



**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, meccanismi di difesa e interventi terapeutici:  
Il caso di un preadolescente in affido**

**Reflective functioning, Defense Mechanism and Therapeutic Interventions:  
A Case Study of a Preadolescent in Foster Care**

*Relatrice: Prof.ssa Salcuni Silvia*

*Laureanda: Lisa Orlandelli  
Matricola: 2050686*

Anno Accademico: 2022/2023



## Indice

<b>INDICE</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO 1. PREADOLESCENZA E MENTALIZZAZIONE</b>	<b>5</b>
<b>1.1. La preadolescenza</b>	<b>5</b>
1.1.1. La pubertà e lo sviluppo fisico, cognitivo e psicologico	6
1.1.2. I compiti evolutivi del preadolescente	8
1.1.3. Preadolescenza e conflitto	12
<b>1.2. La mentalizzazione</b>	<b>14</b>
1.2.1 Sviluppo della mentalizzazione e identità	15
1.2.2 Mentalizzazione e interventi	16
<b>CAPITOLO 2. L’AFFIDO</b>	<b>19</b>
<b>2.1. L’affido</b>	<b>19</b>
2.2.1. L’affido familiare	20
2.2.2 Genitore maltrattante e negligente	21
2.2.3 Effetti del maltrattamento genitoriale sui minori	23
2.2.4 Effetti positivi e negativi affido familiare sul bambino	25
2.2.5 Fattori prognostici dell’affido	27
<b>CAPITOLO 3. IL CASO CLINICO DI ALESSIO</b>	<b>31</b>
<b>3.1 Metodi</b>	<b>31</b>
3.2 Il Caso Clinico di Alessio	31
3.3 Diagnosi di Alessio usando il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM2)	35
<b>CAPITOLO 4. IPOTESI E OBIETTIVO</b>	<b>44</b>
<b>CAPITOLO 5. STRUMENTI</b>	<b>48</b>
<b>5.1. Strumenti di Analisi del Processo Terapeutico</b>	<b>48</b>
5.1.1 Reflective functioning scale	48
5.1.2 Defense Mechanism Rating Scale	52
5.1.3 Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale	57
<b>CAPITOLO 6. RISULTATI</b>	<b>63</b>
<b>CAPITOLO 7. DISCUSSIONE</b>	<b>77</b>

<b>CAPITOLO 8. CONCLUSIONI</b>	<b>93</b>
<b>8.1. Limiti e sviluppi futuri</b>	<b>95</b>
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFA</b>	<b>100</b>
<b>APPENDICE</b>	<b>110</b>

## CAPITOLO 1

### PREADOLESCENZA E MENTALIZZAZIONE

#### 1.1. La preadolescenza

La preadolescenza, fase evolutiva transitoria che ha inizio circa a 10 anni e conclude circa ai 14 anni. Il termine preadolescenza deriva dal latino “pre” con concezione temporale che significa “prima” e “adolesco” quindi “crescere” è l’età che precede l’adolescenza vera e propria. Essa è un momento caratteristico di cambiamenti fisici, psicologici, cognitivi, affettivi e relazionali improvvisi a volte drammatici, i quali danno vita ad un individuo nuovo. Essa è l’età che pone le basi per una nuova e stabile definizione della propria identità personale e sociale (Gambini, 2007). La preadolescenza si può paragonare ad una metamorfosi, come sosteneva il filosofo Kafka nel suo libro “La Metamorfosi” (1915) in cui il protagonista un giorno si svegliò e non si riconobbe più e si trovò mutato in un insetto mostruoso. Questo per sottolineare come essa irrompa inaspettatamente nella vita dei fanciulli. La preadolescenza è stata definita da Goisis (1999) un periodo di vita specifico tra “il non più” rispetto all’infanzia e il “non ancora” rispetto all’adolescenza, questo porta il giovane a non riconoscersi, entrando così in uno stato di confusione e fragilità, conducendolo così a chiedersi “Chi sono io e chi è l’altro?” (Cahn, 1998).

Nella fase di transizione il preadolescente, secondo Coleman (1980), non si sente più al sicuro e protetto dalle figure primarie poiché da un lato è impaziente di crescere e diventare autonomo ma ha paura di cosa accadrà nel futuro, delle nuove esperienze ed opportunità che gli si presentano ed anche delle forti emozioni che sente. Inoltre, il preadolescente oltre alle difficoltà legate ai cambiamenti corporei e psichici, vive una profonda ambivalenza verso le figure primarie ovvero i genitori, con i quali è chiamato a scindere il legame di attaccamento, non come rottura, ma come una trasformazione di esso così da potersi individuare (Blos, 1967). Birraux (1990) definisce l’adolescenza come un “tempo” psichico, psicologico e socioculturale ed anche come un “lavoro” anch’esso essenzialmente psichico, tuttavia entrambe hanno inizio dalla pubertà. Alcuni autori hanno sottolineato la differenza tra il termine “pubertà” caratterizzato in particolare da mutamenti fisici e “preadolescenza” caratterizzata da mutamenti psicologici (Palmonari, 2007). Solo recentemente si è iniziato a parlare di preadolescenza, seppure in misura minore, rispetto all’adolescenza vista come periodo evolutivo. Tuttavia, la distinzione tra preadolescenza, adolescenza e tarda adolescenza che viene utilizzata negli studi, ad oggi si può dire

obsoleta se non superata, in quanto viviamo in una società che esalta le autonomie e la loro precocità ma dall'altro lato mantiene il giovane in uno stato di dipendenza sempre più prolungato e interminabile (Coleman, 1980). Dell'adolescenza se n'è parlato agli inizi del 1900 con Stanley Hall che l'ha definita "seconda nascita" e successivamente è stata spesso ricondotta ad un periodo di stress e turbolenza con un'accezione negativa. Solo recentemente con Winnicott (1963) è ritenuta un momento di scoperta personale più positivo fino ad essere considerata l'età delle grandi opportunità, che ha però bisogno di essere riconosciuta e stimolata per poter essere espressa al meglio (Steinberg, 2015). Un'ulteriore distinzione si ha tra adolescenza che è una condizione di vita che non si può non incontrare, mentre l'adolescente è l'individuo con le sue peculiarità e modalità che utilizza per attraversare questo periodo in modo unico (De Silvestris, 2006).

### **1.1.1. La pubertà e lo sviluppo fisico, cognitivo e psicologico**

In preadolescenza le prime trasformazioni che si osservano avvengono a livello corporeo con la pubertà. Come sosteneva Freud (1922), il "Primo IO" è corporeo e la psiche si edifica nel corpo così che tra i due sono presenti continui scambi dialettici. Le prime mutazioni fisiche si hanno intorno ai 9 anni per le ragazze, mentre per i ragazzi intorno agli 11 anni. Si possono osservare i primi mutamenti nei caratteri sessuali primari, secondari e nella crescita corporea con l'obiettivo di acquisire la capacità procreativa, passando così ad una logica di complementarità reciproca (Gigli, 2001). In particolare, nelle ragazze la maturazione sessuale è segnata dal ciclo mestruale, mentre nei ragazzi lo sviluppo del pene e dei testicoli. Questi cambiamenti hanno origine dall'attivazione neuroendocrina, ormonale, dunque, il corpo diventa luogo sconosciuto di forti tensioni, pulsioni, eccitazioni incontrollate e non è più fonte di sicurezza acquisita in infanzia (Blakemore, 2010).

Tuttavia, la pubertà impatta anche sullo sviluppo del sistema nervoso centrale, con modifiche sia strutturali che funzionali. Nello specifico dalla nascita alla fanciullezza il cervello aumenta di volume e incrementa la materia grigia così che diventi ricco di neuroni e sinapsi, reso dunque pieno di potenzialità. Tuttavia, esse sono in eccesso, infatti, dalla preadolescenza fino ai 25 anni avviene "potatura sinaptica" così da eliminare le connessioni neurali non utilizzate e rinforzare quelle più utili diventando più efficaci e funzionali nell'elaborazione delle informazioni (Kuhn, 2009). Inoltre, sempre dall'inizio

dell'adolescenza si osserva un raddoppiamento della guaina mielinica, la quale rende il messaggio neurale più veloce, incrementando la conduttività neurale (Giedd, 1999). Dunque, il cervello è plastico e colmo di potenzialità per incrementare conoscenze e sottoporsi a nuove esperienze, tuttavia, essendo un cervello in via di sviluppo eventi o fattori negativi potrebbero impattare enormemente sulla sua organizzazione irreversibilmente.

Inoltre, negli studi di Casey et al. (2011) è stato osservato che le diverse aree corticali hanno tempi di maturazione diversi, innanzitutto il sistema limbico composto da nucleo accumbens, amigdala e ippocampo, deputati al controllo emotivo, matura più precocemente. Inoltre, il sistema limbico socio-emotivo è connesso con il circuito dopaminergico della ricompensa. Infatti, ogni volta che l'adolescente prova gratificazione viene rilasciato l'ormone che rinforza il comportamento che ha generato piacere, portando a ripetere le azioni compiute creando però dipendenza. Mentre le aree della corteccia prefrontale deputate alle funzioni esecutive, ovvero: la capacità di decision making, problem solving, flessibilità cognitiva, inibizione degli impulsi, pianificazione delle azioni e la capacità di porsi nella prospettiva altrui, maturano più tardivamente.

Questo ha delle conseguenze sui comportamenti a rischio dei ragazzi, come evidenzia Geier (2010) quando devono valutare se attuare un'azione o meno, si iperattiva l'area limbica con una forte sensibilità alla ricompensa, la quale è maggiormente desiderabile la quale spinge all'attuazione del comportamento. Quindi gli adolescenti prevedono le conseguenze positive dell'azione prima di attuarla, come ad esempio l'accettazione dei pari, quindi, agiscono senza che la corteccia prefrontale riesca a regolare e inibire l'impulso. Essi non prevedono i costi di un'azione, siccome la corteccia prefrontale è ancora in via di sviluppo, immatura, portando così a condotte a rischio. Anche il risultato immediato è un altro fattore che influenza l'agire adolescenziale, in quanto faticano nella posticipazione della gratificazione.

Siegel (2014), mette in luce i risvolti sui comportamenti a rischio ed in particolare si osserva l'incremento dell'impulsività, maggiore predisposizione a sviluppare dipendenze da sostanze ed infine, pensiero iper-razionale in cui i benefici sono più importanti delle conseguenze di una scelta.

Anche Freud (1911) aveva già individuato questa forte scarica pulsionale da regolare in età puberale, in particolare le funzioni dell'Io hanno questo compito di domare la spinta delle forze pulsionali secondo il principio di realtà ovvero i principi e valori morali e

sociali, così da rinviare la gratificazione. Tuttavia, lo scontro tra principio di realtà e di piacere in preadolescenza genera frustrazione e porta il giovane a dover rinegoziare l'immagine di "sé bambino", difficile da abbandonare, in quanto il neonato è un individuo che agisce secondo il principio di piacere. La rinegoziazione avviene attraverso delle regressioni che sono funzionali nel momento in cui l'individuo crea un Io più forte (Blos, 1962) e progredisce nello sviluppo, a patto però che l'Io abbia attraversato le fasi precedenti dello sviluppo efficacemente.

Anche a livello psicologico in età preadolescenziale possiamo osservare dei cambiamenti come asserì Piaget (1896) all'interno della sua teoria dei quattro stadi di sviluppo mentale, in cui spiegò come in base all'età i bambini acquisiscono nuove capacità di pensare. Successivamente questo è stato ripreso anche da Christie & Viener (2005), nel loro studio confermarono lo sviluppo del pensiero operatorio formale in preadolescenza, per cui i giovani iniziano a pensare in modo più logico e astratto, creandosi delle aspettative future o situazioni ipotetiche, prevedendo ciò che accadrà con deduzioni o induzioni. Tuttavia, nonostante le potenzialità del pensiero Elkind (1978) ha sottolineato "l'egocentrismo adolescenziale" per cui i giovani tendono ad essere autocentrati e autoreferenziali per mantenere un buon senso di invincibilità e unicità. Infatti, sopravvalutano la correttezza dei loro pensieri e ragionamenti, delle loro emozioni faticando ad integrare il punto di vista altrui. Tanto da atteggiarsi come se fossero davanti ad un pubblico richiamando così l'attenzione su sé stessi o come se vivessero in una fiaba personale con la convinzione che la loro vita sia speciale e straordinaria. L'egocentrismo è responsabile, anch'esso, di alcuni tra i comportamenti più a rischio in età adolescenziale.

Questi mutamenti trattati fino ad ora corporei, cognitivi e psicologici possono non avvenire alla stessa età nei vari individui, questo conduce a anticipi o ritardi di sviluppo i quali possono essere dannosi per i preadolescenti (Palmonari, 2011).

### **1.1.2. I compiti evolutivi del preadolescente**

I compiti di sviluppo sono presenti nel corso della vita degli individui dall'infanzia alla vecchiaia, secondo Havighust (1952) il quale si è ispirato agli stadi evolutivi di Erikson (1950), essi comprendono compiti di sviluppo che l'individuo deve affrontare nei vari momenti prestabiliti della sua esistenza. La risoluzione di questi compiti e il loro superamento sta alla base dell'adattamento e della crescita sana dell'individuo nella società,



presupposto del successo e della felicità e del continuo progredire e affrontare i problemi successivi. Il fallimento dei compiti di sviluppo porta a delle conseguenze quali l'infelicità, l'insuccesso la disapprovazione sociale e la difficoltà nella riuscita dei compiti evolutivi successivi. I compiti evolutivi sono biologicamente determinati e quindi universali ma non solo, infatti, sono anche definiti dal contesto culturale e sociale in cui la persona si trova. Quest'ultimo determina quali competenze e capacità deve avere acquisito l'individuo con una certa esattezza temporale. Havighust (1952) quindi suggerisce di prendere in considerazione sia le variabili interculturali che intraculturali per determinare se un compito evolutivo è stato o meno superato e integrato armonicamente.

In particolare, i compiti evolutivi che individua Havighust sono legati alle autonomie e l'indipendenza che l'adolescente deve maturare:

- Instaurare relazioni nuove e mature con i coetanei, investendo sui coetanei di entrambe i sessi
- Acquisire ruoli sociali legati al proprio genere
- Accettare la maturazione fisica
- Diventare indipendenti emotivamente dai genitori e dagli adulti di riferimento
- Acquisire un sistema di valori e l'etica che guida i comportamenti
- Sviluppare competenze civiche

Infine, si hanno anche compiti quali: Sicurezza economica, orientarsi e prepararsi ad un'occupazione professionale, prepararsi al matrimonio e alla vita di famiglia, ad oggi sono richieste anacronistiche per l'età adolescenziale nella cultura e società occidentale. Anche Coleman (1974), con il suo "Modello Focale" ha trattato i particolari problemi adolescenziali ed ha affermato che per essere superati idoneamente, i giovani non devono essere sottoposti a più compiti evolutivi insieme. Serve che abbiano un tempo di recupero psicologico e adattamento prima di affrontare la difficoltà successiva. Oppure, sempre secondo Coleman, un altro fattore che espone alla mancanza di superamento dei compiti evolutivi è essere sottoposti a prove "atipiche" per il livello di sviluppo, ad esempio, la morte di un parente o una persona con cui si è consolidato un legame stretto, oppure il divorzio genitoriale.

Negli anni successivi, anche gli autori psicoanalitici hanno considerato l'adolescenza come una fase evolutiva in cui l'individuo è chiamato a superare i compiti evolutivi con l'obiettivo di sviluppare e ridefinire il proprio sé. Senise (1989) parla di "processo di

individuazione” per la costruzione della identità e dell’immagine interna di sé in quanto persona. Blos (1979) parla di “secondo processo di individuazione”, come principale compito evolutivo in età adolescenziale, il quale consiste nel disinvestire gli oggetti primari interni ovvero il legame con i genitori e investire su oggetti esterni, quindi extrafamiliari. Tra gli autori noti anche Cahn (1998) il quale sostiene, anch’esso, che il compito principale dei giovani è la costruzione e il rimaneggiamento dell’identità, attraverso una dialettica continua tra le identificazioni primarie e l’integrazione delle nuove. A seguito di tutti questi presupposti teorici recentemente Maggiolini e Charmet (2004), hanno individuato quattro particolari compiti evolutivi, i quali sono stati ripresi da Lancini e Turuani (2009) con lo scopo di creare la propria identità:

- **Mentalizzazione del corpo sessuato:** I cambiamenti avvenuti durante la pubertà devono essere integrati in una nuova immagine di sé, il corpo non è più onnipotente e asessuato, bensì si è maturi sessualmente e generativi. Questo conduce anche alla consapevolezza della necessità dell’altro e del suo corpo per poter procreare. Inoltre, il corpo diventa uno strumento per poter segnalare i propri stati emotivi interni ed i giovani devono imparare ad utilizzarlo come tale, questo sottolinea l’unità mente-corpo. Il processo di mentalizzazione del corpo non è per niente facile, infatti, non a caso può mandare in crisi l’adolescente il quale fatica ad integrare i cambiamenti fisici. Infatti, si può osservare che alcune ragazze esaltano la loro femminilità o i ragazzi il loro machismo, mentre dall’altro lato altri preadolescenti potrebbero nascondere i cambiamenti fisici con abiti molto ampi negando così le mutazioni sessuali, oppure rifugiandosi in dimensioni esclusivamente cerebrali. Altri adolescenti hanno timore non sembrare “normali”, tanto da vergognarsi del proprio corpo ed essere portati a volersi conformare sempre di più ai coetanei per essere accolti. Sempre legato allo sviluppo del corpo e della identità, la quale è in via di sviluppo, i preadolescenti iniziano ad avere più consapevolezza dell’orientamento sessuale e della loro identità di genere a volte non conforme al proprio sesso. Infine, iniziano a sperimentare la loro sessualità. (Lingiardi V., McWilliams, 2018).
- **Processo di separazione-individuazione:** l’adolescente è chiamato a scindere o trasformare il legame con le figure primarie sia a livello affettivo che intellettuale e modificando le rappresentazioni idealizzate che si è creato dei genitori, rendendoli reali, più umani e investendo su sé stessi in quanto soggetti autonomi, indipendenti e sulla

propria identità, individuandosi (Blos, 1967). Questo processo avviene sia con ribellioni ai modelli e alle regole genitoriali sia con l'investimento affettivo sui pari. Il bisogno di vicinanza e la volontà di acquisire maggiore autonomia dalle figure genitoriali, porta l'adolescente a continue oscillazioni che rendono difficile l'integrazione delle due dimensioni di separatezza e individualizzazione. In particolare, Blos parla di "fuga emotiva" un allontanamento che porta a sentimenti negativi e ambivalenti verso i genitori, i quali si riducono quando consolida la sua identità. Questo conduce il giovane ragazzo a soggettivarsi, integrando ciò che gli viene trasmesso dai genitori ma in modo proprio, personale, creativo, trasformativo (Chan, 1998). Invece, gli amici diventano occasione di esplorazione, confronto e sperimentazione capendo chi sta o chi vuole diventare. Infatti, il giovane si senta riconosciuto e apprezzato dai pari e diventa così più autonomo dalla famiglia (Lo Coco e Pace, 2009). Gli esiti di questo processo portano ad un sé stabile, aumento della propria autostima e riduzione instabilità d'animo.

- **Nascita sociale:** L'adolescente deve iniziare ad assumere su di sé ruoli socialmente riconosciuti con l'obiettivo di sperimentarsi e comprendere che ruoli vorrà assumere così da realizzarsi in futuro. Sono stati fatti studi in particolare la "Positive Youth Development" si è concentrata sulla responsabilità sociale affermando che le capacità, i valori, gli atteggiamenti e le conoscenze per avere successo si devono insegnare ai giovani. Questo attraverso il coinvolgimento in attività comunitarie o di servizio all'altra persona sviluppando così compassione, altruismo, indipendenza e impegno sociale (Judith G. Smetana, Nicole Campione-Barr, 2006).
- **Definizione formazione di valori:** in adolescenza si è chiamati a costruire o revisionare i propri valori personali, gli ideali e la propria etica che stanno alla base delle azioni dell'individuo. Questo avviene rivedendo i modelli genitoriali e l'educazione ricevuta rielaborandola in modo personale e creativo. Questo avviene attraverso le proprie esperienze e l'incontro con altre persone che portano "nuovo materiale valoriale". A questo processo concorrono i pari, la compagnia, i nuovi modelli adulti con cui si identifica, dunque, l'adolescente si trova a dover sintetizzare ciò che ha appreso in un unico e proprio modello di riferimento valoriale.

Questi quattro compiti evolutivi sono fondamentali per porre le basi ed iniziare a costruire la propria identità, momento delicato che integra "il vecchio con il nuovo", le autonomie

e le dipendenze, la volontà di crescere e le regressioni. Questa dialettica permette la costruzione di nuovi legami e nuove rappresentazioni di sé e del mondo (Cahn, 1998).

Il fallimento nel superare i compiti evolutivi suddetti può portare a crisi d'identità o diffusioni di identità (Kenberg, 1998). La prima è normativa ed ha a che fare con difficoltà rispetto all'individuazione dalla famiglia, la gestione delle pulsioni e dei sentimenti molto forti. Essa tende a risolversi continuando il percorso evolutivo armonicamente. Invece la diffusione d'identità è più grave porta a una mancata integrazione della rappresentazione di sé e degli altri e può portare a disturbi di personalità. Anche Erikson nella teoria degli studi di vita parla di identità diffusa e sostiene che porti a due decorsi evolutivi o il ritiro sociale portando l'adolescente ad isolarsi, oppure contrariamente all'investimento sui pari e alla perdita della propria individualità. Dunque, l'intervento psicoterapeutico dovrebbe lavorare a livello multidimensionale sia sull'individuo che sul suo ambiente, cercando di sostenere lo sviluppo dell'identità favorendo lo sblocco o la ripresa del processo evolutivo tenendo conto dei compiti di sviluppo specifici dell'età. Modificando così la rappresentazione di sé e del mondo inadeguata.

### **1.1.3. Preadolescenza e conflitto**

In preadolescenza osserviamo la maggiore volontà di diventare autonomi così che le proprie indipendenze sono testate nei legami sicuri ovvero con i genitori. Infatti, si osserva l'inizio delle trasformazioni relazionali tra genitori e figli con una ridefinizione dei ruoli diventando più reciproci e simmetrici (Steinberg 1990). Questo avviene per mezzo di conflitti i quali non riguardano i valori di fondo e le questioni morali bensì sono disaccordi di opinioni, ripicche, battibecchi solitamente su questioni poco rilevanti. Essi possono riguardare la vita quotidiana, regole troppo rigide e il comportamento dei figli. Infatti, Bosma nel 1996 ha condotto uno studio con un campione di preadolescenti italiani e tra gli argomenti più frequenti di conflitto sono presenti: fare i compiti, aiutare in ambito domestico, gli orari di uscita e rientro oppure, quando andare a dormire. Molto pochi sono i preadolescenti che argomentano su temi sessuali, uso di alcool, il fumo, la scelta degli hobby e gli sport. Rispetto alle differenze di genere è stato visto che le femmine tendono ad avere una maggiore conflittualità verso i genitori rispetto ai maschi. Soprattutto riguardo le relazioni interpersonali, gli orari di rientro e i lavori domestici (Cicognani, Zani, 2010). Altre evidenze affermano che i conflitti avvengono maggiormente con la madre,

la quale si occupa maggiormente dei figli (Dekovic, 1999). Tuttavia, sappiamo che i conflitti genitore-figlio devono essere risolti e la modalità utilizzata impatta sulla salute mentale del ragazzo. In particolare, dipende dalla tipologia di stile di parenting utilizzato dai genitori, il quale determina il clima emotivo in cui i genitori educano i figli, influenzando così i loro comportamenti. Con parenting intendiamo il processo che guida l'adolescente lungo le traiettorie evolutive (Steinberg, 2001). Si hanno più stili educativi teorizzati da Baumrind (1971) e rivisti da Maccoby e Martin (1983) in particolare nello studio di (Smokowski & Bacallao, 2015) ne sono stati presi in considerazione tre: Permissivo in cui i genitori danno poche regole e restrizioni ai figli e applicano poche richieste così che siano spinti all'autoregolazione. All'opposto lo stile autoritario consiste in genitori che applicano un alto controllo per una totale obbedienza alle regole dettate e uno scarso sostegno. Infine, lo stile autoritario il quale risulta essere il migliore ed è a metà tra i due stili precedenti. In quest'ultimo si osservano alti livelli controllo e di sostegno, i genitori supportano il figlio nella presa di decisione personale, incoraggiano attivamente le sue autonomie, negoziano le regole condividendole e spiegandole rendendo attivo l'adolescente nel suo processo educativo. In questo studio si è potuto osservare longitudinalmente, un campione di adolescenti con genitori che adottano diverse tipologie di parenting, rivelando che lo stile più autoritario impatta negativamente sulla salute mentale degli adolescenti sviluppando più probabilmente: ansia, depressione, bassa autostima, minori prestazioni scolastiche e maggiore vulnerabilità ad attuare comportamenti aggressivi. Viceversa, lo stile genitoriale autorevole è associato a maggiore ottimismo, soddisfazione di sé, buone prestazioni scolastiche con minore probabilità di sviluppare psicopatologie. Anche Steinberg (2001) afferma che adolescenti, i quali si sono scontrati con genitori autorevoli hanno maggiori capacità psicosociali, migliore concetto di sé, locus of control interno ed anche livelli di benessere psicologico superiore. Quindi, si può affermare che lo stile genitoriale impatta sulla modalità di gestione dei conflitti e dunque sulla salute mentale del giovane.

I conflitti evolutivi, che servono per rinegoziare il legame con i genitori e affermare le proprie autonomie, hanno riportato dati discordanti riguardo la loro frequenza e intensità. Infatti, in alcuni studi è stato riscontrato un andamento a U per cui il conflitto raggiunge il picco all'inizio dell'adolescenza, con la pubertà e alla fine di essa (Montemayor, R. 1990). Mentre altri studi affermano che sono molto accessi i dibattiti con l'esordio dell'età

puberale, successivamente tendono a ridursi costantemente pur rimanendo più intensi (Laursen, Coy & Collins, 1998). Importante anche considerare le famiglie in cui non ci sono conflitti, può essere il risultato di un conflitto eccessivo ma evitato sia dai genitori che dal figlio (Honest & Lintern, 1990).

## **1.2 La mentalizzazione**

La capacità di mentalizzazione consiste nel comprendere i propri e gli altrui stati mentali (intesi come sentimenti, convinzioni, desideri, bisogni, intenzioni), ragionare quindi sia sui propri comportamenti che quelli dell'altro, assumendo punti di vista diversi. Dunque, la mentalizzazione permette differenziare la realtà psichica interna riconoscendola e modulandola da quella esterna e questo viene definito processo di riflessione. Il quale costituisce la componente riflessiva del sé, fondamentale per lo sviluppo della struttura del sé e quindi della propria identità in modo coerente e coeso. Quindi la funzione riflessiva o mentalizzazione comprende sia aspetti di autoregolazione e infatti essa varia in base al contesto e al livello di arousal e di ansia che l'individuo può avere in un determinato momento. Sia viene regolata all'interno della relazione interpersonali, non è un processo stabile ma flessibile (Fonagy, 1991). Altri autori come Jon Allen (2006) invece intende la mentalizzazione come un processo dinamico, infatti, egli predilige il verbo "mentalizzare". Sempre quest'ultimo autore afferma anche che questa capacità abbia a che fare con l'immaginazione perché si prevede cosa pensa o sente l'altro individuo e permette così di autoregolarsi nelle relazioni sociali. Inoltre, questa funzione non ha solo a che fare con gli stati mentali attuali ma permette all'individuo di presupporre e dedurre i propri e altrui stati interni anche sulla base di eventi ed esperienze pregresse o future (Allen, 2010). Inoltre, è stato possibile differenziare tra mentalizzazione più esplicita quindi conscia, in cui i propri stati interni vengono condivisi con l'altro consapevolmente. Viceversa, essa può essere anche implicita inconsapevole ed è più intuitiva, passa attraverso il comportamento non verbale, è più corporea cambiando ad esempio la prossemica, il tono vocale in relazione ai propri o altrui stati interni. Quindi la funzione riflessiva integra un sé ed un'espressione fisiologica ad un sé più mentale, cognitivo, superiore (Northoff, et al. 2009). Nello studio di Ammaniti et al. (1999) viene sottolineato come Fonagy abbia approfondito il concetto di mentalizzazione partendo dal monitoraggio metacognitivo teorizzato da Main e Goldwyn (1994) ovvero la capacità di monitorare e descrivere i propri

processi di pensiero e allo stesso tempo considerare l'altro come soggetto che ha una cognizione. Questa teoria è stata sviluppata in concomitanza alle nuove scoperte riguardo alla teoria della mente, la quale permette di comprendere i propri e altrui stati mentali così da autoregolarsi (Sempio et al., 2005). In particolare, è chiamata in causa la corteccia prefrontale, la quale è fondamentale per la regolazione emotiva e l'empatia. Quindi si può assumere che sia la mentalizzazione che la teoria della mente risultano legate tra loro e come discusso nel capitolo precedente, sappiamo che in età adolescenziale il sistema limbico matura prima della corteccia prefrontale, portando così a una maggiore probabilità che si manifestino difficoltà nel regolare, comprendere e integrare con il linguaggio i propri stati mentali interni e altrui (Lingiardi & McWilliams, 2018).

### **1.2.1 Sviluppo della mentalizzazione e identità**

La capacità di mentalizzare si sviluppa sin dalle prime interazioni tra bambino e caregiver, in particolare il genitore, il quale è sufficientemente buono e sensibile ai segnali che gli vengono mandati dal figlio, si sintonizza e vi risponde più o meno adeguatamente e tempestivamente. Nel fare questo il bambino si sente compreso e dal genitore viene adottata la funzione di "revery" ovvero la capacità di ricevere gli stati interni del bambino e le sue sensazioni, le quali vengono rielaborate e rimandate al figlio il quale le reintroietta e inizia ad organizzare i propri stati interni. Questo avviene per mezzo dell'identificazione proiettiva (Bion, 1962). Quindi il bambino attraverso queste prime relazioni introietta le prime rappresentazioni mentali di sé, dell'altro e della relazione, le quali stanno alla base dei modelli operativi interni (MOI; Bowlby, 1969). Questi ultimi sono utili per prevedere il comportamento e gli stati interni dei caregiver e le loro risposte, regolando così i propri. Inoltre, il bambino sicuro esplora l'ambiente, fa esperienze ad anche questo permette di sviluppare ontogeneticamente la funzione riflessiva. Quindi il modello di attaccamento sicuro in cui il genitore è disponibile emotiva è il migliore per sviluppo della capacità di mentalizzazione, questo è stato affermato anche in uno studio su preadolescenti italiani condotto da Ammaniti, Tambelli et. al. (1999). Invece, nello studio di Fonagy e Target (2001), viene sostenuto che l'attaccamento insicuro evitante non attribuisce stati mentali all'altro mentre quello di tipo resistente tende a attribuire stati mentali solo a sé stesso e non agli altri. Invece, nelle famiglie maltrattanti o negligenti in cui i genitori non si sintonizzano con il figlio e con il suo stato mentale, il bambino non sviluppa questa capacità

o è compromessa. Questo perché, se i segnali di attaccamento costituiscono una minaccia non vengono esplorati i propri contenuti mentali e altrui, quindi viene meno la capacità di mentalizzare. Dunque, per mezzo di queste prime relazioni con le figure di attaccamento che si delinea la differenza tra realtà interna ed esterna, quindi sé-altro e il bambino sarà sempre più in grado di autoregolarsi.

