



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

**Processi di soggettivazione in psicoterapia: il caso di
Annalisa**

Processes of subjectivation in psychotherapy: the case of Annalisa

Relatore: Prof.ssa Silvia Salcuni

Laureanda: Lisann Brezza

Matricola: 2014795

Anno Accademico: 2022/2023

Indice

INDICE	3
CAPITOLO 1. ADOLESCENZA, SOGGETTIVAZIONE, FUNZIONE RIFLESSIVA	5
1.1 Il Tempo Dell'Adolescenza	5
1.1.1 Un tempo di crisi, un tempo di desiderio	5
1.1.2 I limiti temporali e i cambiamenti dell'adolescenza	7
1.1.3 Adolescenze e identità	9
1.2 La Soggettivazione	10
1.2.1 Il concetto di soggettivazione	10
1.2.2 Una natura intersoggettuale	14
1.2.3 Il processo di soggettivazione in adolescenza	17
3.1 La Funzione Riflessiva	19
3.1.1 Mentalizzazione e funzione riflessiva	19
3.1.2 Attaccamento e funzione riflessiva	21
3.1.3 Sviluppo della funzione riflessiva	24
CAPITOLO 2. OBIETTIVI E IPOTESI	29
CAPITOLO 3. METODO	33
3.1 Introduzione	33
3.2 Il Caso Clinico di Annalisa	34
3.3 Strumenti di Analisi del Processo Terapeutico	39
3.3.1 Reflective Functioning Scale	39
3.3.2 Defense Mechanism Rating Scale	44
3.4 Meccanismi di Difesa	47
3.4.1 Acting out	47
3.4.2 Scissione	49
3.4.3 Identificazione proiettiva	50
3.4.4 Negazione nevrotica	52
3.4.5 Anticipazione	53
3.4.6 Umorismo	53
CAPITOLO 4. RISULTATI	55
CAPITO 5. DISCUSSIONE	67

5.1 Limiti e Sviluppi Futuri	83
CAPITOLO 6. CONCLUSIONI	85
RINGRAZIAMENTI	87
BIBLIOGRAFIA	89
APPENDICE	92

Capitolo 1. Adolescenza, Soggettivazione, Funzione Riflessiva

1.1 Il Tempo Dell'Adolescenza

1.1.1 Un tempo di crisi, un tempo di desiderio

L'adolescenza è un tempo di cambiamento, trasformazione, mutamento. Un periodo caratterizzato da una profonda vulnerabilità e fragilità (Dolto, 1990). Per comprendere questi aspetti, la psicoanalista francese Francoise Dolto (1990) utilizza una vivida immagine: quella dei gamberi e delle aragoste. Questi crostacei, infatti, in un particolare momento della loro vita vanno incontro ad una sorta di “muta” e perdono il guscio che fino a quel momento li aveva protetti. In questo periodo in cui sono privi della loro corazza, trovandosi così direttamente esposti all'ambiente, cercano riparo sotto le rocce e qui vi rimangono finché non avranno secreto un nuovo rivestimento. Nonostante questo tentativo di mettersi al sicuro, essi possono però ferirsi o venire feriti, e quando daranno vita al nuovo involucro protettivo, questo non potrà cancellare i segni sul loro corpo, ma soltanto coprirli e nasconderli; essi rimarranno per sempre. Gli adolescenti, allo stesso modo di gamberi e aragoste, vanno incontro ad una situazione simile: faticano, infatti, a riconoscersi nella propria immagine allo specchio a causa di una serie di cambiamenti non soltanto fisici, come verrà mostrato successivamente. La domanda che caratterizza infatti questo particolare periodo è: “Chi sono io?” (Cahn, 1998). Per provare a rispondere a tale quesito, l'adolescente è chiamato a sperimentarsi, aprirsi al nuovo, al diverso, pur mantenendo qualcosa di sé identico, immutato. Cahn (1998) sottolinea come l'adolescenza sia un periodo in cui “si decide per l'appunto in modo determinante il rapporto tra il riproporsi dell'identico e l'emergere del nuovo” (p. 9).

L'adolescenza è dunque un periodo complesso e fondamentale per la vita dei singoli il cui studio come specifica fase della vita umana risale agli inizi del 1900. Stanley Hall (1904; citato da Palmonari, 2011) è stato il primo a raccogliere un'importante mole di dati sull'adolescenza, mettendo in luce come essa sia un'importante fase di cambiamenti. L'autore la definisce una nuova nascita poiché, in questo periodo, tutti gli aspetti della personalità si rinnovano. Questa seconda nascita avviene tuttavia in modo drammatico, repentino ed è caratterizzata da una forte ambivalenza, con sentimenti e stati d'animo contrastanti. Per tale motivo Hall la definisce una fase di *storm and stress*: è il periodo delle cosiddette tempeste ormonali, della profonda e smisurata fiducia nelle proprie capacità, dei conflitti costanti con i genitori, con gli adulti e di una maggiore propensione al rischio. Soltanto un secolo dopo, Arnett (1999; citato da Palmonari, 2011) conferma empiricamente la visione di Hall, mettendo in luce come questa conflittualità non sia però un fenomeno universale. Si può dunque affermare che l'adolescenza è una età con una serie di problematiche che, tuttavia, non vengono vissute allo stesso modo dagli adolescenti.

Nonostante tale definizione di *storm and stress* risalga agli inizi del Novecento, questa è ancor oggi diffusa e rischia di mostrare soltanto una faccia della medaglia adolescenza, quella più conflittuale e negativa. Desidero, quindi, attraverso il contributo della psicoanalista Francoise Dolto (1990), sottolineare l'altro lato: il tempo dell'adolescenza è infatti anche il tempo del desiderio, un'età quindi sì vulnerabile, ma meravigliosa, da preservare e trattare con cura. Secondo Dolto (1990) è proprio grazie a tale periodo che gli adolescenti instaurano un rapporto migliore con sé stessi e con gli altri, aumentano la propria libertà, autonomia e realizzano la propria creatività, dando vita a progetti nuovi.

1.1.2 I limiti temporali e i cambiamenti dell'adolescenza

Stabilire i limiti temporali di inizio e fine dell'adolescenza non è un compito facile (Gambini, 2007). Palmonari (2011) riporta come età iniziale i dieci anni, età che coincide con la pubertà. Tuttavia, già qui emergono le prime difficoltà in quanto, riferiscono Gambini (2007) e Santrock (2017), quest'ultima tende a variare a seconda dei singoli individui e può oscillare dai nove anni fino ai tredici, quattordici anni. Altrettanto complesso risulta stabilire l'età di conclusione dell'adolescenza. Francoise Dolto (1990) non stabilisce una chiusura dal punto di vista cronologico di questa fase della vita. Secondo la psicoanalista francese il soggetto esce dall'adolescenza e raggiunge lo status di adulto quando riesce a svincolarsi dall'influenza dei genitori. La fine dell'adolescenza coinciderebbe quindi con un atto separativo in cui genitori e figli si percepiscono come pari e accettano questa nuova relazione. Non pone un confine temporale di fine dell'adolescenza neppure "Freud, che indica" invece "come criterio di adultità la capacità dell'individuo di amare e di lavorare" (Gambini, 2007, p. 166). Nella società odierna è proprio all'età di diciotto anni che si realizza questo criterio, perciò, di fatto, come riportato da Gambini (2007) e Palmonari (2011), l'età di fine dell'adolescenza coincide con l'avvento della maggiore età, a diciotto o diciannove anni.

In questo secondo decennio di vita si verificano diverse trasformazioni. Dal punto di vista fisico avvengono rapidi e profondi cambiamenti conseguenti alla pubertà: i maschi crescono in altezza, la loro massa muscolare aumenta, il tono della voce subisce delle modificazioni, vi è un aumento delle dimensioni del pene e dei testicoli, compaiono i primi peli pubici, ascellari e iniziano a crescere anche la barba e i baffi (Santrock, 2017). Per quanto riguarda le adolescenti femmine, l'avvio della pubertà coincide con

l'arrivo delle prime mestruazioni (menarca). Questo importante cambiamento per le ragazze comporta un aumento del grasso corporeo, con la conseguenza che i loro fianchi diventano più larghi delle spalle, il seno aumenta, crescono i primi peli pubici e ascellari (Santrock, 2017).

Per quanto concerne l'aspetto psicologico, un importante cambiamento riguarda l'acquisizione del pensiero astratto, ipotetico-deduttivo (Christie & Viener, 2005). Quest'ultimo, a differenza del pensiero concreto tipico del bambino, permette al ragazzo di poter formulare ipotesi sul futuro, di valutare diversi esiti e trovare nuove soluzioni di fronte ad un problema (Christie & Viener, 2005). Grazie ad esso l'adolescente inizia a formulare le proprie convinzioni che sosterrà all'interno delle discussioni, nelle quali sperimenta le sue nuove capacità critiche. Questa nuova acquisizione favorisce inoltre lo sviluppo della capacità di riflettere, capacità che permette di conoscersi sempre meglio, fondamentale per la costruzione dell'identità e del concetto di sé (Gambini, 2007).

Infine, dal punto di vista sociale, solitamente l'adolescenza viene descritta come un periodo in cui si raggiunge l'indipendenza (Christie & Viener, 2005). In questo periodo, infatti, vi è un allargamento dell'ambiente sociale (Palmonari, 2011) poiché le relazioni significative vengono riviste e ridefinite. La prospettiva dell'adolescente si orienta maggiormente verso i pari (Gambini, 2007): si trascorre più tempo da soli o con i propri amici, mentre diminuisce quello che si passa con i propri genitori (Steinberg & Morris, 2001). Il rapporto con la propria famiglia cambia, aumentano le discussioni e i litigi. Come visto da Larson e Richards (1991; citato da Steinberg & Morris, 2001), cambia anche la qualità del rapporto genitori e figli, non c'è più quella vicinanza e intimità della fase precedente. Gli adolescenti, infatti sentono il bisogno di avere relazioni profonde e intime di amicizia con i propri pari, di avere un gruppo nel quale sentirsi accolti e

riconosciuti (Gambini, 2007). Nonostante tale spostamento di interesse verso il mondo esterno alla famiglia e questa conflittualità iniziale con i genitori, Steinberg (1990; citato da Steinberg & Morris, 2001) afferma che successivamente alla prima adolescenza ci sarà un aggiustamento della relazione con i propri genitori, riuscendo a stabilire un rapporto meno conflittuale e più egualitario.

1.1.3 Adolescenze e identità

A fronte dei vari cambiamenti di cui sinora si è discusso, l'adolescente è chiamato, come sostiene Erikson (1950; 1968; citato da Cahn, 1998; Palmonari & Crocetti, 2011), a un compito fondamentale: quello della ricerca dell'identità. In particolare, questo autore ha teorizzato l'intero ciclo di vita come una successione di periodi critici, ciascuno dei quali caratterizzato da una conflittualità che è necessario affrontare prima di poter proseguire allo stadio successivo. L'adolescenza, il quinto di questi stadi, vede proprio come compito principale quello dell'identità. Quest'ultima può essere definita come "il sentimento soggettivo di unità e continuità personale, al tempo stesso specifica del soggetto e riconosciuta da tutti" (Cahn, 1998, p. 22). Il soggetto, dunque, realizza una sintesi unica delle numerose impressioni che ha di sé, dei conflitti che vive, dei sentimenti e delle sue rappresentazioni, nella quale egli stesso si riconosce ed è riconosciuto dagli altri. Tale sentimento di identità personale deriva dalle identificazioni secondarie che caratterizzano l'adolescenza (Ruggiero, 2014). Quest'ultima è infatti un tempo di profondi rimaneggiamenti dei legami e anche delle identificazioni primarie, sottolinea Cahn (1998): slegamenti e rilegamenti, creazione di nuovi legami, ridefinizione dei vecchi. In questo movimento dialettico di permanenza e cambiamento si va strutturando l'identità dell'adolescente, che è alla costante ricerca del

suo posto nel mondo e tenta senza sosta di rispondere alla domanda: “Chi sono io?” (Cahn, 1998).

1.2 La Soggettivazione

1.2.1 Il concetto di soggettivazione

All'interno di questa cornice teorica dell'adolescenza si snoda il tema della soggettivazione: esso si esaspera in particolar modo in adolescenza dal momento che si rivolge alla questione dell'identità, al posto del soggetto nel mondo, a quelli che sono i suoi desideri e conflitti. Raymond Cahn è lo psicoanalista che ha introdotto questo termine per la prima volta nel 1991, all'interno della sua relazione *Du Sujet*. Dunque, che cosa si intende con soggettivazione? L'autore lo definisce come “un processo di differenziazione che, in virtù dell'esigenza interna di un proprio pensiero, consente l'appropriazione di un corpo sessuato e nel migliore dei casi, l'uso delle capacità creative del soggetto in un movimento di disimpegno, di disalienazione del potere e del piacere dell'altro, cioè un movimento di trasformazione del Super-Io e di costituzione dell'Ideale dell'Io” (Cahn, 1998, p. 53). Più che un processo di separazione e individuazione, sostiene l'autore, è vicino ad un processo di differenziazione dall'altro: scoperta dell'oggetto e nascita del soggetto. Questa appropriazione soggettiva implica, dunque, una rivisitazione del potere che viene conferito all'altro, ci si sottrae al potere e al piacere dell'altro, a quelli che sono i modelli parentali, per poter favorire la nascita del soggetto, la creazione di sé. Come aggiunge Ruggiero (2014), il concetto di soggettivazione si contraddistingue per un legame particolare con la consapevolezza: esso, infatti, si rivolge alla capacità progressiva dell'individuo di riconoscersi come soggetto, e, in quanto tale, portatore di desideri, emozioni, pensieri. Cahn (1998), a tal

proposito, la definisce una sorta di “funzione soggetto” dal momento che contribuisce all’appropriazione soggettiva della realtà.

Ad introdurre il termine soggettuale e a sottolineare la distinzione soggetto-oggetto, è proprio Freud in *Massenpsychologie* (1921; citato da Cahn, 2007) in merito alla differenza tra identificazione con l’altro e la scelta di questo altro come oggetto. Con il primo elemento, l’identificazione con l’altro, il padre, Freud fa riferimento a ciò che si desidera essere, che si vorrebbe essere; nel secondo caso, la scelta dell’altro come oggetto, il padre è ciò che si vorrebbe avere. Perciò, sottolinea Freud, ciò che fa la differenza è che “il legame verta sul soggetto o sull’oggetto dell’Io” (Cahn, 2007, p. 15). L’oggetto dell’Io, ciò che si vorrebbe avere, è quello della relazione oggettuale, mentre il soggetto dell’io, ciò che si vorrebbe essere, è quello della relazione soggettuale. Dunque, la spinta vitale all’essere, la dimensione dell’essere è anteriore a quella dell’avere, alla scelta dell’oggetto. Il primo tempo della soggettivazione ha la sua origine proprio da questa identificazione fondatrice (Cahn, 2007). Il soggettuale, la soggettività è perciò costituita da questi due aspetti: da un lato una continuità, una permanenza legata al vissuto, derivante da questa identificazione primaria, dall’altra una rottura, differenziazione dall’oggetto, che favorisce l’autonomia del soggetto stesso.

Soggettivare, aggiunge Cahn (1998), significa rendere consci elementi preconsce o inconsci in modo da congiungere il pensiero con il sé, ovvero adeguare il senso e l’essere. Per comprendere meglio questo delicato passaggio Cahn scrive “Sto parlando dell’evidenza di sentirsi sé stesso, di sperimentarsi nella propria attività psichica, nei propri sentimenti, nelle proprie condotte come vivo e reale, in un mondo percepito come tale e viceversa, che in analisi, come nella ricerca adolescenziale permette il rilancio,

l'apertura a campi non ancora consci, addirittura imprevedibili, che vanno ben oltre la semplice presa di coscienza" (Cahn, 1998, p. 68).

Tuttavia, si chiede Wainrib (2016), è necessario introdurre questo nuovo concetto? Non sono sufficienti quelli di narcisismo, Io o Sé? In merito al primo dei tre concetti citati, l'autore stesso risponde sostenendo che il narcisismo può essere considerato come un aspetto del processo stesso di soggettivazione. Le patologie narcisistiche, aggiunge Wainrib (2016), potrebbero essere intese, infatti, come risposta a fallimenti nell'intersoggettivazione, a carenze nei legami primari, che porterebbero il soggetto a rifugiarsi su posizioni narcisistiche. Per quanto riguarda l'Io, Wainrib (2016) sottolinea che è bene considerarlo come l'istanza freudiana, caratterizzata dalla relazione con le altre due istanze, l'Es e il Super-io. Posta in questi termini il divenire soggetto può essere considerato come l'esito dell'interazione tra queste istanze. Infine, in riferimento al Sé, la questione è più complessa: esso è diverso dalla soggettivazione quando viene considerato come "unità intangibile al centro della vita psichica" (Wainrib, 2016), come un qualcosa di statico, fermo e immutabile. Quando, invece, il Sé viene considerato a partire da quanto sostiene Winnicott (1971; citato da Wainrib, 2016), allora i due concetti sono strettamente simili e connessi. L'autore britannico, infatti, come sottolineato da Wainrib (2016), restituisce il Sé ad una dimensione e contesto processuale: il Sé è strettamente legato alla ricerca della dimensione del Sé, è ciò che si costruisce a partire dal contenimento dell'ambiente, è il deposito delle esperienze di quel soggetto e costituisce la continuità dello stesso. Per Cahn, la dimensione del soggetto "riguarda il Sé nella sua esperienza di continuità e permanenza interiore, passando dall'oscurità della diade alla differenziazione che porta autonomia" (Wainrib, 2016, p. 229). Soggettivazione e Sé sono perciò strettamente collegati e uniti all'interno

di questa processualità che permette all'individuo di divenire il soggetto della propria vita, in quanto agente e autore.

Il soggetto è dunque un soggetto emergente, in divenire; la sua dimensione più specifica si esprime nel bisogno di “contenere, organizzare, dare senso agli incessanti cambiamenti interni ed esterni che lo riguardano e che lo rendono altro nella misura in cui rimane sé stesso” (Cahn, 1998, p. 54). Ciò implica una certa maniera di essere, viva e creativa, che permette al soggetto di mettere le mani in pasta nel mondo e nell'oggetto attraverso un proprio modo personale (Cahn, 1998). Non si nasce però soggetto, lo si diventa tramite un processo che prosegue dalla nascita alla morte (Cahn, 1998). La sua conclusione è irraggiungibile, Cahn (1998) la definisce “asintotica”, ma è sempre presente in qualche misura e dipende sia da fattori interni, ma anche esterni come, ad esempio, la cultura e le norme della società. Per ciascuno di noi la soggettivazione è dunque una costante avventura, e, in quanto tale, va incontro ad ostacoli, rischi per potersi instaurare, progredire, ed estendersi, senza mai raggiungere una sua conclusione definitiva.

Questo processo, descrive Ruggiero (2014) si sviluppa lungo tappe successive. I momenti più significativi che l'autrice individua sono tre: il secondo trimestre di vita, dove, come verrà mostrato successivamente, è fondamentale il legame con la madre e in particolare il rispecchiamento e la sintonizzazione affettiva; la fase edipica, caratterizzata dal passaggio alla triangolarità, che implica l'acquisizione della capacità del bambino di rappresentarsi e immaginare i processi mentali degli altri e le loro motivazioni; infine, l'adolescenza, che è un punto cruciale in quanto il giovane è chiamato a scegliere tra l'appropriazione soggettiva di sé da un lato, e, dall'altro, l'adesione ad identificazioni alienanti. Attraversando tutte queste fasi il processo di

soggettivazione può incorrere in una stagnazione e dare vita a condizioni psicopatologiche. I disturbi della soggettivazione che ne derivano sono caratterizzati dall'uso di difese primitive, quali la scissione, la negazione, la scarica immediata, che bloccano la possibilità di mentalizzazione (Cahn, 1998). Laddove si verificano questi blocchi, è possibile in ogni tappa dello sviluppo, come in psicoterapia, rielaborare le esperienze passate per poter rimuovere gli ostacoli posti davanti al processo stesso e dare vita a sviluppi nuovi e diversi.

