alla realtà esterna.

Il neonato comincia man mano a percepire e sperimentare la presenza delle persone che lo circondano e successivamente a rappresentarsi ed interiorizzare gli "oggetti", stabilendo "relazioni con l'oggetto".

Kernberg e i teorici delle relazioni oggettuali, in generale, sostengono che la struttura psichica sia costituita dalle "relazioni oggettuali interiorizzate", rappresentazioni di una immagine del Sé in relazione a una immagine dell'oggetto (cioè dell'altro), legate l'una con l'altra da un determinato affetto, cioè da uno stato emotivo che fa da substrato e le consolida. Esse rappresenterebbero, quindi, la interiorizzazione delle relazioni avute fin dai primi anni di vita con le figure genitoriali, una sorta di specchio interno di questi rapporti, interconnesse con l'assetto biologico e motivazionale innato.

Nell'ambito delle relazioni oggettuali riveste particolare importanza l'esperienza di oggetto-sé che, come teorizzato da Kohut, è un'esperienza soggettiva di un oggetto che presta alcune funzioni necessarie per la stabilità del Sé. Pertanto la denominazione di oggetto-Sé non si riferisce alle persone, ma alle funzioni (funzione d'oggetto-Sé).

L'oggetto-sé viene sperimentato come in grado di offrire funzioni, all'interno di una relazione che influisce positivamente sulla percezione di sé. Le sue funzioni più importanti sono: la capacità di entrare in empatia con gli stati affettivi dell'altro; di contenimento affettivo; di validazione dell'esperienza soggettiva; sostegno e organizzazione di una percezione indebolita di sé; di riconoscimento dell'unicità e della creatività della persona.

Se un bambino sperimenta relazioni d'oggetto-sé "sufficientemente buone" lo sviluppo della personalità avverrà in maniera armonica. Se il mondo degli oggetti-sé è vissuto come inaffidabile o indisponibile,

il Sé del bambino può essere indisponibile o frammentato e condurre a delle forme patologiche del sé. Quindi, per lo sviluppo del Sé hanno un ruolo rilevante le interazioni con le figure di accudimento.

LA DIADE MADRE-BAMBINO



Maternità (Gaspare Traversi)

La relazione con la figura materna, o con il caregiver, è la più precoce in assoluto, e sull'esperienza di essa il bambino costruirà le successive relazioni interpersonali. E' un legame il quale richiede, per potersi sviluppare adeguatamente, un ambiente di holding e di corrispondenza empatica, ossia quello stato mentale di sollecitudine che si traduce in una risposta sempre coerente ed efficace nei confronti delle richieste del bambino.

Questa interazione, nell'ambito di un "sistema primario autonomo di attaccamento", esercita un'influenza cruciale sulla successiva organizzazione della personalità, la struttura delle difese e sulle rappresentazioni riguardo alle aspettative nei confronti delle relazioni con gli altri.

Il legame affettivo che connota la relazione del bambino con il caregiver dà vita, infatti, nel primo, ad una serie di rappresentazioni

interne relative alla relazione stessa e in particolare al grado di disponibilità delle figure di riferimento, alla possibilità di ottenere un adeguato supporto emotivo soprattutto nei momenti di maggiore bisogno e alla tipologia della relazione.

Si costituiscono nel bambino particolari strutture della memoria, i “Modelli Operativi Interni”, un sistema rappresentazionale di se stessi e delle prime relazioni oggettuali, o meglio l'esperienza soggettiva durante le prime esperienze di attaccamento e dell'ambiente affettivo rappresentato da queste. E' grazie all'azione dei MOI che il comportamento di attaccamento si organizza nei vari pattern oppure risulta disorganizzato. Questi modelli poi, nell'età adulta, si arricchiranno di processi di ricostruzione di memorie e di esperienze affettive vissute con le figure primarie e che influiranno sulla formazione delle relazioni significative.

Lo sviluppo psichico del bambino dipende molto da una capacità della madre, definita da Bion “rêverie”, processo attraverso cui nella mente della madre viene dato un significato all'esperienza del bambino, rendendo di conseguenza possibile per questi l'inizio dello sviluppo della capacità riflessiva sugli stati mentali.

Il fallimento della relazione diadica comporta una situazione di rischio per lo sviluppo di alterazioni psicopatologiche permanenti nell'età adulta, oltre che una anomalia dello sviluppo psicomotorio, cognitivo, affettivo e relazionale del bambino o l'instaurarsi di disturbi psicosomatici.

Secondo Bowlby, così come aver sperimentato figure di accudimento sensibili e disponibili favorisce la maturazione di un atteggiamento globalmente fiducioso nei riguardi delle relazioni umane e di un sentimento di sé positivo; al contrario, aver avuto figure di accudimento inadeguate genera scarsa fiducia in sé e negli altri e aspettative negative riguardo alle relazioni intime.

Se il bambino sviluppa, quindi, una dipendenza sicura dalle figure di accudimento, possiede le basi per un elevato grado di fiducia in se stesso che gli consentirà la conquista dell'autonomia da queste stesse figure e la capacità di ricreare questa forma di dipendenza sicura in tutte le altre relazioni interpersonali.

La condizione più frequente che può alterare lo stato di ricettività materna rispetto al bambino è costituita dagli stati depressivi post

partum, a volte complicati anche da quadri psicotici, correlati al riattivarsi di conflitti psicologici relativi al rapporto con la propria madre, con il proprio padre, con il padre del bambino, sentimenti di rifiuto rispetto al proprio corpo, alla propria sessualità e femminilità.

Possono contribuire ad una distorsione della relazione diversi altri fattori quali gravidanza in adolescenza, separazione o conflittualità tra i genitori, tossicodipendenza o psicopatologie della madre, ritardo mentale, life events acuti, fattori sociali stressanti, anomalie dell'ambiente, scarsa istruzione. Si presume che questi fattori possano compromettere il legame di attaccamento tra il bambino e il genitore.

I disturbi delle relazioni oggettuali vengono discussi nell'etiopatogenesi di diverse condizioni psicopatologiche, pertanto i quadri clinici da noi presi in esame illustrano solo un aspetto per nulla esaustivo dell'argomento.

DISTURBO DELL'ATTACCAMENTO

L'attaccamento si sviluppa durante il primo anno di vita. E' quel legame particolare, che riconosce fondamenti biologici, tra il bambino e la figura di accudimento, volto a mantenerne la vicinanza assicurando la protezione e la sopravvivenza del bambino.

Bowlby individua quattro fasi nella genesi dell'attaccamento. Nella prima fase (0-2 mesi), definita anche di preattaccamento, il bambino mette in atto - all'avvicinarsi di qualsiasi essere umano- una serie di comportamenti sia di orientamento (volgere la il capo nella direzione del nuovo arrivato, seguirlo con lo sguardo) che di segnalazione (il pianto, il sorriso, la lallazione, eccetera). In questo periodo la discriminazione tra una persona e l'altra è assente o comunque assai limitata, accade così che il bambino possa smettere di piangere non appena ode la voce o vede il viso di una persona qualsiasi.