Il preadolescente, come ampiamente discusso precedentemente, per separarsi e individuarsi e porre le basi per la creazione della propria identità, necessita di un'alterità. Infatti, secondo Cahn (1998) l'individuo per soggettivarsi deve integrare il vecchio con il nuovo ovvero le identificazioni antiche, rivedere il Super-io e l'ideale dell'Io così che vengano rimaneggiati in funzione di una nuova rappresentazione del sé, il quale deve essere coeso, stabile ed integro oltre ad una buona rappresentazione degli altri. Anche Blos (1962) afferma che in età puberale: l'individuazione supera la dipendenza dalle rappresentazioni mentali dei genitori e la separazione è l'investimento sul sé, solo così il preadolescente inizierà a crearsi la sua identità, compito fondamentale per l'età. L'identità è stata definita da Erikson (1958, p.35) come “la percezione dell'essere sé stessi e della continuità della propria esperienza nel tempo e nello spazio”, essa è un processo che si sviluppa sulla base delle proprie predisposizioni biologiche, l'esperienza personale e l'ambiente in cui l'individuo cresce. Anche Kernberg (1998) ha parlato di identità riguardo sia alla consapevolezza di sé ma anche il riconoscimento degli altri come individui coerenti e continui. Dall'American Psychological Association (APA) l'identità personale è stata definita come un insieme di caratteristiche fisiche, psicologiche e interpersonali uniche e una gamma di caratteristiche (come l'etnia) e i ruoli sociali. Inoltre, l'identità prevede un senso di continuità che deriva dall'immagine corporea, dai propri ricordi, obiettivi, valori, aspettative e convinzioni, nonostante qualche cambiamento. Dunque, in terapia è molto utile lavorare sulla mentalizzazione al fine di favorire e rinforzare l'identità del paziente ed il suo sé.

### **1.2.2 Mentalizzazione e interventi**

Il mancato sviluppo della mentalizzazione o la sua compromissione si associa a un sé frammentato, disorganizzato in cui l'individuo non è in grado di crearsi rappresentazioni stabili di sé, dell'altro e delle sue esperienze. Indubbiamente questo conduce a psicopatologie in età adulta, dai disturbi di personalità, depressione e disturbi alimentari (Fonagy, Bateman & Bateman, 2011). Tuttavia, la mentalizzazione è stata indagata da Fonagy e



Target (1998) su un campione di 750 tra bambini e adolescenti sottoposti a terapia psicodinamica o psicoanalitica, i quali sono stati divisi in due gruppi o “cluster”. Il primo con disturbi complessi in cui i minori non pareva avessero esame di realtà, bensì fantasie, bizzarrie e scarse abilità relazionali; il secondo gruppo invece erano minori con disturbi moderati se non nella disregolazione emotiva e tratti temperamentali iperattivi ma mantenevano buone abilità sociali, relazionali e affettive. I due autori hanno osservato che la terapia psicodinamica e psicoanalitica il cui strumento chiave erano le interpretazioni, aveva maggiore efficacia sul secondo gruppo di bambini rispetto al primo e si è visto che i due cluster differivano in particolare per la funzione riflessiva. Per tale ragione si è iniziato a considerare come elemento fondamentale della psicoterapia la mentalizzazione, andando a lavorare su di essa in base al livello di compromissione. Coloro gravemente compromessi dovrà essere sviluppata la funzione riflessiva in quanto tale a livello processuale, coloro invece che hanno già questa abilità andrà sostenuta qualitativamente, nel contenuto. Inoltre, sempre negli studi di Fonagy e Adshhead (2012) è stato visto come la psicoterapia abbia un effetto positivo nello sviluppo della mentalizzazione, adattando le tecniche psicoterapiche ai vari disturbi. In particolare, Munoz Specht et al. (2016) ha osservato quanto la terapia psicodinamica, con l’obiettivo di sviluppare la funzione riflessiva, sia utile in bambini sottoposti a maltrattamenti e negligenza. Questo perché nella relazione con il clinico è possibile creare una relazione sicura, empatica, sensibile, contenitiva in cui viene favorita l’identificazione dei propri stati mentali e la loro regolazione così da andare a modificare i MOI propri, altrui e relazionali (Fonagy & Allison, 2014). Inoltre, il clinico riformula verbalmente gli stati interni del minore ponendo ordine nelle sue esperienze supportando così l’organizzazione del sé e tollerando i forti affetti e gli impulsi del bambino. Chiaramente l’efficacia di questo intervento dipende sia dall’età del bambino che dalla sintomatologia e la sua gravità. Un altro intervento utile che si può implementare in situazioni a rischio, le quali minano lo sviluppo del sé dell’individuo è l’affido familiare, il bambino posto in un ambiente sicuro, si auspica che ristruttururi i suoi MOI pregressi.



## CAPITOLO 2

### L’AFFIDO

#### 2.1 L’affido

Watson (1994) scrive che nella società americana l’affido familiare è nato come esigenza a seguito dell’aumento dell’aspettativa di vita e delle migliori cure mediche che favorirono il benessere sociale e la diminuzione dei bambini orfani. Verso questi ultimi nella società c’erano forti opinioni discordanti da un lato l’opinione pubblica li rifiutava con forte risentimento soprattutto verso i genitori che li avevano abbandonati e non cresciuti. I bambini orfani erano visti come onere per la società. Mentre, dall’altro lato erano considerati come minori indifesi, soli, in pericolo e quindi da accudire e curare. Dati questi fattori nascono due sistemi di accudimento l’affido e l’adozione ritenuti molto più adatti per soddisfare i bisogni evolutivi dei minori rispetto agli istituti. A supporto di quanto l’ambiente sia un fattore che impatta sullo sviluppo umano, Bronfenbrenner (1979) con la teoria ecologica, afferma che il contesto di vita influenza lo sviluppo dell’individuo e viceversa. In particolare, egli teorizza cinque sistemi concentrici dal più vicino al più distante in ordine sono: microsistema, mesosistema, esosistema, macrosistema e cronosistema, al centro di essi è situato il bambino. La mutua accomodazione tra i vari sistemi favorisce la crescita più o meno armonica del minore. Successivamente Bronfenbrenner affermerà che l’ambiente più prossimale al bambino influenza maggiormente il decorso evolutivo, quindi è il più impattante. La sua teoria si basa in particolare su un programma federale “Head Start” (1960), il quale aveva l’obiettivo di spostare famiglie, con bambini in età prescolare, svantaggiate economicamente in un ambiente favorevole al fine di colmare il gap di sviluppo rispetto ai pari in condizioni ambientali avvantaggiate. Nel programma venivano offerti servizi educativi, sociali, sanitari e di nutrizione con lo scopo di osservare gli effetti a lungo termine sullo sviluppo. I risultati sono stati molto promettenti e si è osservato un incremento, dei bambini che hanno partecipato al programma, nella conclusione delle scuole superiori con un impiego lavorativo soddisfacente e un buon reddito. Si osserva anche il miglioramento nella salute e un decremento nei comportamenti delinquenti (Garces & Thomas, 2002). Inoltre, nell’ambiente ecologico del bambino tanti più sono i fattori di rischio, più c’è probabilità che si cumulino e portano ad un impatto negativo sullo sviluppo (Evans et al., 2013). Quindi l’affido familiare si basa sulla possibilità di inserire il bambino in un ambiente che ne favorisca la

crescita positiva e sia protettivo. Tuttavia, può portare rischi dal momento che si rompono o affievoliscono i legami con le figure significative (Drapeau, et al., 2007).

### **2.2.1. L'affido familiare**

L'affido familiare in Italia nasce nel 1983 con la legge n. 184 del 4 maggio la quale prevede l'inserimento del minore in una famiglia che non è quella d'origine, solitamente la decisione avviene in quanto i genitori biologici non sono in grado di provvedere in modo sufficientemente buono ai bisogni del minore (Berrick, 1998). Solitamente le famiglie d'origine assumono atteggiamenti negligenti verso i loro figli non provvedendo alla salute fisica, alla nutrizione, all'istruzione, all'adeguato sviluppo emotivo e molto spesso i bambini non vivono in condizione sicure (OMS, 1999). Oppure veri e propri maltrattamenti per cui si intende l'incuria e/o abuso fisico e/o emotivo, abuso sessuale, abbandono e sfruttamento a fini commerciali o di altra natura. Anche la violenza assistita è inclusa tra le forme di abuso (OMS, 2014). Questi atteggiamenti genitoriali aumentano la probabilità che siano presenti danni alla salute fisica, mentale, spirituale, morale o sociale del minore. Essi possono anche minare la sopravvivenza del minore e la sua dignità. Dunque, la famiglia d'origine viene affiancata da una famiglia affidataria che ha una funzione vicariante ovvero non si sostituisce ad essa, infatti il minore mantiene i contatti con i genitori. Siccome l'intervento è di sostegno e supporto l'auspicio e l'obiettivo è il rientro del minore nella famiglia d'origine.

In Italia oggi l'affido è regolamentato dalla legge 149/01 (2001). Moretti nel 2009 ha indagato l'epidemiologia italiana del fenomeno ed ha osservato che sono circa 16800 i bambini in affido di tutte le età. Tuttavia, il Ministero delle politiche sociali nell'ultimo studio risalente a dicembre 2020, osserva che nell'ultimo decennio l'affidamento familiare tende alla stabilizzazione e non all'incremento, anzi si è evidenziato che nel 2018-2019 i minori in affido erano circa 13000, dati che si abbassano ulteriormente nel 2020 a causa della pandemia e prevedono un'ulteriore decrescita data la crisi economica e sociale che si è avviata post Covid-19 (Moretti, 2020).

Nel nostro paese l'affido è disposto dal servizio locale di tutela minori su mandato dall'Autorità Giudiziaria Minorile. Il consenso, dall' Art.4 della legge suddetta, deve essere manifestato da chi ha la patria potestà del minore che siano i genitori oppure il tutore o il Tribunale Minorile e deve essere anche sentito il minore in base alle sue capacità

decisionali; dunque, il giudice emana il decreto. In quest'ultimo devono essere definite le motivazioni dell'affido, i tempi, i modi, i poteri che ha la famiglia affidataria in quanto solitamente la potestà del figlio rimane al genitore. Inoltre, devono essere sancite le modalità di incontro e contatto con la famiglia d'origine. Ci sono tra l'altro due modalità di affido familiare:

- Consensuale: la famiglia biologica è favorevole alla realizzazione ed i servizi sociali con il giudice tutelare lo emanano.
- Giudiziario: la famiglia biologica non è favorevole, si oppone e quindi è attuto dal Tribunale dei Minori senza consenso familiare.

Inoltre, l'affidamento può essere di due tipologie:

- Residenziale per cui il minore vive con la famiglia affidataria
- Diurno per cui il minore trascorre la giornata con i genitori affidatari ma alla sera torna dalla famiglia d'origine, oppure il minore si reca presso la famiglia affidataria solo alcune ore al giorno o solo alcuni giorni.

Per famiglie affidatarie la legge indica famiglie in quanto tali ma anche comunità famiglia o persone singole, serve solo un ambiente affettivo, di cure, sicuro, sereno che favorisce la crescita e lo sviluppo del minore provvedendo ai suoi bisogni.

### **2.2.2 Genitore maltrattante e negligente**

I bambini posti in famiglie affidatarie solitamente, come accennato precedentemente, hanno storie di abuso e trascuratezza. Essi sono sottoposti a stili genitoriali negativi autoritari, restrittivi, punitivi, violenti sia a livello fisico sia psicologico in cui il genitore impone le regole senza darne spiegazione. Oppure, negligenti in cui il genitore è marginale rispetto alla vita del bambino, non è disponibile emotivamente, fonte di cure e sicurezza. Dunque, la ricerca si è chiesta quali fattori determinassero lo stile di parenting positivo o negativo e le prime risposte ci arrivano dal modello di Belsky (1984), il quale afferma che la genitorialità è un costrutto multidimensionale. Infatti, sono presenti più fattori che si influenzano reciprocamente dalle caratteristiche del genitore come la sua storia di sviluppo, la sua personalità e la vulnerabilità alla psicopatologia o meno. Inoltre, le caratteristiche dell'ambiente sociale come il supporto percepito a livello emotivo e assistenziale, il lavoro, oltre al rapporto coniugale con il compagno sono fattori che impattano sulla qualità genitoriale. Infine, le caratteristiche individuali del bambino come il suo

temperamento che possono danneggiare le capacità genitoriali ma anche far saltare la *goodness of fit*. Gli autori Thomas e Chess (1999) riprendendo l'idea di Darwin per cui il soggetto si adatta al suo ambiente sia in base alle richieste di quest'ultimo che alle sue caratteristiche individuali e l'incastro tra i due permette una buona evoluzione. In questo caso il temperamento è un mediatore tra i due e favorisce o meno l'adattamento del bambino al suo contesto familiare.

Oggi il modello di Belsky è stato rivisto e aggiornato da (Taraban & Shaw, 2018) i quali hanno suddiviso i fattori che influenzano la genitorialità in tre categorie: "Genitoriale", "Bambino", "Famigliari e dell'ambiente sociale" e all'interno di ognuna di queste sono raggruppate variabili che potrebbero influenzare lo sviluppo, le quali sono in continua evoluzione. Infatti, il parenting è stato definito da Zaccagnini e Zavattini (2015) come un processo multi determinato ed evolutivamente aperto. Nella categoria "caratteristiche genitoriali" osserviamo la presenza della personalità del genitore, eventuali psicopatologie, la storia di sviluppo già presenti nel modello precedente di Belsky ed in aggiunta sono stati introdotti il genere e gli aspetti cognitivi e affettivi. Nella categoria "famiglia e supporto sociale" osserviamo la presenza del supporto sociale e di coppia e rispetto al modello precedente sono stati inseriti la struttura familiare e la cultura di appartenenza, mentre è stato tolto il fattore "lavoro". Questo perché ad oggi il lavoro materno è considerato diversamente rispetto al modello di Belsky (1984) pubblicato circa quarant'anni fa e dunque è un aspetto da approfondire meglio. Infine, possiamo notare dall'immagine (*Figura 1*) la freccia bidirezionale tra parenting e bambino proprio a sottolinearne la diretta bidirezionalità tra i due. Infatti, nelle "caratteristiche del bambino" osserviamo come nel precedente modello l'emotività negativa ed in aggiunta la risposta di stress, la genetica ed infine la regolazione emotiva. In questo modello aggiornato l'attenzione è stata posta sul fatto che tutti i fattori all'interno di una singola categoria interagiscono l'un l'altro (non inserito nell'immagine per non complicarla graficamente) ed anche le tre macrocategorie impattano direttamente sulla genitorialità ma sono influenzate anch'esse tra loro. Infine, all'esterno delle tre categorie inteso come elemento che influenza l'intero modello è lo status socio-economico.

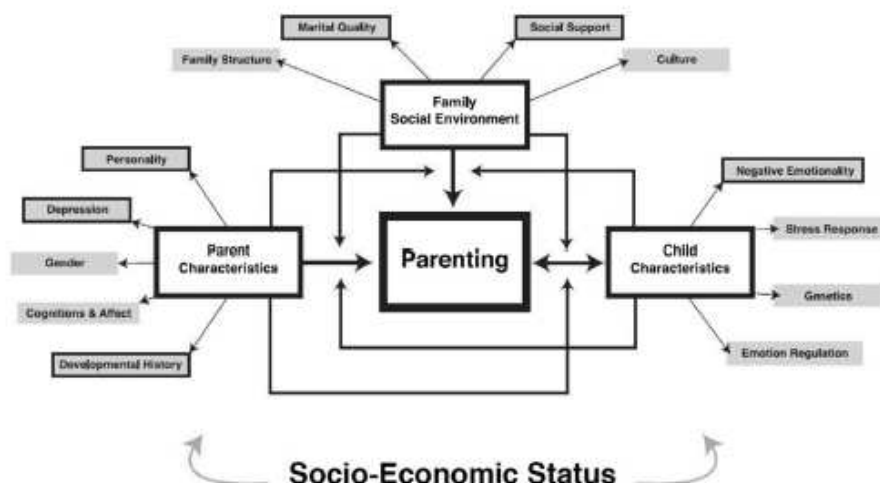


Figura 1 - Modello processuale delle determinanti del parenting aggiornato (Taraban, & Shaw, 2018, p.56).

### 2.2.3 Effetti del maltrattamento genitoriale sui minori

Il maltrattamento genitoriale potrebbe avere delle conseguenze sullo sviluppo del bambino in più aree: fisica, cognitiva, comportamentale, emotiva e sociale, portando così con più probabilità allo sviluppo di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti (Cicchetti & Toth, 2005). In particolare, sin dai primi momenti di vita la relazione genitore e bambino è fondamentale per lo sviluppo della regolazione emotiva e comportamentale. Infatti, Bowlby con la sua teoria dell'attaccamento afferma che i bambini per sopravvivere sono predisposti a formare dei legami con coloro che se ne prendono cura, durante il primo anno di vita (1969). Il bambino nei primi mesi di vita ha delle abilità intrinseche, dei comportamenti, come il sorriso o il pianto, che avvicinano il caregiver nei momenti in cui necessita della loro protezione, vicinanza o cura. Successivamente con lo sviluppo motorio egli esplora l'ambiente e fa esperienze acquisendo così nuove capacità, tuttavia, nel momento in cui egli si sente in pericolo attiva il legame di attaccamento il quale gli fornisce sicurezza e gli permette di tornare dal genitore, dalla "base sicura" per ricevere un rifornimento affettivo e aiutarlo nell'autoregolazione emotiva (Crittenden & Ainsworth, 1989). Rispetto ai bisogni del figlio i genitori devono essere in grado di sintonizzarsi e riuscire a rispondere adeguatamente, tempestivamente e sintonicamente così da sviluppare un legame di attaccamento qualitativamente sicuro (Ainsworth, 1978). Nel caso di una "rottura" quindi una mancanza di sintonizzazione del genitore è bene che segua una

“riparazione” per non inficiarne il legame; infatti, Tronick parlava di “danza interattiva” dove da un lato c’è il genitore che prova ad immedesimarsi e comprendere lo stato dal bambino e dall’altro quest’ultimo che deve affinare le sue capacità comunicative. L’interazione tra i due crea dei modelli operativi interni ovvero delle rappresentazioni di sé e dell’altro e della relazione che guideranno il bambino nei propri comportamenti e creeranno delle aspettative riguardo il comportamento altrui. Via via che il bambino cresce le rappresentazioni potranno essere modificate o rafforzate facendo esperienza di altre relazioni, nuove con soggetti diversi rispetto al genitore. Nel caso invece in cui i genitori non rispondono oppure adottano atteggiamenti spaventosi/spaventanti non sintonizzandosi con le richieste del bambino, quest’ultimo è portato ad attivare sia il sistema di difesa, sia il sistema di attaccamento per ricevere cura e protezione. Tuttavia, se la stessa figura genitoriale è sia fonte di attaccamento che di paura il bambino non sviluppa strategie adeguate per poter far fronte alla situazione stressante. Si attiva così un conflitto interno con componenti paradossali che fanno provare al bambino emozioni travolgenti e non gli permettono di organizzare strategie comportamentali, emotive e attentive coerenti. (Speranza & Maggiora Vergano, 2015). Inoltre, svilupperanno modelli operativi interni incoerenti, frammentati e dissociati i quali tenderanno a ripercuotersi nelle varie relazioni, ad esempio, con i pari e gli insegnanti da cui si aspettano condotte maltrattanti (Finzi, Choen, et al., 2000). Infatti, in più studi sono riportate le conseguenze affettive nei bambini vittima di maltrattamento e negligenza dalla difficoltà a provare e distinguere le emozioni positive alla tendenza ad esperire rabbia, frustrazione, tendenza a distrarsi facilmente con un’iperattività verso gli stimoli ambientali pericolosi e difficoltà nell’autoregolazione (Cicchetti & Toth, 1995). Questo porta spesso a difficoltà con i coetanei in quanto i bambini con comportamenti esternalizzanti vengono spesso marginalizzati dai pari per la loro irruenza e mancanza di empatia e questo porta ad un mantenimento di questi atteggiamenti (Kim & Cicchetti, 2010). Tra i sintomi internalizzanti, dovuti ad una difficoltà nell’autoregolazione emotiva, possiamo annoverare ansia, depressione, bassa autostima, mancanza di speranza nel futuro ed anche rischio suicidario (Kwon, Lee, & Nho, 2013). Con il decorso evolutivo più probabilisticamente questi problemi di base portano a fallimenti accademici, uso di sostanze, comportamenti delinquenti e aggressivi (Christoffersen & DePanfilis, 2009).

La disregolazione emotiva, effetto di maltrattamenti, modifica a livello funzionale e



strutturale il sistema ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), il quale ha il compito di regolare la risposta di stress, dunque, conduce a una sintomatologia sia internalizzante che esternalizzante (Tarullo & Gunnar, 2006). Inoltre, il volume della corteccia prefrontale risulta ridotto ed anche il lobo temporale destro (Tupler & De Bellis, 2006), infatti, a livello cognitivo si possono osservare deficit nelle funzioni esecutive in particolare nell'inibizione e nella decision making. Altri studi hanno evidenziato anche difficoltà nelle abilità di memoria, scarse abilità visuo-spaziali, meno capacità linguistiche e di lettura. Anche più bassi punteggi al test del QI, infatti più della metà dei bambini che hanno subito maltrattamenti e successivamente sono stati affidati a famiglie mostrano ritardi cognitivi. Questo porta con più probabilità a difficoltà e abbandoni scolastici (Leve, Harold et al., 2012). Infine, i minori vittime di violenze e trascuratezza hanno peggiori condizioni di salute fisica oltre che mentale, infatti spesso mostrano segni di percosse, malattie sessualmente trasmissibili ed anche difficoltà di accrescimento corporeo chiamato anche “no-norganic failure to thrive” (English, 1998).

#### **2.2.4 Effetti positivi e negativi affido familiare sul bambino**

Nel momento in cui i genitori adottano uno stile genitoriale maltrattante e negligente il quale impatta negativamente sullo sviluppo dei figli, una tipologia di intervento implementato è l'affido familiare. Esso si basa sul presupposto che crescere in un ambiente familiare, meno restrittivo rispetto ad un istituto, contribuisca positivamente al decorso evolutivo del bambino, allo sviluppo delle abilità interpersonali e alla fiducia in sé e negli altri; ed è un trattamento meno costoso (Twigg & Swan, 2007).

Si è visto che spesso è un intervento adottato con bambini che hanno difficoltà della regolazione emotiva e dell'inibizione degli impulsi e quindi del loro comportamento ed anche nei casi di coloro che attuano condotte delinquenti. Infatti, nello studio meta analitico di Reddy e Pfeiffer (1997), hanno indagato i benefici dell'affido familiare e si è visto che nei vari studi impatta positivamente e in larga misura la stabilità in un luogo quindi la permanenza fissa, con la possibilità di crescere e crearsi un futuro stabile. Inoltre, ampi effetti sono stati riscontrati nelle *social skills* quindi nella capacità di comunicare assertivamente, chiedere aiuto, rifiutare proposte e abilità interpersonali così che siano in grado di creare delle buone relazioni. Effetti moderati invece, sono stati osservati nell'ambito della riduzione dei problemi comportamentali e nella restrittività, cioè capacità di

attenersi alle regole. Infine, nella meta-analisi nominata precedentemente, gli autori hanno condotto indagini anche a livello psicologico prendendo in considerazione studi che hanno sondato i livelli di autostima, la capacità di autoregolazione fisiologica come la qualità del sonno ed anche il benessere emotivo. Le evidenze che hanno notato sono contrastanti alcuni studi affermano siano presenti miglioramenti, altri non denotano nessun cambiamento rispetto a quando i bambini non erano in affido e in uno studio addirittura un peggioramento del benessere psicologico. Dunque, non c'è molta chiarezza a riguardo e servirebbero delle indagini più recenti per indagare gli effetti positivi dell'affido familiare. Nonostante nella ricerca di Healey e Fisher (2011) si è notato che prima i bambini vengono posti in affido, in un ambiente in cui i fattori di stress sono ridotti, più le strutture cerebrali neurobiologiche sono plastiche. Quindi, si avranno maggiori benefici sulle funzioni esecutive ed in particolare l'attenzione, la memoria e sullo sviluppo del linguaggio, le quali favoriscono l'autoregolazione emotiva e comportamentale; portando benefici anche nel rendimento scolastico.

Inoltre, sono stati osservati alcuni punti critici dell'affido, innanzitutto a livello organizzativo, rispetto alla quantità di bambini che necessitano una famiglia affidataria la risposta e la disponibilità non è sufficiente, per cui molti bambini non riescono a rientrare nel trattamento. Oppure, le famiglie non sono idonee all'accoglienza del minore. Un altro aspetto da tenere in considerazione è che a volte le famiglie lasciano il programma di affido, dunque, il bambino viene spostato di nuovo nell'ambiente familiare d'origine maltrattante per un periodo o in comunità mentre si attende una nuova famiglia che si prenda cura di loro. Quindi, è presente una continua perdita di legami che in sé potrebbe essere un fattore di rischio che impatta sullo sviluppo (Webster, Barth & Needell, 2000). Inoltre, spesso l'affido ha delle conseguenze negative sui figli biologici di coppie che scelgono di prendere in affido un bambino (Twigg, & Swan, 2007). Spesso accade che i figli biologici sono oggetto di aggressioni overt o covert da parte dei bambini adottivi, ancor più se la differenza d'età è ridotta e se i bambini hanno entrambe lo stesso sesso. Inoltre, quando arrivano i bambini affidatari in famiglia i figli dei genitori biologici percepiscono disorientamento e distruzione, essi si trovano dover rinegoziare il loro ruolo in famiglia e la relazione con i genitori. Questo porta in loro anche continue perdite dato che i bambini affidatari restano in custodia familiare per un periodo ridotto, quindi, sono presenti continui cambiamenti nella struttura familiare e perdita di relazioni significative

da cui non è facile separarsi. Inoltre, i genitori sono portati ad investire meno attenzioni ed energie nella cura dei loro figli per occuparsi dal minore affidatogli, generando così nella loro prole sentimenti di gelosia, risentimento e persino senso di colpa nel provare queste emozioni. Essi si sentono posti in secondo piano in quanto non vengono riconosciuti i loro bisogni e necessità o visti come meno importanti. Dunque, spesso le famiglie dopo qualche esperienza di affido, abbandonano il programma. Infine, in diversi studi raggruppati nella metanalisi di Drapeau, Saint-Jacques, et al. (2007) sono stati sondati gli effetti a lungo termine dell'affido ed è stato affermato che spesso quando i bambini raggiungono la maggiore età e tornano in ambiente familiare mostrano bassi livelli di istruzione e quindi minori opportunità di lavoro, disoccupazione o precarietà. Hanno anche difficoltà nelle relazioni sociali, rischio di genitorialità precoce mettendo a rischio i nascituri o di abuso di sostanze. Sono presenti anche tassi più alti di incarcerazione e di psicopatologie con difficoltà ad accedere al sistema sanitario pubblico.

### **2.2.5 Fattori prognostici dell'affido**

Morin (2015) ha affermato che l'età non è un fattore predominante ma tanto prima il bambino viene inserito nella famiglia d'affido, meno sperimenta maltrattamenti e più è probabile che riesca a creare un nuovo legame di attaccamento sicuro. Questo, aiuta il bambino a superare i traumi relazionali, dato che sperimenta una nuova figura genitoriale che lo cura, gli dà affetto e calore così che acquisisca maggiori capacità di autoregolazione emotiva ed abbia una migliore salute psicologica. Portando così a investire maggiormente su sé stesso, sulle sue capacità e di conseguenza a buone performance scolastiche con un miglior lavoro e condizioni di vita. Viceversa, una relazione con i genitori affidatari non sicura porta a una peggiore salute psicologica. Quindi i dati confermano che la qualità della relazione con i genitori affidatari è uno dei più significativi predittori della riuscita dell'intervento (Chartier & Blavier, 2022). Tra gli altri fattori prognostici positivi che possono impattare il decorso dell'affido possiamo avere innanzitutto la malattia mentale dei genitori, dato che i bambini via via che crescono attribuiscono la causa delle carenze genitoriali alla psicopatologia piuttosto che a sé stessi, così che non si sentano in colpa nel non essere abbastanza buoni e amabili dai genitori. Inoltre, la prognosi dal bambino sarà migliore se il genitore biologico riconosce la sua patologia e si sottopone alle cure. Un altro fattore che può influenzare il decorso è l'ascolto delle richieste dei bambini da

parte dei genitori affidatari, in quanto il bambino viene riconosciuto come individuo con le sue idee e i suoi bisogni, aumentando l'autoefficacia in sé ed in futuro saprà prendere decisioni vantaggiose autonomamente. Inoltre, permette al minore di sviluppare maggiore fiducia verso i caregiver che lo ascoltano e ne promuovono il benessere. Anche poter negoziare e cooperare nella decisione delle regole dato che il bambino è ritenuto capace di prendersi cura di sé, è un fattore positivo. Infatti, risulta così molto importante consultare e scegliere con il bambino se, quando e dove incontrare i suoi genitori biologici, rendendolo parte della decisione nonostante la quantità di incontri non sembra essere un fattore impattante né in positivo né in negativo. Un altro elemento protettivo importante è il coinvolgimento dei servizi sociali, i quali come hanno la segnalazione di un bambino in situazioni di maltrattamento o negligenza devono intervenire tempestivamente e secondo le linee guida e devono saper dare una motivazione del provvedimento scelto sia ai genitori biologici che sia al bambino che viene dato in affido. Così da aumentare la compliance di entrambe le parti e poter monitorare gli effetti positivi dell'intervento a lungo termine. Infine, i bambini che ad un certo punto della vita hanno scelto di distanziarsi dall'ambiente familiare tossico hanno maggiore capacità di riflettere, mentalizzare, capacità introspettive ed etica. Si è visto anche che l'affido promuove la resilienza in quanto i bambini sono inseriti in un ambiente favorevole, pieno di opportunità in cui sono distanti dai rischi ed in cui sperimentano la loro autoefficacia. (Drapeau, Saint-Jacques, et al. 2007).

Invece, i fattori prognostici che possono impattare negativamente sullo sviluppo del bambino sono la mancanza della risposta di cura, di necessità e di bisogni del bambino che non vengono soddisfatti; il ritardo nello stabilire la necessità di un ambiente alternativo a quello familiare e quindi l'intervento tardivo dei servizi sociali. Infine, collocamenti multipli in diverse famiglie d'affido o interrotti per cui il bambino torna periodicamente alla famiglia d'origine porta ad una prognosi più negativa, come anche l'abuso sessuale o osservare violenze in famiglia (Cailliez, Duverger et. al, 2022).

Un altro aspetto importante che favorisce la buona riuscita del trattamento affidatario è la motivazione e gli obiettivi dei genitori affidatari, i quali necessitano di strategie per la gestione del comportamento e dell'emotività del bambino affidatogli. Favorendo la relazione e la comunicazione tra i due ma non solo, essi sono proprio interessati a comprendere il perché il bambino attua determinate condotte e abbia difficoltà emotive interne.

