

Mente e Cura

IRPPI



GIUGNO 2024



IRPPI
ISTITUTO ROMANO PSICOTERAPIA
PSICODINAMICA INTEGRATA

Mente e Cura
Psicoterapie e Neuroscienze

Direzione Scientifica
Valentina Battisti e Riccardo Caporale

Mente e Cura

ISSN 2611-0245

Rivista semestrale diretta dalla Dott.ssa Valentina Battisti e dal Dott. Riccardo Caporale

SOMMARIO

ARTICOLI/ARTICLES

- La psicodiagnostica psicodinamica integrata: un modello multidimensionale della personalità.** Caporale R., Battisti V.....3
- Il lavoro con i sogni nella Psicoterapia Psicodinamica Integrata.** Battisti V., Caporale R.....19
- Lo Zeta – Functional Assessment System (Zeta-FAS). Nuovo sistema di somministrazione, siglatura ed interpretazione dello Zulliger Individual Test.** Caporale R., Craparo G.....27
- Cicatrici sulla pelle e ferite nell’anima: l’autolesionismo non suicidario adolescenziale.** Castrucci L.....37

RUBRICHE

CINEMA

- La Fossa dei Serpenti di Anatole Litvak.** *Il cinema manicomiale e la nascente psicoanalisi.* Galassi S.49

LIBRI

- Dall’ altro lato della specie.** *Libro: “L’Unità” di Nini Holmqvist, Fazi Editore, Aprile 2024.* Paoletti A.51

Mente e Cura

Organo Ufficiale dell'IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Direzione scientifica: Valentina Battisti e Riccardo Caporale

Direttrice responsabile: Carola Pulvirenti

Coordinamento editoriale: Simonetta De Petrillo

Comitato scientifico: Massimo Ammaniti, Massimo Biondi, Tonino Cantelmi, Giuseppe Craparo, Alessandra Fermani, Silvia Mazzoni, Clara Mucci, Anna Oliverio Ferraris, Alberto Oliverio.

Comitato di lettura: Roberta Rodi, Valentina Bolle, Francesca Cocciolo, Milena Tartaglia, Nicole Civale, Simona Morra, Valentina Russo, Margherita Trabucco, Alina Paoletti, Roberto Di Marzio, Maria Teresa Rossi, Alessia Sabellico, Giulia Carlotta Guerra, Andrea Jordan Raiola, Virginia Seghetti, Flavio Sellaroli, Giulia Terzitta, Cecilia Paglia.

Comitato editoriale: Cettina Allone, Maurizio Andreola, Federica Ligas, Silvia Battisti, Alessia Carleschi, Federica Cosenza, Gaetano Di Mauro, Antonio Maccarone, Stefano Martellotti, Renato Maria Menichincheri, Matteo Mentuccia, Annalucia Morrone, Francesco Ricci, Pierluigi Scarciglia, Valentina Scarfini, Chiara Scarpulla, Martina Sciarretta, Stefano Terenzi.

*Articolo***La psicodiagnostica psicodinamica integrata: un modello multidimensionale della personalità**

Integrated psychodynamic psychodiagnostics: a multidimensional model of personality

*Caporale R.¹, Battisti V.²*¹⁻² IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata**Riassunto**

In questo lavoro proponiamo un modello integrato di psicodiagnosi psicodinamica e multidimensionale della personalità. L'analisi strutturale valuta l'attivazione, lo sviluppo e l'integrazione dei molteplici sistemi motivazionali alla base del comportamento umano, ridefinendo un'articolata teoria dei bisogni primari di natura strettamente intersoggettiva. L'analisi di funzionamento indaga la maturazione delle capacità di mentalizzazione e dei principali processi psichici, responsabili del modo in cui la personalità si adatta al proprio ambiente affettivo-interpersonale e delle strutture di significato poste al servizio del Sé. L'analisi di organizzazione evidenzia le strategie difensive che l'individuo mette in atto per difendersi dai traumi relazionali significativi. In ottica di sviluppo, l'organizzazione emerge dal funzionamento ed il funzionamento emerge dalla struttura.

Parole chiave: psicodiagnostica psicodinamica integrata; modello multidimensionale della personalità; struttura di personalità; funzionamento di personalità; organizzazione di personalità; sistemi motivazionali

Abstract

In this work we propose an integrated model of psychodynamic and multidimensional psychodiagnostics of personality. Structural analysis evaluates the activation, development and integration of the multiple motivational systems underlying human behavior, redefining an articulated theory of primary needs of a strictly intersubjective nature. Functional analysis investigates the maturation of mentalization abilities and the main psychic processes, responsible for the way in which the personality adapts to its affective-interpersonal environment and the structures of meaning placed at the service of the Self. The organizational analysis highlights the defensive strategies that the individual implements to defend himself from significant relational traumas. From a development perspective, organization emerges from functioning and functioning emerges from structure.

Keywords: integrated psychodynamic psychodiagnostics, multidimensional model of personality, personality structure, personality functioning, personality organization, motivational systems

I. Nuovi fondamenti del processo psicodiagnostico: approccio clinico-psicodinamico ed agire integrato

Il processo o la situazione psicodiagnostica "è articolato ma ben definito momento dell'intervento psicologico finalizzato alla comprensione del funzionamento globale dell'individuo. Un senso della diagnosi che rimette al centro la persona ridimensionando il disturbo, che coglie il significato dei sintomi all'interno dei loro contesti, che parte da un'attenta analisi delle risorse a disposizione per pianificare un intervento" (Caporale e Roberti, 2013; 2019).

Noi psicoterapeuti psicodinamici integrati (PPI) consideriamo la psicodiagnostica una "psicodiagnostica psicodinamica" o "dinamicamente orientata", avente come obiettivo quello di esplorare vari livelli o dimensioni della personalità e le loro relative interazioni.

Per definire una psicodiagnostica dinamica e distinguerla da altri approcci, risulta necessario che la situazione clinica soddisfi due requisiti strutturali:

- l'acquisizione da parte del professionista di un peculiare e costante assetto emotivo-motivazionale, cognitivo e relazionale nella modalità di conduzione dell'indagine psicologica e di ragionamento clinico;
- l'adozione di un valido modello esplicativo-inferenziale di funzionamento e di sviluppo della personalità e, conseguentemente, della psicopatologia e dei processi di cambiamento terapeutici.

Al fine di soddisfare il primo criterio è necessario partire dalla costruzione di un set ed un setting "su misura" per quel determinato paziente, in grado sia di comprenderne la sofferenza soggettiva (aspetto idiografico) che di elaborarne una diagnosi (aspetto nomotetico). Per allestire un ambiente psicologico con tali caratteristiche, il clinico deve necessariamente maturare un pool di competenze umane e professionali derivate da un profondo lavoro di analisi personale. Di seguito, le skills trasversali a nostro avviso necessarie:

- a) Un'adeguata capacità di sintonizzazione affettiva con un'altra soggettività che permette la costruzione di un campo intersoggettivo emergente orientato prima agli obiettivi diagnostici e poi a quelli terapeutici;
- b) Un'attenzione fluttuante tesa a sospendere il giudizio personale a favore della comprensione acritica di quello dell'"Altro";
- c) Una flessibilità clinica declinabile nella scelta, momento per momento, e da caso a caso, di strumenti tecnici, strategie e chiavi di lettura teorico-cliniche;
- d) Una buona capacità di mentalizzazione volta all'individuazione dei nuclei affettivo-relazionali disfunzionali centrali del paziente attraverso l'analisi della dinamica transfert-controtransfert presente nel qui ed ora ed un'attenta ricostruzione biografica;
- e) Una profonda motivazione all'esplorazione ed ai rapporti interpersonali che si esprima attraverso una sempre viva propensione nel lasciarsi incuriosire dal nuovo e dalla diversità.

Mantenere un tale assetto clinico sancisce inevitabilmente la piena entrata del professionista in una dinamica intersoggettiva nuova e totalizzante, in cui si incoraggia la collaborazione attiva del paziente. Risultato finale è un tipo di diagnosi che coglie dal di dentro il modo sempre unico di sentire, pensare, percepire, relazionarsi di quel determinato individuo, mettendo al centro l'esperienza soggettiva del paziente.

Inoltre, una psicodiagnostica clinica dovrebbe integrare nella propria prassi una modellistica del funzionamento psichico normale e patologico sempre più esplicativa e vicina all'esperienza umana percepita. A tal proposito, noi come psicoterapeuti PPI sosteniamo una visione dinamica e sistemica della personalità, personalità come proprietà emergente da una matrice relazionale ed intersoggettiva, sia nelle sue traiettorie evolutive normotipiche che patologiche.

Una psicodiagnostica clinico-dinamica per noi è anche una psicodiagnostica integrata poiché si sostanzia in una valutazione multidimensionale della personalità, basata su un'analisi multi-livello (strutturale, funzionale e di organizzazione) e multi-strumentale ossia attraverso l'utilizzo congiunto di differenti strumenti di indagine psicologica nomotetici e idiografici. I tre livelli diagnostici integrati tra loro permettono di restituire al paziente un'immagine verosimilmente completa del suo disagio e del background di personalità da cui il sintomo si è organizzato ed ha trovato un proprio equilibrio funzionale nella patologia.

Da tali premesse, nasce l'esigenza di ridefinire un ambito di conoscenza e competenza come quello della psicodiagnostica, punto di convergenza e campo interdisciplinare di saperi diversi, derivante, oltre che dalla pratica dei test, dalla psicologia clinica e generale, dalla psicopatologia clinico-descrittiva, dalla psichiatria di impostazione dinamica e dalla psicoterapia fino alla più lontana statistica psicometrica. Nostro obiettivo è, dunque, mettere al centro un metodo di indagine e valutazione della personalità, una teoria della tecnica che si fondi sui principi della "clinica psicodinamica" e dell'"integrazione". Una psicodiagnostica utile rappresenta un

valido schema d'azione, allo stesso tempo, momento di valutazione e di terapia, diagnosi e cura che si prendono per mano, perché è proprio nella profonda comprensione dell' "Altro", che l' "Altro" si rivela a noi e a sé stesso nella sua vera essenza come oggetto di osservazione e di studio.

2. La diagnosi: concetti di sanità di base e patologia

A monte di una seria revisione critica sul concetto di diagnosi, cosa intendiamo per condizione di sanità di base e condizione di patologia? E le condizioni di sanità mentale e di patologia sono categorie ben distinte senza soluzione di continuità oppure rappresentano due polarità di un unico continuum?

Per quanto riguarda i concetti di sanità mentale e patologia, la validità dei loro costrutti dipende dai criteri che si utilizzano per distinguerle.

Tradizionalmente, la medicina ha utilizzato fin dai suoi primordi per definire la patologia il criterio della "sofferenza soggettiva". In tale paradigma, il dolore rappresenterebbe il marker fisiopatologico, ossia il segnale d'allarme attraverso il quale porre le basi per qualsiasi intervento medico. Qualora però noi traslassimo questa logica al disturbo mentale, ci renderemmo conto di quanto tale criterio possa rivelarsi semplicistico; per esempio, tutta l'area psicopatologica dei disturbi di personalità, ontologicamente egosintonica nella percezione di malattia, non sarebbe annoverata come una vera e propria patologia mentale.

Altresì, dal secolo scorso con la diffusione della statistica applicata alla psicologia e alla medicina, il rapporto tra sanità mentale e patologia è stato ridefinito su criteri puramente numerici; se oltre il 99% delle persone concordassero sull'interpretazione data ad una determinata situazione, l'unica persona che sosterebbe il contrario sarebbe in questo caso patologica, perché deviante statisticamente da una realtà di significato condivisa. Tale logica ha rappresentato l'apice di una concezione categoriale del disturbo mentale, che ha fatto coincidere la sanità mentale con il concetto di normalità statistica.

Negli ultimi decenni, con la nascita di un approccio dimensionale ai disturbi della personalità, si è diffuso un terzo criterio che meglio sembrerebbe ridefinire il rapporto tra sanità mentale e patologia alla luce di una realtà clinica complessa. Parliamo di quello che già il DSM-III (APA, 1980) descriveva come "marcata compromissione in ambito lavorativo o sociale" e che oggi afferisce al criterio di disfunzione o non efficienza funzionale. In altre parole, non basta avere dei sintomi per rientrare in una condizione di malattia, serve, invece, che gli stessi siano così intensi, pervasivi e disorganizzanti da poter impattare in maniera negativa su uno o più contesti di vita, e minare il senso di efficacia personale e capacità di giudizio.

Quest'ultimo criterio, inoltre, permetterebbe di risolvere la diatriba teorica tra categoriale e dimensionale, riconsiderando normalità e patologia come due polarità di un unico continuum, attraverso le quali l'individuo può entrare ed uscire in diversi momenti del ciclo di vita.

La sanità mentale consisterebbe in una condizione di equilibrio dinamico, frutto della capacità integrativa della personalità tra differenti processi e stati del Se. Altresì, la patologia rappresenterebbe il fallimento di questo equilibrio dinamico, effetto di una condizione di dissociazione strutturale della personalità a vari livelli di gravità, con conseguente rigidità caratteriale e compartimentalizzazione di parti del Se. Infatti, il fallimento dell'integrazione psichica, derivata dalla presenza di stati dissociativi, deve essere considerata la base sintomatologica di qualsiasi condizione psicopatologica di lieve, media e grave entità della personalità.

3. I livelli psicodiagnostici della personalità: un modello multidimensionale

Una psicodiagnostica psicodinamica secondo il nostro modello PPI deve necessariamente procedere ad una valutazione multidimensionale della personalità prima di organizzazione, poi di funzionamento, infine, di

struttura. In un'ottica di sviluppo, l'organizzazione emerge dal funzionamento ed il funzionamento a sua volta emerge dalla struttura.

L'analisi di organizzazione, su cui il clinico in prima battuta dovrà orientare la propria attenzione, è sostanzialmente un'analisi dell'organizzazione difensiva più o meno patologica che l'individuo, prima bambino e poi futuro paziente, strutturerà inconsciamente per la maggior parte della propria vita psichica su uno o più tratti caratteriali. Più i tratti della personalità appaiono rigidi e pervasivi più denotano alla base deficit di funzionamento psichico derivati a sua volta da deficit/conflitti tra sistemi motivazionali da cui ci si difende. Ad esempio, un'organizzazione di personalità patologica come quella isterica o ossessiva nasce proprio dal tentativo di regolare ansie ed angosce derivate dai conflitti motivazionali tra sistema attaccamento e sistema sessualità e compensare deficit legati a modalità di pensiero del "far finta".

Come vedremo più avanti, la nostra riformulazione delle organizzazioni patologiche di personalità come organizzazioni difensive ci spinge a proporre una loro nuova classificazione sulla base delle sempre maggiori evidenze riguardanti la neurobiologia del trauma e le sue relative strategie difensive autonome. I disturbi del carattere, ad oggi meglio ridefiniti nell'accezione più ampia disturbi di personalità, sono organizzazioni difensive che possono essere meglio raggruppate in organizzazioni fight (di controllo), organizzazioni flight (di fuga o evitamento) ed organizzazioni freezing (dissociazione). Ogni tipologia o stile di tratto rientrerebbe in una di queste modalità di risposta al trauma di natura intersoggettiva.

L'analisi del funzionamento di personalità rappresenta un secondo livello diagnostico da indagare che permette di valutare l'adeguata o meno maturazione di quei processi psichici (o cosiddette funzioni) alla base di un buon adattamento all'ambiente psicoaffettivo. Riteniamo, come psicoterapeuti PPI, che analizzare il funzionamento vuol dire valutare innanzitutto i processi di mentalizzazione, funzioni sovraordinate dalle quali derivano altre più specifiche, alla base sia di uno sviluppo sano che patologico della personalità.

L'acquisizione di una piena capacità di mentalizzazione (Fonagy e Target, 2001), corrispondente allo sviluppo di un codice di elaborazione delle informazioni di tipo simbolico-verbale (Bucci, 1997; 2001; 2002), rappresenta per noi la base di un'adeguata maturazione di tutte le altre funzioni psichiche più specifiche di natura psicodinamica, messe a fuoco sistematicamente dalla clinica psicanalitica, quali ad esempio l'esame di realtà, la regolazione emotivo-affettiva, le capacità di investimento oggettuale, l'identità.

Il sano sviluppo sia dei processi di mentalizzazione che delle funzioni psichiche più specifiche deriverà a sua volta dal sano sviluppo ed integrazione tra loro dei molteplici sistemi motivazionali, come lo sviluppo patologico delle medesime funzioni sarà determinato da un deficit o da una mancata integrazione dei sistemi motivazionali sottostanti alle funzioni stesse.

Terzo ed ultimo piano d'indagine, concettualizzazione originale del nostro modello, è rappresentato, infatti, proprio dall'analisi strutturale che indagherà l'attivazione, lo sviluppo e l'integrazione dei principali sistemi motivazionali intersoggettivi ed i relativi qualia affettivi, mostrando le peculiari configurazioni degli stessi alla base delle differenti forme di psicopatologia della personalità. Un esempio di ciò è rappresentato dal funzionamento di personalità nevrotico che nascerebbe dallo sdoppiamento di un sistema attaccamento insicuro ed un sistema sessualità disinibito o inibito a seconda del caso (Lago, 2006; 2016). I sistemi motivazionali, geneticamente iscritti nella biologia dell'essere umano, si attiveranno in determinate finestre evolutive e necessiterebbero per maturare in maniera adeguata di relazioni intersoggettive valide che in quel dato momento si formerebbero attorno ad un emergente bisogno o interesse evolutivo comune. Dunque, le relazioni umane sono basate ed orientate da una teoria dei bisogni primari (fondamentali) e non da più o meno oscure pulsioni di natura endogena. Ad esempio, un caregiver che abbia maturato (attivato) il bisogno di prendersi cura di

qualcuno (sistema di caregiving) svilupperà una capacità di sintonizzazione verso un bambino che abbia bisogno di sicurezza e di una conseguente base sicura che lo protegga dai pericoli (sistema di attaccamento).

Altresì, la presenza di traumi semplici e complessi soprattutto nelle prime fasi dello sviluppo e nelle prime relazioni esporranno il bambino a prolungate mancate sintonizzazioni (rotture senza riparazioni), fino a fenomeni di collasso dell'intersoggettività, che a loro volta non permetteranno l'organizzazione adattiva dei molteplici sistemi motivazionali alla base della vita psichica dell'individuo. Ad esempio, un distorto sviluppo del sistema motivazionale attaccamento produrrà un conseguente inadeguato sviluppo di processi e funzioni psichiche emergenti quali le rappresentazioni nucleari del sé, le capacità di investimento oggettuale, l'esame di realtà.

Ricapitolando, in ottica evolutiva, la mancata attivazione, sviluppo o integrazione di un qualsiasi sistema motivazionale genererà deficit funzionali innanzitutto delle capacità di mentalizzazione e, allo stesso tempo, predisporrà ad un'organizzazione della personalità basata su uno o più tratti patologici, tratti con un alto valore difensivo dalla natura traumatica dell'intersoggettività. Inoltre, la prolungata assenza di sintonizzazione o addirittura il collasso dell'intersoggettività stessa, in un dato periodo dello sviluppo, potrà favorire, a livello strutturale, l'attivazione di un sistema motivazionale alternativo. Tale sistema motivazionale perderà le caratteristiche di intersoggettività e, dunque, di espansione dello stato del Sé ed avrà una natura imitativa rispetto al sistema madre di derivazione.

Di seguito, approfondiremo ogni singolo livello diagnostico in ordine evolutivo. Se la personalità la concettualizzassimo come un edificio, i sistemi motivazionali ed i relativi affetti equivarrebbero alle fondamenta, le funzioni psichiche ai piani, i tratti caratteriali al tetto o copertura.

3.I Psicodiagnosi strutturale

La dimensione più profonda e alla base di tutte le altre da valutare secondo un modello multidimensionale è l'analisi del piano strutturale, ossia della struttura della personalità. La diagnosi di struttura è andata in disuso molti decenni fa (Bergeret 1984), a favore di una diagnosi funzionale che sempre più ha preso piede già da fine anni '80 ed inizi anni '90 del secolo scorso. Obiettivo di questo lavoro è recuperare a livello teorico-clinico tale termine poiché crediamo ancora nel suo attuale valore psicodiagnostico, a patto di riformulare il concetto di struttura in un'accezione diversa.