In una seconda fase, dai 2 ai 7 mesi circa, il bambino comincia a distinguere coloro che si prendono cura di lui da tutti gli altri, manifesta così reazioni diverse nei confronti delle figure preferenziali. Nella terza fase, tra i 7 mesi e i 2 anni, compaiono diffidenza e timore

verso persone non familiari. Compaiono in questa fase anche i comportamenti di avvicinamento e di mantenimento del contatto (a esempio, l'aggrapparsi; oppure dapprima il gattonare dietro la madre e quindi successivamente il seguirla quando si allontana). Sempre nel corso di questa fase i diversi comportamenti si organizzano in maniera finalizzata per mantenere una certa vicinanza alla madre.

L'ultima fase, infine, dopo i 2 anni, è caratterizzata dallo sviluppo di una relazione, questa volta di tipo reciproco. E' in questa fase infatti che, secondo Bowlby, il bambino comincia a intuire i sentimenti e le motivazioni della madre, i suoi obiettivi e i piani che mette in atto per raggiungerli. In questo modo egli può anche cercare di influenzarne i comportamenti: si creano così le premesse per una complessa relazione reciproca.

.Le procedure di valutazione dei modelli di attaccamento nel bambino fanno riferimento ad un metodo di osservazione standardizzato, la Strange Situation, elaborato da Mary Ainsworth e coll., per valutare le modalità di attivazione dei pattern di attaccamento (richiesta di vicinanza e protezione). La Strange Situation è composta da sette episodi della durata di circa venti minuti che comportano l'esposizione del bambino ad un livello di stress moderato causato dalla separazione e riunione con la figura materna in un ambiente non familiare. Viene analizzato il modo in cui il bambino reagisce alla separazione dalla madre, i comportamenti di esplorazione che mette in atto, il comportamento in presenza di un estraneo, la reazione al ricongiungimento con la madre.

Secondo la Ainsworth, le reazioni dei bambini a questa situazione possono essere classificate in tre categorie di attaccamento: il sicuro (B), l'insicuro-evitante (A), l'insicuro-ambivalente (C).

In particolare, il bambino classificato come sicuro alla Strange Situation, gioca serenamente quando la madre è vicina, non ha bisogno di controllarne continuamente la presenza, la utilizza come base sicura per esplorare l'ambiente e mostra interesse per la presenza di persone estranee.

Il bambino evitante, al contrario, non sembra giovare della vicinanza della madre né risentire della sua lontananza; tende a ignorarla quando vengono riuniti dopo la separazione dedicandosi di più al gioco e all'esplorazione.

Infine, il bambino ambivalente mostra di avere molte difficoltà in una situazione estranea, cerca il contatto con la madre e non esplora l'ambiente; la separazione appare turbarlo molto e alla riunione con la madre manifesta un misto di ricerca di contatto e di riluttanza allo stesso.

Successivamente è stato individuato un quarto pattern, definito disorganizzato/disorientato (D), che fa riferimento a quei bambini i cui comportamenti non appaiono organizzati all'interno di una strategia coerente. Sono caratteristici di questo pattern, a esempio, comportamenti contraddittori, movimenti incompleti o interrotti, posture immobili o espressioni di paura.

Le differenze nei pattern di attaccamento sarebbero riconducibili alla qualità delle cure materne, in quanto il bambino organizza il proprio comportamento in correlazione al tipo di risposta ricevuta dalla madre e in base alle aspettative nei suoi confronti .

Le madri dei bambini con attaccamento sicuro sono ritenute sensibili, accoglienti e disponibili emotivamente, pronte a recepire i segnali comunicati dal bambino. Le madri dei bambini classificati come insicuri-evitanti sarebbero intrusive, controllanti, iperattive, e rifiuterebbero il contatto fisico; quelle dei bambini ambivalenti vengono considerate incostanti e imprevedibili nelle cure e scarsamente empatiche.

Le disfunzioni dell'attaccamento si collocano attraverso un continuum che procede da un attaccamento sicuro, corrispondente ad un grado di maggiore adattamento, attraverso un attaccamento insicuro (evitante o resistente), disorganizzato, una distorsione della base sicura, fino ad un disturbo dell'attaccamento, corrispondente ad una compromissione vera e propria dell'adattamento.

Le strategie di attaccamento adottate nell'infanzia tendono a rimanere stabili nell'età adulta. Si possono far corrispondere ai seguenti modelli nell'adulto:

- individui sicuri/autonomi che attribuiscono valore alle relazioni di attaccamento;
- individui insicuri/distanzianti che svalutano o idealizzano le relazioni;
- individui insicuri/preoccupati confusi e disorientati dalle relazioni presenti e passate;

- individui non risolti/disorganizzati che hanno sofferto abbandoni o traumi.

Per ciò che riguarda la descrizione clinica il DSM – IV TR fa riferimento al Disturbo reattivo dell’attaccamento indicando i seguenti criteri diagnostici:

- A) una modalità di relazione sociale notevolmente disturbata e inadeguata rispetto al livello di sviluppo in quasi tutti i contesti, con inizio prima dei 5 anni, come evidenziato da una delle seguenti caratteristiche:
- 1) persistente incapacità di dare inizio alla maggior parte delle interazioni sociali o di rispondere a esse in maniera adeguata al livello di sviluppo, come manifestato da risposte eccessivamente inibite, ipervigili, o altamente ambivalenti e contraddittorie (ad es. il bambino può rispondere a coloro che se ne prendono cura con un misto di avvicinamento, evitamento, resistenza alle tenerezze o attenzione fredda)
 - 2) legami diffusi come manifestato da socievolezza indiscriminata con notevole incapacità di mostrare attaccamenti adeguatamente selettivi (ad es. eccessiva familiarità con parenti lontani o mancanza di selettività nella scelta dei personaggi di attaccamento)
- B) il comportamento relazionale disturbato non è motivato esclusivamente da ritardi dello sviluppo e non soddisfa i criteri per un disturbo generalizzato dello sviluppo
- C) è presente un accudimento patogeno come evidenziato da almeno uno dei seguenti aspetti:
- 1) persistente trascuratezza verso i bisogni emotivi fondamentali del bambino, di benessere, stimolazione e affetto
 - 2) persistente trascuratezza verso i bisogni fisici fondamentali del bambino
 - 3) ripetuti cambiamenti della figura che si prende cura del bambino che impediscono la formazione di legami stabili
- D) si può supporre che l’accudimento patogeno sia responsabile del comportamento disturbato.

