



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

**Funzione riflessiva e temi affettivi nel percorso di psicoterapia: il caso
di Matilde, un'adolescente in affido familiare**

*Reflective Functioning and Affective Themes in the Psychotherapy Process:
the case of Matilde, an Adolescent in Foster Care*

Relatore: Prof.ssa Silvia Salcuni

Laureanda: Michela Claudia Ramponi

Matricola: 2050680

Anno Accademico 2022-2023

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare innanzitutto la professoressa Silvia Salcuni, ovvero la mia relatrice, per la sua costante disponibilità e la sua dedizione, in quanto è stata un punto di riferimento durante tutto il mio lavoro di tesi magistrale.

Desidero poi ringraziare i miei genitori, mamma Monica e papà Ermanno, per tutti i sacrifici che hanno fatto per sostenere il mio percorso di studi. Grazie per avermi spronata a seguire la mia strada e grazie per i valori che mi avete trasmesso fino ad ora.

Ringrazio mia sorella Daniela, con la quale sono cresciuta condividendo sia momenti di gioia, che di ansia. Grazie per essermi stata vicina costantemente in questi anni. Un grazie di cuore ai nonni materni, Paolo e Benvenuta, perché con il loro affetto e la fiducia che hanno sempre posto in me mi hanno trasmesso la forza di potare a termine i miei obiettivi.

Ringrazio inoltre i nonni paterni, Guerino e Maria, e le altre persone della mia famiglia che hanno saputo incoraggiarmi lungo questo mio cammino.

Un profondo ringraziamento va al mio compagno Luca per avermi supportata in ogni momento e per aver sempre creduto in me, anche di fronte a quelle difficoltà che mi sconfortavano. La sua presenza è stata ed è tuttora fondamentale. Sono felice di poter essere al suo fianco anche durante il raggiungimento di questa tappa importante della mia vita.

Non può mancare un ringraziamento speciale a Lisa, la mia compagna di studi dalla triennale, la quale è stata il mio braccio destro negli ultimi cinque anni. Grazie per tutte le avventure trascorse insieme, compresi i traguardi e gli attimi di disperazione, perché la complicità che si è creata tra noi ha reso questo periodo universitario indimenticabile.

Un pensiero affettuoso anche agli amici di sempre, coloro con cui ho trascorso alcune tra le esperienze di vita più significative che non dimenticherò mai, quindi grazie Anna, Sara, Gloria e Flavio, anche per i vostri preziosi consigli che sono stati e sono ad oggi uno spunto fondamentale per la mia crescita personale.

Desidero inoltre ringraziare le persone con cui ho instaurato un'amicizia negli ultimi anni e che, per motivi diversi, sono tutte importanti per me: Alice, Linda, Alex ed Anna,

i miei amici della Valle, e Barbara e Giusy, le mie coinquiline. Grazie per il vostro sostegno e per i momenti di spensieratezza che avete saputo regalarmi.

Ringrazio anche le compagne e i compagni dell'Università sia per aver affrontato insieme le lezioni, lo studio e gli esami, sia per le giornate e le serate vissute in loro compagnia.

Infine mi sento di dover ringraziare la me di allora e la me di adesso per l'impegno, la volontà e la costanza nel portare a termine questo grande traguardo, senza essermi arresa di fronte a quelli che mi sembravano degli ostacoli insuperabili. Durante il mio percorso di studi universitari e questo lavoro di tesi ho imparato a credere di più nelle mie capacità e a mettere tutta me stessa in quel che faccio.

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: FUNZIONE GENITORIALE E ATTACCAMENTO INFANTILE, MENTALIZZAZIONE, SVILUPPO ADOLESCENZIALE	3
1.1 FUNZIONE GENITORIALE E ATTACCAMENTO INFANTILE	3
1.2 LA MENTALIZZAZIONE	5
1.3 SVILUPPO ADOLESCENZIALE	7
CAPITOLO 2: LA NEGLIGENZA GENITORIALE, EFFETTI SU ATTACCAMENTO INFANTILE, MENTALIZZAZIONE E ADOLESCENZA, IL DISPOSITIVO DELL’AFFIDO	10
2.1 LA NEGLIGENZA GENITORIALE	10
2.2 EFFETTI SU ATTACCAMENTO, MENTALIZZAZIONE E SVILUPPO IN ADOLESCENZA.....	15
2.2.1 <i>Effetti sull’attaccamento</i>	15
2.2.2 <i>Conseguenze sulla mentalizzazione</i>	16
2.2.3 <i>Ripercussioni in adolescenza</i>	18
2.3 IL DISPOSITIVO DELL’AFFIDO: COME INTERVENIRE IN CASO DI NEGLIGENZA E MALTRATTAMENTO	22
CAPITOLO 3: OBIETTIVI E IPOTESI	26
CAPITOLO 4: PROCEDURA, METODO, CASO CLINICO E DIAGNOSI.....	28
4.1 PROCEDURA	28
4.2 METODO: STRUMENTI DI ANALISI DEL PROCESSO TERAPEUTICO.....	29
4.2.1 <i>Reflective Functioning Scale</i>	29
4.2.2 <i>Object Relations Technique</i>	31
4.3 IL CASO CLINICO DI MATILDE.....	35
4.4 DIAGNOSI CON IL PDM-2.....	38
CAPITOLO 5: RISULTATI	44
CAPITOLO 6: DISCUSSIONE DEI RISULTATI	59
CONCLUSIONI	71
LIMITI E SVILUPPI FUTURI	72

BIBLIOGRAFIA 74

APPENDICE 78

INTRODUZIONE

Oggetto del presente lavoro è l'analisi della funzione riflessiva e dei temi affettivi presenti nella vita intrapsichica di Matilde, un'adolescente con una storia di affidamento familiare, lungo il suo percorso di psicoterapia psicodinamica di tipo supportivo svolto presso il Centro Affidi e Solidarietà Familiare (CASF) del Comune di Padova. Nello specifico, l'obiettivo è valutare in che misura questa tipologia di terapia favorisca l'emergere dei processi di mentalizzazione in relazione al cambiamento delle tematiche affettive che caratterizzano la paziente, rendendo in tal modo il suo mondo interno più *abitabile* e un po' più evoluto.

Al fine di inserire tale elaborato all'interno di una cornice teorica esaustiva, nella ricerca bibliografica si approfondiranno gli argomenti che rimandano sia ai costrutti principali osservati, sia alle condizioni di trascuratezza che hanno caratterizzato notevolmente l'infanzia della paziente.

Più precisamente, nel primo capitolo verrà trattata l'importanza della funzione genitoriale nelle relazioni di attaccamento, sottolineando soprattutto come il rispecchiamento genitoriale promuova lo sviluppo della capacità di mentalizzazione. Inoltre, considerando che Matilde durante la terapia è in piena fase adolescenziale, si descriveranno gli aspetti caratteristici e i passaggi salienti di questo delicato periodo evolutivo.

Il secondo capitolo si focalizzerà principalmente sulla negligenza genitoriale, rimarcando la possibile valenza traumatica insita in tale forma di maltrattamento, e si descriveranno le ripercussioni che essa può avere sull'attaccamento infantile, sulla mentalizzazione e sullo sviluppo in adolescenza. Infine si delineerà l'affido come dispositivo per intervenire in casi di trascuratezza.

Nella parte successiva si entrerà nel vivo dell'analisi del caso clinico.

Nel terzo capitolo si esporranno le ipotesi di ricerca, mentre nel quarto la procedura applicativa e gli strumenti utilizzati sia per valutare l'andamento della funzione riflessiva, sia per misurare la tipologia dei temi affettivi nel corso dei colloqui. In seguito si presenterà il trascorso e la situazione attuale della paziente e si effettuerà la diagnosi sulle prime due sedute terapeutiche con il Manuale Diagnostico Psicodinamico nella versione abbreviata per la fascia d'età 0-18 anni (PDM-2; Lingiardi, McWilliams & Speranza, 2020).

Nel quinto capitolo si riporteranno i risultati statistici, evidenziando quelli più significativi; con lo scopo di stabilire se le supposizioni empiriche siano o meno verificate, essi verranno poi discussi, anche da un punto di vista clinico, nell'ultimo capitolo, alla fine del quale si esamineranno i limiti del presente elaborato e gli spunti per eventuali progetti futuri.

CAPITOLO 1: FUNZIONE GENITORIALE E ATTACCAMENTO INFANTILE, MENTALIZZAZIONE, SVILUPPO ADOLESCENZIALE

Nel presente capitolo si descriverà l'importanza della funzione genitoriale nelle relazioni di attaccamento, sottolineando il suo contributo rispetto allo sviluppo della capacità di mentalizzazione. Inoltre si delinearanno i punti cardine dell'adolescenza e l'insieme delle trasformazioni ad essa collegate, in quanto rappresenta una fase evolutiva che affonda le proprie radici nell'infanzia.

1.1 Funzione genitoriale e attaccamento infantile

La costruzione del senso di sé avviene a partire dalle relazioni primarie, attraverso i processi interattivi della diade madre-bambino, che comprendono, ad esempio, la sintonizzazione emotiva e il graduale passaggio dall'etero-regolazione all'autoregolazione. Come illustra la teoria dell'attaccamento di Bowlby (1973,1980), queste dinamiche intersoggettive rappresentano il principio cardine su cui si struttura il legame di attaccamento e contribuiscono alla formazione dei Modelli Operativi Interni (MOI). Più precisamente, i MOI si organizzano gradualmente in base alla qualità delle risposte fornite dall'adulto alle richieste del figlio e fonderanno successivamente la rappresentazione di sé e dell'altro, orientando la costruzione dei rapporti interpersonali futuri. Dunque il sistema di attaccamento si costituisce come un'organizzazione psichica interna stabile che comprende sentimenti, desideri, aspettative e intenzioni. Peraltro, come suggerisce il contributo di Stern, le precoci interazioni tra genitore e bambino sono l'elemento chiave per comprendere il funzionamento adattivo e la salute mentale dell'individuo.

All'interno della relazione tra *caregiver* e bambino si colloca la funzione genitoriale, la quale varia in base alla dinamica reciproca di autoregolazione ed eteroregolazione, rimodellandosi nel tempo (Rutter, 1991). La genitorialità è definita come “una funzione autonoma dell'essere umano che si sviluppa fin dall'infanzia attraverso l'interiorizzazione delle esperienze di cura ricevute” (Solomon & George, 2008). Implica la capacità di fornire protezione, cure fisiche e affettive, accudimento e comprensione dei bisogni dell'altro, riconoscendo la sua soggettività (Simonelli, 2014). Inoltre, la funzione genitoriale è un processo multideterminato e il modello di Belsky (1984) presume che sia direttamente influenzata dalla personalità del genitore, dalle caratteristiche individuali del

bambino e dal contesto sociale in cui la relazione genitore-bambino è inserita. Il modello presuppone che le storie di sviluppo dei genitori, le relazioni coniugali, le reti sociali e i posti di lavoro influenzino la personalità individuale e il benessere psicologico generale dei genitori e, di conseguenza, il funzionamento dei genitori e, nello stesso tempo, lo sviluppo dei bambini.

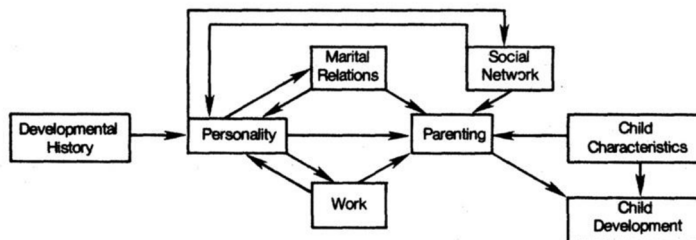


FIG. 1.—A process model of the determinants of parenting

La genitorialità assolve diverse funzioni, tra cui:

- la funzione protettiva che consiste nel fornire protezione fisica e sicurezza al bambino, favorendo, più di tutte le altre, il legame di attaccamento;
- la funzione affettiva che a che fare con la sintonizzazione emotiva, la quale comprende la trasmissione, la comprensione e la reciprocità degli affetti;
- la funzione regolativa riguarda la regolazione fornita dal *caregiver* che gradualmente consente al bambino sia di regolare i propri stati emotivi, sia di organizzare le proprie esperienze, raggiungendo così uno stato di auto-regolazione;
- la funzione normativa si esplicita nello stabilire in maniera flessibile dei confini, delle regole motivandone il significato. Inoltre, l'insieme dei limiti forniti dal genitore rappresenta la struttura di riferimento per il bambino, consentendogli in tal modo di sviluppare l'autonomia e la tolleranza alla frustrazione;
- la funzione predittiva che è la capacità di prevedere la tappa successiva di sviluppo del figlio, in modo da adeguare le modalità relazionali alla sua crescita e alle sue competenze;
- la funzione rappresentativa che consiste nel creare delle rappresentazioni coerenti e adeguate rispetto al figlio, modificandole in base all'avanzare del tempo e alle varie situazioni;
- la funzione triadica che si riferisce alla capacità della diade genitoriale di lasciare spazio al bambino e di stabilire una relazione empatica e reciproca;

- la funzione significativa o riflessiva ovvero l'abilità genitoriale di dare senso ai bisogni del bambino e di attribuire significati agli stimoli, agli stati e alle situazioni. Come sostiene la teoria della mente di Bion (1962) il *caregiver* svolge una funzione di *rêverie* offrendosi al bambino come "contenitore" dentro il quale può proiettare i suoi contenuti e grazie al quale inizia a comprenderli.

1.2 La mentalizzazione

In particolare, la funzione riflessiva genitoriale diviene un aspetto cardine per lo sviluppo della mentalizzazione dei figli, ovvero la capacità di percepire e interpretare i comportamenti umani in termini di stati mentali intenzionali come sentimenti, desideri e obiettivi (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Essa è radicata nel contesto delle prime relazioni di attaccamento (Fonagy et al., 2002) e ha quindi origine dal rispecchiamento genitoriale, che consiste nell'abilità del *caregiver* di riconoscere gli stati mentali del bambino e di rappresentarglieli in maniera coerente per favorire così la consapevolezza della propria vita intrapsichica.

Il funzionamento riflessivo risulta cruciale per la genitorialità ed è significativamente associato alla qualità del *caregiving*, come anche alla sensibilità genitoriale (Stacks et al., 2014), in quanto promuove una risposta contingente ai bisogni del bambino. Difatti, un *caregiving* sensibile e sintonizzato richiede sia la capacità di immaginare l'esperienza del bambino, sia la cognizione dei propri affetti e del loro impatto sulla relazione con il bambino (Ensink, Normandin, Plamond, Bethelot & Fonagy, 2016). La formazione della rappresentazione di sé e degli altri varia in base alla qualità delle interazioni con il *caregiver*, poiché l'atteggiamento di *caregiving* rispecchia gli stati del bambino, organizzando in tal modo la sua esperienza soggettiva. In tal modo il bambino può pensare a sé stesso come un agente intenzionale (Fonagy & Target, 2007).

Inoltre, la coerenza mentale materna nel rappresentare le proprie esperienze di attaccamento consente di considerare il bambino come un agente psicologico e di dar senso alle sue esperienze, promuovendo in tal modo la sicurezza nell'attaccamento del bambino. Quest'ultima rappresenta un indicatore di quella qualità della relazione bambino-*caregiver* che genera comprensione psicologica; per cui è significativamente legata alle abilità simboliche in generale e alla mentalizzazione precoce. Ma si configura

anche un buon predittore della capacità metacognitiva nei domini della memoria, della comprensione e della comunicazione (Moss, Parent & Gosselin, 1995).

La mentalizzazione da parte del genitore promuove quindi la funzione riflessiva infantile, in quanto consente al bambino di interpretare il proprio comportamento e quello degli altri in termini di stati mentali, rendendolo così significativo e prevedibile.

L'acquisizione della teoria della mente è parte di un processo intersoggettivo tra il bambino e il caregiver (Gopnik, 1993) e l'attaccamento sicuro a sua volta fornisce la base psicosociale per acquisire la comprensione della mente. L'esplorazione dello stato mentale del *caregiver* consente al bambino di avere accesso a un'immagine di sé mentalizzata, ovvero costituita da credenze, sentimenti e intenzioni (Fonagy & Target, 1997). Dunque la funzione riflessiva dà forma e coerenza all'organizzazione del Sé (Fonagy & Target, 2001).

Come già sottolineato, lo sviluppo della mentalizzazione avviene attraverso l'esperienza del bambino dei suoi stati mentali riflessi dal rispecchiamento genitoriale. Tale funzione mentale riguarda la conoscenza della natura delle esperienze che danno origine a determinate credenze ed emozioni, dei comportamenti probabili data la conoscenza delle credenze e dei desideri, delle relazioni transazionali prevedibili tra credenze ed emozioni e dei sentimenti e delle credenze caratteristici di particolari fasi o relazioni di sviluppo (Fonagy, Steele, Steele, & Target, 1997). Può essere anche descritta come un'attività immaginativa coinvolta nella comprensione dei propri e altrui stati mentali e risulta molto importante nelle relazioni che evocano i bisogni di attaccamento (Fonagy & Allinson, 2015). Attribuire stati mentali agli altri permette all'individuo di comprendere sia che il comportamento deriva da stati interni, sia le ragioni alla base del pensiero e dei sentimenti altrui (Bouchard et al., 2008). Dunque, imparare a interpretare le azioni altrui consente di mettere in atto flessibilmente la risposta più appropriata agli scambi interpersonali (Fonagy & Target, 2001).

Il rispecchiamento contingente degli stati emotivi del bambino da parte della figura di attaccamento favorisce anche l'evolversi delle capacità di regolazione emotiva (Fonagy & Allison, 2012). In tal modo il bambino riesce a rappresentarsi mentalmente i propri stati emotivi sviluppando gradualmente l'abilità di comprendere, identificare e modulare le proprie emozioni; pertanto, si evince come la mentalizzazione faciliti l'adozione di strategie emotive adattive (Fonagy et al., 2019).

Inoltre la mentalizzazione comprende due componenti: quella autoriflessiva e quella interpersonale, la quale consente di percepire le differenze tra la comunicazione interpersonale e i processi intersoggettivi (Fonagy & Target, 1996).

Altre esperienze possono sostenere lo sviluppo della mentalizzazione, tra cui le interazioni significative con i coetanei, con i bambini o con gli adulti. Poiché tale competenza contribuisce alla sensazione che sé stessi e gli altri siano comprensibili e prevedibili, questa è fondamentale per la regolazione emotiva e per lo sviluppo sia di un sé coerente, sia della propria intersoggettività (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998).

La mentalizzazione sembra avere delle implicazioni per la qualità dei rapporti interpersonali, in quanto aumenta la consapevolezza emotiva. Ciò consente di suscitare una risposta sensibile ed empatica all'interno delle relazioni, influenzando così il modo in cui un individuo si comporta nei confronti degli altri.

In aggiunta, la capacità di mentalizzazione agisce come fattore di resilienza rispetto agli esiti disadattivi di fronte ad episodi di vita avversi, come l'abuso (Fonagy et al., 2000), siccome favorisce una maggiore coerenza narrativa nella comprensione delle proprie esperienze di attaccamento.

1.3 Sviluppo adolescenziale

L'adolescenza è una fase evolutiva delicata e complessa, poichè rappresenta un periodo di transizione dall'infanzia all'età adulta, che comporta il manifestarsi di diverse trasformazioni a livello fisico, neuro-endocrino, sociale, cognitivo e psicologico (Siegel, 2014). Tali mutazioni avvengono all'incirca tra i dodici e i ventiquattro anni, sono legate alla maturazione e all'accelerazione della crescita, e contribuiscono all'emergere della mente adolescente. L'adolescenza inizia con la pubertà e i cambiamenti corporei ad essa associati stimolano la ricerca di nuovi equilibri nei rapporti con il mondo e con il proprio sé (Palmonari, 2011).

Stanley Hall (1904, citato da Palmonari, 2011) definisce l'adolescenza come una "nuova nascita" in cui si verifica un rinnovamento totale di tutti gli aspetti della personalità e che comporta pure una serie di sentimenti contrastanti. Uno tra i compiti fondamentali di questo ciclo di vita è la ristrutturazione del proprio concetto di sé; infatti, i quesiti esistenziali "*Chi sono io?*" o "*Qual è il mio posto nel mondo?*" rappresentano il nodo centrale attorno a cui avviene lo sviluppo individuale (Arnett, 2000; Erikson, 1968). Tale

riorganizzazione del proprio sistema di sé spinge l'adolescente a ricercare la propria autonomia e ad estendere le relazioni con il gruppo dei pari, che diviene un punto di riferimento per la costruzione identitaria. L'acquisizione dell'identità implica un conflitto rilevante per l'adolescente, in quanto dipende dal passato, ma serve da base per determinare la vita futura e i compiti vitali connessi (Erikson, 1970). Dunque la formazione dell'identità avviene quando il soggetto è in grado di selezionare ed integrare le proprie identificazioni infantili con l'emergere dei nuovi interessi e valori.

In corrispondenza a questo processo identitario avviene l'evoluzione del proprio concetto di Sé che si articola in diverse rappresentazioni sulla progressiva acquisizione del pensiero ipotetico deduttivo, che consente di distinguere il sé passato dal sé presente e dal sé futuro. Il modo in cui vengono valutati questi Sé possibili da parte dell'adolescente definisce la stima di Sé, ovvero la componente affettivo-valutativa del Sé rispetto a valori e standard personali (Alsaker & Kroger, 2006). Rosenberg (1986) e Harter (1999) hanno dimostrato che la stima di Sé è correlata con la percezione che gli adolescenti hanno degli atteggiamenti degli altri significativi nei loro confronti, ovvero la famiglia e il gruppo dei pari. Difatti gli adolescenti sono spinti dal desiderio di appartenenza a un gruppo al fine di accrescere la propria autostima attraverso l'identificazione con i coetanei, con i quali condividono ideali e valori (Graziani, Rubini & Palmonari, 2006).

