

55

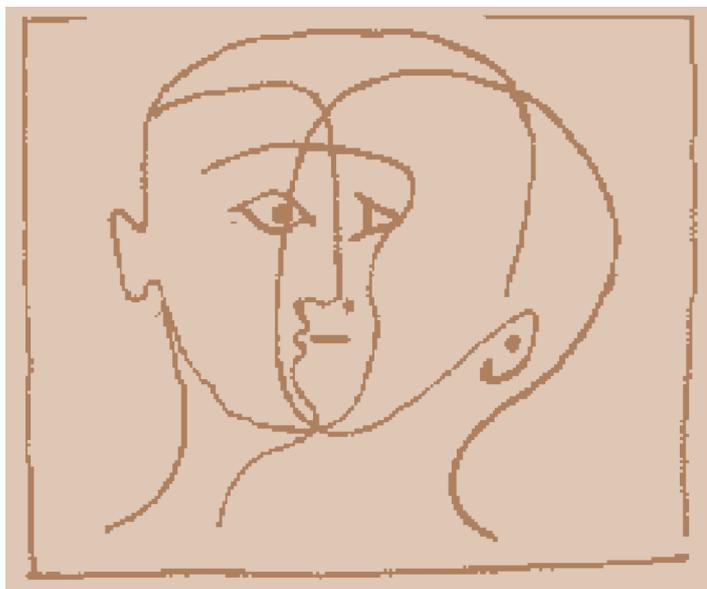
PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

DICEMBRE

2024

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli 



PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial -
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

DIRETTORE: Lorenza Isola

VICE DIRETTORE: Marco Bani, Michele Procacci

DIRETTORE RESPONSABILE: Valeria Vantaggi

COMITATO DI REDAZIONE: Stefano Ardenghi, Gabriella Catalano, Giulia Rampoldi, Barbara Renzetti, Marianna Russo, Selena Russo, Valeria Semeraro, Rosa Vitale

COMITATO SCIENTIFICO: Rita Ardito, Carlo Buonanno, Luca Canestri, Antonella Carassa, Antonino Carcione, Gabriele Chiari, Lorenzo Cionini, Livia Colle, Giovanni Fassone, Donatella Fiore, Furio Lambruschi, Andrea Landini, Giovanni Liotti†, Francesco Mancini, Chiara Manfredi, Giuseppe Nicolò, Antonio Onofri, Cristina Ortu, Susanna Pallini, Cristiana Patrizi, Roberto Pedone, Renato Proietti, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Mario Reda, Giorgio Rezzonico, Antonio Semerari, Savina Stoppa Beretta, Mariagrazia Strepparava

REDAZIONE CENTRALE: Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma, tel. 06/44704193, fax 06/44360720, e-mail: quaderni@sitcc.it

Gli articoli della Rivista sono sottoposti a referaggio

Autorizzazione del Tribunale di Torino n. 4984 del 14/10/1996 – Semestrale – Direttore responsabile: Valeria Vantaggi – Poste Italiane Spa – Sped. in abb. post. – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano – Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: GECA SRL, Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese (MI).

Publicato con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND 4.0).

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>.

ISSNe 2281-6046

Amministrazione - Distribuzione: FrancoAngeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano. Tel. +39.02.2837141, e-mail: riviste@francoangeli.it.

II Semestre 2024 – Finito di stampare nel mese di giugno 2025

Editoriale di <i>Angelo Maria Inverso</i>	pag. 5
<hr/>	
SEZIONE GENERALE – ADHD: nuove prospettive	
ADHD: un itinerario dall’attaccamento del bambino alla costruzione del significato dell’adulto di <i>Bruno Intreccialagli, Angelo Maria Inverso</i>	» 15
L’emergere della regolazione emozionale e delle funzioni esecutive nei primi tre anni di vita: traiettorie evolutive e ruolo del funzionamento genitoriale di <i>Annalisa Castagna, Laura Cordolcini, Beatrice Riva, Niccolò Butti, Rosario Montiroso</i>	» 35
ADHD in età evolutiva ed età adulta: differenze diagnostiche e fattori che concorrono a delineare il profilo del paziente di <i>Riccardo Bertaccini, Alessandra Capuozzo</i>	» 57
Differenze nei profili dissociativi tra ADHD e Disturbo da Trauma Complesso: uno studio clinico comparativo di <i>Rosario Esposito, Antonio Onofri, Eduardo Schettino, Gianpaolo Maggi</i>	» 67
Il piacere come esperienza interpersonale condivisa nella cura dei legami genitori figli. Una nuova visione per la psicoterapia per l’età evolutiva di <i>Tiziana Frau, Angelo Maria Inverso, Milena Milani, Dafna Lender</i>	» 79

SEZIONE GENERALE – Studi e ricerche

Una riflessione su come il perfezionismo può influenzare
il percorso scolastico dei bambini e degli adolescenti
di *Cristiana Patrizi, Valeria Semeraro,*
Claudia Di Giulio, Silvia Masci » 109

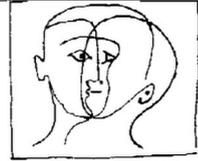
RECENSIONI

Brasini M., Giacomantonio M. (a cura di),
Comprendere la mente motivata. Teorie e strumenti
su motivazione e bisogni psicologici
di *Silvio Lenzi* » 133

Mancini F., Gangemi A., *I paradossi della psicopatologia*
di *Guyonne Rogier* » 136

Editoriale

Angelo Maria Inverso*



Dal 1980 il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) ha sostituito il Disturbo Ipercinetico nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Esso è caratterizzato sintomatologicamente dalla presenza della triade deficit di attenzione, iperattività, impulsività. I tre sintomi (anche se impulsività e iperattività sono considerate fattore unico) possono manifestarsi con diversa intensità tanto da configurare forme che richiedono uno specificatore e dover riconoscere “presentazioni prevalentemente disattente” e “presentazioni prevalentemente iperattive-impulsive”.

Le ultime edizioni del DSM-5-TR e dell’ICD-11 classificano questa condizione come Disturbo del Neurosviluppo. In questa categoria afferirebbero i disturbi caratterizzati da:

1. età precoce di insorgenza;
2. decorso relativamente persistente;
3. difficoltà cognitive associate;
4. alti livelli di co-occorrenza dei sintomi core.

Si osserva nel caso dell’ADHD che nessuno dei quattro parametri elencati permane con la necessaria costanza e generalità nella popolazione diagnosti-

* Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Studio di psicoterapia cognitiva e neuropsichiatria infantile, Corso Massimo d’Azeglio, 65 – 10015 Ivrea (TO); e-mail: am.inverso@libero.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20369

cata, tanto da giustificare l'unicità e inequivocità della condizione. Questo è vero sia relativamente alla combinazione dei sintomi principali, sia al livello di compromissione, che alle comorbidità e alle caratteristiche demografiche. Possiamo aggiungere che le differenze investono i profili sintomatologici, le traiettorie evolutive dei sintomi, i correlati biologici e neuropsicologici e gli esiti clinici. Tutto questo fa esitare nel considerare l'ADHD una condizione psicopatologica distinta o un'entità uniforme.

Sebbene tutti concordino sul fatto che l'ADHD sia il risultato di una complessa interazione di fattori biologici e contestuali (Faraone *et al.*, 2021; Sonuga-Barke *et al.*, 2023; Swanson *et al.*, 2022), l'attuale narrativa scientifica e sociale si concentra prevalentemente sui fattori biologici. Fattori contestuali come la povertà, la psicopatologia dei genitori, i traumi, il tempo trascorso davanti allo schermo, la privazione precoce, l'essere il più giovane della propria classe, ricevono un'attenzione sostanzialmente inferiore.

I fattori sociali e relazionali, come lo svantaggio economico, lo status sociale e le caratteristiche dell'accudimento familiare, sono stati trascurati e non sono nemmeno menzionati nelle varie bibliografie relative al disturbo (vedi Te Meerman *et al.*, 2022).

L'approccio riduzionistico è alimentato dall'uso di scale di valutazione che fanno riferimento a definizioni il più delle volte vaghe o ambigue che possono portare – come gli studi epidemiologici confermano – a sovradiagnosi (Kazda *et al.*, 2021) e a interventi psicologici a breve termine, con risultati ripetutamente dimostrati di modesta entità se paragonati a quelli del metilfenidato (Sonuga-Barke, 2024). La modestia di tali risultati può essere uno dei motivi importanti del massiccio incremento su scala globale dei trattamenti farmacologici (Chan *et al.*, 2023). Riguardo al consumo dei farmaci a livello globale, segnaliamo alcuni esempi, che riteniamo indicativi, riportati nello studio, rimandando i lettori alla tabella 1 dell'articolo, completa dei dati.

L'aumento complessivo del consumo medio annuo è stato del 9,72%; il consumo medio (dose giornaliera per mille bambini/adolescenti abitanti al giorno – DDD/TID) a livello globale è passato da 1,19 nel 2015 a 1,43 nel 2019. Ma se guardiamo al DDD/TID in alcuni paesi del nostro occidente il quadro è diverso e, per alcuni aspetti, allarmante:

- USA: (2015) = 107,15%; (2019) = 110,28%;
- Canada: (2015) = 74,24%; (2019) = 113,80%;
- Francia: (2015) = 3,18%; (2019) = 4,56%;
- Germania (2015) = 17,49%, (2019) 21,28%;
- Italia: (2015) = 0,23%; (2019) = 0,54% (raddoppio del consumo).