Il disturbo viene suddiviso in due sottotipi: inibito, caratterizzato da risposte inibite, ambivalenti o ipervigili verso uno o più adulti, e disinibito, caratterizzato da un'eccessiva e indiscriminata socievolezza e da incapacità a sviluppare un attaccamento selettivo. Se non adeguatamente trattato, la prolungata deprivazione affettiva può comportare l'instaurarsi di alterazioni comportamentali persistenti anche in età adulta, disturbi dell'accrescimento, ritardo dello sviluppo cognitivo, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi del comportamento alimentare.

DISTURBO DI PERSONALITA' NARCISISTICO



Il mito di Narciso (Caravaggio)

Narciso era un giovane di Tespi, di cui si innamorò la ninfa Eco, privata della parola dalla moglie di Zeus, Era. Eco poteva unicamente ripetere le ultime sillabe delle parole che ascoltava da altri. Eco fu respinta da Narciso e morì di crepacuore. Gli dei punirono Narciso per la sua durezza verso Eco, facendolo innamorare della propria immagine. L'oracolo Tiresia, aveva predetto la fine di Narciso con la visione della propria immagine. Sarebbe morto alla prima vista di sé. Quando Narciso, si chinò sopra le limpide acque di una fonte, vide la sua immagine riflessa nell'acqua. Si innamorò perdutamente di quella immagine e non volle più abbandonare quel luogo. Morì di languore e si trasformò in un fiore, il narciso, destinato per sempre a stare ai bordi delle fonti.

Riportiamo una interessante chiave di lettura del mito secondo Lowen: “Chi è Eco? Potrebbe essere la nostra stessa voce che riviene a noi. Così, se Narciso avesse potuto dire “ti amo”, la ninfa lo avrebbe ripetuto e il giovane si sarebbe sentito appagato, amato. L’incapacità di dire queste parole identifica il narcisista. Avendo ritratto la libido dal mondo esterno, i narcisisti sono condannati ad innamorarsi della loro immagine dirigendo quindi la libido verso il proprio io. [...] Un’altra interpretazione è probabile. La voce è espressione dell’essere interiore, del sé corporeo in opposizione all’apparenza superficiale. Nel termine persona è implicita la capacità di riconoscere un individuo dal suono della voce. Secondo questa interpretazione perciò, Narciso respingendo Eco ha respinto la propria stessa voce, il suo essere interiore in favore dell’apparenza, manovra tipica dei narcisisti. [...] E’ significativo che Narciso s’innamori del suo riflesso soltanto dopo aver respinto l’amore di Eco. L’innamorarsi della propria immagine in questa vicenda rappresenta una forma di punizione per l’incapacità di amare”.

Nell’affrontare questa tematica occorre innanzitutto differenziare tra un narcisismo sano, come tratto di personalità del soggetto adulto normale e fondamento strutturante del senso di identità, e la condizione patologica che connota il disturbo di personalità. Il

concetto di disturbo di personalità narcisistico si è sviluppato solo negli anni Ottanta grazie ai contributi teorici di Kohut e Kernberg.

Secondo il DSM IV, il Disturbo Narcisistico di personalità va inserito nel raggruppamento (*cluster B*), che comprende anche i disturbi Antisociale, Borderline, Istrionico.

I criteri diagnostici sono:

una modalità pervasiva di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che compare all'inizio dell'età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque o più dei seguenti punti:

- 1) un senso grandioso dell'importanza di se stesso (ad es. esagera risultati e talenti, si aspetta di essere riconosciuto superiore senza un'adeguata motivazione)
- 2) è assorbito da fantasie di successo, potere, fascino, bellezza o amore ideale illimitati
- 3) crede di essere speciale e unico e di dover frequentare e poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classe elevata
- 4) richiede eccessiva ammirazione
- 5) ha la sensazione che tutto gli sia dovuto, cioè l'irragionevole aspettativa di un trattamento di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative
- 6) sfruttamento interpersonale, cioè approfitta degli altri per i propri scopi
- 7) manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri
- 8) è spesso invidioso degli altri o crede che gli altri lo invidino
- 9) mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi

Come teorizzato da Kernberg esso è correlato a modalità di relazioni oggettuali patologiche, risulta infatti compromessa la qualità delle relazioni, essenzialmente improntate ad una mancanza di empatia. Kernberg individua molteplici affinità con il disturbo Borderline, definisce il Sé grandioso, integrato anche se patologico e difensivo nei confronti dell'investimento oggettuale.

Kohut invece dà maggiore importanza al fallimento delle risposte empatiche da parte delle figure genitoriali, considerando il Sé come

bloccato nel corso del suo normale sviluppo. Il disturbo si svilupperebbe in soggetti in cui timori, insuccessi o dipendenza hanno trovato risposte di critica, rifiuto e abbandono durante gli anni dell'infanzia.

L'individuo con disturbo narcisistico di personalità tratta gli altri come oggetti da usare, incurante dei loro sentimenti, spesso interrompe una relazione dopo un breve periodo di tempo, quando l'altro incomincia a manifestare i propri bisogni, tali relazioni risultano quindi disfunzionali in termini di capacità di mantenere il proprio sentimento di autostima.

Nella tipologia del narcisista rientra anche il soggetto schivo, inibito, che evita di stare al centro dell'attenzione anzi dirige l'attenzione verso gli altri e non su di sé a causa della sua estrema sensibilità al rifiuto, poichè tende facilmente a sentirsi ferito. E' questo il quadro del narcisista ipervigile, mentre all'altro estremo sta il narcisista inconsapevole, arrogante e aggressivo, concentrato su se stesso, richiede sempre di essere al centro dell'attenzione, non ha consapevolezza delle reazioni degli altri.

DISTURBO DI PERSONALITA' BORDERLINE

“Borderline” è un termine di origine inglese traducibile letteralmente con i sostantivi “confine” e “limite”. E' stato utilizzato per descrivere una tipologia di pazienti con modalità di funzionamento che si colloca lungo un continuum dal versante psicotico a quello nevrotico, ma non classificabile completamente in nessuno dei due.

Un'analisi condotta da Grinker et al. (1968) ha consentito di delineare i seguenti sottogruppi:

1) versante psicotico

- a. comportamento inappropriato non adattivo
- b. problemi con l'esame di realtà e il senso di identità
- c. comportamento negativo e rabbia apertamente espressa

2) nucleo della sindrome borderline

- a. affettività negativa e pervasiva
- b. volubile coinvolgimento con gli altri
- c. rabbia agita
- d. inconsistente identità del Sé

3) gruppo "come-se"

- a. tendenza ad imitare l'identità degli altri
- b. anaffettività
- c. comportamento più adattivo
- d. relazioni carenti in spontaneità e genuinità

4) versante nevrotico

- a. depressione analitica
- b. ansia
- c. aspetti nevrotici e narcisistici

Lo stesso autore ha anche individuato alcune caratteristiche comuni, presenti indipendentemente dal sottogruppo: pensiero quasi-psicotico, auto-mutilazione, tentativi di suicidio a fini manipolatori, preoccupazione di essere abbandonati, inghiottiti (engulfment) e annientati (annihilation), regressioni della terapia, difficoltà di controtransfert.

