

Mente e Cura
IRPPI



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

EDITORIALE

a cura di Battisti V. e Caporale R.....3

ARTICOLI/ARTICLES

Caporale R., Battisti V. *Polarizzazione depressivo-narcisistica: livello autonomo di funzionamento della personalità*.....5

Battisti V., Caporale R. *La Polarizzazione Depressivo-Narcisistica: il caso clinico*.....14

Caporale R., Craparo G., Sellaroli F., Seghetti V., Di Marzio R., *Struttura gestaltica e significato psicodinamico delle tavole Zulliger: un'ipotesi di approccio funzionale performance-based*.....21

RUBRICHE

LIBRI/BOOKS

Uno sguardo al legame adottivo a cura di M.T. Rossi e A. Carleschi....32

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, Roberta Cimaglia, Roberto Di Marzio, Maria Teresa Rossi, Alessia Sabellico, Giulia Carlotta Guerra, Andrea Jordan Raiola, Virginia Seghetti, Flavio Sellaroli, Giulia Terzitta.

Comitato editoriale: Cettina Allone, Maurizio Andreola, Francesca Annesini, 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.

Editoriale

Mente e Cura, Psicoterapie e Neuroscienze, è la rivista online, organo ufficiale dell'Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI), diretta dalla Dott.ssa Valentina Battisti e dal Dott. Riccardo Caporale. Attraverso la voce di psicoterapeuti, psichiatri e studiosi di altre discipline, Mente & Cura vuole inserirsi nel dibattito scientifico culturale contemporaneo.

Una nuova governance

Questo numero della rivista Mente e Cura rappresenta molto per noi gruppo IRPPI. L'anno scorso, nello stesso periodo, dopo un lungo stop di quasi due anni, coinciso sia con la pandemia da Covid 19 che con il cambio di proprietà e di direzione della scuola, presentammo il numero di giugno 2022 con contributi nuovi ed interessanti che riguardavano la psicoterapia e non solo.

In quella pubblicazione, già si evidenziava un cambio di rotta nella politica e negli obiettivi dell'istituto, frutto dell'avvicendamento di una nuova governance che avrebbe garantito linea di continuità nell'indirizzo scientifico culturale ma anche sguardo al futuro attraverso la riorganizzazione del piano didattico, la scelta di un rinnovato corpo di docenti/didatti e l'apertura alla collaborazione con altre scuole di psicoterapia.

In particolare, in questi tre anni, i nuovi direttori hanno puntato sulla nascita e crescita del corpo docenti, come gruppo collaborativo, grazie all'intensificazione di spazi di supervisione, a riunioni d'equipe e momenti di convivialità, e rifiutando nei fatti un approccio carismatico e solipsistico nella gestione della leadership, tipico di un certo tipo di ambienti clinici radical chic.

Ricostruzione e rinnovamento

Dopo tutto questo, non avremmo mai pensato, in questi ultimi mesi, di essere messi davanti ad un'ulteriore prova, quella delle dimissioni inaspettate di tutto il direttivo della nostra cara rivista. Così, nel solco di questa fase di ricostruzione e rinnovamento, abbiamo deciso di raccogliere la sfida e continuare a dare impulso alla crescita della stessa, questa volta non più con un semplice passaggio di testimone, come fatto precedentemente, ma rifondando l'intero organigramma e cercando persone con idee fresche ma, allo stesso tempo, affini alle nostre.

Il nuovo organigramma

È con immenso piacere che presentiamo il nuovo organigramma di Mente e Cura che vede come Direttrice Responsabile la Dott.ssa Carola Pulvirenti, giornalista scientifica e Patient Advocate, come Direttori Scientifici la Dott.ssa Valentina Battisti e il Dott. Riccardo Caporale.

In tal modo, la cultura della rivista non perde la sua originale missione, ossia quella di confrontarsi e divulgare pensieri integrati nei metodi di valutazione e d'intervento in psicoterapia. La comprensione psicodinamica per noi è di fondamentale importanza, ma lo è anche il mettere insieme conoscenze e competenze apparentemente divergenti senza preconcetti. D'altronde, si può integrare solo quello che si è conosciuto e differenziato.

~ In questo numero ~

La Polarizzazione Depressivo-Narcisistica

Nel primo articolo, il Dott. Riccardo Caporale e la Dott.ssa Valentina Battisti propongono un lavoro originale che dà alla luce una nuova categoria diagnostica, ossia la Polarizzazione Depressivo-Narcisistica (DNP), volta ad integrarsi con il modello classico della Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI). La DNP, presentata negli aspetti teorico psicodinamici e con l'illustrazione di un caso clinico esplicativo, si pone come superamento della categoria Polarizzazione Depressiva (DP), quest'ultima sempre considerata come una variante della polarizzazione borderline.

Il caso clinico DNP

Il caso in questione rappresenta la descrizione di ciò che noi Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI) chiamiamo DNP (Polarizzazione Depressivo-Narcisistica). Thea è una giovane donna che viene seguita in psicoterapia per superare problemi di angoscia, legati a situazioni contestuali e del passato che l'hanno condizionata e la rendono dipendente e poco autonoma nelle scelte. La sua modalità di pretesa nelle relazioni è stata messa in discussione durante le sedute di terapia, tenendo conto, comunque, delle sue fragilità. La ragazza oscilla tra un vissuto insicuro ed una gestione di sé che all'esterno appare forte e manipolativa. Il lavoro integrato di psicoterapia con l'interpretazione dei sogni e la farmacoterapia ha permesso il passo in avanti nella ricerca della sua identità.

Struttura gestaltica e significato psicodinamico delle tavole Zulliger

Lo Zulliger test, o più comunemente Z-Test, è una tecnica proiettiva composta da tre tavole. Le tavole sono differenti sia nella struttura gestaltica che nel significato psicodinamico. La revisione dei pochi lavori in letteratura sull'argomento e le nostre osservazioni cliniche derivate dagli studi sulle somministrazioni del test, incoraggiano l'utilizzo di un approccio funzionale performance-based all'analisi delle tavole, nei termini di coinvolgimento dei processi psichici nell'elaborazione della risposta. In conseguenza di ciò, abbiamo ridefinito la tavola I come la tavola della valutazione dei processi cognitivi, la tavola II come la tavola della valutazione dei processi affettivi, la tavola III come la tavola della valutazione dei processi identitari e del funzionamento interpersonale.

Un'esperienza emozionale correttiva

Giusto il tempo di arrivare, di Francesca Motta (2022), è l'autobiografia di una storia di adozione. Attraverso questo libro, le Dott.sse Rossi e Carleschi ci offrono una riflessione sugli aspetti psicologici del processo di adozione. Tale processo rappresenta una sfida per la ricostruzione di un legame di attaccamento funzionale e sicuro, che deve fare i conti con le ferite lasciate dal vissuto traumatico dell'abbandono. Ponendosi quale *esperienza emozionale correttiva* (Alexander & French, 1946), l'adozione si propone di trasformare il trauma relazionale infantile in un'esperienza intersoggettiva dal valore riparativo, offrendo la possibilità al bambino di ricominciare a scrivere la propria storia.

Valentina Battisti
Riccardo Caporale

Articolo

Polarizzazione depressivo-narcisistica. Livello autonomo di funzionamento della personalità

Caporale R.¹, Battisti V.²

¹ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

² IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Abstract: This study presents an independent level of personality functioning called depressive-narcissistic polarization (DNP) between neurotic and borderline organizations. DNP allows to a psychodynamic comprehension of pure narcissistic personality disorder, corresponding to the vulnerable narcissism, and based on the dysregulation of self value. DNP is a dissociative line between two self representations, a true depressive self and a false narcissistic self. DNP derives from an early relational trauma in the specific time when the explorative-assertive system develops on an insecure attachment system.

Keywords: depressive-narcissistic polarization, narcissistic personality disorder, vulnerable narcissism, level of personality functioning.

Riassunto: Questo lavoro propone l'esistenza di un livello autonomo di funzionamento della personalità chiamato polarizzazione depressivo-narcisistica (DNP), che si attesta tra organizzazioni nevrotiche e borderline. La DNP permette una comprensione psicodinamica del disturbo di personalità narcisistico puro, corrispondente alla tipologia di narcisismo vulnerabile, e basato sulla disregolazione dell'autostima. La DNP è una linea dissociativa tra due rappresentazioni del Sé, un vero Sé depressivo ed un falso Sé narcisistico. La DNP origina da un trauma relazionale precoce in una specifica finestra evolutiva quando il sistema esplorativo-assertivo si sviluppa su un sistema di attaccamento insicuro.

Parole chiave: polarizzazione depressivo-narcisistica; disturbo narcisistico di personalità; narcisismo vulnerabile; livello di funzionamento della personalità.

I. Obiettivi del presente lavoro

Obiettivo del presente lavoro è quello di circoscrivere diagnosticamente un particolare cluster psicopatologico di narcisismo, quello vulnerabile, che fino a poco tempo fa è sfuggito all'inquadramento nosografico, e darne di esso una precisa comprensione psicodinamica della sua eziopatogenesi e funzionamento. A tal fine, introdurremo una nuova categoria, che chiameremo polarizzazione depressivo-narcisistica (DNP), poiché riteniamo la DNP un livello di funzionamento di personalità autonomo tra organizzazioni nevrotiche e organizzazioni borderline. Concordiamo con la maggior parte delle ricerche empiriche sull'argomento nel distinguere un narcisismo sano da uno patologico (Pincus e Lukowitsky, 2010, Pincus et al. 2009). All'interno delle patologie narcisistiche riconosciamo, in accordo con la letteratura clinica, due principali tipologie, quella grandiosa e quella vulnerabile, che invece di essere considerate poli di un continuum (Gabbard, 1998), a nostro avviso, sono più da ricondursi

a quadri clinici autonomi con differenti qualità psicodinamici di sviluppo e di funzionamento (Pinkus et al. 2010, Ronningstam, 2011).

Infatti, mentre il narcisismo grandioso, sia nelle sue manifestazioni overt e covert, si iscrive all'interno di una psicodinamica scissionale borderline e si declina in uno spettro che vede punti di contatto con la psicopatia, passando per la concettualizzazione originale del narcisismo maligno (Kernberg, 1984), il narcisismo vulnerabile sembra organizzarsi su traiettorie psicopatologiche differenti e ancora tutte da chiarire, e rappresenta per noi ad oggi il vero disturbo narcisistico di personalità puro.

Ricordiamo l'urgenza clinica di dare legittimità psicodiagnostica, psicodinamica e nosografica a questo tipo di narcisismo vulnerabile, che ha nei sintomi di ansia, depressione vuota e atipica, ipomaniacalita', mal di vivere, ritiro sociale, instabilità ed insoddisfazione nelle relazioni interpersonali, dipendenze affettive e comportamentali le principali manifestazioni cliniche, quadri con un alto tasso epidemiologico negli studi di psicoterapia.

2. Psicodinamica del narcisismo patologico fino ad oggi

Per riuscire in tale intento, è opportuno ritornare indietro rivisitando in maniera critica la letteratura psicodinamica sul narcisismo, un costrutto clinico poco chiaro e mai fino in fondo sistematizzato, soprattutto in un'ottica relazionale e non esclusivamente intrapsichica (e.g. Mitchell, 1984, Bromberg, 1998).

Rifiutando l'idea di un narcisismo sano in età adulta, Freud in *Introduzione al narcisismo* (1914) ne teorizzò la sua natura psicopatologica di reinvestimento libidico sul Sé e lo accostò dunque clinicamente al mondo delle psicosi o cosiddette nevrosi narcisistiche. Tale intuizione sarà molto importante, come altrettanto importante, ma appena abbozzata, sarà la distinzione di carattere speculativo tra un narcisismo primario ed un narcisismo secondario, questo ultimo responsabile di condizioni cliniche pre-edipiche quale la schizofrenia, la perversione, gravi forme di ipocondria.

La prospettiva Kohutiana del doppio binario, narcisismo ed amore oggettuale come rette parallele dello sviluppo sano (1977; 1984), riconcettualizza il narcisismo patologico come un difetto di strutturazione della personalità più che un problema derivato da conflitti legati alle fasi psicosessuali o problematiche caratteriali di tipo pulsionale. Il costante fallimento empatico degli oggetti Sé, tesi a soddisfare i bisogni narcisistici del bambino, esporrà quest'ultimo in età adulta ad un rischio frammentazione del Sé. Per arginare questa fragilità, l'adulto narcisista ricorrerebbe ad un meccanismo di "scissione verticale" in cui coesisterebbero nella stessa persona sia atteggiamenti di grandiosità che di estrema vulnerabilità ed inadeguatezza. Tale concezione del deficit, sebbene differente come percorso eziopatogenico, alimenta, sia in Freud che nelle concezioni classiche successive, l'esistenza di un rapporto stretto tra psicosi e narcisismo patologico che noi non condividiamo. In ultima analisi, il narcisismo come disturbo si svilupperebbe come difesa da un rischio di frammentazione psicotica. Tale impostazione ha il merito di aver individuato in maniera decisa quel cluster di sintomi afferenti ad una forma di narcisismo più di tipo vulnerabile, oggetto di tale studio, ma ne risulta comunque un modello esplicativo incompleto poiché non ne mette a fuoco la natura traumatico-ambientale.