Il trattamento farmacologico ha il non banale vantaggio di essere estremamente efficace nella riduzione dei sintomi cardinali dell'ADHD a breve termine, a fronte di effetti collaterali ritenuti accettabili. Il metilfenidato (MPH) è il farmaco di prima scelta e si è dimostrato efficace nel ridurre i sintomi principali dell'ADHD rispetto al placebo (SMD (Differenza Media Standardizzata) = -0,78, da -0,93 a 0,62), dimostrandosi, tra l'altro, più accettabile del placebo e con simile tollerabilità (Cortese *et al.*, 2018). Gli studi di efficacia, tuttavia, sono gravati da limitazioni metodologiche significative tra cui il numero esiguo degli studi, l'eterogeneità dei parametri considerati, il breve periodo di follow-up, la scarsa qualità dei dati (osservazioni in prevalenza degli insegnanti e altri osservatori proxy), l'alto rischio di bias in diversi ambiti, in particolare la mancanza di un adeguato *blinding* e la segnalazione selettiva dei risultati (Storebo *et al.*, 2015). Queste limitazioni riscontrate in un primo studio di revisione si sono confermate in un aggiornamento molto più recente. In quest'ultima revisione gli autori hanno rilevato che «il metilfenidato rispetto al placebo o all'assenza di intervento può migliorare i sintomi dell'ADHD valutati dagli insegnanti e il comportamento generale nei bambini e negli adolescenti con ADHD». Gli eventi avversi sarebbero non gravi (disturbi del sonno e diminuzione dell'appetito), tuttavia, secondo la revisione, «la certezza delle prove per tutti gli esiti è molto bassa e quindi la reale entità degli effetti rimane poco chiara» (Storebo *et al.*, 2023).

A queste limitazioni si aggiungono le evidenze che ne constatano la scarsa efficacia sulle prestazioni cognitive. In un recente studio gli autori mostrano come, «utilizzando il problema dell'ottimizzazione dello zaino come rappresentazione stilizzata della difficoltà delle attività quotidiane, abbiano scoperto che il metilfenidato, la destroanfetamina e il modafinil causano una diminuzione significativa del valore dello zaino ottenuto nell'attività rispetto al placebo, anche se la probabilità di trovare la soluzione ottimale (~50%) non è ridotta in modo significativo. Lo sforzo (tempo di decisione e numero di passaggi necessari per trovare una soluzione) aumenta in modo significativo, ma la produttività (qualità dello sforzo) diminuisce in modo significativo. Allo stesso tempo, le differenze di produttività tra i partecipanti diminuiscono, o addirittura si invertono, al punto che i partecipanti con prestazioni superiori alla media finiscono per trovarsi al di sotto della media e viceversa. Quest'ultimo fenomeno può essere attribuito a una maggiore casualità delle strategie di soluzione» (Bowman *et al.*, 2023).

Benché sia ormai chiaro che gli effetti del trattamento farmacologico si perdano a lungo termine (Swanson, 2019), questo continua a essere considerato nello scenario internazionale quello di prima linea, anche per la evidenza di una scarsa efficacia dei trattamenti psicologici. Una ricerca condotta

da Daley e colleghi aveva mostrato una efficacia degli interventi cognitivo-comportamentali e di quelli sulla genitorialità, sebbene minore di quella del metilfenidato. Scrivono gli autori: «per le valutazioni effettuate da persone più vicine al contesto terapeutico (di solito non in cieco), sono stati riscontrati miglioramenti significativi nella qualità genitoriale (differenza media standardizzata [SMD] per la genitorialità positiva 0,68; SMD per la genitorialità negativa 0,57), nell'autostima genitoriale (SMD 0,37), ADHD dei bambini (SMD 0,35), problemi comportamentali (SMD 0,26), abilità sociali (SMD 0,47) e rendimento scolastico (SMD 0,28). Con valutazioni probabilmente in cieco, sono persistiti effetti significativi per la genitorialità (SMD per la genitorialità positiva 0,63; SMD per la genitorialità negativa 0,43) e i problemi comportamentali (SMD 0,31)» (Daley *et al.*, 2014).

Come possiamo osservare i risultati, già limitati rispetto all'efficacia del metilfenidato (SMD 0,78), permangono solo su alcuni parametri (non sui sintomi ADHD specifici) e con un effetto decisamente minore nella valutazione in “quasi cieco”.

Una revisione degli studi condotta da Sonuga-Barke e colleghi ha confermato il ridimensionamento dell'effetto quando i valutatori sono in situazione di “quasi cieco” (Sonuga-Barke, 2013).

Un precedente studio aveva tra l'altro constatato che: «Nei bambini con ADHD che rispondono agli stimolanti, non vi è alcun supporto per l'aggiunta di un intervento psicosociale ambizioso a lungo termine per migliorare i sintomi dell'ADHD e del disturbo oppositivo provocatorio. I benefici significativi del metilfenidato sono rimasti stabili per 2 anni» (Abikoff *et al.*, 2004).

Alla luce di quanto si è evidenziato dobbiamo riconoscere la necessità di sviluppare modalità di intervento psicoterapeutico capaci di superare l'attuale impasse.

Il problema è ancora una volta quello di differenziare, precisare e perfezionare: *differenziare* all'interno di un quadro clinico generico sub-popolazioni con caratteristiche più omogenee; *precisare* le componenti strategiche dell'intervento proposto; *perfezionare* gli aspetti tecnici per realizzare una migliore congruenza tra psicopatologia e modalità specifiche di lavoro.

Su questa strada siamo appena all'inizio.

Diremo una parola ulteriore sulla questione della prevalenza amministrativa delle diagnosi-ossia il numero di diagnosi rilasciate da servizi a esse deputati – che, come detto in precedenza, è in aumento in tutto il mondo. In Italia i dati relativi alle certificazioni per l'anno scolastico 2022-2023, possono servire da orientamento. L'ADHD è inserito in una voce che comprende anche i disturbi del comportamento. Il dato aggregato arriva al 18,1% del totale dei soggetti certificati (a fronte, ad esempio, dell'11,4% dei disturbi

affettivi e relazionali, del 31,8% dei disturbi dello sviluppo psicologico-spettro autistico e del 37,0% delle disabilità intellettive). Se però scorriamo il dato e lo riferiamo ai singoli ordini di scuola vediamo che nella scuola primaria raggiunge il 19,8% e in quella secondaria di primo grado il 21,1%. La percentuale era del 10,7% nella scuola dell'infanzia (Report ISTAT, 2024). Alla luce di tali dati ci si deve chiedere se tale incremento e la parallela crescente prevalenza dell'uso di farmaci per l'ADHD siano uno sviluppo positivo o debbano essere motivo di preoccupazione. A nostro avviso il dato è preoccupante.

Si può infine aggiungere che la visione deterministica, individualizzata e decontestualizzata dell'ADHD comporta una serie di conseguenze altamente negative. Citiamo ad esempio la convinzione da parte dei bambini, dei loro genitori, degli insegnanti e dei medici che i bambini stessi, o il loro cervello, siano i principali responsabili dei loro sintomi; che vi siano poche o nessuna speranza di miglioramento e di un futuro positivo (pessimismo prognostico); stigmatizzazione, con conseguenti difficoltà nelle relazioni sociali; uso eccessivo, oltre misura di farmaci per la dipendenza da essi (vedi Dekkers, 2024).

Con questo numero speciale di "Quaderni" ci proponiamo di contribuire all'ampio dibattito iniziato nel panorama internazionale per operare un cambiamento di paradigma.

La proposta del curatore e dei diversi autori non è orientata alla negazione di un complesso sintomatologico che si esprime con relativa costanza e costituita da disattenzione-iperattività-impulsività la cui esistenza reale è stata ripetutamente dimostrata (Willcutt 2012). Tuttavia, sebbene la prevalenza epidemiologica sia sostanzialmente costante nello spazio e nel tempo, senza particolari variazioni tra il Nord America e altre regioni globali come Europa, Asia, Africa, Sud America e Oceania (vedi Polanczyk *et al.*, 2015), il tasso di prevalenza amministrativa è fortemente disomogeneo e queste disparità non possono che essere condizionate da fattori di ordine socio-culturale. La disparità è presente sia tra diversi paesi, sia tra regioni dello stesso paese, come ad esempio negli Stati Uniti; è presente tra diversi gruppi etnici; è presente tra diverse condizioni socio-economiche (Hornborg *et al.*, 2023 per uno studio recente; Banaschewski *et al.*, 2024 per una sintesi).

Questi rilievi ci interrogano su quale sia l'esatta identità dell'ADHD e quali siano gli interventi più idonei a supportare sia il percorso di sviluppo dei bambini che sono in difficoltà per la presenza di uno o più sintomi riferibili all'ADHD, sia i problemi prodotti dalla disattenzione, impulsività, iperattività nell'età adulta.