Successivamente, Kernberg, analizzando il quadro dal punto di vista psicodinamico, con il termine di "organizzazione borderline di personalità", individuando quattro caratteristici modelli di funzionamento:

- 1) manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io (mancanza di tolleranza dell'angoscia, mancanza di controllo degli impulsi, mancanza di canali sublimatori evoluti).
- 2) spostamento verso il tipo di pensiero del processo primario (questa regressione si manifesta per assenza di struttura o sotto la pressione di affetti intensi, pur conservando sempre la capacità di valutazione della realtà).
- 3) meccanismi di difesa specifici al livello di organizzazione della personalità "limite". In particolare la scissione, l'idealizzazione

primitiva, l'identificazione proiettiva, la negazione, l'onnipotenza e la svalutazione.

4) patologia delle relazioni oggettuali interiorizzate (dispersione dell'identità, non integrazione del Sé, pensiero dicotomico).

Il DSM IV – TR colloca la patologia borderline sull'asse II, all'interno del "cluster B" dei disturbi di personalità. Questi i criteri diagnostici: una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicato da uno o più dei seguenti elementi:

1) sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono. Nota Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel criterio 5.

2) un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.

3) alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili.

4) impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate). Nota Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel criterio 5.

5) ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante.

6) instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni.

7) sentimenti cronici di vuoto.

8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).

9) ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

L'eziologia è riconducibile ad esperienze traumatiche nell'ambito della relazione di attaccamento. Kernberg ha sottolineato la gestione inadeguata del bambino nella fase di separazione-individuazione

quando egli teme che l'allontanamento dalla madre ne possa provocare la scomparsa. La causa può essere ricondotta ad un eccesso di aggressività del bambino o ad incapacità della funzione genitoriale o entrambi. Il paziente borderline ha paura di essere abbandonato da figure significative, egli infatti non tollera la solitudine e l'abbandono evoca intense reazioni di angoscia. Tipica è la mancanza della costanza d'oggetto cioè della capacità di integrare gli aspetti buoni e quelli cattivi della madre e di se stessi, questa scissione dell'oggetto si traduce in una prevalenza di introietti negativi, i quali quando vengono proiettati possono generare ideazioni paranoidee mentre quando sono reintroiettati si traducono in pensieri o gesti autodistruttivi.

Adler suggerisce il modello del deficit o dell'insufficienza ossia una funzione materna insufficiente ostacolerebbe lo sviluppo di un oggetto interno contenente-confortante, spingendo così alla ricerca di funzioni di oggetto-Sé esterne, data la mancanza di introietti positivi e supportivi. L'autore individua nel borderline un deficit della memoria evocativa ossia della capacità di rievocare l'immagine interna della madre in sua assenza. Questa mancanza dell'oggetto interno evoca sentimenti di vuoto, sintomi depressivi, dipendenza adesiva e in caso di inadeguato supporto da parte delle figure significative, frammentazione del Sé, definita da Adler come "panico da annichilimento".

I vari modelli proposti per identificare il nucleo centrale del Disturbo Borderline di Personalità insistono su tre problemi fondamentali: la risposta emotiva abnorme ad eventi reali o immaginati di abbandono, separazione e solitudine; la difficoltà a modulare le reazioni emotive a causa di un deficit dei processi mentali superiori deputati a tale funzione; la rappresentazione molteplice, contraddittoria e non integrata che il paziente ha di sé e degli altri.

Ritornando all'etiopatogenesi del disturbo è doveroso ricordare anche altri possibili fattori causali, oltre al deficit della funzione materna, innanzitutto l'inadeguatezza di entrambe le funzioni genitoriali, comportamenti di trascuratezza e abbandono, fattori costituzionali quali una disfunzione cognitiva del bambino, abuso sessuale infantile, perdita o separazione precoce dalla figura di accudimento. Il borderline fa frequentemente uso di sostanze stupefacenti, ciò può

rivestire il significato di un “agito” che ha la finalità di controllare la disforia, così come il comportamento di automutilazione è un agito nei confronti del senso di depersonalizzazione.

Tipica della personalità borderline è un quadro di depressione caratterologica che si differenzia dal disturbo depressivo maggiore per alcuni sintomi peculiari quali il senso di vuoto e di solitudine, relazioni richiedenti e dipendenti, preoccupazioni per la perdita interpersonale, ripetuti gesti suicidari, rabbia conscia.

PSICODIAGNOSTICA DELLE RELAZIONI OGGETTUALI

Relazioni oggettuali e test proiettivi: contributi scientifici

Quando si cerca di rispondere alla domanda: *“In che modo quella persona esperisce se stessa e gli altri?”*, ci si interroga sulla qualità delle sue relazioni oggettuali. L’espressione “relazione oggettuale” si riferisce ai processi motivazionali, cognitivi e affettivi sottesi alla capacità di costruire e mantenere relazioni intime con altre persone (Western, 1998). L’assunto di base di questa affermazione sta nel fatto che le rappresentazioni di Sé e dell’oggetto influenzano e sono influenzate dalle esperienze attuali con altri significativi. Infatti, secondo Blatt (1974, pag. 123) *“esiste una interazione costante e reciproca tra le relazioni interpersonali passate e presenti e lo sviluppo delle relazioni oggettuali. Queste rappresentazioni in via di sviluppo forniscono una rappresentazione modificata per sperimentare nuovi aspetti più complicati delle relazioni interpersonali”*.

I contributi scientifici più importanti allo studio sistematico del costruito di rappresentazione oggettuale tramite tecniche proiettive è fornito da due gruppi “storici” di ricerca che utilizzano due approcci differenti: il gruppo di M. Mayman (Università del Michigan) e il gruppo di Blatt (Università di Yale).

I ricercatori del gruppo di Mayman hanno focalizzato la loro attenzione sulla dimensione del contenuto delle relazioni oggettuali, mediante l’utilizzo dei primi ricordi, dei racconti dei sogni manifesti, dei racconti autobiografici di una varietà di procedure proiettive, compreso il test di Rorschach, studiando le rappresentazioni oggettuali in rapporto ai livelli di psicopatologia, alla struttura del carattere e alla capacità di beneficiare della psicoterapia. Il fondamento del loro lavoro è costituito dalla psicologia dell’Io, inclusi i recenti contributi della Mahler e di Kernberg.

Mayman ha considerato le rappresentazioni come sagome o immagini del Sé e degli altri stabilmente interiorizzate, intorno alle quali si

struttura il mondo fenomenologico e all'interno delle quali vengono assimilate esperienze attuali degli altri. *Secondo Mayman le rappresentazioni oggettuali maggiormente accessibili di un individuo, rievocate ad esempio dal Rorschach, dicono molto del suo mondo oggettuale interno e della qualità delle relazioni con questi oggetti interni verso i quali esso è predisposto* (p. 17).