Il progressivo andamento della stima di Sé può mostrare alcune oscillazioni, dovute soprattutto alle modificazioni corporee indotte dalla pubertà. L'insieme dei vari cambiamenti somatici, che avvengono all'incirca tra gli 11 e i 15-16 anni, comportano un rimaneggiamento dell'immagine corporea dell'individuo che assume una valenza psicologica. Dunque, a seguito di tali mutamenti rapidi e molteplici, cambia il rapporto dell'adolescente con l'ambiente sociale e si verifica una ristrutturazione del Sé (Henry & Kloep, 2002).

Un altro tra i compiti di sviluppo più importanti per l'adolescente nel processo di costruzione identitaria riguarda l'acquisizione della propria indipendenza (Palmonari, 2011). L'emancipazione dalle figure genitoriali e la realizzazione dell'autonomia è un processo lungo e graduale, che può essere anche complicato perché caratterizzato da ambivalenze. La comunicazione all'interno della famiglia può facilitare il processo di individuazione il senso di indipendenza degli adolescenti (Zani et al., 2021), soltanto se contraddistinta da sostegno ed empatia. Inoltre, i pari giocano un ruolo fondamentale in

questo percorso di differenziazione, in quanto, come sottolineato in precedenza, accompagnano la ricerca identitaria, consentendo all'adolescente di identificarsi con persone al di fuori dal nucleo familiare e fornendo supporto di fronte alle vulnerabilità. Quindi avere rapporti positivi tra pari è in adolescenza un bisogno irrinunciabile (APA, 2006) e facilita il superamento delle tappe evolutive. Infatti il gruppo diventa una fonte di condivisione di gusti e di interessi ed è anche attraverso il confronto sociale che si sviluppano i propri valori. Pertanto il gruppo dei pari accompagna nel processo di soggettivazione, poiché crea le condizioni per potersi esprimere appieno con l'altro attraverso la propria creatività e tramite il confronto con le differenze altrui (Palmonari, 2011). Oltretutto, è in questo nuovo assetto relazionale che nascono anche le occasioni di coinvolgimento sentimentale e si inizia a sperimentare la propria sessualità. Dunque, un ulteriore compito di sviluppo adolescenziale consiste nello stabilire relazioni affettive nuove e più mature con i coetanei di entrambi i sessi, sino a impegnarsi in una relazione sessuale con un determinato partner. Le relazioni romantiche rappresentano, quindi, il fulcro della vita sociale di molti adolescenti (Hendrick & Hendrick, 1986).

Parallelamente alla complessità di tutte queste innovazioni, durante l'adolescenza si verifica anche il processo di neurosoggettivazione (Moniello, 2016), in quanto il cervello è plastico e si rimodella attraverso le esperienze interne ed esterne. A livello neurobiologico, però, si sviluppa prima il circuito delle emozioni (sistema limbico) e della ricompensa (sistema dopaminergico) rispetto alla corteccia prefrontale; motivo per cui gli adolescenti tendono a ricercare le novità e le emozioni forti. I vari cambiamenti cerebrali contribuiscono all'emergere della mente adolescente, con il graduale sviluppo del pensiero astratto, ipotetico-deduttivo che permette di formulare le proprie teorie sul mondo circostante e sui propri vissuti interiori (Siegel, 2014).

A fronte di quanto sinora è stato descritto si desume che l'adolescenza rappresenti il periodo di vita in cui il proprio passato infantile viene rimaneggiato, a seguito delle più sfaccettate trasformazioni, nella direzione della propria soggettivazione.

CAPITOLO 2: LA NEGLIGENZA GENITORIALE, EFFETTI SU ATTACCAMENTO INFANTILE, MENTALIZZAZIONE E ADOLESCENZA, IL DISPOSITIVO DELL’AFFIDO

Nel seguente capitolo verranno prese in considerazione le varie sfaccettature della negligenza, sia collegandole alla funzione genitoriale e alla funzione riflessiva, sia evidenziandone le ripercussioni sul percorso di crescita e sullo sviluppo in adolescenza.

2.1 La negligenza genitoriale

La negligenza o trascuratezza è una delle forme più diffuse di maltrattamento e si riferisce all’omissione del soddisfacimento dei bisogni primari; in particolare, si può definire come “grave e persistente fallimento nel provvedere alle necessità fisiche, emotive, educative/cognitive o mediche del bambino” (Isola, Patrizi et al., 2013). Più precisamente, il *neglect* costituisce un aspetto specifico dell’abuso psicologico. Quest’ultimo rappresenta una tra le tipologie di violenza più difficili da riconoscere e consiste in una serie di atti omessi e commessi verso il bambino, che provocano delle conseguenze dannose a livello psicologico (Tambelli, 2017).

La trascuratezza è un fenomeno eterogeneo che varia per gravità, cronicità e tipologia; se ne possono distinguere tre principali forme:

- la trascuratezza fisica che è la manifestazione dell’incapacità di porre attenzione allo stato di salute del bambino, non garantendogli un’adeguata alimentazione, non curandone l’igiene personale e non fornendogli le cure mediche necessarie;
- la trascuratezza emotiva che consiste nell’assenza di reciprocità e di sintonizzazione emotiva, che si esprime attraverso disinteresse e disimpegno relazionale da parte dei genitori, inversione di ruolo e limitazione delle autonomie del bambino;
- la trascuratezza educativa che implica la noncuranza dei genitori nei confronti degli obblighi scolastici dei bambini.

Per comprendere le cause della trascuratezza è necessario adottare un’ottica multidimensionale che prenda in considerazione la complessa interazione tra le caratteristiche individuali e ambientali. Tra i vari modelli teorici che si collocano lungo questa linea di pensiero vi è quello di Belsky (1980) che, basandosi sulla prospettiva

ecologica di Bronfenbrenner (1979, 2000), identifica i fattori di rischio della negligenza genitoriale rispetto a quattro dimensioni sociali. Nello specifico:

- lo sviluppo ontogenetico dei genitori, cioè le esperienze del loro passato che si manifestano nel comportamento genitoriale;
- il microsistema, ovvero le caratteristiche del bambino e della famiglia;
- l'ambiente di vita o ecosistema;
- l'atteggiamento della società verso il maltrattamento infantile.

Ad esempio: tra i fattori di rischio appartenenti al bambino che aumentano la probabilità di essere esposti a trascuratezza si possono includere la presenza di disturbi comportamentali esternalizzanti ed internalizzanti o le scarse competenze sociali (Schumacher et al. 2001), che spesso ne rappresentano anche una conseguenza. Invece, a livello genitoriale, le esperienze negative in infanzia, le scarse competenze di cura, la psicopatologia influiscono sulla capacità di comprendere i bisogni dei figli e di stabilire un legame sicuro. Inoltre bisogna considerare anche l'ambiente familiare; in particolare le condizioni socioeconomiche, come la povertà (Austin, 2015) e le forme di violenza domestica, in quanto le madri vittime di tali esperienze tendono a trascurare i propri figli. Altresì uno scarso sostegno da parte della comunità, un ambiente di crescita incerto, la disponibilità e il consumo di sostanze rappresentano degli elementi di rischio legati al contesto in cui vive la famiglia (Akehurst 2015, Freisthler et. al 2006, Parkinson et al. 2017).

In merito a ciò che si è considerato finora, si può comprendere la negligenza attraverso una prospettiva ampia, collocandola all'interno di un quadro "ecologico", in cui anche i fattori sociali e culturali possono compromettere le capacità di accudimento genitoriali. Pertanto è necessario superare la visione colpevolizzante nei confronti dei *caregivers*, adottando un approccio più costruttivo che sottolinea il concetto di responsabilità condivisa tra individui, famiglie, società e comunità, anche al fine di programmare degli interventi adeguati (Dubowitz et al., 1993).

L'atteggiamento familiare trascurante è caratterizzato dalla mancanza di modalità adeguate di accudimento primario ed è frequentemente associato a numerosi fattori di stress familiare (Connell-Carrick & Scannapieco, 2006; Crittenden, 1981), come: elevata conflittualità familiare, affetti negativi e violenza domestica (Connell-Carrick & Scannapieco, 2006; Gaudin, Polansky, Kilpatrick & Shilton, 1996). Dagli studi sulle

interazioni genitore-bambino sono stati rilevati comportamenti disadattivi nelle famiglie maltrattanti, spesso caratterizzate da una grave carenza nelle risorse di empatia, affettività e responsività. Difatti i genitori tendono a percepire l'accudimento in modo meno gratificante e manifestano minore soddisfazione nella relazione con i figli, verso i quali possono riporre delle aspettative inadeguate. Sono comuni le dinamiche di inversione di ruolo e il clima affettivo familiare è caratterizzato maggiormente da emozioni negative piuttosto che positive (Herrenkohl et al., 1991).

Il *neglect* è una tipologia di violenza che tende a perpetuarsi e può, dunque, divenire una condizione pervasiva e intrinseca alle relazioni alla quale il bambino si adatta progressivamente, poiché la cronicità del maltrattamento rende l'esperienza altamente prevedibile. Oltretutto, i genitori trascuranti sembrano avere una scarsa consapevolezza della propria pericolosità (Isola & Patrizi et al, 2013) e possono manifestare un comportamento insensibile, incoerente, iper e ipostimolante (Crittenden, 1985) non riconoscendo il rischio potenzialmente traumatico connesso a uno stile di *parenting* incoerente, caotico e disadattivo.

Risulta difficile identificare precocemente le forme di trascuratezza negli ambienti di accudimento, in quanto viene spesso nascosto da atteggiamenti di eccessivo controllo genitoriale (Isola, 2016), motivo per cui spesso i bambini crescono nell'assenza di consapevolezza rispetto al maltrattamento subito.

In letteratura è noto un fenomeno che viene definito come "ciclo del maltrattamento" (Ijzendoorn 1992, Zeanah & Zeanah 1989) che si riferisce alla trasmissione intergenerazionale dell'abuso, per *caregivers* che hanno subito maltrattamenti nell'infanzia tenderanno a ripeterne tali pattern relazionali nel comportamento di *careving* verso i propri figli.

Inoltre la trascuratezza non rappresenta un fenomeno isolato, difatti è spesso associata ad altri episodi traumatici di natura interpersonale. Si adopera il termine "traumatico" in riferimento a un evento che minaccia il benessere di un individuo e che, da un punto di vista psicologico, ostacola le abilità di fronteggiamento (Nicolais, 2015). Per lungo tempo il trauma è stato collegato ad esperienze di violenza fisica e sessuale; mentre ora si pone attenzione anche ai significati traumatici implicati nell'abbandono e nella trascuratezza delle cure, in quanto manca la disponibilità fisica ed emotiva da parte di un adulto, che è una condizione essenziale per la sopravvivenza durante l'infanzia. Pertanto il trauma

interpersonale è causa e conseguenza di un radicale stravolgimento delle caratteristiche costitutive di una relazione primaria di accudimento (Nicolais, 2015).

Alcuni autori, tra cui Liotti e Farina (2011), differenziano il concetto di trauma psicologico in:

- evento traumatico che rappresenta una minaccia circoscritta nel tempo e che ostacola le capacità di *coping* dell'individuo;
- trauma complesso che contraddistingue relazioni violente che perdurano nel tempo;
- trauma relazionale precoce che si riferisce alle interazioni primarie tra *caregiver* e bambino durante i primi due anni di vita, spesso caratterizzate da disorganizzazione dell'attaccamento.

L'esperienza traumatica non è causa necessariamente di conseguenze psicopatologiche, ma può alterare in modo pervasivo lo sviluppo sociale, psicologico, cognitivo, biologico e l'adattamento dell'individuo. Alcune ricerche hanno dimostrato che l'esposizione a trauma di natura interpersonale è correlata a diversi sintomi (D'Andrea et al., 2015), come la disregolazione affettiva e comportamentale, le difficoltà attentive e gli stati alterati di coscienza, la distorsione della rappresentazione di sé e degli altri e le difficoltà interpersonali. Perdi più, il sommarsi di eventi traumatici aumenta il ricorso alla dissociazione (Dutra et al. 2009) e contribuisce alla formazione di modelli operativi interni disorganizzati che ostacolano la formazione di un senso di sé coerente e integrato. In base a ciò che è stato considerato sinora, si può affermare che la qualità delle cure genitoriali è connessa alla qualità dello sviluppo psico-fisico dei bambini. Per cui la negligenza e l'abuso psicologico, soprattutto se avvengono precocemente, possono avere un'influenza negativa sul percorso di crescita, contribuendo alla distorsione o al blocco dello sviluppo in diverse aree. Questa condizione, quando avviene durante l'infanzia, è nota come "*Failure to Thrive*" (FTT); se è causata da problemi organici prende il nome di "*Organic Failure to Thrive*" (OFTT), mentre se si riferisce a un mancato accrescimento dovuto a cause non mediche si può utilizzare il termine "*Non Organic Failure to Thrive*" (NOFTT). Entrambe le sindromi derivano da problemi legati alla denutrizione; in un caso risalgono ad alterazioni biologiche, nell'altro sono connessi a una compromessa qualità delle interazioni madre-bambino.

Precisamente, secondo *l'American Accademy of Pediatrics*, il FTT è una cessazione significativamente prolungata dell'aumento del peso appropriato rispetto alle norme riconosciute per l'età e per il sesso. Tale fenomeno ha un'eziologia multifattoriale che coinvolge malattie organiche del bambino, problemi neurologici e comportamentali, comportamenti disfunzionali dei genitori, difficoltà di interazione madre-bambino e condizioni socio-economiche precarie. Invece, quando la trascuratezza e l'abbandono sono le cause principali, bisogna considerare altri fattori, tra cui l'isolamento sociale, la mancanza di una famiglia allargata che rappresenti una fonte di supporto, la monogenitorialità, la precarietà del lavoro, la violenza domestica, l'abuso di sostanze e la psicopatologia genitoriale (Block & Krebs, 2005). L'insieme di tutti questi elementi può portare allo sviluppo di modelli di alimentazione incoerenti con carenza di nutrimento, con la conseguente riduzione della crescita del bambino. Dunque, per comprendere complessivamente il FTT, è necessario considerare le influenze familiari generali. Tale prospettiva supera il costrutto di "deprivazione materna" come radice del FTT (Spitz, 1945), sottolineando quanto sia riduttivo considerare esclusivamente la qualità del comportamento interattivo materno. Difatti la reattività materna nei confronti del bambino può essere modulata dalle dinamiche familiari disfunzionali (Drotar & Malone, 1982), come ad esempio, la conflittualità e la disorganizzazione relazionale. Questi modelli interattivi possono contribuire a modelli di accudimento disattivi, tra cui pattern di alimentazione irregolari, che rischiano di interferire sull'accrescimento del bambino. Secondo i teorici dello sviluppo infantile, la famiglia esercita dei notevoli effetti sul bambino attraverso la relazione materna (Belsky, 1984; Sigel & Parke, 1987) e il sostegno emotivo tra i membri familiari interferisce con lo sviluppo di competenze di accudimento adattive. Pertanto la carenza di un sistema supportivo aumenta la vulnerabilità verso problemi relazionali.

Dunque, rispetto alle considerazioni circa l'eziologia del FTT, si evince che per poter effettuare una valutazione accurata di tale condizione è necessario svolgere sia un'anamnesi familiare, sia un'anamnesi medica del bambino, ma anche l'osservazione dei pattern alimentari. Tali passaggi consentono di determinare la gravità della situazione e un intervento tempestivo è essenziale per poter allentare le ripercussioni della malnutrizione precoce sullo sviluppo cerebrale.

2.2 Effetti su attaccamento, mentalizzazione e sviluppo in adolescenza

2.2.1 Effetti sull'attaccamento

Bisogna riconoscere che uno degli elementi chiave del maltrattamento infantile è l'alterazione e l'inadeguatezza delle relazioni primarie del bambino, poiché i *caregivers* tendono a mostrarsi come psicologicamente inaccessibili e non responsivi. Viene a mancare, quindi, la base per costruire una relazione sintonizzata che promuova il senso di sicurezza nel bambino. Perciò l'assenza di disponibilità emotiva da parte del genitore influenzerà negativamente lo sviluppo intrapsichico e sociale del bambino, portando a modelli interiorizzati di sé, dell'altro e delle relazioni di tipo insicuro o disorganizzato, che sono fattori di rischio per lo sviluppo e l'adattamento.

L'attaccamento si struttura a partire della qualità delle prime interazioni *caregiver-bambino*, per cui modelli relazionali disfunzionali possono esercitare una notevole influenza negativa sullo strutturarsi di tale legame.

Secondo il PDM-2 (Lingiardi, McWilliams & Speranza, 2020) la qualità relazionale viene collocata lungo un continuum:

- interazioni sane, reciproche e sincrone che promuovono lo sviluppo reciproco e che veicolano esperienze piacevoli;
- situazioni di perturbazione caratterizzate da alterazioni lievi dei compiti di sviluppo o da interazioni disfunzionali;
- situazioni in cui i pattern relazioni sono problematici o costantemente disfunzionali;
- situazioni in cui il contesto di *caregiving* è deficitario così da rendere impossibile lo stabilirsi di una relazione di attaccamento sicura e affidabile.

Sono stati condotti diversi studi (Drotar et al, 1985; Gordon & Jameson, 1979; Ward, Kessler, & Altman, 1993) che, attraverso l'uso della *Strange Situation Procedure* (Ainsworth et al., 1978), hanno rilevato la presenza di un attaccamento insicuro nella maggior parte dei bambini FTT. Come evidenziato in precedenza, il FTT può derivare da condizioni non organiche, come la trascuratezza e l'abuso, e ciò potrebbe rappresentare un rischio per l'insorgenza di disturbi dell'attaccamento. L'attaccamento è influenzato dal comportamento del *caregiver* che, a sua volta, è condizionato dalle rappresentazioni interne rispetto ai propri figli. Quest'ultime sono misurabili mediante il *Working Model*

of *Child Interview* (Zeanah et al., 1986) e dallo studio di Benoit et al (1997), in cui è stato utilizzato tale strumento: è emerso che le madri dei bambini FTT apparivano emotivamente distanti ed accettavano meno i propri figli. Inoltre, ricercatori hanno somministrato alle stesse madri l'*Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan & Main, 1985) riscontrando la presenza di stati mentali insicuri rispetto all'attaccamento, suggerendo che potrebbero avere delle difficoltà a leggere e rispondere in modo sintonizzato ai bisogni dei bambini con FTT.

Anche altre ricerche condotte in merito alla relazione madre-bambino suggeriscono la presenza di interazioni non ottimali caratterizzate da emozioni negative, minor contatto fisico e coinvolgimento emotivo, maggior livelli di controllo (Chartoor et al., 1987). L'insieme di tutti questi fattori può aumentare il rischio di un disturbo dell'attaccamento, poiché viene meno il senso di protezione e sicurezza che è la base per stabilire un attaccamento sicuro. Conseguentemente tale condizione compromette anche lo sviluppo delle capacità del bambino di regolare adeguatamente i propri affettivi e di avere accesso ai propri contenuti mentali.

2.2.2 Conseguenze sulla mentalizzazione

Il maltrattamento rappresenta quindi un fattore di rischio per lo sviluppo sia della capacità riflessiva, sia del proprio senso di sé. Dunque l'attenzione alla mentalizzazione può essere utile per individuare tempestivamente le traiettorie di rischio associate all'abuso e alla trascuratezza.

L'assenza di un accudimento sensibile, che comporta il mancato riconoscimento e la mancata comprensione degli stati mentali del bambino, contribuisce allo sviluppo di un attaccamento insicuro, caratterizzato da una scarsa fiducia nella disponibilità degli altri (Fonagy et al., 2002).

I genitori che mostrano comportamenti maltrattanti di solito non considerano la prospettiva del figlio e probabilmente scoraggiano l'espressione delle emozioni, così da non permettere al bambino l'esplorazione del proprio mondo interiore in modo sicuro (Allen, 2013). Pertanto la mentalizzazione nei bambini abusati e maltrattati risulta significativamente danneggiata se confrontata con quella di bambini nella popolazione normale (Ensink et al., 2015). Ciò si ricollega al fallimento del rispecchiamento

genitoriale che pregiudica i processi di integrazione delle esperienze relazionali all'interno del sé del bambino, favorendo lo sviluppo di un Sé non coeso. Dunque si può affermare che le forme precoci di maltrattamento si ripercuotono negativamente sulla teoria della mente, ovvero la capacità di comprendere gli altri e sé stessi nelle relazioni interpersonali, e possono comportare un ritiro rispetto al mondo mentale. Difatti, come dimostrato dagli studi di Cicchetti e Beeghly (1987), i bambini maltrattati usavano proporzionalmente meno parole sugli stati interni, i quali venivano attribuiti a un minor numero di agenti sociali ed erano più legati al contesto. Esistono anche altre ragioni per cui l'ambiente familiare maltrattante rischia di compromettere lo sviluppo della funzione riflessiva. Ad esempio, in questa tipologia di famiglie, il significato degli stati intenzionali può essere negato o distorto. Conseguentemente l'abuso impedisce al bambino di testare e di modificare le proprie rappresentazioni mentali, perciò tendono a diventare disadattive e inappropriate.

Le compromissioni della mentalizzazione si esplicitano in due forme: ipermentalizzazione, che consiste nella sovra-attribuzione di stati mentali e in un elevato grado di certezza rispetto a tale operazione, mentre l'ipo-mentalizzazione è una sotto-attribuzione che corrisponde ad alti livelli di incertezza rispetto ai propri e altrui stati mentali.

Oltretutto, è stata indagata la funzione riflessiva genitoriale in relazione alla regolazione delle emozioni infantili; con ciò si è appurato quanto essa sia fondamentale nel promuovere lo sviluppo sia dell'autoregolazione emotiva del bambino, soprattutto per quanto riguarda gli affetti dolorosi (Fonagy et al., 2002), sia della fiducia rispetto alla risposta materna.