1.2.2 Una natura intersoggettuale

Come si è sottolineato in precedenza, non si nasce soggetto: quest'ultimo avviene attraverso un processo che prosegue per tutta la vita ed ha origine proprio a partire legame con l'altro, altro considerato come soggetto desiderante e non come un oggetto per sé (Wainrib, 2016). Cahn (2007, p. 15), infatti, sostiene che “il primo tempo della soggettivazione è quel movimento che fa di sé, a partire dall'altro, una realtà viva, esclusiva”. Da tale affermazione si evince la natura intersoggettuale del processo e l'importanza dell'oggetto, dei primi legami e dell'ambiente.

Questa prima soggettivazione viene accostata da Moniello (2017) al Vero Sé di Winnicott, da lui definito come “una pura essenza dell'essere che precede e autorizza il comportamento umano” (Moniello, 2017, p. 83). Secondo Winnicott (1970), alla nascita, il bambino si trova in uno stato non integrato e scrive che non esiste una cosa chiamata bambino, esiste solo la coppia madre-bambino. All'interno di questa matrice relazionale è favorito l'emergere dell'essere e il potenziale per lo sviluppo e la vita del Vero Sé. In questo stadio non integrato, di fusione, come lo definisce Gaddini (1989; citato da Moniello 2017), prende avvio la creazione di sé. Gaddini (1989; citato da

Moniello, 2017) mostra infatti come è piuttosto il mantenimento di una condizione anoggettuale, senza oggetto a favorire l'emergere della creatività. Sembrerebbe dunque, che la prima soggettivazione abbia origine dal sensoriale, da questa matrice indifferenziata madre-bambino, da questo stato di non integrazione ed è la premessa al processo di soggettivazione vero e proprio.

Affinché la soggettivazione possa avvenire, le condizioni sono due: “la creatività radicale della psiche e la necessità assoluta dell'altro” (Cahn, 2002, p. 146; citato da Moniello, 2017). Focalizzandosi sulla seconda, il primo altro, il primo oggetto soggettualizzante è la madre, la quale, attraverso le sue capacità di rispecchiamento e sintonizzazione, favorirà o meno il divenire soggetto del figlio (Ruggiero, 2014); lo sguardo che la mamma e il bambino reciprocamente si rivolgono è fondamentale in quanto sostiene il processo di soggettivazione del bimbo (Neri, 2021). Come riferito da Freud (1914; citato da Wainrib, 2016) la madre che rispecchia il bambino, invece di riflettere le proprie fantasie di desiderio irrealizzate è in grado di riconoscerlo in quanto soggetto e di sostenerlo nel processo di diventarlo.

La soggettivazione non avviene dunque in uno spazio vuoto, ma in uno spazio relazionale. Pertanto, è fondamentale l'incontro con una madre “sufficientemente buona” (Winnicott, 1975) che, riprendendo Bion (1962), tramite la rêverie e la funzione alfa accolga e trasformi le emozioni prive di significato del bambino (elementi beta). Dopo aver dato un senso alle emozioni esperite dal figlio, la madre lo aiuta a reintroyettare questi elementi ora digeribili, definiti elementi alfa, offrendo così al proprio figlio la sensazione di un interno che Ruggiero (2014, p. 831) definisce “contenitivo, in grado di operare trasformazioni”. In questo modo la madre trasmette al figlio non solo tali emozioni bonificate, ma anche aspetti ed elementi della propria

soggettività: il modo in cui lei riceve, trasforma, dà significato alle emozioni e sensazioni informi del bambino è intriso della soggettività stessa della madre, e contiene tracce anche delle relazioni importanti della sua storia personale. Il bimbo, dunque, reintroieta dentro di sé un'emozione ora digeribile, con le tracce della soggettività materna e con le modalità del suo gruppo: questo, dunque, mostra come la risposta materna sia allo stesso tempo frutto di un'identificazione empatica col figlio e della sua esperienza nel mondo. Quindi, ciò che il bambino assimila porta con sé tracce dell'oggetto, il contenuto e il contenitore per "pensare i pensieri" (Bion, 1963). Per questi motivi, la soggettività dell'oggetto determinerà possibilità e limiti futuri dell'espressione di sé del figlio (Bastianini, 2014).

Tuttavia, anche l'oggetto, ovvero la madre, esce cambiata da questo scambio reciproco col figlio. Possiamo parlare in questi termini di intersoggettivazione per designare questi incontri che favoriscono il divenire soggetto di entrambe le parti grazie al reciproco riconoscimento del desiderio dell'altro (Wainrib, 2016). Infatti, anche il bambino, con il suo movimento, con il suo sguardo, modifica la madre; insieme, dunque, danno vita ad un senso di reale capacità di esistere grazie a tale incontro. La madre contenitiva sostiene dunque la soggettivazione del figlio, lasciandosi trasformare da ciò che il bimbo ripone in lei: i due membri della diade, perciò, si costruiscono reciprocamente attraverso i loro scambi (Wainrib, 2016).

Tali costrutti sembrano essere confermati anche dalle osservazioni delle interazioni dei bambini piccoli con i loro genitori: in esse, infatti, è possibile vedere quanto i primi legami siano fondamentali per il divenire soggetto a partire dai ritmi condivisi che si instaurano, dalle protoconversazioni, dalla sintonizzazione degli sguardi e dei gesti scambiati, in costante adattamento (Wainrib, 2016). La conferma di queste osservazioni

potrebbe suggerire una sorta di “predisposizione intrapsichica a stabilire legami intersoggettivanti” (Wainrib, 2016, p. 231), ovvero legami che permettono il riconoscimento reciproco con l’altro, favorendo il divenire soggetto di entrambe le parti. Il riconoscimento di questa natura intersoggettuale della soggettivazione è fondamentale anche ai fini terapeutici: Cahn (1998) sottolinea infatti che in psicoterapia, il terapeuta può assumere la funzione soggettivante, che è mancata nelle prime relazioni del paziente, per sostenere il suo divenire soggetto.

1.2.3 Il processo di soggettivazione in adolescenza

Nell’infanzia, dunque, si stabilisce un equilibrio tra le modalità di soggettivazione, grazie alla qualità del legame con l’altro (Wainrib, 2016). Questo equilibrio poi viene rivisto in adolescenza, in un contesto psichico-biologico ambientale nuovo. Questo particolare periodo della vita è infatti fondamentale poiché permette di recuperare, elaborare, modificare e creare nuove possibilità e modalità di lavoro psichico (Cahn, 1998). Il tempo dell’adolescenza, dunque, rimette in discussione il soggetto, ne mette in luce le sue potenzialità, i suoi talenti, favorisce l’appropriazione di sé (Moniello, 2017). La metamorfosi a cui l’adolescente va incontro durante la pubertà, aggiunge Moniello (2017), e tutte le sfide alle quali deve far fronte possono essere considerate come la manifestazione stessa della creazione di sé. Tale lavoro di appropriazione soggettiva della realtà e della propria attività psichica, secondo Cahn (1998), può avere esiti diversi a seconda della relazione con l’oggetto: affinché il processo di soggettivazione non venga ostacolato nel suo percorso è infatti fondamentale, anche in tale periodo, il legame con l’altro, poiché questo si svolge solo in uno spazio intersoggettivo. A tal proposito Cahn (1998) sottolinea due aspetti

principali legati alla soggettivazione in questa particolare fase della vita: da un lato il lavoro psichico che l'adolescente svolge, coinvolto nella ricostruzione di sé; dall'altro la qualità intersoggettiva, ovvero l'importanza del contributo soggettualizzante dell'oggetto (Cahn, 1998). Ogni incontro con l'altro, ogni nuova esperienza può dunque dare vita a riorganizzazioni, elaborazioni nuove o, invece, ad un trauma, se tale incontro conferma il passato. Infatti, come descrive Ruggiero (2014), l'adolescente per poter diventare soggetto e appropriarsi della propria attività rappresentativa ha bisogno di un oggetto-ambiente in grado di offrire una possibilità di rispecchiamento e di narrazioni condivise. È proprio in adolescenza, infatti, che si esasperano gli ostacoli, sia interni che esterni, al processo di soggettivazione, all'appropriazione, dunque, dei propri pensieri, desideri, della propria identità (Cahn, 1998).

A rendere così importante l'adolescenza per il processo di soggettivazione è il fatto che tale periodo permette un profondo lavoro di “*déliation-reliation*”, ovvero di scioglimento e ricostruzione dei legami nei campi sia narcisistici che oggettuali (Cahn, 1998; 2007). Questa possibilità di scompaginare, rilegare, rimodellare i legami rappresenta la fonte vitale del soggetto stesso, un soggetto che ha da inventare sé stesso. Tuttavia, tale occasione, in seguito a profonde carenze da parte dell'oggetto, può essere perduta, provocando un eccesso di slegamento che porterebbe così al ricorso a meccanismi di difesa primitivi che impediscono di accedere alla posizione di soggetto (Cahn, 1998; 2007). Tali eccessi di slegamento, aggiunge Cahn (1998), possono danneggiare non solo la relazione con l'altro, ma anche il funzionamento mentale, creando una vera e propria disarmonia nel funzionamento psichico. Ciò ostacola i processi di pensiero, di simbolizzazione, di mentalizzazione, portando al ricorso a difese estreme, in precedenza citate.

Sono queste le problematiche in causa in adolescenza e che, qualora si fissino, possono comportare lo sviluppo della psicopatologia nell'adulto: per Cahn (1998) i disturbi narcisistici e le organizzazioni borderline dell'età adulta rappresentano proprio l'esito dell'incompiutezza del processo di soggettivazione. Queste problematiche, dunque, nonostante siano eterogenee condividono un terreno comune: una profonda difficoltà nel lavoro di "apertura a nuovi percorsi, di valorizzazione, di appropriazione degli elementi psichici di collegamento con sé stessi e con gli altri" (Cahn, 1998, p. 68), una difficoltà originaria nella differenziazione tra l'io e l'altro.

3.1 La Funzione Riflessiva

3.1.1 Mentalizzazione e funzione riflessiva

In precedenza si è sottolineato come i disturbi della soggettivazione comportino un uso massiccio di difese primitive che, in tal modo, ostacolano la capacità di mentalizzazione. Con questo termine si fa riferimento alla capacità di prestare attenzione, riflettere sugli stati mentali propri e altrui, cercando, sulla base di essi, di comprenderne così il comportamento (Fonagy, 2015). Allen, Fonagy e Bateman (2010, p. 3) ne riportano diverse definizioni: "tenere a mente la mente, considerare gli stati mentali propri e degli altri; comprendere i fraintendimenti; vedere sé stessi dall'esterno e gli altri dall'interno; attribuire una qualità mentale alle cose o sviluppare una prospettiva mentale". Da tutti questi aspetti emerge come la mentalizzazione sia un'attività mentale di tipo immaginativo: quando noi mentalizziamo, infatti, immaginiamo ciò che gli altri stanno pensando e sentendo (Allen et al., 2010; Lingiardi, & Bornstein, 2018). Tale capacità, perciò, ci permette di comprendere il comportamento proprio e altrui sulla base degli stati mentali: questi ultimi includono

pensieri, emozioni, bisogni, desideri, sentimenti, aspettative, credenze, fantasie (Allen et al., 2010). Essa è un'abilità multiforme: la quantità di stati mentali che riusciamo a mentalizzare è molto vasta; include processi espliciti, infatti siamo in grado di mentalizzare in modo consapevole, ma anche processi impliciti, al di fuori della consapevolezza, che avvengono in modo automatico; essa inoltre fa riferimento non solo alla dimensione attuale del presente, dunque agli stati mentali attuali, ma include anche il mentalizzare secondo una prospettiva passata e in relazione al futuro (Allen et al., 2010).

Strettamente connesso alla mentalizzazione è il concetto di funzione riflessiva: questo rappresenta l'operazionalizzazione della mentalizzazione, ovvero rende misurabile il livello generale di mentalizzazione (Allen et al., 2010; Lingiardi, & Bornstein, 2018). Fonagy e Target (2001) li usano come sinonimi e descrivono come essa sia un'acquisizione evolutiva che prende avvio all'interno del mondo sociale della famiglia. Il contesto relazionale è infatti fondamentale per lo sviluppo di tale capacità in quanto la relazione tra il bambino e il suo caregiver favorisce la comprensione del comportamento e delle interazioni in termini di stati mentali. Tale funzione, sottolineano Fonagy e Target (2001), ha origine da una profonda necessità nella prima infanzia di dedurre lo stato del Sé a partire dallo stato dell'altro. Perciò, per il bambino, l'esplorazione degli stati mentali altrui precede la successiva capacità di categorizzare e dare significato al proprio mondo interiore, alle proprie esperienze psicologiche.

Dunque, la funzione riflessiva è quella "funzione mentale che organizza l'esperienza del nostro e altrui comportamento in termini di costrutti dello stato mentale" (Fonagy & Target, 2001, p. 103). Tale capacità cognitiva di alto livello, come presentato da Lingiardi e Bornstein (2018), ci consente di fare esperienza sulla base di queste

rappresentazioni, di poter descrivere il proprio mondo e la propria vita interiore e comunicarlo agli altri; inoltre, essa è fondamentale perché, sottolineano Fonagy e Target (2001, p. 102), è “alla base della capacità di regolazione affettiva, di controllo degli impulsi, di automonitoraggio e dell’esperienza del Sé come agente”. Come descrivono Allen et al. (2010), è proprio all’interno di relazioni mentalizzanti, in particolare con le figure di attaccamento, che si inizia a stabilire il confine Sé-Altro, confine fondamentale anche per il processo di soggettivazione stesso. Perciò, la funzione riflessiva è strettamente legata allo sviluppo del Sé: essa è infatti implicata in molte caratteristiche che contribuiscono a definire la dimensione del Sé, come l’autonomia, la libertà, il senso di responsabilità, la coscienza di sé (Fonagy & Target, 2001). La comprensione del proprio comportamento attraverso l’ampia gamma di stati mentali, incluse anche le motivazioni inconsce, contribuisce alla creazione di una continuità nell’esperienza di sé, fondamentale per una struttura coerente del Sé (Fonagy & Target, 2001). Grazie alla funzione riflessiva, dunque è possibile capire come ci si sente, cosa si prova, cosa si desidera, ciò di cui si ha bisogno e questo, aggiunge Fonagy (2015), ci aiuta a costruire un senso di soggettività.

3.1.2 Attaccamento e funzione riflessiva

La funzione riflessiva non è innata, non nasciamo in grado di mentalizzare: la comprensione del mondo di un bambino è perciò molto diversa rispetto a quella di un adulto e la sanità del suo sviluppo è strettamente legata e dipendente dalle interazioni, sufficientemente amorevoli e riflessive, con gli altri e in particolare con i caregivers (Fonagy & Target, 2001). Dunque, come sottolineano Allen et al. (2010), la famosa frase di Cartesio “Cogito, ergo sum” può essere riferita solo all’adulto e non al

bambino, poiché quest'ultimo, inizialmente, non ha una percezione del proprio mondo interiore; perciò, per il neonato, è possibile usare una formula diversa: "La mamma pensa che io sono, dunque sono" (Allen et al., 2010, p. 82). Quindi, la nostra mente si sviluppa dall'esterno, la madre, all'interno: il nostro modo di mentalizzare ha origine proprio a partire dall'altro, da come l'altro ci ha pensato, dall'esperienza che facciamo di sentirci compresi, di trovarci nella mente dell'altro, dei nostri genitori in particolare (Fonagy, 2015). Ciò che noi pensiamo di noi stessi nasce proprio dal modo in cui ci hanno pensato nella loro mente le persone che tengono a noi (Fonagy, 2015).

Emerge così quanto sia fondamentale la qualità di queste relazioni: la mentalizzazione, infatti, si sviluppa in modo ottimale in un contesto di attaccamento sicuro (Allen et al. 2010). Quest'ultimo, come ha sostenuto Bowlby (1973, 1982; citato da Allen et al. 2010), non rappresenta solo un "rifugio sicuro", in grado di offrire conforto emotivo e senso di sicurezza, ma è anche una "base sicura" per l'esplorazione: il bambino, dunque, esplora la stanza dei giochi, mentre in modo periodico si assicura che i propri genitori rimangano vicini a lui. Tuttavia, aggiunge Bowlby (1988; citato da Allen et al. 2010), questa base sicura dell'attaccamento non riguarda solo l'esplorazione del mondo esterno: essa è anche fondamentale per l'esplorazione del proprio mondo interno, il mondo della mente.

Funzione riflessiva e attaccamento sono, dunque, strettamente connessi; numerosi studi hanno messo in luce questa complessa interazione tra mentalizzazione e sicurezza dell'attaccamento nella prima infanzia (Allen et al., 2010). L'attaccamento sicuro sembra favorire questa particolare funzione mentale, ma è "la mentalizzazione genitoriale contingentemente responsiva all'interno della relazione di attaccamento" (Allen et al., 2010, p. 104) a svolgere un ruolo di estrema importanza nello sviluppo di

tale capacità nel bambino. In particolare, Slade (2005; citato da Allen et al. 2010) ha sottolineato come la capacità di mentalizzare nelle relazioni di attaccamento sia parte fondante di un attaccamento sicuro. Infatti, la capacità della madre di creare e avere nella propria mente una rappresentazione della mente del proprio figlio come possessore di stati mentali, tra cui sentimenti, desideri, bisogni, intenzioni permette al bambino di conoscere ed esplorare il proprio mondo interno, la propria esperienza interiore tramite la rappresentazione che sua madre ha di lui. Perciò, i genitori che sono dotati di tale capacità hanno rappresentazioni dei loro bambini più precise, complete e flessibili e ciò è visibile anche nel modo di interagire con loro, ovvero in interazioni contingentemente responsive e *mind-minded*, in cui il genitore tiene a mente la mente del bambino (Allen et al., 2010). Conseguentemente a ciò, i figli sviluppano un attaccamento sicuro e con esso la capacità di mentalizzare; questo permette al bambino sicuro di attribuire stati mentali al caregiver sentendosi tranquillo nel farlo; il bambino insicuro evitante, invece, evita lo stato mentale dell'altro, mentre quello resistente rimane concentrato sulla propria angoscia, escludendo così scambi con l'altro (Fonagy & Target, 2001).

In tutto ciò, gioca un ruolo fondamentale il rispecchiamento: come descrive Fonagy (2015), quando il bambino è piccolo non è in grado di comprendere i propri sentimenti, cerca una modalità per gestire la propria angoscia, così segnala questi affetti sconosciuti al caregiver. Quest'ultimo lo accoglie, risuona con esso e lo esprime, rispondendo con un tono appropriato, in un tempo giusto, creando così una rappresentazione del suo stato interno. Il caregiver sicuro ha così una funzione calmante, dotato di questa sensibilità che Fonagy e Target (2001) accostano a quella che Bion definisce capacità materna di contenere (1963): con questa si intende la capacità della madre di tenere nella propria

mente un'emozione intollerabile per il bambino e di essere in grado di rispondere, attraverso le cure fisiche, riuscendo, così, a riconoscere tale stato emotivo del figlio e a regolarne sensazioni e sentimenti percepiti come incontrollabili. In tal mondo, aggiunge Fonagy (2015), il bambino è in grado di organizzare i propri stati mentali sulla base di ciò che vede, sente e percepisce fuori; se questo non avviene, ci percepiremo male, o non sapremo con certezza chi siamo, proprio perché nel momento in cui il bambino incontra un caregiver che lo pensa dotato di stati mentali propri, inizia a svilupparsi il “Sé psicologico” del bambino stesso (Lingiardi & Bornstein, 2018).