Così da avere maggiori competenze per intervenire sviluppando maggiore autoefficacia nel proprio ruolo e gestire al meglio lo stress generato. Per favorire queste competenze è utile affiancare ai genitori un supporto psicologico e dei training in cui vengono insegnate determinate abilità per rendere in parenting più positivo e favorire la funzione riflessiva e mentalizzante. Un altro aspetto che è risultato essere una necessità per i genitori affidatari è creare una rete di supporto con altri genitori affidatari, così da potersi confrontare, condividere sentimenti ed esperienze e sentirsi meno isolati (Ranzato, Austerberry, Besser, Cirasola & Midgley, 2021). Infatti, uno studio molto recente afferma che genitori, con figli affidati in età prescolare, che hanno ricevuto positive parent training a casa hanno mostrato migliori capacità di gestione dei bambini e favorito così le loro abilità socio-emotive e cognitive (Lee, 2023).



## **CAPITOLO 3**

### **IL CASO CLINICO DI ALESSIO**

#### **3.1 Metodi**

Per indagare la funzione riflessiva, l'effetto della psicoterapia su di essa e l'efficacia della terapia supportiva è stato analizzato il caso singolo di Alessio, un preadolescente in affido familiare. Alessio ha intrapreso un percorso di terapia supportiva presso il CASF "Centro per l'affido e la solidarietà familiare" di Padova. L'ente in accordo con l'Università di Padova ed in particolare il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, ha aperto uno sportello a disposizione dei ragazzi in affido al fine di migliorare il benessere sia del minore che delle famiglie affidatarie prevenendo l'interruzione dell'affido. Infatti, il progetto è nominato "Prevenzione e benessere nell'affido familiare".

Le sedute con il ragazzo hanno avuto inizio il 6 luglio 2021 con i primi tre colloqui di consultazione, poi l'inizio della terapia è stato rimandato dopo le vacanze estive; quindi, a settembre concludendosi il 30 novembre 2021 per un totale di 13 sedute programmate settimanalmente ma solo 10 partecipate effettivamente dal ragazzo. Gli incontri su consenso sia del genitore biologico che detiene la patria potestà, sia del ragazzo che degli affidatari sono stati registrati vocalmente e trascritti verbatim. La presenza del registratore non sembra essere stata un ostacolo alla terapia. Sui colloqui trascritti verbatim sono siglati tre strumenti: il primo per indagare la mentalizzazione, ovvero la Reflective Functioning Scale del paziente (SRF; Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998); per indagare i meccanismi di difesa, la Defense Mechanism Rating Scale (DMRS; Perry, 1990), e la Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS; Trijsburg, Frederiks et al., 2002) che indaga la tipologia di interventi del clinico, i quali si suppone dovrebbero essere prevalentemente supportivi. Per applicare correttamente i seguenti strumenti sono stati svolti training specifici per acquisire la fedeltà della siglatura. Infine, per avere più chiarezza riguardo Alessio è stato contattato il clinico che lo ha seguito ed è stato effettuato un incontro per parlare del lavoro terapeutico.

#### **3.2 Il Caso Clinico di Alessio**

Alessio arriva in consultazione all'età di 13 anni e frequenta il primo anno dell'istituto di elettrotecnica. Alessio è figlio di una coppia di origine rumena, la mamma Lucia si è trasferita in Italia da giovane, dove in ambito lavorativo ha conosciuto colui che sarebbe

diventato il marito, Jacopo anche lui immigrato in Italia. Dal loro matrimonio sono nati Alessio e la sua sorellina Anita di 7 anni, entrambe poi affidati alla stessa famiglia. I figli vengono segnalati alla tutela minorile dal tribunale, siccome i due genitori circa tre quattro anni prima che Alessio arrivi in consultazione, si sono separati burrascosamente. A livello ufficiale Jacopo esercitava violenza, maltrattamenti solo sulla moglie, infatti, il divorzio si è concluso con una sentenza in cui il marito non può più avvicinarsi all'ex-coniuge. Purtroppo, i figli molto spesso assistevano alle loro discussioni e alle percosse, infatti erano vittime indirette. Infatti, Alessio racconta in terapia di essere molto dispiaciuto ma anche spaventato dei comportamenti del padre, tanto da assumere di non voler diventare come lui. Dal divorzio il padre è ritornato in Romania e ha sporadici contatti telefonici con i figli che non lo hanno più incontrato e da quel momento sono intervenuti gli assistenti sociali. In particolare, questi ultimi hanno optato per un affido diurno, infatti Alessio e Anita si recano dalla famiglia affidataria dopo la scuola e tornano a casa la sera dopo aver cenato. Questo perché Lucia lavora come donna delle pulizie sia al mattino che al pomeriggio, dunque, non riesce ad occuparsi dei figli con il rischio di lasci da soli molte ore a casa. In più la mamma non sapendo parlare correttamente l'italiano, avrebbe avuto molte difficoltà nell'aiutare i due bambini in ambito scolastico. Così è stato proposto l'affido consensuale di entrambe i figli a Davide e Vanessa una coppia molto disponibile e con cui Alessio sviluppa un buon legame affettivo, soprattutto con Davide con cui condivide la passione per i videogame. L'obiettivo dell'affido con Alessio e Anita è fornire un supporto alla mamma e un aiuto a loro due, infatti, gli affidatari avrebbero svolto una funzione ausiliaria senza mai assumere la patria potestà dei due minori rimasta sempre alla mamma.

Alessio arriva in consultazione tramite il CASF, dopo 2 anni di affido familiare ed è segnalato dalla mamma a causa dei litigi che frequentemente intercorrono tra lei e il figlio, siccome quest'ultimo, secondo lei, trascorre molte ore a giocare al computer tanto che si trova costretta a ritirare il modem del wi-fi. Lungo tutto il corso della terapia con Alessio si parla molto del fatto che passa molto tempo a giocare con i videogiochi ed a montare i computer, sua grande passione trasmessagli dal padre. Tuttavia, insieme al clinico già in consultazione si giunge alla conclusione che egli adotti questa strategia per calmare la sua rabbia e gestirla non diventando violento come Jacopo. Anche se si scoprirà in seduta che anche il padre dopo che litigava con Lucia passava molto tempo al pc, secondo il figlio



*“il papà si riparava dalla mamma o si calmava”*, quindi entrambe adottano questo metodo. Nel corso dei colloqui si parlerà molto della rabbia e della difficoltà di Alessio ad identificarla, riconoscerla e gestirla dando origine a comportamenti disregolati e polarizzati, poiché o si isola rifugiandosi ad usare il pc o nel dormire o viceversa esplode rompendo gli oggetti che ha vicino. Portando così il terapeuta a proporgli come obiettivo dei loro incontri, sin dalla consultazione, la ricerca di una strategia alternativa per gestire le emozioni forti, così che senta meno il bisogno di utilizzare internet. Però Alessio non ne è convinto infatti accetta di iniziare il percorso psicoterapeutico dopo i primi tre colloqui ma non con poche incertezze. Sempre in consultazione, egli suppone che i frequenti litigi con la mamma siano causati dal fatto che lei teme che stando ore al pc lui possa diventare come l'ex-marito. Un altro motivo per cui Alessio è “arrabbiato”, nonostante lui non ammetta questo termine nega la rabbia e parla di “fastidio”, con la mamma è di non aver mai capito bene il motivo della separazione dei genitori e il fatto che il papà sia andato via improvvisamente lo ha destabilizzato, infatti ne accusa la mancanza nonostante lo descriva come un uomo violento.

Iniziato il percorso psicoterapeutico emerge che è un ragazzo abbastanza bravo a scuola con delle buone capacità cognitive, nonostante alla fine della prima superiore abbia avuto un debito, proprio in informatica, materia da lui amata. Egli afferma che *“non sono proprio le cose informatiche che mi piacciono”*, tuttavia recupera brillantemente e viene ammesso all'anno scolastico successivo. Uno dei suoi sogni è iniziare a lavorare appena finito il percorso scolastico, infatti, sta frequentando dei corsi aggiuntivi in ambito informatico che gli permettano di avere delle certificazioni riconosciute a livello Europeo. Ad Alessio piacerebbe diventare anche uno YouTuber, filmandosi mentre gioca ai videogame e commentandoli o recensendo film.

Con i compagni di classe non ha un buon rapporto, da lui vengono considerati o troppo secchioni per cui non si parlano o viceversa degli scemi a cui se gli viene chiesto qualcosa, sbagliano a dare informazioni apposta così che fanno sbagliare anche gli altri. Inoltre, il primo anno della scuola superiore ovvero il 2020 è stato affrontato dal ragazzo prettamente in didattica a distanza che probabilmente ha ulteriormente inficiato la possibilità di crearsi delle relazioni. Risulta un ragazzo molto isolato nella vita extra scolastica e ne risente molto, infatti, prova a crearsi un'amicizia con un coetaneo ma fatica. Invece, online gioca spesso connesso con altri pari, amici di un suo ex compagno di classe, ma con

cui non ha mai intrapreso conversazioni personali per l'eccessivo imbarazzo.

Rispetto al tema amicizie anche Lucia sembra preoccupata, infatti oltre a ritirare il modem al figlio, così che stia meno tempo al pc, spesso lo chiude fuori casa così che esca e si faccia nuovi amici. Tuttavia, il comportamento della mamma fa arrabbiare molto Alessio, il quale sostiene che uscire di casa lo annoia dato che gli ricorda i momenti in cui usciva con il papà e dato che non avendo amicizie si sente solo. Dalla descrizione del figlio, Lucia pare una donna disturbata la quale non è in grado di comprendere i bisogni e le richieste del figlio che sta crescendo e troppo spesso viene paragonata all'ex-coniuge. Inoltre, pare anche abbia dei pensieri paranoici, ad esempio, ha un'eccessiva paura di essere spiata attraverso il telefono, non si farà il vaccino per il Covid-19 per timore che le iniettino qualcosa per controllarla e di conseguenza perderà il lavoro. Tanto che un giorno circa a metà terapia, ad ottobre, Lucia prende una decisione inaspettata, ovvero revoca l'affido di entrambe i figli senza una spiegazione valida e litiga con l'assistente sociale. Questo genera rabbia in Alessio e dispiacere dato che l'affido andava bene, tuttavia, non mostra questi sentimenti se li tiene per sé e pare rassegnato, se prova a parlarne con la madre lei si rifiuta. Da questo momento in poi la terapia non sarà più la stessa, Alessio inizia a saltare gli incontri e arrivare in ritardo oltre ai prolungati silenzi durante le sedute e le sue affermazioni *“non so cosa dire, non mi viene in mente altro”*; fino a manifestare il desiderio di non andare più in terapia. Il terapeuta cerca di capire se è una sua volontà o della mamma e prova a convincerlo a non mollare le sedute dato che lui porta troppi *“pesi”* da solo e invece dividerli con qualcun altro è più facile *“come uno zaino con due manici, se lo si porta in due è più leggero”*. Il clinico cerca di prendere tempo, tuttavia, pare che in questo momento ricevere aiuto da parte del terapeuta ma anche da chiunque altro, sia troppo per Alessio e il clinico ipotizza: *“no quello zaino anche se è pesante lo ho sempre portato io punto, lo porto solo io!”*.

Un aspetto importante da prendere in considerazione riguardo al fatto che il ragazzo abbandona la terapia è che legalmente dato che la mamma ha revocato l'affido, Alessio non avrebbe più potuto essere seguito dal terapeuta del CASF. Tuttavia, il clinico parlando con i servizi della tutela minori aveva ottenuto la possibilità di concludere questo piccolo percorso di Alessio con altri 6 o 7 incontri per potergli spiegare che non avrebbe più potuto seguirlo. Quindi, secondo quanto riportato dal clinico, Alessio più o meno consapevolmente avrebbe anticipato la comunicazione del terapeuta riscattandosi da una

situazione passivizzante. Dunque, il minore ha preso la decisione di interrompere le sedute attivamente, adempiendo ad una funzione trasformativa.

### **3.3 Diagnosi di Alessio usando il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM2)**

Il manuale diagnostico psicodinamico-2, (Lingiardi & McWilliams, 2017) ha lo scopo di unire le evidenze empiriche, la pratica clinica psicoanalitica e nosografica in un unico manuale coerente e integro così da poter formula diagnosi cliniche, concettualizzare casi ed implementare interventi. Questo non trascurando le caratteristiche del singolo individuo a livello idiografico, dimensionale. Infatti, il PDM-2 è costruito da sezioni specifiche divise per età ed in ciascuna di esse sono presenti degli Assi integrati da altre dimensioni. In questo elaborato verrà presa in considerazione la sezione III, ovvero quella degli adolescenti (12-19 anni), suddivisa in prima (12-14 anni), media (15-16 anni) e tarda (17-19 anni) adolescenza. All'interno di essa sono contenuti i tre assi in quest'ordine:

- MA: valuta il funzionamento mentale adolescenziale ed è suddiviso in dodici categorie, ognuna di esse si colloca lungo un continuum da quello più sano a quello più compromesso. Questo livello ha a che fare con un insieme di elementi interconnessi e integrati che danno origine alla singolarità di ciascun individuo e del suo mondo interno che è in continua evoluzione.
- PA: valuta l'organizzazione di personalità ed i suoi stili e le sindromi emergenti in adolescenza. Sulla base di numerosi elementi individuali e ambientali gli adolescenti iniziano a strutturare pensieri, sentimenti, modi di essere e di agire con diversi punti di forza o debolezza più o meno stabili che ne caratterizzano il funzionamento globale.
- SA: valuta l'esperienza soggettiva dei sintomi in quanto nonostante più adolescenti possono essere condotti ad una stessa etichetta diagnostica ma il modo di vivere e sentire la manifestazione clinica è individuale.

Il clinico per poter valutare complessivamente il caso deve indagare la storia di sviluppo dell'adolescente, i sintomi ed eventuali agiti, se sono presenti fattori biomedici ed i pattern interattivi con la famiglia, scuola e ambiente esterno. Dunque, è bene utilizzare strumenti quali: il colloquio, le osservazioni, questionari ed interviste; questi ultimi possono essere somministrati al minore, ai famigliari o caregiver altri e/o agli insegnanti. Nel caso di Alessio viene adottata un'ottica multiple informant, ossia viene considerata la prospettiva dei genitori affidatari, ai quali vengono somministrati alcuni test. In particolare, il

Parenting Stress Index- Short Form (PSI-SF; Abidin, 1990), il quale è suddiviso in 36 item, che compongono tre scale: Distress genitoriale, interazione genitore-bambino disfunzione e bambino difficile; il cui scopo è valutare lo stress genitoriale, frutto di caratteristiche individuali del genitore, situazioni legate al ruolo e peculiarità del bambino identificando fattori che possono compromettere lo sviluppo del minore. Inoltre, è stato somministrato il test “Quali paure ha suo figlio?” (FSCC; Gullone & King, 1992), in cui viene fornita ai genitori una lista di oggetti, animali e situazioni potenzialmente paurose e i genitori devono giudicare l’intensità. Infine, è stato utilizzato il Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) esso sonda i punti di forza e debolezza del bambino con 25 items che indagano stimoli emotivi, problemi di condotta, iperattività e disattenzione, relazioni con i pari e comportamenti prosociali ed eventuali item supplementari. Quest’ultimo questionario viene somministrato anche ad Alessio nella versione self-report, insieme al Brief Self-Control Scale (BSCS; Tangney, Baumeister, Boone, 2004) attraverso 13 items, la quale indaga i comportamenti di autocontrollo. Infine, egli compila anche il Relationship Questionnaire (RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991) che misura lo stile relazionale adottato dal ragazzo.

Nel caso di Alessio la diagnosi sarà effettuata solo sui primi tre colloqui di consultazione tra clinico e paziente, prendendo spunto anche dai suddetti questionari somministrati.

Asse MA:

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

Possiamo assumere dalle prime tre sedute che la capacità di attenzione e apprendimento di Alessio è buona, infatti ha buoni risultati scolastici. Inoltre, egli ha grandi capacità di elaborare pensieri, affetti ed esperienze interiori. Nei colloqui a livello relazionale è molto collaborativo, riesce sin da subito ad usare bene lo spazio fornitogli e il clinico stesso lo riconosce come molto intelligente. Egli è in grado di elaborare gli stimoli correttamente e differenziare esterno da interno, ha un buon linguaggio e le funzioni esecutive sono ben integrate. Un leggero calo è presente nell'elaborazione visuo-spaziale in quanto nei luoghi aperti si perde e si mostra a disagio per questo.

Un'area di vulnerabilità invece possiamo riscontrarla nella seconda capacità, infatti sin dalla consultazione emerge che Alessio sperimenta e comunica una gamma molto limitata di emozioni, con difficoltà nel riconoscerle e regolarle. Soprattutto, sembra non voler esperire la rabbia, la quale viene scarsamente identificata come tale e repressa il più possibile attraverso delle strategie come il dormire o il giocare ai videogame, senza saperla modulare. Tanto che il clinico afferma che pare che egli tema questa emozione molto forte. Nell'SDQ compilata dal ragazzo egli sottoscrive di essere molto spesso infelice, triste e di cattivo umore, questo non è riportato nello stesso questionario rivolto ai genitori affidatari, probabilmente perché tende a nascondere questo aspetto, anche se lo riconoscono come un ragazzo che ha molte preoccupazioni.

Riguardo la capacità di mentalizzare, soprattutto nel secondo colloquio di consultazione, Alessio sembra in grado di sforzarsi ed estrapolare gli stati mentali propri e altrui sulla base di segnali comportamentali e ambientali e dedurre di conseguenza la motivazione sottostante le azioni. Inoltre, sembra comprendere come gli stati mentali evolvono e risulta consapevole delle influenze intergenerazionali date le somiglianze con il padre. Tuttavia, in relazione al clinico e presumibilmente anche al di fuori della terapia accade che se vengono trattati alcuni temi l'attivazione emotiva eccede, portando ad un declino della funzione riflessiva con difficoltà nel percepire e regolare lo stato affettivo e ad aumentare i meccanismi di difesa come la negazione. Tuttavia, nella consultazione sono momenti rari, inoltre c'è da tenere in considerazione la giovane età del paziente. Nell'SDQ il ragazzo si riconosce rispettoso dei sentimenti dell'altro, gentile e medita sulle conseguenze delle possibili azioni e non dice cose inopportune; aspetti tendenzialmente confermati anche dalla famiglia affidataria.

La capacità di differenziazione e integrazione è in via di sviluppo data l'età

preadolescenziiale: infatti, egli sta ponendo le basi della sua identità e non è ancora pienamente impiegato in questo compito evolutivo e l'obiettivo della terapia supportiva è aiutare Alessio nella distinzione sé- altro, tra fantasie e realtà, tra le rappresentazioni interne ed esterne, stabilendo nessi ma senza che si generi confusione e sovrapposizioni. Le quali, invece, paiono riportate quando Alessio teme di diventare violento come il papà se esprime la rabbia o quando la mamma proietta su di lui le sue preoccupazioni assimilandolo all'ex-coniuge. Quindi il ragazzo cerca di differenziarsi il più possibile dal padre ma non mostrando addirittura emozioni come la rabbia. Invece, la rappresentazione di sé autentica, coesa, complessa e stabile è un obiettivo molto importante in adolescenza; tuttavia, per Alessio occorre che venga sostenuta al fine di sviluppare la sua identità. Anche dai test, sia del paziente che dei genitori affidatari, pare che egli sia in difficoltà quando è in situazioni nuove in cui non riesce ad adattarsi e si sente poco sicuro di sé, non emergono relazioni intime con i pari con cui non si identifica per separarsi e differenziarsi dalle figure genitoriali e questo può essere un potenziale fattore di rischio. Infatti, la quinta capacità è abbastanza carente in quanto Alessio non parla di nessuna relazione amicale significativa durante le tre sedute di consultazione. Egli nomina i compagni di classe dividendoli in due gruppi i "secchioni" e gli "scemi" di cui lui non si sente parte di nessuna delle due categorie e afferma che vorrebbe essere a "metà-metà" tra le due. C'è anche un altro fattore da prendere in considerazione ovvero durante l'anno scolastico 2020/2021, data la pandemia, Alessio ha frequentato la scuola prettamente in didattica a distanza e questo probabilmente ha accentuato le sue difficoltà di interazione, di conseguenza non ha integrato molto con i compagni. Inoltre, nei momenti di disagio e difficoltà fatica a chiedere aiuto e tende a chiudersi in sé stesso, facendo saltare la capacità di stare con l'altro nella relazione di bisogno. Egli risulta quindi molto solo e isolato a quest'età tende ad essere un fattore poco normativo, inoltre, nei colloqui si mostra dispiaciuto per questo motivo e lui avrebbe la volontà di stabilire e mantenere relazioni stabili e soddisfacenti. Tuttavia, nel questionario da lui compilato riguardo alla modalità relazionale, afferma di essere a suo agio senza relazioni intime e che è importante sentirsi autonomo e indipendente da altri. Quindi egli stesso si contraddice ed è un fattore da chiarire in terapia. Anche i genitori affidatari riconoscono la sua solitudine come un elemento preoccupante che impatta sia nell'ambito delle amicizie che a scuola che nel tempo libero.

L'autostima di Alessio pare oscillare ma risulta perlopiù deflessa ma è abbastanza

normativo per la sua età. Egli sembra riconoscere di avere una buona autoefficacia quando afferma di saper usare molto bene il computer, sia quando dice di aver recuperato molte materie scolastiche prettamente da solo e con qualche supporto dalla famiglia affidataria. Anche quando si perde per strada preferirebbe avere qualcuno che lo aiuti e lo guidi ma il suo senso di agency poi lo porta a riorientarsi. Sembra avere consapevolezza delle sue qualità positive ma tende a sminuirle quando il clinico le fa notare, normalizzandole o spostando il merito a qualcun altro. Egli sembra comprendere anche i suoi limiti, ad esempio, le sue difficoltà sia a gestire le emozioni quali la rabbia, sia nelle difficoltà con i pari. Sicuramente questa capacità è da approfondire con dei test specifici per maggior chiarezza come la Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965).

La settima capacità ovvero il controllo e la regolazione degli impulsi per Alessio è eccessivamente rigida, ipercontrollata in situazione conflittuali e cariche affettivamente le quali portano ad un certo livello di coartazione emotiva. Egli ha difficoltà nel gestire gli impulsi, i quali portano ad un'inibizione eccessiva ed un investimento per un tempo notevole nei videogame che fungono da sostegno esterno e permettono di non sentire e neutralizzare le emozioni negative. Quindi fatica poi nell'inibire i comportamenti disfunzionali che lo portano a stare al computer molte ore e lo riconosce nella scala BSCS in cui egli sostiene: di non essere bravo a resistere alle tentazioni e non riuscire a smettere di fare qualcosa anche se consapevole che è errato, non è in grado di abbandonare le cattive abitudini, sostiene di fare cose nocive perché divertenti, vorrebbe avere maggiore auto-disciplina in quanto egli non è in grado di investire le sue energie in altri lavori e portarli a termine. Dunque, c'è un'eccessiva disregolazione, la quale a lungo termine potrebbe portare a conseguenze sul senso di continuità del proprio sé. Inoltre, nel PDM viene sostenuto che minori soggetti ad esperienze traumatiche o negligenti possono avere carenze in questa capacità e portare a mancanza di autoregolazione ed eccessiva dipendenza da oggetti esterni con conseguenze sia familiari che relazionali, aspetto che sembra riscontrarsi nel caso di Alessio.

I meccanismi di difesa che il ragazzo utilizza data la sua età sono normativi, infatti, nelle prime tre sedute osserviamo prettamente: negazioni, razionalizzazioni, rimozioni e auto-osservazioni; esse sono seguite da annullamenti retroattivi, auto affermazioni e anticipazioni. Mentre si osservano pochissime scissioni, poca onnipotenza e qualche aggressività passiva. Quindi per l'età sono difese abbastanza evolute per proteggersi da ansia che può

derivare da conflitti interni, richieste esterne o minacce e non si verificano distorsioni dell'esame di realtà.

La capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche non pare così ben sviluppata infatti è riportato dall'SDQ compilata sia dal ragazzo che dagli affidatari, che in situazioni nuove stressanti Alessio fatica ad adattarsi e trovare delle strategie flessibili per farvi fronte rispetto all'età. Questo si può riscontrare quando nei primi tre colloqui parla dell'ingresso nella nuova scuola e delle difficoltà che si è trovato ad affrontare con fatica, non riuscendo a trasformarle in opportunità di crescita e cambiamento. Questa capacità tende ad essere carente in minori con storie di maltrattamenti. Invece, riguardo all'ambiente familiare di origine egli risulta iperadattato attuando sempre le stesse strategie per far fronte alle difficoltà.

Nella capacità di auto-osservazione sin dai primi colloqui egli prova con il clinico a osservare la propria vita mentale, soprattutto quando parla della mamma e del papà, cercano di comprendere la sua esperienza interna e ciò che sente riconoscendo i vari nessi con i suoi pensieri ed i comportamenti. Per la giovane età si mostra abbastanza introspettivo, riflette sia sul presente che sia sul passato e sulle differenze tra i due, nelle situazioni in cui il clinico lo spinge a parlare di temi emotivamente molto attivanti tende a vacillare questa capacità.

Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali, connessi allo sviluppo del Super-io, questi vengono interiorizzati nelle prime fasi evolutive e rinegoziati in adolescenza confrontandosi con modelli diversi dai genitori e coetanei. Tuttavia, Alessio sembra non potersi comparare con coetanei dato che non si riscontrano amicizie e del rapporto con i genitori affidatari, i quali potrebbero fungere da modelli, in consultazione non ne parla. L'unico aspetto rilevante per questa categoria è che egli vuole differenziarsi dal padre e affermare i propri valori morali rispetto a quelli di Lucia mettendoli alla prova e superando i limiti. Tuttavia, data l'età la morale risulta protoconvenzionale.

Rispetto all'ultima capacità abbiamo poche informazioni e l'unico aspetto rilevante è che egli sceglie volontariamente la scuola di elettrotecnica data la sua grande passione per l'informatica, da cui si deduce che egli voglia intraprendere una carriera nell'ambito. Aspettativa apparentemente realistica rispetto alle sue potenzialità.

Il punteggio rispetto al livello di funzionamento mentale è di: 40 (38), quindi è a metà tra



la categoria Nevrotico MA3 (40-46) e Borderline MA4 (33-39). Tuttavia, dati i colloqui clinici e la giovane età del paziente si può affermare che abbia una lieve compromissione del funzionamento mentale e dunque rientri nel livello nevrotico MA3 con alcune limitazioni e scarsa flessibilità in alcune capacità mentali.

Riguardo invece al secondo asse, ovvero l'organizzazione di personalità emergente in Alessio, dalle prime tre sedute di consultazione, pare appartenere allo spettro più internalizzante. In particolare, sembrerebbe appartenere alla personalità depressiva, infatti Alessio pare un preadolescente triste, infelice, abbattuto e rassegnato rispetto alla situazione in cui vive ed ha vissuto. A volte egli sottovaluta le sue potenzialità ed è molto difficile per lui riuscire a identificare, modulare ed esprimere la rabbia, teme le discussioni e quindi evita i conflitti. Le emozioni positive sono poco nominate, quasi assenti. Come riportato anche dai test dei genitori affidatari pare affaticato, pieno di preoccupazioni e pensieri. Molto spesso l'unica soddisfazione e piacere li trova nei videogiochi, isolandosi dal mondo esterno. Infine, riguardo alle relazioni sociali pare molto solo e lascia trasparire che siccome è già stato abbandonato una volta dal padre, figura che gli manca, teme nuovi abbandoni.

- Tra le tensioni e le preoccupazioni principali di Alessio, infatti, si riconosce la solitudine vs. relazionalità. La volontà di costruire relazioni ma dall'altro lato la loro pericolosità.
- Tra gli affetti principali osserviamo: tristezza, vergogna, imbarazzo, la rabbia e collera sono repressi oltre ad una sottovalutazione a volte delle proprie capacità e un'insicurezza del proprio sé.
- La credenza patogena riguardo a sé stessi e relativa al caso di Alessio è: "Qualcuno o qualcosa di indispensabile per il mio benessere è stato irrimediabilmente perso".
- La credenza patogena riguardo alle altre persone è: "Se le persone mi conoscessero davvero, mi rifiuterebbero".

A livello di controtransfert il clinico è portato a esaltare e rendere più consapevole il ragazzo delle sue qualità e potenzialità così da sviluppare migliori ed equilibrate rappresentazioni di sé e degli altri. Inoltre, nel caso di Alessio rispetto alle sue narrazioni molto spesso il clinico è portato sia a sentire rabbia che il ragazzo non esprime ma neutralizza e molta tenerezza per ciò che ha assistito e vissuto, quindi, anche una leggera volontà di

proteggerlo e volerlo salvare dalla situazione in cui egli si trova; fornendogli maggiori consapevolezze e sviluppando strumenti per far fronte alle difficoltà che si trova a dover fronteggiare, quando troppo spesso egli è inerme. A livello di transfert con Alessio innanzitutto dobbiamo porre attenzione rispetto al fatto che arriva in consultazione per una motivazione estrinseca non intrinseca, quindi, non pare possa sviluppare una dipendenza verso il clinico, idealizzandolo come una figura perfetta. Viceversa, egli a volte è portato a negare o distanziare il terapeuta nel momento in cui quest'ultimo tenta di apportare punti di vista diversi, mettere in discussione le sue credenze negative o confutarle. Soprattutto quando il clinico alla fine della terza consultazione gli propone di continuare la terapia egli si mostra sin da subito titubante, affermando che non ha molto da dire e ciò che è importante lo ha già riferito. Dunque, la motivazione sin da subito pare scarsa.

Nell'ultimo asse relativo ai pattern sintomatologici e la loro esperienza soggettiva, Alessio sembra presentare un funzionamento relativo alla categoria SA01 Crisi evolutive. Sappiamo che l'adolescenza è un periodo caratterizzato da crisi che possono essere evolutive o regressive, in quanto l'obiettivo è il raggiungimento della propria identità e trovare il proprio "posto nel mondo". Questo passaggio non avviene sempre senza difficoltà, le crisi possono essere temporanee e favorire poi lo sviluppo del minore, oppure possono avere a che fare con difficoltà individuali e/o conflitti relazionali pregressi.

Infatti, il funzionamento di Alessio può essere riconducibile a quest'ultima casistica: egli presenta già dei fattori di vulnerabilità personali e temperamentali che lo rendono timido, introverso, isolato e fattori esterni quali le liti con la mamma e l'abbandono del padre, evento difficile da superare e integrare, che lo conducono ad una crisi evolutiva. L'obiettivo della terapia supportiva implementata per Alessio è proprio sostenere lo sviluppo della sua identità libera da proiezioni familiari e rendere più forti ed evolute le sue difese psicologiche per gestire meglio ansie e frustrazioni. Lo scopo è raggiungere un buon funzionamento mentale, un'organizzazione psichica stabile, integra, coesa ed avere più risorse, capacità e potenzialità per far fronte alle situazioni sfidanti. Viceversa, se non superata la crisi essa potrebbe portare a regressioni o blocchi evolutivi.