Grinenberg et al. (2005) hanno riscontrato che un funzionamento riflessivo genitoriale compromesso si associava a una minore comunicazione affettiva con i figli e alle difficoltà nei processi di etero-regolazione emotiva. Quindi, un buon funzionamento riflessivo da parte dei genitori correla negativamente con i comportamenti esternalizzanti nel bambino e positivamente con la mentalizzazione infantile (Ensink et al., 2016).

Come constatato in precedenza, l'abuso tende a perpetuarsi, motivo per cui è stato studiato empiricamente il funzionamento riflessivo dei genitori che hanno subito abusi nell'infanzia. Ne è emerso che è proprio l'assenza della capacità di mentalizzare le proprie esperienze traumatiche passate a predire un *caregiving* inadeguato (Ensink et al., 2014).

In merito a ciò che è stato evidenziato fino a questo punto, si può sostenere che sia un accudimento attento, caloroso e stimolante, in sintonia con i bisogni e i compiti di sviluppo del bambino, promuova lo sviluppo di alcune competenze cognitive, emotive e comportamentali; sia che la mentalizzazione rappresenti un fattore protettivo rispetto ai comportamenti di *caregiving* inadeguati. Di conseguenza, la presenza di un modello relazionale patogeno e forme di trascuratezza contribuiscono all'insorgenza di alcune difficoltà durante il periodo dello sviluppo.

2.2.3 Ripercussioni in adolescenza

La trascuratezza procura diverse fragilità psicologiche, in particolare sul senso di identità, sulla valutazione del proprio valore personale e sulla sicurezza di sé (Caretti & Craparo 2008). Le conseguenze ad essa associate variano a seconda della tipologia, della durata e dell'età in cui si verifica e possono alterare a lungo termine gli aspetti della salute e del funzionamento generale di un individuo. Nello specifico è necessario focalizzarsi sul periodo dell'adolescenza, in quanto essa rappresenta una fase di transizione cruciale per lo sviluppo del Sé in cui potrebbero manifestarsi le maggiori ripercussioni legate al maltrattamento.

L'adolescenza è una condizione critica per l'incremento di diverse competenze, tra cui quelle emotive e di cognizione sociale. Pertanto viene considerata un periodo di vulnerabilità rispetto all'emergere di alcune sequele della trascuratezza infantile che si manifestano in una serie di severe difficoltà, come l'alterazione della regolazione delle emozioni e del comportamento, deficit dell'attenzione e dei processi cognitivi, e ripercussioni nelle relazioni interpersonali. Difatti l'esposizione al maltrattamento rappresenta un fattore predittivo della disorganizzazione dello sviluppo (Cicchetti & Toth, 1998) e può contribuire all'insorgenza di alcuni disturbi mentali (Jafee, 2017).

L'esperienza della trascuratezza o dell'abuso può quindi deteriorare il normale sviluppo emotivo, per cui spesso genera deficit nel riconoscimento delle emozioni (Pollak, Cicchetti, Hornung & Reed, 2000), nell'espressione (Gaesnbauer, 1982) e nella comprensione degli altri (Shipman & Zeman, 1999).

Una recente metanalisi, svolta nel 2020 dalle ricercatrici Khan e Jafee, ha dimostrato l'associazione tra il maltrattamento e l'alessitimia, la quale consiste nella difficoltà a riconoscere, descrivere, distinguere ed esprimere i propri stati emotivi (Taylor, Bagby &

Parker, 1999). Un'ipotesi a riguardo sostiene che i bambini trascurati non riescano ad apprendere le competenze emotive relative a sé stessi e agli altri a causa dell'incapacità dei genitori di comunicare e differenziare in modo appropriato gli stati emotivi (Schimmenti, 2017). Inoltre si ritiene che l'alessitimia sia un marcatore di scarsa consapevolezza emotiva, che rappresenta un fattore di rischio rispetto all'insorgenza della psicopatologia (Weissman et al., 2000). Perdi più, tale ricerca ha comprovato che la relazione tra la trascuratezza infantile e la successiva alessitimia non è determinata esclusivamente dalla negligenza emotiva, ma anche dalla mancanza di accesso ai beni e alle cure di base. Dunque, in merito a ciò che emerso da questa rassegna, si può affermare che l'alessitimia si sviluppi a fronte di situazioni di stress e che sia un mediatore tra il maltrattamento infantile e una serie di disturbi psicologici.

Un ulteriore aspetto che potrebbe essere inficiato dall'esposizione precoce al trauma infantile è la capacità di regolazione delle emozioni, che corrisponde alla capacità di modulazione dell'esperienza e della risposta emotiva (Dvir et al., 2014) e che comprende una serie di strategie cognitive (Gross, 2014). Quest'ultime si riferiscono alle modalità che gli individui utilizzano per far fronte ad esperienze traumatiche o stressanti, modulando l'intensità dell'esperienza affettiva (Aldao et al., 2010). Tuttavia coloro che fanno uso di strategie disadattive manifestano problemi nel valutare e modulare i propri stati emotivi.

Le ripercussioni della deprivazione durante la prima infanzia sullo sviluppo emotivo possono essere spiegate anche dall'impatto negativo che essa esercita sullo sviluppo cerebrale, causando la disregolazione del sistema neurale e deficit neurocognitivi (Lee & Hoaken, 2007). Pertanto le aree cerebrali deputate alla cognizione e all'elaborazione delle emozioni risultano meno sviluppate in coloro che hanno subito forme di trascuratezza.

L'adolescenza è un periodo critico anche per la maturazione delle capacità di mentalizzazione (Poznyak et al., 2019), perciò il trauma vissuto in infanzia può compromettere la capacità sia di comprendere gli stati mentali, sia di usare efficacemente le strategie di regolazione emotiva durante la fase adolescenziale. Difatti è stato dimostrato che i problemi di mentalizzazione tra gli adolescenti sono associati alla disregolazione emotiva, che a sua volta predice la psicopatologia (Belvederi Murri et al., 2017).

Lo studio di Doba et al. (2022) ha constatato il ruolo di mediazione delle strategie di mentalizzazione e di regolazione emotiva tra l'esperienza traumatica infantile e l'insorgenza dei sintomi da Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) durante l'adolescenza, evidenziando come modalità disfunzionali, tra cui l'ipo-mentalizzazione, possano contribuire alla sintomatologia post-traumatica. Precisamente, livelli più bassi di mentalizzazione impediscono all'adolescente di comprendere la fonte delle proprie emozioni negative, aumentando così il grado di autocolpevolizzazione, di catastrofizzazione e ruminazione, nonché il rischio di sviluppare PTSD. Inoltre l'ipomentalizzazione si associa a un'elevata reattività emotiva e alla tendenza a evitare la connessione emotiva; per cui, il PTSD può essere mediato da fattori interpersonali, come la scarsa qualità nelle relazioni intime o la mancanza di un supporto sociale.

Al fine di documentare ulteriormente quanto la negligenza nell'infanzia tenda ad essere legata a disturbi della salute mentale, ci si può ricollegare allo studio longitudinale di Brown et al. (1999) che ha indagato gli effetti della trascuratezza infantile in una coorte di 776 bambini dall'età 5 anni fino all'età adulta per un periodo di 17 anni, più precisamente dal 1975 al 1992. I risultati hanno dimostrato che le storie di abuso e di trascuratezza predicono l'insorgenza di disturbi internalizzanti in adolescenza e in età adulta. In particolare il maltrattamento infantile rappresenta un fattore di rischio circa il manifestarsi di un disturbo depressivo maggiore e di comportamenti suicidari associati. Dunque, come è stato documentato da questa ricerca, un adolescente che abbia subito abusi in infanzia è tre o quattro volte più propenso alla depressione o al suicidio. In secondo luogo, in base a ciò che è stato suggerito da tale studio, si deve prendere in considerazione l'ambiente in cui si è verificato il maltrattamento, poiché la trascuratezza infantile non può rappresentare l'unica causa circa gli effetti sulla salute mentale. Difatti essa è associata ad altri fattori di rischio, come anche ai diversi tipi di abuso, tra cui quello fisico e quello sessuale. Pertanto queste considerazioni forniscono delle informazioni utili per le implicazioni nel settore clinico, suggerendo quanto sia importante fare uno screening specifico per la presenza dei vari tipi di abuso singoli o combinati, al fine di valutare la presenza di disturbi depressivi o tendenze suicide negli adolescenti. Inoltre attestano che i fattori che potrebbero contribuire alla depressione sono sia i rischi familiari, come la psicopatologia genitoriale, le dinamiche conflittuali e le separazioni precoci, sia i rischi parentali, come lo scarso coinvolgimento paterno, sia i rischi

ambientali. Pertanto gli elementi contestuali dovrebbero essere considerati nel trattamento degli adolescenti che sono stati trascuranti durante l'infanzia. Infine, secondo le valutazioni dei ricercatori, dovrebbero essere sviluppate delle strategie opportune per monitorare queste vittime mediante programmi preventivi, allo scopo di ridurre non solo i tassi di abuso o negligenza, ma anche le conseguenze sulla loro salute mentale.

Un'ulteriore conseguenza della negligenza sullo sviluppo riguarda l'alterazione delle traiettorie delle funzioni esecutive, che potrebbe portare a effetti duraturi durante l'adolescenza e l'età adulta. La disfunzione esecutiva dovuta alla trascuratezza può manifestarsi, durante il periodo adolescenziale, attraverso le difficoltà nella flessibilità cognitiva; esse sono riconducibili a una riduzione del lobo frontale del cervello dei bambini esposti al maltrattamento (Cicchetti & Toth, 2005).

È importante considerare tali alterazioni durante l'adolescenza, in quanto possono ripercuotersi negativamente sul rendimento scolastico e sulla capacità di inibire il proprio comportamento, contribuendo a un aumento delle probabilità rispetto i comportamenti a rischio e i disturbi psichiatrici (Batten, Aslan, Maciejewski & Mazure, 2004). Quindi i soggetti che sono stati esposti a forme di deprivazione interpersonale possono presentare dei deficit anche a livello degli apprendimenti (McLaughlin, 2017); ciò si ripercuote sul superamento dei compiti di sviluppo. Perciò, durante la prima adolescenza, la trascuratezza può conferire un rischio specifico di compromissione sociale, dato che in questa fase i compiti evoluti sono legati al raggiungimento di obiettivi sociali nei contesti interpersonali.

A seguito di tutte le considerazioni proposte sinora si può quindi affermare che l'esposizione precoce a diverse forme di trascuratezza e di maltrattamento può alterare su più livelli le traiettorie di sviluppo di un individuo anche in senso patologico. Le conseguenze collegate si possono insorgere dall'infanzia e mantenersi fino all'epoca adolescenziale, in cui diventano più evidenti.

2.3 Il dispositivo dell'affido: come intervenire in caso di negligenza e maltrattamento

L'identificazione del maltrattamento interessa diverse discipline, tra cui quelle che riguardano l'intervento dei servizi sociali, le decisioni legali, la difesa dei diritti dei bambini e la salute mentale. La tutela dei minori, in base alle competenze del Tribunale dei Minorenni, riguarda tutti gli interventi di protezione volti a salvaguardare e favorire il benessere e lo sviluppo di tutti coloro che vivono in condizioni di abuso a causa delle condotte attuate dai loro genitori o da chi ne ha le funzioni vicarianti. Nel marzo 1999 a Ginevra, durante la Conferenza denominata *Consultation on Child Abuse Prevention*, si è raggiunto un accordo sulla definizione di maltrattamento, intendendolo come «comprensivo di tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o l'assenza di azioni e cure, con conseguente danno reale, potenziale od evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del minore nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere» (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1999, pag. 16 in *“Decisioni difficili Bambini, Famigli e Servizi Sociali”*).

Negli ultimi decenni sono state promulgate alcune leggi che hanno segnato il passaggio verso una cultura più specifica orientata alla tutela dei diritti dei minori. Tra tali testi legislativi più rilevanti si possono citare: la *Dichiarazione di Ginevra sui diritti del bambino*, adottata dalla Società delle Nazioni nel 1924; la *Dichiarazione dei diritti del fanciullo*, accettata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1959; e la *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo*, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni nel 1989.

Il testo legislativo che riguarda la protezione del minore è la Costituzione repubblicana dell'Italia (1948), poiché il minore viene riconosciuto al pari dell'adulto, ed è partire dagli anni '80 che nel contesto sociale italiano sorgono i primi centri specialistici dedicati al maltrattamento. Tra questi il “Centro per il Bambino Maltrattato” (CBM) di Milano, che viene fondato nel 1984 con lo scopo di fornire un servizio pubblico rivolto a minori abusati e alle loro famiglie. Le iniziative intraprese da tale centro apportano delle novità, in quanto uniscono agli interventi di protezione anche il sostegno e la cura delle relazioni familiari, nella consapevolezza che il maltrattamento infantile rappresenti una manifestazione di una disfunzione familiare (Segatto & Dal Ben, 2020).

Successivamente, negli anni '90, si realizza un sistema più ampio di protezione, costituito da una rete di servizi pubblici e privati impegnati nello svolgimento di percorsi di natura sociale, sanitaria e giudiziaria a favore dei minori e dei loro nuclei familiari (Bertotti, 2010; 2012)

Tra gli interventi adottati per la tutela minorile si colloca l'affido familiare che consiste nel fornire assistenza temporanea ai minori in contesti diversi dalla famiglia d'origine, quando i genitori non sono più in grado di adempiere la funzione genitoriale (APA, 2023). In Italia l'affido familiare è disciplinato dalla Legge n. 184 del 4 maggio 1983, che è stata successivamente modificata dalla Legge n.149 del 28 marzo 2001. Tale normativa dispone interventi di sostegno e di aiuto al fine di ovviare a situazioni di temporanea inabilità dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale, che ostacolano il diritto del minore alla propria famiglia (art.1). Difatti, come previsto dall'articolo 2, nel caso in cui il minore dovesse essere temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo verrebbe affidato ad una famiglia o ad una persona singola, in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno. La temporaneità rappresenta una caratteristica di questo tipo di intervento, in quanto, come affermato dall'articolo 4 (comma 4), l'affido non può superare la durata di ventiquattro mesi; tuttavia tale periodo può essere prorogato dal Tribunale per i minorenni nei casi in cui la sospensione dell'intervento possa recare pregiudizio al minore.

Nello specifico, in base alle norme della Legge 184/83, l'affidamento intra ed eterofamiliare può essere distinto in consensuale o giudiziale. Il primo è disposto dai servizi sociali in accordo con la famiglia, con approvazione del Giudice Tutelare; il secondo è stabilito dal Tribunale per i Minorenni nel caso in cui non vi sia consenso da parte di coloro che esercitano la patria potestà e sussista una situazione di pregiudizio per il minorenne.

L'affido familiare, predisposto dal Servizio Sociale su disposizione del Giudice, fornisce sostegno educativo e psicologico ed è volto ad agevolare i rapporti con la famiglia di provenienza ed il rientro nella stessa del minore (art. 5).

Inoltre, la Legge 19 ottobre 2015, n. 173 riconosce un importante principio, ovvero, il diritto alla continuità dei rapporti affettivi dei minori in affido familiare. Ciò significa che il Tribunale per i Minorenni, nel decidere sull'adozione, deve necessariamente tenere conto dei legami affettivi, del rapporto stabile e duraturo che si sono consolidati tra il

minore e la famiglia affidataria (art. 1, comma 5 bis); considerando anche le valutazioni effettuate dai servizi sociali e ascoltando il minore di dodici anni, o di età inferiore se capace di discernimento (art. 1, comma 5 quater).

Le linee di indirizzo per l'affidamento familiare (2012), elaborate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, rappresentano il quadro di riferimento rispetto alle raccomandazioni circa l'applicazione delle normative sull'affido e si basano su alcuni assunti fondamentali, tra cui:

- l'affidamento familiare si fonda su una visione positiva delle possibilità di cambiamento delle persone e dei bambini, sottolineando come quest'ultimi, se sostenuti da una rete sociale in cui sviluppano relazioni interpersonali significative, possano far fronte a situazioni traumatiche;
- l'obiettivo dell'affidamento è quello di riunificare le famiglie e non quello di separarle;
- l'affidamento familiare si configura come strumento di aiuto che supera la logica del controllo e della sanzione, soprattutto nei confronti della famiglia che va sostenuta nell'esercizio dei suoi diritti e delle sue responsabilità;
- l'affidamento familiare implica un'integrazione e collaborazione reciproca tra i servizi pubblici e del privato sociale.

Peraltro l'affidamento familiare può assumere forme diverse secondo i bisogni dei bambini, del tipo e dell'intensità dei problemi familiari. Tali interventi si collocano quindi in un continuum che va dai provvedimenti che non implicano la separazione del bambino dalla sua famiglia, a quelli che comportano la separazione temporanea e il collocamento del bambino in una famiglia affidataria (*Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, 2012, pag. 49). Più precisamente, l'affidamento familiare diurno o semiresidenziale è uno strumento che evita l'allontanamento, in quanto prevede che il bambino trascorra solo una parte della giornata con gli affidatari, e risponde ad un'esigenza di sostegno educativo e risocializzante, promuovendo lo sviluppo di abilità sociali e relazionali del bambino e dei suoi genitori (*ibidem*). Invece, l'affidamento familiare a tempo parziale è definito tale quando il bambino sta per un periodo di tempo definito con famiglia affidataria (*ibidem*, pag. 51). Infine, l'affidamento familiare residenziale, ovvero quando il minore vive stabilmente con gli affidatari, risponde prevalentemente ad un bisogno di tipo affettivo-

relazionale volto a favorire nel bambino l'individualizzazione, la consapevolezza di sé e anche l'appartenenza alla propria famiglia (*ibidem*, pag. 52).

Sempre secondo queste linee guida il buon esito di un intervento di affidamento familiare dipende dal grado in cui la sicurezza e il benessere complessivo del bambino sono stati garantiti all'interno di un contesto relazionale più stabile e adeguato del precedente.

CAPITOLO 3: OBIETTIVI E IPOTESI

L'obiettivo della presente ricerca è valutare in che misura la psicoterapia psicodinamica di tipo supportivo, rivolta ad un'adolescente in affidamento, favorisca l'emergere dei processi di mentalizzazione in relazione al cambiamento dei temi affettivi che la caratterizzano, rendendo in tal modo il suo mondo interno più *abitabile*.

In merito a ciò si è deciso di valutare l'andamento della funzione riflessiva e di misurare la tipologia delle tematiche affettive, osservando cosa cambia nei termini del mondo intrapsichico durante il corso della terapia.

Come sottolineato in precedenza, la capacità di mentalizzazione è un potenziale che si realizza nei primi anni di vita attraverso le relazioni di attaccamento sufficientemente buone. Più precisamente, in base a come sono state rispecchiate le proprie esperienze soggettive dai *caregivers* e quanto sono stati in grado di rispondere con manifestazioni affettive contingenti, consentendo così al bambino di sviluppare delle rappresentazioni coerenti circa i propri stati mentali (Fonagy, 1998). Così l'individuo sviluppa gradualmente l'abilità di comprendere anche le proprie emozioni (Fonagy et al., 2019); per cui, la funzione riflessiva può facilitare la consapevolezza emotiva.

Tali considerazioni, se traslate nel processo psicoterapeutico, evidenziano quanto lavorare sulla mentalizzazione sia fondamentale per stabilire la fiducia tra il paziente e il terapeuta, promuovendo la comprensione della propria soggettività rispetto ai comportamenti, le emozioni e le relazioni interpersonali (Fonagy & Allison, 2014). In particolare, l'esperienza di sentirsi pensati attraverso la mente del terapeuta permette al paziente di percepirsi come un agente attivo, favorendo così la sensazione di sicurezza e l'apertura verso l'altro. In tal modo la relazione terapeutica diviene una relazione di attaccamento, all'interno della quale il clinico svolge una funzione di base sicura che sostiene l'esplorazione della propria realtà psichica (Bowlby, 1988). Attraverso la sensibilità del terapeuta nel riflettere i contenuti della mente del paziente avviene un ciclo virtuoso nella comunicazione interpersonale, in cui si genera la capacità di mentalizzazione del paziente stesso (Fonagy & Allison, 2014). Quindi il legame terapeutico si co-costruisce e il clinico, mediante un atteggiamento di *holding*, valorizza l'espressione dell'area potenziale creativa del paziente promuovendo così il contatto con il proprio sé (Winnicott, 1971). Come sostiene Winnicott (1971), il rapporto di cura si configura come un'esperienza relazionale "sufficientemente buona" all'interno della

quale si rafforza la capacità di pensiero e di elaborazione, si aumenta la conoscenza del proprio mondo interno e si allena la capacità di espressione e comunicazione.

«I clima più terapeutico è un clima di attesa e di sostegno [...]. Quando il paziente avrà sperimentato sufficientemente un contesto non competitivo, ma soprattutto non predittivo della sua identità, allora comincerà naturalmente a trasferire componenti di Sé, frammenti di relazione sperimentati ma non integrati, pezzi di oggetti resi inoffensivi e solo per ultimo potrà riconoscere per un verso i propri bisogni e desideri, per l'altro le qualità dell'oggetto» (De Silvestris, 2006,pp. 64-65).

Rispetto a quel che è stato affermato sinora in base della letteratura, sono state formulate tre diverse ipotesi di tipo quantitativo:

- *Hp1*: si presuppone che i processi di mentalizzazione aumentino e migliorino grazie al percorso psicoterapeutico.
- *Hp2*: si ipotizza che i temi affettivi divengano più sfaccettati nel corso della terapia e che il mondo interno del paziente risulti, quindi, più *abitabile*, più *evoluto* e meno *arcaico*.
- *Hp3*: ci si aspetta una correlazione tra i livelli di mentalizzazione e la tipologia degli affetti; ovvero si presume che all'aumentare della funzione riflessiva si incrementi la complessità delle tematiche affettive.