Con la scoperta dell'area disturbi della personalità e patologie al limite, il narcisismo, psicoanaliticamente inteso, esce dall'orbita della psicosi per collocarsi in un apparentemente meno grave livello di funzionamento, quello alto borderline. A tal proposito, il modello strutturale di Kernberg (e.g. 1984; Caligor et al., 2012) prende in considerazione, come patologie del carattere, i disturbi narcisistici di tipo grandioso e colloca gli stessi come tipi della personalità al confine tra organizzazioni borderline e nevrotiche, in cui vi è minore diffusione di identità grazie all'esistenza di un Sé grandioso patologico che limita le continue oscillazioni tra rappresentazioni. Dato che il paziente non riesce ad integrare aspetti buoni e aspetti cattivi degli oggetti, quando viene a trovarsi in una condizione di dipendenza percepita, attiva una modalità paranoide e di ansia persecutoria, angoscia derivata in

fondo dalla sua stessa aggressività verso gli altri. Tale modello ha il pregio di collocare il carattere narcisistico in un livello di funzionamento della personalità meno grave malgrado a) si faccia sempre rientrare la psicodinamica del narcisismo negli stessi meccanismi psicopatologici borderline, con minore tendenza alla dissociazione, non riconoscendone una vera autonomia di funzionamento b) si continui ad utilizzare una eziopatogenesi di stampo intrapsichico c) si preveda un continuum con la psicopatia, derivato dalle concezioni kleiniane sull'aggressività innata.

La sintesi contemporanea, data dal modello della McWilliams (1994) prima e dal PDM-2 (Lingiardi e McWilliams, 2017) poi, di fatto conferma l'esistenza di uno spettro narcisistico indipendente e differenziato da uno psicopatico, in cui prevarrebbero caratteristiche quali la vergogna, l'inadeguatezza, il senso di inferiorità, la debolezza, qualia molto vicini dunque alla tipologia vulnerabile di disturbo narcisistico che noi riteniamo essere il vero disturbo puro. Per avvalorare l'indipendenza delle linee psicopatologiche del narcisismo e della psicopatia, la stessa McWilliams (1994) differenzia dal punto di vista evolutivo i narcisisti, che avrebbero avuto un "tipo particolare di attenzione" ossia un'estensione narcisistica del genitore, dagli psicopatici con un background di abbandono o di abusi. Malgrado tale importante allontanamento dal modello esplicativo di Kernberg, che vede i disturbi narcisistici derivanti sempre dalla linea scissionale borderline e con punti di contatto con la psicopatia, anche la Mc Williams ed il PDM-2 non attribuiscono ai disturbi narcisistici un livello autonomo di funzionamento basato su una specifica psicodinamica.

3. La polarizzazione depressivo-narcisistica secondo la prospettiva della Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Riteniamo, in quanto gruppo clinico e di ricerca secondo la prospettiva della Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI), che quando parliamo di narcisismo come patologia della personalità nella sua forma più pura dobbiamo necessariamente inquadrarla come narcisismo vulnerabile, in cui la problematica centrale è la regolazione dell'autostima, legata ad un valore di sé che risulta compromesso al ribasso.

Per una comprensione più esaustiva di questo tipo di narcisismo patologico, non smaccatamente grandioso e senza infiltrazioni di odio ed aggressività massicce che lo pongano in contatto con la psicopatia, dobbiamo ricorrere all'introduzione di una nuova categoria diagnostica chiamata "*polarizzazione depressivo-narcisistica*" (DNP). La DNP appare come un'area di funzionamento autonoma, ovvero con una propria economia psichica, e si lega a doppio filo ad una specifica psicodinamica, quella della depressione anaclitica.

In particolare, riteniamo più verosimile accostare i funzionamenti narcisistici a quelli depressivo-anaclitici, come due facce della stessa medaglia, in cui il narcisismo, patologicamente inteso, sia da considerarsi come la risposta iperadattiva ad uno stato depressivo costante e pervasivo originato dall'incapacità del bambino, futuro paziente, di costruire uno spazio mentale autonomo, aperto e disimpegnato, pronto ad accogliere il proprio senso di agentività e di vitalità interiore (narcisismo sano), separandosi mentalmente dalla sicurezza delle figure di attaccamento.

La necessità dell'introduzione della categoria diagnostica DNP nasce dall'evidenza di una specifica traiettoria evolutivo-funzionale su base traumatico-ambientale, dalla quale ne deriva una peculiare struttura di funzionamento che ne mette in luce le caratteristiche autoctone e di coerenza interna.

3.1 Valutazione evolutivo-funzionale su base traumatico-ambientale della DNP

L'eziopatogenesi su base ambientale della personalità narcisistica era stata già intuita da alcuni autori come Horney (1939), Spitz (1965), Winnicott (1945, 1965), Modell (1986, 1990) ma solamente negli ultimi venti anni, grazie agli studi sull'attaccamento e dell'infant research, alle ricerche sulla neurobiologia interpersonale e delle neuroscienze affettive si sono fatti passi avanti nell'origine comunque micro-traumatica del disturbo.

Da una prospettiva evolutivo-funzionale, riteniamo che i funzionamenti narcisistici nascano da uno specifico percorso eziopatogenico dello sviluppo che riconosce pervasivi e ripetuti micro traumi della relazione primaria nei termini di continue incongruenze nei meccanismi intersoggettivi di rispecchiamento e marking affettivo, e conseguenti difficoltà nella costruzione di rappresentazioni del Sé autentiche basate sulla reale percezione del bambino (Mucci 2013, 2016, 2017, 2022; Schore 1994, 2003a, 2003b, 2019; Lemma, 2011).

Dunque, in accordo con il pensiero della Mucci (2013, 2016, 2017, 2022), il paziente narcisista va incontro ad un “primo livello di traumatizzazione” per mano umana (anche chiamato trauma relazione precoce), o con il linguaggio di Schore (1994, 2003a, 2003b, 2019) una “cattiva sintonizzazione madre-bambino”. Lemma (2011) parla di madri che funzionano come uno “specchio unidirezionale” o una superficie “opaca”, o ancora meglio di madri “specchio tu-sei-me” e lo associa, rifacendosi a Rosenfeld, ad un tipo di narcisismo più a pelle sottile, molto simile alla dimensione vulnerabile oggetto del presente lavoro.

Il potenziale narcisista adulto è stato bambino che ha intrattenuto con le figure di attaccamento primarie un rapporto di intersoggettività sufficientemente adeguato fino all’età dei 18/24 mesi, ha raggiunto nella relazione alcune fondamentali funzioni e processi psichici come la distinzione me-non me, grazie anche all’assenza di eventi traumatici precoci di una certa gravità quali abuso e neglect. Questo ha permesso a tale bambino di non interiorizzare una diade persecutore-vittima, fattore di rischio per lo sviluppo della patologia borderline (Mucci, 2022; Schore, 2003, 2022; Ferenczi, 1932).

Recuperando la teoria dei sistemi motivazionali di Litchenberg (1995, 2000, 2012), riteniamo che intorno ai due anni di vita, periodo cruciale nello sviluppo delle competenze di autonomia, l’insicurezza nel sistema di attaccamento, derivata da un rispecchiamento unidirezionale invertito, non permetta lo sviluppo e la maturazione di un sistema esplorativo-assertivo (Litchenberg, 1995; Litchenberg et al., 2000; 2012), in cui l’attenzione emotiva e cognitiva si sposterebbero su nuovi compiti che implicano esplorazione, assertività, proattività, creatività, capacità simbolica e di problem solving, quali il gioco condiviso, le prime separazioni dall’ambiente familiare, le socializzazioni in contesti nuovi come il nido.

L’insicurezza dell’attaccamento molto spesso è derivata da stili di accudimento ansioso/ambivalenti, che si esprimono in questa fase di sviluppo con la predominanza di preoccupazioni per la salute. Il caregiver primario porta con sé la paura che qualcosa di brutto possa accadere al bambino quando è solo e non in prossimità di qualcuno che lo aiuti. La figura di accudimento primaria, solitamente intrusiva e controllante può, più o meno esplicitamente, mandare, allo stesso tempo, da una parte segnali di apertura al nuovo ed incoraggiamento all’esperienza, dall’altra segnali di pericolo con conseguente riattivazione di un sistema base sicura, minando in maniera costante e profonda nel bambino la percezione delle sue capacità e il suo senso di agentività.

Tale percezione negativa di sottofondo che cresce dentro porterà a livello inconscio lo sviluppo di un nucleo depressivo (polo depressivo), legato a rappresentazioni di inadeguatezza del Sé (oltre a complementari vissuti di rabbia nei confronti dell’altro), lasciando piano piano spazio nell’adulto a vissuti di profonda insicurezza, sfiducia nelle proprie potenzialità/capacità, paura di riuscire, oltre che ambivalenza/dipendenza affettiva. In particolare, i messaggi di preoccupazione per l’incolumità fisica e psicologica, che vengono più o meno inconsciamente comunicati da parte di caregiver a loro volta insicuri, non solo alterano la percezione delle reali capacità del bambino e del relativo valore personale, ma aprono la strada ad ansie ipocondriache, frutto di un altrettanto non riconoscimento dell’immagine corporea.

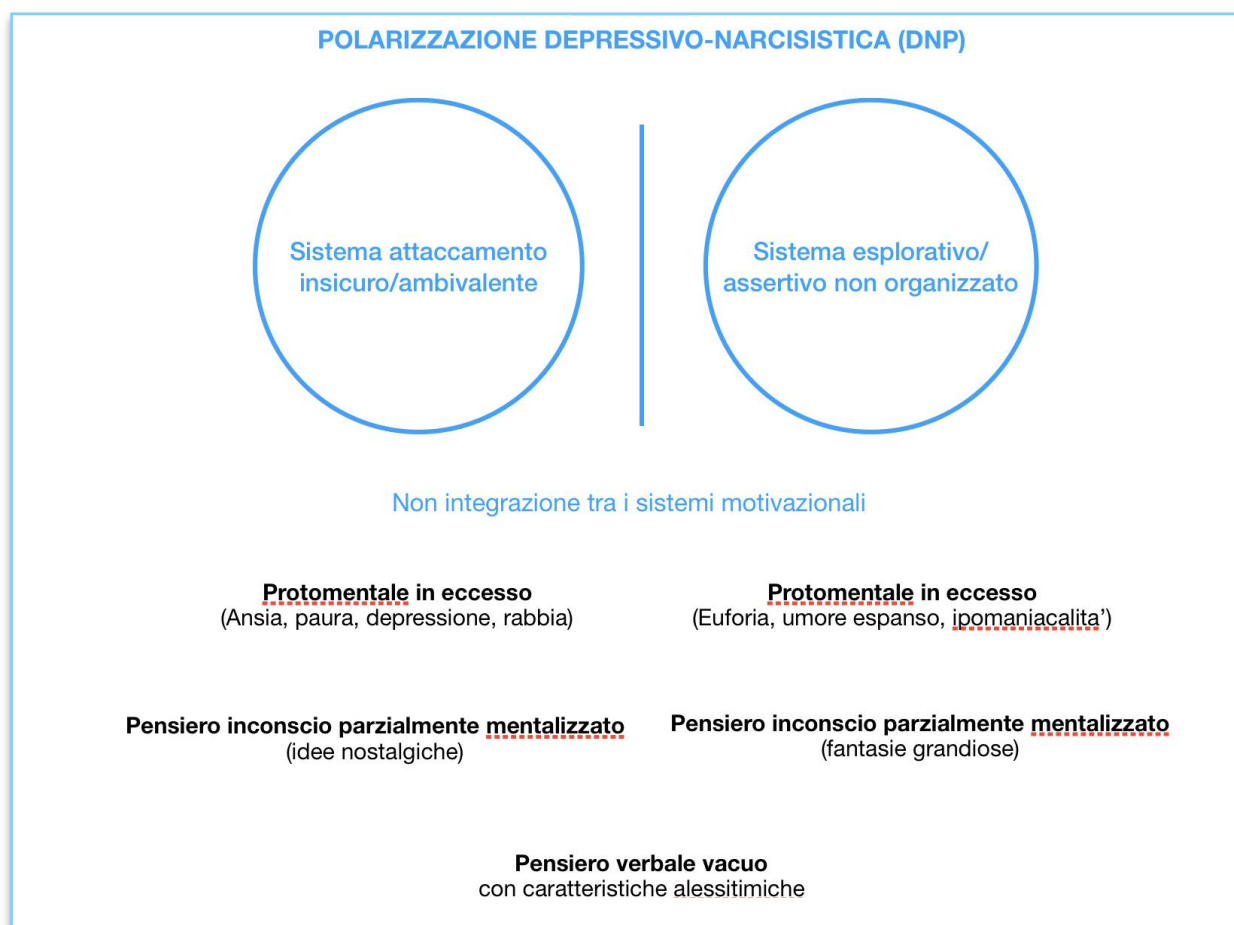
Allo stesso tempo, si organizzerà più coscientemente anche un nucleo narcisistico (polo narcisistico), legato a rappresentazioni di Sé ideali, in cui il bambino, futuro adulto, al fine di compensare una depressiva percezione di sé ed una bassa autostima, cercherà un iper adattamento ai bisogni degli altri, nel tentativo di essere accettato

per quello che è, attraverso la costruzione di identità in prestito che partiranno dal falso se, intriso di desiderabilità e convenzionalismo sociale, fino ad arrivare al ritiro nelle fantasie o alla grandiosità manifesta. Inoltre, quello che si cercherà di negare fino in fondo è la possibile dipendenza dagli altri che pone il narcisista in una condizione di perenne stato oscillatorio tra la rabbia di avere bisogno e negazione della stessa attraverso meccanismi di difesa ipomaniacali di diniego, controllo onnipotente ed idealizzazione. Dunque, a volte le manifestazioni di grandiosità, viste anche in narcisisti vulnerabili e ritirati, sono da considerarsi movimenti difensivi. Così la grandiosità deve essere sempre letta come una difesa o da una psicodinamica borderline in cui prevale il deficit di regolazione dell'affettività o una psicodinamica depressivo-narcisistica in cui prevale un deficit di regolazione dell'autostima.