3.1.3 Sviluppo della funzione riflessiva

Lo sviluppo della mentalizzazione avviene in maniera progressiva ed è strettamente legato all'agency, che è connesso con il senso di sé e degli altri (Allen et al., 2010). Fonagy, Gergely, Jurist et al. (2002; citato da Allen et al., 2010) hanno descritto in maniera approfondita tale sviluppo: i bambini, inizialmente, hanno un senso di sé e degli altri inteso come agenti fisici e sociali; dunque, imparano presto che possono esercitare un'influenza sul proprio corpo, ma anche sugli oggetti fisici esterni e sugli altri. Successivamente, intorno ai nove mesi, iniziano a sviluppare una comprensione teleologica: il bambino percepisce che le azioni compiute dagli altri sono azioni razionali e dirette ad uno scopo, ma non ancora basate su stati mentali. Durante il secondo anno di vita, quando iniziano a “mentalizzare l'atteggiamento teleologico” (Allen et al., 2010, p. 85), i bambini sono in grado di interpretare sulla base di stati mentali, quali bisogni, intenzioni e desideri, le azioni dirette ad uno scopo. Tra i tre e i quattro anni, questa capacità si affina ancor di più e il bambino sviluppa una comprensione esplicita degli stati mentali rappresentazionali, superando con successo i

compiti di falsa credenza: anticipa che il bambino andrà a cercare l'oggetto dove era stato da lui nascosto e non dove è stato spostato mentre lui non era presente.

A questa età, proseguono Allen et al. (2010), avviene il passaggio dal modello teleologico a quello rappresentazionale della mente. Tale visione rappresentazionale del sé e della mente si sviluppa per tutto il resto della vita, favorendo così da un lato un mondo interiore ricco, e, dall'altro, una complessa e accurata comprensione degli altri. Tale progressione evolutiva, come si è descritto in precedenza, non avviene in un vuoto sociale, ma è solo in un contesto di attaccamento sicuro, attraverso il rispecchiamento e tramite le interazioni responsive e mentalizzanti dei caregivers che essa può proseguire nel suo sviluppo (Allen et al., 2010; Fonagy & Target, 2001).

Un ulteriore aspetto da sottolineare nello sviluppo della funzione riflessiva riguarda le due modalità, definite prementalizzanti, che sono presenti fino all'età di tre, quattro anni (Fonagy & Target, 2001). La prima di queste è l'equivalenza psichica, ovvero quella modalità per cui il mondo coincide con la mente: il bambino piccolo, infatti, non considera i suoi stati mentali come intenzionali, ma come parte della realtà fisica, comportandosi come se realtà interna ed esterna coincidessero. Ad esempio, come riportano Allen et al. (2010), i bambini molto piccoli se pensano che nell'armadio si nasconde un mostro, allora, per loro, nell'armadio è realmente presente quel mostro. La seconda modalità è quella della finzione, del far finta, che consente ai bambini di slegarsi dalla modalità precedente dell'equivalenza psichica: infatti, tale modalità consente di non collegare gli stati mentali alla realtà esterna.

Nel gioco i bambini utilizzano questa seconda modalità per cui, ad esempio, una sedia può essere usata come un carrarmato; inoltre, come descrivono Fonagy e Target (2001), mentre giocano i bambini sono in grado di pensare ai pensieri in quanto tali, di

rappresentarsi desideri, idee, perché questi sono completamente privi di connessioni con la realtà. Il legame con il mondo esterno può instaurarsi, nel gioco, solo se è presente un adulto che è in grado di offrire una cornice adeguata e di proteggerlo dalla realtà stessa. In tal modo il caregiver permette al bambino di stabilire una prima connessione tra i sentimenti e le idee del figlio, con la realtà esterna, mostrandogli così una prospettiva diversa, esterna alla sua mente e offrendogli la possibilità di una nuova esperienza mentale che è “finta”, ma reale (Fonagy & Target, 2001).

Perciò, il gioco ha un ruolo fondamentale nello sviluppo della funzione riflessiva. È necessario, dunque, che un adulto sappia “stare al gioco” in modo tale che il bambino, vedendo la propria idea raffigurata nella mente dell’altro, possa poi re-introiettarla, diventando così una rappresentazione del proprio pensiero (Fonagy & Target, 2001). Grazie a tale esperienza del bambino dei suoi stati mentali riflessi, all’età di circa quattro, cinque anni riesce ad integrare queste due modalità prementalizzanti per giungere alla capacità di mentalizzazione (Fonagy & Target, 2001). Gli stati mentali, dunque, rappresentano la realtà, ma non coincidono, non sono identificate con essa. Il bambino, così, riesce a comprendere il comportamento suo e degli altri in termini di stati mentali ed è anche in grado di riconoscere che tali stati sono rappresentazioni, e, in quanto tali, fallibili e mutevoli (Fonagy & Target, 2001).

La mentalizzazione nel corso del tempo diventa sempre più sofisticata (Fonagy, 2015), tuttavia, la letteratura si è focalizzata sui primi anni di vita e sulla valutazione in età adulta, mentre l’adolescenza risulta ancora un territorio poco esplorato (Speranza, & Midgley, 2018). Come sottolineano Speranza e Midgley (2018), in questo periodo tale capacità ancora non ha raggiunto il suo apice, ma è in via di sviluppo. Le stesse aree cerebrali deputate alla mentalizzazione esplicita non si sono ancora sviluppate a pieno:

la maturazione della corteccia prefrontale si conclude intorno ai vent'anni, mentre il sistema limbico, deputato alle emozioni, conclude il suo sviluppo proprio in questo periodo (Speranza & Midgley, 2018). Dunque, nel corso di questa fase della vita, gli adolescenti, anche in seguito ai vari cambiamenti cognitivi, sono sempre più consapevoli dei propri stati mentali e di quelli degli altri, dal momento che cominciano ad integrare una migliore comprensione della propria esperienza, del proprio mondo interiore e la capacità di esprimerlo in modo esplicito (Speranza & Midgley, 2018).

A fronte di queste riflessioni, risulta importante, quando si effettua una valutazione della funzione riflessiva, tenere conto di questo sviluppo e considerare il fatto che durante il corso della vita e anche quotidianamente, come sottolineano Allen et al. (2010), è sempre possibile regredire alle modalità prementalizzanti.

Capitolo 2. Obiettivi e Ipotesi

A fronte di quanto sinora è stato descritto, l'obiettivo della presente ricerca è dimostrare che la psicoterapia psicodinamica sia in grado di sbloccare e riattivare i processi di soggettivazione che si sono arenati nel corso della vita del soggetto. Tuttavia, tale obiettivo non è privo di insidie in quanto in letteratura non è presente uno strumento specifico che vada ad osservare e a dare un punteggio al processo stesso di soggettivazione. Per questo motivo, per cercare di operationalizzare tale costrutto, si è deciso di valutarne l'andamento osservando come cambino nel corso della terapia la funzione riflessiva e alcuni meccanismi di difesa, strettamente legati al processo di soggettivazione. Infatti, come è stato in precedenza sottolineato, la mentalizzazione svolge un ruolo importante nella costruzione del senso di soggettività (Fonagy, 2015); inoltre, le relazioni mentalizzanti con i propri caregivers, che favoriscono lo sviluppo della funzione riflessiva stessa, consentono la creazione di un confine Sé-Altro (Allen et al., 2010), confine fondamentale per poter divenire soggetto. In aggiunta alla funzione riflessiva, si è scelto di prendere in considerazione alcuni meccanismi di difesa: Cahn (1998), infatti, ha sottolineato come l'uso di meccanismi di difesa primitivi, tra cui negazione, scissione, l'agito, contribuiscano alla stagnazione dei processi di soggettivazione, ostacolando la capacità stessa di mentalizzare. Grazie al lavoro psicoterapeutico, aggiunge Cahn (1998), è possibile sbloccare tale processo, diminuendo l'uso dei meccanismi primitivi e favorendo l'emergere di meccanismi di difesa di più alto livello.

Per cui, sulla base della letteratura sinora citata, le ipotesi che sono alla base di tale ricerca sono tre. La prima è di tipo qualitativo:

- *Hp1*: Ci si aspetta che i processi di soggettivazione migliorino nel corso della terapia (Cahn 1998; 2007; Ruggiero, 2014; Wainrib, 2016).

Le ulteriori due ipotesi sono invece di tipo quantitativo:

- *Hp2*: Si ipotizza che il livello di mentalizzazione del paziente aumenti grazie al percorso psicoterapeutico. Infatti, come scritto da Allen et al. (2010), la psicoterapia contribuisce allo sviluppo della capacità di mentalizzare; quest'ultima, aggiungono gli autori, è un aspetto di fondamentale importanza per ogni forma di trattamento terapeutico. A svolgere un ruolo chiave in tale sviluppo è proprio la qualità della relazione paziente e terapeuta: Fonagy (2015) sottolinea come la relazione mentalizzante e di rispecchiamento tra madre e bambino, di cui si è discusso nel capitolo precedente, possa essere paragonabile alla coppia terapeutica. Il terapeuta, infatti, come sottolinea Bowlby (1988, p.134; citato da Allen et al., 2010) ha il compito di “fornire al paziente una base sicura”, fondamentale nello sviluppo della funzione riflessiva, “dalla quale partire per esplorare i diversi aspetti infelici e dolorosi della sua vita, molti dei quali il paziente trova difficile o forse impossibile riconsiderare senza un compagno in cui abbia fiducia che gli fornisca sostegno, incoraggiamento, comprensione e che, al caso, faccia da guida”. Ci aspettiamo quindi che il livello della mentalizzazione, misurato tramite la scala della funzione riflessiva del sé, migliori.
- *Hp3*: Ci si aspetta che i meccanismi di difesa migliorino nel corso della terapia (Cahn, 1998). In particolare, i meccanismi presi in considerazione, che verranno successivamente approfonditi, sono sei: acting out, scissione, identificazione proiettiva, negazione, anticipazione e umorismo. I primi quattro sono

meccanismi più primitivi, appartenenti ai primi livelli difensivi della Defense Mechanism Rating Scale di Perry (1990), e si ipotizza che la frequenza di questi sia più bassa alla fine della terapia rispetto all'inizio della stessa. Per quanto concerne l'anticipazione e l'umorismo, meccanismi di alto livello secondo la DMRS, ci si aspetta che la loro frequenza aumenti grazie al lavoro terapeutico. Ci attendiamo, quindi di assistere a un decremento dei meccanismi più primitivi e a un aumento di quelli più maturi nel corso della terapia.

Capitolo 3. Metodo

3.1 Introduzione

Per indagare le ipotesi presentate nel capitolo precedente è stato individuato un caso clinico di una giovane adolescente, Annalisa, che ha intrapreso un percorso di supporto psicoterapeutico presso il CASF di Padova, Centro per l'affido e la solidarietà familiare, in convenzione con il DPSS all'interno del progetto "non solo fratelli". Tale psicoterapia ha avuto inizio il 17 giugno 2021 e si è conclusa il 10 novembre 2022, con una durata totale di 43 sedute, a cadenza settimanale. Queste ultime, con il consenso della madre, dei genitori affidatari e della paziente stessa, sono state registrate e successivamente trascritte. In merito al registratore, Annalisa ha accettato senza problemi la sua presenza nella stanza a patto che tali sedute non venissero fatte ascoltare alla madre e ai genitori affidatari e che il suo cognome venisse tutelato e nascosto. Il registratore, dunque, non sembra mai essere stato un terzo incomodo nella stanza terapeutica, ma è diventato parte integrante del setting: durante le 43 sedute, infatti, l'argomento del registratore non è mai emerso, anzi è come se paziente e terapeuta si fossero dimenticati di questa presenza.

Sulle trascrizioni verbatim delle sedute di terapia sono stati in seguito utilizzati due strumenti di ricerca che ci hanno permesso di indagare la funzione riflessiva e i meccanismi di difesa. In particolare, il primo tra questi è la Reflective Functioning Scale (SRF; Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998), una scala per valutare la funzione riflessiva del Sé; il secondo è la Defense Mechanism Rating Scale (DMRS; Perry, 1990) una scala per la siglatura di alcune delle difese usate dalla paziente. Al fine di poter applicare correttamente tali strumenti di lavoro, è stato svolto un training intensivo di due giorni per la prima scala e un giorno per la seconda. Inoltre, per avere una maggiore

chiarezza dal punto di vista clinico è stato possibile organizzare un incontro con il terapeuta che ha condotto il lavoro psicoterapeutico.

3.2 Il Caso Clinico di Annalisa

Annalisa giunge all'osservazione clinica all'età di tredici anni. Nonostante la sua giovane età, la sua vita è stata molto movimentata e travagliata. È figlia di una donna immigrata marocchina, Chiara, venuta in Italia all'età di sedici anni, senza alcuna conoscenza della lingua italiana. Al suo arrivo, la madre di Annalisa è stata ospitata a casa di amici, dove ha conosciuto il padre della paziente, un uomo molto più grande di lei. Dopo pochi mesi nel nuovo paese, è rimasta incinta e quest'uomo non ha voluto saperne di tale gravidanza, chiedendo alla neomamma di lasciare casa. Chiara si è rivolta ad una comunità di Padova, iniziando così la sua nuova vita. All'età di diciassette anni ha dato alla luce Annalisa: purtroppo per via della difficile situazione in cui Chiara si era ritrovata, senza una casa e senza un lavoro, è stata presa la decisione di iniziare un affidamento di sette giorni su sette in quanto la giovane madre aveva rifiutato più volte la possibilità dell'adozione. Questo primo affidamento ha avuto inizio all'età di tre mesi ed è durato fino alla fine della scuola materna. Dunque, Annalisa non ha avuto la possibilità di vivere la sua infanzia con la madre, e neppure di essere allattata al seno. Ha avuto però l'opportunità di essere accolta da una famiglia numerosa di cui parla sempre con molto affetto: Monica e Davide, i genitori affidatari che Annalisa stessa chiamava mamma e papà, e i quattro figli maschi, che considera propri fratelli. Questa famiglia non ha mai smesso di essere presente per la ragazza e tuttora rappresenta un punto di riferimento per lei.

Una volta concluso questo primo affido, inizia un periodo di transizioni, di cambiamenti per la coppia mamma e figlia: le due infatti, come racconta Annalisa, girano per comunità, cambiano spesso casa, e tutto questo sembra influenzare la piccola Annalisa, la quale in prima elementare viene “bocciata” per quello che lei definisce come cattivo comportamento. La paziente, infatti, racconta che non ascoltava le maestre, non stava mai ferma, correva per la scuola; in una seduta definisce questi episodi come delle crisi in cui si buttava a terra, piangeva, tirava calci, pugni e urlava isterica. Tali crisi, riferisce Annalisa, sono durate fino all’età di dodici anni e poi si è calmata, dicendo però di essere *“una bambina malata da piccola, cioè avevo qualche problema mentale io”*.

Una volta conclusa la scuola elementare, prende avvio un nuovo affidamento: Annalisa, infatti, racconta che durante l’estate della quinta elementare, non voleva andare in viaggio in Marocco con la madre a trovare la nonna, insieme alla sorellina Sara, che Chiara ha avuto da un altro uomo. Così ha chiesto a degli amici di famiglia, conosciuti nel loro passato in giro per comunità, Alessandra e Fabio, se potesse rimanere con loro insieme alla figlia Elena, poco più grande di Annalisa. Da questa iniziale ospitalità si è poi deciso di formalizzare l’affido, per aiutare anche la madre che aveva difficoltà con gli orari di lavoro, in quanto badante di una coppia di anziani.

Questo secondo affidamento durerà dalla fine della quinta elementare fino all’inizio della prima superiore, nello specifico fino al 15 settembre 2022. Proprio grazie a questo affidamento, Annalisa ha l’opportunità di poter entrare in contatto con il terapeuta del CASF. La piccola adolescente, infatti, ha sentito il bisogno di parlare con qualcuno perché, dice con voce spezzata e commossa: *“C’è stata una settimana in cui sono... Cioè non parlavo con nessuno. Stavo praticamente sempre in stanza, non so perché, e quindi ho deciso, che siccome non riuscivo a parlare con nessuno, magari con una*

persona che non conosco, magari mi veniva più semplice.” In particolare, nella prima consultazione, emerge il rapporto difficile che ha con la madre, e la gelosia nei confronti della sua sorellina di otto anni, Sara, che avendo potuto trascorrere la sua infanzia con la mamma, è molto più legata a lei. Dunque, uno dei motivi per cui ha voluto intraprendere un percorso psicoterapeutico è stato quello di voler “migliorare” il rapporto travagliato con la madre. Inoltre, un ulteriore elemento importante che la paziente riferisce nelle sedute di consultazione iniziali è una difficoltà nei rapporti, anche di amicizia, oltre che con la famiglia affidataria, perché ci sono volte in cui lei riporta, commuovendosi, che le viene da urlare, e questo accade impulsivamente, senza che lei riesca a controllarlo. Infatti, più volte nel corso della terapia Annalisa riferisce di ferire le altre persone e di non accorgersene proprio perché presa dall’impulsività, urla e si arrabbia, non ricordandosi neppure le parole usate. Questa impulsività richiama ad una mancanza di controllo degli impulsi, quindi, ad una capacità di autoregolazione non ben sviluppata: molto spesso, anche nel corso della terapia, la sua rabbia, i suoi affetti incontrollati corrono liberi, attaccando il terapeuta stesso.

Tale mancanza di una regolazione è visibile anche per quanto riguarda la sfera emotiva e affettiva: la capacità di esprimere, comunicare e comprendere i propri affetti è compromessa. Lo spettro delle emozioni sembra essere molto ristretto, è difficile nominare persino la rabbia, che, quando non viene negata, spesso è da lei definita fastidio; mai durante la terapia dice di essere triste, delusa, oppure genuinamente felice. Durante una seduta lei stessa riferisce *“non sono mai stata brava a dire quello che provo, quello che sento, mi dà fastidio farlo”*. Inoltre, aggiunge, *“Io non penso alle mie emozioni, io le lascio stare. Io le lascio vagare da sole. Io non gli do delle regole. Io non impongo limiti, non impongo regole, le lascio libere di vivere.”* Così facendo, non

nominandole, non pensandoci, fa notare il terapeuta, le agisce e ne diventa schiava in quanto travolta da esse. Tale difficoltà di comprendere le proprie emozioni la porta a far fatica anche a riconoscere le emozioni nell'altro: lei stessa dice che non si accorge di ferire gli altri, è la madre affidataria, Alessandra, che le fa presente che le sue parole hanno un peso e fanno male.