CAPITOLO 4: PROCEDURA, METODO, CASO CLINICO E DIAGNOSI

4.1 Procedura

Al fine di sondare le tre ipotesi di ricerca sopra riportate è stato analizzato il percorso psicoterapeutico di tipo supportivo di una ragazza adolescente, Matilde, presso il Centro per l’Affido e la Solidarietà Familiare (CASF) di Padova. Tale terapia è stata erogata all’interno di un progetto di ricerca-intervento “Prevenzione e benessere nell’affido familiare”, attivo nell’ambito della Convenzione tra DPSS e CASF, con lo scopo di promuovere il benessere dei minori e delle famiglie affidatarie attraverso la prevenzione del fallimento dei collocamenti di affido. Pertanto è stato avviato un servizio di valutazione psicodiagnostica e di sostegno rivolto a minori in affido, che ha previsto la somministrazione di appositi strumenti psicologici individualizzati, nonché la registrazione dei colloqui ai fini del progetto.

Nello specifico sono state individuate, congiuntamente con l’equipe affidi, le situazioni di maggiore necessità di intervento e al contempo soddisfacenti i requisiti per la presa in carico. Inoltre è stata presentata l’iniziativa ad operatori, famiglie e bambini/ragazzi, preparando e motivando quest’ultimi alla fase di conoscenza con lo psicologo DPSS, ma anche raccogliendo appositi moduli di consenso da parte delle famiglie o dei tutori. Perdi più, tale progetto ha previsto lo svolgimento di momenti di condivisione con l’equipe circa i singoli casi in modo da poter monitorare l’andamento dell’intervento.

La psicoterapia di Matilde si è avviata l’8 gennaio 2021, a seguito di un iniziale incontro con i genitori affidatari, e si è conclusa il 20 dicembre 2021. Le sedute sono state audio-registrate e successivamente trascritte, previo consenso da parte della paziente stessa, della madre e degli affidatari. Più precisamente, i primi colloqui di consultazione non sono stati registrati, in quanto la ragazza si è mostrata inizialmente sospettosa e titubante. Difatti, nonostante il terapeuta nel corso della consultazione avesse specificato la riservatezza e lo scopo di ricerca rispetto alle registrazioni, Matilde manifestava una forte preoccupazione a riguardo. In un secondo momento però, grazie alle rassicurazioni da parte del clinico che hanno creato le condizioni per stabilire un clima di fiducia e l’alleanza terapeutica, la paziente ha dato il suo consenso.

Dunque in totale sono state trascritte verbatim 29 sedute, sulle quali sono stati applicati degli strumenti di ricerca, a seguito di specifici training, con l’obiettivo di valutare

l'andamento della funzione riflessiva in corrispondenza ai temi affettivi del mondo interno della giovane adolescente.

4.2 Metodo: Strumenti di Analisi del Processo Terapeutico

4.2.1 Reflective Functioning Scale

La *Reflective Functioning Scale* (RFS) è una scala che è stata sviluppata da Fonagy, Target, Howard e Mirian Steele (1998) al fine di misurare la funzione riflessiva (RF). Tale strumento è stato utilizzato inizialmente per valutare le differenze individuali nella mentalizzazione delle relazioni di attaccamento a partire dalla codifica delle trascrizioni dell'AAI. A quest'ultima veniva assegnato un punteggio sulla base di quanto la persona intervistata considerasse i propri e altrui stati mentali nella descrizione delle proprie esperienze affettive e sociali (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998). Difatti, come sottolineato in precedenza, la funzione riflessiva coinvolge sia una componente autoriflessiva, sia una componente interpersonale che consente di distinguere la realtà interna da quella esterna, i processi mentali ed emotivi intrapersonali dalle comunicazioni interpersonali.

Nello specifico, le regole e le indicazioni su come applicare la RFS, ai fini di determinare il livello del funzionamento riflessivo del soggetto, sono contenute all'interno del *Manuale della funzione riflessiva* (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998). Come suggerito dal Manuale, la RF si può collocare lungo un continuum che va da negativo, basso, ordinario, marcato fino ad eccezionale. Inoltre sono esplicitate quattro macrocategorie qualitative che suggeriscono la presenza di una buona capacità riflessiva, ossia:

1. Consapevolezza della natura degli stati mentali, che comprende risposte che si riferiscono alla natura opaca degli stati mentali e che riconoscono il carattere difensivo di alcuni, come anche il carattere limitato degli *insight* su di essi.
2. Sforzo di estrapolare stati mentali sottostanti ai comportamenti, che include la capacità di riconoscere prospettive diverse dalla propria e di considerare l'influenza del proprio stato mentale sul comportamento personale e altrui.
3. Riconoscimento dello sviluppo degli stati mentali, il cui focus è sull'abilità di comprendere come variano e si evolvono nel tempo, ovvero tra passato, presente e futuro, ma anche come cambiano tra una generazione e l'altra.

4. Consapevolezza degli stati mentali in rapporto all'intervistatore, che indica quando l'intervistato aiuta l'intervistatore a comprendere i suoi stati mentali nel qui ed ora del colloquio

Più precisamente si siglano sia le “*Demand Question*”, ovvero quelle domande che richiedono espressamente di mostrare la capacità riflessiva, sia le risposte spontanee mentalizzanti da parte del soggetto, alle quali viene attribuito un punteggio da -1 a 9. Alcuni esempi di domande, le quali prendono spunto dai quesiti sottoposti durante l'AAI, possono essere “*Perché secondo lei i suoi genitori si sono comportati così quando era bambina?*”, “*Come pensa che le esperienze complessive con i suoi genitori abbiano influito sulla sua personalità adulta?*”.

In merito alle valutazioni circa il livello della RF si possono distinguere nel dettaglio i seguenti punteggi:

- Il punteggio di -1 si assegna a risposte antiriflessive/ostili, bizzarre/irrazionali, inappropriate rispetto al colloquio e a quelle che indicano il fallimento di un'elaborazione adeguata.
- Il punteggio di 1 si conferisce quando il soggetto risponde in maniera passiva, non mostrando consapevolezza rispetto ai propri e altrui stati mentali, oppure a fronte di concrete spiegazioni rispetto ai comportamenti. Inoltre alcune risposte possono contenere distorsioni al servizio del sé che consistono in attribuzioni inaccurate, come, ad esempio, il prendersi merito dei successi e negare la responsabilità dei fallimenti.

In questi casi si evince l'assenza della funzione riflessiva, ma non il rifiuto di essa.

- Il punteggio di 3 indica il minimo sforzo di mentalizzazione, in quanto il linguaggio utilizzato fa riferimento agli stati mentali, senza però una chiara evidenza che la persona comprenda realmente le implicazioni delle sue affermazioni, le quali appaiono come dei cliché. In altri casi le risposte sembrano eccessivamente profonde, ma non convincenti. Le risposte riflessive si possono quindi classificare come dubbie o basse, poiché il soggetto non riesce a comprendere realmente il contenuto dei suoi pensieri e sentimenti.
- Il punteggio di 5 si attribuisce a un funzionamento riflessivo di tipo ordinario o definito, che si manifesta attraverso espliciti riferimenti alla natura o alla proprietà degli stati mentali, collegandoli ai comportamenti o alla relazione con il terapeuta.

- Il punteggio 7 denota una funzione riflessiva marcata contraddistinta da una riflessione esplicita, sofisticata e complessa sugli stati mentali, i quali vengono posti in una sequenza causale che dà origine a una prospettiva originale. Infatti il soggetto riesce a far interagire emozioni, conflitti e stati mentali, anche considerando come quest'ultimi possano influenzare il comportamento proprio e altrui. Un'ulteriore peculiarità appartenente a tale livello è l'intersoggettività, ovvero la propensione a considerare il punto di vista dell'altro.
- Il punteggio di 9 si riferisce al grado più elevato di funzione riflessiva, la quale viene definita in questo caso come eccezionale. Le risposte del soggetto assumono le stesse caratteristiche del passaggio precedente e rispecchiano la piena consapevolezza degli stati mentali di tutti i protagonisti dell'interazione.

Seguendo i passaggi sopra descritti, nella presente ricerca è stata applicata la RFS ai trascritti delle sedute di Matilde, i quali sono stati riportati su dei fogli di calcolo Excel. Pertanto, sono state siglate le parti dei colloqui in riferimento alle domande poste dal clinico che richiedevano uno sforzo riflessivo, ad esempio “*Come ti sei sentita?*” “*Secondo te perché è successo questo?*”, e le conseguenti risposte della paziente. Ma sono state prese in considerazione anche le frasi spontanee da parte di Matilde quando indicavano un tentativo di mentalizzazione.

4.2.2 Object Relations Technique

L'*Object Relations Technique* (ORT) è un metodo proiettivo tematico ideato da Herbert Phillipson (1955) sulla base della teoria psicoanalitica delle relazioni oggettuali.

Di tale strumento *evidence based* è stata utilizzata la versione aggiornata del 2002 facendo riferimento alla sezione riguardante i temi affettivi, ovvero “l'*Affective Play Scale* adattata per l'analisi dei protocolli ORT” (Giovannini, Salcuni & Cavallari, 2002) al fine di individuare le tematiche affettive contenute nei racconti di Matilde durante il percorso psicoterapeutico.

All'interno di tale scala vengono distinti ben 11 temi affettivi, i quali devono essere siglati in base a specifiche parole e situazioni ad essi riferiti. Di seguito si riporterà ogni tema con le proprie indicazioni fornite dalla sezione dell'ORT:

- 1) *Contenuti e temi aggressivi* fanno riferimento a:
 - oggetti potenzialmente aggressivi o che possono far male e distruggere (bomba, coltello pistola, fucile, vulcano, esplosione ecc.);
 - azioni aggressive (litigare, picchiare, spingere, uccidere, pugnalare, esplodere, aggredire, odiare, disprezzare, punire, rovinare ecc.);
 - sentimenti aggressivi (essere arrabbiato, essere infuriato ecc.);
 - insulti od offese a qualcuno (“questo ha proprio l’espressione da scemo, è uno stupido, un perdente” ecc.).
- 2) *Contenuti e temi che creano ansia e paura* riguardano:
 - oggetti o contenuti potenzialmente paurosi (fantasmi, streghe, giudizio universale, mostri, funerale, buio fitto ecc.);
 - situazioni potenzialmente angoscianti (andare dal dottore, andare a scuola, avere un esame o un’interrogazione, essere valutati, affrontare il capoufficio, attendere l’esito di qualcosa, nebbia fitta e diffusa ecc.);
 - anticipazione di azioni o situazioni che avranno delle conseguenze negativa o che creano senso di colpa (aver rotto qualcosa che appartiene a qualcun altro, aver infranto delle regole ecc.);
 - sentimenti ed espressioni di angoscia (essere impaurito, spaventato ecc.).
- 3) *Contenuti e temi di tristezza e di sentirsi feriti* si esprimono attraverso:
 - riferimenti a situazioni concrete in cui il soggetto è ferito o triste (essere all’ospedale, avere il gesso, avere mal di testa o qualche malattia, ammalarsi, ferirsi fisicamente, piangere, singhiozzare, lamentarsi, avere un atteggiamento posturale depresso ecc.);
 - sentimenti di tristezza o di ferita (essere triste o disperato, sentirsi abbandonato e ferito a livello sentimentale, deprimersi, rattristarsi ecc.).
- 4) *Contenuti e temi di affetto e cura* si manifestano con:
 - riferimenti ad azioni di vicinanza emotiva, non sessuale (volersi bene, aiutare, essere amici, nutrire, accudire a livello fisico ecc.);
 - frasi dirette o indirette di interessamento e cura (“Come stai?, copriti, ti aiuterò, stare vicini, stare sempre insieme” ecc.);

- rimandi alla presenza di qualcuno che si prende cura di qualcun altro, in quel momento più debole (darsi la mano, coccolare, confortare, riscaldare, sussurrare, fare o dare regali, senso di vicinanza ecc.);
- specificazione degli affetti nei legami di parentela (madre, padre, bambino, fratelli che si vogliono bene ecc.).

5) *Contenuti e temi sessuali simbolici* si riferiscono a:

- azioni di vicinanza sessuale, più simbolica e non totalmente esplicita (stare stretti, sfiorarsi, ballare, essere innamorati, fidanzati o sposi, abbracciarsi in un contesto sessuale ecc.);
- personaggi che sono sposi, fidanzati, ragazza e ragazzo innamorati, coppie.

6) *Contenuti e temi sessuali grezzi* si rilevano da:

- descrizioni di azioni sessuali esplicite, grezze, con riferimento ai genitali, alla promiscuità (osservare i genitori che stanno insieme, guardare sotto i vestiti, persone nude, atti esibizionistici, espliciti o voyeuristici ecc.);
- racconti in cui i personaggi sono sposi, fidanzati, ragazzo e ragazza innamorati, coppie di persone che intraprendono attività esplicitamente sessuali.

7) *Contenuti e temi di felicità e soddisfazione* si individuano da:

- narrazioni di circostanze in cui il soggetto è felice e soddisfatto (situazioni di svago come andare al cinema, al circo, a teatro, bar; battere le mani, applaudire, uscire in compagnia ecc.);
- contenuti affettivi e sentimenti di felicità, piacere, soddisfazione, gioia, piacevolezza (apprezzamenti a qualcosa che è bello, carino, piacevole, felici; ambiente confortevole e tranquillo, divertirsi ecc.);
- verbi di apprezzamento e commenti positivi alla tavola (“Mi piace”, “Che bello, rilassante, gradevole”, “Finalmente una bella tavolata” ecc.)

8) *Contenuti e temi sgradevoli, di frustrazione e disappunto* si identificano da:

- tutte quelle espressioni, contenuti e verbi che si riferiscono alla noia e ad attese sgradevoli, disillusioni (“Uffa!”, essere annoiato, non avere niente da fare e non saper come occupare il tempo ecc.);
- riferimenti alla frustrazione (“E’ un uomo frustrato, è incerto e disilluso, non sa cosa fare perché ha paura di rimanere deluso” ecc.);

- frasi che riguardano la delusione sul proprio rendimento (“Non sono capace”, “Non l’ho fatto bene”, “Non ho molta fantasia” ecc.);
- commenti che richiamano il senso di impossibilità a fare qualcosa (“Non riesco a farlo”, “Che difficile”, “Che brutta giornata”, “Che fatica” ecc.);
- conseguenze concrete di frustrazione e disappunto (sbatte la porta perché c’è rimasto male, hanno litigato e si chiude nel silenzio per la delusione ecc.).

9) *Contenuti e temi di competizione* si esprimono attraverso:

- riferimenti a situazioni competitive (giochi competitivi, gare di qualsiasi genere, graduatorie e classifiche, il podio ecc.);
- descrizioni di grandezza, superiorità e perfezione di un personaggio rispetto ad altri (re, vincitore della gara, perdere ecc.).

10) *Contenuti e temi orali* si riferiscono a:

- cibi, azioni legate al cibo e posti legati al cibo (pane, pasta, caramelle, gelai, vino, acqua, bicchiere, piatto, cucina, supermercato, panettiere, macellaio, pranzare, cenare, andare al ristorante, avere fame, stomaco, bocca, lingua ecc.);
- sentimenti piacevoli o spiacevoli legati a qualcuno degli elementi sopra citati (“Che bella bocca”, “Che bella cucina”, “Che cattivo odore” ecc.).

11) *Contenuti e temi orali aggressivi* si evincono da:

- parole che riguardano l’aggressività orale (mordere, dilaniare, strappare con i denti, avvelenare, essere mangiati ecc.);
- riferimenti a oggetti o personaggi tipo: il dentista, Dracula, denti, veleno ecc.

Nel presente lavoro sono stati siglati i singoli temi affettivi su ogni colloquio della terapia di Matilde fino al totale complessivo. Per poter svolgere tale operazione, ciascun trascritto circa la seduta psicoterapeutica è stato riportato su un foglio di calcolo Excel, il quale è stato poi suddiviso in 11 tabelle corrispondenti agli 11 temi affettivi. Più precisamente la siglatura si è svolta, sia in modo contestuale che a-contestuale, conteggiando ogni contenuto affettivo all’interno delle frasi della paziente, la cui somma totale è stata poi riportata nella tabella corrispettiva.

4.3 Il caso clinico di Matilde

Matilde è figlia di Lucia, una donna originaria del Friuli, e di Ahmed, un uomo marocchino immigrato in Italia da giovane. Lucia si era trasferita in Veneto con la propria madre, a seguito del divorzio di quest'ultima dal marito, ed è qui che ha conosciuto Ahmed. I due si sono frequentati per un periodo, senza essere una coppia stabile, e la donna è rimasta incinta. Anche dopo la nascita di Matilde i genitori non hanno mai vissuto insieme; il padre ha riconosciuto la figlia, ma non ha voluto prendersi cura di lei. Di conseguenza, la bambina ha trascorso la sua infanzia principalmente con la madre e con la nonna. Tuttavia, soltanto la nonna aveva la possibilità economica di sostenere la famiglia, dato che percepiva un reddito; infatti, Lucia, non avendo mai studiato né lavorato, non avrebbe potuto garantire da sola sostegno alla figlia. Questa condizione ha permesso a Matilde di rimanere a casa per tanti anni, fino alla scuola media.

La situazione si è stravolta quando la nonna è venuta a mancare, in quanto Matilde le era molto legata e per di più la madre continuava a vivere in uno stato di sempre maggior trascuratezza, incapace di badare a sé stessa e ai bisogni primari della figlia. Conseguentemente, Matilde viene inserita in un Centro Diurno, che segnerà il passaggio da una situazione familiare non più sostenibile all'affido.

All'inizio delle medie la ragazza viene accolta presso una famiglia affidataria, con la quale trascorrerà diversi anni, fino al termine delle scuole superiori. I genitori affidatari, Giovanni e Paola, si sono costantemente mostrati disponibili e supportivi, senza mostrare atteggiamenti appropriativi rispetto alla funzione genitoriale, ma includendo anche la mamma della giovane adolescente. Essi sono stati per Matilde un importante punto di riferimento; infatti, tra i tre si è stabilito un legame affettivo significativo.

Proprio grazie a questo affidamento, Matilde ha avuto l'opportunità di poter entrare in contatto con il terapeuta del CASF, con il quale ha iniziato una psicoterapia psicodinamica di tipo supportivo intorno agli inizi di gennaio del 2021.

Durante le sedute la paziente parla spesso degli affidatari in riferimento alle sue giornate quotidiane, sia con tono lamentoso riferendosi alle faccende domestiche o ai compiti che le assegnano, ma anche con tono affettuoso, descrivendo i bei momenti trascorsi insieme. Invece, Lucia e Ahmed compaiono nei suoi racconti con una frequenza minore; addirittura, nomina il padre soltanto due volte nel corso di tutti i colloqui e, quando il clinico le fa notare questo aspetto, lei non sa come argomentare. Anche l'infanzia è un

tema che tende ad evitare, infatti divaga spesso su altri argomenti quali: la scuola, gli impegni settimanali e le routine di tutti i giorni.

Frequentemente nei suoi dialoghi si percepisce un certo distacco affettivo; tant'è, che si focalizza su aspetti concreti, come se non riuscisse ad entrare in contatto con la sua parte emotiva. A tal proposito, l'andamento dei colloqui oscilla tra momenti in cui si perde nel racconto di infiniti dettagli ad attimi di silenzio, soprattutto quando il terapeuta le chiede come si è sentita emotivamente. Talvolta, in queste occasioni la paziente si blocca persino chiudendosi in sé stessa, come se manifestasse delle difficoltà ad accedere ai suoi pensieri, o ride senza rispondere. Anche la sua risata, quindi, caratterizza spesso il clima relazionale terapeutico.

In generale Matilde difficilmente tende ad aprirsi rispetto a questioni più profonde, come, ad esempio, relazioni sentimentali o rapporti di amicizia. Durante i colloqui quando si provano ad affrontare argomenti più intimi li evita, sviando il discorso su altro per non approfondirli, o a volte esclama “*Aiuto*”, o risponde con “*Non lo so*”. Perdi più, sostiene di non essersi mai innamorata e tale tematica sembra proprio un tabù. Inoltre, in base ai suoi aneddoti, le amicizie appaiono molto aride e quasi esclusivamente legate al contesto scolastico.

Il seguente passaggio, appartenente alle prime fasi della terapia, rappresenta un esempio rispetto a quanto descritto sinora:

T: Ma, secondo me, questa è la mia impressione, è un'ipotesi che faccio....secondo me è una cosa simile a come...come quando qui c'è tanto silenzio...

P: Mhmm, aiuto, mhmm.

T: Che ti viene da far tanto, tanto silenzio...c'è come un blocco, lì scatta qualcosa perché se si inceppa...

P: (Sorridente)

T: Qualcosa si blocca e scompare poi la fantasia, scompaiono i pensieri...

P: Ehm sì (risatina)

...

T: Allora forse questa cosa di adesso, della fantasia, di queste altre cose forse è collegata al non avere avuto controllo, no? Adesso sono grande e faccio in modo di avere controllo, caccio di fuori la fantasia, la tengo fuori dalla porta...

P: (Silenzio e sbadiglia)

T: Ti è venuto sonno non appena si è parlato di fantasia e fidanzati (sorridente)

P: (Ride)..... ..(Sbadiglia)

T: Forse abbiamo toccato un argomento delicato vero?

P: (Ride) Ehm che sonno!

Gradualmente, però, nel corso della terapia riuscirà a dare un nome alle sue emozioni grazie all'aiuto dello psicologo, il quale si aggancerà spesso ai film, alle serie tv che lei riporterà, come se fossero un mezzo per poter scoprire il suo mondo interno.