Risulterà chiaro dai diversi contributi che, sulla scia di altri autori, il cambiamento di prospettiva comprende due diverse esigenze:

1. La necessità di una comprensione approfondita del costrutto ADHD per esplorare le dinamiche sottostanti a questo fenomeno,
2. L'urgenza di diagnosi e trattamenti centrati sulla persona, all'interno di un modello socialmente costruito, dipendente dal contesto e contingente dall'ambiente (vedi Banaschewski *et al.*, 2024; Dekkers, 2024).

L'intento dell'intero lavoro è di mettersi al servizio degli psicoterapeuti, in particolare del nostro cognitivismo. Si trascurerà tutto ciò che si trova benissimo descritto nei manuali e si farà riferimento a ciò che il terapeuta esige di sapere per una presa in carico rispettosa ed efficace dei pazienti che presentano una sintomatologia riferibile all'ADHD.

L'articolo di Bruno Intreccialagli e Angelo Maria Inverso evidenzia, attraverso una lettura interpretativa di quattro casi clinici, la rilevanza dei fattori legati all'accudimento e alla storia di vita nel sorgere e nell'evolversi dei sintomi legati all'ADHD.

Rosario Montiroso e i colleghi presentano una rassegna dei lavori più significativi che centrano la loro attenzione sulla regolazione emotiva e sullo sviluppo delle funzioni esecutive.

I fattori regolativi vanno sempre più assumendo un ruolo centrale nelle ipotesi psicopatologiche relative all'ADHD e, più in generale, negli sviluppi psicopatologici e si intersecano con gli altrettanto importanti fattori di ordine metacognitivo.

Riccardo Bertaccini e Alessandra Capuozzo si sono impegnati nella difficile impresa di indicare gli aspetti più rilevanti del disturbo in rapporto alle necessità psicoterapeutiche. Quel che lo psicoterapeuta deve sapere per ben operare è discretamente diverso da ciò che è utile alle esigenze di carattere psicofarmacologiche. Nell'articolo (e direi nell'intero numero della rivista) questo criterio – quali conoscenze sono essenziali per uno psicoterapeuta – è discriminante e fa dell'articolo un *unicum* nella letteratura relativa all'ADHD.

Rosario Esposito e i suoi colleghi espongono i risultati di una indagine preliminare sulle differenze, all'interno della stessa diagnosi di ADHD in età adulta, tra situazioni in cui sia presente una storia di traumatizzazione e situazioni che ne sono prive. Nel loro studio emergono diversità che meritano uno studio ulteriore e approfondito per il ruolo che esse possono giocare nella presa in carico terapeutica.

Gli interventi psicologici seguono nella maggioranza dei casi le proposte delle linee guida e, come abbiamo visto, raggiungono risultati molto parziali e certamente non confrontabili con l'efficacia sui sintomi dei farmaci psicostimolanti. Un tentativo di imboccare un percorso che, senza discostarsi dai

principi della terapia cognitiva, segua un diverso approccio è quello proposto da Tiziana Frau.

Tiziana sottolinea l'importanza nel lavoro terapeutico di supporto ai genitori di un approccio in seconda persona, se, nel percorso di psicoterapia, si vuole rendere il paziente consapevole delle strategie adattive utilizzate nel mantenimento dei legami, anche a quanto essi possono essere fonte di sofferenza. Tiziana lo fa proponendo una modalità che valorizza l'importanza del piacere nelle relazioni genitori-figli., secondo un approccio evolucionista, che ponga le basi condivise per metodi di trattamento coerenti. Insieme agli argomenti teorici viene presentata la conduzione di un caso clinico seguito secondo il modello di un approccio integrato basato sull'attaccamento, la Theraplay e la terapia diadica evolutiva.

Ci auguriamo che il nostro lavoro sia di aiuto e di stimolo per i colleghi ad andare oltre una generica presa in carico e un'interpretazione riduzionistica e riduttiva dell'ADHD.

Infine, grazie a tutti i colleghi della mailing list SITCC che, manifestando il loro interesse, mi hanno spinto a un lavoro di approfondimento dedicato al loro.

Grazie alla redazione di *Quaderni* che mi ha incaricato della cura di questo numero e mai mi ha fatto mancare la sua fiducia. Voglio ringraziare in modo particolare Michele Procacci, che dichiarandomi stima mi ha convinto ad assumere un incarico difficile e prestigioso e mi ha accompagnato in questo compito.

Grazie a tutti i colleghi che hanno accettato di impegnarsi in un lavoro che ha dell'originalità senza perdere il rigore.

Bibliografia

- Abikoff H., Hechtman L., Klein R.G., Weiss G., Fleiss K., Etcovitch J., Cousins L., Greenfield B., Martin D. & Pollack S. (2004). Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(7): 802-811. DOI: 10.1097/01.chi.0000128791.10014.ac.
- Banaschewski T., Häge A., Hohmann S. & Mechler K. (2024). Perspectives on ADHD in children and adolescents as a social construct amidst rising prevalence of diagnosis and medication use. *Frontiers in psychiatry*, 14: 1289157. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1289157.
- Bowman E., Coghill D., Murawski C. & Bossaerts P. (2023). Not so smart? "Smart" drugs increase the level but decrease the quality of cognitive effort. *Science advances*, 9(24): eadd4165. DOI: 10.1126/sciadv.add4165.
- Chan A.Y.L., Ma T.T., Lau W.C.Y., Ip P., Coghill D., Gao L., Jani Y.H., Hsia Y., Wei L., Taxis K., Simonoff E., Taylor D., Lum T.Y., Man K.K.C. & Wong I.C.K. (2023). Attention-

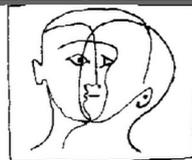
- deficit/hyperactivity disorder medication consumption in 64 countries and regions from 2015 to 2019: a longitudinal study. *EClinicalMedicine*, 58: 101780. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101780.
- Cortese S., Adamo N., Del Giovane C., Mohr-Jensen C., Hayes A.J., Carucci S., Atkinson L.Z., Tessari L., Banaschewski T., Coghill D., Hollis C., Simonoff E., Zuddas A., Barbui C., Purgato M., Steinhausen H.C., Shokraneh F., Xia J. & Cipriani A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet, Psychiatry*, 5(9): 727-738. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
- Cortese S., Ferrin M., Brandeis D., Buitelaar J., Daley D., Dittmann R.W., Holtmann M., Santosh P., Stevenson J., Stringaris A., Zuddas A., Sonuga-Barke E.J. & European ADHD Guidelines Group (EAGG) (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(3): 164-174. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.12.010.
- Daley D., van der Oord S., Ferrin M., Danckaerts M., Doepfner M., Cortese S., Sonuga-Barke E.J. & European ADHD Guidelines Group (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8): 835-847.e8475. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.05.013.
- Dekkers T.J. (2024). Commentary: Perspectives on ADHD in children and adolescents as a social construct amidst rising prevalence of diagnosis and medication use. *Frontiers in psychiatry*, 15: 1383492. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1383492.
- Faraone S.V., Banaschewski T., Coghill D., Zheng Y., Biederman J., Bellgrove M.A., Newcorn J.H., Gignac M., Al Saud N.M., Manor I., Rohde L.A., Yang L., Cortese S., Almagor D., Stein M.A., Albatti T.H., Aljoudi H.F., Alqahtani M.M.J., Asherson P., Atwoli L., ... Wang Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 128: 789-818. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.
- Hornborg C., Axrud R., Vicente R.P. & Merlo J. (2023). Socioeconomic disparities in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Sweden: An intersectional ecological niches analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (IEN-AIHDA). *PLoS One*, 18(11): e0294741. DOI: 10.1371/journal.pone.0294741.
- ISTAT (2024). Report "L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità, 2022-2023". Disponibile su: www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/Alunni-con-disabilita-as-23-24.pdf.
- Kazda L., Bell K., Thomas R., McGeechan K., Sims R. & Barratt A. (2021). Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review. *JAMA network open*, 4(4): e215335. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.5335.
- Polanczyk G.V., Salum G.A., Sugaya L.S., Caye A. & Rohde L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3): 345-365. DOI: 10.1111/jcpp.12381.
- Sonuga-Barke E.J.S. (2024). *Relazione al Congresso EUNETHYDIS, Cagliari 7 ottobre 2024*, (non pubblicata).
- Sonuga-Barke E.J., Brandeis D., Cortese S., Daley D., Ferrin M., Holtmann M., Stevenson

- J., Danckaerts M., van der Oord S., Döpfner M., Dittmann R.W., Simonoff E., Zuddas A., Banaschewski T., Buitelaar J., Coghill D., Hollis C., Konofal E., Lecendreau M., Wong I.C., ... European ADHD Guidelines Group (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American journal of psychiatry*, 170(3): 275-289. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12070991.
- Sonuga-Barke E.J.S., Becker S.P., Bölte S., Castellanos F.X., Franke B., Newcorn J.H., Nigg J.T., Rohde L.A. & Simonoff E. (2023). Annual Research Review: Perspectives on progress in ADHD science – from characterization to cause. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 64(4): 506-532. DOI: 10.1111/jcpp.13696.
- Storebø O.J., Storm M.R.O., Pereira Ribeiro J., Skoog M., Groth C., Callesen H.E., Schaug J.P., Darling Rasmussen P., Huus C.L., Zwi M., Kirubakaran R., Simonsen E. & Gluud C. (2023). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3): CD009885. DOI: 10.1002/14651858.CD009885.pub3.
- Storebø O.J., Ramstad E., Krogh H.B., Nilausen T.D., Skoog M., Holmskov M., Rosendal S., Groth C., Magnusson F.L., Moreira-Maia C.R., Gillies D., Buch Rasmussen K., Gauci D., Zwi M., Kirubakaran R., Forsbøl B., Simonsen E. & Gluud C. (2015). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11): CD009885. DOI: 10.1002/14651858.CD009885.pub2.
- Swanson J.M. (2019). Debate: Are Stimulant Medications for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Effective in the Long Term? (Against). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(10): 936-938. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.07.001.
- Swanson J.M., Rommelse N., Cotton J., Sonuga-Barke E.J.S., Jensen P.S. & Castellanos F.X. (2022). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: Pfaff D.W., Volkow N.D. & Rubenstein J.L. (eds.), *Neuroscience in the 21st Century*. Cham: Springer.
- Te Meerman S., Freedman J.E. & Batstra L. (2022). ADHD and reification: Four ways a psychiatric construct is portrayed as a disease. *Frontiers in psychiatry*, 13: 1055328. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1055328.
- Willcutt E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 9(3): 490-499. DOI: 10.1007/s13311-012-0135-8.