## **CAPITOLO 4**

### **IPOTESI E OBIETTIVI**

L'obiettivo della presente ricerca è evidenziare come la psicoterapia psicodinamica supportiva promuova lo sviluppo dell'identità e dell'adattamento, migliorando il profilo sintomatico, nel caso di un preadolescente in affido.

La terapia supportiva è stata definita dall'American Psychological Association (1892) come una forma di intervento che allevia il disagio emotivo e i sintomi senza sondare il conflitto in sé o alterare le strutture di personalità. Come strumenti sono utilizzati: la rassicurazione, rieducazione, il consiglio, la persuasione e l'incoraggiamento di nuovi comportamenti. Come tipologia di intervento è adatta a coloro che non hanno particolari problematiche strutturali (psicosi o disturbi di personalità conclamati) ma piuttosto presentano crisi o fragilità temporanee o non profonde e necessitano di un sostegno nel percorso evolutivo.

La terapia supportiva psicodinamica ha l'obiettivo di contenere il conflitto inconscio e rafforzare le difese del paziente, così che diventino più evolute ed egli riesca ad adattarsi e far fronte alle frustrazioni quotidiane. Inoltre, la terapia supportiva mira a rafforzare l'Io del paziente, fondamentale in fase di costruzione dell'identità. Infatti, il clinico funge da Io ausiliario, favorendo l'esame di realtà e le scelte del paziente anticipando le conseguenze dei loro comportamenti, evitando così l'impulsività. Solitamente questa terapia si applica a coloro che presentano regressioni e carenze in un determinato periodo di vita, ma sono persone con molte risorse e capacità adattive. Essa è anche utile per coloro che hanno relazioni oggettuali compromesse, poiché lavorando sulle rappresentazioni interne ne migliorano la qualità, così che i pazienti siano in grado di percepire e rapportarsi con gli individui diversamente. Alla base dell'intervento è sempre presente l'alleanza terapeutica, primo fattore aspecifico di cambiamento, che tuttavia a volte è difficile creare (Gabbard, 2015). La psicoterapia supportiva si pone ad un estremo del continuum con la psicoterapia espressiva, la quale completa la precedente e si basa sull'analisi delle difese e l'esplorazione del transfert. Il clinico a orientamento dinamico potrà oscillare lungo il continuum espressivo-supportivo in relazione ai bisogni del paziente e i vari momenti del processo psicoterapeutico (Wallerstein, 1986).

L'efficacia della terapia supportiva a breve termine è stata dimostrata in uno studio del 1998 di Piper, Joyce et al. in cui emerge che solo il 6% abbandona il percorso terapeutico,

rispetto ad un 23% che lascia la terapia nel momento in cui è più interpretativa, espressiva. L'interpretazione, come regola generale, si utilizza quando il materiale inconsapevole del paziente è quasi conscio e relativamente accessibile alla sua consapevolezza (Gabbard, 2004). Quindi, soprattutto nelle prime fasi della terapia supportiva, sarebbero da evitare tecniche di confrontazione e interpretazione data la scarsa alleanza terapeutica tra il clinico e il paziente, al fine di non aumentare i livelli di ansia e di difese (Appelbaum, 2005). Luborsky (1984) ha affermato che la terapia espressiva è adeguata per coloro che tollerano l'ansia e la frustrazione, hanno un Io strutturato e delle buone capacità interpersonali. Viceversa, la terapia supportiva è utile per coloro che hanno un funzionamento più immaturo, più compromesso, soprattutto a livello di relazioni oggettuali e vengono fornite solo le interpretazioni che sono in grado di gestire. Lo studio di Silberschatz, Fretter, & Curtis, (1986) ha affermato che l'idoneità e la pertinenza delle interpretazioni è il miglior predittore del progresso in terapia, rischiando diversamente di condurre il paziente a difendersi fino ad abbandonarla.

Per poter sondare l'andamento della terapia e l'evoluzione del paziente si è deciso di valutare la funzione riflessiva ed i meccanismi di difesa sia del paziente sia del clinico ed anche la tipologia di interventi del terapeuta. La funzione riflessiva, qui considerata come sinonimo di mentalizzazione, fondamentale per organizzare la propria esperienza, serve per identificare e comprendere i propri stati interni modulandoli e differenziandoli da quelli altrui, pur riuscendo ad assumere anche la prospettiva dell'altro e comprendere ciò che prova (Lingiardi & McWilliams 2018). Racalbutto (2001) sostiene che il riconoscimento dell'alterità sta alla base dell'identità ovvero solo in rapporto all'oggetto, con continui scambi, l'individuo ricerca e perfeziona il suo Io differenziandosi dall'altro. Inoltre, vengono sondati i meccanismi di difesa, i quali sono involontari e occorrono ad alleviare o nascondere conflitti o angosce in modo più o meno adattivo (Lingiardi, 2002). Essi devono esser rinforzati e sostenuti così che vengano utilizzati meccanismi più evolutivi ed evoluti a scapito dei primitivi, con l'obiettivo di favorire la mentalizzazione (Cahn, 1998). Infine, sono stati indagati gli interventi del terapeuta, i quali si pongono lungo il continuum della terapia esplorativa-supportiva e possiamo osservare diverse tipologie da quelli più interpretativi quindi esplorativi a quelli più supportivi di cui fanno parte: l'osservazione, la confrontazione, la chiarificazione, incoraggiamento a elaborare, empatia, interventi psicoeducativi e di consigli o elogio (Gabbard, 2004).

Nella seguente ricerca questo costrutto è stato operazionalizzato con la Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS; Trijsburg, Frederiks et al., 2002). Gli interventi del clinico devono favorire sia la mentalizzazione che sia lo sviluppo di meccanismi di difesa più evoluti nel paziente.

Per cui, sulla base ciò che è stato discusso sinora, le ipotesi alla base della ricerca sono:

- *Hp1*: Si suppone che la funzione riflessiva o mentalizzazione del paziente migliori nel corso della terapia e che più il clinico, nei suoi interventi, mentalizza più supporta questa funzione anche nel paziente. Questo viene sondato attraverso la Reflective Functioning Scale (RFS; Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998).
- *Hp2*: Ci si aspetta che i meccanismi di difesa dal paziente maturino durante la terapia diventando sempre più evoluti o si mantengano tali (Cahn, 1998). Inoltre, ci si aspetta che la loro frequenza decresca all'aumentare dei colloqui. Si presume anche che i meccanismi di difesa del clinico siano evoluti ed in funzione della terapia e dei suoi obiettivi e che siano poco frequenti. Questo viene indagato attraverso la Defense Mechanism Rating Scale (DMRS; Perry, 1990).
- *Hp3*: Si ipotizza anche che gli interventi del clinico siano più supportivi che esplorativi, e prevalentemente psicodinamici con l'obiettivo di rinforzare l'Io del paziente e le sue difese, a scapito di altre tecniche come quelle più cognitive e comportamentali. Quindi, essendo stata utilizzata come strumento di indagine la Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS), ci aspetteremo che gli interventi con più frequenza faranno parte delle categorie: facilitazione, supporto autoritario, processo direttivo, esperienziali e altri interventi. Viceversa, ci si aspetta con minore frequenza interventi psicodinamici e psicoanalitici. Inoltre, si prevede una riduzione o assenza nella frequenza di interventi quali: coaching, strutturali, comportamentali, cognitivi, procedure esperienziali e strategici (Trijsburg, Frederiks et al., 2002).



## CAPITOLO 5

### STRUMENTI DI ANALISI DEL PROCESSO TERAPEUTICO

#### 5.1. Strumenti di Analisi del Processo Terapeutico

Al caso di Alessio sono stati applicati tre strumenti: la Reflective Functioning Scale per indagare la mentalizzazione, la Defense Mechanism Rating Scale per indagare i meccanismi di difesa ed infine la Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale per la tipologia di interventi del clinico applicati durante le sedute di terapia.

##### 5.1.1 Reflective Functioning Scale

La funzione riflessiva, come già trattato in precedenza, è la capacità di comprendere i propri e gli altrui stati mentali di cui fanno parte i desideri, i pensieri, le credenze, i sentimenti, i quali portano al compimento di determinate azioni. Come già descritto la mentalizzazione ha a che fare con una predisposizione innata che si implementa sulla base della qualità delle relazioni genitore-bambino. Dunque, essa è stata operazionalizzata e quindi quantificata con la Reflective Functioning Scale (RFS; Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998). Inizialmente la seguente scala di valutazione è stata applicata all'Adult Attachment Interviews (AAI; George, Kaplan, & Main, 1996), un'intervista che sonda episodi significativi che gli adulti hanno vissuto da bambini con le loro figure di attaccamento, indaga anche com'è cambiata la loro relazione con i loro caregiver nel tempo e infine i legami che attualmente vivono con i loro figli. A seguito della narrazione raccolta viene analizzato il trascritto e codificata la coerenza e la mancata contraddittorietà del racconto, oltre la sua esaustività, secondo i principi della pragmatica della comunicazione (Hesse, 2016). L'obiettivo dell'AAI è sondare l'attaccamento dei genitori con i loro caregiver, il quale impatta sulla qualità del parenting e il legame attuale con i loro figli. Tuttavia, Fonagy et al. (1991), notarono che nei tracciati i pazienti tentavano di attribuire stati mentali a sé e agli altri, i quali muovevano a determinati comportamento e nell'AAI questi temi erano collocabili nella sottoscala di "Monitoraggio metacognitivo". Eppure, per Fonagy et. al, risultava riduttivo e superficiale, dunque, essi idearono una scala, inizialmente chiamata "Sé riflessivo" poi funzione riflessiva, per approfondire la capacità di mentalizzare. Successivamente, gli stessi autori (1998) hanno redato il *Manuale della funzione riflessiva*, il quale può essere sia applicato all'AAI, che ad altri tracciati in cui sono presenti contenuti di mentalizzazione.



Infatti, nel presente elaborato è stata siglata attraverso la Reflective Functioning Scale la capacità riflessiva, sia del clinico sia di Alessio, sui dieci trascritti dei colloqui.

In particolare, è stato attribuito un punteggio a domande del terapeuta quali: “Com’è la scuola nuova, come ti sei sentito? Invece, a casa con le restrizioni Covid com’era stato?”, o “Cos’hai pensato quando ti hanno detto che dovevi venire qua? Eri preoccupato?”, oppure “Secondo te perché la mamma è così preoccupata per la storia del computer?”.

Inoltre, sono stati siglati interventi del clinico in cui egli compie delle considerazioni o delle riformulazioni o ipotesi che spingono il paziente a mentalizzare, ad esempio “Chissà quanto ti arrabbi tu...” o “io però, mi chiedevo se magari pensandoci un po’insieme, se alla mamma non desse fastidio il fatto che tu possa usare tanto il computer e il telefono, perché era una cosa che faceva il papà. Siccome loro non si sono lasciati bene, la mamma è ancora arrabbiata con papà, allora mi chiedevo non è che dietro c’è questa cosa qua...”. Invece, ad Alessio è stato attribuito un punteggio sia quando risponde alle domande mentalizzanti del clinico, ad esempio “Allora come primo anno di scuola mi è sembrato più semplice della seconda e della terza media, anche se in alcuni tratti è stato abbastanza difficile...”, oppure “Più che rabbia, avevo paura”, o “Non lo so, può essere che la mamma pensi che mi mandino messaggi strani o robe del genere”. Sia quando a seguito di una considerazione del clinico egli è in grado di mentalizzare, oppure quando autonomamente attiva la capacità riflessiva ad esempio “Non mi piace arrabbiarmi, cioè quando mi arrabbio diciamo che perdo un po’ il controllo quindi meglio non arrabbiarmi e quando è stato l’anno scor...no due anni fa circa, non mi ricordo cosa era successo, però mi ricordo che mi sono arrabbiato talmente tanto eee tipo avevo rotto una sedia che l’avevo sbattuta. Cioè, non mi piace diventare così, non mi piace arrabbiarmi ed essere così quindi...”.

Nel Manuale della funzione riflessiva (1998), sono state specificate quattro categorie in cui è riconoscibile la mentalizzazione:

- Consapevolezza della natura degli stati mentali: questa categoria si può ritrovare quando un paziente si mostra consapevole che gli stati mentali altrui sono opachi e diversi dai propri. Ovvero si possono solo formulare ipotesi a riguardo ma la certezza su di essi non è presente, quindi, è importante tollerare la frustrazione del non comprendere a pieno lo stato mentale altrui. Oltre al fatto che a volte anche i propri sentimenti rimangono incompresi, oppure tendono ad essere modificati per proteggersi

dalla loro negatività e quindi vengono attuate delle difese.

- Esplicito sforzo di esplicitare gli stati mentali sottesi a certi comportamenti: tale indice si sigla quando il paziente tenta di attribuzione a sé e agli altri stati mentali sulla base di esperienze proprie pregresse. Pur concependo che certi sentimenti in determinate situazioni possono non essere collegati ad esse, oppure distorti dal momento. Inoltre, il soggetto riconosce che persone diverse percepiscono situazioni o comportamenti in modo differente e che lo stato mentale proprio può avere influenza su quello altrui, sulle loro azioni o reazioni. Infine, integrando punti di vista e opinioni diverse si può cambiare la percezione di un evento o di una relazione.
- Riconoscimento dello svilupparsi di aspetti degli stati mentali: questa categoria è visibile quando un individuo ha consapevolezza di una prospettiva intergenerazionale, per cui gli stati mentali si sviluppano dall'influenza reciproca tra genitore e bambino. In cui il caregiver deve essere in grado di rispecchiare le emozioni del bambino, così che quest'ultimo le integri e le regoli. Inoltre, il minore osservando le dinamiche familiari comprende che gli stati mentali di un individuo possono influenzare atteggiamenti e sentimenti degli altri; quindi, la famiglia viene vista come un nucleo interdipendente. Infine, gli stati mentali cambiano nel tempo dato che dall'infanzia all'età adulta la visione del mondo evolve come anche i sentimenti e le credenze, con nuove aspettative riguardo il futuro.
- Stati mentale in relazione all'intervistatore: questo indice è colto quando il soggetto comprende che gli altri individui possono non condividere i propri stati mentali o farlo in modo confusionario, quindi, si possono chiedere maggiori informazioni per chiarire ciò che viene riportato e aiutare l'altro ad avere maggiori consapevolezze sui propri stati interni. Tuttavia, occorre sintonizzarsi con l'altra persona ed essere disponibili emotivamente.

Dunque, nel tracciato dei colloqui quando e se sono presenti frasi o discorsi che contengono almeno una delle quattro categorie suddette, si siglano attribuendogli un punteggio su una scala da -1 a 9 e più esso aumenta più la funzione riflessiva risulta moderata-alta. Il punteggio -1 viene assegnato a risposte anti-riflessive ovvero ostili, negative, evasive dato che le domande possono essere vissute come inopportune. Oppure, risposte bizzarre, incomprensibili, inappropriate o letterali in cui non è presente un'elaborazione adeguata, quindi, la funzione riflessiva non è presente.

1 è attribuito quando c'è assenza, passività ma non rifiuto nel rispondere, ed esempio “non lo so, non potrei dire”. Oppure, spiegazioni generiche, concrete non elaborate a determinati comportamenti propri e altrui che non riportano alcun riferimento a stati mentali. Inoltre, possono essere presenti distorsioni al servizio del sé in cui si ha un'immagine di sé grandiosa, autostima ipertrofica, egocentrismo nei racconti riportati, pensiero magico, negazione di insuccessi attribuendo la colpa all'esterno, fino a prendersi il merito di successi non propri e senso di superiorità verso gli altri.

Un punteggio di 3 è indice di risposte dubbie o bassa funzione riflessiva in cui il paziente si sforza di mentalizzare, tuttavia, non sono presenti chiari riferimenti che rendono la funzione riflessiva esplicita, ovvero non sembra che il soggetto abbia realmente compreso i propri o altrui stati mentali. Oppure, l'utilizzo di cliché per esprimere ciò che la persona sente emotivamente, o le spiegazioni eccessivamente dettagliate e profonde ma non convincenti.

Invece 5 viene attribuito alle risposte in cui la mentalizzazione inizia ad essere definita, esplicita, ordinaria in cui gli stati mentali sono collegati ad un comportamento o alla relazione con un altro individuo.

Ad una marcata funzione riflessiva invece è attribuito 7, quando essa ha le caratteristiche del punteggio precedente ma non solo, essa risulta anche sofisticata, elaborata e complessa, sorprendente, originale nei contenuti in cui sono presenti anche più stati mentali in relazione tra loro; oppure, vengono posti in modo causale. Inoltre, il paziente è in grado di riconoscere che comportamenti, credenze, desideri si influenzano tra più persone, intersoggettivamente.

Infine, il punteggio massimo, il 9 viene attribuito ad una capacità di mentalizzare eccezionale, completa. Le risposte prendono in considerazione tutti i protagonisti in interazione, è coerente, sofisticata, causale ma deve avere un carattere personale facendo sentire l'interlocutore un confidente di cui egli si fida che gli permetta di sperimentare sentimenti unici e significativi.

Alla fine di ogni colloquio, dopo che sono stati attribuiti i punteggi alle frasi o dialoghi contenenti la funzione riflessiva sia del paziente che del clinico, sono state sondate per entrambi separatamente, la frequenza e l'intensità. Per la frequenza con cui è stata utilizzata la capacità di mentalizzare, si è contato il numero di volta che sono stati attribuiti punteggi alle frasi o ai discorsi. Invece, per l'intensità è stata calcolata la media

matematica tra i punteggi attribuiti nel singolo colloquio ad Alessio e separatamente quelli assegnati al clinico. Così da avere in totale quattro risultati diversi da osservare e confrontare, due del clinico e due del paziente.

### **5.1.2 Defense Mechanism Rating Scale**

I meccanismi di difesa sono operazioni mentali che gli individui attuano più o meno consapevolmente allo scopo di proteggersi dalle ansie e frustrazioni. Secondo la psicoanalisi essi si manifestano nel momento in cui affiorano al conscio, ovvero all'Io desideri, pensieri, pulsioni inaccettabili dall'Es. Quindi, l'Io è portato a proteggersi per mantenere la sua stabilità e sicurezza favorendo l'adattamento dell'individuo ed evitando impulsi incompatibili con la realtà (Cramer, 1998). Inoltre, secondo le teorie moderne essi servono per proteggere il sé dell'individuo, la sua integrità e autostima davanti a vergogna o vulnerabilità narcisistica (Cramer, 1998), ed entrano in gioco in condizioni normali ed influenzano il comportamento del soggetto. Il primo a parlarne è stato Freud, teorizzando come prima difesa la rimozione e sostenendo che i meccanismi sono utili per tenere lontani i pericoli, nonostante essi stessi possano diventarlo (Freud, 1937). Autori successivi come la figlia Anna Freud (1936) teorizzeranno nuovi meccanismi estendendo il lavoro di Freud, fino ad arrivare a strutturarne una gerarchia da quelli più primitivi che sono immaturi o patologici a quelli più evolutivi ed evoluti che sono più sani (Vaillant, 1977). La Klein (1946) afferma che essi sono principi organizzativi della vita psichica, infatti, ad oggi si osserva come in base alla struttura di personalità l'individuo abbia meccanismi di difesa diversi in quanto essi sono posti lungo un continuum adattivi-disadattivi (Lingardi, 2002). Infatti, personalità più compromesse a livello psicotico, borderline o disturbi di personalità tendono ad avere difese patologiche, primitive, rigide, inefficaci, non variegata le quali compromettono il funzionamento mentale portando ad un disadattamento. Viceversa, personalità più nevrotiche hanno meccanismi di difesa più evoluti, evolutivi e maturi i quali permettono di gestire i conflitti al meglio e potersi adattare. Le difese in relazione alla personalità, si possono osservare in terapia, nel modo di rapportarsi del paziente nella relazione con il clinico, quando ad esempio, i due provano a gestire i conflitti non risolti legati a oggetti interni del passato o della realtà esterna presente (Gabbard, 2018). Infatti, le difese sono elementi fondamentali che si possono osservare nei

pattern relazionali e ne permettono lo sviluppo più o meno adattivo, perciò si possono dividere in intrapsichiche, interpersonali o miste (Lingiardi, 2002).

A tal proposito Perry e Cooper (1986) definiscono i meccanismi di difesa non solo come intrapsichici ma prendono in considerazione sia le relazioni che l'ambiente esterno, infatti, i due autori sostengono che i meccanismi fungono da mediatori tra desideri e necessità, affetti e impulsi intrapsichici del soggetto e proibizioni interiorizzate e realtà dall'altro. Successivamente, Perry (1990) per operationalizzare il materiale teorico nella pratica clinica psicoanalitica e psicodinamica ed incentivare lo sviluppo di un asse diagnostico psicodinamico nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5, APA, 2013) ha ideato la Defense Mechanism Rating Scale (DMRS; Perry, 1990). Quest'ultima ha lo scopo di dedurre i meccanismi di difesa da narrazioni, sintomi, comportamenti riportati dal paziente durante le sedute di terapia, così da poterli misurare. Nello specifico riconosciamo la presenza di meccanismi di difesa se sono presenti irregolarità nel discorso, difficoltà prosodiche e nella fluenza verbale, contraddittorietà tra idee o testimonianze false. Oppure, cambio di argomenti o spostamenti rispetto al tema principale, oppure descrizioni distorte della realtà, di sé o degli altri. Inoltre, a livello affettivo può essere eccessivamente presente o all'opposto assente un'emozione quando invece ci si aspetta essa ci sia. Può verificarsi una mancata sintonia tra affetto e ciò che viene riportato, cambiamenti nel tono della voce, emozioni improvvise o incapacità di spiegare i sentimenti. Oppure comportamenti inaspettati, affermazioni provocatorie verso il terapeuta oppure vissuti di offesa ingiustificati (Lingiardi, 2002). Quindi, nei tracciati dei colloqui quando si osserva la presenza di una difesa essa va siglata, in particolare, la Defense Mechanism Rating Scale suddivide i meccanismi gerarchicamente; sostenendo che i più primitivi sono legati all'ambiente e alla difficoltà nel distinguere realtà da fantasia. Viceversa, i più evoluti sono intrapsichici. Con la DMRS, essi si possono valutare a livello qualitativo, quantitativo ed infine anche a livello di maturità. In totale i meccanismi sono 27 (Lingiardi, 2002) e sono distribuiti in 7 livelli:

*0. Cattiva o mancata regolazione difensiva:* Fallimento difensivo, per cui non è presente la capacità di far fronte agli stressor che porta ad una frattura rispetto alla realtà oggettiva, esterna, condivisa. I meccanismi che fanno parte di questa categoria sono tre: Diniego psicotico, Distorsione psicotica e Proiezione delirante; tuttavia, non sono presi in considerazione nella DMRS perché eccessivamente compromettenti.

1. *Acting*: Attivazione difensiva che fronteggia lo stress in modo polarizzato ed estremo o con azioni o con ritiri senza prendere in considerazione le conseguenze dei propri comportamenti. Di questo livello fanno parte:

- *Acting out*: Espressione di sentimenti, desideri, impulsi, fantasie inconscie con comportamenti incontrollati e senza considerare le conseguenze individuali e sociali, evita angoscia e dolore eliminando il pensiero e la riflessione.
- *Aggressione passiva*: Espressione di aggressività verso gli altri in modo indiretto, passivo. Sembra esserci una disponibilità verso l'altro ma si rivela finta, poiché spesso chiedono un compenso.
- *Help-reject complaining*: Uso di lamentele e richieste con cui il soggetto sembra chiedere aiuto, ma se gli viene offerto egli rifiuta, declinando anche qualsiasi suggerimento o consigli. Sembra una difesa legata all'impossibilità di dipendere dall'altro.

2. *Distorsione maggiore dell'immagine (difese borderline)*: Queste difese operano con distorsioni dell'immagine di sé o degli altri mantenendo una coesione e coerenza interna, evitando la frammentazione. Di esse fanno parte:

- *Identificazione proiettiva*: Meccanismo di difesa interpersonale, per cui un individuo proietta su un altro un affetto, un impulso o caratteristiche del sé o di un oggetto interno come se fosse l'altro ad aver dato vita a tale affetto/impulso, attuando comportamenti, pensieri e azioni in accordo con quanto proiettato. Non si disconosce ciò che è stato proiettato che viene interpretato come una reazione nei confronti dell'altro.
- *Scissione dell'immagine di sé o degli altri*: Compartimentalizza sé e l'altro, rende impossibile l'integrazione di parti buone e cattive, caratteristiche positive e negative in un'immagine coesa. Si osserva un'incompatibilità di due aspetti polarizzati e solitamente questa difesa è seguita infatti da idealizzazioni e/o svalutazioni.

3. *Diniego*: Respingere dalla consapevolezza le fonti di stress come impulsi, idee, affetti, responsabilità e può esserci o meno assegnazione a cause esterne. Osserviamo dunque:

- *Diniego*: Disconoscimento di aspetti della realtà esterna o interna che sono difficili da affrontare e che invece possono essere evidenti per altri individui.

- **Proiezione:** Attribuzione di propri stati mentali inaccettabili ad altri, solitamente persone da cui un individuo si sente minacciato o viceversa affine. A differenza dall'identificazione proiettiva, chi riceve la proiezione non si sente cambiato.
- **Razionalizzazione:** Giustificazioni, spiegazioni rassicuranti o funzionali al proprio sé per rendere tollerabile il proprio o l'altrui comportamento, le attitudini o le credenze ma esse non sono esatte.
- **Fantasia schizoide:** Affrontare conflitti emotivi o tensioni interne o esterne “sognando ad occhi aperti” evitando le situazioni interpersonali, non sapendo fronteggiare correttamente le situazioni ma ritirandosi nel proprio mondo interno.

4. *Distorsione minore dell'immagine (difese narcisistiche):* Attribuzioni errate all'immagine di sé, del proprio corpo o degli altri per mantenere la propria autostima. Esse sono meno compromesse rispetto alle difese border, di questa categoria fanno parte:

- **Idealizzazione:** L'individuo affronta conflitti o stress come se egli stesso o un'altra persona fosse superiore, perfetta e possedesse poteri speciali o capacità particolari, ma non è reale. Lo scopo è evitare disprezzo, invidia o rabbia.
- **Svalutazione:** Opposto dell'idealizzazione, attribuzione di aspetti esageratamente negativi ad un'altra persona o a sé stesso, è un meccanismo distruttivo ed è presente quando un individuo è invidioso.
- **Onnipotenza:** Assegnare a sé o alle altre persone caratteristiche esageratamente positive ma non sono realistiche.

5. *Inibizione mentale (difese nevrotiche):* Esclude dalla coscienza i conflitti o idee, affetti, desideri, ricordi stressanti deviando ciò che è inaccettabile o alterando o cambiando la fonte che li scaturlisce. Possono essere presenti o meno delle manifestazioni sintomatologiche. A questo livello appartengono:

- **Rimozione:** Incapacità di far affiorare a coscienza desideri, pensieri, eventi vissuti, idee disturbanti o spiacevoli nonostante spesso affiori l'arousal emotivo. La differenza della negazione è che la rimozione è rivolta a stati interni.
- **Dissociazione:** Alterazione spazio-temporale della propria integrità, essa si osserva nelle aree dell'identità, della memoria, della coscienza e il fine è mantenere un'illusione di controllo psicologico davanti ad impotenza e perdita di controllo. Così un individuo può agire al di fuori della propria coscienza.

- **Formazione Reattiva:** Trasformazione di pensieri, sentimenti, desideri, impulsi, comportamenti inaccettabili nel loro opposto.
- **Spostamento:** Generalizzare o trasferire ad un oggetto meno minaccioso ma con caratteristiche simili all'oggetto originario, un sentimento o una risposta inaccettabile.

6. *Inibizione mentale (difese ossessive):* Minimizza o neutralizza l'affetto legato ad un evento, ad un'idea, a un fatto accaduto ma non ne distorce la realtà. Di esso fanno parte:

- **Annullamento retroattivo:** Comportamenti, precisazioni o rielaborazioni che riparano simbolicamente o negano precedenti pensieri, sentimenti, azioni con implicazioni aggressive o sessuali che scatenano vergogna. Alla base c'è il pensiero magico per cui un individuo crede di poter modificare un determinato fatto.
- **Intellettualizzazione:** Affrontare stress, conflitti o sentimenti disturbanti con un eccessivo uso del pensiero astratto, esaltando aspetti culturali, filosofici.
- **Isolamento dell'affetto:** Separazione tra componente cognitiva e affettiva di un'esperienza, in quanto l'emotività è esclusa dalla coscienza per evitare sentimenti spiacevoli e troppo intensi.

7. *Difese mature:* Esse sono difese ottime per fronteggiare lo stress, risolvere i conflitti intrapsichici e relazionali così da adattarsi all'ambiente esterno al meglio. Esse aumentano la consapevolezza dei propri stati affettivi, delle proprie idee e delle loro conseguenze. Di questi meccanismi fanno parte:

- **Affiliazione:** Capacità di saper chiedere e ricevere aiuto, riconoscere il proprio stato di bisogno, permette di entrare in contatto con l'alterità e poter accettare uno stato di dipendenza.
- **Altruismo:** Affrontare i conflitti emotivi aiutando gli altri e soddisfacendo così i propri bisogni sociali e di attaccamento.
- **Anticipazione:** Prendere atto e ridimensionare i conflitti emotivi, tensioni o stress anticipando possibili scenari e prendendo in considerazione soluzioni diverse pensando a conseguenze future, considerando benefici successivi, così da posticipare la gratificazione immediata. L'anticipazione è realistica e prevede risposte future che sé stesso o un altro individuo potrebbero attuare.
- **Autoaffermazione:** Espressione di propri sentimenti, pensieri, capacità in situazioni stressanti ma in modo realistico e non manipolatorio.



- Autoosservazione: Saper riflettere sui propri pensieri, desideri, conflittualità, sentimenti, comportamenti in modo appropriato, è l'aver consapevolezza di sé.
- Repressione: Decisione volontaria, conscia di non prestare attenzione momentanea a determinati impulsi, pensieri, conflitti, desideri
- Sublimazione: Affrontare situazioni stressanti o conflittuali incanalando e neutralizzando sentimenti, pulsioni negative, dannose in comportamenti socialmente accettabili come le forme d'arte o lo sport o gli hobby e genera piacere e senso di autoefficacia nell'individuo.
- Umore: Cogliere elementi comici, ironici in situazioni difficili così da ridurre affetti spiacevoli e il disagio. Mantenendo una certa distanza e obiettività rispetto agli eventi e di riflettere sull'accaduto.

Nel Caso di Alessio si è scelto di analizzare tutti e 27 i meccanismi della DMRS. Infatti, nei traccati delle varie sedute sono state identificate e siglate le difese apponendo il meccanismo specifico alle frasi o ai dialoghi che lo contengono. Lo scopo è avere un'ottica completa dei meccanismi di difesa utilizzati per valutare eventuali cambiamenti difensivi che si possono realizzare durante la psicoterapia, il loro livello e la loro frequenza. Inoltre, sono state sondate anche le difese del clinico, le quali dovrebbero essere mature e poco frequenti.