Oltretutto il riferimento alla scuola è uno tra i più ricorrenti e se ne evince la sua ansia nel parlarne, soprattutto riguardo i voti, le verifiche e l'esame di maturità. In merito a ciò descrive frequentemente degli episodi in cui non riesce a dormire a causa di tale preoccupazione, ma fatica ad ammettere che siano collegati ad essa. In aggiunta, si percepisce l'ansia per il Covid, altro argomento ripetuto nei suoi racconti; tuttavia, anche rispetto a quest'ultimo, manifesta delle difficoltà nel verbalizzare i suoi stati emotivi.

I sentimenti vengono quindi repressi spesso e, certe volte, l'andamento del discorso diviene un lamento continuo. Per Matilde risulta faticoso svolgere alcune attività; pertanto si percepisce ripetutamente la sua frustrazione sottostante la sensazione di stanchezza che la caratterizza. Anche pensare al futuro dopo le superiori non è facile, anzi, sembra un passaggio rimandabile ad un tempo remoto.

In diverse sedute, a fronte di questioni delicate, Matilde tende a congelarsi nel suo immobilismo; ciononostante, il clima terapeutico assume delle sfaccettature diverse e si possono, infatti, cogliere indirettamente i suoi stati d'animo non esplicitati. In particolare, quando giunge il momento in cui si deve fissare una data per la fine della terapia, la paziente inizia a rispondere a monosillabi e cerca di deviare questa decisione importante; da tale atteggiamento si avverte la sua rabbia e la sua delusione.

Successivamente, però, grazie anche agli interventi riflessivi da parte del clinico, Matilde riuscirà maggiormente a trovare il nesso tra i suoi pensieri, le sue emozioni e gli eventi esterni, sino ad affermare, seppur parzialmente, come si sente emotivamente rispetto a determinate situazioni.

Il percorso terapeutico presso il CASF si è concluso dopo la metà di dicembre del 2021. Attualmente Matilde non è più in affidamento, ma ha mantenuto i contatti con la famiglia affidataria. È stata dunque presa in carico dal Servizio Sociale per l'età adulta, che l'ha inserita in una comunità veneta a partire dagli inizi del 2023. Questa decisione è stata

stabilita ai fini sia di aiutarla a trovare un lavoro, sia di promuovere le sue autonomie quotidiane, poiché, nonostante sia una giovane adulta, sembra non essere in grado di vivere da sola. Difatti, dopo la fine della scuola superiore, per Matilde diventa difficile svolgere qualsiasi mansione a livello domestico ed inoltre non riesce a trovare uno sbocco lavorativo. Per tale motivo gli affidatari si sono spaventati molto e temevano che Matilde potesse diventare come sua madre, la quale è stata sfrattata da un alloggio popolare a causa di condizioni invivibili e risiede attualmente in una Comunità per adulti. Pertanto, Paola e Giovanni hanno insistito per la chiusura dell'affido e hanno puntato ad un ulteriore progetto psicoterapeutico per la ragazza. Anche Matilde ha sentito la necessità di continuare la terapia presso lo studio privato del clinico che l'ha seguita nel progetto del CASF. Dunque, trascorsi alcuni mesi dopo il raggiungimento del diploma, la psicoterapia è stata ripresa e tutt'ora la sta continuando con una cadenza di due volte a settimana.

4.4 Diagnosi con il PDM-2

Con questo paragrafo si pone l'obiettivo di realizzare una diagnosi clinica rispetto al funzionamento psichico, la personalità e i sintomi della paziente utilizzando il Manuale Diagnostico Psicodinamico nella versione abbreviata per la fascia d'età 0-18 anni (PDM-2; Lingiardi, McWilliams & Speranza, 2020). Nello specifico, si prende in considerazione la sezione dedicata all'adolescenza e si valutano i primi due colloqui di psicoterapia, ma anche i risultati dei test somministrati durante le sedute di consultazione. Più precisamente Matilde ha compilato il *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ-Ita), al fine di sondare i suoi punti di forza e di debolezza e il *Relationship Questionnaire* (RQ) per valutare il suo stile relazionale. Inoltre, sono stati implementati sia la *Brief Self-Control Scale* (BSCS) con lo scopo di indagare i comportamenti di autocontrollo della paziente, sia il *Machover Test* ai fini di realizzare il disegno della figura umana e della famiglia.

È stata presa in considerazione anche la prospettiva della famiglia affidataria attraverso la somministrazione di alcuni questionari, quali: lo *Strengths And Difficulties Questionnaire* (SDQ), il test sulle paure nominato "Quanta paura ha mio figlio?" (FSCC), il *Parent Stress Index Short-Form* (PSI-FS) che misura il livello di stress genitoriale. I

risultati riportati dalla madre affidataria e dal padre affidatario appaiono parzialmente discordanti, ma entrambi hanno riscontrato le vulnerabilità emotive, comportamentali e relazionali di Matilde. Tra quest'ultime vengono indicate le molteplici paure della ragazza, la tendenza ad essere solitaria e le difficoltà ad abituarsi alle novità. Inoltre, secondo il loro punto di vista, tali problematiche interferiscono abbastanza con la vita quotidiana della figlia.

In base a quanto stabilito dal PDM-2 si articola la diagnosi su tre assi: l'asse del funzionamento mentale (MA), l'asse dello stile emergente di personalità (PA) e l'asse dei pattern sintomatologici e dell'esperienza soggettiva (SA).

ASSE MA

1. Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento	5	4	3	2	1
2. Capacità di fare esperienza, comunicare e comprendere gli affetti	5	4	3	2	1
3. Capacità di mentalizzare e funzione riflessiva	5	4	3	2	1
4. Capacità di differenziazione e integrazione	5	4	3	2	1
5. Capacità di relazioni ed intimità	5	4	3	2	1
6. Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna	5	4	3	2	1
7. Capacità di controllo e regolazione degli impulsi	5	4	3	2	1
8. Funzionamento difensivo	5	4	3	2	1
9. Capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche	5	4	3	2	1
10. Capacità di auto osservazione (mentalità psicologica)	5	4	3	2	1
11. Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali	5	4	3	2	1
12. Significato e direzionalità	5	4	3	2	1

Punteggio globale = 18

Riepilogo del funzionamento mentale

Il punteggio rimanda a un funzionamento mentale di tipo psicotico (MA7) caratterizzato da notevoli limitazioni delle funzioni mentali di base.

Le funzioni esecutive, l'attenzione, l'elaborazione degli stimoli e la memoria non risultano deficitari; difatti, la paziente è in grado di apprendere dall'esperienza e appare generalmente focalizzata, soprattutto sugli impegni scolastici. Tuttavia, in condizioni di

stress si verifica un declino del livello di funzionamento abituale. Quindi le capacità di apprendimento dipendono fortemente dal sostegno esterno.

Invece, sul piano degli affetti, l'adolescente sperimenta una gamma di emozioni limitata e mostra difficoltà sia nell'identificarle, sia nel comunicarle in modo efficace. Inoltre appare incapace di inferire, comprendere e riflettere sulle proprie esperienze affettive; sicché rimane bloccata nelle sue emozioni e non riesce a verbalizzarle.

Il funzionamento riflessivo è particolarmente basso, in quanto difficilmente comprende e interpreta i comportamenti propri e altrui in termini di stati mentali. Ad esempio, quando il terapeuta le pone delle domande che implicano lo sforzo di mentalizzare, lei non sa come rispondere o svia l'argomento su questioni che non c'entrano. La paziente, quindi, sembra non essere in grado di accedere e riflettere sul proprio mondo interiore; perciò, il Sé si profila frammentato e svuotato. Infatti i suoi ricordi sembrano senza un filo di continuità, come se fossero scollegati tra loro.

Anche l'esperienza interna tende ad essere generalmente ipersemplicata, poiché manca una chiara rappresentazione di sé e l'accesso alle emozioni e il senso di affiliazione sono limitati. Di solito i suoi discorsi si focalizzano su aspetti concreti, senza riferimenti alla propria vita intrapsichica.

La capacità di intimità e di relazioni di Matilde risulta piuttosto superficiale, dato che i rapporti interpersonali con i coetanei si limitano al contesto scolastico e non sono, quindi, stabili e profondi. Addirittura, come dimostrano le risposte al questionario RQ, la paziente indica che non ha bisogno di relazioni intime e che si sente a proprio agio senza di esse. Ciò si deduce anche dal *Machover Test*, poiché l'adolescente, in base a quanto riferito dal clinico, si è rifiutata di disegnare la famiglia e ha manifestato uno stato di angoscia di fronte a tale richiesta. Inoltre la sessualità non è integrata, ma totalmente respinta.

Il livello di sicurezza e autonomia è basso e si manifesta attraverso un ridotto senso di autoefficacia, che si percepisce anche da una mancanza di vitalità nei suoi racconti. Difatti Matilde si lamenta frequentemente e riferisce spesso di non essere capace di svolgere diverse attività; di conseguenza, assume una posizione passiva di fronte a certe sfide quotidiane.

La regolazione degli impulsi è caratterizzata da un rigido ipercontrollo che porta all'inibizione sul piano emotivo e comportamentale. In merito a ciò il terapeuta fa notare

alla paziente che sembra avere bisogno di avere tutto sotto controllo e lei non nega questo aspetto.

Oltretutto Matilde ricorre a modalità immature e disadattive per gestire ed esprimere la sua esperienza interna; pertanto l'ansia raramente viene contenuta e questo si ripercuote sull'adattamento. Difatti, nell'SDQ la ragazza afferma di avere molte preoccupazioni e si ritiene poco sicura di sé stessa. Inoltre riferisce di sentirsi nervosa di fronte a situazioni nuove, per cui tende ad evitare alcune circostanze sociali ed emotive, non affrontando in modo flessibile le imprevedibilità. Sostiene anche che l'insieme di queste difficoltà la fanno soffrire e che interferiscono abbastanza con la sua vita sociale.

In base alle risposte fornite nella scala BSCS la paziente si definisce come pigra e non in grado di lavorare efficacemente per raggiungere obiettivi a lungo termine, motivo per cui anche la resilienza si potrebbe ritenere un'area di vulnerabilità. Tuttavia, le sue capacità intellettive rappresentano una risorsa psicologica.

Le principali modalità difensive a cui ricorre sono la formazione reattiva, poiché sostituisce con la risata certi desideri e sentimenti inaccettabili, i quali vengono rimossi, e l'identificazione proiettiva, in quanto non percepisce alcuni affetti come la rabbia, ma la proietta sugli altri.

La capacità di auto-osservazione è deficitaria, considerando che non è presente la tridimensionalità psichica, come anche la propensione ad osservare la propria vita mentale in modo consapevole e realistico. Infatti la paziente sembra non porsi domande su sé stessa, ma pare maggiormente interessata a questioni organizzative e routinarie.

Gli standard e gli ideali si configurano come rigorosi e si basano principalmente su aspettative severe; dunque il Super-Io, che è punitivo, alimenta la percezione distorta delle proprie competenze.

Infine, Matilde non ha una direzionalità, ovvero sembra che non sappia definire i propri obiettivi e il valore di sé. La sua narrativa di vita è vaga, non calibrata sulla realtà e non orientata verso il futuro.

ASSE PA

Il livello di organizzazione di Personalità rientra in quello psicotico, in quanto si rilevano modalità disadattive nel gestire i sentimenti e i pattern difensivi interferiscono con la capacità di base di relazionarsi con gli altri.

Invece, lo Stile Emergente di Personalità si classifica come schizoide con tratti ossessivi compulsivi, poiché la paziente mostra un distacco dalle relazioni interpersonali e una gamma altamente ristretta di espressione emotiva, ma anche un atteggiamento molto controllante. Inoltre sembra evitare le interazioni sociali e si percepisce una mancanza di interesse verso quest'ultime, infatti non nomina amici; per di più, appare quasi isolata nelle sue idee e nella sua percezione del mondo.

Uno dei fattori di rischio per lo sviluppo dei tratti schizoidi di personalità è la presenza di uno stile genitoriale freddo e anaffettivo, il quale potrebbe comportare il conseguente distacco dei figli verso il contatto psichico con i desideri di intimità e di accudimento. Oltretutto il mancato soddisfacimento dei bisogni di dipendenza promuove l'uso di strategie difensive come la proiezione e il diniego, che permettono di collocare questi sentimenti fuori di sé (Lingiardi, McWilliams & Speranza, 2020).

Matilde non ha amicizie intime; al contrario mostra un comportamento emotivamente distaccato. Le descrizioni delle persone per lei significative sembrano bidimensionali, in quanto pensa in termini eccessivamente concreti e manifesta delle difficoltà a dare un senso al comportamento degli altri. Talvolta i suoi discorsi evocano noia, siccome parla incessantemente, senza partecipazione, o di argomenti del tutto irrilevanti.

In merito ai tratti ossessivi la paziente tende sia a esercitare il controllo sulle situazioni che procurano ansia, sia ad essere inibita e coartata; difatti cerca di contrastare soprattutto la sua aggressività. In aggiunta, a volte si autocritica ed emerge una preoccupazione verso l'organizzazione scolastica e quotidiana, ma anche per i voti, come se fosse in competizione con i suoi coetanei.

Sul piano degli affetti si colgono indirettamente l'ansia, l'angoscia e la rabbia, le quali, però, vengono repressi. In genere la paziente tiene sotto controllo emozioni e impulsi, ma dai suoi discorsi si evince anche la sensazione di ambivalenza tra la paura e il desiderio di vicinanza.

La credenza patogena sul sé riguarda sia il timore rispetto ai bisogni di dipendenza e di amore, sia la necessità di avere tutto sotto controllo. Infatti Matilde mostra rifiuto verso le relazioni sentimentali e sostiene in diciotto anni di non essersi mai innamorata di nessuno. Il suo stile relazionale, come confermato dal test RQ, risulta indipendente.

Invece le credenze patogene relative alle altre persone si esprimono attraverso la sensazione di sopraffazione nei confronti della vita sociale e l'idea di essere giudicata e controllata dal mondo esterno.

Le principali modalità difensive che Matilde utilizza sono il ritiro comportamentale, l'isolamento dell'affetto, la formazione reattiva e l'identificazione proiettiva.

Dal controtransfert si nota quanto sia difficile creare un'alleanza terapeutica e il clinico, a sua volta, potrebbe sentirsi spinto a sollecitare la ragazza affinché si apra. Inoltre, considerano il peculiare funzionamento della personalità schizoide, il terapeuta potrebbe inconsapevolmente considerare la paziente come una "specie interessante" (McWilliams, 2011, p. 238). Pertanto i racconti monocordi di Matilde potrebbero suscitare nello psicologo sentimenti di noia e distacco.

Mentre, a livello transferale, la paziente sembra avere bisogno di tempi molto lunghi per riuscire a comunicare con il clinico, il quale viene tenuto a distanza e viene percepito come controllante. Dunque manifesta delle difficoltà ad attribuire un significato ai comportamenti del terapeuta così come ai propri.

Asse SA

Non si rileva la presenza di un disturbo, ma sono presenti sintomi legati all'ansia che si manifestano soprattutto in riferimento all'ambito scolastico e alle situazioni sanitarie. Essi si evincono dai rimandi continui della paziente ai voti, alle verifiche, alla pandemia; questi evocano preoccupazione, però non compromettono in modo significativo il suo funzionamento globale. Sulla base di quanto riportato dai genitori affidatari nella compilazione dei test, Matilde manifesta la sua paura rispetto a molteplici situazioni. Tale stato emotivo influisce talvolta sul sonno, poiché Matilde afferma di avere delle difficoltà a dormire. Anche l'evitamento sembra una strategia che la paziente adopera per gestire il livello di iperattivazione dovuto all'ansia.

Pertanto, considerando il funzionamento poco evoluto della paziente rispetto alla sua età e le condizioni di negligenza genitoriale vissute durante la sua infanzia, si potrebbe valutare l'esistenza di un blocco evolutivo. La sua organizzazione psichica non risulta stabile e il suo comportamento denota che i cambiamenti e i compiti tipici dello sviluppo adolescenziale non siano stati né superati, né interiorizzati.

CAPITOLO 5: RISULTATI

Al fine di sondare le tre ipotesi di ricerca, precedentemente riportate, è stato realizzato su Excel un Dataset, riportato in Appendice, contenente la frequenza e l'intensità della RF, e la somma dei singoli temi affettivi, corrispondenti a ogni seduta della psicoterapia di Matilde. Nello specifico, la frequenza si riferisce al numero di occorrenze degli atti mentalizzanti, mentre l'intensità riguarda la media dei valori riferiti alla funzione riflessiva.

In aggiunta, per valutare l'andamento generale della terapia e per effettuare un'analisi generica del funzionamento della paziente, sono state calcolate la somma della RF e dei temi affettivi rispetto alle 29 sedute complessive, ma anche le statistiche descrittive corrispettive, ossia la media e la deviazione standard di ogni variabile (Tabella 1).

Tabella 1: Statistiche descrittive dei colloqui (N=29)

	N	Minimo	Massimo	Media	SD
Funzione riflessiva	29	3	21	10,34	4,312
Intensità RF	29	0,857	2,71	2,02	0,40
Aggressività	29	2	41	16,10	11,503
Ansia	29	4	72	28,93	15,311
Tristezza	29	1	40	8,45	7,332
Affetto e cura	29	0	19	7,69	4,744
Sesso simbolico	29	0	8	1,17	2,054
Sesso grezzo	29	0	0	0,00	0,000
Felicità	29	2	47	18,62	9,962
Frustrazione	29	4	96	49,52	20,437
Competizione	29	0	46	11,66	9,733
Oralità	29	0	61	19,79	17,949
Oralità aggressiva	29	0	18	1,59	3,914

Il valore di intensità media della funzione riflessiva (RF) di Matilde corrisponde a una qualità media della mentalizzazione nel percorso terapeutico bassa, considerato che la scala va da -1 (anti mentalizzazione) a +9 (mentalizzazione elevatissima)

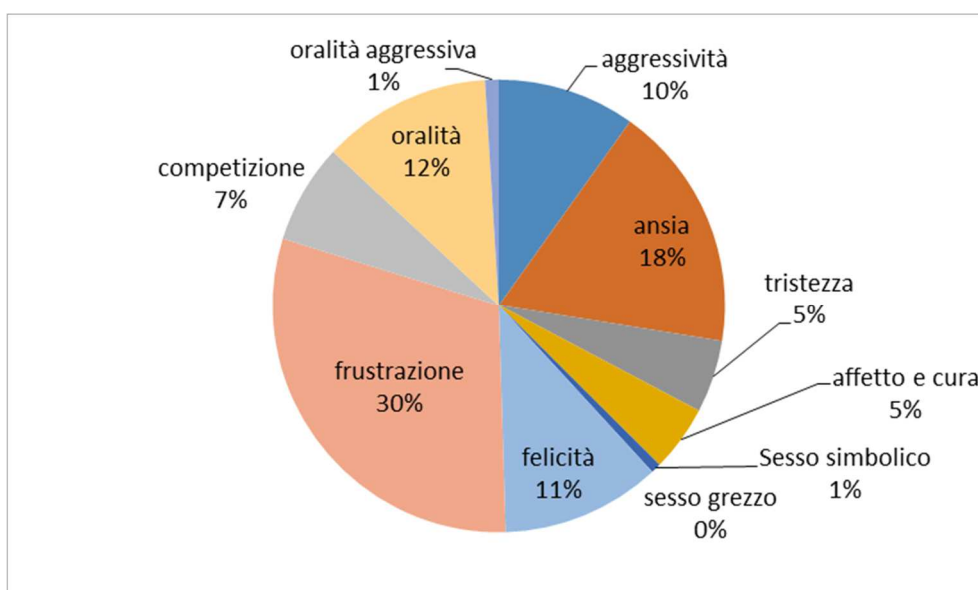
Nel complesso delle 29 sedute il numero di parole collegate agli 11 temi affettivi è risultato pari a 4742. La somma delle tematiche affettive, espresse nel complesso della

terapia, si assesta mediamente intorno al valore di circa 163. Inoltre, ai fini di comprendere meglio come i singoli temi affettivi si distribuiscano durante la terapia, è stata misurata la loro frequenza percentuale rispetto al totale di quest'ultimi (Tabella 2) ed è stato costruito un diagramma a torta sulla distribuzione globale (Grafico 1).

Tabella 2: Statistiche descrittive della distribuzione dei temi affettivi nel corso della terapia (N=29 colloqui)

	Frequenza	Percentuale
Aggressività	467	9.85
Ansia	839	17.69
Tristezza	245	5.17
Affetto e cura	223	4.70
Sesso simbolico	34	0.72
Sesso grezzo	0	0.00
Felicità	540	11.39
Frustrazione	1436	30.28
Competizione	338	7.13
Oralità	574	12.10
Oralità aggressiva	46	0.97
Totale	4742	100

Grafico 1 – Distribuzione percentuali temi affettivi



Da tale grafico si nota che le tematiche affettive più prodotte da Matilde, durante la psicoterapia complessiva, sono: la frustrazione, l'ansia, l'oralità e la felicità.

Successivamente, per stimare gli andamenti dei temi affettivi durante la terapia, essa è stata suddivisa in tre trances temporali:

- La prima trance che copre le 10 sedute iniziali di terapia, che rappresentano il periodo in cui si instaura l'alleanza tra la paziente e il terapeuta.
- La seconda trance, che si colloca dalla seduta 11 fino alla 20, raffigura la fase centrale della psicoterapia che comprende sia la pausa estiva, sia il momento delicato in cui il clinico anticipa la graduale chiusura del percorso psicoterapeutico.
- La terza trance che include le ultime 9 sedute, ovvero il range dalla 21 alla 29 durante il quale Matilde, grazie all'aiuto dello psicologo, sceglie la data di fine della terapia e afferma il suo interesse per una ripresa nel privato.