La diagnosi di struttura è da intendersi, secondo noi, come una valutazione delle disposizioni motivazionali. Parlare dunque di struttura non vuol dire riferirci ad una concezione della personalità organizzata, con istanze psichiche stabili ed irreversibili, ma più semplicemente al fatto che si riorienta l'attenzione a ciò che è alle fondamenta della personalità, che muove tutto e da cui si sviluppano gli altri livelli mentali. Più nello specifico, alla base di importanti processi e funzioni adattive interdipendenti tra loro, vi sono particolari assetti motivazionali e, di conseguenza disposizioni emotivo-affettive, che via via si vanno articolando nella loro complessità, e dalla quale emergono e si sviluppano proprio le funzioni stesse.

Dunque, fare un'analisi di processo o funzionale significa fare innanzitutto un'analisi della struttura di personalità. Le funzioni emergono dalla struttura e la struttura psichica individuale nasce a sua volta dalla nascita di un nuovo campo intersoggettivo, ossia da una relazione vitale significativa.

Da ciò ne deriva che la diagnosi strutturale sia una valutazione dell'attivazione, dello sviluppo e dell'integrazione dei molteplici sistemi motivazionali, concettualizzati come bisogni da soddisfare e regolare emergenti da sempre differenti campi intersoggettivi e che si manifestano in specifiche finestre evolutive.

La letteratura psicanalitica fin dai suoi albori ha riconosciuto svariate motivazioni alla base del comportamento umano, in particolare negli ultimi decenni l'attaccamento con tutte le sue relative implicazioni (Holmes, 2014).

Il modello PPI di sviluppo della personalità e della psicopatologia (Lago, 2006; 2016) ha fin dall'inizio puntato sul dualismo motivazionale tra sistema attaccamento e sistema sessualità, riconoscendo l'importanza di questi due assi nella costruzione dell'identità, nella qualità delle relazioni interpersonali e degli affetti, nell'organizzazione del pensiero, in altre parole nello sviluppo del funzionamento di personalità sano e patologico.

In sintesi, la frammentazione psicotica deriverebbe da un sistema attaccamento adesivo ed un sistema sessualità assente (Caporale et al. 2023), la polarizzazione borderline da un sistema attaccamento disorganizzato ed un sistema sessualità perverso (Lago, 2006; 2016), lo sdoppiamento isterico da un sistema attaccamento organizzato ma insicuro ed un sistema sessualità non integrato (Lago, 2006; 2016).

Recentemente, Caporale e Battisti (2023) hanno dato vita ad una quarta categoria psicodinamica di psicopatologia della personalità, ossia quella della polarizzazione depressivo-narcisistica che deriverebbe da un sistema attaccamento insicuro ambivalente ed un sistema esplorativo-assertivo non organizzato. Dunque, le patologie di livello narcisistico della personalità si strutturerebbero dal mancato sano sviluppo di un terzo sistema motivazionale nel nostro modello PPI, quello che noi consideriamo orientato all'accrescimento della conoscenza, all'acquisizione di competenze e dunque alla costruzione di un senso di agentività e di efficacia personale.

Malgrado ciò, appare oggi necessario un ulteriore ampliamento della diagnosi strutturale con l'aggiunta concettuale di ulteriori sistemi motivazionali. Riteniamo, dunque, che per comprendere a pieno l'ampia gamma dei disturbi della personalità ed in generale di gran parte della psicopatologia si debba necessariamente aggiornare il modello della PPI integrando al proprio interno una teoria e pratica d'intervento dei sistemi motivazionali più completa. Si deve riconoscere come nello sviluppo sano e patologico della personalità, in differenti finestre evolutive, si attivino, si organizzino e si integrino molteplici sistemi motivazionali, tutti quanti strutturali, e non solamente l'attaccamento e la sessualità.

Lungo il corso dello sviluppo, lo scambio intersoggettivo, vitale e strutturante, genera nell'individuo una serie di bisogni ad alto valore adattivo da soddisfare che coprono tutto l'arco di vita e non solamente l'età evolutiva. I bisogni e la loro regolazione sono le vere motivazioni che muovono la decisione ed il comportamento umano. Essi si possono attivare, disattivare e riattivare in funzione della fase di sviluppo e dell'equilibrio dinamico o meno con gli altri sistemi motivazionali. Tutti concorrono allo sviluppo del Se come sistema sovraordinato; un rapporto armonico tra sistemi motivazionali permette la costruzione di un Se unitario nella molteplicità, coerente anche nella conflittualità, unico malgrado il bisogno di essere simili agli altri.

Sulla base della nostra esperienza riguardo la clinica adulta maturata nell'ultimo ventennio con il modello PPI, delle recenti ricerche osservative sui bambini e degli studi sulle evidenze neuroscientifiche, riteniamo che, per costruire un valido e più completo modello esplicativo dell'eziopatogenesi della psicopatologia della personalità e delle principali sindromi cliniche, sia di fondamentale importanza valutare l'attivazione, lo sviluppo e l'integrazione tra loro di cinque sistemi motivazionali, ad alto valore psicodinamico e psicobiologico.

Il primo, quello più basilare e portante, è rappresentato dal sistema attaccamento. Il sistema attaccamento che Bowlby (1976; 1978; 1983; 1989) per primo mise in luce nasce dall'esigenza di avere innanzitutto una regolazione psicobiologica efficace grazie ad un caregiver che a sua volta esprima un complementare bisogno di accudimento, ossia quello di prendersi cura fisicamente e psicologicamente di qualcun altro. Successivamente, tale esperienza permetterà di maturare la necessità di avere nel tempo una base sicura dalla quale ritornare ogni qualvolta si percepisca di essere in pericolo, sia che il pericolo sia interno o esterno, reale o potenziale. L'ansia o la paura di qualcosa o qualcuno minaccioso riattiverà tale sistema durante tutto l'arco di vita. Il sistema accudimento emergerà successivamente dalla corretta organizzazione del sistema attaccamento, come a volte si nota nel gioco con le bambole o con il senso di premura che si sviluppa nella gestione dei fratelli o sorelline. La non organizzazione o la disorganizzazione di tale sistema è alla base sia delle strutturazioni psicotiche che di quelle borderline a basso funzionamento. Il sistema motivazionale che si attiva difensivamente in sostituzione

ed in alternativa è rappresentato da forme di ricerca adesiva ed imitativa di vicinanza fisica o di dipendenza patologica in cui non vi è spazio per alcuna forma di interiorizzazione e simbolizzazione della funzione contenitiva di attaccamento (sistema di attaccamento adesivo).

Il secondo sistema è quello esplorativo-assertivo, introdotto nel modello PPI da Caporale e Battisti (2023). Tale asse motivazionale, che si attiva dai 2-4 anni in avanti, emerge dalla capacità del bambino di sapersi separare dalla figura di caregiver quanto basta per spingersi oltre ed assaporare il piacere della conoscenza e l'entusiasmo della scoperta. La curiosità per tutto ciò che è nuovo e le nuove più raffinate capacità cognitive, genererebbero competenze sempre maggiori e da questo momento in poi un maggiore senso di agentività e di efficacia personale. Il sistema esplorativo lo consideriamo come Lichtenberg (1989; 1992; 2012) un tutto uno con l'assertività poiché il fine del piacere di accrescere le proprie skills sarebbe anche quello della dominanza, un potere che si raggiungerebbe però per competenza e dunque per ruolo sociale anziché per competizione o antagonismo basato su un'aggressività manifesta. Il mancato sviluppo o lo sviluppo disarmonico del sistema esplorativo-assertivo contribuirebbe alla strutturazione dei funzionamenti narcisistici e delle patologie ansioso-depressive su base corrispondente. Il sistema motivazionale che si attiva difensivamente in sostituzione ed in alternativa ha come obiettivo la dominanza interpersonale e si manifesta con forme compulsive-impulsive di ricerca della novità e di potere come sistema di controllo e manipolazione attraverso la superiorità culturale ed intellettuale (sistema agonistico o di rango).

Il terzo sistema ossia quello della sessualità ha rappresentato la base motivazionale/pulsionale della metapsicologia freudiana e della psicanalisi classica per lungo tempo e fino all'avvento della svolta relazionale (Eagle, 2012; 2013). La sessualità deve essere intesa, innanzitutto, come sessualità di coppia o comunque tendente al legame stabile e duraturo, la cui finalità nasce dal bisogno di sperimentare una profonda intimità psicologica, senso di abbandono e perdita dei confini con l'Altro. L'intimità psicologica è ovviamente preceduta ed incentivata dall'intimità fisica che si crea a seguito della chimica dell'attrazione. La stessa sessualità istintuale viene, infatti, sempre più direzionata dalla tarda adolescenza in poi verso situazioni sentimentali che assicurino una maggiore integrazione con i bisogni psicologici di fusionalità psichica. Per tale ragione, riteniamo che il sistema sessualità, nelle sue caratteristiche di intersoggettività, si attivi dalla pubertà in poi, si sviluppi lungo tutto l'arco dell'adolescenza e post-adolescenza, fino ad arrivare a maturazione nella giovane età adulta. La progettualità permette a tale ricerca di condivisione intima di estendersi anche nel futuro anteriore della coppia, alimentando il desiderio di stare insieme. Lo sviluppo disarmonico o la mancata integrazione del sistema sessualità con il sistema attaccamento contribuirebbe alla strutturazione dei funzionamenti nevrotici. Il sistema motivazionale che si attiverebbe difensivamente in sostituzione ed in alternativa perseguirebbe la ricerca del godimento immediato attraverso una sessualità primitiva senza legame o affettività (sistema sessualità primitivo). Il quarto sistema quello di accudimento, sebbene derivato dal sistema attaccamento, rappresenta, per noi come per altri clinici, un sistema a se stante (Lichtenberg, 2012; George e Solomon, 1999). L'accudimento come motivazione, al pari della sessualità, si attiva con la pubertà, resta immatura fino all'adolescenza ed emerge chiaramente in età adulta, e non solo nelle donne future madri. Come Lichtenberg (2012) sostiene: "Consideriamo che il caregiving un sistema motivazionale distinto che stabilisce obiettivi più generali rispetto a quello limitato alle cure materne". Tale sistema si attiva non solamente nell'allevamento della prole ma si generalizza a persone terze quando viene manifestato uno stato di dipendenza fisica e psicologica. L'obiettivo è quello dell'autonomizzazione e dell'indipendenza. Il mancato sviluppo o lo sviluppo disarmonico del sistema di accudimento contribuirebbe alla strutturazione di tutte quelle psicopatologie della vita quotidiana, o come diremmo noi nevrosi attuali riformulando Freud, declinabili in forme depressive miste, tristezza vitale, ansia ed attacchi di panico, male di vivere. Il sistema motivazionale che si attiverebbe difensivamente in sostituzione ed

in alternativa è un bisogno fisiologico di avere un figlio senza sviluppare un relativo spazio mentale ed un atteggiamento di resa altruistica (sistema di accudimento biologico).

Il sistema affiliativo, quinto ed ultimo, è rappresentato dal bisogno di appartenenza ad un gruppo (sociale, culturale, politico o religioso) che metta nelle condizioni l'individuo di sperimentarsi parte di un tutto, di qualcosa di più grande, favorendo lo sviluppo di un senso di utilità e di comportamenti prosociali. Malgrado la prima attivazione ed organizzazione del sistema si abbia già in età prescolare, con l'esperienza della famiglia come prima forma di società ed in età scolare con le molteplici agenzie di socializzazione, il bisogno di affiliazione in quanto sistema motivazionale responsabile della psicopatologia emergerebbe dall'età adulta in poi. Infatti, proprio in una fase più avanzata, tale affiliazione permetterebbe anche una migliore elaborazione dell'angoscia di morte attraverso la condivisione di un senso e di un destino comune. Il mancato sviluppo o lo sviluppo disarmonico del sistema affiliativo contribuirebbe, alla stessa stregua del sistema di accudimento, alla strutturazione di tutte quelle psicopatologie della vita quotidiana più vivine alla mezza età e legate alla percezione di trascinarsi esistenziale, insoddisfazione di vita, paura della malattia e della morte. Il sistema motivazionale che si attiva difensivamente in sostituzione ed in alternativa imita lo stare in gruppo ma se ne differenzia perché l'individuo vive tutto questo come un senso del dovere, senza dunque un vero coinvolgimento emotivo (sistema di appartenenza sociale formale).

Sistema motivazionale	Bisogno primario attivato	Marker percettivo-affettivi
Attaccamento	Regolazione psicobiologica, sicurezza e protezione	Distensione psicofisica, calma, rilassatezza, fiducia, speranza
Esplorativo-assertivo	Senso di agentività ed efficacia personale	Gioia, entusiasmo, sorpresa, determinazione, senso di controllo e dominanza
Sessualità	Intimità psicologica, progettualità	Gioia condivisa, piacere psicofisico, senso di fusione
Accudimento	Accrescimento del Se, senso di trasmissione della propria esperienza e di passaggio del testimone	Gioia altruistica, tenerezza, comprensione psicologica, pazienza e tolleranza alla frustrazione

Affiliativo	Appartenenza, essere parte di qualcosa di più grande, senso di utilità	Pace interiore, senso di completezza, senso di realizzazione, sano distacco dalla morte
-------------	--	---

Tab.I

Allo stato dell'arte non riconosciamo come vero sistema motivazionale quello che Lichtenberg (1989; 1992; 2012) definisce "sistema avversivo" poiché a nostro avviso tale meccanismo rappresenta un sistema di difesa e non motivazionale. L'aggressività anche difensiva che può esitare in comportamenti primitivi di attacco/fuga sono già il risultato di un collasso dell'intersoggettività e dunque una difesa dalla relazione. Tutti i veri sistemi motivazionali umani sono sempre sistemi interpersonali.

Per quanto riguarda l'esistenza di un possibile "sistema cooperativo" indipendente dagli altri e che Liotti (Liotti e Monticelli, 2008; 2014; Liotti et al. 2017) mette al centro della propria teoria cognitivo-evoluzionistica, riteniamo invece come la cooperazione sia una proprietà trasversale a tutti i sistemi motivazionali. Affinché tutti i sistemi siano intersoggettivi, ci deve essere inevitabilmente cooperazione, ossia la reciproca attenzione congiunta cognitiva e convergenza emotiva su ciò che è oggetto di interesse comune (bisogno primario condiviso).

Infine, importante è anche una doverosa precisazione sulla nostra classificazione presentata. I sistemi motivazionali che noi consideriamo non rappresentano tutte le motivazionali umane ma sono solamente quelli che, dalla clinica adulta e osservativa dell'età evolutiva, riteniamo essere alla base dell'eziopatogenesi delle più importanti psicopatologie della personalità e sindromi cliniche, anche in fasi avanzate del ciclo di vita.

Vicini ad una prospettiva kohutiana, riteniamo che tutti i sistemi motivazionali su citati sostengano la crescita del Se, come sistema sovraordinato. Il Se come centro della personalità, che regola e viene regolato dagli stessi sistemi motivazionali, è costituito all'inizio dello sviluppo da molteplici stati indifferenziati e non connessi tra loro, che grazie a validi scambi affettivi intersoggettivi procedono verso un'integrazione. La costante ricerca di un equilibrio dinamico tra i differenti sistemi motivazionali contribuisce a formare uno stato del Se che ci fa sentire continui nel tempo, coerenti nella molteplicità ed unici malgrado le spinte conformistiche della società e dei gruppi di appartenenza.

3.2 Psicodiagnosi di funzionamento

Da ogni matrice intersoggettiva nuova e dallo sviluppo e dall'integrazione degli svariati sistemi motivazionali, nascono come proprietà emergenti le funzioni psichiche, ossia processi che permettono un migliore adattamento tra l'individuo e l'ambiente fisico e sociale.

È un livello o una dimensione diagnostica che risponde alla domanda: "Come funziona quel determinato paziente in termini di equilibrio dinamico tra processi psichici" (Caporale e Roberti, 2013; 2019). L'analisi delle funzioni psichiche, o anche chiamati domini funzionali, si sostanzia in una valutazione basata sul criterio della loro adeguatezza/inadeguatezza, permettendo al clinico di stilare un vero e proprio profilo funzionale della personalità, o cosiddetta diagnosi funzionale. In una valutazione a questo livello si coniugano bene le riflessioni di Western (2003) riguardo al fatto che valutare il funzionamento sia "una questione che ha a che fare con le interazioni dinamiche, intrapsichiche e intrasistemiche, dei processi psicologici". A questo livello di analisi, la personalità viene studiata nel suo continuo divenire e l'equilibrio psichico è concepito non come una condizione stabile e data come immutabile ma sempre in continua ridefinizione, ossia un equilibrio dinamico.

Come introdotto concettualmente nel paragrafo precedente, per noi clinici della PPI, le funzioni sovraordinate a tutte le altre e, dunque, quelle che maggiormente determinano il modo di funzionare di una data personalità in termini di adattamento, specifiche della specie umana, sono le capacità di mentalizzazione, ossia quelle

modalità di organizzazione del pensiero che processano le informazioni di natura affettiva (affettività mentalizzata) e generano dunque strutture di significato.

La mentalizzazione può essere definita, infatti, come la capacità di comprendere le azioni proprie e altrui in termini di stati mentali intenzionali (pensieri, sentimenti, desideri), una capacità emergente all'interno di una relazione di attaccamento sicuro, e responsabile della costruzione di un senso di sé stabile e di relazioni interpersonali intime caratterizzate da reciprocità e stabilità (Allen et al., 2008; Allen et al., 2010; Bateman e Fonagy, 2006). I processi di mentalizzazione sono, dunque, capacità riflessive che l'individuo progressivamente acquisirebbe attraverso alcune fasi dello sviluppo. Mettere al centro il concetto di mentalizzazione nella clinica diagnostica e nell'intervento psicoterapeutico vuol dire ritenere asse portante dello sviluppo sano e patologico della personalità la maturazione delle capacità di pensiero, dalle sue primitive modalità preriflessive a quelle più mature simbolico/riflessive.

Il raggiungimento o no di adeguate capacità di mentalizzazione è stato un marker centrale alla base di importanti modelli clinici dello sviluppo e della psicopatologia come quelli di Bion (1971; 1972; 1973) e Fonagy (Fonagy e Target, 2001), ed ha rappresentato da più di vent'anni anche l'ossatura della diagnosi psicodinamica fino ad oggi del nostro modello PPI. Vediamo sinteticamente i livelli maturativi della mentalizzazione e dunque dell'organizzazione del pensiero:

- Un primo livello che noi riconosciamo è un quello psicobiologico cosiddetto "protomentale", dato fin dalla nascita, implicito, subsimbolico, costituito da memorie sensoriali, schemi motori ed emotivo-affettivi di essere con", informazioni processate come inconscio non rimosso. Tale concetto di protomentale di derivazione bioniana può essere accostato alle modalità preriflessive, teleologiche e di equivalenza, di Fonagy;
- Dal secondo anno di vita emergerebbero forme di pensiero più simbolico-rappresentative da noi riformulate con il concetto di "pensiero inconscio". Tali prodotti mentali sono gli elementi Beta di Bion, rappresentazioni simboliche non verbali in cui è centrale l'imagery, presente in tutte le modalità sensoriali (non solo immagini visive), informazioni processate come inconscio rimosso o dinamico. Il pensiero inconscio può essere accostato alla modalità preriflessive del far finta di Fonagy;
- Dal quarto anno di vita, la progressiva acquisizione delle capacità riflessive, derivata dall'introduzione dell'uso simbolico del linguaggio, permette una codifica verbale attraverso l'uso della parola come simbolo, informazioni preconscie che, una volta elaborate in forma di nuove trame narrative, espanderebbero i livelli di coscienza e dunque lo stato del Se. Tale ultimo stadio di sviluppo da noi rinominato "pensiero verbale" sarebbe raggiunto dalla capacità del bambino di integrare le modalità di pensiero preriflessive dell'equivalenza psichica e del far finta di Fonagy.

Livello evolutivo preriflessivo	Livello evolutivo preriflessivo	Livello evolutivo preriflessivo	Livello evolutivo riflessivo
Modalità teleologica	Modalità dell'equivalenza psichica	Modalità del far finta	Piena capacità di mentalizzazione
Funzionamento psicotico	Funzionamento psicotico e borderline	Funzionamento depressivo-narcisistico e nevrotico	Funzionamento nevrotico e normotipico ad equilibrio dinamico

Tab.2

Dallo sviluppo delle capacità di mentalizzazione come funzioni sovraordinate ne deriva lo sviluppo di funzioni psichiche più specifiche ad alto valore psicodinamico che permettono l'adeguato adattamento tra la personalità ed il suo ambiente.