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

ADHD: un itinerario dall'attaccamento del bambino alla costruzione del significato dell'adulto



Bruno Intreccialagli*, Angelo Maria Inverso**

Ricevuto il 14 marzo 2025, accettato il 16 maggio 2025

Sommario

L'ADHD rappresenta attualmente un quadro sindromico complesso e articolato, probabilmente multifattoriale sia in termini patogenetici che descrittivi. Lo scopo di questo contributo è quello di considerare, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, il ruolo dell'attaccamento e dell'esperienza traumatica nella genesi della patologia. Un ulteriore obiettivo è quello di individuare il percorso attraverso il quale, da un punto di vista cognitivo, il bambino, poi l'adolescente e infine l'adulto giungono alla costruzione di un significato personale, con l'obiettivo di elaborare strategie di intervento più funzionali. In questo documento saranno presentati alcuni casi clinici con l'obiettivo di esemplificare i contenuti delle riflessioni proposte. La specificità del nostro contributo è costituito dall'elemento prospettico-prognostico. Mettiamo in risalto la rilevanza della storia di vita, in particolare degli attaccamenti traumatici, nella costruzione dell'identità e nello sviluppo psicopatologico. L'invito per i terapeuti è quello che nella strategia di presa in carico non ci si focalizzi esclusivamente sui deficit performativi e di controllo.

Parole chiave: ADHD, attaccamento, trauma.

* Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Il Centro di Psicoterapia Cognitiva, Via degli Scipioni, 237 – Roma, e-mail: texalia@tin.it

** Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Studio di psicoterapia cognitiva e neuropsichiatria infantile, Corso Massimo d'Azeglio, 65 – 10015 Ivrea (TO); e-mail: am.inverso@libero.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20370

ADHD: a journey from childhood attachment to adult meaning-making

Abstract

ADHD currently represents a complex and articulated syndromic framework, probably multifactorial in a pathogenetic as well as descriptive dimension. The aim of this contribution is to consider, in the light of current scientific knowledge, the role of attachment and traumatic experience in the genesis of pathology. The further purpose is to find the way through which, from a cognitive perspective, the child first, the adolescent then, and finally the adult arrives at the construction of personal meaning, with the aim of more functional intervention strategies. In this paper, some clinical cases will be presented to exemplify the contents of the proposed reflections. The specificity of our contribution lies in its prospective and prognostic elements. We emphasise the relevance of life history, particularly traumatic attachments, in identity construction and psychopathological development. We invite therapists not to focus exclusively on performance and control deficits in their treatment strategies.

Keywords: ADHD, Attachment, Trauma.

Introduzione

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) si manifesta attraverso tre sintomi primari: disattenzione, impulsività e iperattività (APA, DSM-5-TR). I bambini con ADHD, inoltre, incontrano spesso difficoltà nel funzionamento esecutivo (EF), funzioni cognitive di livello superiore essenziali per un comportamento orientato agli obiettivi, adattivo e flessibile. Le funzioni esecutive coinvolgono tre processi centrali:

1. l'inibizione, ovvero il controllo dell'attenzione e la soppressione delle risposte predominanti;
2. la commutazione, ovvero lo spostamento dell'attenzione da un compito all'altro;
3. la memoria di lavoro, ovvero il mantenimento e l'elaborazione delle informazioni.

I bambini con ADHD tendono a ottenere risultati peggiori nei compiti di EF rispetto ai loro coetanei (Ruiter *et al.*, 2022). L'attenzione rappresenta uno dei sintomi cardine del disturbo e sul suo deficit si è andata caratterizzando l'essenza del disturbo stesso. Questo è avvenuto sotto la spinta di diverse esigenze, ma ha trovato una giustificazione clinica negli studi di psicologi accademici, in particolare Rosco, Dykman e colleghi dell'Università dell'Arkansas, Virginia Douglas e il suo team alla McGill University. Porre

l'accento sul deficit di attenzione etichettava le difficoltà in modo da non implicare apertamente un'eziologia organica, e poteva essere indagata abbastanza agevolmente attraverso strumenti di indagine messi a punto per la ricerca (Taylor, 2011). La stessa linea è stata seguita prima dal sistema DSM che nella versione 11 dell'ICD ha modificato la precedente impostazione, che identificava il disturbo come "Sindrome ipercinetica", denominandolo "Attention deficit hyperactivity disorder" codice 6A.42 (OMS: ICD-11). Questa impostazione si è rivelata povera di risultati, sia perché non sempre i soggetti con diagnosi di ADHD mostrano primariamente un deficit di attenzione, come testimoniato dalla suddivisione in "presentazioni" che prevedono la prevalenza dell'iperattività/impulsività, sia perché mancano in molti soggetti le stigmate neuropsicologiche relative alle funzioni esecutive. Sembra ormai farsi strada la convinzione comune che il costruito ADHD rappresenti il tentativo di porre in una medesima categoria condizioni eterogenee accomunate da un complesso sintomatologico relativamente stabile (Nigg *et al.*, 2020; Sonuga-Barke *et al.*, 2023). Ne consegue che le ipotesi che si proporranno in questo articolo potrebbero essere idonee a chiarire il significato dei sintomi in una sub popolazione di soggetti con diagnosi generale di ADHD, ma non dell'intera platea.

Negli approcci cognitivi alla psicoterapia e nel cognitivismo in generale, la questione rilevante è quella del significato, in particolare per l'IO che si esprime (Bruner, 1990). Questo aspetto decisivo che contrassegna il "cognitivismo" può non essere così chiaro per chi si avvicina al soggetto in terza persona e talora per lo stesso soggetto la problematica relativa al significato (nella psicopatologia quello dei sintomi) può non essere l'elemento che spicca in primo piano, perché, ad esempio, il sollievo dalla sofferenza può essere il problema più pressante. La conseguenza operativa di questo slittamento è che l'impegno terapeutico sui sintomi sposta in secondo piano quello della ricerca del significato, modificando l'impostazione e la strategia terapeutica che vira verso approcci più propriamente comportamentali non sempre funzionali. In questo articolo si tratterà il tema dell'ADHD proprio dal punto di vista cognitivista, ossia da una prospettiva attenta al possibile significato dei sintomi che conduce a ipotesi sulla genesi e sui meccanismi di mantenimento degli stessi. Il quesito che ci siamo posti potrebbe essere come costruisce il significato personale il bambino e l'adolescente cui è stato diagnosticato un ADHD? Consapevoli di essere ancora lontani dal trovare una risposta soddisfacente a questo interrogativo verranno presentati casi clinici con l'obiettivo di stimolare interrogativi e formulare ipotesi esplicative.

Elena

Viene a visita la minore Elena, 17 anni. Frequenta, anzi dovrebbe frequentare, per la seconda volta il terzo anno del liceo delle scienze umane. La visita avviene a completamento di un colloquio avuto con entrambi i genitori, due settimane prima in cui la coppia genitoriale ha raccontato la difficoltà attuale della figlia e soprattutto la sua storia, segnata sin dal periodo appena successivo alla sua nascita, da un lutto importante (la scomparsa del fratello della madre in un incidente automobilistico e il disagio dovuto al trasferimento del marito per motivi di lavoro). Dal racconto si ipotizza un attaccamento disorganizzato nel rapporto madre-figlia (Liotti, Intreccialagli *et al.*, 1991). I genitori descrivono Elena come una ragazza e prima una bambina sempre irrequieta, eccessivamente vivace, disattenta, incontenibile sin dalla scuola materna. Soltanto l'attività fisica, il nuoto, sembrava placarla, anche se la totale assenza di disciplina non le aveva consentito di ottenere risultati alla portata delle sue potenzialità. Elena poteva nuotare ininterrottamente per ore. Viene ipotizzato un ADHD, mai diagnosticato, rispetto al quale i genitori sembrano improvvisamente illuminarsi.

Al colloquio Elena si guarda inquieta intorno, con uno sguardo che alterna fissità a frequenti movimenti oculari. Quando incontra lo sguardo dei genitori preoccupati per le sue condizioni e per i quattro ricoveri negli ultimi sei mesi a causa di reiterati comportamenti autolesivi, sembra dissociarsi per qualche secondo in una specie di assenza.