Mayman ipotizza che la struttura del carattere sia organizzata attorno a temi centrali, che riguardano le relazioni oggettuali, infatti l'autore ha identificato diverse dimensioni quali: la qualità psicosessuale delle immagini, il grado di umanizzazione delle relazioni, la misura in cui il conflitto e la rabbia pervadono la rappresentazione dell'altro, la vulnerabilità individuale di fronte alla separazione e alla perdita.

Scriva Mayman a proposito dei primi ricordi e delle risposte al Rorschach:

Quando si chiede ad una persona di trascorrere un'ora immergendosi in un campo di impressioni in cui predomina la mancanza di forme definite e dove possono apparire forme strane ed estranee, essa metterà in azione un processo riparativo, il cui scopo è la sostituzione della mancanza di forma con reminiscenze del mondo reale tangibile.

Questo soggetto si predispone a richiamare, ricattare, ricostruire il mondo che gli è noto, con le persone, gli animali e cose che rientrano più naturalmente nell'ambito delle più radicate aspettative attorno alle quali ha imparato a strutturare il suo mondo fenomenico. Le rappresentazioni oggettuali, più propriamente accessibili, che vengono richiamate all'individuo in simili condizioni destrutturate, ci dicono molto del suo modo oggettuale interno e sulla qualità delle sue relazioni con questi oggetti.

Il lavoro di Mayman assume un significato particolare, negli anni in cui si sviluppa, perché rappresenta una proposta di rilevamento e analisi dei dati dei test proiettivi.

I ricercatori del gruppo di Blatt invece, si sono occupati delle dimensioni strutturali delle rappresentazioni oggettuali. Partendo dai dati ricavati dai test proiettivi, Blatt e i suoi collaboratori hanno sviluppato metodi per valutare le rappresentazioni oggettuali e studiare il rapporto tra queste, lo sviluppo normale e i vari tipi di patologia (nello specifico schizofrenia e depressione). Blatt sostiene la necessità di pervenire ad una teoria che possa integrare lo studio dei

processi cognitivi, delle relazioni oggettuali e delle rappresentazioni del Sé e del mondo oggettuale, all'interno di un modello teorico che abbia effetti sia eziologici che terapeutici. L'interesse di Blatt è quello di stabilire dei criteri di valutazione delle relazioni oggettuali. Secondo Blatt la rilevazione della capacità di differenziare i confini fra Sé e non-Sé, fra interno ed esterno, implicherà disfunzioni cognitive e percettive, modificazioni dell'esame di realtà e renderà difficile la costanza percettiva. Attraverso i suoi studi Blatt metterà a punto un sistema di scoring per la valutazione dei livelli rappresentazione oggettuale.

I risultati ottenuti da ciascun gruppo di ricerca si sovrappongono e in larga misura si sostengono a vicenda. Ciascun gruppo ha contribuito allo sviluppo di una teoria clinica maggiormente fenomenologia, ricavata direttamente dai dati statistici. Usando svariati campioni clinici, entrambi i gruppi hanno studiato e descritto i deterioramenti delle rappresentazioni oggettuali in pazienti con diversi livelli di gravità.

Oggi, nel costrutto "relazione oggettuale" sono incluse dimensioni diverse, quali la struttura cognitiva delle rappresentazioni, la tonalità affettiva degli schemi di relazione, la capacità di investimento emotivo. Tenendo conto del ruolo delle emozioni, ricordiamo l'ipotesi della Bucci la quale sostiene che la storia sociale della persona sia interiorizzata come struttura intrapsichica e che fornisca la base per organizzare, integrare e dare significato alle successive esperienze. Questo modello trova la sua evidenza in un filone di promettenti lavori che saldano le scoperte delle neuroscienze con i recenti sviluppi delle teorie psicodinamiche. Per citare alcuni autori ricordiamo: Kandel (1998) Siegel (1999), Le Doux (2002), Solms e Turnbull (2002). L'autrice inoltre, nella *teoria del codice multiplo* ipotizza tre modalità fondamentali mediante le quali gli esseri umani elaborano le informazioni, comprese quelle emotive e formano le loro rappresentazioni interne:

elaborazione subsimbolica non verbale, evidenziabile nel riconoscimento delle emozioni attraverso l'espressione facciale altrui o in un brano musicale, o ancora riconoscere una voce familiare nella confusione di una festa

elaborazione simbolica non verbale, costituita da immagini mentali quali un volto, una musica, un'espressione, presenti nella coscienza, che non possono essere tradotti in parole

elaborazione simbolica verbale, modalità mediante cui l'individuo comunica i contenuti del proprio mondo interno agli altri.

I metodi proiettivi per la valutazione delle rappresentazioni oggettuali

L'assunto centrale di tutti i metodi proiettivi è che gli stimoli che provengono dall'ambiente sono percepiti e organizzati secondo bisogni specifici, motivazioni, sensazioni, schemi percettivi e strutture cognitive del soggetto e questo avviene in gran parte al di fuori della coscienza.

I metodi proiettivi richiedono quindi al soggetto di organizzare attivamente la propria risposta attraverso un lavoro di integrazione dell'attuale (lo stimolo) con il passato (la rappresentazione di uno script).

In tutti i reattivi proiettivi e narrativi, le tavole sono descritte in base a contenuti e criteri specifici indicati dall'ideatore del reattivo. Ad esempio, fra i dati normativi, oltre ad essere indicata la frequenza con la quale vengono fornite le risposte, è indicata anche la percentuale dei soggetti che individuano gli elementi percettivi che caratterizzano ciascuna tavola.

Quando, il clinico legge il racconto del soggetto, indipendentemente dal modello teorico al quale fa riferimento, non può prescindere dalla natura dello stimolo, ossia dalle caratteristiche della tavola: struttura (o proprietà percettive) e contenuto.

L'analisi psicodiagnostica attraverso i metodi proiettivi permette di valutare l'area inconscia del soggetto impiegando stimoli ambigui, poco o non strutturati, che lasciano al soggetto un ampio spazio di interpretazione riflettendo contenuti del suo funzionamento psicologico.

Prendendo in esame il metodo Rorschach, dal punto di vista clinico, sono stati individuati degli indicatori che consentono di valutare le variabili della personalità connesse alla rappresentazione oggettuale.