### **5.1.3 Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale**

Un ulteriore strumento utilizzato nel seguente elaborato è la Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS; Trijsburg, Frederiks et al., 2002), la quale ha l'obiettivo di sondare la tipologia di interventi del terapeuta e la loro aderenza. In particolare, nel caso clinico di Alessio l'obiettivo è affermare che la psicoterapia psicodinamica supportiva abbia efficacia nel caso di un preadolescente in affido, quindi è utile indagare la pertinenza degli interventi del clinico con lo scopo perseguito. Nella scala utilizzata, in totale, sono presenti 81 tipologie di interventi, suddivisi in 15 diverse macrocategorie, le quali fanno riferimento ai vari orientamenti psicoterapeutici: esperienziali, psicodinamici, comportamentali, cognitivi, psicoanalitici, dinamici di gruppo e sistemici. Esse sono:

- Facilitazione: Questa categoria ha l'obiettivo di sostenere e facilitare il dialogo, legittimando i contenuti interni del paziente non giudicandoli bensì accettandoli in un

clima caldo, accogliente, armonico, sintonico, in cui i due sono particolarmente coinvolti. Gli interventi sono: empatia, accettazione, coinvolgimento, calore e rapporto.

- **Supporto autoritario:** Essa ha come scopo coinvolgere il paziente nel processo terapeutico, facendolo collaborare esplorando problematiche e cercando insieme delle soluzioni ai problemi. Oppure, rassicurando il paziente così da allontanare i suoi timori o riformulando in un'ottica diversa più positiva una determinata situazione o esperienza o attribuendo le cause di eventi fuori dalla sua responsabilità. Infatti, si osservano interventi di: collaborazione, rassicurazione diretta, responsabilità fuori dal paziente ed infine riformulazioni del problema.
- **Coaching:** Categoria più direttiva in cui il clinico apre i suoi schemi mentali e si pone come esperto in modo autorevole. Oppure egli spiega come funziona la terapia e il suo rationale, guida e controlla il paziente ponendo domande, introducendo argomenti o perseverando su determinati temi. Il terapeuta può anche dare consigli e suggerimenti o incoraggiare il paziente a continuare con determinati comportamenti, oppure esso si pone come insegnante che dà lezioni al suo discente. Gli interventi sono: incoraggiamento supportivo, clinico come esperto, guida esplicita, controllo attivo, consigli e approccio didattico.
- **Processo direttivo:** Essa contiene attività, compiti, soluzioni ai problemi che i pazienti discutono con il clinico, ma che possono provare da sé al di fuori della terapia. In questo caso il terapeuta potrebbe anche portare esperienze personali e proporle come modalità di risoluzioni a determinate situazioni. Oppure il clinico sfida il paziente facendo domande o osservazioni provocatorie, per farlo riflettere sul suo punto di vista. Di questa categoria fanno parte anche i riassunti di sedute precedenti, oppure spiegazioni del motivo per cui determinati contenuti in terapia si affrontano al momento corretto. Osserviamo quindi: Self-disclosure, esplorazioni di attività, spiegazione della direzione delle sedute, riassunti e sfide.
- **Strutturazione:** Questa categoria è più logica-organizzativa, infatti, vengono strutturate le sedute quindi i contenuti che verranno discussi in terapia, in che ordine e quando saranno affrontati. Fa parte della strutturazione anche l'assegnazione di compiti da eseguire prima dell'incontro successivo in cui verranno poi controllati, essi possono anche essere organizzati in scheduling o planning o diari in cui il paziente registra pensieri, sentimenti, attività. Per cui di essa fanno parte: strutturare e seguire

l'agenda, assegnare e controllare i compiti, pianificare attività e l'automonitoraggio.

- **Comportamentale:** Essa ha l'obiettivo di praticare nuovi modi per entrare in contatto con gli altri e avviene in terapia attraverso esercizi di modeling, role-play, training delle abilità sociali e assertive e rilassamenti. Essa è composta da interventi in cui: si esplorano nuovi modi di comportarsi con gli altri, la relazione terapeutica come modello, skill training e procedure comportamentali.
- **Cognitive:** La seguente categoria esamina le convinzioni, i pensieri, le credenze, i significati personali del paziente e la relazione con i sentimenti. Inoltre, essa è utile per identificare gli errori cognitivi e le ipotesi di fondo che interpretano la realtà, lavorando così sulle evidenze distorte, per testarne la validità e la prospettiva futura di queste. Andando così a cercare spiegazioni alternative e rendere le credenze più adattive. Fanno parte di essa interventi quali: temi cognitivi, relazione tra pensieri e sentimenti, registrare e riportare le cognizioni, esplorare significati personali dei pensieri, riconoscere gli errori cognitivi, identificare le ipotesi di fondo, allontanare le convinzioni, esaminare le evidenze disponibili, verificare le credenze prospetticamente, cercare spiegazioni alternative, conseguenze realistiche, valore adattivo, praticare la risposta razionale.
- **Esperienziali:** L'obiettivo di questa categoria è porre attenzione ai contenuti emotivi e gli affetti sperimentati fisicamente dal paziente durante la terapia, collegando ai segnali non verbali i sentimenti del paziente. Rendendolo anche consapevole delle emozioni inesprese suscitate dal clinico. Oppure rivivendo problematiche esterne in seduta così da comprendere al meglio le reazioni affettive. Infine, il clinico cerca di incoraggiare il paziente ad approfondire un contenuto implicitamente con una guida accennata. Gli interventi che fanno parte di questa categoria sono: enfatizzare i sentimenti, guida sottile, collegare gli interventi ai cue non verbali, focalizzarsi sull'esperienza presente, riconoscere e avere consapevolezza dei sentimenti inespressi, sollecitare il feedback del paziente, evocare relazioni problematiche e utilizzare la relazione terapeutica per spiegare la reazione verso gli altri.
- **Procedure esperienziali:** Essa consiste nell'aiutare il paziente a porre in dialogo due aspetti opposti di sé. Oppure, sbloccare il paziente nell'espressione di sé, delle proprie idee o sentimenti verso un'altra persona evocandola in immaginazione su una sedia vuota e lasciando che il paziente si esprima. I due interventi sono: dialogo a due

per rompere i conflitti e dialogo a sedia vuota per le questioni in sospeso.

- Psicoanalitico: Essa ha lo scopo di esaminare sentimenti che non sono mostrati dal paziente ma che sono evidenti in quello che riporta e che risultano inaccettabili. Oppure essa indaga esperienze pregresse, ponendole in relazione al presente e interpretando meccanismi di difesa o desideri respinti, sentimenti o idee, oppure interpretazioni di transfert. Di essa fanno parte: silenzi, porre attenzione su sentimenti inaccettabili, esplorazione di esperienze passate, connettere il presente con il passato, interpretazioni delle difese e di desideri, interpretazioni di desideri, sentimenti o idee e connessione tra la relazione terapeutica e altre.
- Psicodinamico: Essa consiste nel presentare al paziente i pensieri, i sentimenti, i desideri dolorosi e problematici. Porre in luce pattern o temi di comportamento ricorrente anche a livello relazionale mostrando parallelismi e uguaglianze tra più modelli interpersonali. Infine, ipotizza collegamenti tra avvenimenti nel qui ed ora e il passato o con sedute precedenti. Questa categoria è composta da: confrontazioni, modelli di comportamento o esperienziali, modelli relazionali e collegamento tra ipotesi.
- Strategici: Categoria che prevede interventi apparentemente non conformi in relazione a determinate sintomatologie o comportamenti, o porre rituali ripetitivi o dare indicazioni che il paziente può scegliere se seguire o meno. Di essa fanno parte: interventi paradossali, apporre rituali e assegnazioni ambigue.
- Interventi dinamici di gruppo: Parlare delle esperienze provate in gruppo, oppure, incoraggiare i vari membri che lo compongono a chiarire ciò che dicono, riformulare, riassumere o dire la propria opinione su qualcosa che qualcun altro ha riportato. Mostrare le differenze di comportamenti, attitudini ed esperienze provate dai vari componenti del gruppo, creando spazi di comunicazione. Di essa fanno parte: approfondimenti dell'esperienza individuale in gruppo, stimolare la comunicazione interpersonale, feedback personale sul qui ed ora, chiarificazioni delle interazioni e dei processi di gruppo, dare spazio.
- Sistemici: In questa categoria non si lavora solo sul paziente ma a livello sistemico su più partecipanti ad esempio nelle terapie familiari, si chiede ad un membro della famiglia di modificare alcuni comportamenti o alcune credenze. Nel caso dei genitori lo scopo è favorire il loro ruolo di educatori e costruire una nuova relazione con i figli più positiva. Inoltre, in seduta si possono osservare le interazioni genitore-

bambino così da poter modificare eventuali errori e favorire maggiore dialogo. Di essa fanno parte: interventi focalizzati su altri partecipanti rispetto ai “pazienti”, modellare la pratica genitoriali, allenare le interazioni durante la seduta e preparare i singoli partecipanti per le successive interazioni in sessione di terapia.

- Altri interventi: Questa categoria favorisce l’indipendenza del paziente, così che egli pensi alle soluzioni invece di averle. Il clinico pone molte domande, esorta il paziente ad approfondire con maggiori dettagli un racconto. Inoltre, egli chiarifica e riformula con parole diverse ciò che viene detto dal paziente in modo da esplicitare determinati contenuti che prima non erano così visibili. Anche l’uso di metafore fa parte di questa categoria. In particolare, gli interventi sono: indipendenza, chiedere informazioni o elaborazioni, chiarificazioni, riformulazioni con parole diverse, riformulare comportamenti in modo non esplicitamente riconosciuti prima e le metafore.

Quindi la CPIRS è una scala di valutazione eterogenea e copre un ampio numero di indirizzi teorici. Nel caso di Alessio si è scelto di siglare gli interventi del clinico, nei tracciati dei colloqui, in base alle macrocategorie descritte sondando così la loro frequenza e come essi variano nel corso delle sedute.



## CAPITOLO 6

### RISULTATI

Per verificare le ipotesi ed effettuare le analisi descrittive si è scelto di prendere in considerazione le 10 sedute a cui Alessio ha partecipato, indagandone l'andamento generale. Inoltre, si è deciso di dividere la terapia in tre fasi specifiche:

Fase 1: Dalla prima seduta alla quinta seduta, periodo in cui si sono svolti i primi tre incontri di consultazione in cui il clinico e Alessio si sono conosciuti e hanno concordato di dare inizio alla terapia, nonostante qualche incertezza da parte del ragazzo, il quale appare insicuro e afferma di non avere molte cose di cui parlare. Nella quarta e quinta seduta sono stati trattati i temi della rabbia e della solitudine di Alessio ed è stato stabilito l'obiettivo da raggiungere per mezzo del percorso terapeutico, ovvero trovare strategie adattive per gestire le emozioni forti.

Fase 2: Di essa fanno parte la settima e ottava seduta, in quanto la sesta è stata saltata da Alessio, dato che la mamma il giorno dell'incontro ha interrotto bruscamente il suo affido familiare e lui si è trovato in forte difficoltà, per cui ha preferito non presentarsi al colloquio. Nelle seguenti due sedute si tratterà principalmente dell'affido familiare interrotto, della scuola e delle liti con i genitori ma Alessio tende ad essere silenzioso e poco collaborante, tanto da accennare che non ha molta "voglia" di proseguire la terapia.

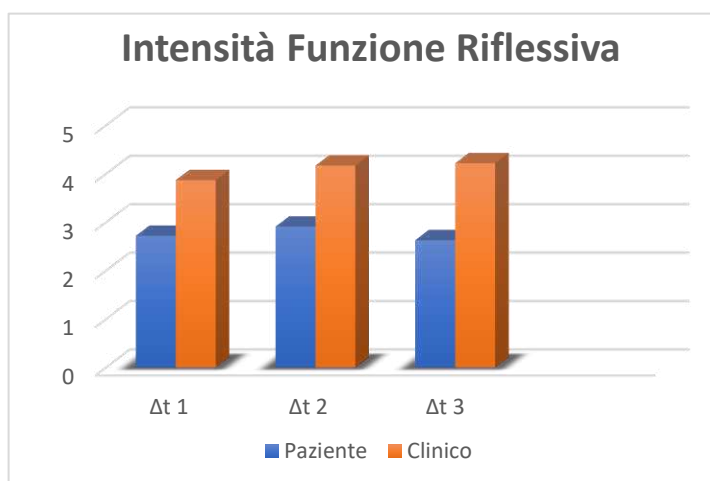
Fase 3: Di questa fase fanno parte gli ultimi tre incontri ovvero dalla undicesima alla tredicesima seduta, mentre alla nona e alla decima Alessio non ha presenziato. Il ragazzo nelle ultime sedute si presenta molto silenzioso e afferma ripetutamente di voler concludere la terapia, in quanto non sente il bisogno di proseguirla. Il clinico cerca di farlo riflettere il più possibile, invitandolo a prendere più tempo per decidere definitivamente se interrompere o meno le sedute. Inoltre, il terapeuta insiste molto sul fatto che Alessio "porta pesi molto faticosi, meglio dividerli a metà", tuttavia una difficoltà del ragazzo è proprio quella di accettare l'aiuto offerto, quindi, nonostante le considerazioni del clinico la terapia si conclude.

Dunque, inizialmente sono state calcolate la frequenza e l'intensità della funzione riflessiva nei 10 colloqui e successivamente suddivise nelle 3 fasi, per mezzo della SFR, sia del clinico che del paziente, osservandone l'andamento (Tabella 1).

Tabella 1. *Media e SD nei 10 colloqui e nelle 3 fasi della terapia e le variabili considerate*

	Frequenza SRF paziente	Frequenza SRF clinico	Intensità SRF paziente	Intensità SRF clinico
Media totale	18,9	19,9	2,73	4,04
<i>SD totale</i>	7,52	6,74	0,39	0,44
Media $\Delta t 1$	19,2	19,8	2,72	3,87
<i>SD <math>\Delta t 1</math></i>	11,18	9,98	0,39	0,60
Media $\Delta t 2$	18	19	2,91	4,17
<i>SD <math>\Delta t 2</math></i>	0	1,41	0,51	0,17
Media $\Delta t 3$	19	20,67	2,63	4,22
<i>SD <math>\Delta t 3</math></i>	1,73	1,52	0,48	0,08

Riguardo alla frequenza della funzione riflessiva del paziente, possiamo osservare che sia nei dieci colloqui considerati complessivamente, sia nelle 3 fasi separatamente, la media è abbastanza costante il ragazzo tende a mentalizzare circa 19 volte per colloquio, come anche il clinico. Invece, la qualità della mentalizzazione del clinico tende ad essere maggiore rispetto a quella del paziente e avere circa una media di 4 nelle varie fasi della terapia. Tuttavia, ha un'intensità più bassa nella prima fase della terapia (Grafico 1).



*Grafico 1.* Intensità media SRF del paziente e del clinico, durante le 3 fasi della terapia.

Riguardo i meccanismi di difesa, nelle tabelle 2 e 3 sono stati riportati gli andamenti per cluster, così da osservarne la frequenza totale nelle dieci sedute ed anche nelle tre fasi della terapia. In appendice, saranno riportati gli andamenti riguardo ai singoli meccanismi di difesa.

*Tabella 2. Media e SD dei meccanismi di difesa del paziente racchiusi nei 7 livelli della DMRS, sondati sia nei 10 colloqui che nelle 3 fasi della terapia.*



PAZIENTE	Acting	Difese border	Diniego	Difese narcisistiche	Difese nevrotiche	Difese ossessive	Difese mature
Media totale	1,7	0,6	11,7	2,6	6,6	2,5	6,5
<i>SD totale</i>	<i>1,15</i>	<i>0,96</i>	<i>4,76</i>	<i>2,01</i>	<i>2,41</i>	<i>1,43</i>	<i>3,30</i>
Media $\Delta t 1$	1,8	1	11,4	2,8	6	3	6
<i>SD <math>\Delta t 1</math></i>	<i>0,83</i>	<i>1,22</i>	<i>5,68</i>	<i>1,64</i>	<i>1,58</i>	<i>1,58</i>	<i>3,87</i>
Media $\Delta t 2$	3	0,5	9,5	1	5	2,5	8
<i>SD <math>\Delta t 2</math></i>	<i>1,41</i>	<i>0,70</i>	<i>0,70</i>	<i>0</i>	<i>4,24</i>	<i>0,70</i>	<i>0</i>
Media $\Delta t 3$	0,66	0	13,66	3,33	8,66	1,66	6,33
<i>SD <math>\Delta t 3</math></i>	<i>0,57</i>	<i>0</i>	<i>5,13</i>	<i>3,05</i>	<i>1,52</i>	<i>1,52</i>	<i>4,04</i>

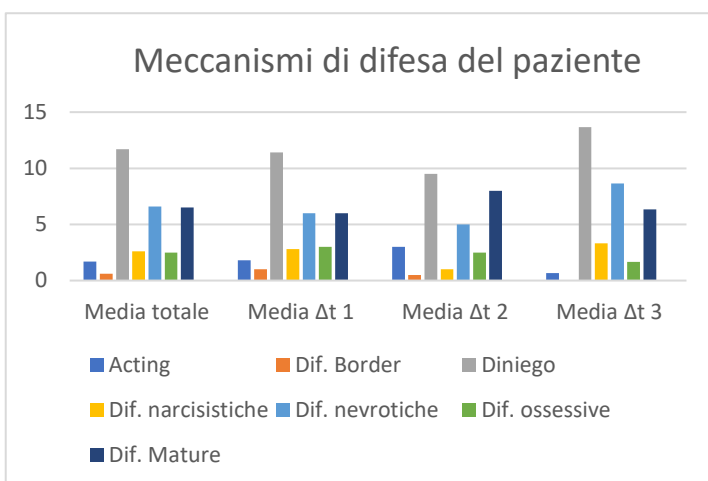


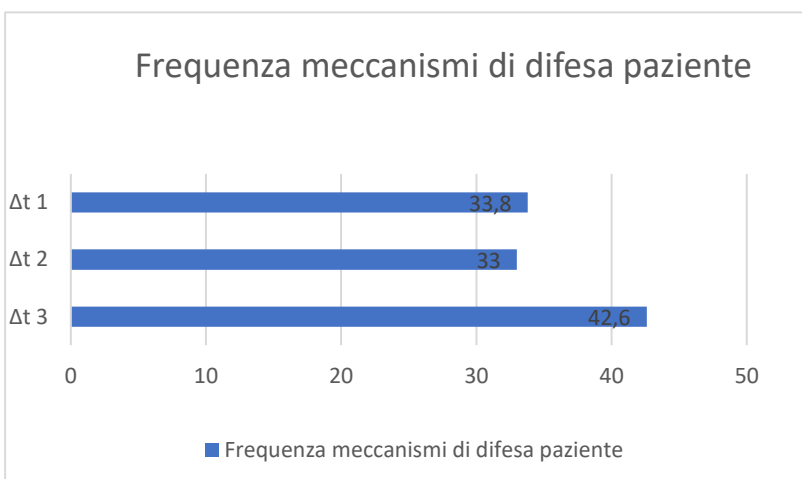
Grafico 2. Media dei 7 livelli della DMRS del paziente, delle 10 sedute e delle 3 fasi della terapia.

Nei dieci colloqui totali, si osserva una frequenza maggiore di meccanismi quali diniego (36,33%), difese nevrotiche (20,50%) e mature (20,1%), le quali fanno parte di difese più di alto livello (Gabbard, 2015). Invece, abbiamo minore frequenza di quelle narcisistiche (8,07%), ossessive (7,76%), acting (5,26%) e infine, le difese border (1,86%) sono quasi assenti (Grafico 2). Nello specifico osserviamo che il livello più utilizzato nei vari momenti della terapia è il diniego, il quale ha un aumento spiccato nella terza fase, in particolare se osserviamo i singoli meccanismi in tutte e tre le fasi la negazione e la razionalizzazione sono maggiormente utilizzate con entrambe una media di 5,7 seguite poi da scarse proiezioni con una media di 0,3 mentre la fantasia autistica è assente. Il secondo livello più utilizzato ovvero le difese nevrotiche risultano avere un andamento ad U con un calo nella seconda fase della terapia e un aumento ingente nella terza fase. In particolare, sono frequenti le rimozioni con una media di 4,4 questa difesa ha un andamento decrescente dopo il primo periodo e un aumento nel terzo. Essa è seguita da spostamenti con una frequenza crescente nelle tre fasi dei colloqui ed una media del 1,7. Invece, la formazione reattiva è scarsa con una media di 0,5 per colloquio e la dissociazione risulta assente. Infine, le difese mature che sono per la loro frequenza terze, hanno un andamento

a campana con un aumento nella seconda fase. Nello specifico Alessio utilizza molte auto-osservazioni con una media di 5,3 a seduta e in particolare hanno maggiore frequenza nella seconda fase. Esse sono seguite da auto-affermazioni con una media di 2,6 a colloquio, le quali hanno un incremento notevole nella terza fase della terapia. Inoltre, sono presenti anticipazioni la cui media è 1,3 e l'umorismo con una media di 1,2, mentre sono praticamente assenti meccanismi di affiliazione, sublimazione e repressione.

Nei successivi livelli che hanno minore frequenza osserviamo difese narcisistiche, le quali risultano scarse nella seconda fase della terapia, mentre nella prima e terza fase quella maggiormente utilizzata è la svalutazione con una media di 1,2. Invece le difese ossessive sono più frequenti nella prima fase della terapia e poi hanno un andamento decrescente, la difesa principalmente utilizzata è l'annullamento retroattivo con una media di 1,4. Infine, gli acting risultano molto scarsi se non nella seconda fase della terapia in cui Alessio tende ad utilizzare l'aggressività passiva e l'ipocondriasi che in media risultano essere la prima di 1,1, la seconda di 0,4 per seduta. L'ultimo livello presente ovvero, le difese border già mancanti, decrescono e arrivano ad essere nulle nella terza fase della terapia.

Un altro aspetto da considerare riguardo i meccanismi di difesa del paziente è che all'aumentare del numero dei colloqui, essi dovrebbero essere meno frequenti, per cui Alessio dovrebbe difendersi meno. Questo è stato sondato nelle tre fasi della terapia e viene riportato nel Grafico 3.



*Grafico 3. Frequenza dei meccanismi di difesa del paziente distribuiti nelle 3 fasi della terapia.*

*Tabella 3. Media e SD dei meccanismi di difesa del clinico racchiusi nei 7 livelli della DMRS, sondati sia nei 10 colloqui e nelle 3 fasi della terapia.*

CLINICO	Acting	Difese border	Diniego	Difese narcisistiche	Difese nevrotiche	Difese ossessive	Difese mature
Media totale	0,4	0	0,4	0,1	1	0	6,5
<i>SD totale</i>	<i>0,69</i>	<i>0</i>	<i>0,69</i>	<i>0,31</i>	<i>0,81</i>	<i>0</i>	<i>3,30</i>
Media $\Delta t 1$	0	0	0,8	0	0,8	0	6
<i>SD <math>\Delta t 1</math></i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0,83</i>	<i>0</i>	<i>0,83</i>	<i>0</i>	<i>3,87</i>
Media $\Delta t 2$	0,5	0	0	0	0,5	0	8
<i>SD <math>\Delta t 2</math></i>	<i>0,70</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0,70</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Media $\Delta t 3$	1	0	0	0,33	1,66	0	6,33
<i>SD <math>\Delta t 3</math></i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0,57</i>	<i>0,57</i>	<i>0</i>	<i>4,04</i>

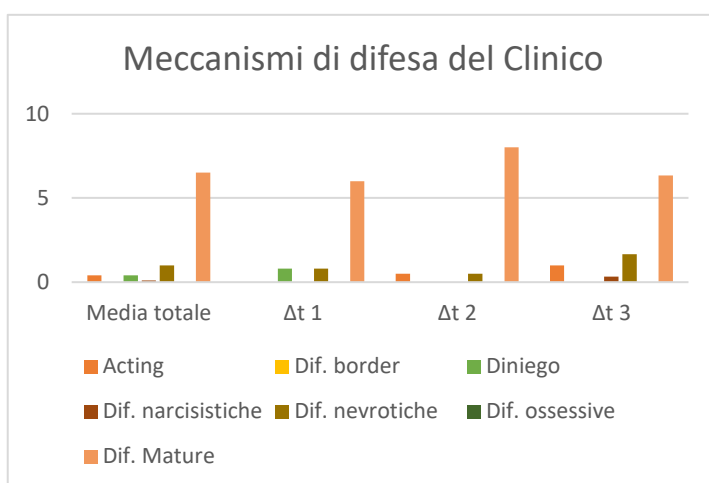


Grafico 4. Media dei 7 livelli della DMRS del clinico, delle 10 sedute e delle 3 fasi della terapia.

Nei dieci colloqui totali il livello, dei meccanismi di difesa del clinico, prevalente è quello maturo (77,38%), seguito da difese nevrotiche (11,90%), qualche diniego (4,76%) e acting (4,76%) e quasi assenti difese border (1,19%) (Grafico 4). Non si osservano né difese ossessive né narcisistiche. In particolare, osserviamo che in tutte e tre le fasi della terapia il clinico utilizza difese mature, con un picco in quella centrale. Più nel dettaglio vediamo che il meccanismo più utilizzato in tutti i momenti della terapia è l'umorismo, seguito da anticipazioni e auto-osservazioni. Invece, le difese nevrotiche sono maggiormente presenti nell'ultima fase della terapia. Infine, le difese di acting risultano essere più frequenti anch'esse nell'ultima parte della terapia e si osserva aggressività passiva da parte del clinico, verso il paziente. Viceversa, le difese di diniego sono più presenti nella prima fase delle sedute con razionalizzazione. L'unica difesa narcisistica del clinico è presente nella terza fase, ed è la svalutazione.

Inoltre, un altro aspetto da considerare riguardo i meccanismi di difesa del clinico è che essi dovrebbero essere poco frequenti in tutte le fasi della terapia. Questo è stato sondato e ci viene riportato nel Grafico 5.

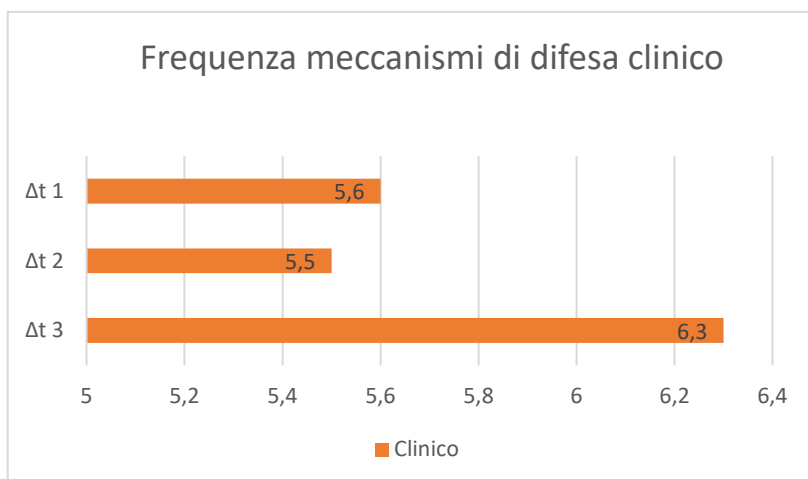


Grafico 5. Frequenza dei meccanismi di difesa del clinico distribuiti nelle 3 fasi della terapia

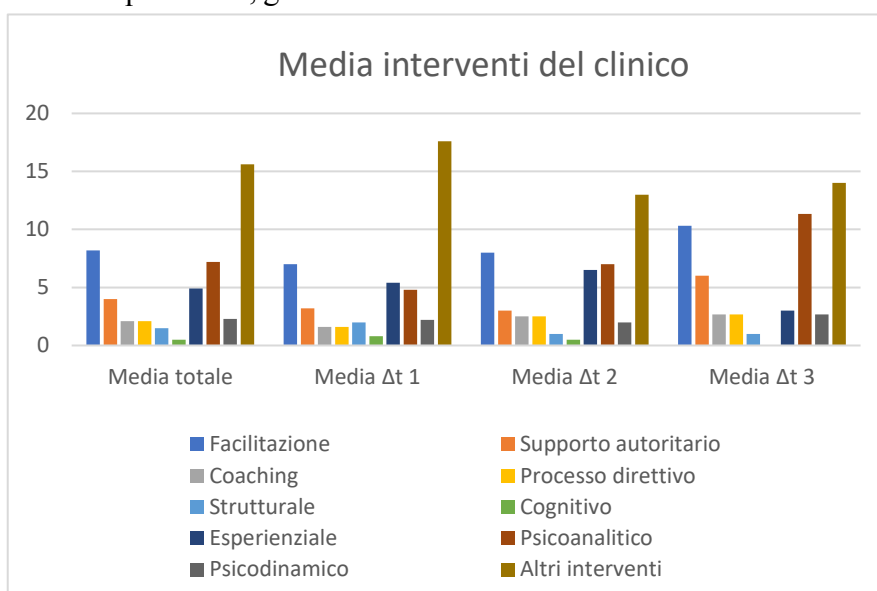
Infine, sono stati indagati gli interventi del terapeuta con la scala CPIRS, sia sui dieci colloqui che sia nelle tre fasi della terapia, osservando i più utilizzati e il loro andamento (Tabella 4). Nella descrizione non saranno inclusi interventi comportamentali, strategici, le procedure esperienziali, dinamici di gruppo e sistemici in quanto non sono stati mai utilizzati nel corso della terapia dal clinico.

Tabella 4. Media e SD degli interventi del clinico durante i 10 colloqui di terapia e le tre fasi.

CPIRS	Facilitazione	Supp. Autor.	Coaching	Proc. Dirett.	Strutturale	Cognitivo	Esperienz.	Psico Analit.	Psico Dinam.	Altri interv.
Media totale	8,2	4	2,1	2,1	1,5	0,5	4,9	7,2	2,3	15,6
SD totale	2,97	1,88	1,85	0,87	1,71	0,97	2,07	4,75	1,49	3,02
Media Δt 1	7	3,2	1,6	1,6	2	0,8	5,4	4,8	2,2	17,6
SD Δt 1	2,55	1,30	2,19	0,89	2,23	1,30	2,19	3,70	1,30	1,51
Media Δt 2	8	3	2,5	2,5	1	0,5	6,5	7	2	13
SD Δt 2	2,82	1,41	2,12	0,70	1,41	0,70	0,70	1,41	0	4,24
Media Δt 3	10,33	6	2,67	2,67	1	0	3	11,33	2,67	14
SD Δt 3	3,5	1,73	1,52	0,57	1	0	1	5,77	2,51	2,64

Nei dieci colloqui il clinico utilizza con maggiore frequenza altri interventi (32,23%), essi sono seguiti da facilitazioni (17%) e interventi psicoanalitici (14,85%). Invece, osserviamo che interventi esperienziali (10,1%), di supporto autoritario (8,26%) e psicodinamici (4,9%) hanno una media inferiore rispetto ai precedenti, mentre sono poco frequenti

interventi di coaching (4,33%), processo direttivo (4,33%), strutturali (3,09%) e sono quasi assenti quelli cognitivi (1,03%). Nello specifico, si può osservare (Grafico 6) che nella prima fase della terapia gli altri interventi sono molto frequenti e successivamente tendono a diminuire. Invece, le facilitazioni nelle varie fasi tendono ad incrementare, ugualmente gli interventi psicoanalitici tendono a triplicare. Gli interventi esperienziali tendono ad avere un incremento soprattutto nella seconda fase della terapia, calando poi nella terza fase. A seguire osserviamo che il supporto autoritario appare spiccato nell'ultimo periodo. Invece, si può osservare che i processi psicodinamici tendono ad avere un andamento costante, gli interventi di coaching e di processo direttivo hanno lo stesso andamento e la stessa media nonostante entrambe siano più frequenti nelle ultime due fasi dei colloqui. Infine, gli interventi strutturali tendono a decrescere nel percorso terapeutico



come anche quelli cognitivi.