Ciò influenza in maniera negativa anche la stabilità delle sue relazioni di amicizia: Annalisa ha pochi amici e il rapporto con questi non sembra essere particolarmente intimo e profondo. In una seduta la paziente racconta come le relazioni rappresentino per lei un rischio di rimanere feriti: innamorarsi, ma anche solamente aprirsi, dice Annalisa, ti rende vulnerabile agli altri. Per questo motivo, aggiunge, non bisogna mai abbassare la guardia, ma tenerla sempre alta perché non si sa mai chi si può avere a fianco, non ci si può fidare, bisogna *“essere prudenti verso sé stessi, e magari vivere una vita un po' meno piena di emozioni, però alla fine non ti fai male”*. Dunque, Annalisa si muove nel mondo con la guardia alta per paura di mostrarsi agli altri. Questo timore anche di non essere accolta la porta così a nascondere alcune parti di sé: ad esempio, la ragazza racconta di non parlare con le sue amiche dei suoi gusti musicali, nei quali rientrano artisti come Bob Dylan e i Beatles, come per paura di un giudizio, sforzandosi così di ascoltare ciò che piace loro. Inoltre, il desiderio di essere accolta e riconosciuta dalla madre, e la paura di essere da lei ferita ha anche condizionato la scelta della scuola superiore di Annalisa, che ha rinunciato ad una passione, il liceo artistico, per poter andare ad un istituto professionale, su esortazione della madre. Annalisa, però sa anche essere una buona amica, con cui potersi confidare: questo aspetto emerge per esempio in una seduta in cui la ragazza sottolinea il fatto che ogni volta che la madre le spia il suo telefono, viola anche la privacy delle sue amiche che le raccontano cose per

loro importanti, facendo l'esempio della separazione dei genitori di una sua amica. Inoltre, Annalisa è anche in grado di offrire aiuto e sostegno alle sue amiche: più volte ha raccontato di come, quando escono insieme, assume il ruolo della “mamma”, ad esempio se bevono, oppure stando attenta anche per loro quando camminano per strada. Inoltre, le sue relazioni sembrano scisse, non c'è un'integrazione di aspetti “buoni e cattivi”: la mamma in particolare viene spesso svalutata, vista e identificata con tutto ciò che di brutto è presente nella sua vita; i genitori affidatari attuali, Alessandra e Fabio, vengono visti in maniera diversa di seduta in seduta, a volte sono visti come i buoni su cui poter fare affidamento, nella seduta successiva invece diventano i cattivi, i bugiardi, insopportabili; la sorella affidataria Elena, inizialmente viene definita come la sua unica amica, e più avanti viene anche lei svalutata, insultata, definita una spocchiosa viziata; la prima famiglia affidataria invece viene idealizzata, ogni volta che Annalisa parla di loro, sembra raccontare di un mondo parallelo dove tutto è positivo, dove tutto è buono. Queste difficoltà nell'integrazione, nella mentalizzazione e nella mancanza di regolazione emotiva molto spesso vanno ad influire anche sul rendimento scolastico. Annalisa dal punto di vista cognitivo non presenta particolari problemi; il terapeuta stesso, e anche la madre e i genitori affidatari, la definiscono una ragazza intelligentissima. Tuttavia, la sua impulsività, la sua incapacità di pensare alle proprie emozioni la portano a “mettersi i bastoni fra le ruote” anche a scuola: con i professori, e in generale con qualsiasi figura di autorità, Annalisa intraprende delle vere e proprie battaglie. Ad esempio, nella materia di musica si è rifiutata più volte con la sua professoressa di suonare il flauto perché, sostiene lei, non le piacevano i brani scelti, cosa che l'ha portata ad avere l'insufficienza; con la professoressa di italiano si è rifiutata di andare alla lavagna perché non aveva voglia di fare l'esercizio, prendendo

una nota sul registro, e riuscendo, in altre occasioni, a farla persino piangere per le sue parole impulsive.

Per tutti questi aspetti, sebbene il servizio CASF dia generalmente il tempo di un anno di terapia, con Annalisa, questo tempo si è esteso di qualche mese, fino al 10 novembre 2022, anche per poter fare in modo che la ragazza si assestasse con l'inizio della nuova scuola e la fine dell'affidamento. Tuttavia, Annalisa ha sentito la necessità di continuare questo percorso: più volte durante la terapia è emersa la questione della fine ed Annalisa ha sempre mostrato un desiderio di continuare, facendo anche l'ipotesi, qualora la madre non avesse potuto permetterselo, di aspettare fino ai sedici anni per andare a lavorare e pagarsi la terapia da sola. Così, il terapeuta, parlando con la madre Chiara e con Alessandra è riuscito ad accordarsi per far sì che Annalisa potesse continuare in privato. Attualmente la terapia è ancora in corso, con una cadenza di una volta ogni due settimane, frequenza che è stata scelta in base alle esigenze economiche della madre. Annalisa, inoltre, ha voluto rifiutare ogni aiuto economico da parte degli assistenti sociali, e ha preferito rinunciare alle attività che svolgeva gli anni precedenti, tra cui chitarra e Scout, per poter comunque conservare questo spazio terapeutico di cui lei sente tanto il bisogno.

3.3 Strumenti di Analisi del Processo Terapeutico

3.3.1 Reflective Functioning Scale

Come si è visto in precedenza, con funzione riflessiva si intendono “quei particolari processi psicologici, spesso riferiti come “teoria della mente”, “metacognizione” o “mentalizzazione” che riguardano la capacità di compiere riflessioni sul proprio e altrui comportamento, tali da vedere e capire sé stessi e gli altri

in termini di stati mentali, cioè in termini di sentimenti, convinzioni, intenzioni e desideri” (Amadei, 2006, p. 333). Per misurare tale funzione Fonagy, e Target, con il contributo di Howard e Mirian Steele, hanno elaborato un *Manuale della funzione riflessiva* (1998) specifico per i trascritti dell’Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, & Main, 1985; Main & Goldwyn, 1998) o per altre interviste che permettono di far emergere risposte di tipo riflessivo siglabili secondo le metodiche del manuale. In particolare, nell’AAI sono previste due tipologie di domande: la prima tipologia consente, ma non richiede, all’intervistato di mostrare le sue capacità riflessive; la seconda comprende le “demand question”, ovvero quelle domande che esigono una risposta di tipo riflessivo. Ad esempio, nell’AAI possiamo trovare domande relative a quest’ultima tipologia come: “Si è mai sentita rifiutata da bambina?”, “In generale, come pensa che la sua esperienza con i suoi genitori abbia influito sulla sua personalità adulta?”, “Perché, secondo lei, i suoi genitori si sono comportati così quando era bambina?”.

Nella presente ricerca tale scala di valutazione sulla funzione riflessiva è stata applicata sui trascritti delle sedute, prestando attenzione a siglare sempre le domande di mentalizzazione, ovvero quelle domande che richiedono da parte della paziente uno sforzo di mentalizzare, ad esempio “Secondo te cosa potrebbe essere successo?” oppure “Come ti sei sentito in quel momento?”. Oltre a queste domande, le risposte di Annalisa venivano siglate quando, nonostante non fosse a lei richiesto di mentalizzare, forniva da sola, autonomamente, risposte mentalizzanti.

Per poter stabilire un buon funzionamento riflessivo, secondo il Manuale, è necessario individuare la presenza di almeno uno dei quattro “*marker* di categorie di riflessività” (Amadei, 2006, p. 338). Tali indicatori rispettivamente sono:

1. *Consapevolezza della natura degli stati mentali*: tale marker può essere visibile in quelle risposte dell'intervistato che fanno riferimento alla natura opaca e non certa degli stati mentali; risposte che dimostrano la limitatezza dell'introspezione, dunque il carattere limitato degli insight sugli stati mentali; risposte che mostrano la consapevolezza del carattere difensivo di alcuni di stati mentali.
2. *Sforzo esplicito di estrapolare stati mentali sottostanti a comportamenti*: l'intervistato, ad esempio, cerca di attribuire accuratamente stati mentali agli altri, riconosce l'esistenza di prospettive diverse, considera che il proprio stato mentale ha un'influenza sul comportamento, proprio e altrui.
3. *Riconoscimento dello sviluppo degli stati mentali*: tale indice si focalizza su come gli stati mentali si trasformano ed evolvono nel tempo. Può essere colto in quelle frasi in cui è presente una prospettiva evolutiva, nelle quali si stabiliscono delle connessioni tra una generazione e l'altra, si riconsiderano pensieri e fatti del passato sulla base delle nuove capacità di comprensione, diventando consapevole del cambiamento degli stati mentali tra passato e presente e tra presente e futuro.
4. *Consapevolezza degli stati mentali in rapporto all'intervistatore*: quest'ultimo è visibile in quelle frasi in cui sono presenti stati mentali dell'intervistato in relazione all'intervistatore. Il soggetto è dunque in grado di considerare gli stati mentali che si sviluppano nel qui e ora del colloquio. L'intervistato si sforza di chiarire e aiutare l'intervistatore a comprendere ciò che sta raccontando, fa riferimento esplicito all'effetto probabile che il materiale da lui raccontato può avere sull'altro.

Se durante le risposte emerge almeno una di queste quattro categorie allora si può stabilire la presenza di un moderato-alto punteggio. In merito a quest'ultimo, il manuale ha stabilito una scala da -1 a +9.

Il punteggio di -1 indica una risposta chiaramente anti-riflessiva: l'intervistato risponde in maniera ostile, attivamente evasiva, le domande possono essere percepite come un attacco e le risposte possono essere bizzarre o inappropriate per l'intervista.

Il punteggio di 1 si assegna quando viene individuata l'assenza, ma non il rifiuto della funzione riflessiva. Tali risposte non contengono nessuno dei quattro indicatori sopra esposti. Spesso più che essere attivamente ostili, sono passive, includendo spiegazioni in termini concreti del proprio o altrui comportamento, evitando riferimenti a stati mentali. Inoltre, tali risposte possono anche comprendere distorsioni al servizio del sé, ovvero risposte più egoriferite, egocentriche, che hanno il compito di sopravvalutare e accrescere l'immagine del sé e l'importanza dell'individuo nell'influenzare il comportamento altrui.

Si conferisce il punteggio 3 quando le risposte date dal soggetto indicano una funzione riflessiva bassa o dubbia. Il soggetto si sforza di mentalizzare, utilizzando un linguaggio e termini che fanno riferimento agli stati mentali, ma le argomentazioni apportate sembrano essere prive di valore riflessivo; dunque, il soggetto non sembra avere una chiara conoscenza di quello che le sue affermazioni implicano. Molto spesso, infatti, vengono usati dei cliché o frasi stereotipate, non personali, di carattere generale, o al contrario le spiegazioni possono essere eccessivamente profonde e dettagliate, ma non convincenti. L'intervistato, dunque, non riesce ad entrare in contatto con il contenuto affettivo degli episodi che riferisce e non comprende l'impatto che quelli hanno avuto sulla sua stessa vita.

La presenza di uno o più dei quattro marker permette di assegnare un punteggio tra il 5 e il 9. Il punteggio 5 indica una funzione riflessiva definita o ordinaria: tali risposte mostrano una riflessione esplicita, in cui il soggetto fa attivamente riferimento alla natura o alla proprietà degli stati mentali, riuscendo, ad esempio, a collegare uno stato mentale ad un comportamento, oppure uno stato mentale in relazione al terapeuta.

Il punteggio di 7 indica una funzione riflessiva marcata: tali risposte mostrano una riflessione esplicita sugli stati mentali, sono sofisticate, complesse, sorprendenti e offrono una prospettiva originale. Il soggetto riesce a unire e a far interagire dinamicamente emozioni, conflitti e stati mentali, mettendo in luce la complessità della funzione riflessiva. Lo stato mentale, inoltre, può essere inserito all'interno di una sequenza causale, riuscendo così a comprendere come esso possa influenzare un comportamento. Inoltre, può essere presente un'ulteriore caratteristica: ovvero l'aspetto intersoggettivo. L'intervistato considera come il suo stato mentale possa influenzare e avere un impatto sullo stato di un altro, ad esempio quello dell'intervistatore, oppure come alcuni episodi possano essere letti in maniera diversa da un'altra persona.

Infine, il punteggio di 9, punteggio più alto, viene assegnato quando si registra una funzione riflessiva eccezionale. Le risposte che il soggetto dà mostrano come vengano presi in considerazione tutti i protagonisti dell'interazione. Il passaggio deve contenere tutte le caratteristiche precedenti, essere coerente, ma anche sofisticato, originale, considerare la causalità degli stati mentali e l'interazione tra le due persone. Infatti, come sottolinea Amadei (2006, p. 342) "l'essenza della funzione riflessiva non consiste nel fatto che l'individuo compia più o meno sofisticate riflessioni teoriche, ma che mostri di possedere una conoscenza pratica circa l'impatto del funzionamento delle menti sul comportamento sia degli altri che di sé stesso".

3.3.2 Defense Mechanism Rating Scale

La Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) di Perry (1990) è uno strumento che permette di valutare i meccanismi di difesa usati dai singoli individui. Prima di introdurre tale strumento che si è qui utilizzato, introduciamo i meccanismi di difesa: con questo termine Lingiardi (2002, p. 153) definisce quei “sentimenti, pensieri o comportamenti tendenzialmente involontari, che sorgono in risposta a percezioni di pericolo per il soggetto e sono finalizzati in modo più o meno adattivo, a nascondere o alleviare i conflitti o gli agenti stressanti che danno origine ad ansietà o angoscia”. Dunque, tali meccanismi permettono al singolo di gestire eventuali conflitti e fonti di stress provenienti sia dal mondo interno che dalla realtà esterna, e rappresentano lo strumento principale per la gestione di affetti ed istinti. Come ha descritto Lingiardi (2002), essi sono generalmente automatici, ovvero si attivano senza che il soggetto ne sia consapevole. Tali difese possono essere organizzate secondo una gerarchia, ovvero lungo un continuum di adattamento-disadattamento, la cui capacità adattiva è determinata dalla rigidità, dall'intensità e dal contesto di azione. Infine, le difese tendono a specializzarsi per ciascun soggetto in modo da poter utilizzare la stessa modalità, lo stesso pattern difensivo in situazioni che sono simili.

Il concetto di meccanismo di difesa è stato a lungo studiato sia dal punto di vista clinico e teorico, che da quello della ricerca empirica. Quest'ultimo ambito ha tuttavia dovuto andare incontro a diverse difficoltà sia per quanto riguarda l'aspetto concettuale che per quello metodologico. Infatti, una delle caratteristiche principali è che in genere tali difese agiscono al di fuori della consapevolezza, in maniera inconscia e, di conseguenza, non possono essere osservate direttamente, ma si possono soltanto inferire dal comportamento e dalle relazioni che si instaurano. Consapevole di queste difficoltà,

Perry è stato in grado di formulare uno strumento preciso e rigoroso sia sul piano concettuale che metodologico, riuscendo a ridurre al minimo il grado di soggettività di chi lo usa e ad aumentare l'attendibilità delle osservazioni.

Nell'elaborazione di questo strumento, per quanto concerne l'aspetto teorico, l'autore ha considerato le difese secondo la teoria del conflitto psichico definendole come “un meccanismo che media tra i desideri, le necessità, gli affetti e gli impulsi del soggetto da un lato e le proibizioni interiorizzate la realtà esterna dall'altro” (Perry & Cooper, 1986; citato da Lingiardi & Maddedu, 2002, p. 322). Dunque, l'autore non considera solo i meccanismi di difesa dal punto di vista intrapsichico, ma tiene anche conto dell'ambiente e della relazione con gli altri. Questa apertura alla realtà esterna ha permesso di evidenziare come i meccanismi più primitivi siano legati in misura maggiore alla relazione con l'ambiente, mentre quelli più evoluti siano legati al mondo intrapsichico (Lingiardi & Maddedu, 2002).

L'individuazione di tali difese e la loro valutazione viene effettuata sui trascritti clinici. In particolare, la DMRS considera ben 27 meccanismi di difesa, selezionati sulla base di una dimostrata attendibilità e di una definizione univoca in letteratura. Ogni difesa nel manuale è descritta secondo la sua definizione, funzione, una accurata diagnosi differenziale, e dei criteri che stabiliscono l'uso certo, possibile o assente della difesa. Inoltre, le difese individuate sono suddivise in 7 livelli maturativi:

0. *Cattiva o mancata regolazione difensiva*: tale livello si caratterizza per il fallimento della regolazione difensiva fino ad una profonda e significativa frattura con la realtà esterna. I meccanismi di difesa presenti a questo livello sono tre e per la loro gravità non vengono conteggiati nella DMRS: diniego psicotico, distorsione psicotica, proiezione delirante.

1. *Acting*: il funzionamento caratteristico di questo livello consiste nell'affrontare fonti di stress esterne o interne tramite l'azione o il ritiro; inoltre, le azioni vengono compiute senza tener conto delle conseguenze che ne derivano. I meccanismi di difesa qui individuati sono: acting out, aggressione passiva ed help-reject complaining (ritiro nell'apatia).
2. *Distorsione maggiore dell'immagine (difese borderline)*: è qui presente una distorsione ed attribuzione erronea dell'immagine di sé e degli altri al fine di evitare la frammentazione del Sé e favorire un senso di coesione e coerenza del Sé. Le difese qui presenti sono: identificazione proiettiva e scissione dell'immagine di sé o degli altri.
3. *Diniego*: le difese presenti a tale livello hanno il compito di escludere dalla coscienza stressor, quali impulsi, idee, affetti inaccettabili o fastidiosi. Conseguentemente a ciò, può anche essere presente una attribuzione errata di essi a cause esterne. I meccanismi di difesa che sono stati collocati a questo livello sono: diniego/negazione di sé, proiezione, razionalizzazione, fantasia schizoide.
4. *Distorsione minore dell'immagine (difese narcisistiche)*: la distorsione serve qui a regolare e mantenere l'autostima. Le distorsioni dell'immagine di sé, del proprio corpo o degli altri non sono così totali e diffuse come avviene per le difese borderline. Le difese che sono state qui individuate sono: idealizzazione, onnipotenza, svalutazione.
5. *Inibizione mentale (difese nevrotiche)*: gli eventi stressanti e i conflitti vengono esclusi, tagliati fuori dalla coscienza. L'affetto, l'impulso o il suo oggetto possono essere infatti alterati, distorti rispetto al suo originario. I meccanismi di

difesa qui presenti sono: rimozione, dissociazione, formazione reattiva e spostamento.

6. *Inibizione mentale (difese ossessive)*: il funzionamento caratteristico di questo livello prevede che l'idea rimanga integra, mentre si lavora sull'affetto associato ad essa che può essere neutralizzato o minimizzato senza deformare la realtà esterna. Le difese associate a questo livello sono: annullamento retroattivo, intellettualizzazione e isolamento dell'affetto.
7. *Difese mature*: questo livello può essere definito più come un aspetto di adattamento all'ambiente che un aspetto difensivo vero e proprio. Tali difese infatti favoriscono la gratificazione, contribuiscono a raggiungere la consapevolezza di affetti, sentimenti, idee, riuscendo così a trovare un equilibrio nel conflitto. Sono qui indicate: affiliazione, altruismo, anticipazione, autoaffermazione, auto-osservazione, repressione, sublimazione e umorismo (humor).

Per questo lavoro di tesi si è scelto di non analizzare tutti e 27 i meccanismi difensivi della DMRS. Sono state scelte soltanto alcune difese: acting out, identificazione proiettiva, scissione, negazione, anticipazione e umorismo.

3.4 Meccanismi di Difesa

3.4.1 Acting out

L'acting out o agito, appartenente al primo livello della scala, è un meccanismo di difesa che consente di affrontare conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne agendo, non pensando e non preoccupandosi delle conseguenze negative che questo agire porta con sé sia a livello personale che sociale (Perry, 1990). I sentimenti, desideri

o gli impulsi, aggressivi, sessuali, di attaccamento vengono espressi tramite un comportamento incontrollato, spesso in concomitanza ad eventi interpersonali che implicano altri significativi per il soggetto.

Questo meccanismo consente dunque di scaricare quei sentimenti, affetti, impulsi dolorosi invece di “fare i conti con essi”. Dunque, il soggetto evita di percepire il dolore derivante da questi affetti in quanto, servendosi di tale meccanismo, viene eliminata ogni possibilità di riflessione; il sentimento viene così subito espresso tramite un comportamento non pensato, tramite scarica immediata. Successivamente, l'individuo può riacquistare la consapevolezza e la capacità di riflettere, provando anche senso di colpa per l'azione appena compiuta; oppure possono seguire altre difese, come la negazione, o lo spostamento. Tra i comportamenti che si associano a questo meccanismo troviamo le risse, gli scontri fisici, abuso di alcol, sostanze, farmaci, comportamenti sessuali irragionevoli.