La dimensione che più di altre viene presa in considerazione è il contenuto. Pionieristico è lavoro di ricerca di Lerner (1980) sulla valutazione delle difese primitive. L'autore facendo riferimento alle formulazioni teoriche di Kernberg, sviluppò un manuale di siglatura per analizzare le difese primitive del paziente borderline. Tale sistema richiedeva che la figura umana nella risposta al Rorschach, sia essa statica o in movimento, venga vista nei termini dell'azione ascritta, nel modo in cui la figura è descritta e della figura precisa vista. Così facendo diverse difese sono state considerate esclusivamente sulla base del contenuto. Una difesa considerata in base al contenuto è la scissione, poiché il meccanismo della scissione comporta una varietà di separazioni, inclusa la separazione delle pulsioni, degli affetti e delle rappresentazioni oggettuali, Lerner considerò la tendenza a descrivere la figure in modi diametralmente opposti come la manifestazione al Rorschach di questa difesa. Un'altra difesa che si riflette nel contenuto è la svalutazione, relativa alla tendenza a disprezzare l'importanza della propria interiorità e degli oggetti esterni. La manifestazione di questa difesa al Rorschach viene valutata considerando tre aspetti della risposta della figura umana: il primo riguarda l'umanità della figura (*camerieri o pagliacci rispetto a robot, mostri o figure mitologiche*); il secondo riguarda la considerazione spazio-temporale, ossia i percetti umani contingenti sono valutati in modo superiore rispetto a figure del passato o del futuro; il terzo aspetto riguarda la descrizione affettiva, figure descritte in modi pacchiani. Gli stessi criteri che si applicano per valutare la difesa di svalutazione si usano per la difesa di idealizzazione.

Altro aspetto connesso alla rappresentazione oggettuale rintracciabile al Rorschach è rintracciabile all'interno della risposta movimento. Rorschach studiando le risposte movimento ipotizzò sei interpretazioni per questa tipologia di risposte, di queste sei, due erano correlate all'area delle relazioni interpersonali. Sulla scia di Rorschach altri studiosi hanno attribuito un significato relativo alla sfera interpersonale alle risposte movimento. Piotrowski (1957) suggeriva che da esse si può inferire la rappresentazione che un individuo ha rispetto al proprio ruolo nella vita. Schachtel (1966) ritrovò nelle risposte movimento, il concetto di sé che un individuo ha e le sue aspettative relazionali. La più esaustiva e particolareggiata trattazione

sulle risposte movimento è rappresentata dal lavoro di Mayman (1977). L'autore ha identificato cinque elementi delle risposte movimento: la proprietà della macchia che facilita l'espressione del movimento, la fantasia, il preciso movimento ascrivito all'immagine, le rappresentazioni oggettuali, l'empatia e l'identificazione. Rispetto alle rappresentazioni oggettuali, Mayman individua che la figura che compie l'azione è un elemento fondamentale della rappresentazione. Dal momento che il soggetto porta al Rorschach una larga parte del repertorio di relazioni oggettuali interiorizzate di sé e degli altri, questa componente offre uno sguardo d'insieme sulle immagini che popolano la vita interiore di una persona.

Mayman considera la risposta di figura umana come un mezzo per la comprensione di un importante significato relativo alla capacità di una persona di stabilire un contatto empatico con un altro essere umano. L'autore analizzando gli aspetti qualitativi multidimensionali del concetto di rappresentazione oggettuale, somministrando il Rorschach a soggetti adulti ospedalizzati, che coprivano una vasta gamma di disturbi, ha dato risalto al contenuto tematico delle risposte al Rorschach, enfatizzando il valore della capacità empatico-intuitiva del clinico.

Il metodo Rorschach venne applicato anche per lo studio dei disturbi delle relazioni oggettuali di pazienti borderline. Kwawer (1980) ideò una scala per il Rorschach che valuta diversi livelli di relazioni oggettuali nello sviluppo della personalità a partire dalla differenziazione dalla figura primaria di accadimento. La scala di Kwawer si basa anch'essa sui contenuti delle risposte al Rorschach. I livelli di sviluppo delle relazioni oggettuali sono stati sintetizzati in quattro stadi:

- primo stadio del rispecchiamento narcisistico, include risposte quali specchi e riflessi
- secondo stadio della fusione simbiotica, le risposte riflettono una forte spinta all'incorporazione
- terzo stadio di differenziazione, si esplicita nelle risposte di separazione divisione
- quarto stadio di metamorfosi e trasformazione, riflette un senso di sé rudimentale.

Un tentativo di analisi delle relazioni oggettuali attraverso l'applicazione della scala di Kwawer è stato attuato anche in protocolli Rorschach di soggetti con disturbo antisociale. I risultati indicavano che sia i pazienti borderline come i pazienti con disturbo antisociale si relazionano con gli altri attraverso modalità primitive.

Altro metodo proiettivo usato per l'analisi della personalità e quindi anche delle rappresentazioni oggettuali è l'ORT Object Relations Technique, tecnica delle relazioni oggettuali ideata da Phillipson nel 1955. Il proiettivo è costituito da 12 tavole, tutte contenenti stimoli poco strutturati ed 1 tavola bianca. Le dodici tavole sono suddivise in 4 gruppi di tre ciascuna, un primo gruppo rappresenta la relazione monodica, un secondo gruppo la relazione diadica, un terzo gruppo la relazione triadica ed un quarto gruppo la relazione di gruppo. Phillipson applicò il proiettivo ad un campione di 50 pazienti ambulatoriali, 32 maschi e 18 femmine, con un QI maggiore di 120 ed a un campione di 40 adolescenti femmine tra i 14 e i 19 anni che frequentavano una scuola secondaria. I protocolli sono stati analizzati in rapporto a tre variabili, che si possono considerare una prima griglia di spoglio:

il contenuto umano suddiviso per caratterizzazione (una, due, tre o più personaggi nelle tavole gruppali) relazioni manifeste (es. amicale, soprannaturale, pedagogica) altri contenuti esclusi quelli umani, suddivisi in ambientazione e interpretazione dei dettagli contesto di realtà, ossia l'uso della sfumatura, del contrasto fra bianco e nero e colore.

Phillipson si limita a commentare i dati facendo appello alla propria esperienza clinica e alla profonda conoscenza dello strumento.

Nel 1973 lo strumento di Phillipson viene definito metodo per lo studio delle relazioni interpersonali, e Phillipson indica quali dati clinici si possono ricavare dall'uso dello strumento. L'autore nel 1973 individua quattro dimensioni dei processi implicati nella produzione di una storia:

- percezione
- appercezione
- contenuto
- struttura della storia

La percezione è ciò che viene visto, omesso o aggiunto, ciò che è sottolineato o attenuato. L'appercezione rappresenta il tema assegnato, la sua banalità o l'eventuale originalità. Il contenuto delle relazioni oggettuali viene declinato nel tipo di personaggi visti, omessi o aggiunti; nel grado e nella modalità della differenziazione e della interazione; nel tema inconscio della relazione oggettuale, ansietà associate alle relazioni fantasmatiche. La struttura della storia viene analizzata a partire dalla presenza delle tre parti (passato, presente e futuro) e dall'equilibrio di queste. Dalla presenza di un conflitto, dalla logicità o illogicità, dalla presenza di un contenuto emotivo, dal tentativo di risolvere il conflitto nonché dal tipo di soluzione che viene raggiunta positiva o negativa, realistica o fantasmatica.