3.2 Diagnosi strutturale e funzionale della DNP

Dunque, attribuiamo alla polarizzazione depressivo-narcisistica (DNP), secondo una prospettiva PPI, e quindi al disturbo narcisistico di personalità più puro categorialmente parlando, nel suo centrale qualia di vulnerabilità, e in tutte le sue differenti manifestazioni cliniche over e cover, le seguenti caratteristiche di struttura che lo rendono un livello di funzionamento autonomo (vedi tab.I):

- uno specifico assetto motivazionale in cui si osserva un sistema attaccamento insicuro dipendente ed un sistema esplorativo-assertivo non ancora organizzato;
- una qualità dell'angoscia da mancata autonomizzazione ed una relazione oggettuale primitiva ambivalente, costituita da vissuti di insicurezza, inadeguatezza e vulnerabilità da una parte, e bisogni di dipendenza non riconosciuti dall'altra, che evidenziano un conflitto dipendenza/autonomia;
- un particolare assetto difensivo incentrato su meccanismi dissociativi molarli (cosiddette polarizzazioni depressivo-narcisistiche) che tengono separati un polo vero Sé depressivo, responsabile molto spesso di un protomentale in eccesso in termini di sintomi ansioso-depressivi ed oscillazioni dell'asse timico, ed un polo falso Sé narcisistico, che determina un'organizzazione del pensiero inconscio parzialmente mentalizzato, basata su idee nostalgiche e/o fantasie grandiose, ed un pensiero verbale vacuo con caratteristiche fortemente alessitimiche.



Tab.I Polarizzazione depressivo-narcisistica (DNP): diagnosi strutturale e funzionale.

4. Conclusioni e discussione

L'introduzione della nuova categoria diagnostica DNP è necessaria per spiegare un'altra linea dissociativa dello sviluppo meno grave di quella borderline ma più compromessa di quella nevrotica. L'utilità di tale lavoro è da ricercarsi nella comprensione di tutte quelle manifestazioni sintomatologiche di ansia, depressioni vuote ed atipiche, ipomaniacalità, mal di vivere, ritiro sociale, instabilità ed insoddisfazione nelle relazioni interpersonali, dipendenze affettive e comportamentali che vediamo sempre più frequentemente nei studi di psicoterapia e rappresentano ad oggi gran parte della richiesta d'aiuto.

La DNP si delinea come un livello di funzionamento autonomo tra patologie borderline e nevrotiche che hanno nella psicodinamica della disregolazione dell'autostima il market principale. La tipologia di narcisismo vulnerabile, che si è sempre più evidenziata negli ultimi vent'anni nella clinica osservativa e che oggi inizia ad avere anche legittimità nosografica nel modello alternativo dei disturbi di personalità all'interno del DSM-5 (2022), è per noi il vero qualità psicodinamico del disturbo narcisistico di personalità puro, e le manifestazioni overt e cover appaiono semplicemente delle varianti fenotipiche. In particolare, la grandiosità rappresenta una difesa che può servire o un'economia dissociativa borderline (polarizzazione borderline) o un'economia dissociativa narcisistica (polarizzazione depressivo-narcisistica).

I differenti modelli psicodinamici sul narcisismo patologico che si sono succeduti hanno messo in evidenza ciascuno qualcosa di utile nell'avvicinarsi ad una comprensione soddisfacente del fenomeno clinico.

Rileggendo Freud sulla distinzione tra un narcisismo primario ed uno secondario (1914), potremo associare lo stato di narcisismo primario alle forme di psicosi dove il bambino rimane chiuso all'interno del suo stesso investimento sul Sé di cui ne fa parte anche la madre in un'unità simbiotica indistinguibile, senza aver avuto alcuna possibilità di movimento oggettuale esterno, e uno stato di narcisismo secondario alle patologie narcisistiche, dove l'individuo attua un ripiegamento patologico sul Sé dopo una scelta oggettuale traumatica.

La prospettiva Kohutiana (1977; 1984) descrive bene ed in maniera esaustiva un cluster di pazienti che la letteratura chiamerà vulnerabili e che per noi sono i veri pazienti con funzionamento narcisistico puro. Malgrado questo pregio, la prospettiva kohutiana propone il narcisismo come una difesa rispetto ad un possibile rischio di frammentazione psicotica, posizione che noi non condividiamo.

Il modello strutturale (Kernberg 1984, Caligori et al. 2012), sebbene collochi i disturbi narcisistici in un'area meno grave in accordo con la nostra prospettiva, non ne riconosce un'autonomia di funzionamento. Infatti, nel posizionarli in un'alta organizzazione borderline di personalità, il modello strutturale concettualizza il Sé grandioso patologico come una difesa un po' più evoluta da una linea scissionale di tipo borderline. Dunque, il narcisista, per di più grandioso, sarebbe una variante adattiva e compensata, e rientrando in una psicodinamica borderline secondo la modellistica di Kernberg manterrebbe un'eziopatogenesi intrapsichica, derivante dalle classiche posizioni kleiniane sull'aggressività innata, con punti di contatto lungo un continuum con la psicopatia. Recentemente, McWilliams (1994) e il PDM-2 (2017) propongono una linea di funzionamento narcisistica indipendente dalle altre e ne riconoscono la natura traumatico-ambientale.

Riguardo proprio l'eziopatogenesi ambientale, molti autori come Horney (1939), Spitz (1965), Winnicott (1945, 1965), Modell (1986, 1990) hanno prodotto valide osservazioni cliniche sulle problematiche del primo sviluppo di questi pazienti nella relazione madre-bambino. Sulla stessa scia, il filone dei recenti studi di Schore (1994, 2003a, 2003b, 2019), Lemma (2011) e Mucci (2013, 2016, 2017, 2022), riprendendo le ricerche sull'attaccamento e sulla neurobiologia interpersonale, le evidenze sperimentali dell'infant research e unendole alle pionieristiche intuizioni di Ferenczi sulla psicotraumatologia (1932), hanno portato ad un modello eziopatogenico che vede lo sviluppo della patologia narcisistica legato ad un trauma relazionale precoce di sintonizzazione primaria che insorgerebbe tra i 18/24 mesi di vita del bambino, senza la necessaria presenza di traumi quali abuso o neglect (o cosiddetta traumatizzazione secondaria), che eviterebbero a questi pazienti l'interiorizzazione di una diade relazionale dissociativa e traumatica vittima-persecutore, con conseguente sviluppo di meccanismi di identificazione con l'aggressore, tipica delle patologie borderline.

Nello specifico, a livello evolutivo, McWilliams (1994) afferma come i narcisisti avrebbero avuto un "tipo particolare di attenzione" ossia un'estensione narcisistica del genitore. Lemma (2011) parla di madri che funzionano come uno "specchio unidirezionale" o una superficie "opaca", o ancora meglio di madri "specchio tu-sei-me".

E' in questo rispecchiamento incongruo, in cui la madre non guarda il bambino, non riconoscendogli un vero Sé, con una sua agentività ed unicità, ma cerca se stessa nel bambino, con le proprie paure, aspettative e desideri, che si organizza il funzionamento narcisistico. L'assorbimento della madre in pensieri e preoccupazioni, con l'obiettivo inconscio di soddisfare i propri bisogni attraverso il corpo e la mente del piccolo, provoca un iper investimento narcisistico sul caregiver e un concomitante depauperamento vitale del Sé nascente o Sé nucleare (vero Sé) del bambino con conseguente svuotamento depressivo. Da qui maturerà il deficit strutturale dell'autostima e la sua incapacità di regolarlo attraverso le sole strategie di mentalizzazione interna. Con il tempo, le uniche modalità, da parte del bambino prima e l'adulto dopo, di sopravvivere emotivamente a questa

devalizzazione saranno o il ripiegamento nelle proprie fantasie come rifugi della mente o la costruzione di identità in prestito, tra desiderabilità sociale e grandiosità onnipotente.

Inoltre, in accordo con il modello eziopatogenico di Mucci (2013, 2016, 2017, 2022) e Schore (1994, 2003a; 2003b, 2019), riteniamo anche noi che la finestra temporale dei 18/24 mesi, come possibile insorgenza di tali problematiche nelle sintonizzazioni, abbia un peso importante nello sviluppo del funzionamento narcisistico.

Ad avvalorare ciò, sosteniamo che questo momento sia un periodo critico poiché, recuperando le tesi di Litchenberg (1995) e Litchenberg et al. (2000; 2012) sulla teoria dei sistemi motivazionali, a circa un anno e mezzo/due anni di età, inizierebbe ad organizzarsi un nuovo sistema, quello esplorativo-assertivo, grazie al quale il bambino, attraverso il gioco individuale e condiviso, incrementerebbe le competenze e la creatività, la fiducia nelle proprie capacità, la proattività, la motivazione al cambiamento e al miglioramento, lo sviluppo di passioni ed abilità. In questa fase di sviluppo, in cui il sistema di attaccamento sarebbe già organizzato intorno ad uno stile insicuro ansioso/ambivalente, si innesterebbe un sistema esplorativo-assertivo non adeguato, esponendo l'individuo ad una DNP.

Bibliografia

Bromberg P.M. (2001), *Clinica del trauma e della dissociazione*. Raffaello Cortina, Milano, 2007.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

Caligor E., Kernberg O.F., Clarkin J.F., Yeomans F.E. (2012), *Patologie della personalità di alto livello*, Raffaello Cortina, Milano, 2012.

Ferenczi S. (1932), *Diario clinico. Gennaio-ottobre 1932*, Raffaello Cortina, Milano, 1988.

Freud S. (1914), *Introduzione al narcisismo*, OSF, vol. 7

Gabbard G.O. (1998), Transfert e controtransfert nel trattamento dei pazienti narcisisti, in Ronnigstam E.F. (a cura di), in *I disturbi del narcisismo. Diagnosi, clinica, ricerca*. Raffaello Cortina, Milano 2001, pp. 109-266.

Horney K. (1939), *Nuove vie della psicoanalisi*, Bompiani, Milano, 1950.

Kernberg O.F. (1984), *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri, Torino, 1987.

Kohut H. (1977), *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino, 1980.

Kohut H. (1984), *La cura psicoanalitica*, Boringhieri, Torino, 1986.

Lemma A. (2011), *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*, Raffaello Cortina, Milano.

Lingiardi V. , McWilliams N. (2017), *Manuale diagnostico psicodinamico*, seconda edizione (PDM-2), Raffaello Cortina, Milano, 2018.

Litchenberg J.D., Lachmann F. M., Fosshage J.L. (2012), *I sistemi motivazionali*, Il Mulino, Bologna.

Litchenberg J.D., Fosshage J.L., Lachmann F. M. (2000), *Lo scambio clinico*, Raffaello Cortina, Milano.

- Lichtenberg J.D. (1995), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina, Milano.
- McWilliams N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma, 1999.
- Mitchell S.A. (1988), *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Storia del pensiero psicoanalitico moderno*. Boringhieri, Torino, 1996.
- Modell A.H. (1990), *Psicoanalisi in un nuovo contesto*, Raffaello Cortina, Milano, 1992.
- Modell A.H. (1986), A Narcissistic defence against affects and the illusion of self-sufficiency, in Morrison A.P. (a cura di), *Essential Papers on Narcissism*, New York University Press, New York.
- Mucci C. (2022), *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mucci C. (2013), *Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mucci C. (2008), *Il dolore estremo. Il trauma da Freud alla Shoah*, Borla, Roma.
- Pincus A.L., Ansell E.B., Pimentel C.A., Cain N.M., Wright A.G., Levy K.N. (2009), Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory, in *Psychological Assessment*, 21, 3, pp. 365-379.
- Pincus A.L., Lukowitsky M.R. (2011), Narcissistic grandiosity and narcissistic personality disorder, in *The Annual Review of Clinical Psychology*, 6, pp. 421-426.
- Ronningstam E. (2011), Narcissistic personality disorder: A clinical perspective, in *Journal of Psychiatric Practice*, 17, 2, pp. 89-99.
- Schore A.N. (2019), *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina, Milano, 2022
- Schore A.N. (2003a), *La regolazione degli affetti e la riparazione del se'*, Astrolabio, Roma, 2008.
- Schore A.N. (2003b), *I disturbi del se'. La disregolazione degli affetti*, Astrolabio, Roma, 2010.
- Schore A.N. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self. The neurobiology of Emotional Development*, Erlbaum, Mahwah (NJ).
- Spitz R. (1965), *Il primo anno di vita del bambino*, Giunti, Firenze, 2010.
- Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 2005.
- Winnicott D.W. (1945), Lo sviluppo emozionale primario, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1958.