Elena è di statura media, modicamente sovrappeso, vestita e truccata con ricercatezza eccentrica, comunque adeguata agli stilemi della moda attuale e compatibili con la sua generazione.

Verosimilmente in assenza di trucco dimostrerebbe meno della sua età anagrafica. Accede al colloquio sufficientemente collaborativa, atteggiamento che permane e non sembra modificarsi all'assenza dei genitori. Comunica ansietà, frustrazione e diffusa percezione di inadeguatezza, aspetti che a suo dire si attenuano con il comportamento autolesivo reiterato. È attualmente seguita dal Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione per l'Età Evolutiva (TSMREE) della sua zona abitativa che ha dato indicazioni per terapia farmacologica e intervento psicoterapico che sta tuttora praticando. Dopo l'ultimo ricovero è stata dimessa con la terapia farmacologica che attualmente assume che consiste in Sali di Litio a rilascio prolungato 124,5 mg, Lurasidone 111 mg, Alprazolam 1 mg tre volte al giorno e Pantoprazolo 40 mg al mattino.

Tale terapia farmacologica insieme all'intervento psicoterapeutico, a detta dei genitori e secondo quanto conferma la paziente non sembra aver modificato ansietà, frustrazione e inadeguatezza nonché il comportamento autolesivo, ma solamente indotto una costante sonnolenza e affaticamento. Tutto questo contribuisce a rendere

impossibile la frequenza scolastica e, più in generale, la gestione della quotidianità, oltre ad aver determinato amenorrea, un considerevole aumento di peso, iperprolattinemia e ipotiroidismo.

Elena riferisce che parte della quota di ansia sembra attenuarsi con l'assunzione di cannabis. È inoltre presente una deflessione dell'umore insieme a un'alterazione del ritmo sonno-veglia insorta all'inizio dell'adolescenza e peggiorata tre anni or sono durante il *lockdown*, periodo durante il quale è iniziato il comportamento autolesivo ispirato dalla frequentazione della rete. Oltre all'assunzione di cannabis, assume saltuariamente alcool, sia in contesti condivisi che solitari. Vengono inoltre riferiti episodi di depersonalizzazione e derealizzazione.

Sulla base degli elementi emersi durante il colloquio, si decide, senza successo, di contattare il TSMREE per valutare congiuntamente l'intervento farmacologico e un eventuale intervento psicoterapeutico più mirato al problema presentato. Migliore esito ha il tentativo di contattare la psicoterapeuta, che appare accogliente e disponibile, pur non essendo stato possibile comprendere il suo obiettivo terapeutico e il tipo di intervento praticato.

Viene deciso di scalare la terapia farmacologica sino a quel punto praticata, sostituirla gradualmente con un antidepressivo ad azione dopaminergica e noradrenergica, l'assunzione di regolatori dell'umore, e fornite indicazioni per un nuovo percorso psicoterapeutico centrato su quello che sembra essere il problema, disregolazione dell'umore in adolescente con verosimile ADHD non diagnosticato.

Nell'arco di qualche mese i risultati, iniziata una nuova psicoterapia, sono sorprendenti, Elena torna a frequentare regolarmente la scuola, seppur inserita in un percorso didattico facilitato, scomparso il comportamento autolesivo, migliorata la quotidianità e il funzionamento emotivo.

Laura

Alcuni anni or sono viene a visita Laura, appena dodicenne, della quale i genitori riferiscono la graduale insorgenza di allucinazioni uditive e comportamenti bizzarri insorti a seguito di una protratta terapia farmacologica con metilfenidato per una diagnosi di ADHD risalente ad alcuni anni prima. La paziente è seguita da un TSMREE di cui i genitori lamentano, nonostante la disponibilità degli operatori, anche una difficoltosa modalità pratica nella gestione degli appuntamenti, ragione per la quale si rivolgono a un professionista privato. Viene decisa la sospensione del metilfenidato e l'assunzione di un basso dosaggio di Risperidone che risolve rapidamente il quadro clinico e che nell'arco di sei settimane viene sospeso. La coppia genitoriale decide di far seguire la figlia da una neuropsichiatra che ha provveduto a contattare.

Rivedo i genitori di Laura dopo cinque anni e mi raccontano di un copioso curriculum di trattamenti e di ricoveri cui è andata incontro la figlia. A volte la possibilità di seguire un paziente nel suo percorso evolutivo configura una grande risorsa della nostra attività professionale, consentendoci osservazioni cliniche che non sempre è possibile effettuare nei servizi territoriali, dove gli operatori sono spesso soggetti a turn-over e altre assegnazioni nella loro attività assistenziale.

Raccontano che cinque anni fa, dopo sei mesi di incontri con la neuropsichiatra che l'aveva seguita in psicoterapia e grazie al quale era seguito un periodo di benessere durato circa due anni, Elena aveva iniziato un periodo di estrema instabilità e disregolazione, assunzione di sostanze, frequentazioni promiscue, comportamenti autolesivi ragione per la quale si erano rivolti di nuovo ai servizi territoriali e subito tre ricoveri. La terapia farmacologica attuale consisteva in Olanzapina e Gabapentin. Al termine del colloquio durante il quale non era emersa alcuna richiesta se non un velato riferimento al fatto che ci sarebbe stato dell'altro di cui avrebbero voluto parlare, viene concordato un nuovo incontro. Durante il quale emerge il segreto. Laura è stata adottata a un anno di vita dopo il doloroso intervento dei servizi sociali che l'avevano allontanata dalla madre biologica, che viveva oltre i confini delle regole sociali. Tale segreto era stato rivelato alla figlia durante il percorso psicoterapeutico con la neuropsichiatra e sembrava essere stato sufficientemente elaborato.

Anche in questo caso chi scrive ha ipotizzato un attaccamento traumatico disorganizzato che potrebbe essere stato l'innescò dell'ADHD della bambina, nonostante l'atteggiamento accudente della coppia adottiva (per una buona rassegna si consulti Barone *et al.*, 2013). Anche in questo caso come in quello di Elena l'intervento farmacologico è consistito nella sospensione del neurolettico e nella somministrazione di un antidepressivo insieme al regolatore dell'umore, e l'inizio di un nuovo percorso psicoterapeutico a orientamento sensomotorio con risultati molto positivi.

Mattia

Mattia è un ragazzo di 20 anni inviato dalla terapeuta della madre quasi sessantenne, in terapia da sempre per un disturbo del comportamento alimentare, tuttora presente con sporadiche remissioni, sin dall'adolescenza. Frequenta l'ultimo anno di un istituto parificato dopo aver perso due anni in un liceo artistico statale. Il papà di Mattia di ventidue anni più grande della moglie, appartenente a una famiglia molto benestante, è venuto a mancare circa dieci anni prima. La coppia non ha avuto altri figli e la mamma, figlia unica, ha genitori molto anziani. Mattia presenta

notevoli difficoltà di concentrazione e di irrequietezza motoria, cosa che maschera un profondo stato depressivo e rende problematica la frequentazione scolastica compromettendone gravemente il rendimento. Tali problemi, presenti sin dall'infanzia, non sono mai stati diagnosticati clinicamente, essendo vissuta la famiglia in un contesto di privilegio da un lato e di sconcertante trascuratezza dall'altro. Non viene riferito l'utilizzo di sostanze. Non c'è stata alcuna presa in carico di ordine psicologico nel corso degli anni precedenti. *“Solo la mamma ha diritto ad avere un problema”* dirà con sarcasmo Mattia in un colloquio effettuato insieme alla madre. Durante uno dei primi colloqui avvenuto alla presenza della madre appare evidente l'invischiamento tra le due figure, con Mattia che sembra avere un atteggiamento accudente per poi assentarsi e riorientarsi muovendosi nervosamente sulla sedia e guardando ovunque nella stanza. Non sembra possedere istruzioni per l'uso di una condizione di autonomia e la mamma non sembra in grado né motivata a fornirle. Le uniche figure significative disponibili sembrano essere i genitori di un compagno di scuola frequentato nell'ultimo anno, cosa che suscita la puntuale gelosia della madre. Mattia appare un giovane sensibile, colto, informato, con poche risorse relazionali e una educazione sentimentale incompleta, approssimativa e occasionale vissuta attraverso i social.

La diagnosi di ADHD viene confermata dal BAARS-IV. Viene seguita dall'assunzione di Atomoxetina cosa che facilita nei mesi successivi il completamento delle scuole superiori. Mattia è sempre venuto volentieri in seduta, è probabile che abbia trovato nel terapeuta una figura genitoriale vicaria che è stato molto importante modulare con attenzione. I colloqui hanno riguardato la pianificazione dell'attività quotidiana e le scelte per il futuro, che si è concretizzata nell'iscrizione al DAMS con buoni risultati. Al momento Mattia è seguito in un doppio setting, individuale e di gruppo e continua ad assumere Atomoxetina.