*Grafico 6.* Media e SD degli interventi del clinico durante i 10 colloqui di terapia e le tre fasi.

Successivamente, è stata verificata la presenza di eventuali correlazioni, per fare ciò è stato impiegato il coefficiente di correlazione Rho di Spearman per distribuzioni non parametriche, basato su ranghi percentili. Il coefficiente misura sia la forza che la direzione della relazione tra i ranghi di variabili sia quantitative che qualitative ordinali non distribuite gaussianamente ma non la causalità. Infatti, quest'ultimo assume valori compresi tra -1 e +1 ( $-1 < r < +1$ ), questi due indicano una correlazione perfetta negativa o positiva. Invece valori pari a 0 indicano una correlazione nulla, per cui non è presente nessuna relazione tra i ranghi. Inoltre, per analizzare la relazione tra le variabili si considera l'effect size, ovvero la misura dell'associazione, facendo riferimento ai parametri di Cohen (1988): se rho ha un valore positivo o negativo compreso tra .1 - .3 la forza della relazione

è piccola, se rho ha un valore sempre positivo o negativo tra .3 - .5 l'effetto è medio, infine se rho ha un valore positivo o negativo maggiore o uguale a .5 le due variabili correlano. Invece, a livello di significatività la correlazione deve avere un valore minore o uguale a .05

Nello specifico, nel caso di Alessio sono state prese in considerazione tutte le variabili ovvero la capacità di mentalizzare ed i meccanismi di difesa sia del paziente che del clinico e gli interventi di quest'ultimo, nel corso delle dieci sedute. Infatti, si osserva che all'aumentare del numero di colloqui diminuisce il diniego del clinico ed aumentano o diminuiscono gli interventi psicoanalitici, inoltre diminuiscono quelli di elaborazione, chiarificazione, riformulazione o uso di metafore, catalogate come "altri interventi" (Tabella 5).

Tabella 5. *Correlazione tra i dieci colloqui e le variabili: Diniego Clinico, Interventi Psicoanalitici e Altri interventi*

	Diniego Clinico		Inter. Psicoanalitici		Altri interventi	
	Rho	Sign.	Rho	Sign.	Rho	Sign.
Tempo/colloqui	-,674	0,033	,851	0,002	-,775	0,008

Inoltre, tutte le variabili sono poste in relazione tra loro, infatti, risulteranno correlazioni tra variabili riguardanti solo il paziente, solo il clinico ed entrambe paziente e clinico che sono le più importanti, in quanto si osserva l'influenza tra i due nel corso della terapia.

Prendendo in considerazione le correlazioni tra variabili riguardanti solo il paziente (Tabella 3, in appendice), osserviamo la presenza di significatività tra difese mature e difese ossessive, per cui all'aumentare delle une, crescono anche le altre o al diminuire delle une decrescono anche le altre.

Invece tra le variabili riguardanti il clinico (Tabella 4, in appendice) osserviamo una prima correlazione negativa tra la frequenza della funzione riflessiva, la quale aumenta, con il diniego del terapeuta, il quale diminuisce ma è vero anche il contrario. Inoltre, osserviamo che più o meno volte il clinico mentalizza, più o meno aumentano gli interventi cognitivi e viceversa. In più è evidente come le difese di diniego del clinico correlino inversamente con gli interventi psicoanalitici, i quali decrescono ma è vero anche il contrario; invece, sempre rispetto al diniego del clinico, aumentano o diminuiscono gli altri interventi con una correlazione positiva.

A livello di interventi del clinico (Tabella 5, in appendice), vediamo che la facilitazione

correla positivamente con il processo direttivo, quindi, all'aumentare o al diminuire dell'uno, aumenta o diminuisce anche l'altro. Invece, il supporto autoritario correla negativamente con gli interventi esperienziali per cui all'aumento degli uni, diminuiscono gli altri. Il coaching correla inversamente sia con gli interventi cognitivi, sia con gli interventi esperienziali per cui al decrescere degli interventi più direttivi del clinico, aumentano gli altri due e viceversa. Gli interventi cognitivi correlano positivamente con quelli esperienziali per cui aumentano o diminuiscono entrambe. Gli interventi psicoanalitici invece correlano negativamente con gli altri interventi per cui all'aumento degli uni, diminuiscono gli altri o viceversa.

Infine, nella tabella 6 vengono riportate le correlazioni tra variabili riguardanti il paziente ed il clinico.

Tabella 6. Correlazioni tra variabili riguardanti il paziente e il clinico

			FR paziente		7 Livelli dei meccanismi di difesa del paziente						
			Freq.	Intens.	Acting	Border	Di-niego	Nar-cisi.	Nevrot.	Ossess.	Mature
FR clinico	Freq.	Rho	,848**	0,103	0,063	-0,062	,772**	0,093	-0,177	0,267	0,085
		Sign.	0,002	0,777	0,862	0,864	0,009	0,799	0,625	0,456	0,815
	Intens.	Rho	0,317	0,37	-0,279	0,187	,687*	-0,352	-0,061	-0,068	-0,427
		Sign.	0,372	0,293	0,435	0,604	0,028	0,319	0,867	0,851	0,219
7 livelli meccanismi di difesa del clinico	Acting	Rho	0	0,494	-0,247	-0,167	-0,079	-0,298	0,452	-0,069	-0,249
		Sign.	1	0,146	0,492	0,644	0,828	0,404	0,189	0,85	0,488
	Border	Rho	.	.	.	.	.	.	.	.	.
		Sign.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Di-niego	Rho	-,769**	-0,247	-0,223	0,296	-0,575	0,286	0,034	-0,184	-0,192
		Sign.	0,009	0,491	0,535	0,407	0,082	0,423	0,926	0,61	0,595
	Nar-cisi.	Rho	0,234	0,058	-0,243	-0,266	-0,349	-0,532	0	-0,535	-0,467
		Sign.	0,516	0,873	0,499	0,458	0,323	0,113	1	0,111	0,174
	Nevrot.	Rho	0,294	-0,405	-0,07	-0,566	-0,113	0,229	0,362	0	0,294
		Sign.	0,41	0,246	0,847	0,088	0,757	0,525	0,304	1	0,41
	Ossess.	Rho	.	.	.	.	.	.	.	.	.
		Sign.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Mature	Rho	0,021	-0,152	0,453	-0,481	0,168	0,472	-0,052	,644*	1,000**	
	Sign.	0,953	0,674	0,189	0,159	0,642	0,168	0,886	0,045	.	
Interventi del clinico	Facilitaz.	Rho	0,337	-0,111	-0,19	0,077	0,25	0,536	0,523	-0,114	0,139
		Sign.	0,34	0,761	0,599	0,832	0,486	0,11	0,121	0,755	0,701
	Supp. Autor.	Rho	0,066	-0,305	-0,56	-0,26	0,238	0,054	,843**	-0,319	-0,198
		Sign.	0,857	0,391	0,092	0,468	0,509	0,882	0,002	0,368	0,584
		Rho	-0,278	-0,356	-0,336	0,258	-0,255	0,003	,675*	-,658*	-0,355

Coaching	Sign.	0,436	0,313	0,343	0,471	0,477	0,993	0,032	0,039	0,314
	Rho	0,317	-0,257	0,03	-0,4	0,193	0,203	0,455	0,138	0,333
Proc. Dirett.	Sign.	0,373	0,474	0,934	0,251	0,593	0,574	0,186	0,703	0,348
	Rho	-0,39	0,514	-0,112	0,421	-0,059	-0,282	0,383	0,18	-0,445
Strutturale	Sign.	0,266	0,128	0,757	0,226	0,872	0,43	0,274	0,618	0,197
	Rho	0,622	-0,022	0,54	-0,013	0,406	-0,172	-,769**	0,415	0,192
Cognit.	Sign.	0,055	0,951	0,107	0,972	0,245	0,635	0,009	0,233	0,595
	Rho	0,156	0,323	,695*	-0,011	0,257	0,035	-,676*	,786**	0,583
Esperienz.	Sign.	0,667	0,362	0,026	0,976	0,473	0,922	0,032	0,007	0,077
	Rho	0,6	0,379	-0,156	-0,156	0,424	-0,348	-0,038	-0,236	-0,175
Psi-coana.	Sign.	0,067	0,28	0,667	0,666	0,222	0,324	0,918	0,512	0,629
	Rho	-0,054	0,108	-0,189	-0,04	,708*	0,45	0,368	0,371	0,409
Psico-dina.	Sign.	0,881	0,766	0,6	0,913	0,022	0,192	0,296	0,291	0,24
	Rho	-0,396	-0,203	0,19	0,271	-0,34	0,386	-0,015	0,271	0,176
Altri inter.	Sign.	0,257	0,574	0,599	0,449	0,337	0,271	0,966	0,448	0,626
	Rho									

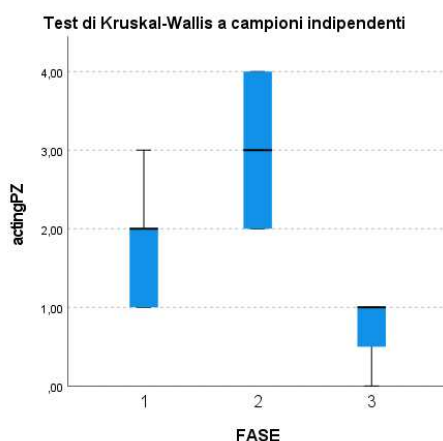
In particolare, si osserva che all'aumento o al calo della frequenza della funzione riflessiva di Alessio aumenta o diminuisce anche quella del clinico e viceversa. Inoltre, all'aumento del numero di volte che il paziente mentalizza, diminuisce il diniego del clinico ma è vero anche il contrario, per cui meno Alessio mentalizza più il terapeuta si difende. Invece, all'opposto più o meno il clinico utilizza la funzione riflessiva, più o meno il paziente tende a utilizzare come difesa il diniego. Questo vale anche per l'intensità che utilizza il terapeuta nella funzione riflessiva, più essa è spiccata più porta il paziente ad attuare difese quali negazioni e razionalizzazioni, meno essa è forte meno Alessio attua le difese, ed è vero anche che più il paziente dinega più il terapeuta incrementa l'intensità della mentalizzazione. Invece, riguardo le difese osserviamo che l'acting del paziente correla positivamente con gli interventi esperienziali e viceversa, per cui le due variabili crescono o diminuiscono insieme. Sempre a livello di interventi, più il clinico utilizza o meno interventi psicodinamici, più o meno il paziente nega e viceversa, quindi, le due variabili correlano positivamente. Inoltre, le difese nevrotiche ovvero gli spostamenti e le rimozioni correlano positivamente con due interventi: il supporto autoritario e il coaching, per cui all'aumentare o al diminuire dei meccanismi di difesa, crescono o decrescono queste tipologie di interventi e viceversa. Sempre le difese nevrotiche correlano negativamente con interventi cognitivi ed esperienziali per cui all'aumento delle une diminuiscono gli altri o viceversa. In più, le difese ossessive del paziente correlano positivamente con quelle mature del clinico e viceversa, per cui aumentano o diminuiscono insieme. Inoltre, sempre le difese ossessive correlano negativamente con gli interventi di coaching per cui



all'aumentare delle une diminuiscono gli altri o viceversa. Inoltre, sempre queste ultime difese correlano positivamente con gli interventi esperienziali per cui crescono o decrescono entrambi. Infine, le difese mature del paziente correlano perfettamente con quelle del clinico andando così di pari passo.

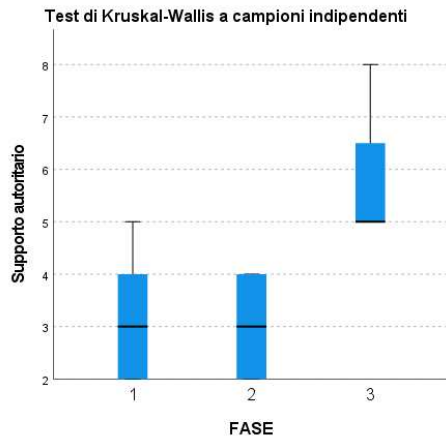
Un ulteriore test non parametrico, il quale utilizza intervalli per determinare le differenze statistiche tra variabili indipendenti con variabili dipendenti, le quali sono continue e ordinali è quello di Kruskal-Wallis. In particolare, si verifica se l'ipotesi  $H_0$  è mantenuta, ovvero, se i campioni indipendenti presi dalla distribuzione appartengono ad essa, per cui tutti i gruppi hanno un valore simile. Viceversa, se essa è rifiutata sarà valida l'ipotesi  $H_1$  ovvero che almeno un campione proviene da una distribuzione diversa, quindi almeno due gruppi non sono simili tra loro, ovvero abbiano una significatività diversa. In particolare, si osserva che un punteggio di significatività compreso tra .09 e .05 evidenzia una tendenza invece un valore minore o uguale a .05 indica un p-value forte.

Nel caso di Alessio tutte le variabili sia del paziente che del clinico sono state prese in considerazione rispetto alle tre fasi della terapia, per cui si presuppone che la distribuzione delle variabili rimanga costante nel corso delle dieci sedute ( $H_0$ ). Questo è valido per tutte le variabili, tranne la distribuzione di acting del paziente, la quale non appartiene alla stessa popolazione, quindi, rifiutiamo l'ipotesi nulla con una tendenza di ,076 ed una statistica test di 5,166 quest'ultima indica la misura della relazione tra le due variabili. Dal grafico 7 si può osservare che la differenza appare spiccata tra la seconda e terza fase in cui abbiamo un incremento dell'acting del paziente e successivamente un decremento.



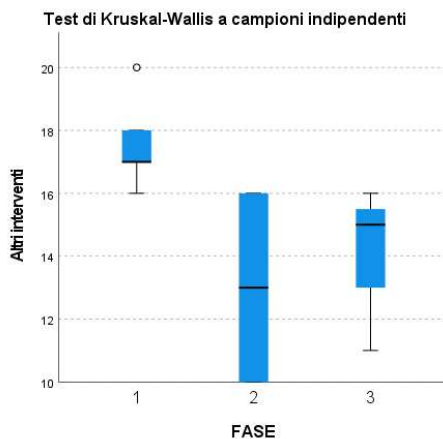
*Grafico 7.* Distribuzione dell'acting del paziente nelle tre fasi della terapia

Inoltre, rifiutiamo  $H_0$  anche nel caso dell'intervento di supporto autoritario, in cui la distribuzione non è la stessa nei vari momenti della terapia. Per cui osserviamo dal grafico 8, un aumento spiccato nella terza fase rispetto alle prime due, con una tendenza di ,082 e una statistica test di 5,009.



*Grafico 8.* Distribuzione dell'intervento di supporto autoritario del clinico, nelle tre fasi della terapia.

Infine, rifiutiamo  $H_0$  nella variabile altri interventi, in cui la distribuzione non è costante nei tre momenti della terapia. Dal grafico 9 osserviamo che nella prima fase questi interventi vengono effettuati con una certa frequenza, via via calano nella seconda fase e aumentano poi nella terza pur mantenendo una minore frequenza rispetto alla prima. La significatività tra le due variabili è di 0,51 e la statistica test di 5,966.



*Grafico 9.* Distribuzione degli altri interventi del clinico, nelle tre fasi della terapia.

Inoltre, per sondare la causalità tra variabili correlate tra loro è stata applicata la regressione statistica. Nel caso di Alessio si è visto che maggiore è l'intensità della funzione riflessiva del clinico, più essa causa nel paziente l'attivazione di difese di diniego. La

significatività tra le due variabili è di ,043 e l' $R^2$  il quale misura la forza della relazione tra le variabili, compreso tra 0 e 1, più si avvicina all'1 più la relazione è forte e nel seguente caso è di ,419 per cui abbastanza forte. In più un'altra causalità tra variabili è stata osservata tra gli interventi psicodinamici del clinico, i quali risultano eccessivi e causano l'attivazione di difese di diniego nel paziente con una significatività molto piccola di ,016 e un  $R^2$  di ,536.



## CAPITOLO 7

### DISCUSSIONE

La prima ipotesi a cui rispondere, posta nel quarto capitolo, riguarda la funzione riflessiva del paziente, la quale si auspica migliori nel corso della terapia. Inoltre, il clinico dovrebbe supportare questa funzione nel paziente. Dai risultati posti nel precedente paragrafo, si può osservare che la frequenza della mentalizzazione di Alessio tende a rimanere costante, durante le tre fasi della terapia. Probabilmente questo è dovuto alle poche sedute che sono state effettuate con il clinico in cui non è stato possibile approfondire determinati temi o argomenti che avrebbero portato Alessio a riflettere in quantità maggiore sia sui propri che sugli altrui stati interni. Inoltre, se esaminiamo le fasi della terapia, nella prima i due erano occupati a conoscersi a stabilire un'alleanza terapeutica e a chiarire gli obiettivi da perseguire nel corso delle sedute, per cui la funzione riflessiva sarebbe stata utilizzata e sviluppata successivamente. Tuttavia, dalla sesta seduta in poi a seguito dell'interruzione dell'affido, Alessio ha iniziato a non presentarsi con una frequenza costante e a lamentare di non voler più tornare in terapia per la sua mancanza di "voglia e di cose da raccontare". Dunque, nonostante il clinico provasse a far riflettere il ragazzo o cercasse di avere maggiori informazioni su come egli si sentisse, gli venivano date risposte superficiali, concrete o cliché, come se Alessio, in previsione del fatto che non sarebbe più andato in terapia, non volesse approfondire determinati argomenti, ad esempio:

*Terapeuta: "Mi occupo io di tutta la famiglia". Che cosa molto bella però che hai detto no, certo però un po' faticoso avere il peso di mia mamma e mia sorella...*

*Paziente: Boh cioè se ne guadagnerò 1500 o 2000, ne darò di 1500 300 euro, se invece ne guadagno 2000 500 euro. Questa è una media però non so, tutto in base ai costi che c'ho anche io per una casa o per tutto quello che c'avrò.*

Tuttavia, un aspetto importante da notare nei dati riportati è che nonostante la funzione riflessiva non si incrementi, l'utilizzo medio di questa capacità da parte del paziente è uguale a quella del clinico. Questo, denota un'importante sintonizzazione, la quale è automatica e inconsapevole e passa per il canale preverbale o paraverbale connettendo gli stati mentali dell'uno e dell'altro. Per cui se uno dei due in seduta attiva la capacità di mentalizzazione anche l'altro lo segue o viceversa, mentre se nessuno dei due attiva questa funzione anche l'altro non lo fa; questo è evidente anche dalla tabella di correlazione tra paziente e clinico. Invece, analizzando i dati a livello di intensità della funzione

riflessiva del paziente emerge un valore compreso tra 2,5 e 3 il quale tende a rimanere costante, per cui la qualità della funzione riflessiva non migliora. Tuttavia, rispetto alla sua giovane età Alessio sembra in grado di sforzarsi nel mentalizzare, attribuendo a sé e agli altri stati mentali e comprendendo che questi ultimi evolvono e hanno a che fare con l'influenza intergenerazionale. Infatti, nella seconda fase della terapia abbiamo un piccolo aumento di questa funzione, tuttavia si può notare che: quando il clinico tenta di approfondire con ulteriori domande o considerazioni ciò che dice il paziente, egli tende a difendersi o restare in silenzio abbassando così il livello di mentalizzazione. Infatti, si nota una discrepanza tra la qualità delle mentalizzazioni del clinico che risulta più spiccata rispetto a quella del paziente, il quale fatica a seguirlo. Molto spesso ciò avviene perché vengono trattati temi emotivamente molto attivanti ed il ragazzo fatica a gestire e regolare ciò che sente portando ad un declino della funzione riflessiva. Ad esempio:

*Terapeuta: Io invece stavo pensando che tu dicevi chimica no, io non mi ricordo proprio niente di chimica è, però pensavo che per combinare...per fare la sostanza si devono combinare no dei//*

*Paziente: Dei solventi*

*Terapeuta: Dei solventi, insomma, delle materie e un po' è così anche con l'amicizia, ci si deve un po' trovare reciprocamente ci si deve poi incastrare come gli elementi, dei solventi e quali sono gli altri i solventi e?*

*Paziente: Dei solventi e dei soluti*

*Terapeuta: Dei soluti, dei solventi e soluti no? Forse è anche un po' così con delle reazioni precise*

*Paziente: Penso di sì, non lo so*

*Terapeuta: Non è per niente facile trovare l'incastro però è*

*Paziente: Sì*

Rispetto a quanto appena trattato, nella tabella di correlazioni tra paziente e clinico emerge una relazione tra la mentalizzazione del clinico sia in termini di frequenza e di qualità con il diniego del paziente. In quanto Alessio è portato a respingere dalla propria consapevolezza argomentazioni da parte del clinico, che gli generano stress, disconoscendo aspetti della realtà interna o esterna o trovando una giustificazione o una rassicurazione che renda più tollerabile ciò che gli viene proposto. Emerge che la relazione tra le due variabili è direttamente proporzionale per cui alla crescita della frequenza e

dell'intensità della funzione riflessiva del clinico, il ragazzo tende a difendersi maggiormente, invece, al contrario se non è presente la mentalizzazione o ha una qualità bassa da parte del clinico, il ragazzo non si difende. Tanto che nel modello di regressione viene proprio evidenziato come l'intensità della funzione riflessiva del clinico causi negazione nel paziente, in quanto egli probabilmente non rispetta il tempo interiore di Alessio, ma continua a proporre considerazioni o approfondimenti che il ragazzo non è in grado di accettare, elaborare ed integrare. Infatti, il clinico nell'ultima seduta ha preso in considerazione questo aspetto e mettendosi in discussione ha chiesto al ragazzo se avesse vissuto gli incontri come interrogatori, ma quest'ultimo ha sempre negato.

Inoltre, si osserva, come è consueto che accada, che più frequentemente il paziente mentalizza, meno il clinico attua difese di diniego e viceversa, emerge anche che il terapeuta nella prima fase della terapia utilizza la razionalizzazione per giustificare determinate affermazioni, facilitando così il proseguo della terapia. Inoltre, è evidente come la frequenza della funzione riflessiva del clinico diminuisca all'aumentare del suo diniego e viceversa. Invece, più volte il terapeuta mentalizza più sono presenti interventi cognitivi, indagando così i pensieri, desideri e credenze del paziente.

Dunque, possiamo affermare che la prima ipotesi non è stata confermata.

La seconda ipotesi riguarda i meccanismi di difesa del paziente ovvero si presume che essi maturino o rimangano evoluti e via via decrescano in termini di frequenza nel corso delle sedute. Inoltre, le difese del clinico devono essere evolute, poco frequenti e utilizzate in funzione degli obiettivi della terapia. Sulla base dei dati emerge che Alessio utilizza con maggiore frequenza difese evolute quali diniego, difese nevrotiche e mature.

In particolare, la negazione è presente quando si tratta il tema della rabbia, il ragazzo non la ammette afferma che non gli piace arrabbiarsi e se qualcosa gli fa scattare la "scintilla", lui cerca di trattenersi provando ad ignorarla o controllandola ad esempio giocando al computer con i videogame o dormendo. Anche durante la terapia accade un episodio in cui il ragazzo avrebbe potuto arrabbiarsi con il clinico, ma nega totalmente, sembra che sia molto spaventato da questa forte emozione che non sa gestire. A tal proposito emergerà in seduta, che egli teme di diventare come il padre esprimendo questo sentimento, affermando di non voler essere un "picchiatore". Sembra che Alessio non riconosca che si possa esprimere la propria rabbia con diverse modalità e intensità e si nota come provi a distanziarsi dalla figura paterna e dalle sue parti "cattive" annullando la rabbia ma

mantenendo le parti “buone” ovvero la passione in comune per i pc. Tuttavia, il ragazzo non sempre riesce a contenere la sua rabbia, infatti, menziona alcuni episodi in cui all’opposto ha esplosioni improvvise, ad esempio ed è accaduto distruggesse la mobilia di casa o picchiasse un compagno di classe. In questi rari casi sembra che salti la continuità del sé del paziente e la sua capacità di autoregolazione tanto che pare egli rimanga spaventato dal suo comportamento. Questo aspetto emerso è stato confermato anche dal terapeuta durante un incontro richiesto per comprendere i significati sottostanti le azioni del ragazzo. Il clinico ha presupposto che la madre fosse molto proiettiva verso il ragazzo come se egli diventasse il marito violento nel caso in cui si arrabbiasse, portando il ragazzo ad annullare questo sentimento. Anche il fatto che Alessio passasse molte ore al pc per calmare la sua rabbia, come il padre, agli occhi della madre lo trasformavano nel marito; costringendola così a togliergli il modem del wi-fi. Le proiezioni della madre sono molto pericolose e disturbanti per Alessio che sta ponendo le basi per la sua identità, dato che: se si arrabbia conferma la proiezione della mamma diventando come il padre ma è difficile non arrabbiarsi con Lucia che si rivela una madre fortemente inadeguata. Infatti, dai racconti di Alessio, Lucia sembra avere idee persecutorie e paranoidee tanto che non spiega ai figli perché Jacopo se n’è andato abbandonandoli o perché abbia scelto di interrompere bruscamente l’affido senza un apparente valida motivazione. In più toglie ad Alessio l’unico strumento che ha per non essere violento come il padre, ovvero il pc, dicendo al ragazzo che attraverso di esso qualcuno, non si sa chi, lo controlla. Quindi Lucia sembra non essere in grado di riconoscere i bisogni del figlio e tende ad infantilizzarlo, adottando così comportamenti che fanno ancora più arrabbiare Alessio.

Inoltre, riguardo la negazione il paziente, nell’ultima fase della terapia, non ammette di necessitare aiuto per affrontare la separazione improvvisa avvenuta con la famiglia affidataria; la quale è causata dalla madre per una sua scelta apparentemente immotivata. L’allontanamento di Alessio segna per la seconda volta uno strappo con delle figure con cui il ragazzo ha creato un legame affettivo. Probabilmente anche questo ha contribuito al mancato proseguimento della terapia del ragazzo, in quanto sarebbe emersa ulteriore rabbia verso la madre, che avrebbe dovuto affrontare. In più Alessio utilizza la razionalizzazione per giustificare i comportamenti sia della mamma che del papà rendendoli più tollerabili, tuttavia, non sono spiegazioni veritiere ma principalmente superficiali, come anche la motivazione alla sua mancata volontà di proseguire la terapia, appare



scarsamente fondata.

La seconda tipologia di difese più utilizzate dal paziente sono quelle nevrotiche, infatti, spesso Alessio utilizza la rimozione, escludendo da coscienza ricordi o affetti indesiderati evitando ciò che è inaccettabile o che genera sentimenti negativi. Egli pare spesso confuso quando parla dei litigi dei genitori che accadevano durante la sua infanzia, oppure, quando tratta i luoghi di origine di Jacopo e Lucia che aveva visitato quando lui era piccolo ed i nonni. Sembra che Alessio voglia proteggersi dal ricordo dai momenti positivi trascorsi in famiglia che generano in lui dolore. A volte, sono presenti lapsus per cui il ragazzo confonde i soggetti e invece che parlare del padre si pone lui in prima persona o parla al presente di situazioni passate, questo indica che nonostante egli provi a rimuovere gli accadimenti essi riemergono più vivi che mai. In più si nota che quando in seduta vengono trattati argomenti difficili, ripresi in incontri successivi, egli non si ricorda, come se avesse cancellato tutto. Questo è significativo per il fatto che il ragazzo non sembra voler venire a patti con il passato e non si sente pronto. Inoltre, il paziente utilizza lo spostamento, come meccanismo di difesa, quando vengono nominate emozioni a lui intollerabili come rabbia e tristezza tramutate in noia; oppure quando fatica ad accettare i complimenti e tende a spostare il proprio merito attribuendolo ad altri. Tutto ciò potrebbe essere indice di una scarsa autostima, causata dai traumi subiti nella sua infanzia. Ovvero essere stato testimone della violenza che il padre perpetrava alla madre rimanendo inerme, porta al bambino sensi di colpa e vergogna, per non essere riuscito ad intervenire facendo terminare l'accaduto (Silvern, Karyl, et. al, 1995). Sempre per non fronteggiare emozioni intollerabili Alessio utilizza la formazione reattiva trasformando la rabbia in risata, oppure adoperando la risata al fine di ridurre la vergogna o sentimenti tristi che celano aggressività.

Infine, tra le difese evolute più utilizzate da Alessio, sono presenti quelle mature. Esse sono più spiccate nella seconda fase della terapia dove il diniego cala e la funzione riflessiva del paziente aumenta ed esse correlano perfettamente con le difese mature del clinico. Per cui i due tendono a riflettere insieme sugli stati interni, sulle capacità e i desideri di Alessio, facendo fronte a sentimenti stressanti, conflitti intrapsichici, relazionali o reali favorendo l'adattamento all'ambiente e aumentando la consapevolezza dei suoi affetti. Nello specifico Alessio, quando risponde alle demand question del clinico e non si difende, si auto-osserva, soprattutto nella seconda fase quando racconta come si sente

rispetto alla fine dell'affido familiare, affermando che è addolorato, dispiaciuto, un po' arrabbiato con la mamma, rattristato, annoiato, sostiene di sentire la mancanza dei genitori affidatari ed è preoccupato per quello che accadrà successivamente. Inoltre, l'auto-osservazione appare quando parla della scuola delle preoccupazioni legate alle materie, ai professori ma soprattutto ai compagni e allo scarso rapporto che si è creato con loro ed infine quando tratta le sue ambizioni future. Invece, l'auto-affermazione pare più spiccata nella terza fase della terapia siccome il paziente si auto-afferma in grado di compiere scelte migliori della mamma ed è anche presente quando egli parla della sua più grande passione, che vorrebbe far diventare un lavoro essendo consapevole delle sue reali capacità nell'uso dei pc. In più, come suggerito dall'incontro avvenuto con il clinico, per comprendere il comportamento di Alessio rispetto all'abbandono della terapia, egli è come se auto-affermasse di essere in grado di fronteggiare da solo la situazione difficile che si è creata dopo l'affido. Inoltre, si potrebbe ipotizzare che il ragazzo, inconsapevolmente, sapendo che avrebbe dovuto terminare la terapia, fornita dal CASF ovvero il centro affidi, ha anticipato la conclusione. Questo per evitare un'ulteriore rottura o strappo con un legame affettivo che si stava creando con il clinico e che di lì a poco sarebbe dovuto terminare; così Alessio non ha posto il terapeuta in una situazione scomoda, permettendo invece a sé stesso di non sentirsi ulteriormente abbandonato, quindi, decidendo e attivando una situazione passivizzante.

Infine, egli utilizza l'umorismo per ironizzare situazioni difficili soprattutto nella terza fase della terapia riducendo il disagio delle sue scelte.