La griglia di spoglio ideata da Phillipson è stata applicata ai protocolli di due gruppi di soggetti, uno costituito da 130 soggetti clinici e l'altro da 141 soggetti non clinici, per la validazione. Insieme all'ORT sono stati somministrati il Rorschach, il Blacky Pictures e la WAIS-R. La valutazione dei protocolli dei due campioni è stata fatta con il metodo consensus da gruppi di tre o quattro valutatori, in caso di valutazioni discordanti è stato interpellato il valutatore esterno al gruppo consensus, che contribuiva al raggiungimento di una valutazione concorde. Relativamente ai soggetti clinici è stata presa in esame la tipologia della relazione. I tipi di relazione sono stati correlati con aree diagnostiche prescelte. La mancanza di significatività fra la diagnosi nosografica - descrittiva e la diagnosi interpretativo-esplicativa di carattere psicodinamico, può essere spiegata dagli indicatori nosografici poco coerenti nel discriminare la relazione oggettuale. Ad esempio la relazione oggettuale di tipo persecutorio può appartenere al mondo relazionale di un disturbo borderline, di un disturbo evitante o anche di un disturbo d'ansia. Il clinico di formazione psicodinamica, ha presente le differenze qualitative e quantitative a proposito del pattern relazionale all'interno dei vari disturbi. Tali differenze si inquadrano all'interno della storia evolutiva del soggetto, della costruzione del sé, della costruzione delle sue difese.

La rappresentazione delle relazioni nei soggetti con funzionamento limite “depressivi”

Così come all'interno delle nevrosi si distinguono due differenti strutture, le nevrosi ossessive e l'isteria, anche i funzionamenti limite presentano due principali tipologie di organizzazioni psichiche: una caratterizzata da inibizione e rigidità, l'altra che camuffa l'inibizione con una estrema labilità. E' probabile che questi due tipi di funzionamento sia espressione di organizzazioni mentali il cui sviluppo si rivela differente, osserviamo le loro produzioni sintomatiche nella clinica proiettiva.

La prima tipologia di funzionamento rispecchia uno stile rigido rispondente ad esigenze di controllo, vicino al dominio; il secondo labile e debordante si caratterizza per l'eccesso di risposte sensoriali e per l'iperattività dello stimolo. Tuttavia, appare evidente un elemento comune, caratterizzato da un'importante inibizione della conflittualità intrapsichica. Facendo un'analisi dei meccanismi di difesa, nelle nevrosi questi permettono l'espressione di un compromesso e la gestione dei conflitti, nei funzionamenti limite, meccanismi simili sono al servizio dell'appiattimento, dell'evacuazione, dell'evitamento del conflitto. Una definizione di funzionamento limite sottolinea la presenza di condotte nevrotiche e psicotiche; in alcuni soggetti prevale il ricorso a difese nevrotiche, mentre gli aspetti più psicotici sono mobilitati dalla riattivazione di movimenti arcaici, sollecitati dalla presenza di alcune tavole.

Presso altri soggetti prevale l'inibizione rigida fallita dall'emergere del processo primario in contesti dove la scissione rappresenta il meccanismo principale.

Il registro delle relazioni con l'ambiente fa osservare un doppio funzionamento: quello di tenuta rispetto agli stimoli (F pura) e quello che ripetutamente testimonia la caduta di tali frontiere. Le rappresentazioni delle relazioni mostrano così una doppia polarità: una da prova di un attaccamento dipendente nei confronti dell'ambiente, l'altra è espressione delle manifestazioni aggressive e odiose che rappresentano vani tentativi di differenziazione e separazione dall'altro.

La dipendenza costituisce una caratteristica principale delle relazioni: Essa si manifesta, globalmente, in una forma di attaccamento eccessivo all'ambiente, sia negli aspetti concreti sia nei rapporti relazionali con le persone.

Il protocollo Rorschach di una ragazza di 17 anni che presenta disturbi delle condotte alimentari

Tav. I	<i>Una farfalla</i> (della notte) <i>Una foglia</i> (ha due buchi) > v < ^ > ^ <i>Una maschera</i>	G F+ A Ban Gbl F+- Bot G F+ Obj	
Tav. II	<i>Un organo che sanguina</i> [il cuore] V <i>Lo sgorgare del sangue</i>	G CF Anat D ClobC Sang	Questa tavola è vissuta come un attacco alle barriere costruite in modo rigido.
Tav. III	<i>Una farfalla</i> (D rosso medio) <i>Due uomini anormali</i> (D sup. del nero laterale) <i>non hanno gambe, solo la testa e il tronco</i> <i>Due rami</i> (D inf. Nero lat.)	D F+ A Ban D F+ H/Hd D F+ Bot	

Si vuole sottolineare che il ricorso massiccio alla forma (F% 75), è fortemente mobilizzato dalla lotta contro gli elementi ansiogeni o depressivi sollecitati dalle caratteristiche dello stimolo (bianco e nero). La sottomissione passiva e l'atteggiamento percettivo conformista, dal punto di vista percettivo, assicura da una parte il rapporto con la realtà sufficientemente soddisfacente, ed è una importante forma di contro investimento sostenuto dalla scissione e dalla necessità di appoggio sui dettagli.

Dal punto di vista delle relazioni si evidenzia il carattere fusionale “siamesi” personaggi “saldati, incollati” “personaggi aggrappati”.

Le caratteristiche della relazione oggettuale mettono comunque in evidenza una forte ambivalenza, e ciò può essere spiegato con l’ottica kleiniana, secondo la quale quando la posizione depressiva non può essere elaborata, l’ambivalenza non può essere integrata. La capacità di pensare ad un oggetto totale e permanente, buono o cattivo allo stesso tempo, che assicura l’ambivalenza dei sentimenti e la possibilità di associare amore e odio in una dialettica sopportabile. Tale continuità non sembra essere raggiunta nel funzionamento limite. Nell’investimento oggettuale ricorrono maggiormente la scissione ed anche aspetti persecutori, presenti nelle rappresentazioni indicative di separazione, isolamento, tra movimenti positivi e negativi.

Nei funzionamenti limite l’impatto delle tavole colorate sembra sia molto violento e abbia un effetto sulla rottura.