Caso clinico

La polarizzazione depressivo-narcisistica. Il caso clinico

Battisti V.¹ Caporale R.²

¹ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

² IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Abstract: This case represents the description of what we as Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI) call Depressive Narcissistic Polarization (DNP). Thea is a young woman who is followed in psychotherapy to overcome her anxiety problems related to contextual and past situations that have conditioned her and make her dependent and not very independent in her choices. Her way of making claims in relationships was questioned during the therapy sessions, taking into account, however, her frailties. The girl oscillates between an insecure experience and a self-management that appears strong and manipulative on the outside. The integrated work of psychotherapy with dreams interpretation and pharmacology has allowed the step forward in the search for her identity.

Keywords: *depression, narcissism, integration, dreams, psychotherapy.*

Riassunto: Il caso in questione rappresenta la descrizione di ciò che noi Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI) chiamiamo Polarizzazione Depressivo-Narcisistica (DNP). Thea è una giovane donna che viene seguita in psicoterapia per superare problemi di ansia, legati a situazioni contestuali e del passato che l'hanno condizionata e la rendono dipendente e poco autonoma nelle scelte. La sua modalità di pretesa nelle relazioni è stata messa in discussione durante le sedute di terapia, tenendo conto, comunque, delle sue fragilità. La ragazza oscilla tra un vissuto insicuro ed una gestione di sé che all'esterno appare forte e manipolativa. Il lavoro integrato di psicoterapia con l'interpretazione dei sogni e la farmacoterapia ha permesso il passo in avanti nella ricerca della sua identità.

Parole chiave: *depressione, narcisismo, integrazione, sogni, psicoterapia*

Presentazione del caso

Thea è una giovane donna di 26 anni, arrivata in consultazione presso il centro clinico IRPPI per un profondo stato depressivo, lamentele somatiche relative a patologie pregresse di interesse medico, quali artrite psoriasica e fibromialgia che le causano dolori giornalmente e che fatica a contenere. La ragazza presenta un'iper reattività emotiva, si sente sola, e non supportata dai familiari che l'accusano di esagerare i sintomi. Thea si sente umiliata da questo atteggiamento e tende a mostrare la sua sintomatologia proprio per essere vista e a sobbarcarsi molte incombenze che l'affaticano, facendola entrare in un circolo vizioso complesso. Inoltre, Thea pretende dai suoi familiari le attenzioni che gli altri devono darle, non riuscendo comunque nell'intento. La stessa dinamica si osserva nelle amicizie, Thea si pone come bisognosa oppure come colei che deve aiutare. È evidente il controllo esercitato dalla donna sui rapporti interpersonali. Ci sono, inoltre, difficoltà sul piano accademico professionale,

con confusione nelle scelte e nei sogni futuri, Thea deve laurearsi a breve ma è molto stanca e avvilita. La ragazza tende ad utilizzare modalità compensatorie per regolare le emozioni, quali il cibo, il fumo da sigarette, non disdegna il consumo di alcool nelle uscite serali ed occasionalmente utilizza cannabis. Thea presenta anche una dipendenza affettiva, diventa pressante nei rapporti interpersonali e richiede eccessiva vicinanza, salvo poi generare un'insofferenza con rottura degli stessi.

Convive da 3 anni con Marco, un ragazzo molto chiuso ed introverso, che, a detta sua, non si interessa a lei, non collabora e non manifesta affetto nei suoi confronti. L'idea di Thea è di lasciarlo. Si prefigura, quindi, una separazione che avverrà a breve. Successivamente alla rottura con Marco, inizia storie brevi per compensare il vuoto affettivo.

I suoi punti di riferimento, comunque, rimangono sempre i genitori ai quali lei si riferisce per ogni problematica pratica. Nonostante viva per conto suo non c'è uno svincolo da essi.

Raccolta anamnestica

Thea è la primogenita di 2 figli. È stata una ragazza, a suo dire, viziata a livello materiale, ogni richiesta è stata sempre accolta, salvo poi non dover richiedere nulla a livello affettivo ai genitori. Thea ha un fratello di 3 anni più piccolo, studente modello.

La madre, casalinga e sempre servizievole nei confronti del marito e dei figli, considera Thea una sua estensione, è orgogliosa dei suoi risultati positivi ma la allontana quando mostra delle sofferenze; racconta molti fatti personali alla figlia, inclusi particolari intimi che riguardano la relazione tra lei ed il marito. Appare evidente un rapporto invischiante con aree di ambivalenza con la figura materna.

Il padre, imprenditore, è sempre fuori casa per lavoro e non sembra essere interessato dei progetti della figlia. Da piccola Thea è stata una bambina accolta quando era buona e accomodante, salvo poi essere punita quando non rispettava i dettami familiari. In particolare, il padre, descritto come assente, quando era in casa, doveva essere lasciato in pace poiché non sopportava i capricci dei bambini. In un episodio della tenera infanzia, Thea racconta che, per non volere seguire l'indicazione genitoriale di fare i compiti, il padre lanciò i suoi giocattoli fuori dalla finestra.

La ragazza, da maggiorenne, ha sempre sentito molto il vuoto di considerazione. I genitori sembrano molto occupati in cose materiali e pensano che Thea si debba muovere in completa autonomia. Thea si è sempre sentita una persona speciale e ciò l'ha portata ad una sorta di solitudine, di non contatto con le persone che dovevano dirle sempre di sì per il suo sentirsi superiore agli altri, dettando lei le regole del gioco. Il suo stare insieme alle persone è un dover essere e un dover rappresentare, non un essere in modo autentico. Da sempre schiava delle etichette, di chi conta e chi no, in realtà Thea si circonda di persone bisognose/problematiche per un senso di aiuto e, allo stesso tempo, per sentirsi migliore.

Thea dopo alcuni mesi dall'inizio della terapia è più serena, si laurea e ciò coincide con la separazione da Marco e l'inizio di relazioni più superficiali, che seppur inizialmente le danno l'idea di potere seduttivo, dall'altra le lasciano il vuoto di considerazione.

In alcune di queste relazioni si affeziona a ragazzi problematici, angosciati e sadici che la fanno soffrire ma dai quali non riesce a staccarsi, tale è la paura di perderli e di stare sola (vuoto abbandonico).

Il sesso diventa una componente liberatoria che serve a regolare le emozioni.

Con l'aumento dei dolori dovuti alla fibromialgia si rende necessaria la visita reumatologica e conseguentemente, dopo qualche resistenza, dallo psichiatra PPI che prescrive un antidepressivo e uno stabilizzatore dell'umore. Questa prescrizione ci ha permesso di lavorare nelle fasi di scompenso facendo un salto di qualità, perché il

lavoro integrato, psicoterapeutico e psicofarmacologico, ha portato ad una riflessività duratura e l'ha aiutata in tutti quei momenti di vuoto che Thea viveva perennemente. Ciò le consente diverse gratificazioni ed una migliore gestione dei rapporti interpersonali meno fantasiosa. Riesce dopo diversi mesi ad essere assunta a contratto in una grande azienda che, dopo aver testato le sue qualità del tutto inaspettatamente, l'assume con sua grande gioia.

Primi colloqui

Thea è una ragazza carina, con lineamenti dolci, veste con abbigliamento adatto alla sua età. Dimostra i suoi anni. È affettuosa e gentile. Considera la terapia il suo porto sicuro. Tende a parlare molto, gesticolare e cerca di impressionare in modo positivo chi la sta ascoltando. Si evince essere una ragazza bisognosa di ascolto. L'ideazione è coerente, non sempre corretto il senso di realtà per cui Thea interpreta le cose in modo più negativo di quello che sono. È cosciente del suo malessere ma tende a vedere i suoi problemi come eventi sfortunati di vita e non si sente di aver esercitato un'influenza su di essi. È evidente il suo bisogno di essere considerata ed essere creduta dall'altro.

Materiale onirico diagnostico

La PPI incentra parte del lavoro psicoterapeutico con l'interpretazione dei sogni. Di seguito i primi sogni indicativi dello stato del Sé della paziente.

Sogno 1: *“Entra mio padre in camera mia, mi porta un pacco, un regalo, era il caricabatterie portatile. Poi mi trovo su una seggiovia a rasoterra, qualcuno mi aiuta a salire, ma mentre procede mi accorgo esserci uno strapiombo. Io sono attaccata in bilico solo con le gambe, cerco di salire ma non ci riesco”.*

Interpretazione: Si evidenzia lo schema di rapporto con il padre che Thea deve comprendere per evitare di vivere alcune situazioni con l'uomo “di turno”. Nel sogno la bassa vitalità ed energia viene caricata dalla figura paterna con il regalo del caricabatteria, evidenziando una dinamica di sesso forte rispetto al sesso debole e l'instaurazione di un Transfert di tipo paterno ossia di qualcuno (il terapeuta) che deve dare consigli. La seggiovia rappresenta la modalità di Thea di essere trasportata, non in grado di fare la parte attiva, non riesce a salire perché spaventata. La persona che l'aiuta, chiaro riferimento alla psicoterapeuta, deve aiutarla a tollerare un periodo di vuoto. Il vuoto narcisistico tipico delle NDP.

Sogno 2: *“Mio padre ruba lo yogurt nel mio frigorifero”*

Interpretazione: Si osserva che Thea è stata depredata di una base di sicurezza propria, non realizza confini e non filtra, ciò le causa poi una confusione con l'altro, si fa usare dai partner non riconoscendo la parte reale da quella irreali. Non comprendendo lo schema di rapporto con la figura paterna, è facile confondersi con un partner parassita che depreda e che fa star male.

Sogno 3: *“ero a letto dei miei genitori con un ragazzo, facciamo sesso ma poi lui va via e penso a quando ritornerà. Poi lui ritorna ed io gli dico “tu sei andato via ma io volevo prepararti la colazione con colomba e panettone!”*

Interpretazione: In questo sogno Thea è concentrata sul miraggio della relazione, non guarda l'altro, si affida al caso, precorre i tempi della relazione, non conosce l'altro che già proietta i propri bisogni di accudimento (lettone

dei genitori), nonostante l'uomo vada via. Panettone e colomba chiari riferimenti a condizioni familiari infantili di festa.

Diagnosi psicodinamica

È presente in Thea una polarizzazione depressiva di tipo narcisistico con pretesa onnipotente di cambiare le persone, sia i genitori che il compagno e le amiche, con una non accettazione dei rapporti su base paritaria.

Vi è una polarizzazione tra la bambina angosciata e la donna sicura di sé. Cerca una vicinanza affettiva ed una richiesta di attenzioni con un contraltare di sicurezza gestita nei rapporti per non risultare insicura.

Vi è un conflitto separazione/individuazione con non integrazione tra sistemi motivazionali, per cui il sistema attaccamento viene ricercato quando si attiva il sistema sessualità, la ricerca di senso, l'esplorazione e la ricerca di identità ma Thea rimane delusa perché precipitosa nei rapporti, non sa aspettare per conoscere l'altro. Ha una capacità affettiva con tendenza a "curarsi dell'altro", con pretesa che l'altro, non spontaneamente, debba accettare la sua condizione.

Il quadro diagnostico psicodinamico fa rientrare Thea nella Polarizzazione Depressivo- Narcisistica (DNP), in quanto il sistema attaccamento è insicuro dipendente e riflette un sistema esplorativo-assertivo non autonomo. In particolare, la presenza di una relazione oggettuale primitiva ambivalente costituita da una parte da vissuti di insicurezza, inadeguatezza, vulnerabilità, dall'altra da bisogni di dipendenza non riconosciuti, dovuti a traumi relazionali precoci vissuti nella seconda infanzia, evidenziano un conflitto dipendenza/autonomia molto strutturato. A livello protomentale, il polo depressivo è rappresentato dalle psicosomatosi e da un'esperienza soggettiva di vuoto, il polo narcisistico (o falso sé) da pretese magiche e fantasie grandiose. Il pensiero inconscio è parzialmente mentalizzato (vedi materiale onirico) e improntato su idealizzazione dell'infanzia e delle figure di attaccamento, come se Thea facesse fatica a considerare la sua realtà presente e futura come adulta. Il pensiero verbale è vacuo con aree Alessitimiche importanti per cui le emozioni non sono informative, la situazione psicofisica viene trascurata così come i segnali corporei di malessere. Si evidenzia, inoltre, una carenza nell'immagine corporea con un deficit integrativo che la fa apparire non equilibrata e sensibile alle oscillazioni emotive.

Intervento di psicoterapia nei casi di DNP

Nei casi di DNP non sono previsti tempi brevi di psicoterapia, anche se integrata. L'intervento di Thea, infatti, ha avuto una durata di 2 anni ed è tutt'ora in corso. Le sedute hanno una frequenza settimanale. La compliance è molto buona e non risente dei momenti umorali negativi. Thea non ha mai saltato una seduta. Dopo circa 1 anno e mezzo, a seguito di recidiva dei dolori della fibromialgia e ad intensi momenti depressivi associati ad un periodo di non individuazione chiara degli obiettivi terapeutici, Thea acconsente l'invio da uno psichiatra PPI che le prescrive un antidepressivo e uno stabilizzante dell'umore. La tipologia di disturbo, infatti, le fa vivere alti e bassi, per cui il senso d'identità e l'autostima erano minacciati da *tsunami* emotivi continui che necessitavano anche di un supporto biologico. Il rapporto si instaura anche con lo psichiatra, in modo più distaccato, probabilmente per i vissuti negativi con il maschile, ma comunque efficace. Thea si sente sollevata a raggiungere una serenità che le consente il lavoro su di sé.