Per quanto riguarda la presente ricerca, si è scelto di valutare l'agito per due motivi. Innanzitutto, Cahn (1998) ha messo in luce, come più volte si è specificato, che tale difesa rientra tra quei meccanismi che ostacolano il processo di soggettivazione stesso. Infatti, se non è possibile riflettere, prendere consapevolezza di affetti, sentimenti, desideri dolorosi, inaccettabili, non è possibile appropriarsi della propria attività psichica, diventare autore della propria vita e differenziarsi in quanto soggetto. Per tale ragione si è ritenuto importante valutare se tale difesa fosse presente in questo caso clinico e, qualora lo fosse, osservare se diminuiva nel corso della terapia. La seconda ragione ha a che fare con Annalisa stessa: la giovane paziente, infatti, in una seduta dice di non controllare le sue emozioni, i suoi sentimenti, lasciandoli correre liberi, così facendo però li agisce. Infatti, Annalisa ha spesso raccontato di aver discusso, litigato

con diverse persone, tra cui sua madre, la sua famiglia affidataria, le sue amiche, i suoi professori, in preda ad un'impulsività che non riusciva a controllare, dicendo cose che non pensava realmente e di cui non riesce ad avere neppure ricordo. Per questo motivo si è ritenuto potesse essere un importante aspetto da valutare sulla base delle ipotesi poste.

3.4.2 Scissione

La scissione dell'immagine di sé o dell'oggetto, che Perry (1990) ha inserito nel secondo livello, è un meccanismo che permette di affrontare i conflitti emotivi e le fonti di stress interne o esterne separando attivamente ciò che è contraddittorio, poiché il soggetto non riesce ad integrare aspetti positivi e negativi di sé o degli altri in un'immagine unitaria e coesa. Non riuscendo a tollerare questa ambivalenza e fallendo la capacità di integrazione, il soggetto non riesce a crearsi delle rappresentazioni realistiche sia di sé che degli altri. Di conseguenza l'esperienza è divisa in due, le immagini sono completamente scisse in due poli opposti ed il soggetto può vedere solamente un aspetto alla volta, o quello positivo o quello negativo.

Tale difesa ha la funzione di difendere il soggetto dall'ansia di danneggiare l'oggetto buono: ovvero la paura è quella di rovinare, distruggere l'oggetto buono, e idealizzato, visto unicamente nei suoi aspetti positivi, se questo venisse integrato con quelli negativi. Perciò, le rappresentazioni positive di sé e degli altri sono collocate in spazi mentali sicuri, liberi dal rischio di essere contaminati da tutti gli aspetti negativi. Ciò impedisce però al soggetto di poter funzionare a sfumature, il funzionamento permesso è soltanto bianco o nero. Un esempio di questo meccanismo può essere la divisione buoni e cattivi, belli e brutti, intelligenti e stupidi.

Come per l'agito, la scelta di questa difesa, ai fini di tale elaborato, risale proprio all'opera di Cahn (1998). Anche la scissione, infatti, rientra tra quei meccanismi che bloccano il corso dei processi di soggettivazione. Non riuscendo ad integrare aspetti contraddittori, a tollerare l'ambivalenza, e non riuscendo a creare un'immagine e rappresentazione di sé realistica e intera, non è possibile accedere alla posizione di soggetto, non è possibile sentirsi sé stesso. Come mostrato da Cahn (1998), il rischio è quello di un eccesso di slegamento che impedisce al soggetto di trovare il proprio modo di essere, vivo e creativo. Dunque, si è ritenuto interessante vedere come la presenza di questo meccanismo cambiasse nel corso della terapia di Annalisa.

3.4.3 Identificazione proiettiva

Tale questo meccanismo di difesa, situato nel secondo livello, lavora a stretto contatto con la scissione. Come descritto da Perry (1990), il soggetto, infatti, evacua, espelle, proietta all'esterno, sull'altro, le proprie parti scisse, come affetti o impulsi inaccettabili. Questo altro che le riceve le sente al punto da identificarsi con esse, affinché poi il soggetto iniziale che le aveva espulse possa così rivederle. I confini tra i due individui sono dunque molto più sottili e confusi rispetto alla proiezione: tale difesa, infatti, implica l'attribuire un'immagine all'altro in modo da vederlo solo in quel modo, secondo una luce distorta, reagendo così di conseguenza. L'identificazione proiettiva è talmente forte che riesce a suscitare realmente nell'altro quei sentimenti e affetti che sono stati proiettati. In tal modo, alla fine il soggetto che ha usato questo meccanismo può ammettere quell'affetto che ha espulso, ma considerandolo una reazione all'altro, non riconoscendo dunque di essere il proprietario di ciò che ha proiettato.

Infatti, per il soggetto, coerentemente con questa scissione di aspetti negativi e poi proiezione di essi, è l'altro che sta facendo qualcosa di minaccioso e, di conseguenza, reagisce provocandolo direttamente, pensando che tutto ciò sia giustificabile, quando in realtà è lui stesso ad attaccare per primo. Alcuni esempi possono essere il sarcasmo, l'essere provocatori, irritanti, essere irritabili per cose superficiali.

Si è scelto di individuare l'identificazione proiettiva e di osservarne la sua evoluzione dopo aver avuto la possibilità di incontrare e confrontarsi con il terapeuta di Annalisa. Egli stesso infatti ha riferito di aver toccato con mano questo meccanismo di difesa messo in atto dalla paziente: il terapeuta ha raccontato che spesso Annalisa rispondeva in modo irritante, provocatorio, smuovendo una forte aggressività in seduta, cosa che gli faceva crescere dentro una grande rabbia. Ogni volta che ciò accadeva, si rendeva conto che in realtà non aveva alcun motivo per essere arrabbiato con la paziente, e dunque, comprendendo questo, provava a restituire lei tale affetto dicendole "Forse sei tu che sei tanto arrabbiata". Tale difesa, come suggerito dal terapeuta, sembra essere un meccanismo caratteristico di Annalisa, che usa molto spesso anche al di fuori delle sedute, come a scuola, con la famiglia affidataria e anche con gli stessi servizi affidi. Tuttavia, tale meccanismo, se utilizzato al di fuori del contesto terapeutico, impedisce al soggetto di potersi riappropriare di quegli aspetti brutti, negativi di sé che sono proiettati nell'altro, impedendo così la costruzione di una rappresentazione di sé integrata e unitaria, fondamentale per poter divenire soggetto e differenziarsi dall'altro. Nella stanza terapeutica è invece possibile re-introiettare quelle parti, prima scisse e proiettate, riuscendo così a riconoscerle piano piano e a mentalizzarle, senza dover riutilizzare nuovamente questo meccanismo disfunzionale per lei.

3.4.4 Negazione nevrotica

La negazione, appartenente al livello tre della gerarchia di Perry (1990), è un meccanismo di difesa che permette al rimosso di arrivare alla consapevolezza, ma in negativo. Il soggetto, infatti, affronta i vari conflitti e fonti di stress interne o esterne rifiutando aspetti della realtà esterna o di sé che per gli altri sono invece evidenti. Perciò, si nega in modo attivo che, ad esempio, un sentimento sia stato o sia ancora presente, anche se per l'osservatore è chiaro che lo sia. Il desiderio, l'affetto, l'idea, non è rimossa, appare nel sistema conscio, tuttavia, ci si rifiuta di ammetterne la presenza, negandola con fermezza. Ad esempio, molto spesso Annalisa, di fronte agli interventi del terapeuta, nega di essere arrabbiata quando nell'aria invece si percepisce la tensione che la sua rabbia ha generato.

La negazione ha lo scopo di non permettere al soggetto e al suo interlocutore di riconoscere desideri, impulsi, affetti, intenzioni, sentimenti di cui invece l'individuo stesso è portatore. Ciò consente a chi la usa di non diventare consapevole di un qualcosa che potrebbe generare conseguenze negative, evitando così di provare sentimenti dolorosi quali vergogna, rammarico, imbarazzo.

Per testare le ipotesi poste in precedenza, si è scelto di considerare tale difesa poiché Cahn (1998) stesso la annovera tra quei meccanismi che ostacolano il corso dei processi di soggettivazione. Se non è possibile divenire consapevoli di determinati affetti, impulsi, sentimenti non si riesce, neppure, ad accedere alla posizione di soggetto. Come delineato nel primo capitolo, la soggettivazione ha infatti un profondo legame con la consapevolezza: il soggetto riesce ad appropriarsi della propria realtà, riconoscendo specifici desideri, emozioni e sentimenti come propri. Dunque, se la negazione è presente in modo massiccio, il processo di soggettivazione stesso è ostacolato.

3.4.5 Anticipazione

L'anticipazione è un meccanismo di difesa che si trova al settimo livello della gerarchia della DMRS. Come descrive Perry (1990), tale difesa permette al soggetto di far fronte ad eventuali conflitti e situazioni di stress derivanti da fonti esterne o interne non solo considerando soluzioni nuove, alternative e realistiche, ma riuscendo anche ad anticipare le reazioni emotive proprie e dell'ambiente rispetto ad eventuali problemi nel futuro, sperimentando inoltre l'angoscia che tale rappresentazione mentale porta con sé. Si è così in grado di rispondere in un modo migliore e più adattivo al conflitto che si sta vivendo. Tale meccanismo consente di alleviare l'ansia e la tensione programmando una risposta futura, basandosi sulla realtà. Un esempio di questo meccanismo si ha quando il soggetto racconta come ha pensato di far fronte ad un evento che accadrà, valutando le diverse soluzioni possibili e sperimentando un certo livello di ansia che, tuttavia, è ben modulato.

Si è scelto come meccanismo di alto livello l'anticipazione in quanto si ritiene essere vicino alla funzione riflessiva, che, come è stato descritto nel primo capitolo, è fondamentale per il processo stesso di soggettivazione: l'individuo deve, infatti, essere in grado di comprendere gli stati mentali propri e altrui alla base di un comportamento per poter elaborare una risposta adattiva di fronte ad un conflitto.

3.4.6 Umore

L'ultimo meccanismo di difesa qui preso in considerazione per testare le ipotesi poste in precedenza è l'umorismo, anch'esso inserito da Perry (1990) nel livello sette. Tale difesa consente al soggetto di affrontare i conflitti emotivi e le varie fonti di stress sottolineando con enfasi gli aspetti divertenti ed ironici del conflitto stesso. Si riesce

così ad alleviare la tensione legata allo stressor in un modo che consente di dividerlo con tutti e riderci sopra. Perciò, gli affetti, anche spiacevoli, collegati al conflitto possono comunque, in una qualche misura, essere espressi, riuscendo così ad evitare quel blocco che la situazione conflittuale, con le sue tensioni annesse, può creare. La frustrazione viene così mitigata momentaneamente permettendo a tutti di sorriderci sopra. Bisogna però sottolineare che non si tratta mai di sarcasmo, umiliazione o svalutazione, ma piuttosto si fa riferimento a un sentimento di leggerezza legato al conflitto.

La scelta di prendere in considerazione tale meccanismo di difesa deriva dall'incontro che si è tenuto con il terapeuta. Quest'ultimo infatti ha suggerito di indagare tale meccanismo, in quanto egli stesso si è accorto che Annalisa, nel corso delle sedute, ha iniziato a scherzare su alcuni aspetti di sé riuscendo a prendersi in giro, e a prendere in giro anche lui, sempre restando nell'area del gioco. Si è perciò ritenuto un aspetto importante e interessante da poter valutare, in quanto, attraverso lo scherzo Annalisa, come si vedrà, è riuscita a portare alla coscienza aspetti di sé prima difficili da considerare. Attraverso l'umorismo, si è data quindi l'opportunità di mettersi in discussione, aprendo anche la possibilità di mentalizzare nuovi stati mentali che non potevano essere percepiti. Di conseguenza, si è ritenuto che l'umorismo potesse essere importante da valutare per osservare i processi di soggettivazione poiché esso permette di portare alla consapevolezza conflitti o tensioni che sono inibiti e bloccati; dunque, come prima è stato visto per la negazione, il divenire consapevoli di conflitti o affetti dolorosi e spiacevoli è importante per poterli integrare nella propria realtà psichica, dunque per appropriarsene e progredire così lungo il cammino della soggettivazione.

Capitolo 4. Risultati

Per verificare le ipotesi di tale elaborato ed effettuare le analisi statistiche si è scelto di dividere le 43 sedute di terapia in tre fasi:

1. Fase 1: dalla prima seduta di consultazione alla seduta numero 13. Questo periodo può essere, infatti considerato un periodo iniziale, in cui Annalisa e il terapeuta si stanno ancora conoscendo e si sta instaurando la relazione terapeutica.
2. Fase 2: dalla seduta 14, prima seduta in cui emerge l'aggressività e la rabbia che Annalisa porta con sé, fino alla seduta numero 36, ultima seduta prima della pausa estiva. Questo periodo è quello centrale della terapia, dove emergono le questioni principali della giovane adolescente e dove si è ben assestata la relazione tra Annalisa e il suo terapeuta.
3. Fase 3: dalla seduta numero 37 all'ultima seduta finale, numero 43. Il ritorno delle vacanze estive coincide infatti con la fase di chiusura di questa psicoterapia. Il clima relazionale cambia in questo periodo, le sedute sono caratterizzate da molti silenzi; Annalisa è più chiusa, sta attenta a non approfondire argomenti delicati per lei, non sapendo ancora se sia possibile continuare la terapia in privato, perché *“se poi tiro fuori mille robe le lascio a metà. Non mi va di lasciare le robe a metà, piuttosto me le tengo per me”*.

Dopo aver effettuato questa divisione, come mostrato nel Dataset presente in appendice, sono state calcolate, per ogni seduta, le intensità medie della funzione riflessiva misurata con la SRF e le frequenze di ogni meccanismo di difesa scelto. In questo modo, è stato possibile osservarne l'andamento lungo le tre fasi.

Successivamente, come mostrato nella Tabella 1, sono state calcolate le medie e le rispettive deviazioni standard dell'intensità media della funzione riflessiva e delle frequenze di acting out, scissione, identificazione proiettiva, negazione, anticipazione e umorismo considerando sia le singole fasi di terapia, che l'intero arco temporale.

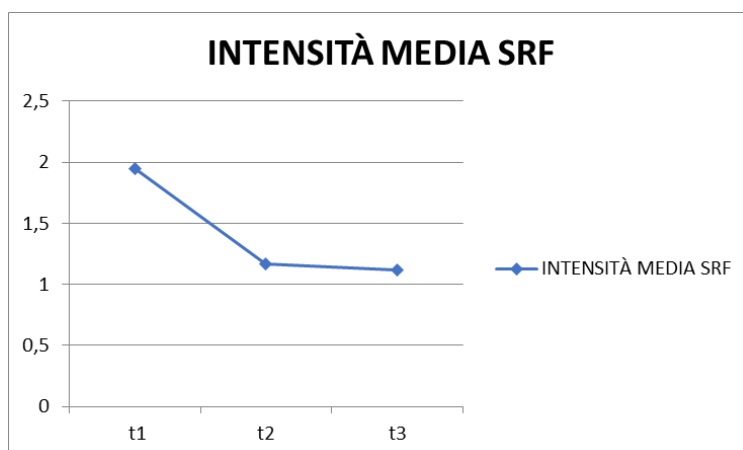
Tabella 1

Media e SD per i tre periodi della terapia sulle variabili considerate.

	Intensità media SRF	Acting out	Scissione	Id. proiettiva	Negazione	Anticipazione	Umorismo
Media generale	1,40	0,28	1,23	1,16	6,88	0,26	0,93
SD generale	0,61	0,63	1,52	1,49	5,49	0,66	1,24
Media Δt 1	1,94	0,54	1,23	0,46	5,69	0,23	0,62
SD Δt 1	0,39	0,97	1,36	0,66	6,75	0,60	0,77
Media Δt 2	1,17	0,13	1,35	1,30	7,96	0,22	1,13
SD Δt 2	0,57	0,34	1,77	1,52	5,36	0,67	1,52
Media Δt 3	1,12	0,29	0,86	2,00	5,57	0,43	0,86
SD Δt 3	0,37	0,49	0,90	2,08	2,23	0,79	0,90

Per quanto riguarda la funzione riflessiva, osserviamo come la qualità della mentalizzazione non sia elevata, ma rappresenti un livello di mentalizzazione base (compreso tra 1 e 2), in quanto il valore massimo di intensità media della funzione riflessiva, secondo la scala della SRF, è un punteggio di 3. Inoltre, dalle medie dell'intensità media è possibile vedere come la qualità della funzione riflessiva, dalla fase 1 alla fase 3, diminuisca: a partire da questi primi dati, come si evince nel Grafico 1, si verifica un abbassamento dell'intensità media della funzione riflessiva dall'inizio alla fine della terapia.

Grafico 1. Intensità media SRF durante le 3 fasi della terapia.



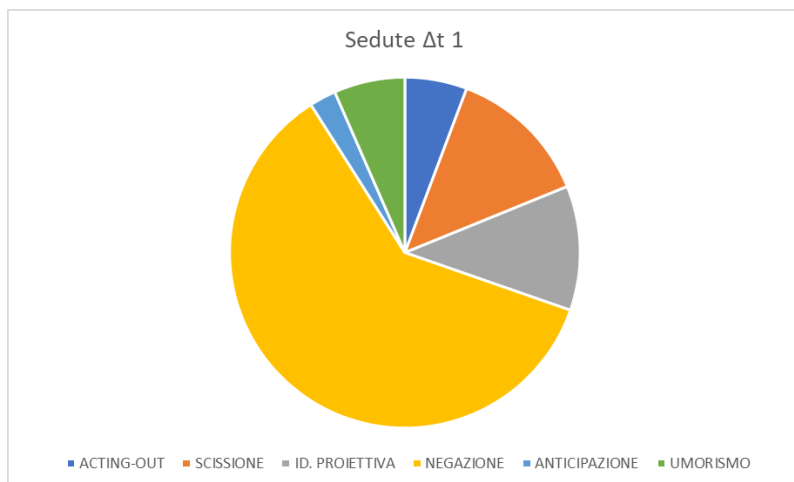
Focalizzandosi ora sui meccanismi di difesa, è possibile vedere, sulla base delle medie descritte nella Tabella 1, come il meccanismo più usato dalla paziente tra quelli scelti sia la negazione, seguito dalla scissione, identificazione proiettiva, umorismo, acting out e anticipazione. Per comprendere meglio come questi meccanismi si distribuiscano nel corso delle varie fasi della terapia, sono state calcolate le loro frequenze percentuali, presenti nella Tabella 2, e successivamente sono stati creati dei grafici a torta (Grafico 2, Grafico 3 e Grafico 4).

Tabella 2

Frequenze meccanismi di difesa.

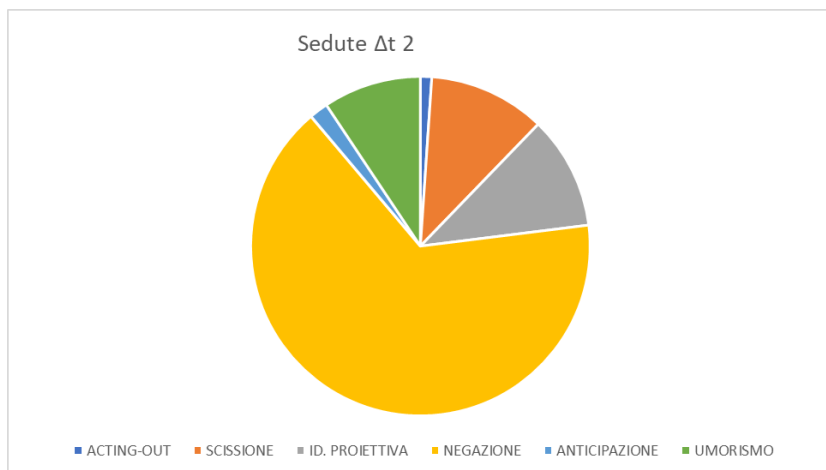
Fasi della terapia		Acting out	Scissione	Id. proiettiva	Negazione	Anticipazione	Umorismo
Sedute Δt 1	114						
	Somma sedute Δt 1	7,00	16	14	74	3	8
	% Δt 1	6%	14%	12%	65%	3%	7%
Sedute Δt 2	278						
	Somma sedute Δt 2	3	31	30	183	5	26
	% Δt 2	1%	11%	11%	66%	2%	9%
Sedute Δt 3	70						
	Somma sedute Δt 3	2	6	14	39	3	6
	% Δt 3	3%	9%	20%	56%	4%	9%

Grafico 2. Meccanismi di difesa nella fase 1.