Similmente ai passaggi sopra descritti, su ogni trance sono state calcolate le statistiche descrittive (Tabella 3) rispetto alla RF e ai temi affettivi, e la percentuale di questi ultimi (Tabella 4). Inoltre per comprendere visivamente come i temi affettivi varino nei 3 momenti, sono stati creati due grafici: uno rispetto alla media (Grafico 2) e l'altro sulla percentuale (Grafico 3), che consentono anche di osservare come ciascun affetto cambi dal punto di vista clinico dalla fase 1 alla fase 3.

Tabella 3: Statistiche descrittive di tutte le variabili suddivise per le tre fasi (10, 10, 9)

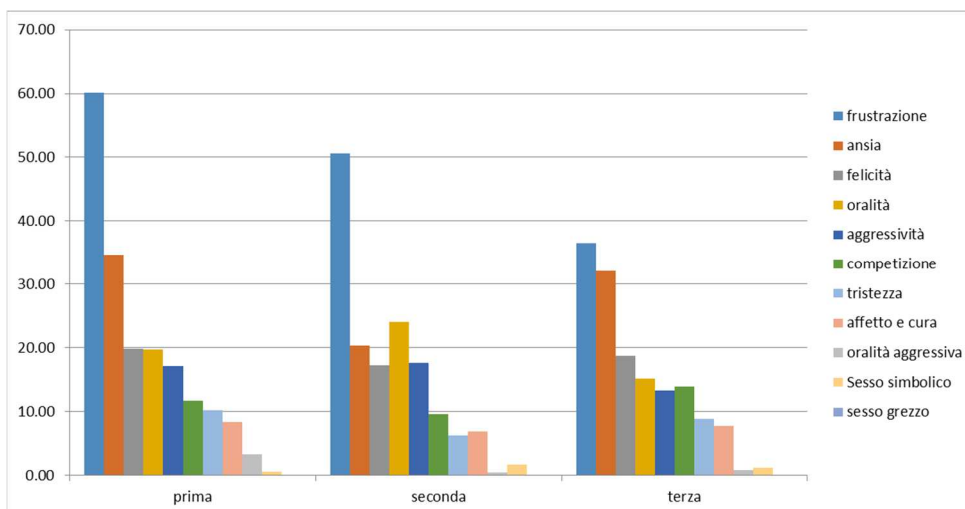
		Frequenza RF	Intensità RF	Aggressività	Ansia	Tristezza	Affetto e cura	Sesso simbolico	Sesso grezzo	Felicità	Frustrazione	Competizione	Oralità	Oralità
Δ t 1	Min	5	0.86	2	4	1	2	0	0	2	4	0	0	0
	Max	17	2.12	41	72	40	14	2	0	33	96	31	54	18
	Media	12.3	1.775	17.1	34.7	10.2	8.4	0.6	0	19.8	60.1	11.7	19.7	3.3
	SD	4.191	0.356	9.94	20.64	11.22	4.16	0.84	0	10.97	26.04	8.381	19.92	6.20
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

		Frequenza RF	Intensità RF	Aggressività	Ansia	Tristezza	Affetto e cura	Sesso simbolico	Sesso grezzo	Felicità	Frustrazione	Competizione	Oralità	Oralità
Δt 2	Min	4	1.63	6	6	2	0	0	0	6	22	0	3	0
	Max	14	2.63	39	31	11	13	8	0	27	69	27	61	4
	Media	9.7	2.087	17.6	20.3	6.3	6.9	1.7	0	17.3	50.6	9.6	24.1	0.5
	SD	2.71	0.335	12.04	8.769	3.268	4.40	2.62	0	7.181	15.48	8.14	20.01	1.26
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Δt 3	Min	3	1.44	3	19	2	2	0	0	7	23	1	0	0
	Max	21	2.71	37	53	16	19	7	0	47	49	46	38	5
	Media	8.89	2.209	13.33	32.11	8.89	7.78	1.22	0	18.78	36.56	13.89	15.11	0.89
	SD	5.419	0.427	13.25	10.41	4.961	5.99	2.33	0	12.24	9.914	12.92	13.51	1.69
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Dai valori relativi alla frequenza media della funzione riflessiva riportati nella Tabella 3 si può osservare che nel corso della terapia la paziente tende a mentalizzare sempre di meno. Invece, rispetto all'intensità media della RF è possibile vedere un incremento della qualità della funzione riflessiva dall'inizio alla fine della terapia.

Anche le distribuzioni delle frequenze rispettive ai temi affettivi non rimangono invariate nelle 3 fasi terapeutiche; difatti quasi tutte le medie variano, tranne quella corrispondente al sesso grezzo che risulta nullo.

Grafico 2: Medie dei temi affettivi nelle tre trances di terapia



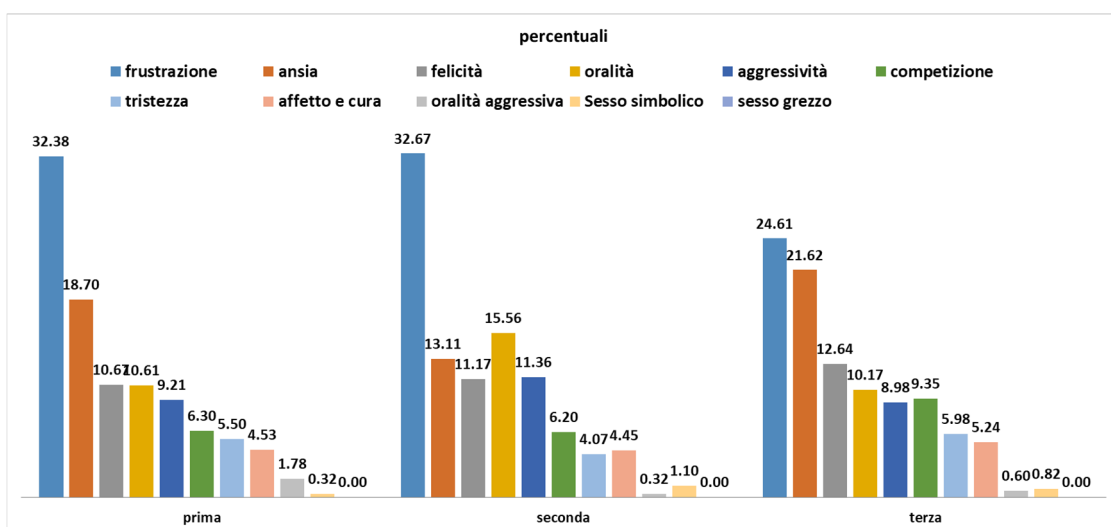
Da questo grafico, realizzato a partire dai valori delle medie riportati nella Tabella 3, si desume che, nel corso della terapia, la distribuzione maggiore circa l'intensità degli affetti riguarda la frustrazione, l'ansia, la felicità e l'oralità. Infatti, sulla base delle medie, si nota come siano le tematiche più ricorrenti nei discorsi di Matilde; per la frustrazione è il valore che cala maggiormente dalla fase 1 alla fase 3.

Sempre considerando le medie si rileva che l'aggressività, la competizione, la tristezza e l'affetto-cura compaiono in maniera moderata. Mentre l'oralità aggressiva e il sesso simbolico sono presenti limitatamente; invece, il sesso grezzo è completamente assente.

Tabella 4: Percentuali dei temi affettivi nelle tre trances di terapia

%	Prima trance	Seconda trance	Terza trance
Frustrazione	32.38	32.67	24.61
Ansia	18.70	13.11	21.62
Felicità	10.67	11.17	12.64
Oralità	10.61	15.56	10.17
Aggressività	9.21	11.36	8.98
Competizione	6.30	6.20	9.35
Tristezza	5.50	4.07	5.98
Affetto e cura	4.53	4.45	5.24
Oralità aggressiva	1.78	0.32	0.60
Sesso simbolico	0.32	1.10	0.82
Sesso grezzo	0.00	0.00	0.00

Grafico 3: Percentuali dei temi affettivi nelle tre trances di terapia



Dalla Tabella 4 si è costruito il Grafico 3, che consente di osservare come ciascun tema affettivo si distribuisca nelle tre fasi della terapia. Dai dati riportati si evince che la frustrazione rappresenta l'affetto dominante nel percorso terapeutico; tuttavia, tende a calare verso la fine. A livello significativo diminuisce l'oralità aggressiva, aumentano l'ansia, la felicità e la competizione. Il valore che oscilla maggiormente è l'oralità. Invece, gli altri affetti tendenzialmente risultano stabili.

In seguito sono stati svolti i test non parametrici sulle mediane di frequenza della RF, di intensità della RF e dei singoli temi affettivi al fine di individuare quali variabili cambino durante le 3 trame di terapia. I valori sono riportati all'interno della Tabella 5.

Tabella 5: Test non parametrici sulle mediane

	Ipotesi nulla	Test	Sig^{a,b}
1	Frequenza Funzione riflessiva	Test della mediana a campioni indipendenti	0.247
2	Intensità Funzione riflessiva	Test della mediana a campioni indipendenti	0.044
3	Aggressività	Test della mediana a campioni indipendenti	0.114
4	Ansia.	Test della mediana a campioni indipendenti	0.083
5	Tristezza	Test della mediana a campioni indipendenti	0.8
6	Affetto e cura	Test della mediana a campioni indipendenti	0.904
7	Sesso simbolico	Test della mediana a campioni indipendenti	0.758
8	Sesso grezzo	Test della mediana a campioni indipendenti	.c
9	Felicità	Test della mediana a campioni indipendenti	0.14
10	Frustrazione	Test della mediana a campioni indipendenti	0.011
11	Competizione	Test della mediana a campioni indipendenti	0.645

	Ipotesi nulla	Test	Sig^{a,b}
12	Oralità	Test della mediana a campioni indipendenti	0.227
13	Oralità aggressiva	Test della mediana a campioni indipendenti	0.617

Legenda tabella:

a. Il livello di significatività è .050.

b. Viene visualizzata la significatività asintotica.

c. Tutti i valori del campo test sono minori o uguali alla mediana.

L'intensità della RF e la frustrazione si modificano nell'arco temporale; mentre si considera una tendenza alla diminuzione rispetto all'ansia.

Oltretutto, si è descritta visivamente la distribuzione dei dati più rilevanti e la posizione delle mediane corrispettive nelle 3 fasi terapeutiche attraverso la realizzazione di tre *boxplot* specifici (Grafico 4, Grafico 5, Grafico 6).

Grafico 4: Variazione della mediana relativa all'intensità della RF

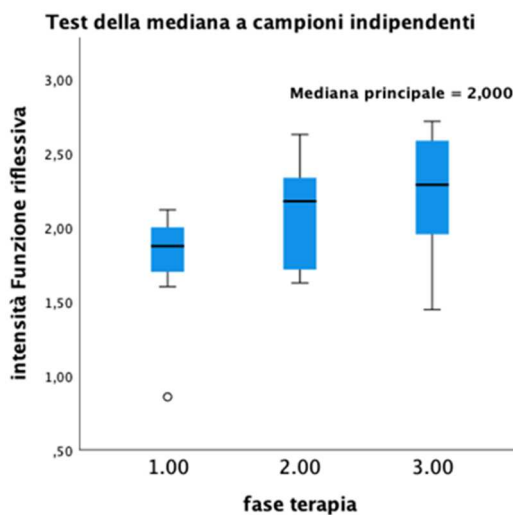


Grafico 5: *Variazione della mediana relativa alla Frustrazione*

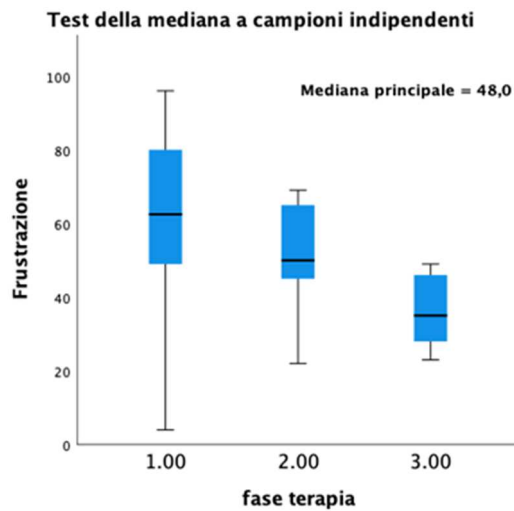
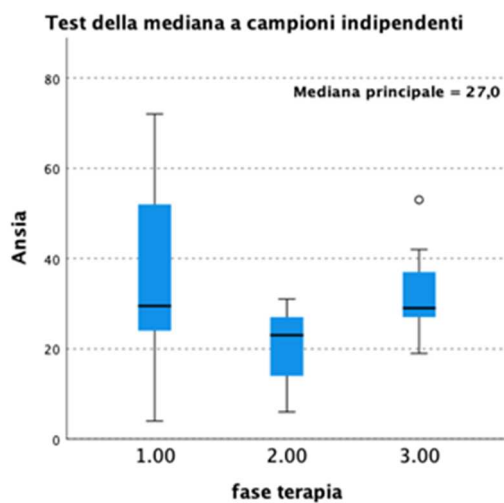


Grafico 6: *Variazione della mediana relativa all'Ansia*



In aggiunta sono state realizzate delle comparazioni multiple (Tabella 6) allo scopo di determinare quale tra le distribuzioni relative alla RF, all'ansia e alla frustrazione differisca in maggior misura nelle 3 fasi della terapia.

Tabella 6 – Confronti pairwise di fase terapia

a) Intensità RF

Sample 1-Sample 2	Statistica del test	Sig.	Mod. Sign. ^a
1.00-2.00	1.818	0.178	0.533
1.00-3.00	2.554	0.11	0.33
2.00-3.00	1.269	0.26	0.78

b) Frustrazione

Sample 1-Sample 2	Statistica del test	Sig.	Mod. Sign. ^a
3.00-2.00	4.337	0.037	0.112
3.00-1.00	9.017	0.003	0.008
2.00-1.00	0.8	0.371	1

c) Ansia

Sample 1-Sample 2	Statistica del test	Sig.	Mod. Sign. ^a
2.00-3.00	4.232	0.04	0.119
2.00-1.00	0.8	0.371	1
3.00-1.00	0.059	0.809	1

Legenda Tabelle:

Statistica del Test: ciascuna riga esegue il test per l'ipotesi nulla che le distribuzioni Campione 1 e Campione 2 siano identiche

Sig.: Le significatività asintotiche (test a 2 vie) sono visualizzate. Il livello di significatività è .050.

Mod. Sign.^a: I valori di significatività sono stati adattati in base alla correzione di Bonferroni per più test.

Successivamente è stata indagata la presenza di eventuali correlazioni non parametriche utilizzando il coefficiente di correlazione di Spearman (Rho) al fine di individuare la tipologia di relazione tra l'intensità media della funzione riflessiva e i vari temi affettivi nell'arco di tutti i colloqui (Tabella 7).

In particolare, per stimare la forza della correlazione, sono stati applicati i parametri dell'*effect size* di Cohen (1988), i quali affermano che: se il coefficiente *rho* assume un valore vicino a 0.10, l'intensità della relazione è piccola, mentre se si avvicina a 0.30, l'*effect size* è moderato e se si assesta sopra 0.50 l'associazione è forte.

Tabella 7: Correlazioni Rho di Spearman

		colloquio	frequenza RF	intensità RF	Aggressività	Ansia	Tristezza	Affetto e cura	Sesso simbolico	Sesso grezzo	Felicità	Frustrazione	Competizione	Oralità	Oralità aggressiva
colloquio	Rho	1	-.436*	0.35	-.392*	-.12	-.09	-.18	0.00	.	-.23	-.655**	-0.12	-.11	-.14
	Sig. (a 2 code)	.	0.02	0.06	0.04	0.52	0.66	0.35	1.00	.	0.23	<.001	0.53	0.56	0.47
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
frequenza RF	Rho	-.436*	1	-.17	0.21	0.31	0.13	-.05	-.32	.	0.19	.398*	-0.12	0.03	0.28
	Sig. (a 2 code)	0.018	.	0.38	0.27	0.11	0.51	0.78	0.09	.	0.33	0.03	0.52	0.86	0.15
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
intensità RF	Rho	0.348	-0.17	1.00	0.28	0.20	0.19	0.02	0.00	.	0.24	0.21	.427*	-.02	-.15
	Sig. (a 2 code)	0.064	0.38	.	0.14	0.31	0.33	0.92	0.99	.	0.22	0.27	0.02	0.93	0.45
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29

Legenda Tabelle correlazioni di Spearman:

*. La correlazione è significativa a un livello 0.05 (a due code).

**.. La correlazione è significativa a un livello 0.01 (a due code).

I dati della tabella dimostrano innanzitutto la presenza di una correlazione significativa inversa tra il procedere dei colloqui e la frequenza della funzione riflessiva: all'aumentare del tempo della terapia diminuisce la cadenza degli atti riflessivi da parte della paziente. Per quanto concerne l'intensità della RF non si evince una correlazione statisticamente significativa con il proseguire delle sedute.

Inoltre si riscontra una correlazione negativa tra il procedere delle sedute e l'aggressività, e il procedere delle sedute e la frustrazione: ciò significa che con l'avanzare della psicoterapia calano le tematiche aggressive e di frustrazione della paziente

Invece l'intensità della RF correla direttamente con la tematica di competizione.

È stata indagata l'esistenza di eventuali correlazioni tra i temi affettivi nell'intero arco temporale del percorso psicoterapeutico.

Tabella 8: Correlazioni tra le variabili temi affettivi incrociate tra loro.

		Aggressività	Ansia	Tristezza	Affetto e cura	Sesso simbolico	Sesso grezzo	Felicità	Frustrazione	Competizione	Oralità	Oralità aggressiva
Aggressività	Rho	1	0.16	0.25	0.23	0.30	.	.485**	.547**	.400*	0.25	-0.15
	Sig. (a 2 code)	.	0.41	0.19	0.24	0.11	.	0.01	0.00	0.03	0.19	0.43
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Ansia	Rho	0.16	1	.481**	0.20	-0.04	.	.399*	0.36	0.35	0.10	0.05
	Sig. (a 2 code)	0.41	.	0.01	0.29	0.86	.	0.03	0.06	0.06	0.61	0.80
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Tristezza	Rho	0.25	.481**	1	.401*	0.05	.	0.07	0.15	.509**	-0.03	0.01
	Sig. (a 2 code)	0.19	0.01	.	0.03	0.82	.	0.73	0.43	0.01	0.87	0.98
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Affetto e cura	Rho	0.23	0.20	.401*	1	-0.08	.	.499**	0.19	-0.03	.597**	0.32
	Sig. (a 2 code)	0.24	0.29	0.03	.	0.67	.	0.01	0.32	0.88	<.001	0.09
	N	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00
Sesso simbolico	Rho	0.30	-0.04	0.05	-0.08	1	.	-0.04	0.07	0.32	0.10	-0.14
	Sig. (a 2 code)	0.11	0.86	0.82	0.67	.	.	0.83	0.72	0.09	0.60	0.48
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Sesso grezzo	Rho	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (a 2 code)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29

		Aggressività	Ansia	Tristezza	Affetto e cura	Sesso simbolico	Sesso grezzo	Felicità	Frustrazione	Competizione	Oralità	Oralità aggressiva
Felicità	Rho	.485**	.399*	0.07	.499**	-0.04	.	1	.481**	0.09	0.34	-0.08
	Sig. (a 2 code)	0.01	0.03	0.73	0.01	0.83	.	.	0.01	0.65	0.07	0.69
	N	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00	29.00
Frustrazione	Rho	.547**	0.36	0.15	0.19	0.07	.	.481**	1	0.31	0.20	0.11
	Sig. (a 2 code)	0.00	0.06	0.43	0.32	0.72	.	0.01	.	0.10	0.31	0.59
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Competizione	Rho	.400*	0.35	.509**	-0.03	0.32	.	0.09	0.31	1	-0.26	-0.35
	Sig. (a 2 code)	0.03	0.06	0.01	0.88	0.09	.	0.65	0.10	.	0.17	0.06
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Oralità	Rho	0.25	0.10	-0.03	.597**	0.10	.	0.34	0.20	-0.26	1	0.22
	Sig. (a 2 code)	0.19	0.61	0.87	<.001	0.60	.	0.07	0.31	0.17	.	0.25
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Oralità aggressiva	Rho	-0.15	0.05	0.01	0.32	-0.14	.	-0.08	0.11	-0.35	0.22	1
	Sig. (a 2 code)	0.43	0.80	0.98	0.09	0.48	.	0.69	0.59	0.06	0.25	.
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29

Dalla Tabella 8 si riscontra che correlano positivamente: la frustrazione con l'aggressività e con la felicità; l'ansia con la tristezza; la competizione con la tristezza; la felicità con l'aggressività e l'affetto e cura, e quest'ultimo con l'oralità. Mentre si osservano delle relazioni dirette e significative tra: l'aggressività e la competizione; l'ansia e la felicità; la tristezza e l'affetto e cura.

Successivamente sono state misurate le correlazioni non parametriche Rho di Spearman nelle tre fasi specifiche della terapia. Nella Tabella 9 sono riportate quelle più rilevanti, non viene quindi inserita l'associazione tra la frequenza della funzione riflessiva e i temi affettivi, in quanto risultano tutte relazioni deboli.