Fase empatica

La fase empatica si è instaurata velocemente per la tendenza di Thea a legarsi e a fidarsi. In alcuni momenti è stato necessario ristabilire modalità empatiche, soprattutto negli stati di sofferenza intensi. Thea accetta la terapia, anche se tende a volerla vivere come qualcosa di intoccabile, quasi distaccata dalla realtà. È stato importante con lei, dopo rassicurazioni sullo spazio di sicurezza, confrontarla con il suo controllo che eseguiva sulla terapia, rischiando di vivere la stessa solo come un rifugio, una sorta di compartimentalizzazione. Abbiamo dovuto “sfidare” il tratto compiacente con la terapeuta.

Prima fase interpretativa

La fase interpretativa si è soffermata su varie riflessioni a seconda del periodo vissuto da Thea. In primis, per il suo modo passivo di rapportarsi agli altri con la pretesa che il mondo le dovesse venire incontro, soprattutto gli uomini, da una parte fuggendo da chi mostrava un interesse per lei e dall'altra pressando chi voleva scappare dal rapporto con lei.

È stata aiutata a prendere atto della polarizzazione del sé: bambina abbandonata versus la donna sicura di sé che seduce. Successivamente, abbiamo incentrato parte del lavoro sull'autostima e sulle conferme date a se stessa non solo dall'esterno. A tal proposito è utile osservare i sogni di metà terapia.

Materiale onirico di metà terapia

Sogno 3: *“in una stanza ci sono 4 gatti e 4 cani: 2 sono barboncini e 2 cani sono grandi. La stanza era ordinata con tutto il necessario e lo spazio per gli animali. Era la pensione di mia zia, lei mi fa i complimenti per l'ordine. Poi devo mettere delle cose elettroniche in cantina, trovo la porta e lo spazio per mettere le cose elettroniche. Mi accorgo che nel garage c'è un asilo nido, 2 mie amiche dicono di lasciare tutte le cose lì, io non volevo perché avevo paura che me le rubassero”.*

Interpretazione: Nella terapia Thea trova il modo di riordinare le idee dalla confusione iniziale. 4 cani e 4 gatti sono l'emblema dei 4 componenti familiari che spesso si azzannano, ma che, invece, con lo sviluppo di modalità chiarificatrici e riflessive riesce a riordinare nel suo spazio mentale. La zia (la psicoterapeuta) le conferma il lavoro che sta facendo. Finalmente la carica emotiva, rappresentata dalle sue ‘cose elettroniche’ (vedi sogno 1) trova uno spazio ma la paura di essere depredata permane, tenendo conto che i bisogni emotivi di Thea sono ancora molto infantili (Asilo Nido).

Sogno 4: *“sto con i miei genitori sul balcone, sto fumando, parliamo tanto, poi comincio a parlare di sesso e papà va via”.*

Interpretazione: Thea comincia a capire i confini tra l'attaccamento (la presenza dei genitori) e la sessualità (parlare di sesso). L'accettazione del fumare come elemento di trasgressione adolescenziale che i genitori tollerano, non può essere esteso al parlare della sessualità. La mancanza di confini del passato (rivelazioni troppo personali dei genitori, il senso di disagio) sembra essere più marcata, ora, con l'allontanamento del padre. Esiste una paura di non essere accettata.

Sogno 5: *“sono in una vecchia casa, un rudere, mi ricorda la casa delle vacanze dell'infanzia, è tutto abbandonato. C'è una parrucchiera che mi dice che non sono più affiliati ad un franchising importante e famoso ma ci tiene a*

dire che sono gli unici a Roma. Prende I fiala per i capelli ma ne serve un'altra, quindi va via e mi lascia nel rudere, mi asciugo i capelli da sola. Un'amica mi aiuta a staccare il phon che faceva fumo. Le dico che è colpa della caldaia del rudere che non funziona".

Interpretazione: sogno molto esplicativo della psicoterapia. Inizia a prefigurarsi l'idea della parte medica (l'altra fiala da ricercare), con l'accettazione del rischio di un cambiamento che ha un prezzo, cioè fare il salto di qualità e lavorare nelle situazioni di scompenso. L'accettazione del trattamento farmacologico è necessario al fine di evitare salti all'indietro sul passato con l'attivazione dei livelli di angoscia (rudere abbandonato) e con la collocazione sempre all'esterno delle responsabilità (colpa della caldaia) per cui il rapporto anche con i genitori non può essere più quello di prima e non può fungere da funzione primaria.

Seconda fase interpretativa

Altro aspetto importante di lavoro è stato il rapporto con i genitori che non poteva essere più visto come funzione primaria (troppo figlia e poco adulta) e subito poi sulle modalità di scelta del partner che non poteva e non doveva sostituire il genitore. Da ciò, il raggiungimento di un'autonomia emotiva, identitaria e finanziaria ha rappresentato il passaggio obbligato. Un altro problema strutturale da superare è l'esigenza di Thea di volere tutto e subito pensando all'altro come asservito ai suoi bisogni. Non comprendendo che ogni persona è portatrice di esigenze. I suoi investimenti sono narcisistici e non reciproci. Questa modalità la porta ad oscillare tra un'intolleranza alla solitudine da una parte, ricercando relazioni in modo compensatorio, e una forte angoscia abbandonica dall'altra, poiché poche persone accettano il suo bisogno di controllo, allontanandosi dalla relazione. Da qui la spinta a sottomettersi per ripristinare una bozza di legame, con vissuti fortemente depressivi. È stato evidente in lei il paradosso del masochismo, ossia lo stare a proprio agio con persone che la trattavano male (paura di essere trattata bene), tenendo conto che con alcuni partner problematici la condizione psicofisica peggiorava, con danni da stress importanti.

Utile è stata la ricostruzione autobiografica e l'indicazione di tenere un diario in cui aprirsi senza omissioni o distorsioni che scaturiscono dall'incontro con l'altro. Rendono l'idea i sogni recenti nei quali è evidente il raggiungimento di alcune consapevolezza.

Materiale onirico recente.

Sogno 6: *"sono in un laboratorio dove si fanno esperimenti ma non si può fare sesso. Io provo ad avere approcci con uomini, ho il pc davanti, ogni volta che penso al sesso il pc sparisce. Capisco la dinamica e faccio il collegamento. Vado in braccio ad uomo e resetto tutto. Poi mi ritrovo in un'atmosfera casalinga, mi sveglio, smucino tra i denti e tiro fuori un filo blu lunghissimo. C'è una dentista e mi accorgo che mi avevo fatto lo sbiancante ai denti. Lei però mi dà, però, un preservativo e mi domanda "Come hai capito che dovevi toglierlo il filo blu?"*

Interpretazione: Questo è un sogno di consapevolezza. Nel sogno, infatti, sono rappresentati i sintomi della diffusione dell'identità: appena compare l'uomo Thea perde i confini ma Thea si rende conto del problema, ossia di una sessualità che compensa un'ansia, un vuoto o un'impotenza. Il percorso individuale riesce nella misura in cui tira fuori, rimuove un fastidio più profondo (filo blu), mentre lo sbiancante è legato ad un aspetto estetico, più esterno, di tipo narcisistico. Ci troviamo di fronte ad un problema nell'attaccamento (rappresentato dal filo blu). Il preservativo dato dalla dentista (psicoterapeuta), sta ad indicare l'elemento protettivo che lei

sente a cui perviene nella compulsione a sacrificarsi e ad appiattirsi, nell'autostima talmente bassa per cui Thea si sottopone passivamente all'attenzione maschile.

Sogno 7: *“la mia direttrice mi pressa per sapere quando prendevo le ferie e mi meraviglio per questo”.*

Interpretazione: una figura autorevole le chiede di riposare, le figure autorevoli risultano meno persecutorie. Una visione più equilibrata di sé, per cui nulla può essere più importante rispetto al proprio benessere psicofisico. Thea precedentemente, non sentiva i segnali di malessere continuando ad oltranza a vivere situazioni stressogene e stancanti.

Sogno 8: *“mi davano fastidio i capelli e me li facevo tagliare, quando mi guardavo capivo che non li potevo più donare (per fare parrucche per i malati oncologici) ed ero triste”.*

Interpretazione: Questo sogno molto limpido accende una fiammella nella consapevolezza di Thea, ossia realizzare un'immagine interiorizzata del lavoro terapeutico: il donare troppo rispetto a quello che dona l'altro. Raggiungere l'elemento di rapporto paritario che è molto labile nella DNP. La terapia toglie il fastidio (che era rappresentato in un sogno precedente come il filo blu interno), dando una forma (taglio dei capelli), che chiede lei. Ciò contempla delle riflessioni sui modi di fare che vanno cambiati. La tristezza nel sogno è funzionale e da tollerare.

Sogno 9: *“mamma mi regalava un cucciolo di bassotto che mi faceva le feste. Mio padre dice che è taglia standard ed io dico che lo volevo taglia piccola che non lo riesco a gestire, non lo volevo così”.*

Interpretazione: viene offerto a Thea qualcosa che lei sembra eccessivo, ciò rimanda all'ingerenza dei genitori sulla sua vita, deve essere lei a concordare cosa gestire della vita familiare e a decidere cosa volere. E' anche vero, però, che la ragazza tende a voler avere un rapporto con i genitori di tipo infantile e non “standard” come vorrebbero i genitori e su questo si sta basando l'attuale lavoro di psicoterapia.

Conclusioni

Il caso esaminato rappresenta un chiaro esempio di NDP nella diagnosi e nell'intervento di PPI. La base di sicurezza creata dal rapporto terapeutico integrato ha consentito riflessioni su di sé, il superamento di momenti critici, la maturazione di consapevolezza e capacità reattive di Thea. L'aspetto professionale della terapeuta insieme alla partecipazione umana e l'impegno tecnico ha contribuito a ridurre le emozioni esasperate della paziente. Il lavoro con i sogni ha reso più efficace la lettura delle difficoltà e le risorse in atto, nelle varie fasi terapeutiche, dando senso alla sua esperienza di vita.

Articolo

Struttura gestaltica e significato psicodinamico delle tavole Zulliger: un'ipotesi di approccio funzionale performance-based

Caporale R.¹, Craparo G.², Sellaroli F.³, Seghetti V.⁴, Di Marzio R.⁵

¹ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

² UKE - Università degli Studi di Enna "Kore", Italia

³ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

⁴ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

⁵ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Abstract: The Zulliger test, or most commonly Z-test, is a projective technique composed of three cards. The cards are different both in a gestaltic structure and in a psychodynamic meaning. The review of the scarce literature and our clinical observation, derived from the studies of the Z-test administration, allow to take a functional performance-based approach to the analysis of Z-cards, in term of psychological processes involved in the answer elaboration. Following this way, we redefined the first as cognition evaluation card, the second as affectivity evaluation card and the third as identity processes and interpersonal functioning card.

Keywords: *Zulliger test; Z-test; Zulliger test; Z-test cards.*

Risunto: Lo Zulliger test, o più comunemente Z-Test, è una tecnica proiettiva composta da tre tavole. Le tavole sono differenti sia nella struttura gestaltica che nel significato psicodinamico. La revisione dei pochi lavori in letteratura sull'argomento e le nostre osservazioni cliniche derivate dagli studi sulle somministrazioni del test, incoraggiano l'utilizzo di un approccio funzionale performance-based all'analisi delle tavole, nei termini di coinvolgimento dei processi psichici nell'elaborazione della risposta. In conseguenza di ciò, abbiamo ridefinito la tavola I come la tavola della valutazione dei processi cognitivi, la tavola II come la tavola della valutazione dei processi affettivi, la tavola III come la tavola della valutazione dei processi identitari e del funzionamento interpersonale.

Parole chiave: *Zulliger test; Z-test; tavole Z-test.*

I. Approccio funzionale performance based alle tavole Z

Come tutte le tecniche proiettive, anche lo Zulliger Test, o cosiddetto Z-Test nella sua forma di somministrazione individuale, si basa sul presupposto che la mente umana sia soggetta al meccanismo della proiezione, secondo cui "vengono attribuite all'oggetto o all'ambiente, in varia misura, elementi rappresentativi, emotivi, cognitivi, che effettivamente appartengono soltanto alla personalità del soggetto" (Dalla Volta, 1973, p. 558 in Carruba e Castiello d'Antonio, 2008, p. 23).

Già André Ombredane (1952), in un famoso articolo pubblicato sul *Bulletin de psychologie*, si era preoccupato di fare chiarezza sul concetto di proiezione, distinguendo tra una proiezione di natura formale, intesa gestalticamente come il processo mediante il quale ciascun soggetto decodifica ed organizza l'ambiguità degli

stimoli proposti secondo il proprio peculiare stile cognitivo, ed una proiezione di natura psicodinamica, che lo porta, invece, ad attribuirvi delle caratteristiche appartenenti al proprio mondo interno, concludendo che le tecniche proiettive stimolano entrambi i processi.