Il caso di Mattia certamente meno drammatico e apparentemente meno problematico nel suo sviluppo solleva una serie di interrogativi. Quale sarebbe stato il suo percorso psicopatologico se fosse cresciuto in un ambiente socialmente più degradato? E cosa sarebbe accaduto al contrario se Mattia si fosse trovato in un ambiente familiare meno benestante ma più attento e validante? E quale è stata la portata patogenetica del disturbo del comportamento alimentare restrittivo della madre presente dalla sua adolescenza e interrotto di fatto solo nel periodo della gravidanza? E la presenza attiva di un padre, seppur anziano, avrebbe consentito a Mattia uno sviluppo funzionale? Ha senso ipotizzare anche in questo caso una disorganizzazione dell'attaccamento? Se sì, che portata potrebbe aver avuto nella problematica dissociativa di Mattia?

ADHD e relazione di attaccamento-accudimento

La pratica clinica e la ricerca suggeriscono la presenza di fattori non genetici nella storia clinica dei pazienti con diagnosi di ADHD, tuttavia una ricerca Pubmed sull'*ADHD e la relazione con genetica, geni o ereditarietà* effettuata il 3 marzo 2022 ha numerato un totale di 46.994 articoli pubblicati tra il 1990 e il 2022, mentre la ricerca sulle circostanze psicosociali avverse e sulla presenza di stress elevato nelle famiglie in cui questi bambini crescono è scarsa rispetto a quelle che puntano l'obiettivo sulla organicità (Erlandsson *et al.*, 2024).

Nell'interpretare il ruolo degli evidenti fattori di ordine psicosociale nella storia clinica dei soggetti con diagnosi di ADHD predomina la teoria che considera la presenza di questi fattori come una conseguenza di *Deriva sociale* piuttosto che come una *Causalità sociale* – le due ipotesi principali per spiegare la relazione tra disturbo psichiatrico e svantaggio sociale. Questa preferenza per l'ipotesi di una deriva sociale risulta ovvia in quanto conseguente alla concettualizzazione dei sintomi come aspetti di una sindrome genetica. In questo tipo di ragionamento le condizioni sociali diventano, attraverso fattori di mediazione, una variabile dipendente piuttosto che una causa dei sintomi (Draine, 2013). L'ovvia conclusione di questa interpretazione è che lo svantaggio sociale sia esso stesso il risultato di una tara ereditaria.

In sostanziale correzione o attenuazione dell'ipotesi genetica, la ricerca ha dimostrato la presenza di fattori legati alle circostanze di vita dei bambini.

Se guardiamo ai rapporti tra ADHD e disturbi psicopatologici legati all'accudimento, si può rilevare la somiglianza tra i comportamenti socialmente impulsivi associati all'ADHD e il comportamento disinibito presente nel Disturbo disinibito dell'impegno sociale. In effetti, i dati del Bucharest Early Intervention Study hanno trovato un'associazione significativa tra i sintomi dell'ADHD e il disturbo disinibito dell'impegno sociale (Gleason *et al.*, 2011). Gli autori non si sbilanciano nell'interpretazione di queste similarità. L'articolo citato esclude che nell'ADHD sia da riconoscere una popolazione in cui l'origine dei sintomi è di natura traumatica e tra i sintomi vi sarebbe invece solo una similitudine che non sottende alcuna identità di natura. Dall'articolo, però, non risulta chiaro come sia stata effettuata questa esclusione.

Dagli studi sull'attaccamento nell'ADHD si possono evidenziare alcune importanti indicazioni.

Uno studio autorevole dimostra che solo una percentuale inferiore al 10% dei bambini con diagnosi di ADHD ha un attaccamento sicuro (Storebø *et al.*, 2012).

La correlazione tra attaccamento insicuro e ADHD è dimostrata anche in studi più recenti.

Ad esempio, in uno studio di confronto tra un campione di soggetti con diagnosi di ADHD secondo il DSM-IV e soggetti di controllo su tre misure rappresentative che valutano gli *internal working models of attachment* e le caratteristiche del Sé, ha trovato un sostegno consistente all'ipotesi che l'ADHD sia associato all'insicurezza dell'attaccamento. Si è rilevato che il gruppo ADHD ha ottenuto punteggi più bassi in tutte e tre le misure. In particolare si evidenziano le caratteristiche di uno stile di attaccamento ansioso-ambivalente o disorganizzato (Clarke *et al.*, 2002).

Possiamo citare, ancora, uno studio che valuta le rappresentazioni di attaccamento nei bambini con diagnosi di ADHD rispetto ai loro coetanei con sviluppo tipico. Da questo studio è risultato inequivocabilmente che, dopo aver controllato i confronti multipli, i bambini con ADHD avevano rappresentazioni dell'attaccamento meno sicure e più ambivalenti e disorganizzate rispetto ai loro coetanei con sviluppo tipico. Queste differenze di gruppo erano indipendenti dalla comorbidità con l'ODD e dal livello di istruzione dei genitori (Dekkers *et al.*, 2021).

Riguardo al pattern disorientato-disorganizzato, Franke e colleghi hanno rilevato che «La distribuzione delle rappresentazioni dell'attaccamento nei bambini con ADHD differisce sostanzialmente da quella dei bambini senza ADHD. La bassa frequenza della rappresentazione dell'attaccamento sicuro in questi bambini è altrettanto evidente dell'alta frequenza della rappresentazione disorganizzata». Aggiungono gli autori: «Confrontare le distribuzioni dell'attaccamento in modo descrittivo non può ovviamente implicare alcuna causalità, tuttavia questi risultati evidenziano il ruolo che l'attaccamento disorganizzato potrebbe avere in relazione all'ADHD. Il fatto che questa rappresentazione dell'attaccamento costituisca un terzo del totale delle rappresentazioni dell'attaccamento nel campione di bambini con ADHD deve far supporre che entrambi i costrutti siano in qualche modo interconnessi». Infine annotano che «L'espressione dell'ADHD è più bassa nei bambini con attaccamento sicuro; nei bambini insicuri ed evitanti è leggermente più alta; l'espressione più alta, tuttavia, è nei bambini con attaccamento disorganizzato».

Una limitazione dello studio è costituita dalla presenza nel campione di una prevalenza di presentazione disattenta (Franke *et al.*, 2017).

Una indagine meta-analitica molto recente che riassume i risultati di 26 studi trasversali e longitudinali che valutavano le correlazioni tra gli stili di attaccamento e le caratteristiche dell'ADHD in bambini e adolescenti, rileva nella letteratura una convergenza di risultati.

Scrivono gli autori: «I risultati mostrano che l'attaccamento insicuro ha evidenziato correlazioni significative con i sintomi di disattenzione e iperattività dell'ADHD». L'attaccamento Dismissive/avoidant è stato associato a caratteristiche di disattenzione. L'attaccamento Ambivalent/preoccupied è risultato correlato ai sintomi di iperattività. L'attaccamento Disorganizzato è stato associato a sintomi di disattenzione (Cavicchioli *et al.*, 2022).

In uno studio, specificamente orientato a valutare l'effetto della disorganizzazione dell'attaccamento sui sintomi ADHD, si è dimostrato che la disorganizzazione dell'attaccamento e il funzionamento esecutivo erano indipendentemente correlati ai sintomi dell'ADHD, anche quando si utilizzavano i problemi di condotta come covariante. I risultati hanno mostrato che i deficit di funzionamento esecutivo erano significativamente correlati alla disorganizzazione dell'attaccamento, ma non all'insicurezza dell'attaccamento. Si evidenzia inoltre, che i sintomi dell'ADHD erano principalmente correlati alla disorganizzazione dell'attaccamento e non ai pattern insicuri dell'attaccamento. Ha sciolto anche il dubbio che il funzionamento esecutivo fosse il mediatore tra la disorganizzazione dell'attaccamento e i sintomi dell'ADHD. I risultati delle analisi di regressione mostrano infatti come i deficit di funzionamento esecutivo e la disorganizzazione dell'attaccamento contribuiscono in modo indipendente alla varianza dei sintomi dell'ADHD. Gli autori hanno infine concluso, che la disorganizzazione dell'attaccamento ha un effetto significativo sui sintomi dell'ADHD, indipendentemente dal funzionamento esecutivo e dai problemi di condotta. Per gli autori risultava evidente che l'attaccamento genitore-bambino è un fattore che deve essere considerato con più attenzione e dovrebbe essere incluso negli studi ancora necessari alla comprensione dello sviluppo dell'ADHD (Thorell *et al.*, 2012).

Sappiamo con certezza, infine, che trauma e attaccamento influenzano entrambi lo sviluppo cerebrale, ma come Richard osserva, i fattori psicosociali sono stati trascurati nella costruzione del paradigma dominante dei sintomi dell'ADHD, che è esclusivamente genetico (Richards, 2013).

Possiamo aggiungere, in conclusione e più in generale, che i modelli di interazione precoce nei bambini a 6 mesi sono un predittore più potente di distraibilità e iperattività rispetto ai fattori biologici o di temperamento (Carlson *et al.*, 1995).

Trauma e ADHD

Tatyana

Questo caso, pur con evidenti analogie rispetto ai precedenti, presenta caratteristiche che richiedono una presentazione più articolata.