L'asse P del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM) (PDM Task Force, 2006) propone un elenco di sette macro-domini, unità di base imprescindibili per una valutazione psicodinamica della personalità. Il nostro modello PPI fa propria tale concettualizzazione, ritenendola ad oggi valido punto di riferimento per una psicodiagnosi funzionale della personalità. Mutuando le categorie del PDM, questa dimensione permette in maniera innovativa per ogni funzione/dominio di valutare il suo livello di maturazione e dunque di adeguatezza/inadeguatezza della funzione stessa attraverso l'individuazione di diversificati qualità psicopatologici.

Di seguito, l'elenco di ciascuna funzione secondo l'asse P del PDM (PDM Task Force, 2006). Le definizioni ed i differenti livelli di maturazione sono stati elaborati dal nostro gruppo di lavoro e presentati per la prima volta in questo articolo:

- **Identità** → capacità di vedere sé stessi e gli altri in modi articolati, stabili e precisi (capacità di elaborazione delle rappresentazioni del sé e degli altri). Livelli evolutivi di sviluppo della funzione (tab.3):

INTEGRATO (equilibrio dinamico)	SDOPPIATO (nevrotico)	POLARIZZATO (borderline)	FRAMMENTATO (psicotico)
Rappresentazioni complesse, stabili e coerenti tra loro	Rappresentazioni complesse, stabili ma conflittuali	Rappresentazioni affettivamente polarizzate tutte buone e tutte cattive	Rappresentazioni scisse e incoerenti tra loro

Tab.3

- **Relazioni oggettuali** → capacità e disponibilità a mantenere relazioni intime stabili e soddisfacenti (investimento oggettuale). Livelli di evolutivi di sviluppo della funzione (tab.4):

MATURO (equilibrio dinamico)	EDIPICO (nevrotico)	NARCISISTICO (borderline)	DISINVESTITO (psicotico)
Integrazione del sistema attaccamento e sessualità	Non integrazione del sistema sessualità. Prevalenza di un sistema attaccamento insicuro	Sessualità perversa e sistema di attaccamento disorganizzato	Attaccamento adesivo e sessualità primitiva

Tab.4

- **Tolleranza degli affetti** → capacità di fare esperienza dentro di sé e percepire negli altri l'intera gamma degli affetti appropriati a una certa età (riconoscimento e distinzione delle diverse emozioni ed affetti, affettività mentalizzata). Livelli evolutivi di sviluppo della funzione (tab.5):

ADEGUATA	ABBASTANZA ADEGUATA	NON ADEGUATA
Buon riconoscimento e discriminazione di emozioni ed affetti. Buone capacità di mentalizzazione	Aree alessitimiche. Inibizione delle normali funzioni di mentalizzazione	Alessitimia. Marcati deficit delle funzioni di mentalizzazione

Tab.5

- **Regolazione degli affetti** → capacità di regolare gli impulsi e gli affetti in modi che favoriscano l'adattamento e la soddisfazione attraverso il ricorso flessibile a meccanismi di difesa o strategie di coping. Livelli evolutivi di sviluppo della funzione (tab.6):

IPER-REGOLATA	REGOLATA	LABILE	DIS-REGOLATA
Meccanismi rigidi di controllo sull'affettività e sugli impulsi	Affettività mentalizzata e quota protomentale di base non in eccesso	Labilità affettiva su base difensiva (conflittuale)	Impulsività e affettività primitiva legata a deficit strutturali

Tab.6

- **Coscienza morale** → capacità di funzionare secondo una sensibilità morale coerente (integrazione del Super-io). Livelli evolutivi di sviluppo della funzione (tab.7):

RIGIDA (nevrotico)	MATURA (equilibrio dinamico)	MANIPOLATIVA (borderline)	PERVERSA (borderline e/o psicotica)	ASSENTE (psicotico)
Colpevolizzante. Edipica. Conflittuale	Flessibile. Aperta alla riflessione e alla ridefinizione	Strumentale. Primitiva. Incentrata sul bisogno e sulla paura della punizione	Sado-masochistica. Distruttiva ed auto-distruttiva	Assenza di sviluppo dell'istanza psichica

Tab.7

- **Esame di realtà** → capacità di comprendere le nozioni convenzionali di ciò che è realistico ovvero sia condiviso socialmente. Livelli evolutivi di sviluppo della funzione (tab.8):

IPER-CONTROLLATO (nevrotico e/o psicotico)	ADEGUATO (equilibrio dinamico)	CARENTE (borderline)	ASSENTE (psicotico)
Rigido e iper-aderente alla realtà	Ancorato alla realtà e con presenza di capacità critiche	Scivolamenti sul piano di realtà soprattutto di natura affettivo-relazionale	Scollamenti del piano di realtà di natura ideativa

Tab.8

- **Forza dell'Io** → capacità di saper rispondere in modo positivo agli stress e riprendersi da eventi dolorosi senza difficoltà eccessive (stili di coping) e capacità di saper rispondere da minacce interne senza distorcere eccessivamente il grado di libertà dell'individuo (meccanismi di difesa). Livelli evolutivi di sviluppo della funzione (tab.9):

IO ADEGUATO (equilibrio dinamico)	IO CON DEBOLEZZE ASPECIFICHE (borderline)	IO DEFICITARIO (psicotico)
Ricorso a meccanismi di difesa maturi e stili di coping adattivi	Ricorso a meccanismi di difesa non nevrotici e stili di coping non sempre adattivi	Ricorso a meccanismi di difesa primitivi e stili di coping disfunzionali

Tab.9

La stesura di un profilo funzionale permette di stabilire subito dopo il grado di maturazione raggiunta (livello evolutivo) del funzionamento di personalità in generale. Dalla valutazione del profilo funzionale si passa dunque ad una valutazione di funzionamento globale della personalità. Le diverse configurazioni (o pattern di funzionamento) vengono classificate in base ad una gerarchia di livelli più o meno maturi sul piano evolutivo che determinano il grado di benessere psicologico della persona e la sua capacità di adattamento all'ambiente fisico e sociale. Anche in questo caso, in accordo con le categorie del PDM-2 (Lingiardi e McWilliams, 2017) e delle maggiori classificazioni psicanalitiche (Kernberg, 1984; Clarkin et al. 2011; McWilliams, 2012), riconosciamo quattro livelli di funzionamento psichico quali nevrotico, borderline alto, borderline basso e psicotico, pattern che vanno da un più alto ad un più basso grado di maturazione della personalità.

3.3 Psicodiagnosi di organizzazione

L'analisi di organizzazione, come già sottolineato, è sostanzialmente un'analisi dell'organizzazione difensiva più o meno patologica della personalità. La valutazione di organizzazione può anche essere chiamata valutazione personologica o caratterologica, o anche tipologica/di stile della personalità secondo il PDM-2, e risponde alla domanda: "Quali caratteristiche di personalità il paziente esprime ricorrentemente nella relazione con l'Altro?" (Caporale e Roberti, 2013, 2019).

Il perno concettuale alla base di questo livello di analisi dimensionale, che secondo noi è utile recuperare, è incentrato dunque sul costrutto teorico di carattere derivato dagli studi descrittivi e classificazione psicopatologica di stampo psicoanalitico (Shapiro, 1978). Possiamo definire il carattere come la modalità con la quale l'individuo esprime il proprio modo di essere attraverso la relazione con l'"Altro", o cosiddetto appoggio oggettuale.

L'unità di base del carattere è il tratto, da considerarsi come la tendenza della persona a reagire in modi specifici e relativamente stabili a situazioni intrapsichiche ed interpersonali. In un'ottica dimensionale, tutti quanti portiamo dentro di noi caratteristiche/tratti riconducibili a molteplici stili di personalità e le differenze individuali emergerebbero dunque in base all'intensità e alla combinazione tra essi. Nessun tratto è patologico di per sé, tutti i tratti sono funzionali all'adattamento sociale se flessibili, ossia quando mostrino la capacità di attivarsi e disattivarsi in rapporto funzionale agli switch tra differenti contesti di vita.

Quando i tratti perdono questa proprietà divengono più rigidi e meno contesto-dipendenti, favorendo lo sviluppo di nuclei del carattere e, in ultima analisi, di organizzazioni patologiche o patologie del carattere.

Un nucleo del carattere è un tratto dominante su tutti gli altri. La rigidità con la quale si attiva il tratto dominante in taluni contesti è funzionale ma in altri disfunzionale. Non rappresenta ancora una psicopatologia della personalità ma comunque un sotto soglia clinicamente significativo.

L'organizzazione patologica del carattere è, invece, il tratto che satura l'intero campo psichico e ne rappresenta l'unica modalità pervasiva di risposta all'ambiente. Solitamente, una patologia del carattere, psicodinamicamente intesa, corrisponde a livello categoriale ad un disturbo della personalità (DMS-5-TR, 2023).

In sintesi, ogni tratto può dunque presentare livelli crescenti di flessibilità/rigidità, determinandone il grado di pervasività in una linea di continuità tra normalità e patologia. Secondo il nostro modello multidimensionale PPI, più i tratti della personalità apparirebbero rigidi e pervasivi più denoterebbero alla base deficit di funzionamento psichico, derivati a sua volta da deficit/conflitti tra sistemi motivazionali da cui ci si difende.

La nostra riformulazione delle organizzazioni patologiche di personalità come organizzazioni difensive ci spinge a proporre una loro nuova classificazione sulla base delle sempre maggiori evidenze riguardanti la neurobiologia del trauma e le sue relative strategie difensive autonome. Se i disturbi del carattere, ad oggi meglio ridefiniti nell'accezione più ampia disturbi di personalità, sono organizzazioni difensive, queste ultime possono essere meglio raggruppate in organizzazioni fight o di controllo, organizzazioni flight o di evitamento ed organizzazioni freezing o di dissociazione. Ogni tipologia o stile di tratto rientrerebbe in una di queste modalità difensive.

Di seguito, le organizzazioni di personalità integrate nel nostro modello psicodiagnostico psicodinamico multidimensionale mutuata dall'impianto della SWAP-200 (Shedler et al., 2014), strumento evidence based che utilizza il metodo statistico Q-sort nella costruzione delle categorie cliniche, dall'Asse P del Manuale Diagnostico Psicodinamico- 2 (PDM-2) (Lingiardi e McWilliams, 2017) e dalle maggiori classificazioni psicanalitiche attualmente riconosciute (McWilliams, 2012; Kernberg, 1984). Ciascuna organizzazione della personalità, se patologica, rientra in una delle tre strategie difensive legata al trauma dell'intersoggettività.

Organizzazioni fight (di controllo)	Organizzazioni freezing (dissociative)	Organizzazioni flight (di evitamento)
Schizoide Paranoide Ossessivo Narcisismo grandioso Dipendente/masochistico	Dissociativo Disforico emotivamente disregolato Psicosomatico	Evitante Isterico/istrionico Narcisistico vulnerabile Antisociale Depressivo

Tab.I0

Conclusioni

Abbiamo proposto in questo articolo un aggiornamento della psicodiagnosi PPI consistente in una valutazione della personalità multidimensionale attraverso l'analisi di tre livelli, prima di organizzazione, poi di funzionamento, infine di struttura. Tale sforzo integrativo consente, innanzitutto, di rimettere al centro una diagnosi di struttura basata sul recupero di una teoria dei sistemi motivazionali che consiste nel soddisfacimento e nella regolazione di bisogni primari, e non di fantomatiche pulsioni. In seconda battuta, l'analisi del funzionamento di personalità da noi proposta permette di eleggere le capacità di mentalizzazione come funzioni perno rispetto alle altre, responsabili sia di uno sano sviluppo che di traiettorie psicopatologiche, e di ridefinire le categorie protomentale, pensiero inconscio e pensiero verbale come differenti modalità di organizzazione del pensiero più o meno mentalizzanti. Infine, la diagnosi di organizzazione intesa come analisi dell'assetto difensivo del paziente, derivato da un trauma intersoggettivo precoce, apre la strada verso una riformulazione di una nuova classificazione dei disturbi di personalità su base neurobiologica ed autonoma.

Bibliografia

- Allen, J., Fonagy P. (2006) (a cura di), La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento. Tr.it il Mulino, Bologna 2008.
- Allen J., Fonagy P., Bateman, A. (2008), La mentalizzazione nella pratica clinica. Tr.it Raffaello Cortina, Milano 2010.
- American Psychiatric Association (APA) (2022), DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5 text revision, tr. it. Masson, Milano, 2023.
- American Psychiatric Association (APA) (1980), DSM III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Masson, Milano, 1983.
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2006), Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline di personalità. Tr. it. Raffello Cortina, Milano 2010
- Bergeret J. (1984), La personalità normale e patologica. Le strutture mentali, il carattere, i sintomi, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Bion, W. R. (1971), Esperienze nei gruppi ed altri saggi. Tr.it. Armando, Roma.
- Bion, W. R. (1972), Apprendere dall'esperienza. Tr.it. Armando, Roma.
- Bion, W. R. (1973), Gli elementi della psicoanalisi. Tr.it. Armando, Roma.
- Bowlby, J. (1976), Attaccamento e perdita, Vol. I: L'attaccamento alla madre, Boringhieri, Torino
- Bowlby, J. (1978), Attaccamento e perdita, Vol. 2: La separazione dalla madre, Boringhieri, Torino.
- Bowlby, J. (1983), Attaccamento e perdita, Vol. 3: La perdita della madre, Boringhieri, Torino.
- Bowlby, J. (1988), A Secure Base. London: Routledge. Trad. it. Una base sicura. Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Bucci W. (1997), Psicoanalisi e Scienza Cognitiva, G. Fioriti, Roma 1999.
- Bucci W. (2001), Pathways of emotional communication. Psychoanal.Inq. 21:40-70.
- Bucci W. (2002), The Referential Process, Consciousness, and the Sense of Self. Psychoanal. Inq., 22: 766-793.
- Caporale R., Battisti V. (2023), La psicoterapia psicodinamica integrata: basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità di intervento, *Mente e Cura*, Anno XIV, 12.
- Caporale R., Battisti V., Ricci F. (2023), Caratteristiche di struttura e meccanismi eziopatogenetici del funzionamento psicotico: un modello integrato tra psicodinamica e neurobiologia interpersonale, *Mente e Cura*, XIV, 12.

- Caporale R., Battisti V. (2023), La polarizzazione depressivo-narcisistica. Livello autonomo di funzionamento della personalità, *Mente e Cura*, Anno XIV, 11.
- Caporale R., Roberti L. (2019), *Manuale di psicodiagnostica clinica integrata. Psychodiagnostic Multi-level System (PMS)*, Franco Angeli, Milano.
- Caporale R., Roberti L. (2013), *Percorsi di psicodiagnostica clinica integrata*, Franco Angeli, Milano.
- Clarkin J. F., Yeomans F. E., Kernberg O. F. (2011), *Psicoterapia psicodinamica dei disturbi della personalità: un approccio basato sulle relazioni oggettuali*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Eagle M. N. (2013), *Attaccamento e psicoanalisi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Eagle M. N. (2012), *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fonagy, P., Target, M., (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.
- Holmes J. (2014), *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola. Tr.it Raffaello Cortina Milano 2017.*
- Kernberg O. F. (1984), *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Lago G. (2016), *Compendio di psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi*, Franco Angeli Editore, Milano 2016.
- Lago G. (2006), *La psicoterapia psicodinamica integrata: le basi e il metodo*, Alpes, Roma.
- Lingiardi V., McWilliams N. (2017), *PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico (seconda edizione)*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2018.
- Lichtenberg J. - Lachmann F.- Fosshage J. (2012), *I sistemi motivazionali*, il Mulino, Bologna.
- Lichtenberg J. Lachmann F- Fosshage J. (1992), *Il Sè e i sistemi motivazionali*, Astrolabio, 2000.
- Lichtenberg J. (1989), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina, 1995.
- Liotti, G., Monticelli, F. (2008), *I Sistemi Motivazionali nel dialogo clinico*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti, G., Monticelli, F. (2014), *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica: la prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Liotti, G., Fassone, G., Monticelli, F. (2017), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali. Teoria, ricerca, clinica*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- McWilliams N. (2012), *La diagnosi psicoanalitica 2 ed.*, Astrolabio, Roma.
- PDM Task Force (2006), *Manuale Diagnostico Psicodinamico – PDM*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Shapiro D. (1978), *Stili nevrotici*, Astrolabio, Roma.
- Shedler J., Westen D., Lingardi V. (2014), *La valutazione della personalità con la SWAP-200: Nuova edizione*, Raffaello Cortina, Milano.

*Articolo***Il lavoro con i sogni nella Psicoterapia Psicodinamica Integrata**

Working with dreams in Integrated Psychodynamic Psychotherapy

*Battisti V.,¹ Caporale R.²*¹ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IT)² IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IT)**Riassunto**

Il sogno è una preziosa risorsa del lavoro clinico poiché tale fenomeno psichico può essere considerato un'altra forma organizzata di elaborazione detta anche pensiero onirico. L'attività immaginativa nel sogno rivela al terapeuta e al paziente come nella vita presente di quest'ultimo ci sia un conflitto motivazionale, una fase evolutiva o una scelta di vita che egli stesso è chiamato ad affrontare al fine di trovare una soluzione creativa e adattiva. Nell'esperienza clinica quotidiana, veniamo a contatto con materiale onirico da cui estrarre un tema, un'immagine che diviene spunto interessante di lavoro terapeutico. Lo psicoterapeuta appartenente a qualsiasi indirizzo, che condivide una visione integrata, accetta l'intuizione e l'espressione del sognatore come fattore che contribuisce allo sviluppo delle sue funzioni di mentalizzazione. Entrambi gli attori protagonisti nella stanza di terapia vivono il sogno come esperienza e lavorano assieme ad una lettura condivisa, comprendendolo empaticamente e, soprattutto, elaborandolo attraverso il certosino e costante lavoro di attribuzione di significato che si intreccia a doppio filo con la storia di vita del paziente. Una metodologia molto distante dalla classica pratica psicanalitica in cui era centrale l'interpretazione unilaterale top/down del terapeuta. Il sogno esprime il pensiero inconscio del sognatore e, dunque, anche i contenuti più preoccupanti e perturbanti, che riguardano quadri di personalità altamente patologici, devono essere considerati al pari di altri indicatori come forme espressive dei deficit o conflitti evolutivi legati al loro funzionamento mentale. Attraverso il lavoro sui sogni incentrato sulla generazione di nuovi significati condivisi e la loro verbalizzazione, è possibile individuare e lavorare per integrare le parti disfunzionali e molto spesso dissociative del sé del paziente.

Parole chiave: sogno, pensiero inconscio, integrazione, mentalizzazione, psicoterapia

Abstract

The dream is a valuable resource in clinical work as it can be considered another organised form of processing, also called dream thinking. Imaginative activity in the dream reveals to therapist and patient how in the latter's present life there is a motivational conflict, an evolutionary phase or a life choice that he or she is called upon to address in order to find a creative and adaptive solution. In everyday clinical experience, we come into contact with dream material from which to extract a theme, an image that becomes an interesting starting point for therapeutic work. The psychotherapist belonging to any address, who shares an integrated vision, accepts the intuition and expression of the dreamer as a factor contributing to the development of his or her mentalisation functions. Both protagonists in the therapy room live the dream as an experience and work together on a shared reading, understanding it empathically and, above all, processing it through the detailed and constant work of attribution of meaning that is interwoven with the patient's life story. This methodology is a far cry from classical psychoanalytic practice in which the therapist's unilateral top/down interpretation was central. The dream expresses the dreamer's unconscious thoughts and, therefore, even the most worrying and disturbing contents, which concern highly pathological personality pictures, must be considered, like other indicators, as expressive forms of the deficits or evolutionary conflicts linked to their mental functioning. Through dream work centred on the generation of new shared meanings and their verbalisation, it is possible to identify the dysfunctional and very often dissociative parts of the patient's self and work to integrate them.

Keywords: dream, unconscious thought, integration, mentalization, psychotherapy.