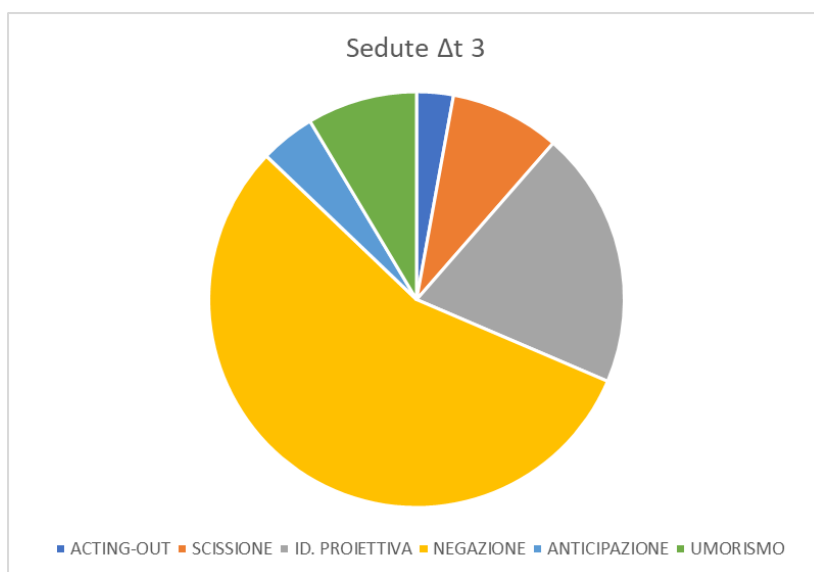
Come si evince dal Grafico 2, nella prima fase della terapia è presente una preponderanza della negazione rispetto agli altri meccanismi di difesa, seguita dalla scissione, identificazione proiettiva, umorismo, acting out e anticipazione.

Grafico 3. Meccanismi di difesa nella fase 2.



Il Grafico 3 mostra come nella fase centrale della terapia la negazione rimanga il meccanismo di difesa più usato, seguito da scissione, identificazione proiettiva, umorismo, anticipazione e, infine, acting out.

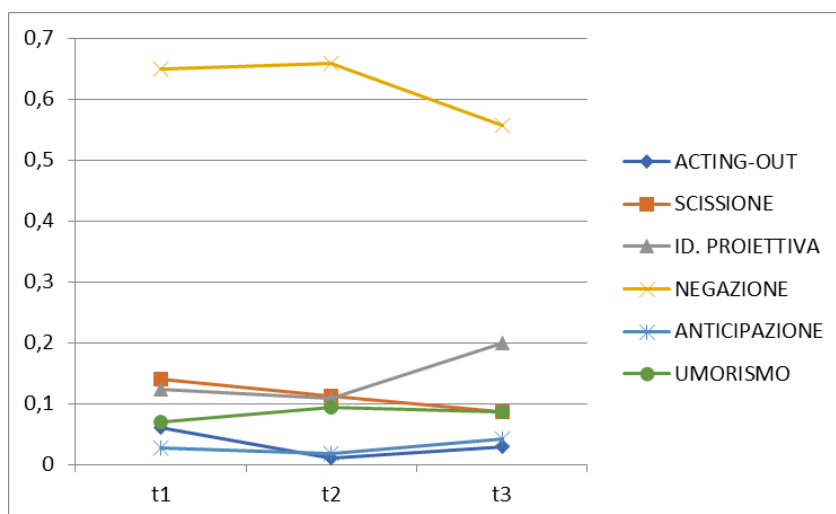
Grafico 4. Meccanismi di difesa nella fase 3.



Anche nell'ultima fase, come descritto dal Grafico 4, la negazione è il meccanismo di difesa principale. In questa fase di chiusura della terapia, inoltre, l'identificazione proiettiva assume un ruolo maggiore. Rimangono sempre presenti, i restanti meccanismi di scissione, umorismo, anticipazione e infine acting out.

Con la Tabella 2 delle frequenze percentuali dei meccanismi di difesa è stato possibile costruire anche il Grafico 5 che consente di osservare come ciascun meccanismo di difesa cambi dal punto di vista clinico dalla fase 1 alla fase 3. In particolare, i meccanismi di difesa che diminuiscono da t1 a t3 sono: l'acting out, che passa da una percentuale del 6% a una del 3%; la scissione, che cala dal 14% al 9%; la negazione che si abbassa passando da 65% al 56%. Per quanto riguarda quest'ultimo meccanismo, è possibile vedere dal Grafico 5 come esso si differenzi da tutte le altre difese, rappresentando il meccanismo privilegiato di Annalisa e anche quello che mostra una differenza percentuale maggiore dalla fase 1 alla fase 3. I restanti meccanismi di difesa, invece, aumentano alla fine della terapia: l'identificazione proiettiva cresce dal 12% al 20%, mentre l'anticipazione dal 3% al 4% e l'umorismo dal 7% al 9%.

Grafico 5. Frequenza percentuale dei meccanismi di difesa lungo le 3 fasi della terapia.



In seguito, è stata indagata la presenza di eventuali correlazioni, utilizzando il coefficiente di correlazione di Pearson. Inoltre, per analizzare meglio la relazione tra le variabili, è stato preso in considerazione l'effect size, o grandezza dell'effetto, ossia la forza della relazione tra due variabili. In particolare, con il coefficiente r di Pearson si seguono i parametri dell'effect size di Cohen (1988): se r ha un valore vicino a 0.10, la forza della relazione è piccola; se r ha un valore intorno a 0.30, l'effect size è moderato; se r ha un valore intorno a 0.50, l'associazione tra le due variabili è forte.

La prima correlazione che è stata indagata è quella tra l'intensità media della funzione riflessiva con il tempo della terapia, e la relazione tra ciascun meccanismo di difesa, preso singolarmente, con il tempo della terapia (Tabella 3).

Tabella 3

Correlazione tempo e funzione riflessiva, tempo e meccanismi di difesa.

	SRF	Acting	Scissione	Negazione	Anticipazione	Umorismo
r	-0,48	-0,24	-0,14	0,29	0,02	0,15

Osservando i dati della tabella 3, emerge la presenza di una sola correlazione, quella tra l'intensità media della funzione riflessiva e il tempo della terapia ($r = -0.48$). In particolare, le due variabili sono inversamente correlate: all'aumentare del tempo della terapia diminuisce la funzione riflessiva. Inoltre, l'effect size si trova nel range tra 0.30 e 0.50, dunque viene considerato moderato, sebbene il valore si avvicini molto alla soglia di 0.50, indice di una forte associazione.

È stata poi indagata la correlazione tra l'intensità media della funzione riflessiva e ciascun meccanismo di difesa, considerando sia l'intero arco temporale della terapia, che fase per fase, come presentato nella tabella 4.

Tabella 4

Correlazione tra intensità media SRF e meccanismi di difesa.

Terapia	Acting out	Scissione	Id. proiettiva	Negazione	Anticipazione	Umorismo
Totale	0,17	-0,03	-0,38	-0,30	0,23	0,29
$\Delta t 1$	0,00	-0,29	-0,07	-0,37	0,13	0,19
$\Delta t 2$	0,10	0,00	-0,39	-0,31	0,49	0,52
$\Delta t 3$	-0,31	0,26	0,17	0,26	-0,18	0,79

Osservando la Tabella 4, i coefficienti che mostrano la presenza di una correlazione sono 3. Il primo tra questi è $r = 0.49$, che mette in luce come nella fase 2 della terapia sia presente una relazione positiva tra la funzione riflessiva e il meccanismo di difesa dell'anticipazione: essendo il coefficiente positivo, queste due variabili crescono insieme, ovvero all'aumentare di una, aumenta anche l'altra, oppure al diminuire dell'una, diminuisce anche l'altra. Da tale valore di r , inoltre, si evince, in base ai criteri di Cohen, che tale associazione è moderata, anche se è bene evidenziare che è molto vicina al valore soglia di 0.50 che discrimina la presenza di una forte associazione. Gli ultimi due valori di r da riportare riguardano la correlazione tra funzione riflessiva e il meccanismo di difesa dell'umorismo: nella fase 2 della terapia, $r = 0.52$ definisce

l'esistenza della relazione tra le due variabili. Tale correlazione è positiva, dunque al crescere della funzione riflessiva, cresce anche l'umorismo e viceversa. L'effect size, inoltre, mostra come l'ampiezza del legame tra queste due variabili sia forte, infatti $r > 0.50$. Infine, l'ultimo coefficiente che mostra l'esistenza di una correlazione è $r = 0.79$, valore che sta ad indicare l'esistenza di una forte correlazione positiva tra la funzione riflessiva e l'umorismo nella fase 3 della terapia. Tenendo conto dei parametri di Cohen, inoltre, la forza dell'associazione tra queste due variabili è molto elevata, $r > 0.50$.

Inoltre, nella Tabella 4 sono presenti alcuni coefficienti r che si avvicinano alla soglia di correlazione stabilita di $r > 0.40$. Si osserva, infatti, che la correlazione tra funzione riflessiva e identificazione proiettiva, considerate su tutto il percorso terapeutico, ha un valore di $r = -0.38$, valore di poco inferiore che, tuttavia, secondo i parametri di Cohen, sottolinea una forza dell'associazione tra le due variabili moderata. La correlazione tra funzione riflessiva e identificazione proiettiva è interessante anche nella fase 2 dove si ha un $r = -0.39$, valore al limite con la soglia stabilita e che, considerando i criteri di Cohen, ha un effect size moderato. Questi due coefficienti di correlazione riportati, sebbene inferiori a 0.40, assumono valore dal punto di vista clinico mostrando come le due variabili siano inversamente legate tra loro, perciò all'aumentare della funzione riflessiva, l'identificazione proiettiva diminuisce e viceversa.

Un ulteriore indice di correlazione che può essere osservato nella Tabella 4, sebbene $r < 0.40$, è quello della correlazione tra funzione riflessiva e negazione nella fase 2 della terapia, che mostra un valore $r = -0.37$. L'effect size è dunque > 0.30 , mostrando, così, che la forza del legame tra le due variabili è moderata. Inoltre, essendo il valore di r negativo, all'aumentare di una, l'altra diminuisce e viceversa.

Infine, si è cercato di indagare l'esistenza di eventuali correlazioni tra i vari meccanismi di difesa che sono stati scelti in questa ricerca, acting out, scissione, identificazione proiettiva, negazione, anticipazione e umorismo. Nella Tabella 5 sono presenti gli indici di correlazione di Pearson che sono stati calcolati.

Tabella 5

Correlazioni tra i meccanismi di difesa.

	Scissione	Id. Proiettiva	Negazione	Anticipazione	Umore
Acting out tot.	-0,12	-0,05	-0,01	0,00	-0,07
Δt 1	-0,29	0,23	0,01	0,06	0,19
Δt 2	-0,08	0,01	0,08	-0,13	-0,03
Δt 3	0,49	-0,16	0,29	0,06	-0,65
Scissione tot.		0,07	0,21	0,01	0,01
Δt 1		-0,04	0,77	-0,17	-0,23
Δt 2		0,21	-0,09	0,12	0,05
Δt 3		-0,36	0,21	-0,13	-0,03
Id. Proiettiva tot.			0,30	0,05	0,03
Δt 1			-0,28	0,34	0,21
Δt 2			0,55	-0,02	-0,14
Δt 3			0,50	0,00	0,44
Negazione tot.				-0,31	-0,05
Δt 1				-0,35	0,02
Δt 2				-0,26	-0,16
Δt 3				-0,64	0,30
Anticipazione tot.					0,02
Δt 1					0,03
Δt 2					0,06
Δt 3					-0,13

Partendo dal meccanismo di difesa dell'acting out, è possibile vedere dalla Tabella 5, come due valori di r superano la soglia di 0.40 che indica la presenza di una correlazione. Il primo valore è $r = 0.49$: nell'ultima fase della terapia è così presente una correlazione tra l'acting out e il meccanismo di difesa della scissione. Tale relazione,

secondo i criteri di Cohen, può essere considerata quasi forte, sebbene il valore di r rientri nel range di una forza del legame moderata. In aggiunta, è interessante per questa difesa, un altro valore di r : nella fase 3 del percorso terapeutico vi è una correlazione di $r = -0.65$, che descrive l'esistenza di un'associazione tra acting out e umorismo, con un effect size > 0.50 , dunque forte. In merito a quest'ultima il coefficiente di correlazione di Pearson presenta il segno negativo, perciò, descrive l'esistenza di una correlazione negativa: all'aumentare dell'acting out, diminuisce l'umorismo e viceversa.

Considerando ora la difesa della scissione, delle varie correlazioni presenti nella Tabella 5 con ciascun meccanismo di difesa è bene sottolineare il valore di $r = 0.77$. Tale valore dell'indice di correlazione indica la presenza di una relazione positiva tra la scissione e la negazione nella prima fase della terapia: al crescere del meccanismo di difesa della scissione, o al diminuire dello stesso, cresce o diminuisce la negazione e viceversa. Questo r , inoltre, secondo i parametri dell'effect size di Cohen, rappresenta una associazione molto forte tra le due variabili.

Per quanto riguarda l'identificazione proiettiva, è emersa una correlazione positiva nella fase 2 e 3 della terapia con il meccanismo di difesa della negazione: nello specifico, nella fase 2 $r = 0.55$, nella fase 3 $r = 0.50$. Tali valori dell'indice di correlazione di Pearson indicano, tenendo conto dei criteri di Cohen, che la forza del legame tra queste due difese è forte. Dunque, all'aumentare o al decrescere di una difesa, aumenta o decresce anche l'altra. Inoltre, dalla Tabella 5 emerge che l'identificazione proiettiva correla con un altro meccanismo di difesa, l'umorismo. Nella fase 3 del percorso terapeutico $r = 0.44$, dunque tale valore dell'indice di correlazione mostra l'esistenza di una relazione positiva tra queste due difese. A differenza dei due valori di r precedenti, la forza del legame tra identificazione proiettiva e umorismo è moderata, $r > 0.30$.

Infine, l'ultima correlazione emersa secondo il coefficiente di correlazione di Pearson, presente nella Tabella 5, è quella tra negazione e anticipazione. Nell'ultima fase della terapia, l'indice $r = -0.64$ indica l'esistenza di una correlazione negativa tra questi due meccanismi di difesa. Perciò, quando la negazione aumenta, l'anticipazione diminuisce e viceversa. Osservando tale valore dell'indice di correlazione tra queste due variabili, si evince, considerando i parametri dell'effect size, che la forza del legame è alta.

Capito 5. Discussione

Per poter rispondere all'ipotesi qualitativa che è stata posta nel Capitolo 2, è necessario analizzare prima le altre due ipotesi di tipo quantitativo. La prima di queste era la seguente: ci si aspetta che il livello di mentalizzazione sia migliore alla fine del percorso psicoterapeutico rispetto alla fase iniziale. Dai risultati emersi nel capitolo precedente, si può affermare che questa ipotesi non è stata confermata: osservando, infatti, le medie dell'intensità della funzione riflessiva, questa non presenta una crescita, ma, al contrario, si verifica la situazione inversa. Inoltre, si è visto che effettivamente esiste una correlazione tra il tempo della terapia e la funzione riflessiva, tuttavia tale correlazione non è positiva, come si era ipotizzato, ma negativa. Dunque, la mentalizzazione invece che crescere subisce un calo lungo le tre fasi.

Considerando l'ultima fase di terapia, questo calo potrebbe essere dovuto all'imminente chiusura del percorso psicoterapeutico e all'incertezza della possibilità di continuare in privato per via della situazione economica della madre di Annalisa. In quest'ultima fase, infatti, il clima terapeutico era molto teso, era come se si percepisse una sorta di muro tra paziente e terapeuta; la giovane adolescente entrava molto meno in stati della mente collegati alla mentalizzazione, rimaneva su un piano molto superficiale e concreto, raccontando della nuova scuola che ha cominciato a settembre, delle nuove materie, dei compagni e quando il terapeuta provava a porre quelle che secondo la SRF sono definite "demand question", ovvero quelle domande che richiedono mentalizzazione, Annalisa o si rifiutava di fare questo lavoro, oppure rispondeva rimanendo su un piano aggressivo e concreto. Ad esempio, in una delle ultime sedute, quando il terapeuta ha provato a fare il punto della situazione, a ripensare a tutto il viaggio che hanno fatto insieme, riportando la metafora dello zainetto, per cercare di capire che cosa si portasse a casa da

questo percorso, Annalisa si è rifiutata di accettare questa immagine e ha detto “*Oh no questo giochetto... Questo giochetto non va bene, l’ho sempre odiato, anche alle elementari.*” In un’altra occasione, dopo aver parlato per tutta la seduta di alcuni libri che la giovane adolescente aveva letto, il terapeuta ha provato ad introdurre l’aspetto mentalizzante dicendo “*Sì, un’altra cosa di questa storia, se la mettiamo come un sogno, come... È che c’è di mezzo affido, adozione, riparazione.*”, Annalisa risponde “*Sì, vabbè ma cioè è un libro, non è che bisogna collegarlo alla mia psiche, cioè!*”. Questo aspetto emerso nella parte finale è stato confermato anche dal terapeuta durante un incontro richiesto per meglio capire i significati di questo comportamento di chiusura della paziente. Lui stesso ha affermato di aver percepito questo muro nella relazione e di essersi trovato in difficoltà, non essendo neppure lui sicuro di poter continuare dopo la conclusione imposta dal CASF. Il terapeuta, inoltre, ha voluto sottolineare quanto sarebbe stato ontologicamente e deontologicamente sbagliato far emergere e smuovere qualcosa di profondo a ridosso della conclusione, conclusione imposta da un’istituzione, nonostante il bisogno e la necessità della paziente di proseguire. Continuare lo stesso tipo di lavoro della fase centrale anche nell’ultima avrebbe significato rischiare di lasciare completamente da sola Annalisa a fare i conti con ciò che sarebbe emerso e che così sarebbe rimasto sospeso. Ciò, come è stato visto nel capitolo sui risultati, è stato confermato dalla stessa Annalisa che ha affermato di tenersi certe cose per sé, perché altrimenti sarebbero rimaste senza risposta.