Nel 2004, al momento della prima visita Tatyana, detta Taty ha 13 anni, dimostra molto meno della sua età, ha dei lineamenti orientali dissonanti con la sua etnia di appartenenza caucasica. Frequenta per la seconda volta il primo anno della scuola media inferiore. Appare estremamente vivace, in continuo movimento, tocca tutti gli oggetti dello studio, li sposta, rimane seduta per qualche secondo poi si alza; inutilmente la madre, con tono perentorio, cerca di contenerla. Il suo sguardo è costantemente fluttuante, a poco valgono i tentativi di entrare in contatto con lei, sembra dare ascolto unicamente alla sorella coetanea, Irina, pacata, lievemente ipomimica. Entrambe sono state adottate quattro anni prima con una adozione internazionale, non sono biologicamente sorelle, provengono da un paese dell'est europeo.

La coppia genitoriale aveva iniziato la procedura adottiva per una sola bambina sei anni prima, ed era stata loro proposta in affidamento Irina, orfana di entrambi i genitori deceduti in un incidente stradale. Al momento della adozione era stata, con una forzatura nella procedura a volte frequente nel mondo adottivo, proposta anche Taty, in quanto le due bambine apparivano molto legate tra loro, praticamente inseparabili, Irina appariva premurosa e accudente nei confronti di Tatyana, molto vivace e irrequieta.

I primi anni in Italia delle due bambine si era svolta con le prevedibili difficoltà di inserimento in un nuovo ambiente comunque accogliente, l'apprendimento della lingua e la frequentazione della scuola elementare in un istituto religioso non sembravano aver rappresentato un problema. Irina era sempre disponibile nei confronti della sorella, costantemente ipercinetica e con notevoli difficoltà sul piano dello studio, sostenuta, forse più che dai genitori e dagli insegnanti, proprio da Irina che svolgeva un ruolo di mediazione insostituibile con la coppia genitoriale, la madre in particolare e con il resto del mondo. Taty, per la quale era stata proposta una diagnosi di ADHD, presenta comportamenti inspiegabili, ad esempio in auto con i genitori, quando ci si fermava a una stazione di servizio per rifornirsi di carburante, poteva spalancare la portiera e mettersi a correre all'impazzata.

Con l'ingresso di entrambe nella scuola media inferiore si erano amplificate le difficoltà di apprendimento di Taty, la quale nel frattempo aveva avuto la prima mestruazione. Il corpo docente aveva consigliato la ripetizione dell'anno, di fatto realizzando una parziale separazione tra le due bam-

bine e alimentato l'irrequietezza e la problematicità di Taty per la quale i genitori, dietro anche le pressioni degli insegnanti, decisero di chiedere una consulenza.

Quasi dieci anni prima, da poco superata la quarantina, il papà adottivo delle due bambine aveva effettuato un soddisfacente percorso psicoterapeutico per un disturbo depressivo in comorbidità con un disturbo di personalità di cluster C, orientato in senso evitante/ossessivo dopo l'ennesimo fallimento di una relazione affettiva. Durante la psicoterapia, aveva iniziato una relazione con una collega di lavoro coetanea a suo dire molto vivace e spigliata, poco propensa a una maternità che poi sarebbe diventata la sua compagna di vita e avviato un inatteso percorso di genitorialità sfociato nel progetto dell'adozione. Sulla base del buon ricordo del trascorso psicoterapeutico e delle tematiche affrontate, chiese una consulenza per Taty che di fatto assunse connotazioni di una seduta familiare. Nei colloqui successivi venne proposta una psicoterapia da effettuare con una terapeuta formatasi in ambito sistemico e con una competenza nell'area ADHD, in accordo con quanto ipotizzato subito dopo l'adozione.

La psicoterapia di Taty

Il percorso psicoterapeutico iniziò con difficoltà, Taty appariva sempre poco gestibile, la frequenza scolastica era molto discontinua, finalizzata essenzialmente a incongrui approcci seduttivi con ragazzi degli anni superiori. La disregolazione emotiva e fisica si faceva sempre più preoccupante, anche in ambito familiare. La perdita del contatto costante con Irina, che frequentava una classe superiore, sembrava avere reso più complicato anche il rapporto con la madre adottiva, con emersione di aspetti sempre più conflittuali. La collega mi contattò per una supervisione, durante la quale emerse la possibilità che la ragazza fosse affetta da un disturbo post traumatico complesso in accordo con l'interesse che in quel periodo si stava sviluppando in ambito cognitivo-evoluzionista per questa patologia, grazie al contributo di Giovanni Liotti. La collega parlava di confusa riemersione di frammenti disorganizzati, non coesi nella narrazione di Taty, dei quali vennero informati i genitori in un intento di condivisione e in una prospettiva di integrazione. La crescente preoccupazione destata dal comportamento della ragazza motivò la coppia genitoriale a contattare nuovamente attraverso il canale dell'adozione internazionale l'istituto nel quale era stata ospitata. Forzando con insistenza la reticenza a fornire indicazioni sugli anni di vita precedenti l'adozione, emerse una dolorosa seppur prevedibile storia di traumi e di abusi. Taty era arrivata

in istituto dopo l'arresto della madre e della nonna materna finite in carcere per l'omicidio del padre, verosimilmente non biologico, etilista, che abusava di lei e maltrattava le due donne in un contesto familiare e sociale fortemente degradato. L'omicidio era avvenuto in casa, alla presenza della bambina. Le due donne dopo aver narcotizzato e immobilizzato l'uomo, lo avevano coperso di benzina. Nell'incendio dell'abitazione che ne era seguito, a stento nonna madre e bambina avevano trovato salvezza nella fuga.

Lo svelamento fornì a tutti, genitori e terapeuti, una chiave di lettura delle problematiche osservate in Taty e con molta pazienza consentì alla terapeuta di ricucire in un continuum narrativo frammenti nell'identità e nella memoria della giovane paziente, ma ancora di più suscitò nella madre adottiva, seppur per un periodo temporaneo, un atteggiamento fortemente accudente ed empatico, visto che anche lei non aveva conosciuto il padre biologico e aveva memoria di essere stata infastidita durante l'adolescenza dal compagno della madre. Irina non parve particolarmente turbata dal progressivo svelamento, per lei che aveva verosimilmente avuto una coppia genitoriale normale che la vita le aveva portato via, esistere era una continua battaglia dove puoi contare esclusivamente su te stessa, fermo restando di potersi concedere un po' di cura dell'altro, ma solo nel tentativo di raccogliere briciole di gratitudine e di affetto. Visite mediche accurate stabilirono una mancata corrispondenza tra età anagrafica ed età biologica, verosimilmente Taty aveva due anni più di quello che i documenti indicavano.

La psicoterapia con la terapeuta continuò per alcuni anni, accompagnò Taty alle superiori, consentì una accettabile normalizzazione familiare e si concluse dopo aver raggiunto una insperata stabilità. Chi scrive continuò a collaborare con la collega e a incontrare la coppia nella finalità di un sostegno genitoriale. Fino a una nuova tragedia. Dopo aver, seppur con difficoltà, ottenuto il diploma in un istituto professionale, all'età anagrafica di ventidue anni Taty perde la sorella che nel giro di pochi mesi viene a mancare per una leucemia mieloide fulminante (Chernobyl?). È un lutto che lascia la famiglia attonita e che Taty vive con un senso di ingiustizia insanabile che la porta, ormai adulta, a una condotta nuovamente instabile. Diversa rispetto a quella di quasi dieci anni prima, con una componente di rabbia auto ed eterodiretta soprattutto in condizione di prossimità affettiva. Madre e figlia non riuscivano ad affrontare l'esperienza dolorosa ed elaborarla in modo condiviso. L'instabilità di Taty e la difficoltà della madre adottiva di pensare alla mente dell'altro non consentiva il processo di elaborazione del lutto, che risultava essere un nuovo trigger traumatico che produsse aspetti dissociativi. Taty iniziò ad assumere alcool e sostanze che si procurava con comportamenti oltre i margini della legalità e che mettevano a rischio la sua incolumità in un inten-

to francamente distruttivo che paradossalmente sembravano restituire continuità alla sua narrazione. I genitori contattarono di nuovo lo staff terapeutico e Taty accettò prima la consulenza del SERD, poi un ricovero in casa di cura, e infine il soggiorno in comunità terapeutica nella quale portò a conclusione un programma di riabilitazione durato due anni. Terminato il quale, seppur con fatica, riuscì a inserirsi nuovamente nel tessuto sociale, trovando occupazione come parrucchiera, come commessa di supermercato e iniziando un percorso formativo (poi interrotto) in ambito infermieristico, continuando comunque a vivere una esistenza in parte disregolata seppure meno a rischio della precedente.

Taty è ormai vicina alla trentina, probabilmente l'ha superata, i genitori adottivi sembrano volersi disimpegnare nei suoi confronti, hanno raggiunto l'età della pensione e ritengono di aver fatto abbastanza per la figlia, che riprende il percorso terapeutico con la terapeuta che l'aveva iniziata a seguire quasi vent'anni prima e con lo psichiatra che la affianca con un intervento farmacologico. Si svincola dal nucleo familiare adottivo, vive con due amiche in un quartiere popolare distante anche geograficamente da quello dei genitori, lavora in un supermercato. La terapia è tuttora in corso.