I. Introduzione generale al pensiero onirico

“Lo psicoterapeuta ed il paziente sono come due astronomi che studiano il cielo di notte”. Il sogno è una preziosa risorsa del lavoro clinico poiché tale fenomeno psichico e neuropsicologico può essere considerato un'altra forma organizzata di elaborazione detta anche pensiero onirico. L'attività immaginativa nel sogno rivela a terapeuta e paziente come nella vita presente di quest'ultimo ci sia un conflitto motivazionale, una fase evolutiva o una scelta di vita che egli stesso è chiamato ad affrontare al fine di trovare una soluzione creativa e adattiva. Nell'esperienza clinica quotidiana, veniamo a contatto con materiale onirico da cui estrarre un tema, un'immagine, un'emozione che diviene spunto interessante di lavoro terapeutico. Lo psicoterapeuta appartenente a qualsiasi indirizzo, che condivide una visione integrata, accetta l'intuizione e l'espressione del sognatore come fattore che contribuisce allo sviluppo delle sue funzioni di mentalizzazione. Entrambi gli attori protagonisti nella stanza di terapia vivono il sogno come esperienza e lavorano assieme ad una lettura condivisa, comprendendolo empaticamente e, soprattutto, elaborandolo attraverso il certosino e costante lavoro di attribuzione di significato che si intreccia a doppio filo con la storia di vita del paziente, una metodologia molto distante dalla classica pratica psicanalitica in cui era centrale l'interpretazione unilaterale top/down del terapeuta. Il sogno esprime il pensiero inconscio del sognatore e, dunque, anche i contenuti più preoccupanti e perturbanti che riguardano quadri di personalità altamente patologici devono essere considerati al pari di altri indicatori come forme espressive dei deficit o conflitti evolutivi legati al loro funzionamento mentale. Attraverso il lavoro sui sogni incentrato sulla generazione di nuovi significati condivisi e la loro verbalizzazione, è possibile individuare e lavorare per integrare le parti disfunzionali e molto spesso dissociative del sé del paziente.

Secondo la nostra metodologia PPI (Psicoterapia Psicodinamica Integrata) nel sogno avviene una sintesi tra aspetti emotivi ed aspetti cognitivi che trovano modo di organizzarsi secondo una tendenza storico/narrativa. Compito del terapeuta è affiancare ed accompagnare il paziente nel luogo del sogno “scaldandolo” ed “illuminandolo” (Bolognini, 2016). Così come accogliamo nel racconto situazioni problematiche senza giudizio, così riceviamo il sogno senza risoluzione o interpretazione affrettata che “inquina” il naturale flusso dei significati che emergono, spesso spontaneamente. Un'indagine empatica avvalorata l'esperienza del sogno e convince maggiormente il paziente della vivezza e della significatività della sua esperienza onirica (Fosshage, 2005).

Secondo la nostra impostazione, il terapeuta potrà esaminare l'espressività e rappresentatività del sogno, attraverso tre forme eloquenti di osservazione del sogno: il percorso storico (PS), l'espressione armonica (EA) e la nota sentimentale (NS). Immaginiamo il sogno come un film osservato attraverso queste tre dimensioni, ossia tramite il racconto di ciò che sta avvenendo, tramite la disposizione e la collocazione degli elementi (personaggi, oggetti, dinamiche) e tramite il contributo affettivo per cui il paziente sente e prova emozioni sia mentre sogna (e quindi riportandole nel racconto), sia quando lo narra, rivivendo così le impressioni e i turbamenti.

Queste dimensioni ci restituiscono una visione d'insieme nella quale, oltre la componente visiva si aggiunge quella corporea e soggettiva del paziente. Allo stesso momento, diamo spazio ed importanza anche a ciò che viene immaginato e provato emozionalmente dallo psicoterapeuta durante il racconto e che può essere restituito al paziente, aggiungendo valore alla emozionalità e riflessività comune.

L'utilizzo del sogno in modo esperienziale con una lettura condivisa porta alla consapevolezza della problematica sulla quale incentrare un lavoro terapeutico.

2. La funzione psicodinamica dei sogni

Il metodo PPI utilizza nel lavoro clinico i sogni in modo diverso rispetto alla concezione classica, frutto di una visione aggiornata derivata dalle ultime revisioni psicodinamiche e neuroscientifiche.

Durante il sogno avviene un'intensa attivazione dell'amigdala e della corteccia cingolata, aree attive nel processamento emotivo che dà ragione di una prima importantissima funzione psichica dello stesso, ossia quella tradurre in maniera simbolica tutto ciò che ci interessa o ci turba nella veglia. Le aree attive sono, oltre la corteccia visiva, anche la corteccia motoria che mette in scena il «teatro» del sognatore simulando scenari e movimenti (Walker, 2009).

Da un punto di vista più strettamente psicodinamico, in una concezione più attuale, si pensa che il senso del sogno abbia un significato di per sé e non nasconda qualcos'altro (Migone, 2005). Freud (1899) ipotizzò che i sogni fossero motivati alla soddisfazione di un desiderio (solitamente sessuale o aggressivo) che veniva censurato dal lavoro onirico con la produzione di un contenuto manifesto e sottostante un contenuto latente, parallelo al primo. La censura aveva uno scopo difensivo nel permettere la gratificazione degli impulsi senza turbare il sognatore. Per tale ragione, il sogno era considerato il guardiano del sonno.

Si ritiene di ripensare il contenuto manifesto dei sogni come immagini e narrazioni che abbiano un valore di per sé ed eventualmente compreso come significato a sé stante. Si rifiuta il parallelismo tra contenuto manifesto (nascosto, mascherato, simbolizzato) e contenuto latente (vero messaggio, interpretazione del primo). Le immagini manifeste del sogno, possono esprimere quello che sono e rappresentare una forma di elaborazione profonda di pensiero. I contenuti mentali del sogno vengono continuamente sviluppati durante il sonno, un'attività che, ovviamente, avviene anche durante la veglia (Mignone 2005b). Il sogno può avere un ruolo nel processamento delle emozioni che si siano vissute durante lo stato di veglia di quella particolare giornata, una sorta di «terapia notturna» che aiuti a riformulare eventi emotivi della quotidianità (preoccupazioni, ansie, eventi importanti), un lavoro elaborativo teso alla creazione di possibili control ed exit strategy.

Kohut (1977) ipotizza che quando il Sé è minacciato da uno stato di frammentazione o di dissoluzione, la funzione del sogno è quella di ripristinare il Sé; sono i sogni che egli chiama “sogni sullo stato del Sé” (self-state dreams). Sarebbe sbagliato associare le narrazioni del sogno ad immagini o interpretazioni specifiche, si rischia di ridurne la complessità e distorcere le altre possibilità di significato.

Il sogno può assolvere a diverse funzioni che hanno a che fare sia con un aspetto di tipo evolutivo che di problem solving per migliorare sempre di più l'adattamento ed il funzionamento mentale (Kramer, 1993). Spesso, infatti, quelle che si producono sono immagini di prefigurazione in cui si è mossi o frenati da qualcosa sia a livello conscio che inconscio. Fosshage (1983): «la funzione sovraordinata dei sogni consiste nello sviluppo, mantenimento (regolazione) e, se necessario, riparazione dei processi psichici... e dell'organizzazione [psicologica]». L'attività mentale durante il sogno, così come durante la veglia, ha dunque una funzione organizzatrice e può andare da processi cognitivi elementari, ad esempio il rivivere momentaneamente un avvenimento, fino a processi cognitivo-affettivi o meta-cognitivi complessi, quale la risoluzione di problemi emotivi o intellettuali complessi.

Riportiamo uno stralcio di materiale onirico esplicativo di questa importante funzione: “Ero in una casa di campagna sperduta, forse casa dei miei genitori, era buio provavo a chiudere le finestre ma queste si riaprivano, ero infastidita ma avevo anche paura” (donna di 36 anni). In questo sogno si evidenzia la difficoltà della paziente di mettere dei confini chiari con le figure genitoriali molto intrusive. Ogniqualvolta la paziente provi a distanziarsi, si “riapre” un problema o una preoccupazione. L'unica strada è quella di allontanarsi dall'identificazione idealizzata dell'infanzia perduta rappresentata dalla casa dei genitori, fare un “lutto” con questa parte di sé ed entrare nella fase dell'adulthood. Solo con una separazione psichica adeguata, la paziente potrà prendere in mano la propria vita. Il sogno, in questo caso, inquadra una situazione psicodinamica attuale, elabora un'immagine sulla quale fare un importante lavoro di approfondimento delle dinamiche familiari e dei sensi di colpa annessi.

Nei self-state dreams, l'esame del contenuto manifesto e delle associazioni permette di riconoscere che i settori sani della psiche reagiscono con angoscia ad un mutamento disturbante/ squilibrio nella condizione del Sé – sovrastimolazione maniacale o caduta depressiva dell'autostima – o alla minaccia di dissoluzione del Sé e di frammentazione (che è il senso per il quale viene generalmente inteso)

3. La funzione evolutiva del sogno

La funzione evolutiva del sogno ha lo scopo di ristrutturare, riorganizzare i pensieri diurni e permettere alle persone di adattarsi sempre meglio all'ambiente e consentire una socializzazione migliore. Molto diversa dalla concezione freudiana che pensava ad un conflitto innato, una sorta di ostilità con la realtà esterna ed un Io che aveva bisogno di scaricare le energie pulsionali. L'attività mentale nel sogno elabora le informazioni e contribuisce allo sviluppo dell'organizzazione psicologica, consolidando nuove configurazioni psichiche. A questo proposito, citiamo il seguente sogno: “Ho sognato che mi recavo nella casa del paese dove avevo vissuto

con il mio ex fidanzato. Ad un certo punto la casa prende fuoco dalla cucina, sono angosciata” (donna di 31 anni). In questo sogno che potremmo definire premonitore (ma non nel senso di influsso magico), la paziente intuisce (anche se in potenza) che il suo recarsi (nella realtà) in quella situazione le attiva un forte malessere, intaccandola in tutte le sue certezze. In questo senso, la comprensione di ciò che si sta vivendo o si pensa si vivrà nel ripetere certe esperienze, protegge la paziente. Si acquisiscono nuove prospettive e si elaborano immagini di nuovi comportamenti, contribuendo così allo sviluppo personale. Quindi il sogno, in questo caso, ha un ruolo importante nello sviluppo dell'organizzazione psicologica e nel cambiamento. In questo senso, un interessante aspetto di modifica del modo di pensare si ha quando, per la prima volta, nel sogno, compare una nuova configurazione psicologica o un cambiamento che non risale all'attività vigile.

In linea con quanto sopra descritto, Delaney (1998) afferma che la lingua del sogno non è né esoterica, né superstiziosa, ma è una lingua che si esprime in metafora visuale e emotiva. Capendo la corrispondenza fra immagini sognate e realtà vissuta notiamo le caratteristiche problematiche che potrebbero essere fonte di sofferenza per il soggetto. Ogni notte si sogna con una grande abilità di percezione e questo aggiunge alla cognizione i dati non chiari su quanto accade nella vita. Al risveglio, i sogni interpretati possono indicare la strada giusta e avvertire dei pericoli, tracciare dei comportamenti da adottare (o non adottare), assumere decisioni che possono arricchire o meno la propria vita. Attraverso la lettura e l'interpretazione condivisa si potranno scoprire ricchezze e possibilità creative che portano con sé soddisfazioni inaspettate. Apprendendo il linguaggio dei sogni il sognatore può giovare di tutto questo.

Di seguito, un altro sogno. “Lavoravo al piano superiore rispetto al piano dove lavora mio padre, mi sentivo bene e non più insicuro” (uomo di 38 anni). In questa produzione onirica, il paziente sogna di non farsi più schiacciare dal padre con un'immagine significativa, ossia “lavorare al piano di sopra e sentirsi bene”. Tale rappresentazione esprime la capacità del paziente di non sentirsi più figlio ma adulto. Ciò significa che la persona è riuscita a generare una soluzione nuova, prima nel sogno stesso, come ad “anticipare” un possibile cambiamento anche nella vita reale.

Un'altra funzione del sogno può manifestarsi nell'attività di mantenimento, regolazione e ripristino di svariati processi psichici, compresi i livelli di autostima. In questo senso, il sogno diventa uno strumento di rinforzo del lavoro terapeutico che si esprime in fasi alterne nelle varie sedute. Tale specifica funzione dell'attività onirica, altresì, si sposa con la concezione del cambiamento in psicoterapia secondo la nostra metodologia PPI, in cui la regolazione dell'affetto e dei vari sistemi motivazionali del paziente rappresentano il focus centrale dell'intervento. Ad esempio, se non siamo riusciti ad esprimere durante la giornata un sentimento come la rabbia, ci siamo sentiti sotto minaccia e l'abbiamo repressa, nel sogno possiamo reindirizzare la situazione regolando l'affetto e ripristinando il nostro equilibrio interno, o comunque dare un indirizzo di lavoro per superarne la difficoltà.

Procediamo con la descrizione di questo sogno: “Davvo uno schiaffo a mio padre, non forte. Poi litigo con un'altra persona, una babysitter, ci lottavo, ero carina e antipatica allo stesso tempo. Avevo preso troppi soldi e glieli ridavo” (donna di 24 anni).

In questo passaggio, la paziente tenta di reagire, in modo lieve, ai ricatti di un padre depresso e della sua compagna (madre dei suoi fratellini) che provano a condizionarla con i sensi di colpa in rapporto al disturbo del padre. Sviluppando la consapevolezza adulta e cominciando a mettere dei confini, la paziente prova a prendere le distanze, malgrado l'annesso costo psicologico, ossia resistere alla tentazione di essere dipendente e coinvolta restituendo da adulta responsabile il “debito affettivo”. Nel sogno la paziente sfoga la rabbia che reprime giornalmente con i ricatti passivo aggressivi che le vengono fatti, ma non li riconosce totalmente perché la sua insicurezza “ero carina e antipatica allo stesso tempo”, la mette di fronte a forti sensi di colpa che la confondono in una visione identitaria unitaria.

4. Il lavoro esplorativo in psicoterapia

Yalom (2016) propone un utilizzo dei sogni più pragmatico per agevolare la terapia stessa: “Saccheggiate e depredate il sogno, tirate fuori tutto ciò che sembra avere importanza, e non preoccupatevi del guscio buttato via”. Con questa affermazione “il sogno va saccheggiato”, egli voleva intendere l'importanza di poter prendere dal sogno tutto ciò che può essere utile per il lavoro analitico e sottolineava l'importanza dell'ascolto nella ricerca

di significati e della peculiare modalità di pensiero del sognatore, quindi in primo luogo quello di formare una solida alleanza terapeutica al fine di permettersi di dialogare con il paziente sul sogno e far capire, con il tempo, l'interessamento a questo strumento di lavoro.

L'esplorazione del sogno diventa fondamentale affinché terapeuta e paziente si possano muovere su un terreno comune, aprendo ad una lettura e ad una conoscenza del sogno non «calata dall'alto» ma frutto del lavoro di entrambi. Il terapeuta potrebbe definire ciò che emerge dal racconto senza sentenziare un'interpretazione.

A questo proposito, oltre ad invitare il paziente a tenere il taccuino sul comodino in modo da trascrivere il sogno al mattino, il terapeuta dovrebbe imparare ad ascoltare in maniera empatica e rispettosa la narrazione, qualsiasi essa sia, anche un breve frammento. Yalom (2016) scrive "Se il paziente sostiene di non sognare o di non ricordare ciò che sogna, gli do le istruzioni standard: «Tenga un taccuino accanto al letto. Butti giù qualsiasi parte del sogno ricordi al mattino o durante la notte. Al mattino, ripassi il sogno nella sua mente, ancor prima di aprire gli occhi. Ignori la voce interiore traditrice che le dice di non preoccuparsi di scriverlo, perché è così vivido che non lo dimenticherà». Con brevi e costanti incitazioni alla fine (qualche volta mesi più tardi) anche i pazienti più recalcitranti inizieranno a ricordare i sogni". Quando si ascolta il sogno, anche se incompleto, si potrebbe chiedere al paziente di provare a fare dei collegamenti, di cercare di ampliare la sua esperienza emotiva del sogno stesso rivivendolo nel qui e d'ora della seduta, di interrogarsi rispetto al significato simbolico attribuibile a quella scena.

Nelle rappresentazioni che emergono è importante il contenuto metaforico e il tema centrale del sogno ossia cosa vuole comunicare il paziente con il suo pensiero. Il lavoro del terapeuta sarà quello di provare a fare dei collegamenti con la vita reale del paziente e ricondurli il più possibile ad una visione congiunta. Ma non è la stessa cosa che facciamo nel lavoro terapeutico su tutti gli altri elementi che emergono nella stanza d'analisi? Il saper cogliere e ricostruire man mano, dando un senso a tutto il materiale che si raccoglie e che viene portato continuamente.

Come indicato da De Camillis (2004), per cui "un sogno non interpretato è come una lettura non letta", è rilevante la connessione del contenuto del sogno con le esperienze e la realtà del sognatore e le varie correlazioni tra il linguaggio del sogno e quello delle manifestazioni traslate. Questo lavoro chiamato dreamwork consta nell'aiutare il soggetto a ricordare, annotare e trovare il senso ed il pregio dei sogni; i sogni diventano, così, uno strumento terapeutico basilare, che permette al soggetto, attraverso una precisa attenzione, di svolgere poi un lavoro di interpretazione in terapia.

La narrativa del sogno acquista un senso accettabile ed interiorizzabile per il paziente nel momento in cui le due menti terapeuta e paziente si incontrano e creano significati condivisi, in un continuo lavoro analitico di rimandi e aggiustamenti nei contenuti e modi condizionali nello stile comunicativo. Il percorso del sogno, sebbene frammentato ed accidentato, viene ripreso, recuperato e sviluppato a più riprese lungo il corso delle sedute che via via si vanno dipanando.

5. La rappresentazione nel sogno

Grazie al lavoro onirico, il soggetto realizza un riassunto espressivo e caratteristico che ci porta in contatto col suo pensiero (pensiero onirico) e ci consente un'immaginazione guidata tutte le notti, il cui focus temporale può essere diverso, a seconda dei bisogni del momento (Craparo, 2018).

Secondo Lago (2016), la caratteristica del pensiero onirico è di esprimersi in:

- forma narrativa, attraverso immagini composte a partire da ricordi autobiografici;
- forma estetica, attraverso connotati configurativi, quali forme, dimensioni, colori, presentati in maniera allusiva e rappresentativa;
- forma affettiva, attraverso tonalità emotive e vissuti più o meno in sintonia con la rappresentazione".

L'importante rapporto tra mentalità e sogno valorizza ancor di più il livello mentale di secondo ordine che chiamiamo Pensiero Inconscio, offrendo un punto di riferimento per il lavoro mentalizzante nella PPI.

Il lavoro interpretativo dei sogni costituisce una metodologia importante della seconda fase terapeutica della PPI detta anche "fase di mentalizzazione" (Caporale, Battisti, 2023). Tale momento terapeutico comporta l'osservazione del percorso storico, riguardante il senso comunicativo implicito di condivisione e costruzione del

sogno. Seguendo questa impostazione, distinguiamo, nella nostra metodologia PPI di lettura del sogno, tre piani testuali: Percorso storico (PS), Espressione Armonica (EA) e Nota Sentimentale (NS).

Quando il Percorso Storico è evidente, esso risalta in modo chiaro e permette di collegare la tipicità del sogno con i significati presenti nella realtà mentale del soggetto (Pensiero Inconscio). Per Percorso Storico intendiamo, come in un romanzo scritto, l'esposizione della descrizione del sogno, il resoconto degli accadimenti e il modo di descriverlo e narrarlo (se c'è un inizio, una conclusione, se ci sono passaggi comprensibili o meno, se sono scarni, eccetera). Non è tanto importante che i passaggi siano razionali ma che abbiano un senso compiuto nella scena che andiamo ad analizzare. Un PS insufficiente evidenzia sempre un turbamento e un disagio più o meno grave del proprio stato mentale. Un esempio esplicativo sono i sogni troppo brevi, interrotti, dispersivi o che non hanno un filo guida. Ciò può rappresentare un blocco o una confusione momentanea del soggetto su vari ambiti della sua vita per i quali, magari, sta chiedendo una psicoterapia, anche senza esserne consapevole.