In merito all’abbassamento del livello di funzione riflessiva nella fase 2, si potrebbe pensare che questo sia legato allo stabilirsi della relazione tra terapeuta e paziente e al conseguente emergere del transfert: “nel transfert pattern tipici delle relazioni infantili si ripetono nel presente con il terapeuta. Al terapeuta vengono attribuite caratteristiche

proprie di una figura del passato, e sentimenti associati a questa figura, vengono vissuti con il terapeuta secondo le stesse modalità” (Gabbard, 2018, p. 15). In questa fase centrale, dunque, il transfert prende forma all’interno della coppia terapeutica e si riattivano quei pattern legati alle relazioni passate insieme ai suoi meccanismi di difesa tipici: emerge così quell’aggressività che nella prima fase di terapia è molto bassa, tipica dell’identificazione proiettiva, presente in particolare nella relazione materna, e che si riversa in diverse altre relazioni, ad esempio con i suoi genitori affidatari e con le figure di autorità, cosa che molto spesso sembra ostacolare la mentalizzazione stessa. Relativamente a questo aspetto, la correlazione tra funzione riflessiva e identificazione proiettiva, si trovava al limite della soglia da noi stabilita per essere considerata tale, tuttavia, come descritto nei risultati, dal punto di vista clinico, evidenzia un’importante relazione negativa, seppure con una forza del legame moderata, tra queste due variabili. Infatti, all’aumentare dell’identificazione proiettiva, la funzione riflessiva diminuisce e viceversa, cosa che sembra accadere proprio in questa fase centrale. Il riproporsi di questo pattern relazionale in seduta rappresenta però un’esperienza nuova per Annalisa: il terapeuta, infatti, non si identifica mai con quelle figure del passato che costituiscono il fenomeno transferale. Per questo motivo la terapia rappresenta un’opportunità per contrastare questa coazione a ripetere, riflettere sul transfert stesso e favorire, come ha ben descritto Cahn (1998) una relazione nuova che consente la riattivazione dei processi di soggettivazione. Inoltre, per quanto riguarda questa fase centrale, molto spesso Annalisa arrivava in ritardo alle sedute, spesso non sapeva che cosa dire, da dove iniziare, rimaneva su un piano molto concreto, faticando ad entrare nel merito delle sue emozioni e dei suoi pensieri e stati mentali in autonomia.

Nell'ultima seduta prima delle vacanze estive, e prima del muro che viene eretto nell'ultima fase della terapia, Annalisa si commuove, riferendosi alla fine dell'affido, che sembrava aver voluto lei, e anche in merito alla conclusione della terapia dicendo: *“Ogni volta che va bene qualcosa deve sempre finire”*. Anche in questo caso, la relazione con il terapeuta ha rappresentato un'esperienza nuova e diversa da tutte le sue relazioni precedenti. Infatti, con la prima famiglia affidataria, famiglia che viene sempre idealizzata dalla paziente, che da piccola considerava la propria famiglia, i propri genitori, i propri fratelli, l'affido si è concluso quasi come uno strappo. Questa prima famiglia inoltre ha sempre cercato di rimanere in contatto con lei, continuando a vederla, a visitarla in comunità con la madre; tuttavia, ogni volta che da bambina il tempo insieme finiva, tornare a casa, senza quella mamma e papà, rappresentava un'ulteriore strappo, un ulteriore dolore; l'affido attuale, inoltre, si è concluso in modo brusco a ridosso di un cambiamento importante, come quello dell'inizio delle scuole superiori, costringendo anche la giovane adolescente ad abbandonare le sue attività pomeridiane, tra cui chitarra. In tutte queste conclusioni, è sempre stato costante il rapporto travagliato con la madre, che viene vista come colei che rovina ogni singola cosa che le appartiene, a partire dai due affidi, dalla scelta della scuola, dallo sport. Il terapeuta, invece, riuscendo a trovare una soluzione per continuare il percorso psicoterapeutico in privato ha permesso alla paziente di poter fare un'esperienza nuova, dove finalmente qualcosa che per lei è importante non finisce in modo repentino e imposto da un'autorità esterna.

A fronte di quanto è stato sinora esposto, sebbene la fase centrale e la fase finale della terapia siano costellate da questa rabbia, ostacolo anche alla mentalizzazione e alla soggettivazione stessa, il terapeuta nell'incontro che si è tenuto ha raccontato che da

quando Annalisa ha iniziato la terapia in privato tutta questa rabbia, questa aggressività sembra essere svanita. Il terapeuta ha ipotizzato che questo possa anche essere dovuto all'aspetto della registrazione: sebbene non sia mai emerso a parole l'argomento in seduta, la paura inconscia che le sue parole venissero ascoltate dalla madre, dalla famiglia affidataria, o dai servizi affidi l'ha portata ad avere questa reazione. Un'altra ipotesi potrebbe essere legata al servizio affidi, sistema con cui Annalisa non ha mai avuto un bel rapporto: la paziente, infatti, ha più volte espresso la sua rabbia nei confronti degli assistenti sociali, degli educatori, che ogni volta che li si conosce dopo un mese ti lasciano, dell'affidamento in sé, che non appena ti affezioni ad una famiglia si deve andare via. L'unica cosa buona che hanno fatto, sostiene Annalisa, è stata darle l'opportunità di andare in psicoterapia; tuttavia, forse, anche nella stanza terapeutica dove erano fisicamente presenti solo la paziente e il terapeuta, in realtà era presente l'entità terza del servizio affidi che faceva emergere questa sua rabbia che di conseguenza riversava. Una volta conclusa la terapia lì, una volta reciso il legame con i servizi, quella rabbia sembra scomparsa. Un'ulteriore ipotesi che si potrebbe fare riguarda il fatto che Annalisa, con quei suoi attacchi aggressivi, stesse testando la relazione con il terapeuta, per vedere se tenesse, per vedere se il terapeuta l'avrebbe "voluta" lo stesso. Una volta conclusa quella terapia, ha potuto comprendere che la relazione era stabile e ad essa si poteva affidare, lasciando così andare tutta quella aggressività, per cominciare una nuova fase della terapia.

In questa nuova fase che si è così aperta in privato, possono essere utili due correlazioni emerse in questo studio; infatti, oltre alla correlazione tra funzione riflessiva e identificazione proiettiva, è emerso il legame tra funzione riflessiva e anticipazione e tra funzione riflessiva e umorismo. Questi due meccanismi di difesa ad alto livello, che

sono stati qui presi in considerazione, sono strettamente legati alla funzione riflessiva, e questo è importante perché, come si vedrà a breve, anticipazione e umorismo sono cresciuti dall'inizio alla fine di questo primo percorso terapeutico. Ci sono dunque buone speranze, che in futuro sulla base della maggiore presenza di queste due difese, aumenti anche il livello e la qualità della funzione riflessiva che, invece, in questo anno e mezzo non ha seguito l'andamento atteso.

Dunque, possiamo affermare che l'ipotesi sulla mentalizzazione non è stata dimostrata. Una delle ragioni principali che è fondamentale riportare riguarda il fatto che questa terapia, che qui si è considerata come conclusa, in realtà non lo è affatto. Essa, infatti, può essere vista come una fase di un percorso più lungo che sta continuando e continuerà nel privato. Perciò, forse bisognerebbe approfondire il caso in un futuro perché una data di fine, imposta dall'esterno, non rappresenta la fine reale di questa psicoterapia. Infine, bisogna tenere conto del fatto che nonostante la funzione riflessiva non sia cresciuta, Annalisa ha comunque continuato a desiderare e a sentire il bisogno, sebbene lo abbia ammesso raramente a parole, di continuare ad avere questo spazio sicuro per sé.

La seconda ipotesi quantitativa che è stata posta riguarda i meccanismi di difesa: ci si aspettava che i meccanismi di difesa di livello più basso diminuissero, mentre quelli più evoluti aumentassero dall'inizio alla fine. Osservando le medie e le frequenze percentuali si può concludere che tale ipotesi è stata in parte confermata: come descritto nel capitolo precedente, la frequenza dei meccanismi di difesa più primitivi, tra cui acting out, scissione e, soprattutto, negazione diminuisce dalla fase 1 alla fase 3. In particolare, la negazione, il meccanismo di difesa più usato dalla paziente, è il meccanismo che diminuisce di più rispetto agli altri, con un calo del 9%. Inoltre, i

meccanismi di difesa di alto livello secondo la DMRS, ovvero l'umorismo e l'anticipazione, come era stato ipotizzato, aumentano dall'inizio alla fine della terapia. Questo aumento non è elevato, tuttavia merita comunque di essere riportato all'attenzione: si può, infatti, pensare che, dal punto di vista delle difese, il lavoro terapeutico stia avendo i suoi effetti, sebbene non abbia sostenuto la funzione riflessiva come ci si aspettava. L'unico meccanismo di difesa che non è in linea con questa seconda ipotesi è l'identificazione proiettiva, che non diminuisce come le altre difese considerate, ma al contrario aumenta alla fine della terapia. Una possibile spiegazione per l'andamento "anomalo" di tale difesa che si discosta dalle altre potrebbe essere un possibile errore nella siglatura di questo meccanismo che risulta non facile da individuare, in quanto richiede un buon ragionamento clinico; oppure potrebbe essere stato conteggiato più volte nell'arco di un passaggio che in realtà doveva essere inteso come unico. Oltre a questa spiegazione più di stampo metodologico, dal punto di vista clinico è necessario riconsiderare come, nelle fasi successive alla prima, la relazione tra paziente e terapeuta si stabilizzi, con il conseguente emergere dello spettro dei meccanismi di difesa tipici della paziente, tra cui l'identificazione proiettiva stessa, e il fenomeno del transfert di cui si è discusso in precedenza, in merito alla prima ipotesi sulla mentalizzazione. Inoltre, si potrebbe ipotizzare che la paziente utilizzi questo meccanismo di difesa, specialmente nell'ultima fase di terapia perché è l'unico modo che conosce per concludere un percorso, "fare arrabbiare e far sentire impotente il clinico". Anche in merito alla conclusione dell'ultimo affidamento, Annalisa cambia nei confronti dei suoi genitori affidatari e della sorella affidataria rispetto alla fase iniziale di terapia: la piccola adolescente sembra essere più arrabbiata nei loro confronti, i membri della famiglia sono più spesso da lei svalutati, identificati come quelli falsi, da

cui finalmente può liberarsi per stare in pace, senza problemi. Tra febbraio e marzo 2022 gli assistenti sociali hanno avuto un colloquio con Annalisa per chiederle come stesse andando l'affido e cosa pensasse di un'eventuale fine; la paziente ha così espresso la sua opinione di volerlo concludere in quanto anche la famiglia affidataria non stava attraversando un momento sereno per via della separazione dei due genitori. In una seduta di marzo, Annalisa ha aggiunto una frase importantissima in merito all'ipotesi che si sta valutando ora per l'aumentare di questo meccanismo di difesa: la paziente ha infatti affermato che se non fosse stata ascoltata la sua volontà di concludere l'affido, lo avrebbe fatto lei *“Nel modo che mi faccio odiare, faccio casino e basta finché non si stufano e poi me ne vado via finalmente.”*. Queste parole, che ha pronunciato in questa occasione, potrebbero richiamare a ciò che succede alla fine di questo percorso, dove l'identificazione proiettiva, carica di rabbia e aggressività, aumenta, nonostante di fatto lei abbia sempre avuto il desiderio di continuare la terapia. Tuttavia, non avendo la certezza di proseguire, forse Annalisa ha riproposto questo suo modo di farsi odiare perché non ha mai conosciuto un altro modo per potersi salutare, per poter concludere un percorso, sia esso di affido, che di terapia. Questo suo farsi odiare, generare aggressività, può essere anche visto come un suo modo di controllare la situazione e mettere lei un punto, dal momento che sin da quando era piccola sono stati sempre gli adulti a decidere per lei: gli assistenti sociali hanno deciso di concludere il primo affido, e di fatto anche il secondo, il servizio del CASF ha imposto la fine della terapia.

Oltre ad aver osservato questi cambiamenti nei meccanismi di difesa, sono interessanti anche le correlazioni che sono state trovate. Innanzitutto, è emersa una relazione positiva tra l'agito e la scissione: il non riuscire ad integrare gli aspetti buoni e positivi

dell'oggetto con quelli cattivi e negativi correla positivamente con l'agito, con la scarica immediata. Annalisa molto spesso, non riuscendo ad integrare gli aspetti buoni e positivi della madre, vedendola solo nei suoi lati negativi, ritenendola responsabile per tutto ciò che di brutto è presente nella sua vita, avvia dei litigi molto forti con lei, a volte passando alle mani: in una seduta la paziente ha raccontato di averla spinta e fatta cadere, in preda alla rabbia nei suoi confronti ha lanciato delle forbici contro la porta. L'agito, inoltre, correla negativamente con il meccanismo di difesa dell'umorismo. Tale meccanismo primitivo, come è stato descritto, non permette di riflettere, entrare in contatto con affetti, sentimenti, pensieri e idee dolorose, raggiungendo la scarica immediata; l'umorismo, al contrario consente di accedere a questi aspetti riuscendo a sdrammatizzarli, a scherzarci su, ironizzare condividendo così ciò che ci affligge con l'altro; dunque, all'aumentare di uno, l'altro diminuisce e viceversa. Nel caso di Annalisa, l'agito non è un meccanismo particolarmente presente, tuttavia si può osservare come, dal momento che la paziente ha iniziato a scherzare su alcuni aspetti di sé, ad esempio sulla sua rabbia, l'agito è diminuito: infatti, nell'ultima fase finale la frequenza dell'acting out è inferiore rispetto a quella iniziale, mentre quella dell'umorismo è cresciuta.

Un'ulteriore correlazione emersa è quella tra scissione e negazione: come si è visto nel capitolo 3, la scissione non consente l'integrazione, tutto viene visto o bianco o nero, senza sfumature; la negazione impedisce di far emergere a coscienza aspetti che, invece, per gli altri sono evidenti. La qualità di questa relazione è positiva: all'aumentare di un meccanismo, quindi, anche l'altro aumenta. Annalisa non riesce a vedere la madre secondo le sue caratteristiche positive e negative insieme, e quando il terapeuta le propone l'integrazione di questi due aspetti, la negazione la sostiene nel mantenerli

separati. In una seduta, ad esempio, Annalisa dice che odia sua madre, che le ha rovinato la vita, che poteva abortire, che poteva darla in adozione e non tenerla con lei, e quando il terapeuta prova a dirle, che forse vuole anche un po' bene alla mamma, lei dice di no, che la odia e basta, mentre si commuove, come se non riuscisse ad ammettere a sé stessa gli aspetti buoni della mamma, che ci tiene a lei a tal punto da non abbandonarla, come se non riuscisse a tollerare l'ambivalenza dei suoi stessi sentimenti nei suoi confronti.

Proseguendo, la successiva correlazione emersa è quella tra identificazione proiettiva e negazione. Anche in questo caso la relazione tra le due difese è positiva, ovvero al crescere o al diminuire di una, cresce e diminuisce anche l'altra. Come è stato descritto nel capitolo 3, l'identificazione proiettiva è un meccanismo di difesa che comporta, per prima cosa, la proiezione di aspetti scissi su un altro oggetto che poi arriva a identificarsi con ciò che è stato proiettato in lui. Il soggetto di partenza che ha espulso questo materiale all'esterno non lo riconosce come proprio, nega che sia qualcosa di suo; dunque, questi due meccanismi è come se lavorassero insieme. Durante le sedute Annalisa ha spesso raccontato quelle che il terapeuta ha definito "battaglie" che lei stessa intraprendeva a scuola con i professori. La paziente ha sempre affermato che, in realtà, fossero loro che l'avevano presa di mira, quando lei voleva solo essere lasciata in pace, negando ogni suo possibile ruolo in questa battaglia, non riconoscendo quello che di suo ci mettesse, non riconoscendo l'aggressività che portava con i suoi interventi e con le sue "sfide" ai professori: ad esempio dormendo sul banco, rispondendo male, rifiutandosi di essere interrogata, di andare alla lavagna, di suonare il flauto o di fare determinati compiti.

Inoltre, è emersa una inaspettata correlazione positiva tra identificazione proiettiva e umorismo: sembrerebbe infatti che all'aumentare di uno, aumenti anche l'altro. Questo è un risultato particolare perché, essendo l'identificazione proiettiva un meccanismo di secondo livello della DMRS e l'umorismo di ultimo livello, ci si aspetterebbe che al crescere dell'uno, l'altro diminuisca. Tuttavia, in questo specifico caso clinico si osserva il contrario: Annalisa, quando mette in atto l'identificazione proiettiva in seduta con il terapeuta, smuovendo tanta aggressività nel clima relazionale, spesso tende poi a sdrammatizzare la tensione con una battuta, ironizzando sulla situazione, coinvolgendo lo stesso terapeuta. Si potrebbe vedere questo fatto come una situazione di transizione, in cui la paziente utilizza ancora spesso l'identificazione proiettiva poiché non è pronta ad abbandonarlo, per quanto disfunzionale possa essere, dal momento che la porta spesso a discutere con gli altri e a perdere relazioni; sta, però, imparando ad usare un altro meccanismo di difesa, l'umorismo, per cercare di alleggerire la tensione creata e portare a coscienza alcuni affetti e pensieri dolorosi.

Ora che sono state analizzate e discusse le prime due ipotesi quantitative, possiamo arrivare alla prima ipotesi qualitativa, quella sulla soggettivazione: nello specifico, ci si aspettava che i processi di soggettivazione migliorassero nel corso della terapia. Osservando i risultati emersi riguardo le due ipotesi quantitative, che dimostrano che la funzione riflessiva è diminuita, e che la maggior parte dei meccanismi di difesa di livello più basso sono diminuiti, mentre quelli di livello più alto invece sono aumentati, possiamo dire che, come la definisce Cahn (1998), l'avventura della soggettivazione per Annalisa è ancora lunga, infatti questa terapia, come più volte si è detto, non può essere considerata conclusa. Questo aspetto sembra essere riconosciuto anche dalla piccola adolescente, che si è rifiutata di pensare alla chiusura della terapia, evitando la metafora

dello zainetto e assicurandosi, alla fine dell'ultima seduta, sull'uscio della porta, di rivedersi in studio privato del terapeuta dopo una settimana di pausa, definita "settimana cuscinetto".