Tabella 9: Correlazioni di Spearman distinte per le tre fasi terapeutiche

a) Correlazioni tra le tre fasi terapeutiche e le variabili: frequenza RF, intensità RF, temi affettivi

		Frequenza RF	Intensità RF	Aggressività	Ansia	Tristezza	Affetto e cura	Sesso materno	Sesso grezzo	Felicità	Frustrazione	Competizione	Oralità	Oralità aggressiva
Δ t1	Rho	-0.14	-0.28	-0.21	-0.44	-0.41	-.744*	0.08	.	0.21	-.723*	0.09	-.675*	-.840**
	Sig. (a due code)	0.70	0.43	0.55	0.21	0.24	0.01	0.82	.	0.56	0.02	0.80	0.03	0.00
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Δ t2	Rho	-0.20	-0.03	-0.10	-0.52	-0.56	-0.40	0.31	.	0.18	-0.37	0.63	-0.23	-.701*
	Sig. (a due code)	0.58	0.93	0.78	0.13	0.09	0.25	0.38	.	0.61	0.29	0.05	0.53	0.02
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Δ t3	Rho	-0.14	-0.25	-0.53	-0.47	-0.16	0.16	0.57	.	0.19	-.700*	0.61	0.21	0.05
	Sig. (a due code)	0.71	0.52	0.14	0.21	0.68	0.68	0.11	.	0.62	0.04	0.08	0.59	0.90
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

b) Correlazioni nelle tre fasi terapeutiche tra l'intensità della funzione riflessiva e i temi affettivi

			Colloquio	Frequenza RF	Aggressività	Ansia	Tristezza	Affetto e cura	Sesso simbolico	Sesso grezzo	Felicità	Frustrazione	Competizione	Oralità	Oralità aggressiva
Δ t1	Intensità RF	Rho	-0.28	0.35	0.61	0.33	0.05	0.14	-0.21	.	0.35	0.61	0.29	0.14	-0.03
		Sig. (a due code)	0.43	0.33	0.06	0.36	0.89	0.70	0.57	.	0.32	0.06	0.42	0.70	0.93
		N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Δ t2		Rho	-0.03	-0.15	0.10	0.21	0.14	-0.19	-0.12	.	0.01	0.62	.676*	-0.40	-0.26
		Sig. (a due code)	0.93	0.69	0.79	0.56	0.71	0.60	0.74	.	0.98	0.06	0.03	0.26	0.48
		N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Δ t3		Rho	-0.25	-0.10	.844**	0.18	0.39	0.38	0.20	.	0.64	0.48	0.31	0.33	-0.15
		Sig. (a due code)	0.52	0.80	0.00	0.64	0.30	0.32	0.61	.	0.06	0.19	0.43	0.39	0.70
		N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Osservando la Tabella 9, nella prima trance della terapia, al procedere dei colloqui calano in modo significativo i temi di affetto e cura, frustrazione, oralità e oralità aggressiva.

La seconda trance della terapia si caratterizza per un aumento significativo dell'oralità aggressiva, ed infine la terza per un calo rilevante della frustrazione al procedere dei colloqui

Rispetto all'intensità della RF, si assiste a un aumento significativo proporzionale della competizione nella seconda fase della terapia e dell'aggressività nella terza.

Infine, per evidenziare se ci fosse una causalità tra il procedere della terapia (colloqui) e l'andamento sia dell'intensità della funzione riflessiva, sia dei temi maggiormente correlati di frustrazione e aggressività, sono state esplorate alcune regressioni lineari: l'intensità della funzione riflessiva tende ad aumentare a causa del procedere della terapia ($R^2 = 0.128$, $p = .057$) e la frustrazione diminuisce a causa dell'avanzare della terapia ($R^2 = 0.365$, $p < .001$).

CAPITOLO 6: DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Nel seguente capitolo verranno presi in considerazione i risultati sopra riportati allo scopo di stabilire se le tre ipotesi di ricerca di tale lavoro siano o meno verificate.

Innanzitutto, la prima di queste (*Hp1*) supponeva che i processi di mentalizzazione della paziente aumentassero e migliorassero grazie al percorso psicoterapeutico; in base ai risultati esposti nel precedente capitolo, si può affermare che *Hp1* è stata parzialmente confermata, cioè non confermata a livello meramente statistico (*efficacy*), ma confermata a livello clinico (*effectiveness*). Infatti l'intensità media della funzione riflessiva (RF) mostra un incremento non statisticamente significativo della qualità della mentalizzazione dall'inizio alla fine della terapia. Inoltre dalla regressione emerge una tendenza relativa all'aumento dell'intensità della funzione riflessiva a causa del procedere della terapia

Osservando però le interazioni cliniche, si nota che la capacità di mentalizzazione di Matilde non rimane uguale nel corso della psicoterapia. In particolare, nella prima fase (il punteggio medio dell'intensità della RF corrisponde a 1.7), la ragazza manifesta una serie di difficoltà nel cogliere e comprendere i suoi e gli altrui stati mentali. Difatti non si riesce a percepire una tridimensionalità psichica nei suoi ragionamenti, in quanto rimane molto su un piano concreto e difficilmente parla di affetti o desideri; anzi, spesso li nega. Addirittura, in una seduta comunica al terapeuta il suicidio di una ragazza che conosceva con un tono affettivo piatto, focalizzandosi su dettagli più materiali e ridendo in alcuni momenti. In tal caso la risata potrebbe essere interpretata come un meccanismo di difesa a fronte di un dolore, per lei inaccessibile, che viene tramutato nell'affetto opposto.

Peraltro, lo stato mentale della paziente appare abbastanza frammentato, poiché i suoi discorsi non seguono completamente una continuità. Oltretutto alle domande riflessive da parte del terapeuta tende a rispondere in maniera passiva o con delle espressioni che sembrano dei cliché.

Di seguito verranno selezionati alcuni passaggi appartenenti alle prime dieci sedute, al fine di rendere evidenti le dinamiche esplicitate sinora:

T: Una di queste è quella che dice questa roba qui: controllare le emozioni...

P: (Piccola risata)

T: Allora forse anche tu fai un po' così o no? Un pochino?

P: Può darsi (ride).

...

T: Oggi è particolarmente difficile parlare, ma perché magari sei arrabbiata?

P: Ehm

T: Per qualche motivo? Magari è successo qualcosa che ti ha fatto un po' arrabbiare?

P: No, non sono arrabbiata, ho solamente tanto sonno (piccola risata)... ..

...

T: Quindi questa cosa di svegliarsi presto ha un po' a che fare con l'ansia?//

P://Sì.

T: Per la scuola allora?

P: Ah sì, è già capitato.

T: Di essere così in ansia?

P: No! Capitato di svegliarmi perché eroo//

T: //Preoccupata?

P: Ah, ma a parte che anche prima mi svegliavo prima.

...

T: Sì però stavo pensando, insomma, tu che riesci sempre a controllare bene le tue emozioni, a non far trasparire nulla eh, e insomma in questi posti non è mica facile eh, dove c'è tanta gente che piange, che si commuove. Mi chiedevo se non ti spaventa un po' questa cosa?

P: No, non mi spaventa. Al massimo, se si mettono a piangere, mi metto a piangere anche io (ride).

Gradualmente, grazie al rispecchiamento da parte del clinico che conferisce significato agli stati mentali di Matilde, lei cerca di coglierli, come se fosse inizialmente un tentativo quasi imitativo. Quindi lo psicoterapeuta, attraverso il processo di *rêverie*, si sintonizza sulla paziente, con la quale rielabora ciò che emerge nel suo racconto; ad esempio, agganciandosi anche alle serie tv che la paziente riferisce, l'aiuta empaticamente a riflettere sulle sue difficoltà a verbalizzare alcuni affetti e su come li sostituisca con altri. Difatti, grazie all'uso di tale materiale mediatore, emerge il desiderio di Matilde di voler diventare invisibile di fronte ad emozioni forti: aspetto che riaffiorerà nel corso della terapia, dimostrato anche dal fatto che i livelli di SFR al termine della terapia si assestano su una media di 2.2.

Dunque il terapeuta, adottando un atteggiamento neutrale, offrendo la sua presenza reale e rispettando il tempo interno del paziente, permette l'emergere dei suoi contenuti inconsci, i quali sono facilitati anche dall'holding del setting fisico. Tutti questi elementi sono alla base di una relazione di cura dove alcune parti di sé dell'adolescente trovano un contenitore sufficientemente buono nella mente del terapeuta (Bion, 1962). Di conseguenza, durante le sedute si crea uno spazio relazionale che offre all'adolescente la possibilità di aumentare la conoscenza di sé, comprese le sue debolezze e le sue risorse, di allenare le sue capacità di espressione e di pensiero.

L'insieme di questi elementi rappresenta la base della relazione terapeutica che si instaura tra il clinico e Matilde, che consente alla paziente di iniziare a riconoscere parzialmente il suo mondo interno e, soprattutto nell'ultima fase della psicoterapia, di argomentare maggiormente come si sente in alcune situazioni, trovando così il nesso tra i suoi affetti, i suoi comportamenti e gli eventi esterni. Infatti la paziente ammette, in alcuni momenti, di provare ansia e preoccupazione rispetto alla scuola e al futuro, poiché, non avendo le idee chiare su cosa fare dopo la maturità, teme di sbagliare le sue scelte. Ad esempio, quando il terapeuta le chiede cosa la preoccupa pensando al futuro lei risponde: *“Non sapere a cosa fare dopo”*.

Durante la maggior parte delle sedute, la rabbia rappresenta una tra le emozioni che Matilde difficilmente riesce a comunicare, tuttavia il clinico può cogliere tale stato emotivo attraverso i silenzi o determinate espressioni verbali, come se la paziente proiettasse indirettamente delle parti di sé verso il terapeuta in modo da fargli provare il suo sentimento innominabile (identificazioni proiettive). Però, nel corso della terapia, Matilde riconosce, seppur raramente, di sentirsi arrabbiata o di avvertire la sensazione di fastidio. Ad esempio, in una seduta riferisce allo psicologo di essersi arrabbiata con sua mamma: evento che non si verificava da tanto tempo, ma che succedeva frequentemente in passato. Si presume che tale aspetto rimandi a quanto la ragazza, nel tempo, abbia imparato a reprimere i suoi stati d'animo; il fatto che inizi gradualmente a riconoscerne alcuni indica un passaggio mentalizzante importante.

Pertanto la capacità di mentalizzazione diviene più evidente rispetto agli inizi del percorso terapeutico e si manifesta anche nel tentativo da parte della paziente di cogliere, in certe occasioni, il punto di vista delle altre persone.

Nonostante i progressi descritti sinora, la funzione riflessiva di Matilde rimane nel complesso su un livello basso e, per di più, segue un andamento altalenante. Ovvero, si alternano spesso momenti in cui la paziente, grazie alle domande del terapeuta, mostra un minimo sforzo riflessivo, ad altri in cui non riesce a cogliere i suoi stati mentali, soprattutto a fronte di questioni per lei delicate. Ad esempio, nel momento in cui scopre di non poter più essere in carico presso il servizio CASF e quando viene toccato il tema della chiusura della terapia, Matilde risponde senza argomentare o con delle frasi che sembrano dei cliché; sposta perfino il discorso su altro e si percepisce la fatica di entrare in contatto con la sua realtà psichica più profonda. Dunque, verso la fine del percorso, la paziente riesce a descrivere meglio quel che prova soltanto rispetto a questioni per lei più accessibili.

È importante però sottolineare che la decisione di Matilde di continuare in privato la psicoterapia, sebbene lo abbia affermato raramente a parole e sollecitata dal clinico, potrebbe rappresentare l'espressione di un bisogno e di un desiderio di avere uno spazio in cui poter mettere a nudo le sue fragilità, sentendosi comunque accolta e compresa. Bisogna quindi riconoscere tale passaggio come la manifestazione di un progresso rispetto alla funzione riflessiva, in quanto la paziente è stata in grado sia di accedere alla sua realtà psichica, sia di prenderne consapevolezza.

Dal complesso di tali considerazioni si può dedurre che la capacità di mentalizzazione della paziente sia incline a un miglioramento in relazione all'avanzare della terapia.

Contrariamente, in merito alla frequenza della funzione riflessiva, dai risultati relativi alla frequenza media della RF che sono emersi nel capitolo precedente, si riscontra che Matilde, nel corso dei colloqui, nonostante sia più riflessiva, tenda a mentalizzare sempre meno. Più precisamente: aver individuato una correlazione inversa tra il procedere delle sedute e la frequenza della RF dimostra che all'aumentare del tempo della terapia diminuisce la cadenza degli atti riflessivi da parte della paziente. Si potrebbe spiegare questo aspetto confrontando il clima relazionale terapeutico all'inizio e alla fine del percorso. Difatti nei primi colloqui si riscontrano più frequentemente domande mentalizzanti da parte del clinico, conseguentemente Matilde tende a mentalizzare con una frequenza maggiore, ma a un livello qualitativo inferiore. Mentre, nell'ultima fase di terapia, i colloqui diventano meno direttivi e si lascia più spazio al libero parlare della

paziente, la quale è meno sollecitata a mentalizzare, ma inizia, seppur minimamente, a riflettere spontaneamente sui suoi stati mentali.

Collegandosi ora ai temi affettivi, la seconda ipotesi di ricerca (*Hp2*) presumeva che quest'ultimi divenissero più sfaccettati nel corso della terapia e che il mondo interno della paziente risultasse, quindi, più *abitabile*, più *evoluto* e meno *arcaico*. Osservando le medie e le frequenze percentuali si può concludere che tale ipotesi è stata in parte confermata, in quanto l'andamento della maggior parte delle tematiche affettive non rimane invariato durante la psicoterapia, nonostante la frustrazione, l'ansia, la felicità e l'oralità rappresentino gli affetti dominanti nei racconti di Matilde. Però, tra quest'ultime, la frustrazione è quella che muta maggiormente e in modo significativo, come è infatti appurato dai test non parametrici sulle mediane, dalle comparazioni multiple e dalle varie correlazioni non parametriche. In particolare, sia le correlazioni emerse nel totale dei colloqui, sia quelle relative alla prima e alla terza trance suggeriscono che le tematiche di frustrazione diminuiscano notevolmente con il procedere della terapia. Più precisamente, i valori risultanti dalla regressione dimostrano che sia proprio l'avanzare della psicoterapia a determinare un calo di questo tema affettivo.

Dai discorsi di Matilde nel corso delle sedute si può infatti riscontrare l'andamento della frustrazione, considerando le singole parole, le espressioni verbali e i macro-argomenti che rimandano a tale tematica affettiva.

Nello specifico, durante la fase iniziale, i racconti della paziente assumono spesso la forma di un lamento, poiché sono frequenti i riferimenti alla scuola, alle faccende domestiche e ad altri impegni. Inoltre, quando la ragazza descrive le sue giornate, non appare entusiasta, anzi, alcune delle sue frasi tipiche sono: “*Devo fare questo...*”, “*Mi tocca...*”, “*E' difficile, non ne ho voglia*” eccetera. Dunque, tutto sembra essere faticoso per lei e sostiene appunto di sentirsi stanca, affaticata, come se le mancassero le energie per affrontare la quotidianità.

Emerge spesso la sua attrazione verso il letto o il divano che, insieme al terapeuta, viene nominata in maniera metaforica “demone del divano”. Perdi più Matilde, grazie anche alle associazioni mentalizzanti del clinico, ammette che il letto per lei è come un rifugio per rendersi invisibile dalle emozioni forti.

Invece, rispetto al contesto scolastico, Matilde talvolta commenta di non essere capace o di non riuscire a svolgere alcuni compiti, per cui si dimentica di consegnarli. Inoltre, si

lamenta per quanto deve studiare a causa delle verifiche settimanali e pure l'inizio dello stage non la coinvolge, bensì la annoia, in quanto pare che lo veda come un dovere e non come una nuova esperienza in cui mettersi in gioco. Si alternano momenti in cui la ragazza appare sommersa da troppe cose da fare, tra cui gli incarichi che le assegnano i genitori affidatari, ad altri in cui non sa come colmare le attese o i giorni liberi.

A poco a poco, anche con l'avanzare delle vacanze estive, i rimandi alla frustrazione diminuiscono; perciò si ipotizza che le dinamiche scolastiche possano contribuire in parte ad alimentare questo stato d'animo. Tuttavia, è soprattutto durante l'ultima trance della terapia che si percepisce maggiore vitalità e iniziativa nelle conversazioni, seppur la paziente sia più descrittiva e mentalizzi con una frequenza minore. Ad esempio, Matilde racconta com'è il rientro a scuola dopo la pausa estiva e i vari cambiamenti con un tono meno lagnoso, parla dei libri che ha iniziato a leggere e sembra quasi propensa a scriverne uno. Inoltre il terapeuta la sollecita a riflettere su cosa vorrà fare dopo la maturità; in tal modo Matilde ammette che l'idea di lavorare nello stesso settore della sua scuola superiore, ovvero quello della moda, non la alletta particolarmente, ma afferma che le piace stare con i bambini.

L'insieme di tali dinamiche comprovano che il procedere della terapia porti complessivamente a un calo della frustrazione, nonostante questa resti l'affetto primario che caratterizza il mondo interno di Matilde. Dunque, si può supporre sia che la relazione clinica possa aver rappresentato per la paziente uno spazio in cui sfogare la sua frustrazione verso il mondo esterno, sia che attraverso l'empatia terapeutica Matilde si sia sentita compresa nella sua posizione e che questo possa aver contribuito ad allentare gradualmente tale tematica affettiva.

Diversamente, dai dati relativi alla frequenza percentuale delle tematiche affettive nelle tre fasi terapeutiche, si osserva un aumento della felicità, della competizione e dell'ansia. I cambiamenti riguardo la felicità possono essere dovuti al fatto che, nel periodo centrale della terapia, Matilde racconta i suoi progetti per l'estate, come la vacanza in montagna a cui tiene molto, e, a differenza dei primi colloqui, inizia ad accennare ad alcune uscite extrascolastiche con qualche sua compagna di classe. Ricorda anche con entusiasmo il momento in cui è stata accolta dagli affidatari. Durante questi racconti la paziente sembra più rilassata e si possono infatti cogliere degli aspetti più vitali rispetto al suo mondo interno. In Matilde tale vitalità trova un canale di espressione attraverso la lettura, poiché

quando parla dei romanzi che le piacciono, si manifesta il suo fantasticare, aspetto che all'inizio della terapia era inibito. Dunque, anche lo sbloccarsi graduale di tale immaginazione potrebbe essere interpretato come l'espressione di un mondo interno che sta divenendo più *abitabile*.

In merito all'ansia si riscontra che è un tema alquanto ricorrente, anche a causa dei rimandi continui al Covid, e, rispetto ad altri affetti, Matilde riesce a comunicarla più facilmente. In particolare, verso la fine del percorso, tale stato d'animo si manifesta rispetto alle ultime verifiche dell'anno scolastico, alla tesina e all'esame di maturità. Tale traguardo, oltre che a suscitare una notevole preoccupazione in Matilde, alimenta anche la sua competizione. Si spiegano infatti i confronti con i compagni di classe in merito alla media e il suo desiderio di voler recuperare o innalzare i voti.

T: Forse però, oltre al gatto, questa roba di...questa difficoltà a dormire ha a che fare con tutta questa ansia che c'è per tutte queste verifiche, per tutte ste cose?

P: Sì (poco convinta).

T: "Andranno bene o non andranno bene?"

P: Eh vabbè! Ho tirato su modellistica (ride).

Nella terza trance psicoterapeutica le conversazioni si focalizzano molto sul futuro e dai racconti della paziente si percepisce quasi un rimpianto rispetto alla scelta della scuola superiore, poiché afferma più volte che non le piace cucire e non sembra interessata alle mansioni legate alla moda.

Inoltre Matilde esprime la sua paura relativa ai contesti ospedalieri; perciò, con l'aiuto del terapeuta, esclude gradualmente l'alternativa di lavorare in un ambito sanitario. Emerge la sua propensione verso un settore più umanitario, in quanto parla in maniera più entusiasta delle attività di volontariato che ha svolto con i bambini rispetto allo stage. Da un punto di vista clinico l'approccio alla propria vita futura rappresenta uno sforzo mentalizzante da parte della paziente e potrebbe evocare in lei determinati temi affettivi, condizionando così il tramutarsi di quest'ultimi.

Nuovamente rispetto all'ansia, dai test non parametrici sulle mediane si riscontra una tendenza alla diminuzione. Quindi si potrebbe supporre che la paziente stia imparando lentamente a gestirla meglio in alcune occasioni, grazie anche agli interventi supportivi da parte del terapeuta.

In questo studio sono state rilevate alcune associazioni tra i singoli temi affettivi lungo l'intero arco della terapia; probabilmente questo significa che i temi affettivi tendono a co-correre o che l'emergere di uno facilita il manifestarsi di un altro.

Quindi è bene tenere conto delle altre correlazioni che suggeriscono gli andamenti più rilevanti rispetto ai temi affettivi collegati alla psicoterapia. Innanzitutto, considerando il procedere complessivo dei colloqui, si verifica un calo della tematica di aggressività; mentre, esaminando le trances differenziate, nel periodo iniziale all'avanzare delle sedute diminuiscono i temi di affetto e cura, di oralità e di oralità aggressiva. Invece la seconda fase si caratterizza per un aumento dell'oralità aggressiva.

In merito all'aggressività, come si è visto, rappresenta un affetto che Matilde spesso nega e rimuove, poiché è difficilmente accessibile per lei a livello conscio. Tuttavia, analizzando le parole utilizzate dalla ragazza, soprattutto nel primo periodo terapeutico, si colgono diversi oggetti psichici che si collegano a questa tematica, soprattutto quando parla della scuola. A volte la paziente descrive sia la settimana scolastica come "*la settimana dell'inferno*", sia il comportamento di alcuni professori con un tono quasi infastidito, in quanto, sulla base di ciò che racconta, pare che gli studenti debbano spesso "*arrangiarsi*". Inoltre le espressioni verbali riferite a tematiche aggressive si incrementano nel momento in cui Matilde si riferisce a certe materie che non le piacciono o a concetti che fatica a comprendere; difatti, frequentemente nomina le Guerre Mondiali. A volte paragona il padre affidatario a "*un lupo*" relativamente alla pressione che sembra indurle rispetto allo studio, in particolare di storia. Si potrebbe dunque ipotizzare che la frustrazione della paziente, per gli impegni scolastici, tenda talvolta a sfociare inconsciamente in aggressività.