L'immagine onirica può essere rappresentata in molti modi che denotano la capacità di mettere nello spazio gli elementi della rappresentazione della vita reale che il soggetto ha vissuto ed ha sviluppato mentalmente. Possiamo supporre che due soggetti distinti, per esplicitare lo stesso problema, utilizzino immagini diverse. Questo è ciò che chiamiamo l'Espressione Armonica ossia la capacità di dare un senso alla scena del sogno con un grado di integrazione mente-corpo del soggetto e delle vicende che portano a metterlo in crisi. Quando nel sogno vengono inseriti personaggi, sfondi, situazioni, dinamiche che evidenziano quello che "il sognatore vuole dire con quel sogno", ipotizziamo che c'è un'armonia con quello che il soggetto sta vivendo nella realtà e quello che ci riporta con il racconto del sogno. La persona, infatti, attraverso le immagini mentali, sia di veglia che oniriche, potenzia l'attività di pensiero con la continua sintesi di elementi emotivi in immagini mentali. Inserire nel sogno elementi suggestivi di cui si coglie il senso in modo armonico, è un segnale di capacità riflessive profonde del sognatore. La nota affettiva discende dalle emozioni. Quando il soggetto ne ha consapevolezza viene chiamato sentimento. Nella scena onirica sono presenti come componente del percorso storico e dell'espressione armonica che chiamiamo Nota sentimentale NS. Se nel sogno il sognatore esprime un sentimento di paura, gioia, disgusto, eccetera, in linea con il racconto del sogno, pensiamo che ci sia una congiunzione. Quando, invece, non ci sono emozioni, o emozioni completamente dissonanti dal racconto del sogno, il soggetto sta vivendo forme dissociative importanti che andranno reintegrate. Più la NS è integrata nello spazio e coerente con esso, più la riteniamo segno dell'avvenuta mentalizzazione. Meno sono integrati (con angoscia, incubi, risvegli notturni improvvisi, atmosfere agghiaccianti, mostruose, spaventevoli, di soffocamento, di oppressione, di dolore, di violenza, etc.), più esprimono una crisi del sé con insufficienza o blocco delle capacità riflessive e di mentalizzazione.

Vediamo, allora, quest'altro sogno: "Ero nella camera da letto della mia casa vecchia, mi affaccio per le scale e vedo un drago nero gigante che mi viene addosso, sono terrorizzato e mi sveglio" (giovane uomo di 15 anni)

In questo sogno sono presenti angosce profondissime del paziente, per rappresentarle sono stati utilizzati simboli aspecifici. Spesso per rappresentare le angosce si utilizzano simboli "classici" quali il mostro, il drago, il fantasma, la strega, eccetera, che descrivono meglio il grado di paura, cioè si usano archetipi dell'inconscio collettivo (Jung, 1959) che incarnano bene l'essere in balia di profonde sofferenze ma che non traducono al meglio in immagini e parole l'oggetto sul quale lavorare ed una contestualizzazione accurata che porti ad una visione dei temi del problema. In questi casi, bisogna fare un lavoro continuativo, importante di psicoterapia per accedere ai contenuti emotivi remoti (il Protomentale, Bion 1961) del giovane paziente ed aiutarlo a definire al meglio il disagio psicologico attraverso il racconto di sogni più esplicativi.

6. Conclusioni

Secondo la nostra metodologia Psicoterapia Psicodinamica Integrata, nel sogno avviene una sintesi tra aspetti emotivi ed aspetti cognitivi che trovano modo di organizzarsi secondo una tendenza storico/narrativa.

Il metodo PPI utilizza nel lavoro clinico i sogni in modo diverso rispetto alla concezione classica, frutto di una concezione aggiornata derivata dalle ultime revisioni psicodinamiche e neuroscientifiche

L'esplorazione del sogno diventa fondamentale affinché terapeuta e paziente si possano muovere su un terreno comune, aprendo ad una lettura e ad una conoscenza del sogno frutto del lavoro psicoterapeutico. Il terapeuta potrebbe definire ciò che emerge dal racconto senza restituire, sempre, un'interpretazione.

La funzione evolutiva del sogno ha lo scopo di ristrutturare, riorganizzare i pensieri diurni per adattarsi sempre meglio all'ambiente e permettere un miglioramento dello stile di vita del sognatore, a patto che siano portati in terapia per approfondire le dinamiche interne ad esso. Con il lavoro psicoterapeutico, il sogno da un materiale "grezzo", attraverso una precisa elaborazione in profondità, svela le "preziosità" insite nel sognatore che emergono nel tempo, attraverso la continuità dell'impegno terapeutico e con un preciso lavoro di "squadra" tra terapeuta e paziente.

Nelle raffigurazioni che emergono è importante il contenuto metaforico e il tema centrale del sogno ossia cosa vuole comunicare il paziente con il suo pensiero. Il lavoro del terapeuta sarà quello di provare a fare dei collegamenti con la vita reale del paziente

Lo storico del sogno acquista un senso accettabile ed interiorizzabile per il paziente nel momento in cui le due menti terapeuta e paziente si incontrano e creano significati condivisi, in un continuo lavoro analitico di rimandi e aggiustamenti nei contenuti e modi condizionali nello stile comunicativo. Il percorso del sogno, sebbene frammentato ed accidentato, viene ripreso, recuperato e sviluppato a più riprese lungo il corso delle sedute che via via si vanno dipanando.

Attraverso tre piani testuali quali: Percorso storico, Espressione Armonica e Nota Sentimentale osserviamo il sogno e ne condividiamo il significato, al fine di reintegrare le parti dissociate emerse dal sogno e dando senso all'intero percorso mentale che si correla al percorso psicoterapeutico del paziente.

Bibliografia generale

- Bion W., (1961), Esperienze nei gruppi, Armando, Roma, 1971.
- Bolognini S., (2000), Il sogno cento anni dopo (a cura di), Mimesis Edizioni, Milano (2016)
- Bromberg P.M., (2009), Destare il sognatore, Raffaello Cortina, Milano.
- Bucci W., (1993), Una teoria del codice multiplo della formazione dei simboli, dello sviluppo emotivo, nelle libere associazioni e nei sogni, in Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale, II, 2.
- Caporale R., Battisti V., (2023), La Psicoterapia Psicodinamica Integrata: basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità di intervento, Rivista Mente e Cura, Dicembre 2023.
- Craparo G., (2018), Inconscio non rimosso. Riflessioni per una nuova prassi clinica, Franco Angeli, Milano
- De Camillis, (2004), Il linguaggio dei sogni, Magi editore, Roma.
- Delaney G., (1998), Il significato dei sogni. L'attività onirica come strumento indispensabile per l'autoanalisi, la creatività e la risoluzione dei problemi, Sperling & Kupfer editore, Milano.
- Fosshage J., (1983), The psychological function of dreams. A revised psychoanalytic perspective, in Psychoanalysis and Contemporary Thought, 6.
- Fosshage, J.L. (2005). Le funzioni organizzative dell'attività mentale del sogno, Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane, n. 43.
- Fosshage J.L. (2006), Lavorare con i sogni. Alcune considerazioni di base per un approfondimento, XIV Forum IFPS, Roma.
- Freud S., (1899) L'interpretazione dei sogni, OPS Vol.3, Boringhieri, Torino, 1989
- Hoss, Robert J; Gongloff, Robert P, (2017), (a cura di), Sogni che cambiano le nostre vite: una pubblicazione dell'Associazione internazionale per lo studio dei sogni. Pubblicazioni Chiron. Codice ISBN 978-1-63051-429-7.
- Jung C.G, (1959), Gli archetipi dell'inconscio collettivo, Boringhieri, Torino, 1977.
- Kohut H.,(1977), La guarigione del Sé, Boringhieri, Torino 1980.
- Kramer M., (1993), The selective mood regulatory function of dreaming. An update and revision, in A. Moffitt, M. Kramer, R. Hoffmann, The Functions of Dreaming, State University of New York Press, Albany, NY.
- Lago G., (2011), Empatia e Sogno. Rivista Mente e Cura, I, 2011.
- Lago G., (2016), Compendio di Psicoterapia, (a cura di), Franco Angeli, Milano.
- Le Doux J., (1996), Il cervello emotivo, Baldini Castoldi, Milano.
- Lichtenberg J., Lachmann F., Fosshage J. (1996), Lo scambio clinico, Raffaello Cortina, Milano, 2000.

-
- Migone P., (2005a), Come la psicoanalisi contemporanea utilizza i sogni. In Per una nuova interpretazione dei sogni, a cura di E. Benelli, Moretti e Vitali, Bergamo, 2006.
- Migone P., (2005b), Introduzione all'articolo di James Fosshage "Le funzioni organizzative dell'attività mentale del sogno", *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, N. 43, Roma, 2005.
- Stolorow R., Atwood G., (1982), Psychoanalytic phenomenology of the dream, in *The Annual of Psychoanalysis*, 10, International Universities Press, New York.
- Yalom I.D., (2016), Il dono della terapia, Beat.
- Walker M.P., (2009), Il ruolo del sogno nella cognizione e nelle emozioni, *Annali dell'Accademia delle Scienze di New York*, volume 1156, N. 1, USA.

Articolo

Lo Zeta – Functional Assessment System (Zeta-FAS)

Nuovo sistema di somministrazione, siglatura ed interpretazione dello Zulliger Individual Test

The Zeta – Functional Assessment System (Zeta-FAS)

New administration, scoring and interpretation system of the Zulliger Individual Test

Caporale R.,¹ Craparo G.²

¹ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IT)

² Dipartimento di Scienze umane e sociali dell'Università degli Studi di Enna "Kore" (IT)

Riassunto

Sempre più negli ultimi decenni, la valutazione della personalità si è incentrata su un approccio funzionale e dimensionale anche mediante l'ausilio di test performance-based quali il Rorschach e Thematic Apperception Test (TAT). Sulla scia dei lavori di standardizzazione dello Zulliger Individual Test (Z-Test) su popolazione clinica e non, anticipiamo in questo articolo la messa a punto di un nuovo sistema di somministrazione, siglatura ed interpretazione, quantitativo e qualitativo, chiamato Zeta-Functional Assessment System (Zeta-FAS), volto ad ottimizzare le caratteristiche dello Z-test in un'ottica di screening proiettivo della personalità.

Parole chiave: *Zulliger Individual Test; Z-Test; Zeta-Functional Assessment System; Zeta-FAS; approccio funzionale performance-based; valutazione della personalità.*

Abstract: In recent decades, personality assessment has increasingly focused on a functional and dimensional approach, also through the use of performance-based tests such as Rorschach and Thematic Apperception Test (TAT). Following the work of standardisation of the Zulliger Individual Test (Z-Test) on clinical and non-clinical populations, we anticipate in this article the development of a new system of administration, signature and interpretation, quantitative and qualitative, called Zeta-Functional Assessment System (Zeta-FAS), which aims to optimize the characteristics of the Z-test in a perspective of projective screening of personality.

Keywords: *Zulliger Individual Test; Z-Test; Zeta-Functional Assessment System; Zeta-FAS; functional*

performance-based approach; personality assessment.

I. La valutazione funzionale della personalità e i sistemi di classificazione diagnostica

“Per comprendere i sintomi è necessario conoscere qualcosa della persona che li ospita” così affermava Westen et al. (2006). Per tale motivo, ormai la cosiddetta diagnosi psichiatrica, ossia l’identificazione di una costellazione di sintomi attraverso categorie nosografiche predeterminate, non può prescindere da una più ampia valutazione della personalità (Bornstein, 2010; Huprich e Bornstein, 2007).

La personalità può essere definita un modo stabile di pensare, sentire, regolare le emozioni, gestire gli impulsi e agire che si manifesta nel corso del tempo e in situazioni diverse (Lingiardi e McWilliams, 2017). Ad oggi sostenere però di valutare la personalità non basta; serve specificare come approcciarsi ad essa, ad esempio, attraverso un vertice di osservazione cosiddetto “funzionale”, che valuti il livello di funzionamento in varie aree psichiche della persona, ed in determinate condizioni rilevanti per l’adattamento psicologico e sociale (Lingiardi e McWilliams, 2017).

Partendo da un framework teorico ma, allo stesso tempo, condivisibile dalla maggior parte dei clinici, Blais e Smith (2014) e Blais e Hopwood (2017) propongono il Transtheoretical Model of Personality, un modello di valutazione top-down basato su cinque sistemi interagenti tra loro: sistema d’informazione e conoscenza, sistema di elaborazione delle emozioni, sistema dell’identità, sistema interpersonale e delle relazioni e sistema di controllo e regolazione.

All’interno della famiglia degli strumenti *evidence-based*, la nascita della Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200) (Westen et al., 2003; Shedler et al., 2014) ha permesso di ricavare empiricamente un sistema classificatorio dei disturbi di personalità basato sulla valutazione di cinque domini chiave di funzionamento. Nello specifico, grazie all’indice RADIO possiamo misurare costrutti come l’esame di realtà ed i processi di pensiero, la tolleranza e la regolazione degli affetti, i meccanismi di difesa, l’integrazione dell’identità e delle relazioni oggettuali.

In linea di continuità con i dati empirici derivati dalla SWAP-200 (Westen et al., 2003; Shedler et al., 2014), la nuova edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico-2 (PDM-2) (Lingiardi e McWilliams, 2017), che ad oggi rappresenta il sistema diagnostico più completo ed approfondito nella valutazione della personalità e dei suoi disturbi in un’ottica funzionale e dimensionale, sulla base delle ricerche del gruppo di Clarkin e Kernberg (e.g. Clarkin et al., 2001; Clarkin et al., 2004) e di Greenspan (Greenspan and Shanker, 2004), pone l’attenzione sull’analisi del livello evolutivo di organizzazione della personalità (Asse P) attraverso la valutazione di sette domini di derivazione psicodinamica quali: identità, relazioni oggettuali, tolleranza degli affetti, regolazione degli affetti, esame di realtà, coscienza morale e forza dell’Io.

Inoltre, tale valutazione della personalità, verrebbe arricchita da un’analisi del profilo di funzionamento mentale

(Asse M) basata su dodici più ampie e trasversali capacità di base. Tale asse diagnostico permetterebbe di approfondire meglio il modo di funzionare delle persone in un'ottica che vada oltre la psicodinamica della personalità e che comprenda anche componenti di processo più neurocognitive. Inoltre, una valutazione così esaustiva di variabili di processo consentirebbe di stilare un profilo di funzionamento mentale in cui sia possibile delineare punti di forza e punti di debolezza della persona in un'ottica di orientamento terapeutico. Le dodici capacità (processi mentali) che l'Asse M del PDM-2 prende in considerazione sono: la capacità di regolazione la capacità di mentalizzare e funzione riflessiva, la capacità di differenziazione e integrazione (identità), la capacità di relazioni e intimità, la regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna, la capacità di controllo e regolazione degli impulsi, il funzionamento difensivo, la capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche, la capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica), la capacità di costruire e ricorrere a standard ideali, significato e direzionalità.

In accordo con la modellistica dei Manuali Diagnostici Psicodinamici (2006; 2017), lo Psychodiagnostic Multi-level System (PMS) (Caporale e Roberti, 2013; 2019) si pone come sistema psicodiagnostico multilivello di tipo bottom-up derivante dall'analisi dei dati ottenuti ai test nell'inquadramento della personalità. Il primo livello si focalizza sull'orientamento sintomatologico, il secondo sull'organizzazione personologica ed il terzo sulla valutazione del funzionamento psichico. In particolare, il terzo livello diagnostico del PMS si ispira ai sette domini funzionali propri dell'Asse P del PDM-2, sviluppando in aggiunta per ogni funzione nuovi e differenti criteri dimensionali di valutazione; e tentando un primo ancoraggio di misurazione quantitativa con alcuni test proiettivi quali il Rorschach ed il TAT.

Il sistema PMS, a differenza del PDM, distingue concettualmente il termine "organizzazione" da quello di "funzionamento" della personalità, distinzione che a nostro avviso continua ad essere utile in ottica di una valutazione multilivello della personalità. L'organizzazione rinvierebbe più ad un concetto di tratto o stile personologico/caratterologico, il funzionamento al modo di funzionare dinamico della personalità più o meno evolutivamente maturo basato sull'analisi di determinati processi o funzioni mentali.

2. La valutazione funzionale della personalità mediante l'utilizzo dei test *performance-based*

Negli ultimi decenni, le tecniche proiettive sono state più precisamente riconsiderate come test basati sull'analisi della performance. I test *performance-based*, quali il Rorschach ed il TAT, ad oggi rappresentano le prove che meglio riescono a rilevare processi e funzioni mentali poichè molti di essi sono impliciti e per misurarli si ha necessariamente bisogno di osservarli "in azione".

A differenza ed in maniera complementare ai self-report, i test di *performance* permettono di ottenere informazioni circa il modo di funzionare della persona, attraverso l'analisi dal *vivo* del processo di risposta qualsiasi esso sia, elaborazione di una rappresentazione partendo da stimoli poco strutturati come nel test delle

macchie o modalità di organizzazione nella costruzione di storie derivanti da immagini ambigue come nei test narrativi.

Riprendendo una recente riflessione di Bram e Pleebles (2014), è utile distinguere tra struttura e contenuti: gli aspetti strutturali ci informano del come funziona la mente della persona (funzionamento) mentre gli aspetti di contenuto si riferiscono a cosa la persona prova o pensa più o meno consapevolmente e al motivo. Da tale distinzione, possiamo affermare come i test di *performance* rilevino principalmente la struttura e solamente in seconda battuta i contenuti mentali.

Alla luce di ciò, le tecniche proiettive possono, dunque, essere ridefinite come test *performance-based* di problem-solving percettivo-cognitivo ed affettivo-interpersonale ma a condizione di essere rilette attraverso l'utilizzo di metodi interpretativi con adeguati criteri di valutazione di tipo funzionale e dimensionale della personalità.

Sempre più negli ultimi decenni, sono stati elaborati nuovi sistemi di scoring e di interpretazione applicati alle principali tecniche proiettive (Westen, 1989; Ackerman et al., 2001; Exner, 1974; Exner e Erdberg, 2005; Meyer et al., 2011; Caporale e Roberti, 2013; 2019).

Il metodo Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) (e.g. Westen, 1991) rappresenta un innovativo sistema di scoring applicato alle tavole del TAT che permette, attraverso l'analisi formale delle storie, di misurare quattro principali domini funzionali della personalità quali: complessità delle rappresentazioni degli altri (CR), tono affettivo dei paradigmi relazionali (TA), capacità di investimento emotivo nei valori e negli standard morali (CIE), comprensione della causalità sociale (CCS). Il recente aggiornamento dello strumento SCORS-R (e.g. Ackerman et al., 2001) ha permesso di ampliare i domini funzionali da quattro a sette distinguendo meglio le capacità di investimento oggettuale dalle capacità di investimento negli standard morali, e introducendo variabili di contenuto legate alle principali paure ed angosce centrali nel mondo interno dell'individuo.

Il Comprehensive System (CS) (e.g. Exner 1974, 1991, 2003, Exner e Erdberg, 2005) applicato al Rorschach, grazie al rigoroso approccio empirico basato sulla statistica, si focalizza su sei principali cluster corrispondenti ad altrettante aree in grado di poter descrivere al meglio il funzionamento della personalità: processi di pensiero, esame di realtà, modalità di elaborazione cognitiva delle informazioni, processamento affettivo, immagine di sé e relazioni con gli altri.

Più recentemente, il Rorschach-Performance Assessment System (R-PAS), nuovo metodo che aggiornerebbe il Rorschach-CS (e.g. Meyer et al., 2011), riorganizza le variabili Rorschach in quattro domini interpretativi che identificano una varietà di capacità mentali quali i processi di pensiero ed elaborazione cognitiva, gli stili di coping e di adattamento alla realtà, i processi di elaborazione emotiva, la capacità di costruire relazioni significative nonché le rappresentazioni legate allo schema di sé e degli altri.

Negli ultimi anni Caporale e Roberti (2014) hanno proposto un sistema interpretativo alternativo alle tavole e alle risposte Rorschach di tipo funzionale e dimensionale che prevede l'ancoraggio alle sette capacità derivanti dall'Asse P (Personality) della prima edizione del PDM (PDM, 2006) e mantenute anche nell'edizione aggiornata (Lingiardi e McWilliams, 2017): identità, relazioni oggettuali, tolleranza degli affetti, regolazione degli affetti, coscienza morale, esame di realtà e forza dell'Io. Tali domini sono utili ad attribuire il corrispondente livello di evolutivo di organizzazione (funzionamento) della personalità e a distinguere tra loro i funzionamenti nevrotici, borderline alto e basso, psicotico.

3. Lo Zeta – Functional Assessment System (Zeta-FAS)

In linea con tali recenti approcci *performance-based*, anticipiamo in questo articolo un importante lavoro di ricerca portato avanti nell'ultimo decennio da Caporale et al. (e.g. 2022; 2023a; 2023b; 2024; in review), volto ad un aggiornamento dell'originario Test di Zulliger (cosiddetto Z-Test nella sua forma individuale), tecnica proiettiva semi-strutturata, in un'ottica di approccio funzionale e dimensionale alla personalità.