Lis e Zennaro (1997) ribadiscono questo concetto, evidenziando come il compito affidato al soggetto richiami, allo stesso tempo, sia un'operazione di ristrutturazione percettiva del campo, sia la capacità di fronteggiare i significati personali. La risposta fornita dal soggetto viene, dunque, considerata la risultante di questo duplice processo, durante il quale egli si viene a trovare nella condizione di dover soddisfare, da un lato, le esigenze del mondo esterno, rappresentate dalla realtà percettiva (gestalt delle tavole, consegna da rispettare, rapporto con l'esaminatore) e, dall'altro, quelle del proprio mondo interno, rappresentate dagli stimoli proiettivi che emergono nel corso della prova.

Lo Z-Test è composto da tre tavole: una prima acromatica ricca di elementi chiaroscurali, una seconda policroma, ed infine una terza bicromatica dalle tonalità grigio-nere e rosse (Zulliger, 1955, 1969).

A seguito di diversi studi e a partire da un insieme iniziale di mille tavole, Zulliger ne selezionò tre per i risultati favorevoli che esse offrivano, attraverso un'analisi comparativa con quelli derivati dalla somministrazione del Test di Rorschach (Caporale et al, 2022, Caporale et al. 2023).

Seppur esigue nel numero, infatti, le tavole dello Z-Test 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). Ciò 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.

Già dalla prima messa a punto del proiettivo, nella forma di somministrazione collettiva, Zulliger diede delle precise indicazioni sulle specificità percettive dei suoi stimoli e sulla scelta del loro ordine di presentazione, fornendo una serie di caratteristiche attese alle risposte per ciascuna tavola insieme ai relativi valori diagnostici (Zulliger, 1955, 1969).

In questo lavoro, analizzeremo le tavole dello Z-test attraverso:

- un criterio gestaltico, attribuibile alle caratteristiche percettive degli stimoli (forma, colore, chiaroscuro);
- un criterio psicodinamico, legato al contenuto simbolico-evocativo, ed elicitato sia dalle tonalità emotive che dalle stesse caratteristiche gestaltiche delle macchie.

La revisione della letteratura sull'argomento, integrata ai risultati derivati dalle nostre ricerche in corso sulle proprietà psicometriche dello strumento, ci ha dato la spinta nel proporre un'analisi dello Zulliger da una prospettiva funzionale performance-based, ossia nei termini di quanto ogni tavola, riformulata come situazione di problem solving, attivi funzioni e processi psichici specifici nell'elaborazione della risposta.

Chabert (1998), riferendosi al Rorschach e ad altri test affini come lo Zulliger, afferma: *“Lo scopo di tutte le prove proiettive è quello di permettere lo studio del funzionamento psichico individuale in una prospettiva dinamica, ossia sforzandosi di valutare allo stesso tempo le condotte psichiche individuabili, ma anche le loro articolazioni singolari e le loro potenzialità di cambiamento”*.

Caporale e Roberti (2014) ritengono che: *“L'interpretazione delle macchie al Rorschach”*, applicabile anche allo Zulliger, *“non è un semplice elenco di variabili della personalità, ma informazioni uniche riguardo a come questi tratti interagiscono tra loro, a ipotesi su come si siano strutturati nel corso dello sviluppo, e al vissuto*

soggettivo del paziente". Gli stessi Autori concludono: "Risultato finale è una valutazione dinamica e non statica dell'organizzazione di personalità, esperienza fenomenologicamente rilevante, anziché asettica situazione standardizzata".

Sempre Caporale e Roberti (2014), in merito alle peculiari caratteristiche della consegna impartita al Rorschach e riferibile anche allo Zulliger test, affermano: "La consegna si rifà a un messaggio paradossale: il soggetto, da una parte, e' invitato a tener conto della situazione oggettiva dello stimolo proposto, e dunque, a mantenersi ancorato agli aspetti percettivi della realtà esterna, dall'altra, a produrre anche qualcosa che vada oltre, di interno, di natura più personale e idiosincratica. E in quel qualcosa di nuovo e di creativo c'è tutto l'aspetto squisitamente dinamico e proiettivo. Proiettivo e dinamico che, nell'accezione della nostra impostazione, è l'individuo stesso, con le sue capacità di organizzazione e adattamento, le sue caratteristiche peculiari caratteriali; oggi diremmo che è tutta la struttura dinamica che si riversa nel processo finale di produzione delle risposte, contenuto e contenitore".

E concludendo: "Dunque, nella consegna, le istruzioni impartite, incoraggiando la dialettica tra esame di realtà e libera fantasia, tra percezione e immaginazione, obnubilano sempre più la demarcazione tra soggetto e oggetto, evidenziando le modalità peculiari di funzionamento psichico con le sue alterne oscillazioni".

Lo Z-test, al pari di altre prove proiettive come il Rorschach, e' un test performance-based, in grado di cogliere processi inconsci o impliciti, legati proprio alla struttura dinamica della personalità, a differenza di proiettivi come il TAT più utili a rilevare specifici contenuti psichici.

A tal proposito, Bram e Peebles (2014) distinguono, nel processo di assessment, informazioni di struttura da quelle di contenuto. Gli aspetti strutturali riguardano il come funziona la mente di quella singola persona, ossia il funzionamento della personalità, mentre gli aspetti di contenuto afferiscono ai domini del *cosa* e del *perché*, in termini di emozioni, bisogni, desideri, aspettative, attive in quel determinato momento della vita psichica.

Dunque, lo Zulliger rappresenterebbe un test che avrebbe come target il rilevamento proprio di informazioni di struttura, aprendo ad una valutazione funzionale della personalità, avente come obiettivo quello di spiegare il modo in cui il soggetto tenda a funzionare in determinate aree.

Rispetto a quali aree indagare per raggiungere una valutazione più esaustiva e condivisa di funzionamento, negli ultimi vent'anni sono emersi diversi modelli ateorici (Mayer, 1998, 2004, 2005; Blais e Smith, 2014; Blais e Hopwood, 2017; Kellerman e Burry, 2007; Lingiardi e McWilliams, 2017; Caporale e Roberti, 2013, 2019), sebbene alcuni studiosi, soprattutto di derivazione psicodinamica, abbiano continuato a ribadire l'importanza di legare i test, e i risultati derivati, ad una specifica teoria che possa essere esplicativa nella comprensione della personalità (Sugarman, 1991; Lerner, 1998; Bram e Peebles, 2014).

Facciamo nostre 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 intra-sistemiche, dei processi psicologici". A questo livello di analisi, Caporale e Roberti (2019) sostengono che: "la valutazione sul funzionamento di personalità sempre più si sovrappone a una valutazione psicodinamica in un'accezione più ampia del termine, in cui la personalità viene studiata nel suo continuo divenire e l'equilibrio psichico sia concepito non come una condizione stabile e data come immutabile ma sempre in continua ridefinizione (equilibrio dinamico)".

Ad oggi, molti di questi modelli, dunque, sia ateorici sia ad approccio psicodinamico nel senso più ampio del termine, convergono maggiormente nella valutazione di alcune macro aree della personalità: a) funzionamento cognitivo, b) funzionamento emotivo, c) rappresentazione di sé d) funzionamento interpersonale (Mayer, 1998, 2004, 2005; Blais e Smith, 2014; Blais e Hopwood, 2017; Kellerman e Burry, 2007; Lingiardi e McWilliams,

2017; Caporale e Roberti, 2013, 2019). In questa proposta di analisi funzionale delle tavole Z, vedremo similmente come anche lo Zulliger si presti bene all'indagine di questi quattro macro processi.

2. Tavola I: la tavola della valutazione dei processi cognitivi

La tavola I è acromatica e gestalticamente chiusa. Si caratterizza per la presenza diffusa di sfumature grigio-nere all'interno delle quali è possibile rintracciare alcune piccole aree intramaculari di colore bianco. Il corpo principale della tavola compatto rappresenta l'elemento strutturale di maggior rilievo, dal quale si aprono diverse sporgenze sia superiori sia inferiori che laterali. Al suo interno, si possono identificare due grandi dettagli, uno superiore che richiama contenuti di volti, maschere e possono elicitare angosce primitive di stampo persecutorio, ed un'ampia macchia nera al centro, più scura e definita nei suoi contorni, molto facilmente riconducibile a risposte botaniche quale foglia. La presenza massiccia dei toni chiaroscurali e la frastagliatura dei contorni, in contrasto con la compattezza della forma, conferisce alla tavola una forte ambiguità sul piano percettivo.

Date le caratteristiche gestaltiche della tavola, essa si presta senza difficoltà ad interpretazioni di forma e di tipo globale quali insetto, scarabeo, scarafaggio o ragno. Come suggerito da Zulliger (1955, 1969), ci si aspetta, pertanto, come prima interpretazione, proprio una risposta globale, piuttosto che una risposta di dettaglio. Alcune volte, è possibile che determinati soggetti partano da piccoli porzioni o parti interne della macchia, per poi, solo in seguito, riuscire ad integrare il tutto in una gestalt unitaria; altre volte, invece, è possibile che alcuni soggetti non riescano a fornire una risposta che prenda in considerazione l'intera macchia. Dal momento che le risposte globali, quando sono di buona forma, rappresentano un indicatore fondamentale della capacità del soggetto di integrare gli elementi percettivi in una totalità dotata di senso, la loro assenza, non giustificata da altre manifestazioni di turbamento affettivo, è indice di una carenza del soggetto sul piano cognitivo nella capacità di costruire rappresentazioni complesse della realtà.

Inoltre, come prima tavola, essa consente di valutare la possibile presenza del cosiddetto "Choc di avvio" alla prova proiettiva, vale a dire la capacità adattiva o meno del soggetto nel fronteggiare una situazione nuova, producendo almeno una risposta di buona forma, attraverso una rapida ristrutturazione percettiva e cognitiva del campo che metta in gioco velocità di elaborazione, abilità di problem solving e capacità percettivo-associative. Infatti, le peculiari caratteristiche della consegna impartita qui come al Rorschach, incoraggiando la dialettica tra esame di realtà e libera fantasia, favoriscono l'emergere delle modalità peculiari di funzionamento psichico, ossia l'individuo stesso con tutta la sua struttura dinamica (Caporale e Roberti, 2014).

Per tali motivi, consideriamo questa prima tavola come la tavola della valutazione dei processi cognitivi poiché nella sua interpretazione mobilita risorse che permettono maggiormente di indagare lo stile cognitivo, lo sviluppo e la dotazione intellettuale, nonché alcune funzioni psichiche complesse quali l'esame di realtà, l'ideazione e le capacità simbolico rappresentative.

A livello psicodinamico, Carruba e Castiello d'Antonio (2008) sostengono che la tavola racchiuderebbe tutte le possibilità interpretative ed il corrispettivo valore psicodiagnostico offerti dal Rorschach nelle tavole acromatiche, tanto da essere paragonata alla tavola IV dello stesso proiettivo, sia per implicazioni legate al maschile, che, più in generale, riguardo la tematica del colore nero.

Non siamo d'accordo con tale parallelismo gestaltico poiché le componenti chiaroscurali di questa tavola sono più strutturali rispetto alla tavola IV del Rorschach ed altresì la componente nera è qui meno accentuata. Inoltre, la morfologia della tavola IV del Rorschach assomiglia più realisticamente e statisticamente ad una figura umana imponente, che eliciterebbe il complesso edipico con le annesse istanze superegoiche. In tale contesto, invece, è più facile avere percezioni globali che rimandino ad un'alta frequenza di contenuti animali.

Riteniamo, altresì, grazie ai nostri studi di validazione in corso su campioni clinici, che il dettaglio centrale

superiore, per conformazione gestaltica assomigliante a volti, maschere e fantasmi, assieme alle componenti chiaroscurali e nere caratteristiche di tutta la macchia, possano darci informazioni riguardo la presenza di eventuali angosce persecutorie primitive e tratti paranoidei. Tipici meccanismi difensivi che ci informano di queste difficoltà sono i soggetti che manifestano lo stile di non interpretare le tonalità chiaroscurali e, di conseguenza, anche gli spazi bianchi al centro o nella porzione superiore della macchia.