In questo percorso travagliato di divenire soggetto, rientra anche la scelta della scuola superiore. Annalisa, infatti, durante questa psicoterapia ha dovuto affrontare tale decisione. Nella seconda seduta di consultazione, in merito all'argomento su che cosa fare dopo la scuola media, la paziente riferisce di aver pensato al liceo delle scienze umane, perché le hanno sempre detto che sarebbe stata un bravo avvocato un giorno, vista la sua passione per la "giustizia", mentre il liceo scientifico non lo avrebbe mai scelto perché non le è mai piaciuta la matematica. Successivamente, in una seduta di ottobre 2021, Annalisa, ascoltando la sua passione per il disegno, ha espresso il desiderio, con tanta emozione e serenità, di fare il liceo artistico: la ragazza si era informata in merito alla scuola, alle materie, rendendosi conto che la affascinavano tanto e per questo non aveva paura del tanto studio di quella scuola, perché *"le materie che mi devo studiare sono materie che mi piacciono, quindi se mi impegno, mi costa meno lo studiare, ce la faccio benissimo"*. Quando poi il terapeuta le ha domandato com'è stato fare questa scelta Annalisa ha risposto con queste parole: *"sapevo che dentro, sapevo che volevo fare l'artistico. Avevo praticamente un po' già deciso solo che ero confusa perché non sapevo se o se... Cioè pensavo che... Sbagliando... Cioè poi io facevo l'errore di dovermi scegliere... Cioè, scegliendo il liceo io sceglievo anche che lavoro do..volevo fare dopo e con il lavoro mi dovevo scegliere anche l'università e quando poi ho tolto quelle due cose, mi sono resa conto che era molto più semplice di quella menata che mi stavo facendo dentro"*. Queste parole, questa mentalizzazione che la paziente è riuscita a fare da sola, può essere considerata, secondo la DMRS, un

meccanismo di difesa specifico: l'auto-osservazione, meccanismo che in questo lavoro di tesi non è stato siglato lungo la terapia, che, tuttavia, in questo caso merita di essere evidenziato. Questa difesa è stata inserita da Perry (1990) nella scala della DMRS all'ultimo livello, il livello 7, tra le difese più elevate. Esso può essere descritto come quel meccanismo che consente di affrontare i conflitti emotivi e le fonti di stress riflettendo sui propri pensieri, affetti, emozioni, sentimenti, comportamenti, riuscendo a vedere sé stessi anche da un'altra prospettiva, secondo il punto di vista degli altri. Tale difesa consente di raggiungere una migliore consapevolezza e conoscenza di sé. Con questa riflessione che Annalisa ha fatto, è riuscita a comprendere che la scelta era più facile di quello che sembrava: non c'era bisogno di cercare di capire cosa fare dopo la scuola superiore, quale lavoro intraprendere, se fare l'università oppure no. Lei se lo sentiva dentro che l'artistico, l'arte, il disegnare, era quello che voleva e che le piaceva. Forse in questo momento della terapia, Annalisa era in contatto con quella più vera di sé che permette di sostenere il processo di divenire soggetto. Tuttavia, la paziente, alla fine, non ha scelto il liceo artistico: i processi di soggettivazione, dunque, hanno incontrato un ulteriore ostacolo che non ha consentito il proseguimento del loro corso. Questa sua scelta di cambiare rotta viene comunicata dalla paziente nella prima seduta al ritorno dalle vacanze di Natale, costellata da tanta aggressività. Annalisa, all'inizio di questa seduta, era molto tesa perché i suoi professori non le avevano messo nessuna "attitudine" in nessuna materia, neppure in arte dove aveva voti alti: con questo termine, come ha spiegato, si indicano le cose che uno sa fare, e in cui si è bravi. Forse il non vedersi riconosciuta questa sua passione potrebbe avere influito nella sua decisione di cambiare scuola. Sul finire della seduta, infatti, Annalisa dice che tanto è inutile, che non andrà al liceo artistico, che non vuole fare l'università; quindi, ha scelto di

iscriversi, in preda a questa tempesta emotiva, ad un Istituto Tecnico Biologico Sanitario, così da poter subito andare a lavorare, ripetendo più volte che lei non può fare l'università, non può fare l'artistico, che è troppo complicata come scuola. Inoltre, ogni volta che il terapeuta ha provato ad approfondire questa scelta, ad indagare se le materie di questa nuova scuola le interessassero, se le avesse viste, se si fosse già informata, Annalisa ha mentito, come poi dirà più avanti nella terapia, dicendo che si era già documentata e che le piacevano, che, quindi, non era preoccupata, poteva farcela e poteva andare a lavorare subito, anche a sedici anni. Il terapeuta, però, percependo il forte muro di difese presente in seduta, e sentendo la differenza rispetto a quando parlava del liceo artistico, ha continuato a cercare di sostenere la soggettivazione di Annalisa, assumendo su di sé la funzione soggettivante, cercando di aiutarla a capire quello che le piace e che vuole veramente, al di là dell'università e del lavoro, ma lei subito lo ha fermato e ha poi innalzato un muro di silenzio, come si vede nel passaggio qui riportato:

T: Però questa è un'altra cosa, c'è devi tenere conto nella scelta di quello che ti piace eh, poi l'università //

A: // Infatti, ho guardato le materie e ho scelto quello che mi piace, possiamo non parlarne più per favore?

T: No?

A: No. (pausa lunga)

Il clima relazionale, come si può percepire da questo breve stralcio è molto denso di tensione, cosa che invece non è mai accaduta quando si parlava del liceo artistico, dell'arte o dei disegni della paziente. Mettendo a confronto questi due episodi si vede così come la soggettivazione sia sostenuta dalla funzione riflessiva e da difese di

meccanismo più elevato, come l'auto-osservazione ad esempio. Al contrario, nel momento in cui la paziente ha effettuato una scelta non consona con il suo Vero sé, i meccanismi che sono stati messi in gioco sono di livello più basso, causando una chiusura dal punto di vista intrapsichico e relazionale.

È stato riscontrato un ulteriore aspetto importante per riflettere sui processi di soggettivazione di Annalisa a partire da una specifica seduta di luglio 2022, l'ultima prima delle vacanze estive, e dall'incontro che si è tenuto con il terapeuta. Quest'ultimo, infatti, dopo un appuntamento con i genitori affidatari di Annalisa si è accorto di come diversi pensieri e parole della madre fossero i medesimi che la paziente ha espresso più volte in seduta, come se fossero originari della stessa persona e non propri di due individui distinti: ad esempio, durante questo anno, la madre di Annalisa è riuscita ad ottenere una casa popolare dal comune e, in una seduta, Annalisa raccontava di come questa casa fosse brutta, piccola, che puzzava, che non le piaceva, che non voleva andarci. Il terapeuta parlando con Alessandra, la madre affidataria, ha scoperto che anche la madre di Annalisa descriveva questa casa con le stesse parole, riferendo anche che per lei era stato molto difficile accettarla. Lo stesso fenomeno è emerso per la scelta della scuola superiore, Annalisa, infatti, come si è descritto ha sempre affermato di aver scelto questa scuola perché non voleva fare l'università, perché così poteva lavorare, avere dei soldi da parte, aiutare sua mamma e poi andare via di casa. Quando il terapeuta si è incontrato con i genitori affidatari, Alessandra ha raccontato che la madre di Annalisa pensava le stesse cose che il terapeuta aveva ascoltato dalla paziente in seduta: ovvero che era meglio scegliere una scuola considerando quello che si poteva fare dopo a livello lavorativo e pratico, non andando all'università, non tenendo così in considerazione i propri interessi e le proprie passioni.

Dunque, sebbene Annalisa dica di odiare la sua mamma, di non volerne sapere di lei, sebbene l'abbia sempre svalutata nel corso delle sedute, questa in realtà sembra occupare un posto centrale dentro di lei: il terapeuta, in questa seduta di fine luglio, le dice proprio che le ha riservato un "trono" nella sua mente, da quanto è potente questo effetto che ha su di lei. Anche la scelta di Annalisa di finire l'affido è stata basata sulle parole stesse della madre. Infatti, in questa ultima seduta della fase centrale, la paziente, commossa, ammette che in realtà era la madre a voler terminare l'affido, che si lamentava sempre, dicendo che i genitori affidatari erano persone cattive, false e che non ce la faceva più; in questo modo, quando gli assistenti sociali hanno parlato con la giovane adolescente, lei stessa ha riferito, con la sua bocca, le parole della madre di voler concludere.

Dunque, la soggettivazione, che, come illustrato nel capitolo 1, è un processo di differenziazione dall'altro, dai modelli parentali, per trovare il proprio Sé, la propria creatività, il proprio posto nel mondo, il proprio modo di agire la propria vita in quanto autori della stessa, è ancora ai suoi inizi. Nel momento in cui si stava avviando, all'inizio della terapia, è stata deviata dalle forti parole e pressioni della madre che hanno riecheggiato dentro Annalisa e che ci fanno pensare che in realtà faccia molta fatica a differenziarsi da lei. Tuttavia, nonostante questa difficoltà, Annalisa ha scelto di continuare la terapia, nonostante il pensiero contrario della madre: quest'ultima ha, infatti, una scarsa considerazione degli psicologi, ritenendo che solo i cosiddetti "matti" ne abbiano bisogno. Nonostante questo, Annalisa ha lottato in tutto e per tutto per poter continuare anche fuori, ha discusso tante volte con la madre per potersi assicurare questo spazio terapeutico, spazio fondamentale per potersi scoprire e che si è tenuta ben stretto. Questo spazio può perciò essere letto come un primo segno di differenziazione,

dalla propria madre e anche dalla storia travagliata di tutta la sua famiglia, per intraprendere così il suo percorso di divenire soggetto.

5.1 Limiti e Sviluppi Futuri

I risultati emersi da questa ricerca devono essere letti e considerati tenendo conto di alcuni limiti. Innanzitutto, è bene considerare una percentuale di errore nella siglatura della funzione riflessiva e dei meccanismi di difesa, in quanto gli strumenti di valutazione scelti, SRF e DMRS, sono stati utilizzati da una studentessa di laurea magistrale, dopo aver effettuato un training, e non da un ricercatore professionista. Inoltre, in merito ai limiti, si sottolinea che, per questioni di tempo, non è stato possibile siglare tutti i meccanismi di difesa utilizzati da Annalisa; ne sono stati, infatti, individuati solo sei, quelli che Cahn (1998) ha nominato in merito alla soggettivazione e altri che, sulla base del caso clinico, sono stati ritenuti importanti per le ipotesi da testare. Perciò, un possibile sviluppo futuro che qui viene proposto è quello di analizzare l'intero repertorio difensivo del caso clinico preso in esame per osservare l'eventuale presenza di ulteriori correlazioni e cambiamenti.

In aggiunta, un aspetto critico che si ritiene da sottolineare riguarda il costrutto stesso di soggettivazione: Cahn (1998) ha infatti sottolineato come questi processi non raggiungano mai una conclusione vera e propria, ma proseguono dalla nascita alla morte, senza mai arrivare a concludersi definitivamente. La soggettivazione è dunque un processo complesso e per analizzarlo la durata di un anno e mezzo di psicoterapia può essere un arco di tempo troppo breve per osservare dei cambiamenti significativi. Dunque, una proposta per eventuali sviluppi futuri a partire da questo lavoro di tesi può essere quella di considerare psicoterapie dalla durata più lunga e senza una scadenza

obbligata e imposta da un'istituzione, che non può tenere conto delle necessità dei singoli pazienti per via dell'elevata richiesta.

Infine, un'ulteriore criticità è emersa durante la fase di ricerca bibliografica: non sono stati trovati studi sperimentali che andassero ad indagare tali processi di soggettivazione, e, come è stato descritto nel capitolo 2, non esistono neppure strumenti di valutazione per tale costrutto. Viene dunque proposta, per eventuali studi futuri, la possibilità di utilizzare altri strumenti per osservare l'andamento dei processi di soggettivazione, ad esempio una scala di valutazione del Sé. Conseguentemente a questo limite, inoltre, questo elaborato può essere visto come uno spunto per poter formulare e costruire un vero e proprio strumento di valutazione per questo specifico e importante costrutto.

Capitolo 6. Conclusioni

Il presente elaborato ha cercato di evidenziare l'importanza dei processi di soggettivazione e si è così proposto di osservarne l'andamento, con l'obiettivo di dimostrare che la psicoterapia psicodinamica favorisca la loro progressione. A fronte dei risultati emersi, si può concludere che la natura di tali processi è molto complessa e la mancanza di strumenti di valutazione specifici rende ancora più difficile la loro analisi; tuttavia, tenendo conto dei limiti che sono stati esposti, la mentalizzazione e i meccanismi di difesa sembrano essere costrutti validi per poter indagare la soggettivazione. In merito al caso di Annalisa, data anche la sua condizione di adolescente con una situazione familiare svantaggiata e una storia di affidi, si può affermare che è per lei ancora lungo il cammino per divenire soggetto, come ben dimostra il calo della funzione riflessiva dalla prima all'ultima fase di terapia; nonostante ciò, il calo dei meccanismi di difesa di livello più basso e la crescita dei meccanismi di difesa di alto livello, la sua forza e tenacia nel voler continuare la psicoterapia anche in privato fanno pensare che effettivamente la psicoterapia psicodinamica sia riuscita a rimuovere qualche ostacolo che era stato posto di fronte a questi processi, per poter così riprendere lentamente il loro percorso.

Ringraziamenti

Desidero innanzitutto ringraziare la Prof.ssa Silvia Salcuni per avermi accolta tra i suoi tesisti e per avermi dato la possibilità di approfondire un argomento a me molto caro. La ringrazio per il suo interesse, per la sua dedizione e per la sua passione che è sempre riuscita a trasmettere durante ogni training ed incontro.

Un profondo ringraziamento al mio moroso, Giuseppe, che è sempre stato al mio fianco per condividere ogni traguardo e per sostenermi di fronte a tutti i momenti di difficoltà, sconforto e crisi. La tua presenza è stata ed è fondamentale.

Desidero ringraziare i miei genitori, Sabrina e Giuseppe, che non mi hanno mai fatto pressioni, ma, al contrario, mi hanno dato fiducia e permesso di seguire la mia strada. Grazie.

Ringrazio, inoltre, le mie più care amiche che mi sono sempre state a fianco, mi hanno supportato ed hanno seguito ogni mio passo in questo percorso di laurea, oltre che di vita: grazie Alice, Caterina, Martina, Francesca, Francesca, Maria Vittoria.

Ringrazio anche tutte quelle persone che l'Università di Padova mi ha dato modo di conoscere: Chiara, per aver affrontato ogni traguardo, ogni esame, ogni lezione, ogni giorno insieme, anche a distanza; le mie coinquiline, che hanno saputo regalarmi momenti di gioia e spensieratezza, nonostante le tensioni e le difficoltà affrontate in questi anni.

Un grazie di cuore alla mia cara collega di tirocinio, Maria Vittoria, che ha alleggerito ogni tensione e mi ha seguito, sopportato e sostenuto dalla scelta del relatore fino al punto finale di questo elaborato.

Un grande grazie va anche ad Annalisa, che mi ha insegnato tanto, nonostante io non l'abbia mai conosciuta. Grazie perché mi hai insegnato ad ascoltare senza giudicare. Grazie per non aver avuto paura di farti sentire, per aver lottato per ciò che desideri. Grazie, perché la tua soggettivazione ha rappresentato anche la mia.

Ci tengo, inoltre, a ringraziare la mia terapeuta: senza il lavoro svolto con lei in questi anni tutto questo non sarebbe stato possibile. Grazie per aver sostenuto e per sostenere questo mio divenire soggetto.

Infine, vorrei dire grazie a me stessa per non essermi arresa di fronte ad ogni rifiuto, per aver imparato ad ascoltare i miei tempi, per aver cercato a tutti i costi di concludere questo percorso magistrale con un tema che mi scalda il cuore. Tutto questo mi ha consentito di mettere me stessa in questo lavoro.

Bibliografia

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2010). Introduzione. In J. G., Allen, P., Fonagy, & A. W., Bateman (Eds), *La mentalizzazione nella pratica clinica* (p. 1-24). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2010). Mentalizzare. In J. G., Allen, P., Fonagy, & A. W., Bateman (Eds), *La mentalizzazione nella pratica clinica* (p. 27-80). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2010). Sviluppo. In J. G., Allen, P., Fonagy, & A. W., Bateman (Eds), *La mentalizzazione nella pratica clinica* (p. 81-124). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Amadei, G. (2006). La funzione riflessiva. In N., Dazzi, V., Lingiardi, & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia* (p. 329-342). Milano: Raffaello Cortina editore.

Bastianini, T. (2014). Home, is where we start from: Il laboratorio del soggetto. *Rivista di Psicoanalisi*, 60(3), 615-629.

Cahn, R. (1998). *L'adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della soggettivazione*. Roma: Borla.

Cahn, R. (2007). *Una vita di lavoro con gli adolescenti*. In Goisis P. R., & Bonfiglio Senise, S., *Essere adolescenti oggi*. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi Cesare Musatti. Milano, 2018.

Christie, D., & Viner, R. M. (2005). ABC of adolescence: adolescent development. *British Medical Journal*, 330, 301–304.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Dolto, F. (1990). *Adolescenza: esperienze e proposte per un nuovo dialogo con i giovani tra i 10 e i 16 anni*. Disponibile in Google Scholar.

Fonagy, P. (2015). Peter Fonagy, Anna Freud Centre Chief Executive: What is Mentalization? Interview. *Anna Freud Centre*, 1(1), 2.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Manuale della funzione riflessiva*.

Fonagy, P., & Target, M. (2001). Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé. In P., Fonagy, & M., Target (Eds), *Attaccamento e funzione riflessiva*, (p. 101-133). Milano: Raffaele Cortina Editore.

Fonagy, P., & Target, M. (2001). Giocare con la realtà. I Teoria della mente e sviluppo della realtà psichica. In P., Fonagy, & M., Target (Eds), *Attaccamento e funzione riflessiva*, (p. 137-189). Milano: Raffaele Cortina Editore.

Gabbard, G., O. (2018). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Milano: Raffaele Cortina Editore.

Gambini, P. (2007). La Famiglia con figli adolescenti. In P., Gambini, *Psicologia della famiglia. La prospettiva sistemico-relazionale*, (p. 165-189). Milano: FrancoAngeli.

Lingiardi, V., & Bornstein, R., F. (2018). Profilo del funzionamento mentale, Asse M. In V. Lingiardi, & N. McWilliams (a cura di). *Manuale diagnostico psicodinamico PDM-2* (p. 81-144). Milano: Raffaele Cortina Editore.

Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaele Cortina Editore.

Moniello, G. (2017). Processo di soggettivazione e principio di realtà in adolescenza. *Il Mulino*, 1, 73-94. doi: 10.7388/86596.

- Neri, C. (2021). Soggettivazione. In C., Neri, *Il gruppo come cura*, (p. 135-143). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Palmonari, A. (2011). L'adolescenza secondo gli approcci classici. In A., Palmonari (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza* (p. 15-33). Bologna: Il Mulino.
- Palmonari, A., & Crocetti, E. (2011). Sviluppi degli studi sull'adolescenza. In A., Palmonari (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza* (p. 35-51). Bologna: Il Mulino.
- Perry, J. C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scale. 5th edition*. Versione originale pubblicata in Appendice al volume Lingiardi, V., Madeddu, F. (1994), *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*. Milano: Raffaele Cortina.
- Ruggiero, I. (2014). Dinamiche adolescenziali nelle analisi degli adulti e riapertura del processo di soggettivazione. *Rivista di Psicoanalisi*, 60(4), 827-846.
- Santrock, J. W. (2017). Sviluppo fisico, motorio e percettivo. In J. W., Santrock, (Ed. italiana a cura di D., Rollo), *Psicologia dello sviluppo* (p. 89-134). Milano: McGraw-Hill.
- Speranza, M., & Midgley, N. (2018). Profilo del funzionamento mentale negli adolescenti, Asse MA. In V. Lingiardi, & N. McWilliams (a cura di). *Manuale diagnostico psicodinamico PDM-2* (p. 283-344). Milano: Raffaele Cortina Editore.
- Wainrib, S. (2016). Psicoanalisi: una questione di soggettivazione? *L'annata psicoanalitica internazionale*, 8, 223-245.

Appendice

Tabella 1

Dataset funzione riflessiva e meccanismi di difesa.

COLLOQUI	FASI	INTENSITÀ MEDIA SRF	ACTING-OUT	SCISSIONE	ID. PROIETTIVA	NEGAZIONE	ANTICIPAZIONE	UMORISMO
1	$\Delta t 1$	1,18		1	1			
2		1,90		1		2		
3		2,67		2	1		1	
4		2,00	2	1	2	4		1
5		2,09	1	2		6		
6		1,76	1		1		2	1
7		1,92	3			9		1
8		2,45				4		1
9		1,86		1		7		
10		2,00				2		
11		1,84		2	1	11		2
12		1,38		5		25		
13		2,21		1		4		2
14	$\Delta t 2$	0,47		1	2	8		
15		1,76				6		
16		1,74	1	2	1	5		2
17		0,55		3	5	14		
18		1,48		3		12	1	
19		1,53	1	1		10		1
20		0,83			4	27		
21		1,48		4		10		3
22		0,21		6	4	8		
23		1,21		1		5		3
24		1,40				4		
25		1,71		4	2	4		3
26		0,44				5		1
27		1,25			1	8		
28		0,88		1		7		
29		1,57		4		1	1	1
30		0,67	1		3	12		
31	$\Delta t 3$	1,18			1	6		1
32		1,76			2	12		6
33		1,53			1	4		2
34		0,24			2	8		
35		0,71				5		1
36		2,32		1	2	2	3	2
37		1,18	1	1	1	7		
38		1,65		2		6		2
39		1,26			6	9		2
40		0,55				4		
41		1,15			2	2	2	1
42		0,72	1	2	2	6	1	
43		1,31		1	3	5		1