Le tavole dello Z-Test, seppur esigue nel numero, contengono e condensano tutti gli elementi essenziali del Rorschach, al punto che spesso alcune delle loro macchie vengono equiparate per le caratteristiche gestaltiche degli stimoli (Mahamood, 1990). Malgrado ciò, come affermato da Caporale et al. (2023b) questo *“non significa, tuttavia, che i due strumenti siano sovrapponibili, in quanto, nonostante le similitudini strutturali, ciascuno dei due possiede una propria autonomia nelle differenti potenzialità psicodiagnostiche”*.

Lo Z-Test si presterebbe bene ad un'analisi funzionale performance-based nei termini *“di quanto ogni tavola, riformulata come situazione di problem solving, attivi funzioni e processi psichici specifici nell'elaborazione della risposta”* (Caporale et al., 2023b). In particolare, la tavola I solleciterebbe processi di natura più cognitiva, la tavola II processi di natura più affettiva, infine la tavola III processi più legati alla valutazione dell'identità e del funzionamento interpersonale (Caporale et al., 2023b).

Il lavoro di standardizzazione su popolazione non clinica e clinica (Caporale et al., 2024; Caporale et al., in review), sta dando la spinta allo sviluppo e messa a punto di un nuovo sistema di somministrazione, siglatura ed interpretazione, quantitativo e qualitativo, volto ad ottimizzare le caratteristiche dello Z-test in un'ottica di screening proiettivo della personalità chiamato Zeta-Functional Assessment System (Zeta-FAS).

In particolare, recuperando l'originario intento dei primi lavori di Zulliger (1955; 1969) di ideare un metodo proiettivo di screening da una parte ed integrandolo con l'importanza attuale di una valutazione funzionale e dimensionale della personalità dall'altra (Caporale et al., 2023b), lo Zeta-FAS permetterebbe di ottenere un iniziale macro-orientamento diagnostico riguardante i differenti livelli di funzionamento psichico così riconosciuti e descritti nei principali sistemi di classificazione internazionali quali il PDM-2 (Lingiardi e McWilliams, 2017) e la SWAP-200 (Shedler et al. 2014). Nello specifico, lo Zeta-FAS consentirebbe di

discriminare modalità di funzionamento nevrotici, borderline e psicotici.

Le nostre ricerche effettuate su campioni clinici e non (Caporale et al., 2024; Caporale et al., in review) evidenziano come gli indicatori utilizzati dall'analisi dello Zeta concorrerebbero alla valutazione di cinque principali macroaree di processo, utili nell'individuazione di funzionamenti normali e patologici della personalità e nella loro diagnosi differenziale. In particolare, i processi psichici (o funzioni), presi in considerazione nel nostro sistema interpretativo Zeta-FAS, rappresentano dimensioni valutative di funzionamento che hanno strette similitudini concettuali con quelle dell'Asse M del nuovo PDM-2 (Lingiardi e McWilliams, 2017).

Di seguito, le macroaree generate dallo Zeta-FAS:

- organizzazione cognitivo-percettiva, processi di pensiero ed esame di realtà;
- tolleranza e regolazione degli affetti;
- assetto difensivo;
- capacità di differenziazione ed integrazione (identità);
- capacità di relazioni e intimità (relazioni oggettuali).

L'organizzazione cognitivo-percettiva rappresenta lo stile cognitivo che l'individuo mette in campo nell'approccio ad una nuova realtà-problema. I *processi di pensiero e l'esame di realtà* sono quelle capacità che permettono l'elaborazione delle informazioni, provenienti dal mondo esterno ed interno, al fine di darne un significato in una logica socialmente condivisa. Le principali variabili che concorrono ad evidenziare tali processi nel protocollo Zeta sono la qualità formale (FQ), il numero di risposte (R), la quantità e la qualità dei movimenti umani (M), l'ampiezza delle categorie di contenuto, la percentuale di risposte popolari (P%), la percentuale di risposte di buona originalità (O+), l'indice di realtà (IR).

La tolleranza e la regolazione degli affetti riguarda la capacità dell'individuo di esperire, esprimere e cogliere l'intera gamma dei pattern affettivi pre-rappresentazionali e rappresentazionali. Ciò consente, assieme ad adeguate capacità di mentalizzazione, di sviluppare buone capacità di regolazione emotivo-affettiva. I principali indicatori del protocollo Zeta che danno informazioni riguardo tali domini più affettivi sono il rapporto tra forma-colore cromatico (FC), colore cromatico-forma (CF) e colore cromatico puro (C), il tipo di vita interiore (TVI), la percentuale delle risposte umane intere (H%), alcuni fenomeni particolari alle tavole e/o alle risposte.

L'assetto difensivo descrive quei meccanismi solitamente inconsapevoli di far fronte a stati emotivo-affettivi negativi, quali l'ansia, la rabbia, la tristezza che rappresentano una minaccia all'equilibrio psichico ed al benessere della persona. I principali indici che permettono di distinguere difese mature da difese più primitive sono la percentuale di risposte buona forma in rapporto al numero di risposte alle tavole nere ed alle tavole colore (F+/R tav. N; F+/R tav. C), il tipo di comprensione (TC), alcuni fenomeni particolari alle tavole e/o alle risposte, manifestazioni di choc.

La capacità di differenziazione ed integrazione consiste nella capacità di distinguere il sé dall'Altro, la fantasia

dalla realtà, le rappresentazioni interne dagli oggetti e dalle circostanze esterne, il presente dal passato, e di costruire nessi tra questi elementi senza confonderli. I principali indicatori da ricercare nel protocollo Zeta a supporto sono la percentuale di risposte a contenuto umano intero (H%), il rapporto tra H% intere e contenuti di parti umane (Hd%), la qualità delle H in termini di contenuto più o meno popolare (P) e/o simbolico/compressuale, il rapporto tra contenuti e movimenti umani (M sulle H), particolari fenomeni particolari e di choc riguardanti le H.

La capacità di relazioni e intimità comprende la profondità, la gamma e la costanza delle relazioni e la capacità di regolare l'adeguata distanza interpersonale in base al tipo di relazione e alla situazione-contesto. Di particolare importanza nel valutare tale abilità sono la presenza nel protocollo Z di contenuti umani interi (H) in rapporto ai movimenti umani (M su H) ed alla natura più o meno convenzionale della relazione (P su H), oltre a fenomeni particolari e di choc legati alle H di relazione.

Inoltre, sulla scia della precedente distinzione da noi adottata tra variabili di processo e variabili di contenuto della personalità (Bram e Pleebles, 2014), il sistema Zeta-FAS permette di rilevare anche informazioni di tipo qualitativo, utili a valutare temi conflittuali dominanti quali la natura dell'angoscia, la presenza di vissuti persecutori, credenze di natura psicopatologica. Nello specifico, tali dimensioni possono essere evidenziate attraverso una valutazione più qualitativa del protocollo grazie all'analisi del contenuto simbolico delle interpretazioni, dei fenomeni particolari alle tavole e/o alle risposte allo Zeta, delle manifestazioni di choc e

4. Conclusioni e discussione

Alla luce delle prime osservazioni e sperimentazioni di Hans Zulliger (1955; 1969), dei nostri recenti lavori di standardizzazione su popolazione non clinica e clinica dello Z-Test (Caporale et al., 2024; Caporale et al., in review), ed in linea con un'attuale valutazione funzionale e dimensionale della personalità (e.g. Shedler et al., 2014), anche mediante l'utilizzo di tecniche proiettive semistrutturate performance-based, anticipiamo in questo articolo la messa a punto di un nuovo sistema di somministrazione, siglatura ed interpretazione dello Zulliger Individual Test chiamato Zeta-Functional Assessment System (Zeta-FAS). Tale sistema di analisi sostiene una valutazione funzionale e dimensionale della personalità clusterizzabile in cinque principali macroaree di processo, quali l'organizzazione cognitivo-percettiva, i processi di pensiero e l'esame di realtà, la tolleranza e la regolazione degli affetti, l'assetto difensivo, la capacità di differenziazione ed integrazione (identità) e la capacità di relazioni e intimità (relazioni oggettuali).

Lo Zeta-FAS permetterebbe, dunque, di trasformare lo Zulliger in un test di screening proiettivo della personalità capace di individuare rapidamente funzionamenti normotipici e funzionamenti patologici, e rispetto a questi ultimi di discriminare a livello macro tra organizzazioni nevrotiche, borderline e psicotiche.

L'utilizzo dello Z-Test in una versione di screening proiettivo della personalità, grazie all'introduzione del

sistema Zeta-FAS, metterebbe insieme i vantaggi di un test performance-based rapido e semplice con l'analisi dei differenti livelli funzionamento come obiettivo target della valutazione. Tale taglio psicodiagnostico potrebbe essere molto utile a tutti quei presidi sanitari pubblici e privati di salute mentale che abbiano come necessità una valutazione psicodinamica della personalità veloce ma allo stesso tempo puntuale che permetta un primo smistamento ed orientamento terapeutico.

Bibliografia generale

- Ackerman, P. L., Bowen, K. R., Beier, M. E., & Kanfer, R. (2001). Determinants of individual differences and gender differences in knowledge. *Journal of Educational Psychology, 93*(4), 797–825. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.93.4.797>
- Blais M.A., Hopwood C.J. (2017). Model-based approaches for teaching and practicing personality assessment, *Journal of Personality assessment, 99*, 2, pp. 136-145.
- Blais M.A., Smith S.R. (2014). Improving the integrative process in psychological assessment: Data organization and report writing. In Archer R.P., Smith S.R. (a cura di), *A Guide to Personality Assessment: Evaluation, Application, and Integration*. Routledge, New York.
- Bornstein, R. F. (2010). Psychoanalytic theory as a unifying framework for 21st century personality assessment. *Psychoanalytic Psychology, 27*(2), 133–152. <https://doi.org/10.1037/a0015486>.
- Bram A.D., Peebles M.J. (2014). *Psychological Testing that Matters: Creating a Road Map for Effective Treatment*, American Psychological Association, Washington (DC).
- Caporale, R., Maccarrone, A., Allone, C., Faraci, P., Craparo, G. (in review). Standardization of the individual Zulliger test on non-clinical Italian population. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology 13*(1).
- Caporale, R., Maccarrone, A., Allone, C., Faraci, P., Craparo, G. (2024). Preliminary study on the standardization of the individual Zulliger test on non-clinical Italian population. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology 12*(1). <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-4042>.
- Caporale, R., Allone, C., Maccarrone, A., Craparo, G. (2023a). The clinical use of the Zulliger Test in the assessment of personality functioning and psychopathology. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology 11*(1). <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3627>.
- Caporale R., Craparo G., Sellaroli F., Seghetti V., Di Marzio R. (2023b). Struttura gestaltica e significato psicodinamico delle tavole Zulliger: un'ipotesi di approccio funzionale performance-based. *Mente e cura, XIII*, II.
- Caporale R., Seghetti V., Di Marzio R., Sellaroli F. (2022). Hans Zulliger: vita ed opere di un clinico eclettico, *Rivista Mente e Cura*, anno XIII, 10.
- Caporale R., Roberti L. (2019). *Manuale di psicodiagnostica clinica integrata. Psychodiagnostic Multi-level*

System (PMS), Franco Angeli, Milano.

Caporale R., Roberti L. (2014). Il Test di Rorschach in ambito clinico e giuridico-peritale. Guida pratica all'interpretazione e nuove prospettive di ricerca, Franco Angeli, Milano.

Caporale R., Roberti L. (2013). Percorsi di psicodiagnostica clinica integrata, Franco Angeli, Milano.

Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2004). Structured interview of personality organization (STIPO). *Weill Medical College of Cornell University*.

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of personality disorders*, 15(6), 487-495.

Exner, J. E., Erdberg, P. (2005). The Rorschach: A Comprehensive System, Vol.2: Advanced interpretation (3rd ed.). Hoboken, Nj: Wiley.

Exner, J.E. (1974). The Rorschach: A Comprehensive system (Vol. I). New York: Wiley.

Exner, J.E. (1991). The Rorschach: A Comprehensive system (Vol. II): Interpretation (2nd ed.). New York: Wiley.

Exner, J.E. (2003). The Rorschach: A Comprehensive System (4th ed.). New York: Wiley.

Greenspan, S. I., & Shanker, S. G. (2004). *The first idea: How symbols, language, and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans*. Da Capo Press.

Huprich, S. K., & Bornstein, R. F. (2007). An Overview of Issues Related to Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/00223890701356904>

Lingiardi V., McWilliams N. (2017). PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico (seconda edizione). Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2018.

Mahmood Z. (1990). The Zulliger Test: Its past and future. *British Journal of Projective Psychology*.

Meyer, G. J., Viglione D. J., Mihura J. L., Erard R. E., Erdberg P. (2011). Rorschach Performance Assessment System. Administration, Coding, Interpretation, and Technical Manual (trad. it. Rorschach Performance Assessment System - Somministrazione, siglatura interpretazione e manuale tecnico, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015).

PDM Task Force (2006). Manuale Diagnostico Psicodinamico – PDM. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2008.

Shedler J., Westen D., Lingiardi V. (2014). La valutazione della personalità con la SWAP-200: Nuova edizione. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Westen, D., Gabbard, G. O., & Blagov, P. (2006). Back to the Future: Personality Structure as a Context for Psychopathology. In R. F. Krueger & J. L. Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp. 335–384). The Guilford Press.

Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (2003), La valutazione della personalità con la SWAP-200. Raffaello Cortina, Milano.

Westen D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin*, 109(3), 429-455.

Zulliger H. (1955). Der Diapositiv-Z-Test: ein Formdeutungsverfahren zur psychologischen Untersuchung von Gruppen. Drei Diapositive. Beil. I. Huber (tr. it.: Z-Diapositive Test. Analisi delle interpretazioni di forme ambigue per l'esame psicodiagnostico collettivo, Firenze, Organizzazione Speciali, 1960).

Zulliger H. (1969). The Zulliger Individuall and Group Test, a cura di F. Salomon, New York, International Universities Press.

Articolo

Cicatrici sulla pelle e ferite nell'anima: l'autolesionismo non suicidario adolescenziale

Castrucci L.¹

¹ Medico specialista in psicologia clinica responsabile struttura estensiva per deficit cognitivi e disturbi comportamentali Villa Albani Anzio Asl RM H (lucillacastrucci@gmail.com)

Riassunto

Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza, l'autolesionismo è una pratica sempre più diffusa tra i giovanissimi. Attualmente, si sta assistendo ad una crescita progressiva di contenuti online sull'autolesionismo non suicidario attraverso siti internet, blog e chat. Questo articolo si propone, tramite l'analisi dei contributi presenti in letteratura, di approfondire le attuali conoscenze sull'autolesionismo non suicidario e di indagare le associazioni esistenti tra il concetto di pelle, identificazione personale, crisi adolescenziale ed autolesionismo non suicidario, facendo riferimento alle teorie psicodinamiche e neurobiologiche e gli aspetti socio antropologici. Infine, si esaminerà il contributo che la ricerca in ambito psicosociale e neuroscientifico può offrire per prevenire e trattare i comportamenti autolesionistici. Allo stato attuale, le condotte autolesionistiche adolescenziali possono essere considerate come strategie disfunzionali di coping messe in atto quando esiste una disregolazione emotiva. In particolare, il self-cutting, come comportamento ad elevato rischio di reiterazione, è ad oggi ritenuto un fattore predittivo di rischio suicidario più affidabile rispetto ad altre pratiche autolesionistiche non suicidarie.

Parole chiave: autolesionismo, adolescenza, pelle, self-cutting.

Abstract

According to data from the National Adolescence Observatory, self-harm is an increasingly widespread practice among very young people. We are currently witnessing a progressive growth of online content on self-harm through websites, blogs, and chats. This article aims, through a review of the contributions present in the literature, to analyze the current knowledge on non-suicidal self-harm and to investigate the existing associations between the concept of skin, personal identification, adolescent crisis, and self-harm by referring to psychodynamic, neurobiological theories, and socio-anthropological aspects. Finally, it will explore the contribution that psychosocial and neuroscientific research can offer to prevent and treat self-harming behaviors. At the present, adolescent self-harm behaviors can be considered as dysfunctional coping strategies implemented when there is emotional dysregulation. In particular, self-cutting, a behavior with a high risk of recurrence, is now considered a more reliable predictor of suicidal risk than other self-harming practices.

Keywords: self-harm, adolescence, skin, self-cutting

Introduzione

Attualmente l'autolesionismo nei paesi industrializzati è un fenomeno talmente diffuso da rappresentare un'emergenza sociale e sanitaria. I dati epidemiologici indicano che l'autolesionismo non suicidario prevale tra i giovani con un'età di esordio tra i 12 ed i 14 anni (Mercado et al.2017), è raro che si manifesti nei bambini. In base ad una revisione di 71 studi pubblicata nel 2018 su Lancet Psychiatry le condotte autolesive sono presenti nel 5% degli adulti, nel 17% degli adolescenti e nel 30% degli adolescenti e degli adulti con disturbi psichiatrici. (Liu et al. 2018).

Recentemente si sta assistendo ad una crescita progressiva di contenuti online sull'autolesionismo non suicidario attraverso siti internet, blog e chat. I giovani spongono il loro corpo segnato dalle cicatrici auto procurate nascondendosi dietro un profilo, cercando così di trovare un sostegno al loro malessere attraverso relazioni virtuali (Manca 2017).

L'eziologia dell'autolesionismo non suicidario è multifattoriale: è il risultato della combinazione di fattori psicosociali, biologici, psichiatrici ed ambientali. Nell'anamnesi degli adolescenti che presentano condotte autolesive non è infrequente la presenza di problematiche relazionali familiari (Hawton et al., 2012), l'essere stati oggetto di abuso fisico, psicologico e sessuale o l'aver subito atti di bullismo o cyberbullismo (Hinduja & Patchin, 2010). I disturbi psichiatrici che si presentano in comorbidità con l'autolesionismo sono: la sindrome ansioso-depressiva, l'ADHD, i disturbi alimentari (Hawton et al., 2013), inoltre l'autolesionismo compare nel disturbo borderline di personalità (DSM -5- ter 2023). Le condotte autolesive non suicidarie ed in particolare il self-cutting, sono comportamenti ad elevato rischio di reiterazione, e sono fattori predittivi di rischio suicidario.

L'adolescenza, periodo di vita in cui le condotte autolesionistiche sono prevalenti, è una fase delicata dello sviluppo durante la quale possono comparire comportamenti di coping disfunzionali, in particolare quando è presente una disregolazione emotiva, con un impatto negativo sulla salute, per questo è importante identificare precocemente i comportamenti autolesionistici non suicidari e mettere in atto tutte le possibili strategie preventive e tutti gli interventi terapeutici adatti al trattamento del caso.

Metodo

Si è effettuata una disamina dei contributi presenti in letteratura che hanno come oggetto la trattazione dell'autolesionismo non suicidario. La ricerca degli articoli scientifici e dei testi è avvenuta utilizzando le maggiori banche presenti in ambito medico ed infermieristico, in particolare pubmed, cinhal ed il database medline. Si è focalizzata l'attenzione sui lavori che, oltre a considerare le condotte autolesive, indagano le problematiche adolescenziali, l'identificazione personale ed il concetto di pelle. I lavori selezionati sono in numero superiore a quelli citati nel testo ed in bibliografia. Si è scelto di riportare le fonti bibliografiche ritenute maggiormente significative ed esplicative rispetto agli argomenti trattati e di evitare duplicazioni.

Autolesionismo definizione

Secondo la definizione dell'International Society for the Study of Self Injury (Hooley, Franklin 2018), l'autolesionismo è: un "danno deliberato e autoinflitto al proprio corpo senza intento suicidario e per scopi non socialmente accettati". Il DSM-5-TR (2023) definisce l'autolesionismo non suicidario come "una serie di atti intenzionalmente autolesivi nei confronti del proprio corpo condotti per almeno 5 giorni nell'ultimo anno".

Il non-suicidal self-injury (NSSI) è, secondo l'ultima edizione del DSM, un disturbo con una propria categoria diagnostica e non è considerato, come lo era in passato, una semplice manifestazione di disagio associata ad altri disturbi psichiatrici. Tutti i comportamenti, non socialmente accettati, che non hanno un intento suicidario e generano un danno corporeo superficiale vengono indicati con il termine self-injury (SI). Questi comportamenti

consistono nell'autoinfliggersi tagli prevalentemente sugli arti o sull' addome (self cutting), o nel causarsi danni della pelle, morsi, incisioni o bruciature (self-hitting, self-burning).