BIBLIOGRAFIA

1. Adler G. *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. New York: Aronson. 1985.
2. Ainsworth M.D.S. et al. (1978) *Patterns of Attachment*, Elbaum, Hillsdale, NJ.
3. Alford CF (1989). *Melanie Klein an Critical Social Theory: An Account of Politics. Art and Reason Based on Her Psychoanalytic Theory*. Michigan: Yale University, Bookcrafters, Inc.
4. Bion WR (1959) "Attackson Linking", *Int J Psychoanal*, 40:308 – 315.
5. Ammaniti, M., Stern, D.N. (a cura di) (1992) *Attaccamento e psicoanalisi*. Biblioteca di Cultura Moderna Laterza, Roma-Bari 1996.
6. Associazione degli Psichiatri Americani : *DSM IV – TR* 2002.
7. Boris, N. W., Aoki, Y., Zeanah, C. H. "The development of infant-parent attachment: Considerations for assessment.". *Infants and Young Children – 1999*.
8. Bowlby J. (1969) tr.it. *Attaccamento e Perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1972.
9. Bowlby J. (1973) tr.it. *Attaccamento e Perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*. Bollati Boringhieri, Torino 1975.
10. Bowlby J.(1980) tr.it. *Attaccamento e Perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*. Bollati Boringhieri, Torino 1983.
11. Bowlby, J. *Una base sicura*. Raffaello Cortina Editore, Milano. 1988.
12. Compton A. (1996) *Objects and object relationships*. In B. Moore & Fine (Eds.), *Psycho-analysis: The major concepts* (pp. 433 – 449). Yale University Press.
13. Freud S. (1905). *Three essays on the theory of sexuality*. Standard edition. Vol. 7. London: Hogarth Press.
14. Freud S. (1957) *Instincts and their vicissitudes*. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological*

- works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 109 – 140) London Hogarth Press (Original work published 1915).
15. Freud S. (1957). An outline of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 144 – 207) London Hogarth Press (Original work published 1938).
 16. Freud S. (1967-1979) *Opere*. Boringhieri, Torino.
 17. Gabbard G.O. *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore 2002.
 18. Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
 19. Grinker, R.R., et al. *The Borderline Syndrome*. New York: Basic Books. 1968.
 20. Jackson M. (2001) *Weathering the storms: psychotherapy for psychosis*. London: Karnac Books.
 21. Kerneberg O. (1967) “Borderline Personality Organization”. *J Am Psychoanal Assoc*, 15:641 – 685.
 22. Kerneberg O. (1976) *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Aronson.
 23. Kerneberg O. (1985) *Internal world external reality*. Northvale, NJ: Aronson.
 24. Kerneberg O. (1986) Identification and its vicissitudes as observed in psychoses. *Int J. Psychoanal*: 67 (Pt 2): 147 – 59.
 25. Kerneberg O. (1987) Projection and projective identification: developmental and clinical aspects. *J Am Psychoanal Assoc.*; 35 (4): 795 – 819. Comment in: *J Am Psychoanal Assoc.*; 1990; 38(2): 516- 7.
 26. Kerneberg O. (1996) Psychoanalytic object relations theory. In B. Moore & Fine (Eds.) *Psycho-analysis: The major concepts* (pp. 450 – 462). London: Yale University Press.
 27. Klein M. (1932) *La psychanalyse des enfants*. Paris, P.U.F., 1959.
 28. Klein M. (1946) “Notes on Some Schizoid Mechanism”. *Int J Psychoanal*, 27:99 – 110.

29. Klein M. (1949) *The psychoanalysis of children* 3rd ed. London: Hogarth Press; and the Institute of Psychoanalysis.
30. Klein M. (1955b) *L'identification. Envie et gratitude et autres essais*. Paris, Gallimard, 1968:139-185.
31. Klein M. (1961). *Psychoanalyse d'un enfant*. Paris, Tchou, 1973.
32. Klein, M.(1921). *Le développement d'un enfant. Essais de psychanalyse*. Paris, Payot. 1968:29-89.
33. Heinz Kohut *Narcisismo e analisi del Sé – Torino 1976*.
34. Linguardi V. & Madeddu F. *La diagnosi del paziente borderline*. Milano: Angeli. 1990.
35. Mahler M. (1975) *The psychological birth of human infant – symbiosis and individuation*. New York (NY): Basic Books.
36. Main M. (1975) "Some Psychodynamics of Large Groups". In L. Kreeger, (ed.), *The Large Group Dynamics and Therapy*, Constable. pp.57 – 58; reprinted in Main: *The Ailment and Other Psychoanalytic Essays*. Association Books, 1989, pp: 100-102.
37. Meissner WW. (1981) *Internalization in psychoanalysis*. New York (NY): International Universities Press.
38. Servadio E, "Introduzione", M. Klein M., P. Heimann, R. Money-Kyrle, *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, 1966, Milano.
39. Scharff JS, Scharff DE.(1997) *Object relations couple therapy*. *Am J Psychother*,51(2):141-73.
40. Spillius EB.(2001) *Freud and Klein on the concept of phantasy*. In *J Psychoanal*, April;82(Pt 2): 361 – 73.
41. Stein JS. (1982- 1983) *The significance of Kleinian theory of ego psychology and object relations*. *Int J. Psychoanal Psychother*. 9:487 – 510.
42. Stein R. (1990) *A new look at the theory of Melanie Klein*. *Int J Psychoanal*;71(Pt 3):499–511.
43. Winnicott D.W. (1957). *Mother and Child. A Primer of First Relationships*. New York: Basic Books, Inc.
44. Winnicott D.W. (1963). *Dependence in infant care, child care, psychoanalytic setting*. *Int. J. Psychoanal*, 44:339-344.

45. Zanarini, M.C. Il disturbo borderline di personalità come disturbo dello spettro degli impulsi in Paris, J. (a cura di) il disturbo borderline di personalità. Etiologia e trattamento. Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
46. Zanarini, M.C., et al Reported Pathological Childhood Experiences Associated With the Development of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 154(8), pp. 1101.
47. F Del Corno – M. Lang “La diagnosi delle Relazioni Oggettuali con L’Object Relations Technique”. Ed Raffaello Cortina ed. 2006.
48. C. Chabert “Psicopatologia e Rorschac” Raffaello Cortina Ed 2003.

AREE SCIENTIFICO-DISCIPLINARI

Area 01 – Scienze matematiche e informatiche

Area 02 – Scienze fisiche

Area 03 – Scienze chimiche

Area 04 – Scienze della terra

Area 05 – Scienze biologiche

Area 06 – Scienze mediche

Area 07 – Scienze agrarie e veterinarie

Area 08 – Ingegneria civile e Architettura

Area 09 – Ingegneria industriale e dell'informazione

Area 10 – Scienze dell'antichità, filologico-letterarie e storico-artistiche

Area 11 – Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche

Area 12 – Scienze giuridiche

Area 13 – Scienze economiche e statistiche

Area 14 – Scienze politiche e sociali

Le pubblicazioni di Aracne editrice sono su

www.aracneeditrice.it

Finito di stampare nel mese di ottobre del 2011
dalla «Ermes. Servizi Editoriali Integrati S.r.l.»
00040 Ariccia (RM) – via Quarto Negroni, 15
per conto della «Aracne editrice S.r.l.» di Roma