Invece, verso la fine, seppur qualche volta Matilde verbalizzi esplicitamente la sua rabbia, il vocabolario aggressivo decresce; si osservano meno rimandi indiretti a questa tematica affettiva. Probabilmente tale cambiamento è legato anche allo sviluppo di una maggior consapevolezza emotiva da parte della paziente, che facilita l'espressione diretta di determinate emozioni, piuttosto che quest'ultime emergano implicitamente attraverso altre forme di comunicazione.

Un'altra tematica da considerare è la sessualità, la quale viene alquanto repressa da Matilde, nonostante abbia diciotto anni, e sembra che venga vissuta dalla ragazza come un tabù, come se fosse inconcepibile parlare di relazioni sentimentali. Difatti, quando il

terapeuta le chiede se si è mai innamorata o se c'è qualcuno che le interessa lei, imbarazzata, sposta il discorso su altro. I temi sessuali non caratterizzano, quindi, la vita psichica della paziente, anzi la loro presenza è quasi nulla. Gli unici riferimenti ad essi che si individuano riguardano il matrimonio in generale o argomenti letterari, ossia i Promessi Sposi. Perciò, si presume che le materie scolastiche divengano per la paziente uno strumento per far emergere inconsapevolmente alcuni temi affettivi, come si è visto anche per l'aggressività.

Relativamente alle tematiche orali, che corrispondono a quelle più primitive, sono meno frequenti nella prima fase i riferimenti al cibo, sebbene i discorsi della paziente tendano frequentemente a focalizzarsi su aspetti concreti. Però, come dimostrato dai valori delle frequenze percentuali, l'oralità è la tematica che oscilla maggiormente nel corso della psicoterapia. Pertanto si potrebbe pensare che, sollecitata e supportata dagli interventi del clinico, Matilde riesca ad accedere a un piano più intrapsichico, ma la concretezza rimane comunque una costante che la caratterizza: aspetto dimostrato anche dall'aumento dell'oralità aggressiva in relazione al procedere delle sedute nella seconda trance.

La tematica di affetto e cura, come si evince dalle frequenze percentuali, non caratterizza notevolmente il mondo interno della paziente e addirittura diminuisce con l'avanzare delle sedute nella prima fase terapeutica. Nel corso dei colloqui si può notare che la presenza di riferimenti alla vicinanza emotiva e alle relazioni di cura sia minima. Tale carenza di oggetti psichici che si collegano all'affetto e cura potrebbe essere dovuta all'esperienza di negligenza che Matilde ha vissuto durante la sua infanzia, la quale potrebbe aver determinato delle ripercussioni sulla sua vita psichica e intersoggettiva.

La noncuranza da parte della madre verso Matilde si percepisce dall'inizio alla fine del percorso terapeutico; tanto è vero che dai racconti della paziente si riscontra come il loro rapporto sia privo di calore affettivo e sia abbastanza strumentale, caratterizzato da un'inversione di ruoli. Infatti la madre sembra trascorrere la maggior parte del tempo in casa delegando alla figlia le varie commissioni. Le tematiche di affetto e cura emergono quando Matilde parla dei genitori affidatari, ad esempio, relativamente al sostegno che le forniscono rispetto allo svolgimento dei compiti scolastici e allo studio. Si può, quindi, dedurre che la famiglia affidataria rappresenti un punto di riferimento importante per la paziente.

Inoltre è possibile ipotizzare che le serie tv e i film facilitino l'espressione del tema di affetto e cura, così come le attività che la paziente svolge con i bambini, come il centro estivo, poiché i discorsi inerenti a questi argomenti contengono diversi richiami a tale tematica affettiva.

Concludendo le valutazioni relative alla seconda ipotesi di ricerca, si può affermare che nelle tre fasi terapeutiche i cambiamenti circa i temi affettivi siano tendenzialmente migliorativi, poiché quest'ultimi, nel complesso, si differenziano maggiormente. Pertanto il mondo interno di Matilde diviene parzialmente più sfaccettato e più *abitabile*, nel senso che predominano meno aspetti *mortiferi* e compaiono maggiori aspetti di vitalità. Tuttavia *Hp2* non risulta totalmente verificata poiché non tutte le tematiche affettive si modificano significativamente nel corso della terapia.

L'ultima ipotesi (*Hp3*) riguarda l'eventuale correlazione tra i livelli di mentalizzazione e la tipologia degli affetti, presumendo che all'aumentare della funzione riflessiva si incrementi la complessità delle tematiche affettive.

Non si è individuata un'associazione diretta tra le due variabili prese in considerazione, ma è stato possibile osservare sia l'incremento complessivo della RF nel corso della terapia, sia la maggiore differenziazione dei temi affettivi nelle tre fasi.

Inoltre sono emerse due correlazioni significative che indicano a quali temi affettivi si aggancia la qualità della funzione riflessiva di Matilde. Nel complesso delle sedute l'intensità della RF correla direttamente con la tematica di competizione, come anche nella seconda fase della terapia; invece nella terza trance risulta direttamente associata alla tematica di aggressività. Perciò la capacità di mentalizzazione della paziente aumenta in maniera proporzionale all'incremento di questi due temi affettivi.

In base a quanto sinora affermato si può dedurre che Matilde tenda a mentalizzare maggiormente quando si confronta con gli altri, soprattutto rispetto al contesto scolastico, il quale evoca frequentemente nella ragazza temi di competizione. Probabilmente per la paziente paragonare i propri risultati con quelli altrui facilita l'espressione delle sue credenze, dei suoi sentimenti e dei suoi desideri; o, presumibilmente, determinate parole che si collegano alla competizione le consentono di accedere in maggior misura al suo mondo intrapsichico e conseguentemente di comunicare i suoi stati mentali ad esso collegati.

Inoltre, come è già stato dimostrato precedentemente, nell'ultima fase terapeutica la paziente inizia a verbalizzare di più la sua rabbia, collegandola a determinate situazioni: tale progresso potrebbe spiegare l'aumento dell'intensità della funzione riflessiva in relazione alle tematiche aggressive. Per Matilde comprendere ed ammettere di provare la rabbia non è stato un passaggio semplice, anzi, per gran parte delle sedute, tendeva a controllare la rabbia esageratamente, come se per lei fosse quasi proibito arrabbiarsi. Questo sentimento inespresso o comunicato indirettamente veniva quindi colto a livello controtrasferale dal terapeuta, il quale ogniqualvolta cercava di rispecchiarlo per far sì che la paziente lo comprendesse. Infatti negli ultimi colloqui si nota come Matilde, gradualmente e parzialmente, riconosca come suo questo affetto. Pertanto l'incremento della propria consapevolezza emotiva indica un miglioramento nella qualità della funzione riflessiva, dato che significa saper identificare i propri stati mentali.

Come sottolineato nel primo capitolo, la mentalizzazione è fondamentale per la regolazione emotiva e per lo sviluppo sia di un sé coerente, sia della propria intersoggettività (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998). Dunque si presume che, seppure piccolo, lo sviluppo di tale abilità, nel corso della psicoterapia, consenta a Matilde di conferire un qualche significato alla sua vita intrapsichica, promuovendo così una maggiore continuità e coerenza nella narrazione di Sé. Difatti, dai racconti della paziente nell'ultimo periodo terapeutico, si percepiscono di più i nessi causali tra un argomento e l'altro e si coglie sia una minor inibizione dal punto di vista emotivo, sia una propensione maggiore verso i rapporti interpersonali.

A fronte di tali considerazioni si potrebbe supporre che il lavoro sulla mentalizzazione svolto tra Matilde e il clinico abbia favorito la fiducia terapeutica, presupposto fondamentale per garantire l'apertura verso l'altro. L'esperienza della ragazza di sentirsi pensata attraverso la mente dello psicologo può aver sollecitato la sensazione di percepirsi come un agente attivo; dunque, la sensibilità dello psicologo nel riflettere i contenuti psichici della paziente ha contribuito a promuovere la comprensione di Matilde verso la sua soggettività relativa ai suoi comportamenti, alle sue emozioni e alle sue relazioni interpersonali (Fonagy & Allison, 2014).

Alla fine della psicoterapia sono stati somministrati alla paziente gli stessi questionari che aveva compilato durante le sedute di consultazione, al fine di valutare il suo funzionamento a seguito del percorso presso il CASF. I risultati ai test indicano dei miglioramenti: più precisamente, dal *Relationship Questionnaire* (RQ) emerge un cambiamento relativo allo stile relazionale della ragazza, in quanto sostiene sia di sentirsi a disagio in una relazione stretta, sia di far fatica a fidarsi o a dipendere dagli altri per paura di essere ferita, ma manifesta un desiderio di instaurare un legame significativo. Tale attitudine non caratterizzava Matilde nelle prime fasi terapeutiche, poiché tendeva ad evitare i rapporti interpersonali più intimi, i quali non venivano minimamente accennati nei suoi racconti.

Ulteriori progressi si riscontrano sia dal *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ-Ita), che dal *Machover Test*; mentre dalla *Brief Self-Control Scale* (BSCS) le risposte rimangono pressoché invariate.

In merito all'SDQ i punti di forza e di debolezza di Matilde si sono evoluti; difatti la paziente afferma che le sue difficoltà interpersonali interferiscono con la sua vita e nei diversi contesti in maniera più limitata, e la fanno soffrire meno. Sembrano essersi ridotti gli sbalzi d'umore, le preoccupazioni, il timore verso le situazioni nuove e la propensione alla solitudine.

Inoltre il disegno della figura umana, realizzato dalla paziente nel *Machover Test*, appare più complesso e articolato a differenza della sagoma stilizzata creata all'inizio. Perdi più, si disegna anche assieme alla madre biologica senza opporre resistenza o manifestare angoscia, come avveniva durante la prima somministrazione.

Alcuni di questi cambiamenti sono confermati anche dai test di fine sostegno implementati ai genitori affidatari. Quest'ultimi, in base a quanto emerso dal questionario SDQ, riportano che le difficoltà della figlia sono diminuite e disturbano meno la vita quotidiana. Inoltre dalle loro risposte al test sulle paure (FSCC) viene comprovato che l'intensità delle paure di Matilde, nonostante siano molteplici, cala a seguito della psicoterapia.

CONCLUSIONI

Il presente elaborato si era posto come obiettivo osservare l'andamento della funzione riflessiva e dei temi affettivi di Matilde, un'adolescente in affidamento familiare, durante il suo percorso psicoterapeutico presso il CASF, cercando di comprovare come la terapia psicodinamica favorisca la progressione di entrambi i costrutti.

Innanzitutto si è dimostrato che la psicoterapia psicodinamica di tipo supportivo può avere degli effetti positivi sui processi di mentalizzazione. Infatti, in merito al caso di Matilde, l'incremento della funzione riflessiva lungo le tre fasi della terapia evidenzia un progresso rispetto alla capacità della paziente di accedere agli stati mentali propri e altrui, e di prenderne consapevolezza. Questo miglioramento avviene in relazione all'avanzare della terapia, per cui sia l'instaurarsi dell'alleanza terapeutica, sia gli interventi empatici e mentalizzanti da parte del clinico possono averle consentito di imparare gradualmente a riflettere e comprendere parzialmente la propria e altrui prospettiva. Dunque, durante le sedute psicodinamiche, si potrebbe essere costituito uno spazio relazionale che abbia offerto all'adolescente la possibilità di aumentare la conoscenza di sé, comprese le sue debolezze e le sue risorse, di allenare le sue capacità di pensiero e di espressione, influenzando in tal modo sullo sviluppo delle sue abilità interpersonali.

Inoltre, a fronte dei risultati emersi, si può affermare che la psicoterapia psicodinamica supportiva abbia contribuito a generare un cambiamento tendenzialmente migliorativo rispetto ai temi affettivi del mondo interno di Matilde, seppure la complessità intrapsichica sia difficile da indagare, soprattutto in un arco di tempo breve.

L'esperienza di sentirsi accolta e compresa nella relazione di cura instaurata con il clinico potrebbe così aver fatto emergere nella paziente diverse tematiche affettive, alcune delle quali, come si è visto, si sono differenziate nel corso della terapia. Per di più, con il procedere dei colloqui, si sono riscontrati progressivamente, nei racconti della ragazza, maggiori aspetti di vitalità, il che potrebbe essere interpretato come l'espressione di un mondo interno che sta divenendo più *abitabile* e sfaccettato.

Nel complesso, quindi, il percorso psicoterapeutico affrontato da Matilde ha smosso e sbloccato qualcosa nella sua realtà psichica. La sua decisione di continuare la terapia in privato potrebbe rappresentare l'espressione di un bisogno e di un desiderio di voler entrare in contatto e di comprendere le parti di sé più profonde e le sue fragilità all'interno di uno spazio terapeutico in cui si senta ascoltata empaticamente.

Per concludere, il supporto psicologico offerto dal CASF può pertanto portare a dei possibili miglioramenti a livello di funzionamento individuale, rappresentando così un aiuto fondamentale e una risorsa per alcuni adolescenti con storie di affidamento che sono in condizioni di difficoltà.

Limiti e sviluppi futuri

In questa sezione si descriveranno i limiti appartenenti a tale lavoro di ricerca e si proporranno degli spunti per eventuali progetti futuri.

In primis è necessario sottolineare un possibile margine di errore nel processo di siglatura della funzione riflessiva e dei temi affettivi, in quanto è stato svolto da una studentessa universitaria, a seguito di un training, e non da un professionista.

Lo strumento ORT non è stato utilizzato nella sua modalità originale come metodo proiettivo basato sul racconto o completamento di storie da parte del paziente, bensì è stato adattato alla codifica delle tematiche affettive rispetto ai colloqui di psicoterapia, il che potrebbe condurre ad ulteriori imprecisioni. Si potrebbe dunque proporre, per eventuali studi futuri, la possibilità di sviluppare uno strumento specifico che misuri l'andamento dei temi affettivi durante le sedute di terapia.

In aggiunta, un aspetto critico da prendere in considerazione riguarda la mancanza di un nesso causale tra alcune variabili, in base a quanto emerso dalle varie correlazioni. Pertanto non si può stabilire con esattezza se la psicoterapia abbia determinato certi effetti nella realtà psichica della paziente, ma è possibile soltanto ipotizzarlo. Inoltre è stato analizzato un arco di tempo troppo breve per poter riscontrare la complessità dei cambiamenti significativi circa l'evolversi del mondo interno di Matilde. In merito a ciò si suggerisce, se possibile, di valutare psicoterapie di durata più lunga e non solo quelle svolte all'interno di un'istituzione pubblica, come il CASF, ma anche i percorsi terapeutici privati. In tal modo si potrebbe osservare come variano le dinamiche intrapsichiche e interpersonali quando la relazione di cura ha un limite temporale prestabilito e imposto dall'esterno, a differenza di quando il paziente ha uno spazio terapeutico per sé libero da obblighi istituzionali.

Infine è importante precisare che le considerazioni effettuate in questo elaborato rispetto alla psicoterapia supportiva di tipo psicodinamico non sono generalizzabili, poiché vale il principio della soggettività individuale. Quindi non significa che se per un individuo

questa tipologia di terapia sia funzionale e migliorativa, lo debba essere per tutti in ugual misura. Per concludere si potrebbe supporre che un determinato approccio terapeutico divenga affine al singolo soggetto sulla base del circolo virtuoso che si instaura nella relazione con il clinico, nella misura in cui quest'ultimo si sintonizzi e comprenda i bisogni del paziente. È infatti all'interno di un clima relazionale terapeutico di alleanza e di reciproca sintonia che viene favorita sia la condivisione emotiva, sia una migliore comprensione del proprio mondo interno da parte del paziente: entrambi rappresentano un possibile punto di partenza per il cambiamento clinico (Lupo, 2019).

BIBLIOGRAFIA

- Khan, A., & Jaffee, S. (2022). Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(9), 963-972.
- Ammaniti, M. (2015). Abuso e trascuratezza nell'infanzia: implicazioni cliniche. In M. Ammaniti, *Infanzia e adolescenza* (p. 2-21). Roma: Pensiero Scientifico.
- Avdibegovic, E., & Brkic, M. (2020). Child neglect-causes and consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(3), 337-342.
- Baldoni, F. (2013). Psicoterapia e attaccamento. Il paradigma dell'attaccamento nella pratica clinica. In D. Lazzari, *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici* (p. 106-140). Milano: Tecniche Nuove.
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, 1-10.
- Brown, J., Coehn, P., Johnson, J., & Smailes, E. (1999). Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1490-1496.
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing Makes Parenting Work: A Review about Parental Reflective Functioning and Clinical Interventions to Improve It. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-12.
- Cohen, J., & Thakur, H. (2021). Developmental consequences of emotional abuse and neglect in vulnerable adolescents: A multi-informant, multi-wave study. *Child Abuse & Neglect*, 1-11.
- Coolbear, J., & Benoit, D. (1999). Failure to Thrive: risk for clinical disturbance of attachment? *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 87-104.
- De Silvestris, P. (2006). *La difficile identità*. Roma: Borla.
- Doba, K., Saloppè, X., Choukri, F., & Nandrino, J.-L. (2022). Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*, 1-10.

- Dubowitz, H., Black, M., Starr, R., & Zuravin, S. (1993). A conceptual definition of child neglect. *Criminal Justice and Behaviour*, 20(1), 8-26.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. *Psychotherapy*, 1-27.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sè. In P. Fonagy, & M. Target, *Attaccamento e funzione riflessiva* (p. 101-133). Milano: Raffaele Cortina Editore.
- Giglio, E. (2012). Le funzioni della genitorialità. *Tredimensioni*, 40-47.
- Giovannini, F., Salcuni, S., & Cavallari, M. (2002). Temi affettivi: l'Affective Play Scale adattata per l'analisi dei protocolli ORT. In A. Lis, A. Zennaro, F. Giovannini, C. Mazzeschi, & V. Calvo, *ORT Object Relations Technique: una griglia di valutazione empirico-clinica* (p. 253-256). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Isola, L., Romano, G., & Mancini, F. (2016). *Psicologia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: FrancoAngeli.
- L. Borelli, J., Compare, A., Snively, J., & Decio, V. (2014). Reflective Functioning moderates the association between perceptions of parental neglect and attachment in adolescence. *Psychoanalytic Psychology*, 1-13.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., & Speranza, A. (2020). *Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2 0/18 Infanzia e adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Palmonari, A. (2011). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: il Mulino.
- Segatto, B., & Dal Ben, A. (2020). *Decisioni difficili Bambini, Famiglie e Servizi Sociali*. Milano: FrancoAngeli.
- Siegel, D. J. (2014). *La mente adolescente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Spann et al. (2018). Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychology*, 18(2), 182-189.
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: il Mulino.
- W. Block, R., & F. Krebs, N. (2005). Failure to Thrive as a Manifestation of Child Neglect. *American Academy of Pediatrics*, 116(5), 1234-1237.

Winnicott, D. (2019). *Gioco e realtà*. Roma: Armando Editore.

SITOGRAFIA

<https://dictionary.apa.org/foster-care>

<https://www.afap-associazione.it/index.php/l-affidamento-familiare/normativa-di-riferimento.html#:~:text=Le%20leggi%20che%20regolano%20l'affido%20famigliare%20sono%20la%20Legge,dell'affidamento%20dei%20minori%C2%BB>.

https://www.minori.gov.it/sites/default/files/linee_guida_affidamento_familiare_2013.pdf

<https://www.stateofmind.it/2019/04/sintonizzazione-psicoterapia/>

APPENDICE

Dataset funzione riflessiva e temi affettivi

N. colloquio	Fasi Terapia	Frequenza RF	Intensità RF	Aggressività	Ansia	Tristezza	Affetto e cura	Sesso simbolico	Sesso grezzo	Felicità	Frustrazione	Competizione	Oralità	Oralità aggressiva
1	Δ t1	10	1.60	12	60	7	14	2	0	28	80	8	54	18
2		13	1.92	18	18	15	14	0	0	10	76	13	9	11
3		15	1.92	22	29	10	12	0	0	26	51	12	17	3
4		17	2.12	41	72	4	8	0	0	29	96	8	43	0
5		13	2.00	12	52	7	10	0	0	24	80	13	46	1
6		17	1.82	15	34	9	2	1	0	21	64	31	5	0
7		5	2.00	17	24	7	6	2	0	22	61	14	0	0
8		10	1.70	14	30	40	7	1	0	3	40	15	8	0
9		7	0.86	2	4	2	3	0	0	2	4	0	7	0
10		16	1.81	18	24	1	8	0	0	33	49	3	8	0
11	Δ t2	11	2.36	8	31	11	12	0	0	19	69	27	18	0
12		10	2.10	32	27	7	13	1	0	24	47	15	24	0
13		14	1.71	8	24	10	3	0	0	6	31	4	16	0
14		8	1.63	15	22	4	10	0	0	24	48	3	59	0
15		11	1.91	20	9	6	3	4	0	18	67	10	15	0
16		8	2.63	30	14	2	0	3	0	6	65	13	24	0
17		4	2.25	6	30	7	7	1	0	19	52	10	7	0
18		9	2.33	39	25	10	9	0	0	27	60	13	14	0
19		12	2.25	7	6	3	3	0	0	17	45	1	3	1
20		10	1.70	11	15	3	9	8	0	13	22	0	61	4
21	Δ t3	12	2.58	9	37	6	4	0	0	21	49	9	10	1
22		7	2.71	37	29	16	19	7	0	47	47	15	29	0
23		7	2.29	36	53	15	5	2	0	12	43	46	6	0
24		8	1.88	6	28	5	3	2	0	15	32	13	13	0
25		21	1.95	7	42	9	2	0	0	7	46	8	0	2
26		3	2.33	7	19	2	2	0	0	16	23	17	2	0
27		9	1.44	3	27	7	10	0	0	18	26	8	9	0
28		3	2.00	6	23	6	13	0	0	7	28	1	38	5
29		10	2.70	9	31	14	12	0	0	26	35	8	29	0