Il self-cutting prevale nel sesso femminile, mentre gli adolescenti maschi utilizzano più frequentemente il self-burning (Cleas, Vandereycken, Vertommen 2007).

In generale il termine autolesionismo è stato utilizzato per indicare una serie di atti autolesivi differenti tra di loro, per questo motivo alcuni degli studi presenti in letteratura riportano dati difficilmente comparabili. Attualmente si distingue il self-injury (SI) dal self-mutilation, termine che viene riservato a forme di autolesionismo grave, che compare generalmente nelle psicosi, che comporta amputazioni di parti corporee (Favazza 1996).

Il termine self-harm (Hawto & Catalan 1987) è utilizzato per indicare sia comportamenti di self-injury che di self-mutilation, oltre a designare altre condotte autolesionistiche come l'abuso, per ingestione o inalazione di sostanze e di farmaci, la messa in atto di comportamenti spericolati o l'aver rapporti sessuali promiscui. Alcuni comportamenti, che vengono indicati con il termine self-harm, possono essere considerati tentativi di suicidio (Muehlenkamp et al., 2012; Sarno, 2008).

L'adolescenza è un periodo della vita critico sia per l'autolesionismo che per la suicidalità. Il suicidio è piuttosto infrequente al di sotto dei 15 anni, tuttavia la sua comparsa aumenta di frequenza tra la fine dell'adolescenza e l'inizio dell'età adulta. Alcuni comportamenti autolesivi non suicidari, come il self cutting, vengono reiterati e rappresentano un indicatore di rischio suicidario (Kothgassner et al. 2021).

Adolescenza

L'adolescenza è la fase della vita durante la quale avviene il passaggio dall'infanzia all'età adulta. È una fase critica nel corso della quale si realizzano numerosi mutamenti che possono generare disorientamento. In questo periodo, le rappresentazioni e gli schemi che, fino a quel momento, hanno consentito al bambino di relazionarsi con il proprio corpo, con gli altri e con il mondo vengono messi in discussione e vengono meno alcune certezze che sembravano essere consolidate (Palmonari 2011).

Tutti i soggetti in adolescenza debbono compiere alcuni difficili percorsi evolutivi (Havighurst, 1948), tra questi l'acquisizione dell'identità personale e di genere, integrando le peculiarità della cultura di appartenenza con le aspettative sociali (Blasi, 1995). Questo processo avviene anche grazie allo spostamento della centralità della relazione con i genitori a vantaggio delle relazioni con il gruppo dei pari (Palmonari, 2011). La dimensione sociale favorisce lo sviluppo dell'identità dell'adolescente, facilita lo sviluppo dell'autostima e consolida il senso di autoefficacia (Fermani 2011). Tra i vari compiti evolutivi di questa fase di vita, riveste un importante ruolo la conquista di una efficace capacità di regolazione emotiva.

La regolazione emotiva è definita da Thompson (1994) come la capacità di generare, monitorare, valutare e modificare le reazioni emotive per poter raggiungere un obiettivo. Una regolazione emotiva funzionale necessita della capacità di riconoscere il significato emotivo degli stimoli percepiti e di saper attivare e scegliere un adeguato processo regolativo. (Sheppes et al., 2015).

Una buona regolazione emotiva è fondamentale affinché le capacità attentive e socio relazionali possano essere utilizzate al meglio. La regolazione emotiva si fonda su strategie auto regolatorie e di regolazione reciproca.

La possibilità di raggiungere un equilibrio è sostenuta, nel percorso di crescita dell'individuo, anche dallo sviluppo di connessioni neuronali (Kilford, et al., 2016) che sono coinvolte nella costituzione del social brain, fondamentale per la percezione e cognizione sociale (Adolphs, 2009). Come documentato da una revisione della letteratura del 2007 (Yurgelun, Todd 2007), nel percorso di crescita, si verifica un aumento dell'efficienza delle capacità di controllo cognitivo e di regolazione emotiva grazie ai processi evolutivi della corteccia prefrontale. Tale area cerebrale è l'ultima area cerebrale a raggiungere il completo sviluppo alla soglia dell'età adulta (Poletti 2007).

I dati empirici indicano come, durante l'adolescenza, siano presenti con maggiore frequenza, rispetto ad altri periodi di vita, comportamenti a rischio che possono influenzare negativamente il benessere dell'individuo e compromettere l'elaborazione di adeguate strategie di adattamento (Hurrelmann & Richter 2006). Tali considerazioni hanno determinato la creazione di un modello neurobiologico secondo il quale lo sviluppo adolescenziale si caratterizza per la presenza di un'aumentata impulsività che comporta la messa in atto di comportamenti a rischio (Casey, et al. 2008). Questo modello si fonda sul presupposto che l'impulsività è legata all'immaturità della corteccia prefrontale e, in un processo normale, diminuisce dall'infanzia all'età adulta. Nello stesso modello, la messa in atto di comportamenti a rischio è correlata all'attività del sistema limbico (Matthews, et al., 2004) ed all'attività del nucleo accumbens che è maggiore negli adolescenti rispetto ai bambini ed agli adulti (Galvan, et al. 2006).

Per comprendere gli aspetti dinamici del mondo interiore degli adolescenti è necessario integrare i modelli neurobiologici con la prospettiva psicodinamica (Castrucci 2023).

Un aspetto centrale dell'adolescenza è la maturazione fisica con la riattivazione della pulsione sessuale e della pulsione aggressiva. Durante la pubertà si assiste ad una riedizione del conflitto edipico poiché, l'accettazione inconscia, da parte dell'adolescente di essere sessuato lo conduce nuovamente, ad essere rivale del genitore dello stesso sesso, generando una trasformazione della personalità e accendendo sensi di colpa nei confronti dei genitori (Novelletto 1986). Come ben chiarito da Peri (1998), si assiste alla rottura con gli antichi oggetti d'amore. La fiducia riposta nelle relazioni con i familiari viene ora posta nei rapporti extrafamiliari, che durante l'infanzia generavano sentimenti di estraneità ed insicurezza. Questo processo porta da un lato ad abbandonare le infantili identificazioni genitoriali, cosa che genera crisi nell'adolescente, d'altro canto le nuove identificazioni extrafamiliari favoriscono il miglioramento dell'autostima e dell'io ideale (Palmonari 2011). In questa fase, come magistralmente esposto da Anna Freud (1958), la sublimazione dell'istintualità, è un meccanismo utile per affrontare il turbinio pulsionale ed emozionale, e conduce l'adolescente a sviluppare l'adattamento sociale e ad arricchire la propria personalità. Raggiungere l'equilibrio necessario per avere un buon adattamento non è un compito facile, l'adolescente si trova a vivere ed a dover gestire emozioni nuove e deve utilizzare i meccanismi di difesa per contenere e canalizzare l'istinto senza sopprimerlo (Freud A. 1958).

Un'altra sfida che l'adolescente è chiamato a sostenere, nel processo di crescita e di costruzione della propria identità è l'elaborazione del lutto. Il distacco dalle figure genitoriali e la consapevolezza di non essere più bambini crea un vuoto inteso, come un sentimento legato alla perdita, che necessita di un'elaborazione paragonabile a quella del lutto (Freud A. 1967). La mancanza riguarda anche le caratteristiche di onnipotenza ed egocentrismo

tipiche dell'età infantile che gradualmente lasciano il posto alla realtà ed alla dimensione del limite (Palmonari 2011). Emanciparsi e costruire la propria identità personale transita attraverso una serie di ambivalenze, nuove emozioni e sensazioni di ansia. Si tratta di un processo che richiede la costruzione delle linee di confine che separano dagli altri e di un'area privata che abbia il compito di essere custodia del sé. Secondo Novelletto (1986) uno dei segnali che tale evoluzione è in corso è dato dal bisogno di segretezza manifestato dall'adolescente.

La giusta sublimazione dell'istintualità ed il corretto funzionamento dei meccanismi di difesa permettono all'individuo di superare la crisi adolescenziale, di costruire la propria identità, la propria personalità e di raggiungere una capacità di regolazione emozionale funzionale. Non è possibile non tener conto del ruolo che gli aspetti sociali hanno nella crisi adolescenziale, come sottolineato, già da tempo, dall'aforisma di Anna Freud: "l'adolescenza è la cartina di tornasole della società".

Pelle: tessuto di confine e di comunicazione

La pelle è un tessuto continuo ed è il rivestimento più esterno del corpo, che svolge numerose funzioni: protegge dai traumi, impedisce la perdita di liquidi, partecipa alla termoregolazione, ha proprietà metaboliche ed un'importantissima funzione sensoriale. La cute non si può considerare semplicemente in senso biologico. Infatti, già Freud nel 1922 riconosce alla pelle un ruolo nello sviluppo e nel funzionamento psichico, precisando che "l'Io è anzitutto un'entità corporea, non è soltanto un'entità superficiale, ma anche la proiezione di una superficie" (L'Io e l'Es p. 488). Secondo la teoria psicanalitica freudiana, "l'Io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo. Esso può dunque venir considerato come una proiezione psichica della superficie del corpo" (p. 488-489 nota). La cute può essere considerata come un organo che delimita l'individuo dagli altri e dal mondo. Tale concetto è ben documentato in letteratura ed in filmografia (Senza pelle 1994).

Donald Winnicott (1958) definisce la pelle come un confine che delimita il me dal non me.

Lo psicologo francese Didier Anzieu, autore del libro *Io-pelle* (1985), vede la cute come un elemento fondamentale per il completamento dell'apparato psichico e delle sue funzioni. La pelle è contemporaneamente l'involucro del corpo ed il rivestimento dell'apparato psichico. L'Io-pelle può essere descritto come una membrana, che se funziona bene garantisce il senso di sicurezza ma al contrario può divenire un involucro di sofferenza. La pelle è non solo un limite ma anche uno spazio comunicativo che assume una valenza particolare durante la fase adolescenziale, che è caratterizzata dalla metamorfosi del corpo (Nicolò 2009). Uno dei compiti adolescenziali è quello di riuscire a riappropriarsi del proprio corpo, così differente da quello infantile. L'adolescente dovrà riuscire ad integrare il corpo mutato nella rappresentazione di sé e, nonostante il cambiamento, riuscire a mantenere la propria identità (Lemma 2010).

Si ritrovano nelle culture, di tutti paesi del mondo, riti di passaggio che sanciscono la fine dell'adolescenza e l'ingresso nel mondo degli adulti. La letteratura etnologica ed etnografica riporta come, molti dei riti di passaggio dall'adolescenza al mondo degli adulti, siano caratterizzati dall'imprimere cicatrici sulla pelle ed anche dall'infliggere lacerazioni e varie forme di circoncisione (Parisi 2006). In tutto questo, il dolore può essere considerato un'esperienza necessaria per superare la soglia della pubertà o per cambiare status (Le Breton 2016). La necessità di un rituale condiviso è legata al fatto che l'adolescenza è una fase decisiva per la costruzione dell'identità, come sottolineato da Aime "è quanto mai necessario che la comunità da un lato stabilisca in modo

chiaro il confine tra il mondo dei giovani e quello degli adulti, e che dall'altra protegga il passaggio, collocando segnali, punti di riferimento ben visibili." (Aime 2008). È sempre Aime a sottolineare come un'altra pratica presente in varie culture ed utilizzata a scopi comunicativi della propria identità, intesa anche come appartenenza ad un gruppo, è la pittura corporea ed il tatuaggio. Tale pratica, come anche quella del piercing, ha origini antiche, ed a partire dagli anni Settanta è stata riscoperta nel mondo occidentale. Da allora e negli anni successivi si è diffusa ed ha avuto particolare presa sui giovani adolescenti (Bosello et al. 2010). La body art comporta la modificazione dell'immagine corporea. Attraverso il tatuaggio, il piercing o la cicatrice, l'adolescente si racconta, esprimendo sia l'appartenenza ad un gruppo sia la propria individualità, cerca di costruire un'immagine positiva di sé, creando un legame visibile tra corpo tatuato ed identità, può mettere in atto un gesto trasgressivo segno tangibile della ribellione alle figure genitoriali (Aime 2011).

Gli agiti sul proprio fisico, in adolescenza, sono il segno della necessità che l'individuo ha di riappropriarsi del corpo rendendolo diverso da quello che per natura gli è stato dato, la trasformazione della pelle può leggersi come un sostegno identitario. Tuttavia, può configurarsi la condizione, patologica, in cui il corpo è sentito dall'adolescente come estraneo tanto da poter essere attaccato. L'autolesionismo, in quest'ottica, può essere considerato come una protesi identitaria necessaria all'adolescente quando fallisce nel compito di ricostruire la propria identità (Ladame 2004).

Eziologia delle condotte autolesionistiche non suicidarie adolescenziali ed influenza dei social media

I contributi presenti in letteratura evidenziano l'esistenza di fattori di rischio specifici per lo sviluppo di condotte autolesive non suicidarie: l'età adolescenziale, il sesso femminile, un quoziente intellettivo superiore alla media, il bullismo subito in infanzia o nella prima adolescenza, l'aver subito abusi o abbandoni, la presenza di problematiche relazionali familiari, l'orientamento sessuale, il contesto sociale e l'influenza dei social media (Brown & Plenner 2017. Hawton et al. 2012).

Gli studi di neuroimaging documentano, nei soggetti con autolesionismo, una diminuzione del volume della corteccia cingolata anteriore e una minore connettività di quest'area con l'amigdala. È stata evidenziata anche una riduzione della materia grigia dell'insula negli autolesionisti, rispetto al gruppo di controllo costituito da soggetti sani (Auerbach et al., 2021). Altri studi hanno evidenziato la presenza di alterazioni nel funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisario che comportano una maggiore difficoltà nella regolazione emotiva (Carosella et al., 2023). Groshwitz e Plener (2012) documentano una maggiore vulnerabilità allo stress negli individui che praticano autolesionismo.

I meccanismi neurochimici coinvolti nell'autolesionismo non suicidario non sono del tutto noti. Sono stati riscontrati, nel sangue dei soggetti autolesionisti, alti livelli di oppiacei endogeni. Tale dato ha portato ad ipotizzare che i comportamenti autolesionistici possano essere sostenuti da un'alterazione del sistema degli oppioidi endogeni (Symons, Thompson 2000).

Numerosi sono i contributi di studi psicodinamici sull'origine dell'autolesionismo non suicidario. Le tesi avanzate da Suyemoto sostengono l'ipotesi che l'autolesionismo non suicidario sia un agito per edificare quei confini tra sé ed altro diversi da sé per qualche motivo non sviluppati (Suyemoto 1998). Quest'autore interpreta l'autolesionismo in funzione di quattro costrutti teorici: la pulsione, la regolazione affettiva, le relazioni interpersonali e l'ambiente.

Nel 2005 la psicanalista Lemma A. descrive come gli atti autolesionistici siano collegati, in adolescenza, alle modificazioni corporee e rappresentino una modalità per gestire alcuni aspetti inconsci. L'adolescente autolesionista attacca l'oggetto (il corpo) che gli crea una dipendenza intollerabile e rifiuta di elaborare il lutto per il corpo perduto. Con l'autolesionismo viene messa in atto la fantasia inconscia di mandare via l'altro diverso da sé, che si sente risiedere nel proprio corpo.

L'autolesionismo non suicidario è stato definito da diversi autori come strategia di coping associata ad una scarsa capacità di regolazione emotiva (Sim et al., 2009; Brereton & McGlinchey, 2019). Si tratta di una strategia di coping disfunzionale, che porta i soggetti incapaci di regolazione emotiva efficace a creare una modalità regolativa maladattativa.

Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse su un nuovo aspetto presentato dall'autolesionismo non suicidario adolescenziale, che riguarda i contenuti pubblicati sul web. Secondo uno studio condotto nel 2017 (Patchin, Sameer, Hinduja 2017) il 6% circa degli adolescenti ha comportamenti autolesionistici online. Maura Manca nel 2017 ha pubblicato il libro "l'autolesionismo nell'era digitale" dove evidenzia come il web sia il luogo che permette agli adolescenti, soprattutto attraverso falsi profili, di esprimersi senza alcuna limitazione. L'autrice sottolinea come all'interno del web siano attualmente presenti veri e propri contenitori delle angosce adolescenziali. Un aspetto dell'autolesionismo non suicidario è la contagiosità. Tale fatto è evidenziato anche nella definizione presente nel DSM 5: "gli individui apprendono il comportamento spesso attraverso il suggerimento o l'osservazione di qualcun altro. La ricerca ha dimostrato che quando un individuo che mette in atto comportamenti di autolesività non suicidaria è ricoverato, altri individui possono cominciare a mettere in atto lo stesso comportamento". Non è difficile comprendere come il web possa essere uno strumento che moltiplichi ed amplifichi le possibilità di contagio.

Prevenzione

L'autolesionismo non suicidario può essere considerato un fattore di rischio per la comparsa di condotte suicidarie ed il self-cutting rappresenta una delle condotte più frequentemente messe in atto, in particolare dagli adolescenti (Madge et al 2008). E' un importante ed indipendente fattore predittivo di suicidio (Hawton et al. 2012) più di qualsiasi altra condotta di autolesionismo (Hawton, Saunders, O'Connor 2012).

L'autolesionismo ed il suicidio rappresentano una problematica sia sociale che di sanità pubblica, che richiede l'impegno di tutti, enti pubblici, privati e società civile per attuare interventi di prevenzione e di contenimento. In letteratura non sono rintracciabili, per quanto concerne l'Italia, studi o ricerche che riportino dei programmi di prevenzione dell'autolesionismo attivi su tutto il territorio nazionale. Esistono, tuttavia, iniziative locali e progetti, tra questi alcuni sono promossi dalle neuropsichiatrie infantili delle Università.

L'ateneo di Torino gestisce il "Progetto SPES: sostenere e prevenire esperienze di suicidalità" orientato alla formazione per gli insegnanti, al fine di riconoscere precocemente segnali di malessere nei propri studenti.

Inoltre, Presso l'ospedale Bambino Gesù è attivo un [centro per la prevenzione del suicidio in età evolutiva](#). Tale centro gestisce, in collaborazione con le ASL del Lazio, un percorso di assistenza e prevenzione dei casi di suicidio ed autolesionismo, con progetti terapeutici specialistici rivolti ai ragazzi ed alle famiglie.

Il team di internet Metters ha creato uno [strumento di estensione web gratuito](#) detto *Ripple* per prevenire autolesionismo e suicidio. Quando l'estensione *Ripple* viene aggiunta ad un browser web, se si effettua una ricerca di contenuti che riguardano autolesionismo o suicidio, si attiva un pop up che indirizza gli utenti a risorse gratuite che operano nel campo della salute mentale per avere un supporto .

I programmi di prevenzioni hanno l'obiettivo di intercettare precocemente le situazioni a rischio di autolesionismo e suicidio, di ridurre i fattori di rischio noti e di incrementare i fattori protettivi (sostegno sociale e familiare, capacità di coping) favorendo l'accesso all'assistenza sanitaria e sociale.

Conclusioni

Le cause che spingono un adolescente a mettere in atto condotte di autolesionismo sono molteplici, questo fenomeno è un'espressione di disagio, di sofferenza e di disregolazione emotiva. Nonostante le evidenze presenti in letteratura che indagano i fattori di rischio, la prevalenza, l'eziologia ed il funzionamento dell'autolesionismo non suicidario adolescenziale, occorre incentivare la ricerca. Un impulso ad effettuare nuovi studi viene dal dibattito suscitato dall'inclusione nel DSM-5-TR dell'autolesionismo non suicidario come disturbo indipendente. Il dilagare delle condotte autolesionistiche sul web è un fenomeno da comprendere a fondo.

Un limite delle attuali ricerche nel nostro paese è rappresentato dalla mancanza di studi supportati da una valutazione testistica. Esistono test validati ma non dati sufficienti circa la loro efficacia in relazione al contesto italiano. La necessità di approfondire, attraverso studi scientifici, le conoscenze circa l'autolesionismo non suicidario, in particolare in adolescenza, nasce dall'urgenza di prevenire il rischio che tali condotte creano, anche come indicatori di possibili eventi suicidari futuri.

Inoltre, è necessario elaborare percorsi, oltre che di prevenzione, di terapia e riabilitazione il più possibile omogenei su tutto il territorio nazionale, che possano offrire interventi sufficientemente tempestivi e mirati.