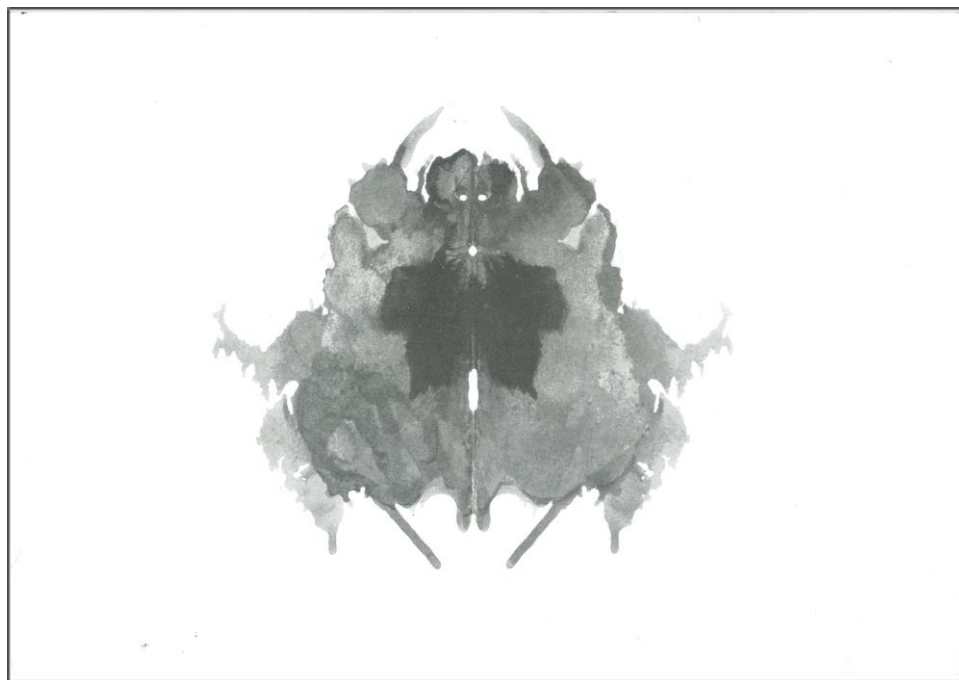


Tavola I: la tavola della valutazione dei processi cognitivi

3. Tavola II: la tavola della valutazione dei processi affettivi

La tavola II, policromatica, si caratterizza per la presenza di tre distinte macro aree. La prima è rappresentata da un grande dettaglio rosso centrale, con all'interno uno spazio intramaculare bianco, che nell'insieme elicitare risposte anatomiche quali polmoni con o senza colonna vertebrale. La seconda è composta da due grandi dettagli verdi simmetrici, posti lateralmente alla prima e più piccoli per dimensione, solitamente interpretati come pesci; la terza, infine, è costituita da due grandi dettagli marroni simmetrici collocati nell'area inferiore, all'interno dei quali le sfumature di colore creano netti contrasti tra alcune parti più scure, tendenti quasi al nero, ed altre più chiare. Queste ultime macchie assomigliano ad insetti e/o quadrupedi come tori, bufali e bisonti.

A differenza del proiettivo Rorschach, in cui gli stimoli policromatici vengono presentati solo nelle ultime tre tavole del test e molto dopo gli stimoli bicromatici, Zulliger decise di anteporre una tavola colorata ad una nera e rossa. Secondo l'autore il principale vantaggio di tale scelta sarebbe stato quello di valutare in maniera più efficace la presenza della componente colore, e relativi fenomeni particolari legati ad esso, nel processo interpretativo (Zulliger, 1955, 1969).

Dal punto di vista diagnostico, questo si traduce nell'ottenimento di informazioni riguardo la qualità degli affetti e la capacità di regolazione emotivo-affettiva del soggetto. Essendo il colore l'elemento dominante, la sua presenza è frequentemente attesa in qualità di determinante nelle risposte, da valutare nel suo rapporto con la componente formale. Il buon rapporto tra forma e colore, data dalla compresenza di entrambi gli elementi con

prevalenza della prima, indica, infatti, una buona regolazione degli affetti. Al contrario, la prevalenza del colore sulla forma, o ancor di più la presenza del colore puro senza alcun controllo formale, denota, invece, disregolazione emotivo-affettiva e marcati tratti di impulsività. Infine, l'assenza di risposte cromestetiche riflette una dimensione di coartazione affettiva e rimozione dei vissuti emotivi (Gonçalves e Villemor-Amaral, 2020). Dunque, possiamo affermare, con quanto Zulliger (1955, 1969) aveva già rilevato, che risposte colore con un'adeguata componente formale dovrebbero essere sempre presenti in Tavola II.

Inoltre, è possibile rilevare in questa tavola anche l'eventuale presenza del cosiddetto "Choc colore", valutando il possibile stato di turbamento estremo del soggetto di fronte alle cromie e le conseguenti modalità interpretative alternative adottate. Una tipica modalità difensiva dettata dallo choc colore che Zulliger (1955, 1969) aveva individuato era l'interpretazione di uno spazio bianco come risposta iniziale anziché macchie colorate.

Dunque, per tali ragioni, riteniamo la tavola corrente come la tavola che riesca più facilmente a valutare l'adeguatezza o meno dei processi affettivi, intesi sia come capacità di fare esperienza delle emozioni in termini di stati mentali sia come capacità di saperli regolare.

Un'altra caratteristica gestaltica importante della tavola è la sua frammentarietà. A tal proposito, Zulliger stesso (1969) riporta le seguenti parole: *"Le differenti macchie di colore sono simmetriche: ma esse sono chiaramente separate le une alle altre e allo stesso tempo sono unite le une alle altre"*. Tutto questo si traduce sul piano delle localizzazioni nel fatto che risulta più difficile fornire in questa macchia una risposta globale, dal momento che essa è organizzata su dettagli tra loro distinti. Laddove il soggetto ci riuscisse, fornendo un'interpretazione qualitativamente adeguata, è possibile ipotizzare delle buone capacità percettivo-associative e di astrazione. In questo caso, secondo lo stesso Zulliger, sarebbero soprattutto organizzazioni percettive di tipo combinatorie successive.

Tale caratteristica gestaltica della tavola, in relazione a dettagli difficilmente integrabili gli uni con gli altri, può generare vissuti di dispersione, angosce di frammentazione o disintegrazione, molto più facilmente in personalità inclini ai meccanismi dissociativi, mettendo a dura prova le capacità di integrazione dell'Io e di riorganizzazione cognitiva. Non è rara la produzione di risposte globali di cattiva forma che rappresenterebbero il vano tentativo di neutralizzare l'angoscia di un'eventuale frammentazione, manifestando quello che tecnicamente si chiama "Choc di dispersione". Per tale motivo, la tavola può dare informazioni anche riguardo il livello di integrazione del funzionamento di personalità e l'eventuale presenza di meccanismi dissociativi, al pari della tavola X del test di Rorschach (Caporale e Roberti, 2014).



Tavola II: la tavola della valutazione dei processi affettivi

4. Tavola III: la tavola della valutazione dei processi identitari e del funzionamento interpersonale

La tavola III, bicromatica, presenta le tonalità del grigio-nero e del rosso. Con caratteristiche analoghe alla tavola III del test di Rorschach, è gestalticamente organizzata attorno ad un ampio spazio intramaculare bianco e si struttura in tre distinte aree principali. La prima è composta da due macchie nere simmetriche e poco chiaroscurate, che rievocano frequentemente interpretazioni di natura umana, spesso viste di profilo e in movimento. La seconda è caratterizzata da una macchia rossa centrale. Alcuni soggetti elaborano questo dettaglio in maniera autonoma rispetto al resto della tavola riconoscendone la gestalt di una farfalla, ma non è raro che sia incluso come contenuto fiocco, palla, fuoco in una più ampia interpretazione globale in cui siano presenti le figure umane. La terza è infine costituita da due macchie rosse laterali simmetriche che, sebbene mostrino una forma vaga ed indefinita, sono frequentemente interpretate come contenuti umanoidi. Anche questi dettagli rossi possono stimolare risposte di movimento che, in confronto alle altre, Zulliger aveva definito come “piccole cinestesie” (Zulliger, 1955, 1969).

Rispetto alla tavola II, sono più frequenti risposte che prendano in considerazione l'intera Gestalt. Come nel test di Rorschach, anche la sola interpretazione delle figure umane, non considerando gli altri dettagli, è ugualmente siglata come risposta globale. L'assenza di tale risposta veniva considerata dallo stesso Zulliger un indicatore di disturbi di natura intellettiva (Zulliger, 1955, 1969). Dunque, il superamento delle difficoltà generate dallo spazio bianco intramaculare, mettendo insieme tutti gli elementi della tavola in un'unica interpretazione, qualitativamente di buona forma, mostrerebbe nel soggetto capacità di tipo percettivo-associative e risorse intellettive superiori alla media. Qualora presenti, queste capacità possono generalmente emergere nella tavola II ed essere qui confermate.

Inoltre, a differenza della Tavola II, si attendono interpretazioni determinate dal movimento che, se associate a figure umane, evidenziano nel soggetto buone capacità di mentalizzazione e di contatto interiore. Se i movimenti

umani vengono sostituiti con quelli inanimati, ciò potrebbe denotare una tendenza alla coartazione di stati mentali angoscianti generati da eventi traumatici (Lima e Scortegagna, 2022).

Data l'alta frequenza con la quale si possono dare interpretazioni a contenuto umano in movimento, quest'ultima tavola consente principalmente di indagare i processi identitari primari e secondari, ed il funzionamento interpersonale, oltre ad essere un valido test che permetta di valutare il convenzionalismo di pensiero e, dunque, l'aderenza al piano di realtà.

Mentre i dettagli neri centrali evocano facilmente risposte globali, cinestesiche e a contenuto umano, i dettagli rossi consentono di indagare il rapporto tra il soggetto e la regolazione delle dinamiche più protomentali, con particolare riguardo l'aggressività (Carruba e Castiello d'Antonio, 2008, Castiello d'Antonio, 2012). Come per il rapporto forma-colore nella tavola precedente, anche per quanto concerne il colore rosso è importante determinarne la bontà formale e l'eventuale presenza del movimento, cinestesie che rappresenterebbero la capacità da parte del soggetto di entrare in contatto con gli aspetti più istintuali della propria personalità per regolarli, trovando una formazione di compromesso tra appagamento ed adattamento al contesto di realtà.

È probabile che se il soggetto fornisca un'interpretazione non adeguata nella tavola II, difficilmente riuscirà a dare una risposta di buona forma alla tavola corrente. In assenza di risorse intellettive ed emotive che consentano la produzione di risposte globali e cromatiche in Tavola II, il soggetto faticcherà a superare l'ostacolo dello spazio intramaculare e lo stress generato dal rosso in Tavola III. Ciò ad evidenziare l'alta interdipendenza tra le tavole, nonostante ognuna di esse possieda una sua specificità per determinate caratteristiche personologiche.



Tavola III: la tavola dei processi identitari e del funzionamento interpersonale

5. Conclusioni e nuove prospettive di ricerca

In questo articolo abbiamo presentato le tavole dello Z-Test analizzandole nelle loro caratteristiche gestaltiche e psicodinamiche: a) criterio gestaltico, attribuibile alle caratteristiche percettive degli stimoli (forma, colore, chiaroscuro), b) criterio psicodinamico, legato al contenuto simbolico-evocativo, ed elicitato sia dalle tonalità emotive che dalle stesse caratteristiche gestaltiche delle macchie.

La revisione sull'argomento, integrando i pochi contributi provenienti dalla letteratura (es. Zulliger, 1955, 1969; Carruba e Castiello d'Antonio 2008, Castiello d'Antonio 2012) con i risultati derivati dalle nostre ricerche sulle proprietà psicometriche in corso, ha permesso di riconcettualizzare le tavole da una prospettiva performance-based, ossia nei termini di una valutazione funzionale di quanto ogni macchia coinvolga specifici processi psichici nell'elaborazione della risposta.

La tavola I è una macchia acromatica, compatta e con la presenza di una pervasiva componente chiaroscurale. Le caratteristiche gestaltiche permettono di valutare i processi cognitivi, ossia lo stile di elaborazione delle risposte, l'adeguatezza dello sviluppo intellettuale e dunque dell'architettura neurocognitiva, nonché alcune funzioni psichiche complesse quali l'esame di realtà e le capacità percettivo-associative. Inoltre, la tonalità emotiva della tavola richiama la psicodinamica del chiaroscuro e dunque il rapporto e la gestione di angosce primitive di stampo persecutorio.

La tavola II è una macchia policromatica, composta da un ampio dettaglio centrale rosso, con componenti intramaculari, e più dettagli colorati simmetrici ai lati. Le caratteristiche gestaltiche e la tonalità emotiva elicitate dalle cromie permettono la valutazione dei processi affettivi come la qualità degli affetti e la regolazione emotivo-affettiva, ricordando le ultime tre tavole del Rorschach (Zulliger, 1955, 1969). Inoltre, la caratteristica di frammentarietà della tavola può dare informazioni anche riguardo il livello di integrazione del funzionamento di personalità e l'eventuale presenza di meccanismi dissociativi, al pari della tavola X del test di Rorschach (Caporale e Roberti, 2014).

La tavola III è una macchia bicromatica, grigio-nera e rossa, composta da due grandi dettagli laterali neri ed altri dettagli rossi più piccoli. Le caratteristiche gestaltiche e la tonalità emotiva elicitate dalle forme delle macchie che assomigliano fortemente a quelle di figure umane in movimento, richiama la tavola III del Rorschach e, dunque, la valutazione dei processi identitari primari e secondari, ed il funzionamento interpersonale (Zulliger, 1955, 1969).

In sintesi, possiamo concludere, in linea con le prime osservazioni di Zulliger (1955, 1969), che un soggetto dovrebbe fornire: a) in tavola I almeno una risposta globale; b) in tavola II risposte colore di buona forma; c) in tavola III risposte movimento. In aggiunta, puntualizzeremo che questo tipo di risposte attese alle tavole le produce un soggetto con buon funzionamento intellettuale e di personalità. Inoltre, rimarchiamo l'importanza, soprattutto in tavola III, che il movimento sia umano e le figure siano viste nella giusta posizione, dimostrando una buona integrazione dell'immagine corporea.

Si auspicano in futuro disegni di ricerca che possano meglio approfondire il rapporto tra proprietà gestaltiche e caratteristiche psicodinamiche delle tavole da una parte, e funzioni psichiche coinvolte nel processo di risposta dall'altra. Per far questo, di fondamentale importanza sarà l'avvio di nuovi progetti di ricerca che permettano analisi correlazionali tra indici Zulliger che sottendono l'attivazione di determinati processi psichici e valutazione degli stessi attraverso altri strumenti psicodiagnostici.