Le difese che Alessio utilizza in quantità minore sono le narcisistiche. Esse sono un po' più presenti nella terza fase della terapia in cui il paziente si sente in grado di fare tutto da solo e quindi denota onnipotenza e mancanza di capacità di chiedere aiuto. Infatti, a volte svaluta i compagni e i professori e idealizza il futuro parlando della sua casa dei sogni, del lavoro che gli piacerebbe ma rispetto all'età preadolescenziale queste difese risultano abbastanza normative. In secondo luogo, abbiamo le difese ossessive, le quali hanno un andamento decrescente nel corso della terapia e sono correlate con le difese mature del paziente per cui crescono o diminuiscono insieme. Infatti, più Alessio tende ad auto-osservarsi o affermarsi, più tratta dei suoi stati interni, mentre quando l'intensità delle emozioni eccede egli si difende isolando l'affetto o annullando retroattivamente qualcosa che ha detto o un comportamento attuato, riparando simbolicamente o negando pensieri,

sentimenti o azioni che scatenano insicurezze e vergogna. Tale processo avviene soprattutto quando parla di avvenimenti dell'infanzia o di comportamenti suoi o della madre attuati secondo determinate motivazioni che, come il ragazzo nomina, paiono inaccettabili ed è portato ad annullare ciò che dice. Invece le difese di acting comprendono aggressività passiva per cui risposte anti-riflessive alle domande del clinico che risultano inappropriate e generano ostilità, negatività e evasività nel paziente. In più come si osserva dal test di Kruskal Wallis gli acting aumentano esponenzialmente nella seconda fase della terapia, in quanto il clinico offre il suo aiuto al paziente più volte ma egli afferma: *“Mah allora, a me non dispiace per niente venire qua solo che non lo so ehmmm il primo è la voglia di venir qua perché non tanto...vabbè la strada, ehm poi il secondo motivo è ehmmm, vabbè oltre al giorno, che si può anche cambiare penso però//”*.

Nella terza fase della terapia gli acting diminuiscono probabilmente perché nonostante il terapeuta gli offra aiuto, lui non riconosce questa necessità ed è portato quindi al diniego. Quindi, si afferma che le difese del paziente tendono a rimanere evolute e mature nel corso della terapia. Tuttavia, rispetto alla frequenza con cui il paziente si difende essa dovrebbe decrescere nel corso del trattamento in quanto l'alleanza tra Alessio e il terapeuta si consolida, aumenta la motivazione intrinseca al trattamento e il ragazzo dovrebbe essere maggiormente predisposto a lavorare su di sé ma questo non accade. Bensì nella terza fase osserviamo un incremento delle difese probabilmente, come già trattato, perché il paziente non è più motivato ad andare in terapia e come il clinico fa un intervento egli tende a chiudersi e porre un muro. Infatti, si osserva una correlazione positiva tra il corso della terapia e gli interventi psicoanalitici, i quali hanno lo scopo di esaminare sentimenti nascosti dal paziente come la rabbia, oppure indagano esperienze pregresse collegandole al presente, capendo come esse influenzino i vissuti di Alessio. Per cui si presuppone che gli interventi psicoanalitici aumentino durante le sedute, portando però il paziente a difendersi ulteriormente non accettando ciò che viene proposto dal clinico. All'opposto invece gli interventi più di chiarificazione, richiesta di informazioni, metafore i quali non aggiungono nulla di nuovo, bensì rimodulano e approfondiscono ciò che il paziente racconta, tendono a diminuire lungo la terapia. Probabilmente Alessio avrebbe necessitato, per ancora un po' di tempo, di questa tipologia di interventi per sentirsi più compreso e per lo sviluppo di maggiore compliance al trattamento. Quindi la frequenza con cui il paziente attiva i meccanismi di difesa, non decresce nel corso delle sedute.

Sempre nella seconda ipotesi si trattano anche le difese del clinico, egli principalmente utilizza quelle mature, quindi le più evolute, soprattutto nella parte centrale della terapia, ovvero quando Alessio tende a mentalizzare maggiormente e utilizzare anche esse difese mature, infatti, abbiamo già osservato la correlazione perfetta. Tuttavia, come già discusso in precedenza tra le difese del paziente, anche quelle mature del clinico correlano con quelle ossessive di Alessio presupponendo la stessa ragione: più il clinico lavora sull'aumento della consapevolezza degli stati interni tanto più le emozioni del paziente eccedono ed è portato a isolare gli affetti o annulla retroattivamente qualcosa che dice o un comportamento che attua.

Nello specifico il clinico utilizza molto l'umorismo per ridurre la tensione che si crea quando i due trattano di argomenti scomodi, soprattutto quando il paziente si incupisce o rimane in silenzio, egli cerca una via alternativa per non creare una rottura nella conversazione e nella relazione o per riparare ciò che viene ipotizzato dal clinico quando attua interventi di tipo psicoanalitico o dinamico, non ben accetti da Alessio. Ad esempio:

*Terapeuta: Quindi forse quando dici un po' di goduria nell'uccidere questi mostri più...un po' più facili forse, ha anche a che fare un po' con la rabbia che giustamente ti viene con il fatto che c'è qualcun altro a decidere e faccia il "boss". Allora aspetta metto un po' di rabbia superstite e lascio tagliare la testa facile, no?*

*Paziente: (Silenzio)*

*Terapeuta: Pensi sempre alle teste tagliate? (Ridendo)*

Inoltre, il clinico utilizza l'anticipazione cercando di facilitare ciò che il paziente racconta ridimensionando lo stress del ragazzo ad esempio:

*Terapeuta: Difficile quello che ti chiedo hai ragione, sì, sembra una roba facile ma non lo è per niente. Però scegli tu... prenditi il tuo tempo... così che io ti possa un pochino conoscere un po' di più.*

Infine, anche l'auto-osservazione per cui il clinico cerca di porsi nei panni del paziente indagando così i suoi stati interni, si interroga su di essi e li racconta al paziente dicendo come lui si sarebbe sentito, nel tentativo di farlo avvicinare ad emozioni inaccettabili o temute cercando di normalizzarle. Ad esempio:

*Terapeuta: Che strano... Io al posto tuo mi sarei un po' arrabbiato invece "Ma come non ti ricordi".*

Le altre difese utilizzate dal clinico, molto più rare e presenti soprattutto nell'ultima fase

della terapia sono quelle nevrotiche con principalmente spostamenti quando la conversazione tende a subire increspature, allora si cambia l'oggetto o l'argomento trattato. Come anche le difese di acting in particolare l'aggressività passiva, utilizzata dal terapeuta probabilmente per avere una reazione del paziente e provare a fargli sentire rabbia, ovvero l'emozione da lui tanto temuta ed osservare così il suo comportamento. Infine, nella prima fase della terapia sono presenti difese di diniego, da parte del clinico, il quale utilizza le razionalizzazioni ma via via diminuiscono nel corso della terapia fino ad annullarsi, infatti, osserviamo una correlazione negativa tra diniego e colloqui. Probabilmente perché il clinico successivamente conosce il paziente e comprende il suo modo di ragionare e comportarsi evitando così di cercare giustificazioni e significati sottostanti alle sue azioni. Quindi rispetto all'ipotesi sostenuta, i meccanismi del clinico sono evoluti e in funzione della terapia e vengono attuati per perseguire determinati obiettivi. Invece, riguardo alla frequenza con cui il clinico li utilizza, la quale è molto più contenuta e sporadica rispetto a quella del paziente, comunque, si evidenzia un incremento nella terza fase della terapia. Sia perché il clinico cerca maggiormente di far riflettere il paziente sul proseguire le sedute utilizzando difese mature e nevrotiche, sia con gli acting per avere una reazione ma inutilmente in quanto aumentano anche le difese del paziente.

Riguardo la terza ipotesi ci aspetteremo che gli interventi del clinico siano più supportivi che esplorativi e prevalentemente psicodinamici con l'obiettivo di rinforzare l'Io del paziente e le sue difese, a scapito di altre tecniche come quelle più cognitive e comportamentali. Quindi, ci aspetteremo che gli interventi con più frequenza faranno parte del continuum supportivo, quindi delle categorie: facilitazione, supporto autoritario, processo direttivo, esperienziali e altri interventi. Viceversa, con minore frequenza interventi psicodinamici e psicoanalitici appartenenti al continuum esplorativo. Inoltre, si prevede una riduzione o assenza nella frequenza di interventi quali: coaching, strutturali, comportamentali, cognitivi, procedure esperienziali e strategici.

Dai dati emerge che gli interventi più comuni sono gli "altri interventi", quindi chiarificazioni, domande, riformulazioni, approfondimenti o metafore ad esempio:

*Terapeuta: Ti aspetta la scuola no, ma lo hai provato a spiegarlo un po' alla mamma?*

*Paziente: Sì però ehm è sempre stata un po' testarda mia mamma è*

*Terapeuta: Quando ha un'idea in testa, quella è! (Ironico)*

*Paziente: Eh sì!*

Essi sono maggiormente frequenti nella prima parte della terapia e via via decrescono con una correlazione negativa, già trattata in precedenza, questo dato è stato anche confermato dal test di Kruskal-Wallis in cui si osserva una notevole discrepanza tra la prima e la terza fase. Probabilmente il decremento degli altri interventi è dovuto all'aumento degli interventi psicoanalitici, infatti, i due correlano negativamente. Come già accennato questo è forse dovuto al tentativo del clinico di approfondire gli stati interni del paziente, cercando di esplorare la sua infanzia e collegando i vissuti del presente con il passato attraverso interpretazioni, a scapito degli altri interventi che non aggiungono nulla di nuovo rispetto a ciò che il paziente racconta, ma permettono ad Alessio di sentirsi compreso e ascoltato consolidando così l'alleanza terapeutica. In più, vediamo una correlazione positiva tra altri interventi e il diniego del clinico, per cui più il clinico utilizza la razionalizzazione rispetto a delle azioni compiute da Alessio, più applica interventi di chiarificazione e di riformulazione o metafore per approfondire gli accadimenti.

A seguire, in termini di frequenza abbiamo le facilitazioni. Esse sono presenti soprattutto nella terza fase della terapia, dopo interventi di tipo psicoanalitico, con lo scopo di legittimare i sentimenti del paziente in un clima di totale accettazione, normalizzandoli ed entrando in empatia con esso. Le facilitazioni sono anche un invito verso Alessio ad esercitare una maggiore introspezione, restituendo importanza a ciò che egli sente e troppo spesso trascura, ad esempio:

*Terapeuta: "Chissà quanto vorresti, un sacco!"*

Oppure spesso il clinico accede al mondo interno del paziente e ai suoi pensieri, aiutandolo ad esplorarsi, facilitando e sostenendo il suo dialogo interiore ad esempio:

*Terapeuta: Come hai fatto poi a...*

*Paziente: Eh sono tornato perché sono andato un po' avanti e ho visto che non era quella la strada*

*Terapeuta: "E' un'altra roba, dove sono, no, devo tornare indietro".*

Inoltre, le facilitazioni correlano positivamente con il processo direttivo in quanto a seguito della sintonizzazione del clinico con le emozioni del paziente, le quali vengono riconosciute e nominate, i due insieme cercano di comprenderne le cause che le fanno scaturire. Solitamente per Alessio i fattori scatenanti sono attribuibili all'esterno come i comportamenti della madre o dei compagni di classe, per cui spesso il clinico consiglia nuove soluzioni e modi di agire alternativi che il ragazzo può o meno attuare anche

sottoforma di sfide. Oppure, il terapeuta ponendosi in prima persona racconta una propria esperienza personale e la propone come modalità di risoluzione ad un conflitto, anche se il processo direttivo nel caso di Alessio è scarsamente utilizzato.

Il terzo intervento più reiterato è quello psicoanalitico, il quale raggiunge il suo picco nella terza fase. Esso ha lo scopo di interpretare i significati inconsapevoli dei vissuti, dei sentimenti e dei comportamenti del paziente, alla luce di ciò che egli narra, al fine di fornirgli maggiore consapevolezza per risolvere conflitti interni ed esterni. Per cui il clinico con Alessio nella prima e nella seconda fase della terapia si concentra sui collegamenti tra il presente ed il passato, ponendo attenzione ai sentimenti inaccettabili, ad esempio:

*Terapeuta: Certo, forse avevi anche un po' paura, come qualunque bambino quando ci sono due grandi che litigano, fa sempre un po' paura.*

Tuttavia, queste interpretazioni non sono sempre ben accette da Alessio, a volte le coglie, e le integra lavorando introspettivamente su di sé, altre volte si difende o si chiude in lunghi silenzi ed è bene cambiare argomento, dato che non è più collaborativo.

Nella terza fase della terapia, sono presenti molti silenzi anche da parte del clinico, che si pone in ascolto e incoraggia il paziente a parlare a seguito di qualche considerazione ma inutilmente. Dunque, egli è portato ad interpretare questo silenzio sia come tristezza che sia come forma di ribellione in quanto Alessio è convinto a terminare la terapia e il clinico insiste per proseguirla, ma il ragazzo rimane fermo sulle sue idee e tende a difendersi. Ad esempio:

*Terapeuta: Ma stavo pensando forse, un'altra cosa che stai cercando di dire in silenzio è anche forse un pochino, un pochino qui oggi mi sembra di avere qui un ragazzo un pochino, un pochino triste, un pochino è...*

*Paziente: No perché cioè oggi no...ehmmmmmm cioè sto pensando cosa dire però non lo so, quindi...*

*Terapeuta: Non c'è qua un ragazzo un pochino, un pochino così (gesto) triste oggi?*

*Paziente: No, oggi no.*

Inoltre, più il clinico applica questa tipologia di interventi interpretativi, meno egli stesso utilizza il diniego ed in particolare le razionalizzazioni, infatti la correlazione è inversamente proporzionale.

Di seguito il clinico utilizza interventi esperienziali, soprattutto nella prima e seconda fase della terapia, in cui vengono trattati gli affetti sperimentati fisicamente dal paziente durante le sedute, ma anche emozioni esperite rivivendo problematiche passate e reali, soprattutto legate alla rabbia e alla tristezza. Il clinico risulta così essere meno empatico e più collaborativo e aiuta Alessio ad elaborare gli stati interni, ad esempio:

*Terapeuta: Non pensi che tu sia un po' dispiaciuto del rientro?*

*Terapeuta: Ogni tanto ti vedo sospirare*

Nella terza fase, gli interventi esperienziali non sono i più indicati siccome il paziente non è disposto a collaborare con il clinico e sembra aver appiattito e annullato tutti gli affetti non ammettendoli, quindi, farlo riflettere su ciò che egli prova probabilmente non è l'intervento più adatto. Nonostante qualche volta il terapeuta chieda ad Alessio se il silenzio gli crei imbarazzo, ma il ragazzo nega o generalizza sostenendo che è una sua caratteristica essere imbarazzato quando non ha niente da raccontare. Inoltre, questo intervento esperienziale correla negativamente con le difese quali la rimozione, la formazione reattiva e lo spostamento che diminuiscono, siccome il paziente è predisposto a indagare i propri stati interni. Tuttavia, quando le emozioni su cui ci si concentra, sono inaccettabili o troppo intense esse vengono isolate e viene trattato un tema affettivo oggettivamente o viene annullato ciò che è precedentemente detto, quindi, osserviamo una correlazione positiva con le difese ossessive. Infine, emerge un andamento di aumento o decremento costante tra gli interventi esperienziali e le difese di acting del paziente, in quanto tanto più il clinico sforza il paziente a ragionare su cosa egli sente, tanto più egli si difende e si pone anti-riflessivamente con risposte passive e aggressive. Inoltre, gli interventi esperienziali correlano negativamente sia con quelli di coaching sia con il supporto autoritario. I primi perché tendono ad essere più direttivi, i secondi perché il clinico entra nel mondo interno del paziente e lo supporta, gli mostra più sfaccettature, gli fa vedere le sue capacità e non solo i punti di debolezza, lo aiuta a trovare delle soluzioni a determinate problematiche ma non si concentrano su ciò che Alessio sente fisicamente ed emotivamente.

Invece, l'intervento esperienziale correla positivamente con gli interventi cognitivi, rari, ma nel caso descritto indagano i pensieri del ragazzo, collegandoli con gli affetti provati e l'attivazione fisica.

Un altro intervento abituale del clinico è il supporto autoritario che pare particolarmente spiccato nella terza fase della terapia e si osserva anche nel modello di Kruskal-Wallis



probabilmente perché il clinico cerca di coinvolgere nel processo terapeutico il più possibile il paziente, co-costruendo la relazione, collaborando, al fine di evitare l'abbandono della terapia da parte del ragazzo. Inoltre, il terapeuta supporta Alessio assicurandolo e affermando che egli può chiedere aiuto e non è motivo né di imbarazzo né di vergogna, dato che da solo porta molti "pesi" come la responsabilità dell'essere un "figlio perfetto" agli occhi della madre, ad esempio: andando bene a scuola, essendo una persona diversa dal padre, avendo molti amici. Questo, tuttavia, può condurre alla creazione di un Falso Sé del ragazzo basato sulle proiezioni e i desideri della madre, con cui è portato ad identificarsi, con il rischio di inversione dei ruoli in quanto è Alessio a doversi adattare alle aspettative di Lucia evitando lo scontro e la rabbia. Un esempio di intervento è:

*Terapeuta: Ma io però te lo devo dire è... tutti questi pesi che sono faticosi è insomma se li portiamo un po' a metà, come se fosse uno zaino, metà tu e metà io guarda che può essere un po' più facile che dici? Sarebbe importante se continuassimo a vederci, però decidi tu quello che ti senti, pensaci tu. Io, comunque qui ci sono sempre, però insomma tutto quello che pesa sai, ho capito che tu sei grande e vuoi fare anche tutto da solo, però se lo zaino lo può portare metà uno o l'altro (sospira) è un pochino più facile è. Ti puoi levare un po' di mal di testa. Però comunque, qua facciamo quello che vuoi, quello che ti senti tu...*

*Paziente: (Silenzio)*

Tuttavia, questa tipologia di interventi scarsamente viene accettata dal paziente il quale attua difese nevrotiche, in quanto egli fatica ad accettare l'aiuto soprattutto del clinico e desidera essere autonomo e auto-affermarsi nelle sue scelte, quando invece con la mamma non può. Infatti, probabilmente la decisione di concludere la terapia, oltre alle motivazioni precedentemente trattate, ha a che vedere con la necessità del ragazzo di sentirsi in grado di scegliere per sé, come per dimostrarsi emancipato aumentando la sua self-efficacy avendo il controllo sull'ambiente esterno e modificandolo. Invece come già trattato il supporto autoritario è inversamente proporzionale all'intervento esperienziale.

Un'altra tipologia di interventi utilizzati dal clinico, con minore frequenza, ma che impattano sull'andamento della terapia sono quelli psicodinamici. Essi a differenza degli interventi psicoanalitici che scavano nel passato, hanno sempre a che fare con interpretazioni ma più descrittive e basate sul presente. In particolare, queste interpretazioni presentano al paziente pensieri, desideri, sentimenti che egli solitamente evita collegandoli

con il qui ed ora o con qualche seduta precedente o qualche relazione al di fuori della terapia. Ad esempio:

*Terapeuta: Sì però pensavo che oltre ad essere divertente la caratteristica di questo lavoro diciamo, del canale YouTube e i video, è il fatto di prendere i like che vuol dire che un certo numero di persone...a un certo numero di persone “io con il mio video piaccio molto”. Forse anche questo però un altro livello importante, il fatto di essere apprezzato.//*

Purtroppo, questa tipologia di interventi, costanti nel corso delle sedute, portano il paziente al diniego; infatti, si osserva una correlazione positiva tra le due variabili confermata anche attraverso il modello di regressione che ne afferma la causalità. Ciò sta ad indicare che il clinico eccede con questa tipologia di interventi che dovrebbe attuare solo quando il materiale inconsapevole del paziente è molto vicino alla comprensione, quindi quasi conscio e pronto all'accettazione di esso. Inoltre, è molto facile che il paziente respinga l'interpretazione del clinico, per cui servono più ripetizione della stessa ma rispettando i tempi ed il mondo interno del paziente; altrimenti questi interventi causano l'aumento delle difese e i livelli d'ansia, come accade nel caso di Alessio. In più, data la giovane età del paziente, la scarsa alleanza terapeutica e l'obiettivo posto rispetto a questa psicoterapia, la quale si colloca più sul versante supportivo che esplorativo, si può affermare che gli interventi psicodinamici non sono quelli più adatti. Infatti, probabilmente anche questo ha causato la conclusione precoce della terapia.

Tra gli interventi con minor frequenza abbiamo il coaching, il quale è più direttivo e scarsamente utilizzato dal clinico in quanto non appartenente al suo indirizzo teorico di riferimento e alla terapia supportiva. Come intervento esso guida, consiglia il paziente tanto che il clinico adotta un atteggiamento didattico, ponendosi come esperto. Ad esempio:

*Terapeuta: Una cosa importante se decidiamo poi di iniziare a settembre, dovresti dirmi tutto quello che ti viene in mente quando sei qua, liberamente così come ti passa un pensiero per la testa dovresti provare a dirlo ad alta voce, così proviamo a seguirlo e vedere dove ci porta. Sarà così più o meno.*

Il coaching correla negativamente sia con gli interventi cognitivi ed esperienziali in quanto non indaga né i pensieri né gli stati interni del paziente ma all'opposto il terapeuta dirige il paziente attivamente. Infatti, come intervento correla inversamente con le difese ossessive del paziente, il quale non è portato ad isolare i suoi affetti o annullare ciò che

dice; invece correla positivamente con le difese nevrotiche per cui quando il clinico risulta invadente, Alessio sposta il discorso, oppure rimuove ciò che gli viene proposto.

Invece il processo direttivo è scarsamente presente durante il corso delle sedute, per la regola della neutralità imposta dalla psicoterapia ad indirizzo psicodinamico, come già trattato, correla positiva con le facilitazioni. Come anche l'intervento strutturale il quale è più logico-organizzativo è scarsamente frequente e non ha particolari correlazioni.

Infine, abbiamo l'intervento cognitivo, quasi assente nel corso delle sedute, che si occupa di indagare le convinzioni, i pensieri, le credenze ed i significati del paziente in relazione a ciò che sente. Esso, come già trattato, correla negativamente con il coaching e positivamente con gli interventi esperienziali. Inoltre, osserviamo dai dati anche una relazione inversamente proporzionale alle difese nevrotiche del paziente, accade siccome il ragazzo riduce le rimozioni riguardo determinati avvenimenti spiegando ciò che ricorda. In più, vengono meno anche gli spostamenti e le formazioni reattive in quanto egli è portato a narrare i suoi pensieri e le sue credenze.

Gli interventi: comportamentali, strategici, le procedure esperienziali, dinamici di gruppo e sistemici non sono mai stati utilizzati dal clinico nel corso della terapia.

Quindi, rispetto alla terza ipotesi si osserva che gli interventi più utilizzati fanno parte della terapia psicodinamica con l'obiettivo di rinforzare l'io del paziente e le sue difese, a scapito di interventi cognitivi e comportamentali, dunque, questo primo aspetto dell'ipotesi è stato confermato. Invece, come secondo aspetto ci si aspetta che gli interventi del clinico facciano parte del continuum supportivo, tuttavia questo non è confermato siccome soprattutto nell'ultima parte della terapia egli applica più interventi appartenenti al continuum esplorativo, causando probabilmente l'abbandono precoce della terapia, da parte del paziente. Infine, è stata confermata la riduzione o l'assenza di interventi quali: coaching, strutturali, comportamentali, procedure esperienziali, strategici ed è anche poco utilizzato dal clinico il processo direttivo.



## **CAPITOLO 8**

### **CONCLUSIONI**

Il seguente elaborato ha sondato se la psicoterapia psicodinamica supportiva fosse in grado di promuovere lo sviluppo dell'identità e un buon adattamento di Alessio, un preadolescente in affido familiare, riducendone il malessere iniziale. A fronte dei risultati emersi si può concludere che la funzione riflessiva e i meccanismi di difesa sembrano essersi dimostrati costrutti validi per indagare questi aspetti di cambiamento del paziente durante l'intervento di sostegno. Infatti, Alessio, con l'aiuto del clinico, si sforza e prova a comprendere i propri stati interni e quelli altrui differenziandoli e organizzando così la sua esperienza interna. Inoltre, anche i meccanismi di difesa paiono evoluti e maturi così da favorire la capacità di mentalizzare e di far fronte a conflitti e angosce in modo più o meno adattivo. Tuttavia, gli interventi del clinico avrebbero dovuto essere prettamente supportivi, con l'obiettivo di sostenere il ragazzo e le sue relazioni oggettuali, in un momento di crisi e fragilità temporaneo; così che egli avrebbe potuto proseguire armonicamente il suo percorso evolutivo. Questo non è accaduto, in quanto il clinico durante le sedute di terapia si è sempre più spostato sul continuum esplorativo verso interventi più interpretativi e di confronto, portando così Alessio ad aumentare la sua ansia, difendendo e negando la nuova lettura della realtà -interna ed esterna- che il terapeuta gli proponeva. Dunque, si può affermare che questa tipologia di interventi abbia contribuito a causare il drop out della terapia da parte del paziente, a causa di un errato timing: il clinico non rispettando il tempo interiore di Alessio e proponendo materiale ancora poco accessibile alla sua coscienza, ha innescato difese di rottura anziché di integrazione dell'esperienza emotiva. Soprattutto questi interventi paiono affrettati nelle prime fasi della terapia, a fronte di un'alleanza terapeutica ancora in via di consolidamento e di fronte ad un Io del ragazzo che non è in grado di tollerare alti livelli di frustrazione.

Da aggiungere però un'altra lettura: considerando Alessio, un preadolescente in una condizione familiare negligente e con un affido interrotto bruscamente, si potrebbe anche leggere la conclusione della terapia come legata alla sua volontà di auto-affermazione e di anticipazione della chiusura dell'intervento terapeutico, programmato da lì a poco, col fine di dimostrare, anche a sé stesso, di essere in grado di fronteggiare una situazione difficile come quella della separazione e dell'abbandono.

A tal proposito si può osservare che verso la conclusione della terapia, rispetto i primi tre colloqui di consultazione, il livello di funzionamento mentale cala rientrando nella categoria Borderline con una moderata compromissione del funzionamento mentale ed un punteggio circa di 36. Nello specifico possiamo osservare un decremento nella capacità di mentalizzare, con un punteggio di 3, soprattutto quando il clinico eccede con le considerazioni, interpretazioni o collegamenti con il passato del paziente. Questi ultimi pongono in luce eventi avvenuti con il padre o l'eccessiva somiglianza tra i due, sottolineando l'influenza intergenerazionale tra loro. I seguenti temi spesso portano ad un eccessivo livello di attivazione emotiva che il ragazzo non sa gestire, dunque, è portato a difendersi in modo più primitivo diminuendo la funzione riflessiva. In più, anche le situazioni di disaccordo e conflittualità passiva tra paziente e terapeuta portano ad un declino della consapevolezza degli stati mentali propri e altrui.

Riguardo la capacità di differenziazione e integrazione essa è fortemente a rischio, con un punteggio di 2, poiché con la fine della terapia non viene più sostenuto l'Io del paziente. Infatti, Alessio essendo in età preadolescenziale sta ponendo le basi per la sua identità, tuttavia le proiezioni della madre potrebbero influenzarlo ulteriormente e negativamente più di quanto già non accada, portando ad una confusione tra sé-altro, fantasia e realtà e rappresentazioni interne ed esterne, con eccessive sovrapposizioni. Invece, sarebbe necessario sostenere con la terapia supportiva una rappresentazione del ragazzo autentica, coesa, complessa e stabile.

Anche nella regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna si osserva un leggero calo, con un punteggio di 2, in quanto nella parte finale della terapia il ragazzo tende ad auto-affermare la sua autonomia e indipendenza ma pare avere un'autostima eccessiva, non veritiera, non mostrandosi così in grado né di chiedere né di ricevere aiuto; in quanto egli è in notevole difficoltà ma non lo ammette.

Infine, decresce anche la capacità di auto-osservazione, con un punteggio di 3, verso la conclusione della terapia. In quanto egli fatica a comprendere la sua esperienza interna e ciò che sente, non riconoscendo i nessi tra pensieri e comportamenti, questo a causa dell'elevato stress vissuto da Alessio. Egli mostra uno scarso insight anche nella comprensione delle motivazioni sottostanti i propri e gli altrui bisogni e fatica a cogliere le connessioni tra passato e presente.

Concluso l'affido familiare e la terapia di Alessio ciò di cui è a conoscenza il centro affidi è che di lì a breve Lucia, la mamma del ragazzo, perde il lavoro e non è più in grado di provvedere agli oneri che le competono, per cui le viene pignorata la casa. A quel punto i servizi di tutela minorile che hanno sempre continuato a seguire, seppur indirettamente, la famiglia segnalano il caso alla Procura della Repubblica per i Minorenni, la quale si occupa della tutela dei diritti dei minori e degli incapaci anche in via d'urgenza (art. 73 dell'Ordinamento Giudiziario, art. 336 del Codice Civile).

Questo perché Lucia rimasta senza dimora e lavoro, non è in grado di provvedere ai bisogni e necessità economiche, educative, di salute e di domicilio dei due figli minorenni. La Procura della Repubblica per Minorenni ha preso in carico la segnalazione ed ha valutato la situazione fortemente negligente e a ha trasmetto la documentazione al Tribunale per i Minorenni. Quest'ultimo ente ha deciso di revocare la patria potestà al genitore, risultato non idoneo per il suo ruolo, in quanto viene meno agli obblighi previsti nei confronti della prole, danneggiandola (Art. 316 del Codice Civile). Così i due figli vengono affidati al servizio sociale che si occuperà di loro e controllerà la condotta dei minori, riferendo periodicamente al Tribunale Minorile il proseguo ed il progresso del percorso dei due minorenni. In particolare, Alessio viene collocato in una comunità per minori non accompagnati, mentre per Anita viene predisposto l'affido familiare. La mamma avendo perso la patria potestà dei figli e rimasta sola, si reca in Romania per dimorare e lavorare mantenendo contatti telefonici sporadici con i due figli.

### **8.1. Limiti e sviluppi futuri**

Si ritiene importante, infine, considerare alcuni limiti dello studio e delle eventuali prospettive future per migliorarlo.

Riguardo i limiti, innanzitutto, durante la trascrizione dei tracciati, a volte le registrazioni erano disturbate con rumori di sottofondo ed eco, quindi, non sempre tutte le parole sono state udibili portando così alla scrittura di frasi incomplete o poco chiare che, nella maggior parte dei casi, non sono state utilizzate per la siglatura.

Inoltre, occorre tenere in considerazione che, nonostante i training con la docente, gli strumenti RFS, DMRS e CPIRS, sono stati applicati da una studentessa laureanda magistrale e non un professionista; questo comporta la presenza di un certo margine d'errore. Infine, dobbiamo considerare che le sedute effettive a cui Alessio ha partecipato sono solo

dieci, quindi le ipotesi e la loro validità o meno fanno riferimento ad un numero ridotto di incontri, troppo pochi per poter dimostrare che la psicoterapia psicodinamica supportiva sia in grado di promuovere lo sviluppo dell'identità e dell'adattamento del paziente riducendone la sintomatologia. In più, la conclusione della terapia sarebbe dovuta avvenire in ogni caso, data l'interruzione dell'affido familiare e l'impossibilità del CASF di proseguire la presa in carico di Alessio, non tenendo in considerazione le reali esigenze del ragazzo.