Bibliografia

- Achenbach, T. (2001). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington (VT): Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 231–239.
- Adolphs, R. (2009). The social brain: neural basis of social knowledge. *Annual review of psychology*, 60, 693–716.
- Aime M. (2011) *Relazione "Dialoghi sull'uomo"* Pistoia
- Aime M. (2008) *Il primo libro di antropologia*. Einaudi
- American Psychiatric Association (2023) *DSM 5 ter*. Raffaello Cortina Editore
- Anzieu d. (1985). *L'Io-pelle*. Roma, Borla, 1987.
- Anzieu, D., and G. Tarrab (eds), 1990. *A Skin for Thought: Interviews with Gilbert Tarrab on Psychology and Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Bjärehed, J., & Lundh, L. G. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognitive Behavior Therapy*, 37, 26-37.
- Blasi, A. &. (1995). The development of identity. A critical analysis from the perspective of the self as subject. *Development Review*, 404-433.
- Bosello R., Favaro A., Zanetti T. et al. (2010) Tatuaggi e piercing negli adolescenti: correlati familiari e temperamentali. *Riv. Psichiatr* 45(2):102-106
- Brereton, A., & McGlinchey, E. (2019). Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 1–35.

- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609–620.
- Brown R.C. Plenner P.L. (2017) Non-suicidal Self-Injury in Adolescence, *Curr. Psychiatry Rep.* 2017
- Camidge, D. R., Wood, R. J., & Bateman, D. N. (2003). The epidemiology of self-poisoning in the UK. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 56(6), 613–619.
- Carbone P. (2010) *L'adolescente prende corpo*. Il pensiero scientifico editore.
- Carosella, K. A., Mirza, S., Basgöze, Z., Cullen, K. R., & Klimes-Dougan, B. (2023). Adolescent non-suicidal self-injury during the COVID-19 pandemic: A prospective longitudinal study of biological predictors of maladaptive emotion regulation. *Psychoneuroendocrinology*, 151.
- Castrucci L. (2023) *La neuropsicoanalisi: un nuovo paradigma per lo studio della mente umana*. Mente e Cura 19-I-2024
- Clark D., Pynoos R., Goebel A. (1996) Mechanisms and processes of adolescent bereavement, in “Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions”, Cambridge University Press, New York, pagg. 100-146.
- Cleas L., Vandereycken W., Vertommen H. (2007) Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Press Individ Dif* 42: 611-21
- Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental review*, 28(1), 62-77.
- Casey, B., Oliveri, M., & Insel, T. (2014). A neurodevelopmental perspective on the research domain criteria (RDoC) framework. *Biological Psychiatry*, 76(5), 350–353.
- D'Agostino, A. (2012). *Corpi alla deriva. Autolesionismo e oltre*. in M. Rossi Monti (a cura di). *Psicopatologia del presente. Crisi della nosografia e nuove forme della clinica*, Milano: Franco Angeli, pp. 64-110.
- Davico C. (2020) *L'adolescente che si taglia. Le condotte autolesive non suicidarie in adolescenza*. *Area Ped* 21(3):116-123
- Fara G., Esposito C. (1984), *Fantasia e ragione nell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- Fabbrini A., Mellucci A. (1992) *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*, Feltrinelli, Milano.
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital & Community Psychiatry*, 2, 137-45.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Fermani A. (2011) *Le relazioni amicali in adolescenza*. Aras Edizioni
- Firestone, R.W., Seiden, R.H. (1990). Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *Journal of American College Health*, 38(5), 207-213.
- Freud A. (1958), *Adolescenza in "Opere"*, Vol. 2, Boringhieri, Torino 1979, pagg. 495-535.
- Freud A. (1967), *L'Io e i meccanismi di difesa*, Martinelli & C., Firenze, 1992.
- Freud S. (1922) *L'Io e l'Es*, O.S.F., 9 a cura di Musatti C. (1989) Ed. Bollate e Boringhieri
- Friedman, M., et al. (1972). Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project. *The International Journal of Psychoanalysis*, 53, 2: 179-83.
- Galvan, A., Hare, T. A., Parra, C. E., Penn, J., Voss, H., Glover, G., & Casey, B. J. (2006). Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *Journal of neuroscience*, 26(25), 6885-6892.
- Groschwitz, R. C., Plener, P. L., Groen, G., Bonenberger, M., & Ablner, B. (2016). Differential neural processing of social exclusion in adolescents with non-suicidal self-injury: An fMRI study. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 255, 43–49.

- Havighurst, R. J. (1948). *Developmental tasks and education*. The University of Chicago Press.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1987). *Attempted suicide: A practical guide to its nature and management*. Oxford University Press.
- Hawton K, Bergen H, Kapur N, et al. (2012) Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the multicentre study of self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry* 53:1212-9
- Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. (2012) Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 379:2373-82.
- Hawton, K. et al. (2013) 'Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review.', *Journal of affective disorders*, 151(3), pp. 821
- Hinduja, S. and Patchin, J. W. (2010) 'Bullying, Cyberbullying, and Suicide', *Archives of Suicide Research*. Taylor & Francis Group, 14(3), pp. 206–221.
- Hooley J.M., Franklin J.C. (2018) Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Sage Journal* Vol. 6 Issue 3
- Hurrelmann K., M Richter M.(2006) Risk behavior in adolescence: the relationship between developmental health problems *J Public Health*, 14, 20-28.
- Kilford, E. J., Garrett, E., & Blakemore, S. J. (2016). The development of social cognition in adolescence: An integrated perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* (70), 106- 120.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501–1508.
- Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. (2021) Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. May;51(7)
- Ladame, F. (2004). Attacchi al Corpo ed il Sé in pericolo in Adolescenza. *Childhood and Adolescent Psychosis*, 10, 77-81.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447– 457.
- Le Breton D. (2016) *Antropologia del dolore* Ed. Melteni
- Le Breton D. (2016) *Cambiare pelle. Adolescenti e condotte a rischio*. EDB
- Le Breton D. (2005) *La pelle e la traccia. Le ferite del sé*. Tr it Roma: Meltemi
- Lemma, A. (2011). *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lemma, A. (2010). An order of pure decision: growing up in a virtual world and the adolescent's experience of being-in-a-body. *J Am Psychoanal Assoc*. 58(4):691-714.
- Liu TR., Scopellitti KM., Pittman SK., Zamora A., (2018) Childhood maltreatment non suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Jan;5(1):51-64. Lancet Psychiatry*
- Liu TR., Scopellitti KM., Pittman SK., Zamora A., (2018) Childhood maltreatment non suicidal self-injury: a
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, et al (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*.49:667-77.
- Manca M. (2017) *L'autolesionismo nell'era digitale* Ed. Alpes

- Matthews, S. C., Simmons, A. N., Lane, S. D., & Paulus, M. P. (2004). Selective activation of the nucleus accumbens during risk-taking decision making. *Neuroreport*, 15(13), 2123-2127.
- Mercado MC., Holland K., Leemis RW., Ston DM., Wang J. (2017) Trend in emergency department visits for nonfatal self-inflicted injuries among youth aged 10 to 24 years in the United States, 2001-2015. *Jama* 318: 1931-3
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 10.
- Nicolò A.M., Ruggero I. (2016) *La mente adolescente e il corpo ripudiato*. Franco Angeli Editore
- Nicolò A.M. (2009) *Pelle per comunicare, pelle da danneggiare: riflessioni su scarnificazioni e self cutting in adolescenza*. Centro di psicanalisi romano. Archivio lavori scientifici.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885–890.
- Novelletto A. (1986) *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*, Borla, Roma.
- Palmonari, A. (2011). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino, 3° edizione.
- Patchin J.W Sameer Hinduja S. (2017) Digital Self-Harm Among Adolescents J. *Adolescents HealthDec*;61(6):761-766
- Peri G. (1998) *Lineamenti di psicologia dell'età evolutiva*, I.S.U. Università Cattolica, Milano.
- Parisi G. (2006) *La circoncisione tra simboli e realtà*. ADUC
- Poletti, M. (2007). Sviluppo cerebrale, processi decisionali e psicopatologia in adolescenza. *Giornale Italiano di Psicopatologia*(13), 358-366.
- Rossi Monti, M. & D'Agostino, A. (2009). *L'autolesionismo*. Roma: Carocci.
- Sarno, I. (2008). *Autoferimento*. Aracne editrice
- Sheppes G., Suri G., Gross JG. (2015) Emotion regulation and psychopathology *Annu Rev Clin Psychol*.
- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich, W. N. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of Research on Adolescence*, 19 (1), 75-91.
- Simpson, C. A., & Porter, G. L. (1981). Self-mutilation in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45, 5: 428-438.
- Symons F.J., Thompson T. (2000) Comportamenti autolesionistici, aree corporee di preferenza e stimolazione analgesica. In: *Handicap Grave Erickson Ed. Vol.I n.2 pp 151-169 Society for the Study of Self Injury <https://www.itriples.org/>*
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 5: 531-554
- Suyemoto, K.L., Macdonald, M.L. (1995). Self-Cutting in Female Adolescents. *Psychotherapy*, 32, 1.
- Sutton, J. (2007). *Healing the Hurt Within 3rd Edition: Understand self-injury and self-harm and heal the emotional wounds*. Hachette UK.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52, 250–283.
- Traverso A., Zanato S., Bolzonella B., De Carlo D., Rampazzo A, Gatta M., Cattelan C. (2015) Adolescenti e self-cutters: Analisi di una popolazione *Gior Neuropsich Età Evol.* 35:62-68
- Van Gennepe A. (1981) *I riti di passaggio* tr. it. di M.L. Remotti, Bollati Boringhieri, Torino
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*.

Yurgelun-Todd, D. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current opinion in neurobiology*, 17(2), 251-257.

*Cinema***La Fossa dei Serpenti di Anatole Litvak***Il cinema manicomiale e la nascente psicoanalisi*

A cura di Simona Galassi, psicologa

Parole chiave: manicomio, elettroshock, analisi, catarsi

Film antesignano del genere manicomiale girato nel 1948. Litvak dovette faticare molto per trovare un produttore che credesse nella sua idea poiché la storia era considerata troppo scomoda per quegli anni. Il titolo richiama l'antica credenza in base alla quale un malato di mente abbandonato in una fossa di serpenti, un luogo tanto spaventoso da far impazzire una persona sana, sarebbe per inversione guarito dalla sua malattia. Nel film la fossa diventerà il piano più basso del manicomio destinato ai casi più gravi considerati 'irrecuperabili'.

L'elettroshock e gli albori della Psicoanalisi

Assistiamo alla storia di Virginia, una donna che dopo il matrimonio perderà la memoria risvegliandosi in una clinica psichiatrica senza capirne i motivi. Il film è claustrofobico si viene chiusi con lei in un reparto manicomiale femminile dove il mondo sembra scomparire inghiottito da lucchetti alle porte e sbarre alle finestre.

Virginia, la protagonista, inizierà con il ricovero a sperimentare su di sé le pratiche di cura somministrate nel Reparto I dove si trovano le donne ritenute possibilmente trattabili. Iniziano così le terapie dell'elettroshock e dei bagni gelati.

Tra il personale severo formato da anziani medici e alcune infermiere, emergerà la giovane personalità del Dott. Kik, ispirata alla figura reale dello psichiatra Gerard Chrzanowski. Il medico di scuola psicoanalitica, sulla parete del suo studio è spesso visibile un ritratto di Freud, prenderà in cura la donna attraverso i nuovi sistemi delle nascenti teorie analitiche tra ipnosi, libere associazioni, interpretazione del controtransfert e dell'inconscio e tenterà di aiutarla a liberarsi dai traumi e dai conflitti interni che la affliggono.

Il Reparto 8. La discesa nella Fossa dei serpenti

Il percorso di Virginia insieme al Dott. Kik sarà complesso e costellato da ricadute. Tutto il processo di analisi è ben reso, come spesso accade nella realtà non è mai lineare ma alla fine conduce alla catarsi finale.

Il film ha il pregio di poter avere piani differenti di lettura, da una parte la linea quasi documentaristica della triste realtà vissuta all'interno della struttura manicomiale dove nel Reparto 8, delle donne considerate 'irrecuperabili', le singole individualità vengono denegate e schiacciate dall'uso di camice di forza e dalla incuranza dei medici che lasciano le pazienti abbandonate nella propria folle solitudine come fossero senza vie d'uscita. E' in questo luogo di alienazione che Virginia dovrà trovare la forza di reagire alla sua nevrosi e con l'aiuto del Dott. Kik comprendere la radice del suo trauma per superarlo.

L'analisi e la catarsi

Il secondo piano di lettura è la trama che si snoda intorno alla analisi psicoanalitica. E' attraverso gli incontri con il Dott. Kik, per il quale Virginia sentirà una particolare attrazione, che verrà interpretata come un transfert della figura paterna, che la giovane donna prima grazie all'ipnosi e poi attraverso i ricordi riuscirà a ricostruire il proprio passato comprendendo l'origine del suo dolore e quindi con un processo catartico poter tornare alla sua vita.

Il percorso di conoscenza procede a ritroso nel tempo fino alla sua prima infanzia per spiegare come il rapporto materno e paterno e i sensi di colpa rispetto ai propri desideri possano generare uno stato di nevrosi acuta, che proprio nel timore che i propri desideri possano realizzarsi, trova il suo maggiore ostacolo. Il meccanismo di rimozione, che con il matrimonio tanto desiderato era venuto meno, farà emergere la crisi. La soluzione arriverà

alla donna grazie al medico che metterà in luce quanto il legame indissolubile tra desiderio e realtà e la scelta dell'uomo amato sia stato lo specchio del rapporto con la figura paterna, con tutti i suoi sentimenti di amore e disincanto fatti di rabbia e fantasie alla coscienza imperdonabili.

Un finale questa volta felice ma solo per Virginia e una vittoria per i nuovi metodi della psicoanalisi che si affacciava sul panorama di cura e riabilitazione. Ponendo l'accento sul legame terapeutico paziente/medico che sempre più, negli anni, diventerà la base degli interventi nella psichiatria moderna post manicomio.

*Libri***Dall' altro lato della specie**

Tratto da: "L'Unità" di Nini Holmqvist, Fazi Editore, Aprile 2024

A cura di Alina Paoletti, psicoterapeuta IRPPI

Riassunto

L' "Unità", un *romanzo distopico* nel senso meno banale del termine, dove il futuro si allontana dal topos desiderabile e si delinea come un incubo strutturato.

Parole chiave: distopia, psiche, sogno, inconscio

Organizzazione di una distopia

La trama della vicenda è essenziale: la società in cui vive la protagonista, Dorrit, ha diviso la popolazione in "utili" e "dispensabili". I dispensabili sono persone che, raggiunto un certo limite d' età, senza figli, vengono considerate non più necessarie alla cosa comune. I dispensabili, in maniera mite e silenziosa, sono confinati nell' "Unità" (una struttura residenziale organizzata per replicare le attività della vita quotidiana) ed impiegate in sperimentazioni scientifiche, il cui scopo è esclusivamente il progresso ed il sostegno della società degli utili, fino al momento della "donazione finale". Sarà solo un evento altamente improbabile a risvegliare la protagonista dal torpore della rassegnazione e a dare alla vicenda una svolta dolorosissima.

La ribellione nell' Eden

Un romanzo, questo, che si gioca sui contrasti: la semplicità della sintassi, la linearità della perifrasi contrapposte alla mostruosità dell'Unità, luogo bellissimo, edonico, necessario a sopire ogni forma di ribellione e rivolta, dove gli ospiti sono mantenuti e preservati, sottoposti e visite e controlli continui affinché i loro corpi rimangano il più possibile integri ed utili. I dispensabili che entrano nella nuova dimensione dell'Unità ne restano quasi affascinati, iniziano a vivere senza preoccuparsi delle necessità materiali e della sussistenza, possono dedicarsi alle loro passioni, alle loro inclinazioni e a coltivare rapporti umani profondi e intimi. Anche gli addetti all' Unità sono empatici, comprensivi nei confronti dei dispensabili: non vi è mai violenza, coercizione, costrizione fisica ed esiste persino un servizio di assistenza psicologica.

Psiche, sogno e inconscio

Lo psicologo dell'Unità è una figura scarsamente interlocutoria: ha lo scopo di contenere i vissuti dei dispensabili, di intervenire nelle crisi, di pacificare gli animi; ma nulla ha a che vedere con una possibilità di evoluzione, di cambiamento, di consapevolezza. Tutto all' interno dell'Unità è finalizzato al mantenimento dello

status quo. E' in questo sub-universo dove tutto appare sopito che irrompe, però, violentemente l'inconscio della protagonista. Dorrit sogna. E nei contenuti onirici emerge il suo amato cane Jock, una figura d'attaccamento profondo che delinea la sua sanità di base che, nonostante la disperazione aleggiante, non vacilla. Anche in uno stato di privazione e di alienazione l'inconscio sfugge alle maglie rigide del razioicinio ed emerge in tutta la sua potenza e bellezza.

Ricorsi storici e obsoleta attualità

Dal punto di vista letterario il romanzo tocca dunque vari livelli di interpretazione, creando un unicum storico difficilmente replicabile: se da un lato riecheggiano criticità emerse in periodi storici non lontani (ma non per questo anacronistiche!), quali quelle della definizione di stato sociale, di socialismo ma anche di economie di mercato, di regime e controllo, di segregazione, di psicologia di massa, di eugenetica, dall'altro l' "Unità" rappresenta anche un invito a riflettere su questioni di stretta attualità come le politiche sociali a sostegno delle famiglie, il calo demografico dei paesi industrializzati, il tema dell'infertilità, le nuove costellazioni familiari e le sfaccettature dell'identità femminile nella società post-industriale.

Generatività sociale e memoria

L'interessante assunto centrale del romanzo, il concetto di riproduzione biologica associato a quello di produttività, viene, quindi, contrapposto nella narrazione a quello di generatività che in realtà è trasversale e non può essere imbrigliato. Nell'Unità, infatti, finiscono prevalentemente artisti, intellettuali, bohémien, persone che hanno faticato ad aderire ad un sistema ma la cui capacità generativa, in realtà, non è intaccata. Se utilizziamo, infatti, un livello più intimo di lettura, quello che emerge prepotentemente dal romanzo è che la mole di "diversi", i confinati nell'Unità, è costituita in realtà da madri e padri di pensieri, di idee, di intuizioni, di emozioni universali, tutti concetti questi che, contrariamente al caduco essere umano, hanno la capacità di resistere nel tempo e nella memoria. Nel corso della vicenda lo strumento dell'empatia, della reciprocità e della compassione si affaccia e si eclissa nella protagonista e nei vari attori della vicenda ed anche l'osservatore esterno sarà chiamato a partecipare a questa danza, fra comprensioni e avvicinamenti, fra evitamenti e rifiuti. In tal senso, la narrazione piana di questo romanzo ha l'enorme potere di consentire al singolo di mettere nelle parole la propria storia, di "risuonare" nei passaggi più intimi e salienti con memorie non esplicite; in più passaggi ci si potrà sentire, a seconda della propria personale vicenda, vittime o carnefici, fortunati o perseguitati, arrabbiati o rassegnati, colpevoli o assolti, spaventati o, inconfessabilmente, sollevati. La prosa neutra e frugale diviene così foriera di coloriture e codici interpretativi sempre nuovi, che porteranno il lettore a sentirsi profondamente coinvolto e, quindi, profondamente umano.

Mente e Cura, Rivista semestrale di psicoterapie e neuroscienze
diretta dalla Dott.ssa Valentina Battisti e dal Dott. Riccardo Caporale
ISSN 2611-0245

Mente e Cura pubblica contributi in italiano. Vengono presi in considerazione solo articoli originali, provenienti anche da settori di studio diversi dalla psicoterapia. Sono preferiti articoli di eccellenza scientifica.

Gli articoli proposti per la pubblicazione sulla Rivista *Mente & Cura* devono conformarsi, a cura dell'autore, ad alcuni requisiti formali in assenza dei quali non verranno presi in considerazione. Le pubblicazioni della rivista si suddividono in *Articoli Scientifici* e *Manoscritti*. Gli articoli scientifici includono: Articolo originale, Review, Caso Clinico e devono essere redatti secondo le norme editoriali presenti sul sito. I manoscritti hanno carattere divulgativo e devono essere redatti secondo i requisiti di leggibilità. L'invio del manoscritto sottintende che il lavoro non sia già stato pubblicato e che, se accettato, non verrà pubblicato altrove né integralmente né in parte. Per informazioni e collaborazioni rivolgersi a redazionementecura@gmail.com