Riferimenti bibliografici

- André Ombredane, (1952). Distinction et mise en place des aspects de la projection, *Bullettin de Psychologie*, 6, 55-62.
- 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.
- 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., Allone C., Maccarone A., Craparo G. (2023). The clinical use of the Zulliger Test in the assessment of personality functioning and psychopathology. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 11(1).
- 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.
- Carruba P., d'Antonio A. C. (2008). *Zulliger Test. La tecnica proiettiva di Hans Zulliger nella diagnosi di personalità. Caratteristiche, dati normativi e applicazioni: La tecnica proiettiva di Hans Zulliger nella diagnosi di personalità. Caratteristiche, dati normativi e applicazioni*. FrancoAngeli
- Castiello d'Antonio A. (2012). La tecnica proiettiva di Hans Zulliger nella selezione psicologica delle risorse umane. *Personale e lavoro*, 541, 15-21.
- Dalla Volta A. (1973). *Dizionario di psicologia*, III ed. Firenze, Giunti-Barbera, 558.
- Gonçalves A. P., Villemor-Amaral A. E. D. (2020). Zulliger R-Optimized in the evaluation of depressive characteristics. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 30.

- Kellerman H., Burry A. (2007). *Handbook of Psychodiagnostic Testing: Analysis of Personality in the Psychological Report* (quarta edizione). Springer, New York.
- Lerner PM. (1998). *Il Rorschach. Una lettura psicoanalitica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano.
- Lima E. D. S. D., Scortegagna S. A., De Marchi A. C. B. (2021). Zulliger R-Optimized Application in Children Victims of Sexual Violence and Cancer. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 31.
- Lingiardi V., McWilliams N. (2017). PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico (seconda edizione). Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2018.
- Lis A., Zennaro A. (1997). *Nuovi contributi allo studio del test di Rorschach e dello Zulliger test*. UPSEL Domenghini.
- Mahmood Z. (1990). The Zulliger Test: Its past and future. *British Journal of Projective Psychology*.
- Mayer J.D. (1998). A systems framework for the field of personality. *Psychological Inquiry*, 9, 2, 118-144.
- Mayer J.D. (2004). A classification system for the data of personality psychology and adjoining fields. *Review of General Psychology*, 8, 3, pp. 208-219.
- Mayer J.D. (2005). A tale of two visions: Can a new of personality help integrate psychology?. *American Psychologist*, 60, 4, pp. 294-307.
- Sugarman A. (1991). Where's the beef? Putting personality back into personality assessment, *Journal of Personality Assessment*, 56, pp. 130-144.
- 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.

Libro

Uno sguardo al legame adottivo

L'intersoggettività nello sviluppo del Sé

A cura di Maria Teresa Rossi e Alessia Carleschi



“La mente è una struttura relazionale e non può nutrirsi da dentro, se prima non sia stata nutrita da fuori, attraverso dei buoni legami”.

(Winnicott)

Abstract

Il libro che prendiamo in esame, *“Giusto il tempo di arrivare”* di Francesca Motta (2021), è un’autobiografia di una storia di adozione che l’autrice ha presentato al Convegno dal titolo *“Affido: una scelta d’amore”* promosso dal Lions International e tenutosi a Roma il 29 Aprile 2022. L’elaborato vuole porsi come riflessioni sulla valenza dell’**adozione** quale “sfida” per la ri-costruzione di un legame di attaccamento funzionale e sicuro, che deve fare i conti con le ferite lasciate

dal vissuto traumatico dell’abbandono. La storia di Francesca incarna il concetto di “sfida” laddove la realizzazione del nuovo legame di attaccamento è stato ostacolato dal trauma dell’abbandono. La narrazione della sua storia porta Francesca a riparare la rappresentazione mentale di sé e dell’altro: *“Con la stesura del libro ho trovato il tassello mancante per concludere l’elaborazione ... adesso ho la mia storia”*.

Parole chiave

Adozione, Attaccamento, Trauma, Legame

Premessa

L’adozione, ponendosi quale *esperienza emozionale correttiva*, si propone di trasformare il trauma relazionale infantile del primario processo di attaccamento in un’esperienza intersoggettiva dal **valore riparativo** offrendo la possibilità al bambino di ri-cominciare a scrivere la propria storia.

Lo scenario che caratterizza il processo adottivo è quello di una doppia mancanza: della coppia alla quale manca un figlio, di un bambino al quale mancano dei genitori. Se entrambi i protagonisti riusciranno a colmare questa “mancanza” grazie alla sintonizzazione emotiva, tra *“emisferi destri”* (Schore,2022), si realizzerà quell’evento carico emotivamente di una “doppia ri-nascita”.

Partendo dal presupposto che la mente si sviluppa a partire da un’iniziale forma disorganizzata di elementi emotivi ed affettivi, impressi nella memoria implicita, *Protomentale*, si delinea sempre più chiaramente come il senso di sé del bambino nasce all’interno di una relazione evolutiva con l’adulto di riferimento, dove da un primo momento in cui il Sé si organizza partendo dall’indispensabile funzione regolatrice degli stati affettivi da parte

del caregiver, arriverà ad un processo di maturazione affettivo-cognitivo in cui impara ad autoregolarsi attraverso la formazione di “*immagini mentali*”,

Ma affinché questo avvenga in maniera ottimale, è necessario che la madre si sintonizzi in modo sensibile e responsivo sui bisogni del figlio in modo da garantire: “*prossimità*”. Si ritorna così all'importanza dell'attaccamento e di come, da fattore che facilita la crescita favorendo l'esplorazione dell'ambiente fisico e di stati mentali propri e altrui, può diventare un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie della personalità quando è insicuro o disorganizzato.

Attaccamento disorganizzato nelle relazioni traumatiche

Diversamente dallo scenario di un attaccamento sicuro che favorisce lo sviluppo di un Sé integrato, un attaccamento insicuro inibisce la crescita, compromettendone l'organizzazione nonché la capacità del bambino di formare legami significativi. Si pensi ad uno scenario caratterizzato da continue rotture del legame senza riparazioni, trascuratezza, violenza psichica e/o fisica o presenza patologia psichiatrica in cui il caregiver induce nel bambino stati traumatici duraturi di affetti negativi.

Questo adulto risulta inaccessibile e reagisce all'espressione di emozione e di stress del bambino in maniera inappropriata e/o rifiutandolo, mostrando in questo modo una partecipazione minima, assente o imprevedibile ai processi di regolazione dell'attivazione. Poiché non fornisce però alcuna riparazione interattiva, gli intensi stati di affettività negativa si protraggono per lunghi periodi di tempo. Le evidenze scientifiche (Schore, 1994) dimostrano che la reazione psicobiologica del bambino al trauma relazionale include due tipi di risposta: iperattivazione e dissociazione.

Il fallimento dell'ambiente di holding materno, causa una discontinuità nel bisogno del bambino di “continuità dell'essere”, discontinuità che Bromberg (2011) chiama “*vuoti*” dissociativi nella realtà soggettiva, degli “spazi” che circondano gli stati del Sé del bambino interrompendo la coerenza del Sé. E questo è il vissuto che riusciamo a cogliere dalla narrazione di Francesca.

Il vuoto affettivo-relazionale nei bambini adottati

Costruire un sano modello identificativo, per un bambino abbandonato è ben più complesso. Nel caso di abbandono precoce, come nel caso di Francesca, un contatto reale con il genitore non è stato sperimentato tanto da lasciare traccia dal punto di vista mnemonico. L'approccio al genitore è dunque simile ad una fantasia, un'immaginazione, un pensiero senza riscontro empirico.

Quello che per gli altri bambini costituisce il ricordo di un vissuto concreto con il genitore biologico, nel caso dei figli adottati, abbandonati alla nascita, si mostra dunque nel duplice aspetto di un vuoto affettivo o di una dimensione traumatica e deteriorante, che in entrambi i casi rischia di trasformarsi nell'elemento ostativo di un percorso evolutivo sereno e funzionale.

Ecco, dunque che il vuoto affettivo lasciato dal genitore biologico viene colmato di fantasie preservanti, contaminate da elementi allucinatori e irreali in cui la rabbia sperimentata per l'abbandono viene scotomizzata a favore di un'idealizzazione adorante e devota, in cui il genitore biologico è il solo elemento a non venir distrutto.

Una condizione di pensiero prelogico e una minor sopportazione del dolore emotivo-determinate da uno stadio evolutivo immaturo- rendono più probabile l'adozione di meccanismi di difesa idealizzanti, con cui il bambino cerca di fronteggiare l'incapacità rielaborativa dell'abbandono.

Il pensiero magico svolge in questo caso una funzione assolutoria dell'oggetto d'amore perduto, salvato a dispetto del Sé.

In Francesca, il fallimento del processo di identificazione con il genitore “reale” sembrerebbe stato sostituito con l’interiorizzazione di un’immagine mentale fantastica “*madre che non c’è*”, diventata un’idealizzazione “mortifera” di un dolore abbandonico, intrusivamente insediata sotto forma di “Sé alieno”.

La ferita dell’abbandono

Gli studi sui bambini istituzionalizzati sono, nella loro drammaticità, un altro esempio di come gli esiti delle prime esperienze siano fondamentali nello sviluppo sociale e cognitivo del bambino. Da diversi studi risulta evidente che la mancanza di adeguate cure nei primi mesi di vita ha un impatto sullo sviluppo delle connessioni nervose e sul metabolismo di alcune aree del cervello. Tuttavia, il problema non è da ricercare solamente nell’assenza di cure che un individuo si “aspetta” di ricevere, ma anche il tipo di cure che riceve in alternativa dall’ambiente. La domanda quindi che potremmo porci rispetto ai bambini adottati riguarda proprio queste esperienze. *Chi hanno potuto imitare? Con chi si sono potuti “rispecchiare”?* E soprattutto qual è il modo migliore, se c’è, per sanare la ferita dell’abbandono ed offrire un legame di attaccamento “sufficientemente buono” da consentire al bambino un sano sviluppo delle competenze affettive e relazionali?

Genitorialità ed adozione

L’adozione tocca direttamente la sfera intima, sia per il bambino, sia per la coppia, che vede l’adozione come opportunità di formare un nucleo familiare.

Una delle prime difficoltà in cui si imbatte una coppia è costituita dalla costruzione dello spazio mentale per il figlio che verrà. Il desiderio del bambino “destorificato”, senza passato, spesso nasconde la paura della coppia a confrontarsi con la storia del figlio (D’Andrea, 2006).

Diversamente la storia del figlio adottato rappresenta un tassello significativo della sua identità e, quindi, non deve essere “cancellata” o negata, ma riconosciuta come un elemento fondante della sua vita. Quella storia, nell’esperienza adottiva, entrerà a far parte della storia della famiglia che lo adotterà oltre ad aiutare il bambino, futuro adulto a raggiungere la piena integrazione del Sé.

Accettare il figlio come proprio senza negarne le origini diverse e la storia, può infatti, influenzare la costruzione della rappresentazione di sé nel ruolo di genitori, dell’immagine del figlio e della percezione della propria relazione con lui. Risulta perciò di fondamentale importanza per l’evoluzione della famiglia e per l’adattamento psicosociale del figlio adottivo, il modo in cui la famiglia adottiva tratta la differenza tra sé e le famiglie naturali.

La storia di Francesca

Francesca è una giovane donna di 25 anni adottata all’età di 3 mesi.

Nasce il 23 marzo 1997 a Roma presso l’Ospedale S. Giovanni. Non riconosciuta al momento del concepimento, è stata resa adottabile da subito ed inserita in Casa Famiglia in attesa di diversa collocazione. E’ di origini asiatiche, di Laos per la precisione, ma questa informazione l’avrà in un secondo tempo e pian piano riesce a



trovare spazi per integrare il proprio sé. Decide di scrivere il suo libro³ all'età di 23 anni, spinta dal bisogno di "raccontare la sua storia...per rendere più leggero un argomento che ...è un macigno".



Il racconto e la sofferenza di Francesca ruotano tutte intorno a tre tematiche: la ricerca delle sue radici, della sua identità e il 'vuoto'.

"Non è per niente semplice cercare una storia inesistente" (ivi p.13).

Francesca riferisce che tuttora le capita di 'sentirsi a volte sola' ma adesso, dopo la ricerca di sé e la terapia, quando prova quella sensazione, cerca di ascoltarsi, di capire a cosa è dovuto, "...mi guardo dentro fino a che non sono stremata e alla fine, dentro di me, trovo la risposta"

In conclusione, l'importanza della "narrazione" della propria storia, quale senso di continuità ed integrazione tra un prima e un dopo ha contribuito al raggiungimento di un'integrazione di vissuti emotivi che hanno dato

forza e coerenza al suo senso di Sé.

Bibliografia

Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy; principles and application*. Ronald Press.
Allan N. Schore *Psicoterapia con l'emisfero destro*. Raffaello Cortina Editore, 2022.

Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Bromberg P. M. (2011) *L'ombra dello tsunami, la crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina Editore.

D'Andrea A. (2006) *I tempi dell'attesa. Come vivono l'attesa dell'adozione il bambino, la coppia e gli operatori*, Franco Angeli, Milano.

Motta F. (2021) "Giusto il tempo di arrivare", Gruppo Albatros, Roma.

Schore A.N. (1994) *Affect Regulation and the Origin of the Self, The Neurobiology of Emotional Development*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.