Quindi, rispetto alle ricerche future si può pensare l'applicazione degli stessi strumenti su un caso singolo e con un numero di sedute maggiori per testare la validità delle ipotesi. Inoltre, si potrebbe approfondire il materiale siglato sul caso di Alessio o altri casi, sondando l'alleanza terapeutica, con strumenti specifici. In particolare, sarebbe utile osservare come essa evolve nel corso delle sedute e se si rafforza o meno, questo in relazione agli interventi del clinico, ai meccanismi di difesa del paziente e alla funzione riflessiva di entrambe.

In più, siccome in fase di ricerca bibliografica non sono stati trovati molti studi sperimentali che indagassero gli obiettivi, gli effetti positivi ed i benefici, a breve e lungo termine, dell'affido familiare, si auspica la possibilità di approfondire la tematica con studi futuri. Infine, altri aspetti che si potrebbero approfondire sono l'effetto e le conseguenze di un timing errato in psicoterapia, analizzando quindi sul trascritto le rotture e le riparazioni dell'alleanza terapeutica.





## RINGRAZIAMENTI

Innanzitutto, sento di dover ringraziare la Prof.ssa Salcuni per la professionalità e la disponibilità nell'avermi seguita durante la stesura del mio elaborato. La ringrazio anche per la passione e la cura che pone nel suo lavoro e che ha portato in me molta curiosità, stima e ammirazione.

Un grande ringraziamento va anche alla mia compagna di avventure e sventure universitarie, dal primo anno, Michela Claudia Ramponi. Senza di lei, il suo aiuto, le risate, i pianti, gli scleri e le sue sgridate, questi cinque anni non sarebbero stati gli stessi.

Un profondo ringraziamento va alla mia famiglia: i miei genitori, mia sorella, i miei nonni e i miei zii che mi hanno aiutata ad essere e diventare la persona che sono. Diciamocelo, non sempre hanno supportato le mie scelte, anzi è stata una bella lotta, ma pian piano obiettivo dopo obiettivo e passo dopo passo hanno dovuto ricredersi.

Desidero anche ringraziare il mio ragazzo Stefano, il quale è da un paio d'anni che mi accompagna lungo il mio percorso supportandomi, incoraggiandomi ed essendo sempre presente, condividendo con me sia le gioie, che i momenti di sconforto ed ansia.

Ringrazio inoltre, la mia storica coinquilina e cara amica Isabella per esserci sempre e per aver reso i cinque anni di convivenza speciali e indimenticabili. Mi trovo in difficoltà nel trovare le parole per descriverli, ma le emozioni che sento sono di gioia e gratitudine per essere riuscite a supportarci sempre ed essere unite nelle nostre avventure e nei momenti di difficoltà.

Ringrazio anche i miei più cari amici, dall'infanzia: Giulia, Sebastiano, Marta e Silvia, con cui sono cresciuta e che hanno sempre creduto in me.

Un grazie va anche al mio gruppo di amiche delle superiori, "Le Tortelle" con cui trascorro sempre bei momenti in spensieratezza.

Ringrazio anche tutte le persone che l'Università di Padova mi ha dato modo di conoscere e di incontrare, alcune di passaggio ed altre con cui si è instaurata una bella amicizia. In ogni caso ognuna di loro ha lasciato in me qualcosa e mi ha dato sia modo di confrontarmi e di crescere, conoscendo e approcciando punti di vista diversi dal mio.

Un ulteriore ringraziamento va ad Alessio, ovvero il ragazzo che tratto nel mio elaborato,

che con coraggio mi ha permesso di accedere ad un pezzettino del suo mondo interno e alle sue fragilità, senza di lui non sarebbe stato possibile realizzare la mia tesi.

Infine, ultimo ma non ultimo, un grosso ringraziamento va a me, per aver sempre trovato la forza, la volontà e la determinazione di credere in me e nelle mie capacità. Tornassi indietro alla me bambina le direi “Vai avanti è difficile ma non avere paura e credi di più in te, se vuoi puoi!”. Alla me di oggi invece riesco finalmente a dirle “Sei stata brava!”. Questo anche grazie alla mia psicoterapeuta, la Dott.ssa Giglio, a cui sono molto grata per aver intrapreso un lavoro che mi ha permesso di afferarmi e sapermi valorizzare.

## BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R. R. (1990). *Parenting stress index-short form* (Vol. 118). Charlottesville: Pediatric psychology press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2010). Introduzione. In J. G., Allen, P., Fonagy, & A. W., Bateman (Eds), *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- American Psychiatric Association (A.P.A), (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Ed. italiana: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, (2014). Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., & Dazzi, N. (1999). Attaccamento e processi di mentalizzazione. Presentazione. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 3(1), 101-108. Doi: 10.1449/548
- Ammaniti, M., Tambelli, R., Zavattini, G. C., Vismara, L., & Volpi, B. (1999). Attaccamento e funzione riflessiva in adolescenza. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 3(1), 155-176. Doi: 10.1449/551
- Appelbaum, A. H. (2005). Supportive psychotherapy. *Focus*, 3(3), 438-449. Doi: 10.1176/foc.3.3.438
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226. Doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Bion W. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando Editori.
- Blakemore, S. J., Burnett, S., & Dahl, R. E. (2010). The role of puberty in the developing adolescent brain. *Human brain mapping*, 31(6), 926-933. Doi: 10.1002/hbm.21052
- Blos, P. (1962). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation* (Vol. 90433). New York: Simon and Schuster.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. (Trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Torino: Boringhieri, 1972). London: Hogart Press.
- Cahn, R. (1998). *L'adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della soggettivazione*. Roma: Borla.
- Cailliez, A., Duverger, P., Rozé, M., Rousseau, D., & Riquin, E. (2022). The outcome of children placed in a welfare center or foster care before the age of 4: Prognostic factors. *Archives de Pédiatrie*, 29(7), 484-489. Doi: 10.1016/j.arcped.2022.08.013
- Casey, B. J., Giedd, J. N., & Thomas, K. M. (2000). Structural and functional brain development and its relation to cognitive development. *Biological psychology*, 54(1-3), 241-257. Doi: 10.1016/S0301-0511(00)00058-2
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011). Braking and accelerating of the adolescent brain. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 21-33. Doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00712.x
- Chartier, S., & Blavier, A. (2023). Are children in foster care in better psychological health than children in institutions? What factors influence the outcome?. *Child & Family Social Work*, 28(1), 25-36. Doi: 10.1111/cfs.12938
- Chess, S., & Thomas, A. (1999). *Goodness of fit: Clinical applications from infancy through adult life*. Psychology Press & Routledge Classic Editions.
- Christie, D., & Viner, R. (2005). Adolescent development. *Bmj*, 5;330(7486), 301-304. Doi: 10.1136/bmj.330.7486.301
- Christoffersen, M. N., & DePanfilis, D. (2009). Prevention of child abuse and neglect and improvements in child development. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 18(1), 24-40. Doi: 10.1002/car.1029
- Cicchetti D., Toth S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-65. Doi: 10.1097/00004583-199505000-00008.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *1*, 409-438. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029

Codice civile, Art. 316 e 336 (R.D.) (16 marzo, 1942, n. 262). [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1942-04-04&atto.codiceRedazionale=042U0262](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1942-04-04&atto.codiceRedazionale=042U0262)

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

Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference?. *Journal of personality*, *66*(6), 919-946. Doi 10.1111/1467-6494.00037

Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. D. (1989). 14 child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, 432-463. New York: Cambridge University Press.

Drapeau, S., Saint-Jacques, M. C., Lépine, R., Bégin, G., & Bernard, M. (2007). Processes that contribute to resilience among youth in foster care. *Journal of adolescence*, *30*(6), 977-999. Doi: 10.1016/j.adolescence.2007.01.005

English, D. J. (1998). The extent and consequences of child maltreatment. *The future of children*, *8*(1) 39-53. Doi: 10.2307/1602627

Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological bulletin*, *139*(6), 1342. Doi: 10.1037/a0031808

Finzi, R., Cohen, O., Sapir, Y., & Weizman, A. (2000). Attachment styles in maltreated children: A comparative study. *Child psychiatry and human development*, *31*(2), 113-128. Doi: 10.1023/a:1001944509409

Fonagy, P., & Adshhead, G. (2012). How mentalization changes the mind. *Advances in psychiatric treatment*, *18*(5), 353-362. Doi: 10.1192/apt.bp.108.005876

Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic dialogues*, *8*(1), 87-114. Doi: 10.1080/10481889809539235

- Fonagy, P., & Target, M. (2001). Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé. In P., Fonagy, & M., Target (Eds), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaele Cortina Editore.
- Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 98-110. Doi: 10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x
- Fonagy, P., Rossouw, T., Sharp, C., Bateman, A., Allison, L., & Farrar, C. (2014). Mentalization-based treatment for adolescents with borderline traits. In: C. Sharp & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*, 313-332. Doi: 10.1007/978-1-4939-0591-1\_21
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, 12(3), 201-218. Doi: 10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, 12(3), 201-218. Doi: 10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual version 5 for application to adult attachment interviews*.
- Freud, A. (1936). *L'Io ei meccanismi di difesa*, (tr. it. In *Opere*, 1978), Torino: Boringhieri, vol.1.
- Freud, S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile*, (tr. it. In *Opere*, 1979), Torino: Bollati Boringhieri
- Gambini, P. (2007). *Psicologia della famiglia. La prospettiva sistemico-relazionale*. Milano: Francesco Angeli
- Garces, E., Thomas, D., & Currie, J. (2002). Longer-term effects of Head Start. *American economic review*, 92(4), 999-1012. Doi: 10.1257/00028280260344560

Gatto Rotondo, M. C., Cappetti, C., & Nicolini, C. (2015). Adolescenza e alimentazione: gli schermi del corpo: l'esperienza con i gruppi classe. *Adolescenza e alimentazione: gli schermi del corpo: l'esperienza con i gruppi classe*. Gruppi, XVI, 2: 20-36. Milano: Francesco Angeli.

Geier, C. F., Terwilliger, R., Teslovich, T., Velanova, K., & Luna, B. (2010). Immaturities in reward processing and its influence on inhibitory control in adolescence. *Cerebral cortex*, 20(7), 1613-1629. Doi: 10.1093/cercor/bhp225

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). Adult attachment interview.

Giedd, J. N., Blumenthal J., Jeffries N. O., Castellanos F. X., Liu H., Zijdenbos A., Paus T., Evans A. C., & Rapoport J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2(10), 861-3. Doi: 10.1038/13158

Glen O. Gabbard (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Ed. Raffaello Cortina Editore: Milano.

Glen O., Gabbard (2018). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Ed. Raffaello Cortina Editore: Milano.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586. Doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Gullone, E., & King, N. J. (1992). Psychometric evaluation of a revised fear survey schedule for children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 33(6), 987-998. Doi: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00920.x

Healey, C. V., & Fisher, P. A. (2011). Young children in foster care and the development of favorable outcomes. *Children and youth services review*, 33(10), 1822-1830. Doi: 10.1016/j.chilyouth.2011.05.007

Hesse, E. (2016). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies: 1985-2015. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3, 553-597.



- Kafka, F. (1934). *Le Metamorfosi* (Ed.2010). Torino: Einaudi.
- Kernberg, O. F. (1998). The diagnosis of narcissistic and antisocial pathology in adolescence. *Adolescent Psychiatry: Developmental and Clinical Studies*, 22 (1), 169–186.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 51(6), 706-716. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, (27), 99-110.
- Kwon, J. E., Lee, E. J., & Nho, C. R. (2013). Mediating effects of teacher and peer relationship on the association between child abuse and neglect and school performance. *Journal of Korean Society of Child Welfare*, 42, 29-54.
- Lee, K. (2023). Effects of formal center-based care and positive parenting practices on children in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 142, 105946. Doi: 10.1016/j.chiabu.2022.105946
- Leve, L. D., Harold, G. T., Chamberlain, P., Landsverk, J. A., Fisher, P. A., & Vostanis, P. (2012). Practitioner review: children in foster care—vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1197-1211. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02594.x
- Lingiardi V., Madeddu F. (2002). *I meccanismi di difesa*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Lingiardi V., McWilliams N. (a cura), (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Lingiardi, V., & Di Cicilia, G. (2019). Fare diagnosi in adolescenza. Il contributo psicodinamico del PDM-2 e della SWAP-200-A. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 23(3), 341-360. Doi: 10.1449/95148
- Liverta-Sempio, O., Marchetti, A., & Castelli, I. (2005). *Batteria di Test Mentalistici per Anziani*. Milano: Unità di Ricerca sulla Teoria della Mente, Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore.

- Main, M., & Goldwyn, R. (1994). Adult attachment rating and classification system, manual in draft, version 6.0. *Unpublished manuscript: University of California at Berkeley.*
- Markovina, S., Grigsby, P. W., Schwarz, J. K., DeWees, T., Moley, J. F., Siegel, B. A., & Perkins, S. M. (2014). Treatment approach, surveillance, and outcome of well-differentiated thyroid cancer in childhood and adolescence. *Thyroid, 24*(7), 1121-1126. Doi: 10.1089/thy.2013.0297
- Montemayor, R. (1990). Parents and adolescents in conflict. *Adolescent behavior and society* (pp. 130-144). New York: McGraw-Hill Publishing Company.
- Muñoz Specht, P., Ensink, K., Normandin, L., & Midgley, N. (2016). Mentalizing techniques used by psychodynamic therapists working with children and early adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic, 80*(4), 281-315. Doi: 10.1521/bumc.2016.80.4.281
- Northoff, G., Schneider, F., Rotte, M., Matthiae, C., Tempelmann, C., Wiebking, C., Bermpohl, F., Heinzl, A., Danos, P., Heinze, H. J., Bogerts, B., & Panksepp, J. (2009). Differential parametric modulation of self-relatedness and emotions in different brain regions. *Human brain mapping, 30*(2), 369-382. Doi: 10.1002/hbm.20510
- Ordinamento Giudiziario, Art.73 (R.D.) (30 gennaio 1941, n.12). <https://www.consigliozionaleforense.it/documents/20182/42852/Regio+decreto+del+30+gennaio+1941%2C+n.+12/48c38166-4aff-47f1-be15-4abe982b3c12>
- Perry, J. C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scale. 5th edition.* Versione originale pubblicata in Appendice al volume Lingiardi, V., Madeddu, F. (1994), *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica.* Milano: Raffaele Cortina.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 34*(4), 863-893. Doi: 10.1177/000306518603400405
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 558. Doi: 10.1037/0022-006X.66.3.558

- Racalbuto, A., La Scala, M., & Costantini, M. V. (Eds.). (2001). *La nascita della rappresentazione fra lutto e nostalgia*. Roma: Borla.
- Ranzato, E., Austerberry, C., Besser, S. J., Cirasola, A., & Midgley, N. (2021). A qualitative analysis of goals set by foster carers seeking support for their child's emotional well-being. *Adoption & Fostering*, 45(1), 7-21. Doi: 10.1177/0308575921991951
- Reddy, L. A., & Pfeiffer, S. I. (1997). Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 581-588. Doi: 10.1097/00004583-199705000-00007
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61(52), 18. Doi: 10.1037/t01038-000
- Santrock, J. (2017). *Psicologia dello sviluppo* (III ed.). (R. D., A cura di), Milano: McGraw-Hill Education
- Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 646. Doi: 10.1037/0022-006X.54.5.646
- Silvern, L., Karyl, J., Waelde, L., Hodges, W. F., Starek, J., Heidt, E., & Min, K. (1995). Retrospective reports of parental partner abuse: Relationships to depression, trauma symptoms and self-esteem among college students. *Journal of family violence*, 10, 177-202. Doi: 10.1007/BF02110599
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A., (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review Psychology*, 57(1), 255-284. Doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190124
- Smokowski, P. R., Bacallao, M. L., Cotter, K. L., & Evans, C. B. (2015). The effects of positive and negative parenting practices on adolescent mental health outcomes in a multicultural sample of rural youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 333-345. Doi: 10.1007/s10578-014-0474-2
- Speltini, G., & Palmonari, A. (2007). *I gruppi sociali*. Bologna: Il Mulino.

- Speranza, A. M., & Maggiora Vergano, C. (2015). Le rappresentazioni mentali e il trauma progressivo nei genitori di bambini maltrattati. *Infanzia e Adolescenza*, 14(1), 22-44.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of research on adolescence*, 11(1), 1-19. Doi:10.1111/1532-7795.00001
- Steinberg, L. (2015). *L'età delle opportunità*. Torino: Codice.
- Steinberg, L., Graham, S., O'brien, L., Woolard, J., Cauffman, E., & Banich, M. (2009). Age differences in future orientation and delay discounting. *Child development*, 80(1), 28-44. Doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01244.x
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324. Doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x.
- Tarullo, A. R., & Gunnar, M. R. (2006). Child maltreatment and the developing HPA axis. *Hormones and behavior*, 50(4), 632-639. Doi: 10.1016/j.yhbeh.2006.06.010
- Trijsburg, R. W., Frederiks, G. C. F. J., Gorlee, M., Klouwer, E., Hollander, A. D., & Duivenvoorden, H. J. (2002). Development of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale (CPIRS). *Psychotherapy Research*, 12(3), 287-317. Doi:10.1093/ptr/12.3.287
- Tupler, L. A., & De Bellis, M. D. (2006). Segmented hippocampal volume in children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 59(6), 523-529. Doi: 10.1016/j.biopsych.2005.08.007
- Twigg, R., & Swan, T. (2007). Inside the foster family: what research tells us about the experience of foster carers' children. *Adoption & Fostering*, 31(4), 49-61. Doi:10.1177/030857590703100407
- Vaillant, G.E. (1977), *Adaptation to Life*. Boston: Little Brown.
- Wallerstein, R. (1986). Forty-two lives in treatment. *A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Other Press

Webster, D., Barth, R. P., & Needell, B. (2000). Placement stability for children in out-of-home care: A longitudinal analysis. *Child welfare*, 79(5), 614-632.

## APPENDICE

Tabella 1. DMRS sui singoli meccanismi di difesa del paziente.

Livelli	Difese	Media totale	SD totale	Media Δt 1	SD Δt 1	Media Δt 2	SD Δt 2	Media Δt 3	SD Δt 3
Acting 5,26%	Acting out	0,2	0,632	0,4	0,894	0	0	0	0
	Aggressività Passiva	1,1	0,994	1,2	1,304	1,5	0,707	0,67	0,577
	Ipocondriasi	0,4	0,699	0,2	0,447	1,5	0,707	0	0
Difese Border 1,86%	Scissione	0,6	0,966	1	1,225	0,5	0,707	0	0
	Identificazione proiettiva	0	0	0	0	0	0	0	0
Diniago 36,33%	Negazione	5,7	3,129	5,4	3,209	5,5	0,707	6,33	4,726
	Proiezione	0,3	0,483	0,2	0,447	0,5	0,707	0,33	0,577
	Razionalizzazione	5,7	2,406	5,8	3,033	3,5	0,707	7	0
	Fantasia Autistica	0	0	0	0	0	0	0	0
Difese Narcisistiche 8,07%	Onnipotenza	0,9	0,876	1	1	0,5	0,707	1	1
	Idealizzazione	0,5	0,972	0,8	1,304	0	0	0,33	0,577
	Svalutazione	1,2	1,229	1	0,707	0,5	0,707	2	2
Difese Nevrotiche 20,50%	Rimozione	4,4	1,43	4,8	1,643	3,5	2,121	4,33	0,577
	Dissociazione	0	0	0	0	0	0	0	0
	Formazione reattiva	0,5	0,85	0	0	1	1,414	1	1
	Spostamento	1,7	1,494	1,2	0,837	0,5	0,707	3,33	1,528
Difese Ossessive 7,76%	Isolamento dell'affetto	1,1	0,568	1,2	0,447	1	0	1	1
	Intellettualizzazione	0	0	0	0	0	0	0	0
	Annullamento retroattivo	1,4	1,35	1,8	1,643	1,5	0,707	0,67	1,155
Difese Mature 20,10%	Affiliazione	0,1	0,316	0,2	0,447	0	0	0	0
	Anticipazione	1,3	1,337	1,2	1,095	0	0	2,33	1,528
	Umorismo	1,2	0,919	0,8	0,837	1,5	0,707	1,67	1,155
	Auto-	2,6	1,647	2	1,225	1,5	0,707	4,33	1,528

	afferma- zione								
	Auto-os- serva- zione	5,3	2,751	3,4	2,302	8,5	2,121	6,33	0,577
	Sublima- zione	0,1	0,316	0,2	0,447	0	0	0	0
	Repres- sione	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabella 2. DMRS sui singoli meccanismi di difesa del clinico

Livelli	Difese	Media totale	SD to- tale	Media $\Delta t$ 1	SD $\Delta t$ 1	Media $\Delta t$ 2	SD $\Delta t$ 2	Media $\Delta t$ 3	SD $\Delta t$ 3
Acting 4,76%	Acting out	0	0	0	0	0	0	0	0
	Aggressi- vità Passiva	0,4	0,699	0	0	0,5	0,707	1	1
	Ipocon- driasi	0	0	0	0	0	0	0	0
Difese Border 0%	Scissione	0	0	0	0	0	0	0	0
	Identifica- zione proiettiva	0	0	0	0	0	0	0	0
Diniogo 4,76%	Nega- zione	0,1	0,316	0,2	0,447	0	0	0	0
	Proie- zione	0	0	0	0	0	0	0	0
	Razona- lizzazione	0,3	0,483	0,6	0,548	0	0	0	0
	Fantasia Autistica	0	0	0	0	0	0	0	0
Difese Narcisisti- che 1,19%	Onnipot- tenza	0	0	0	0	0	0	0	0
	Idealizza- zione	0	0	0	0	0	0	0	0
	Svaluta- zione	0,1	0,316	0	0	0	0	0,33	0,577
Difese Nevroti- che 11,90%	Rimo- zione	0,1	0,316	0	0	0	0	0,33	0,577
	Dissocia- zione	0	0	0	0	0	0	0	0
	Forma- zione reattiva	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sposta- mento	0,9	0,876	0,8	0,837	0,5	0,707	1,33	1,155
Difese Osessive 0%	Isola- mento dell'af- fetto	0	0	0	0	0	0	0	0
	Intellet- tualizza- zione	0	0	0	0	0	0	0	0
	Annulla- mento	0	0	0	0	0	0	0	0

	retroattivo								
Difese Mature 77,38%	Affiliazione	0	0	0	0	0	0	0	0
	Altruismo	0	0	0	0	0	0	0	0
	Anticipazione	0,9	1,101	1,4	1,14	1	1,414	0	0
	Umorismo	2,6	1,838	2	2,121	3,5	0,707	3	2
	Auto-affermazione	0	0	0	0	0	0	0	0
	Auto-osservazione	0,4	0,699	0,6	0,894	0	0	0,33	0,577
	Sublimazione	0	0	0	0	0	0	0	0
	Repressione	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabella 3. Correlazioni tra le variabili riguardanti il paziente

Paziente		FR Freq.	FR Intensità	Dif. Acting	Dif. Border	Diniego	Dif. Narcisistiche	Dif. Nevrotiche	Dif. Ossessive	Dif. Mature
FR Freq.	Rho	1	0,043	0,293	0,031	0,56	-0,149	-0,258	0,081	0,021
	Sign.	.	0,907	0,411	0,931	0,093	0,681	0,472	0,823	0,953
FR Intens.	Rho	0,043	1	0,234	0,375	0,146	-0,377	-0,128	,3670	-0,152
	Sign.	0,907	.	0,514	0,286	0,688	0,283	0,724	0,297	0,674
Dif. Acting	Rho	0,293	0,234	1	0,174	-0,054	-0,297	-0,545	0,559	0,453
	Sign.	0,411	0,514	.	0,631	0,882	0,405	0,103	0,093	0,189
Dif. Border	Rho	0,031	0,375	0,174	1	0,063	-0,095	-0,066	-0,085	-0,481
	Sign.	0,931	0,286	0,631	.	0,864	0,793	0,856	0,815	0,159
Diniego	Rho	0,56	0,146	-0,054	0,063	1	0,201	0,119	0,355	0,168
	Sign.	0,093	0,688	0,882	0,864	.	0,577	0,743	0,314	0,642
Dif. Narci.	Rho	-0,149	-0,377	-0,297	-0,095	0,201	1	0,317	0,19	0,472
	Sign.	0,681	0,283	0,405	0,793	0,577	.	0,372	0,599	0,168
Dif. Nevro.	Rho	-0,258	-0,128	-0,545	-0,066	0,119	0,317	1	-0,206	-0,052
	Sign.	0,472	0,724	0,103	0,856	0,743	0,372	.	0,567	0,886
Dif. Osses.	Rho	0,081	0,367	0,559	-0,085	0,355	0,19	-0,206	1	,644*
	Sign.	0,823	0,297	0,093	0,815	0,314	0,599	0,567	.	0,045
Difese Mature	Rho	0,021	-0,152	0,453	-0,418	0,168	0,472	-0,052	,644*	1
	Sign.	0,953	0,674	0,189	0,159	0,642	0,168	0,886	0,045	



Tabella 4. Correlazioni tra le variabili riguardanti il clinico.

Clinico		FR Freq.	FR Intensità	Dif. Acting	Dif. Border	Diniego	Dif. Narcisistiche	Dif. Nevrotiche	Dif. Ossessive	Dif. Mature
FR Freq.	Rho	1	0,479	0,09	.	-,764*	-0,058	0,135	.	0,085
	Sign.	.	0,162	0,805	.	0,01	0,873	0,71	.	0,815
FR Intens.	Rho	0,479	1	0,09	.	-0,405	0,058	-0,494	.	-0,427
	Sign.	0,162	.	0,805	.	0,246	0,873	0,146	.	0,219
Dif. Acting	Rho	0,09	0,09	1	.	-0,417	0,43	0,25	.	-0,249
	Sign.	0,850	0,805	.	.	0,231	0,214	0,486	.	0,488
Dif. Border	Rho	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sign.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Diniego	Rho	-,764*	-0,405	-0,417	.	1	-0,215	-0,25	.	-0,192
	Sign.	0,01	0,246	0,231	.	.	0,551	0,486	.	0,595
Dif. Narcis.	Rho	-0,058	0,058	0,43	.	-0,215	1	0,43	.	-0,467
	Sign.	0,873	0,873	0,214	.	0,551	.	0,214	.	0,174
Dif. Nevro.	Rho	0,135	-0,494	0,25	.	-0,25	0,43	1	.	0,294
	Sign.	0,71	0,146	0,486	.	0,486	0,214	.	.	0,41
Dif. Osses.	Rho	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sign.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Difese Mature	Rho	0,085	-0,427	-0,249	.	-0,192	-0,467	0,294	.	1
	Sign.	0,815	0,219	0,488	.	0,595	0,174	0,41	.	.
Facilita.	Rho	0,4	-0,215	0,331	.	-0,32	-0,118	0,411	.	0,139
	Sign.	0,252	0,55	0,35	.	0,368	0,746	0,238	.	0,701
Supporto autorit.	Rho	0,062	0,15	0,404	.	-0,208	0,298	0,532	.	-0,198
	Sign.	0,864	0,68	0,246	.	0,564	0,402	0,114	.	0,584
Coaching	Rho	-0,426	-0,178	0,153	.	0,247	0,061	0,071	.	-0,355
	Sign.	0,22	0,623	0,673	.	0,491	0,867	0,846	.	0,314
Processo direttivo	Rho	0,405	-0,263	0,464	.	-0,548	-0,061	0,619	.	0,333
	Sign.	0,246	0,462	0,176	.	0,101	0,866	0,056	.	0,348
Strutturale	Rho	-0,273	0,182	0,471	.	0,241	-0,062	-0,241	.	-0,445
	Sign.	0,445	0,614	0,17	.	0,502	0,864	0,502	.	0,197
Cognitivo	Rho	,652*	0,27	-0,417	.	-0,417	-0,215	-0,167	.	0,192
	Sign.	0,41	0,451	0,231	.	0,231	0,551	0,645	.	0,595
Esperienziale	Rho	0,298	0,025	-0,329	.	-0,2	-0,546	-0,352	.	0,583
	Sign.	0,403	0,945	0,353	.	0,58	0,103	0,318	.	0,077
Psicoanalitico	Rho	0,541	0,603	0,415	.	-,760*	0,535	0,046	.	-0,175
	Sign.	0,107	0,065	0,233	.	0,011	0,111	0,899	.	0,629
Psicodinamico	Rho	0,165	0,4	-0,2	.	-0,094	-0,487	-0,165	.	0,409
	Sign.	0,648	0,251	0,579	.	0,796	0,154	0,649	.	0,24

Altri interventi	Rho	-0,505	-0,554	-0,525	.	,765*	-0,295	0,091	.	0,176
	Sign.	0,097	0,097	0,119	.	0,01	0,409	0,802	.	0,626

Tabella 5. Correlazioni tra le variabili riguardanti il clinico.

Clinico		Facilitazione	Supporto autoritario	Coaching	Processo direttivo	Strutturale	Cognitivo	Esperienziale	Psicoanalitico	Psicodinamica	Altri interventi
Facilitaz.	Rho	1	0,358	0,368	,681*	-	-	-	0,177	0,074	-0,209
	Sign.	.	0,31	0,296	0,03	0,662	0,526	0,445	0,625	0,839	0,562
Supp. Auto	Rho	0,358	1	0,565	0,502	0,238	-	-,753*	0,173	0,229	-0,199
	Sign.	0,31	.	0,088	0,139	0,508	0,155	0,012	0,634	0,525	0,581
Coaching	Rho	0,368	0,565	1	0,232	0,205	-,648*	-,761*	-0,176	-0,11	-0,01
	Sign.	0,296	0,088	.	0,518	0,57	0,043	0,011	0,627	0,762	0,979
Proc. Dir.	Rho	,681*	0,502	0,232	1	-	0	-	0,059	-	-0,349
	Sign.	0,03	0,139	0,518	.	0,842	1	0,747	0,871	0,832	0,323
Strutturale	Rho	-	0,238	0,205	-0,072	1	-	-	-0,26	0,017	0,178
	Sign.	0,159	0,508	0,57	0,842	.	0,287	0,591	0,468	0,963	0,622
Cognitivo	Rho	-	-	-,648*	0	-	1	,705*	0,115	-	-0,16
	Sign.	0,228	0,485	0,043	1	0,374	.	0,023	0,751	0,771	0,659
Esperienzi.	Rho	-	-,753*	-,761*	-0,117	-	,705*	1	-0,097	0,173	0,061
	Sign.	0,273	0,012	0,011	0,747	0,194	0,023	.	0,789	0,633	0,867
Psicoanalitico	Rho	0,177	0,173	-	0,059	-0,26	0,115	-	1	0,117	-,789**
	Sign.	0,625	0,634	0,176	0,871	0,468	0,751	0,097	.	0,747	0,007
Psicodinamica	Rho	0,074	0,229	-0,11	-0,077	0,017	-	0,173	0,117	1	0,042
	Sign.	0,839	0,525	0,762	0,832	0,963	0,106	0,633	0,747	.	0,908
Altri interventi	Rho	-	-	-0,01	-0,349	0,178	-0,16	0,061	-	0,042	1
	Sign.	0,209	0,199	0,979	0,323	0,622	0,659	0,867	-,789**	0,908	.