Maltrattamento, trauma, disorganizzazione e ADHD

L'associazione tra ADHD e maltrattamento è documentata da moltissimi anni (Van der Kolk *et al.*, 1987). Numerose ricerche ne evidenziano la rilevanza, Pliszka e colleghi (Pliszka *et al.*, 2007) e Cohen (Cohen *et al.*, 2010) si soffermano sui parametri per l'assessment nel riconoscere e trattare l'ADHD, quando sia presente una coesistenza di disturbo post-traumatico da stress, mentre Szymanski e colleghi sottolineano la necessità di discernere attraverso una prospettiva clinica le componenti sostanziali delle diverse condizioni (Szymanski *et al.*, 2011). Ultimamente la correlazione è confermata in una review molto ampia e particolareggiata (Craig *et al.*, 2022).

In quest'ultima revisione si evidenzia che «I tassi di comorbilità tra ADHD e maltrattamento sono risultati simili in questi campioni internazionali, evidenziando l'associazione coerente tra ADHD e maltrattamento in tutte le culture. Inoltre, i tassi di comorbilità concomitante erano coerenti dall'infanzia all'adolescenza, dimostrando la solida relazione tra ADHD e maltrattamento nel corso dello sviluppo».

Gli autori annotano nelle implicazioni cliniche che «I nostri risultati evidenziano le raccomandazioni di precedenti revisioni cliniche secondo cui la valutazione dell'ADHD richiede la valutazione del maltrattamento da parte

di più informatori. Va notato che questo non è attualmente raccomandato come parte dei parametri di pratica AACAP per l'ADHD». E, successivamente «La ricerca degli ultimi 10 anni ha replicato i risultati precedenti, mostrando un'associazione tra ADHD e maltrattamento. Questa associazione, tuttavia, non affronta le sfumature del trattamento clinico necessario per sostenere i bambini con ADHD in comorbilità e maltrattamento. Nel contesto del maltrattamento, i sintomi dell'ADHD devono essere trattati insieme al trauma. Allo stesso modo, nel contesto dei bambini con ADHD, una storia di maltrattamento deve essere trattata insieme all'ADHD. I trattamenti basati sull'evidenza per l'esposizione al maltrattamento si concentrano sull'intervento psicosociale per costruire o riparare la relazione genitore-bambino. Per contro, il trattamento dei bambini in età scolare con ADHD suggerisce l'intervento farmacologico e il supporto ai genitori (ad esempio, psicoeducazione, training di gestione dei genitori) come intervento di prima linea. Dal punto di vista farmacologico, non sappiamo se i bambini che sono stati maltrattati e soddisfano i criteri diagnostici per l'ADHD abbiano lo stesso profilo o la stessa risposta agli stimolanti. Dal punto di vista terapeutico, non sappiamo se gli interventi per il trattamento dei sintomi associati al maltrattamento siano in grado di attenuare la gravità dei sintomi ADHD co-occorrenti. Nei bambini con ADHD e una storia di maltrattamento, può essere importante considerare sia l'ADHD che il maltrattamento nella pianificazione del trattamento. Diversi studi della nostra revisione hanno esaminato i correlati clinici, in particolare l'aggressività, come esiti dell'ADHD e del maltrattamento. È interessante notare che i risultati suggeriscono un effetto additivo dell'ADHD e del maltrattamento sull'aggressività, sugli arresti e sulle tentazioni di suicidio. Questi legami rafforzano la necessità di future ricerche su interventi specifici per l'ADHD nel contesto del maltrattamento» (Craig *et al.*, 2022).

I motivi di tale associazione possono essere molteplici e la relazione tra le due condizioni probabilmente rinvia a ipotesi di dinamiche comprensibili e spiegabili nel quadro di teorie della complessità sulle quali questo lavoro non ha lo spazio per soffermarsi.

Tra le possibili spiegazioni di tale co-occorrenza segnaliamo, da un lato come il maltrattamento sia spesso associato a deficit neuropsicologici nella regolazione delle emozioni e nel funzionamento esecutivo, che sono correlati o sovrapposti del tutto ai sintomi dell'ADHD. Numerosi sono gli studi che confermano tale co-occorrenza con diagnosi legate al maltrattamento, come il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo reattivo dell'attaccamento (Minnis *et al.*, 2009; Dahmen *et al.*, 2012; Weiss *et al.*, 2019). Esistono, in secondo luogo, evidenze che suggeriscono che l'esposizione al maltrattamento,

e i conseguenti sintomi di PTSD, possano esacerbare i sintomi dell'ADHD (Weinstein *et al.*, 2000). Infine, i sintomi dell'ADHD comportano spesso problemi interpersonali e di regolazione che mettono i bambini con ADHD a rischio di genitorialità severa o di maltrattamento (Ford *et al.*, 2002).

Tra l'altro i genitori con ADHD possono non possedere le capacità di co-regolazione necessarie per essere genitori di un bambino con ADHD e quindi avere una maggiore tendenza a reagire ai propri figli in modo disregolato e impulsivo (Williamson *et al.*, 2017).

Alcune considerazioni sul processo psicopatologico di Taty e un'ipotesi "generalizzante"

È verosimile che al momento della prima osservazione Taty presentasse un ADHD, indipendentemente dal fatto che la sua età anagrafica non coincidesse con quella biologica, cosa che per altro a distanza di anni fornisce una comprensibile lettura di alcuni comportamenti adolescenziali disregolati erroneamente attribuibili a un periodo di sviluppo infantile. È altresì ipotizzabile che abbia avuto una storia di attaccamento traumatico, sul quale le esperienze di vita successive avranno contribuito a ostacolare una continuità narrativa e una costruzione dell'identità.

In accordo con quanto proposto da Liotti riteniamo che la disorganizzazione dell'attaccamento, lungi dall'essere una patologia in sé, renda più complessa e difficoltosa la sintesi identitaria che si costruisce nel corso dello sviluppo, indipendentemente da altri eventi di vita, che nel caso di Taty avevano assunto aspetti drammatici. Verosimilmente nel periodo infantile le dolorose esperienze traumatiche subite, hanno configurato un PTSD complesso.

Successivamente, alla soglia dell'età adulta è ipotizzabile per Taty un disturbo borderline di personalità, la costruzione del quale, indipendentemente dalle esperienze infantili traumatiche, è anche la probabile conseguenza di una adolescenza disregolata e di una disfunzionale interazione sistemica. La scomparsa della sorella ha sicuramente rappresentato la perdita di una fondamentale risorsa relazionale, forse la più importante, e ha reso più evidenti i limiti della coppia genitoriale adottiva. Rimanendo sul tema dell'adozione, al di là della generosità del gesto che in genere comporta, ci sembra utile soffermarci sulla importanza dell'adeguatezza delle coppie genitoriali adottive, che presentano spesso sospesi e irrisolti esistenziali importanti che non facilitano il processo adottivo.

Citando Bowlby, requisito imprescindibile della relazione madre-bambino è la capacità da parte della madre di realizzare l'atto di passaggio dal

“parte di sé” al “altro da sé” e consentire al bambino di percepirsi prima e pensarsi poi come un individuo. Non è infrequente che la madre adottiva presenti delle modalità di funzionamento più orientate in senso autoriferito e normativo.

Riteniamo pertanto doveroso un accompagnamento nel percorso adottivo della coppia genitoriale, spesso provata da esperienze personali dolorose, specie in quelle condizioni in cui la trasmissione transgenerazionale non sembra fornire soddisfacenti istruzioni per l'uso.

Presentate queste situazioni cliniche, riteniamo indispensabili alcune considerazioni.

La prima. Il disturbo ADHD soprattutto in passato non è sempre stato diagnosticato. Viene da chiedersi quanti adulti con tratti border e disturbo del controllo degli impulsi non siano stati bambini e adolescenti con ADHD.

La seconda. La relazione di attaccamento è un potente organizzatore relazionale nonché spaziale. Nei primi mesi di vita il bambino delimita in modo congiunto alla madre il proprio spazio personale e l'incontro reiterato dei loro sguardi configura i prodromi dell'attentività e dell'esplorazione. Lo sguardo vuoto della mamma unresolved ostacola questo processo e innesca una vulnerabilità che il bambino, l'adolescente e persino l'adulto porta costantemente con sé.

La terza. In accordo con Bliss, che ipotizzava alcuni decenni or sono che i disturbi dissociativi dell'identità fossero prevalentemente appannaggio femminile, solo perché gli individui di sesso maschile presentavano una spiccata propensione ad agire d'impulso e in quanto tali andavano ricercati nella popolazione carceraria. Viene da chiedersi quanto i soggetti maschili con ADHD non compongano una popolazione più numerosa che non sempre giunge all'osservazione e quindi riconosciuta e curata, e come tutto questo debba tener conto del contesto sociale di appartenenza.

Ulteriori considerazioni in merito alle storie di attaccamento presentate.

Il bambino con una disorganizzazione dell'attaccamento presenta una strutturale difficoltà a definire il suo spazio personale cosa che nel corso dello sviluppo può, passando per un ADHD, approdare a patologie dello spettro impulsivo nell'adulto.

Conclusioni

Verosimilmente durante il periodo infantile i pazienti dei quali abbiamo parlato non presentavano grandi differenze sul piano descrittivo, a conferma del fatto che la diagnosi di ADHD è una categoria nosografica completa nei

suoi criteri. Tuttavia, come detto in precedenza, è anche una categoria eterogenea e questa eterogeneità rinvia a eziologie e processi psicopatologici differenziati. Questa multiformità ha la massima importanza sotto il profilo prognostico. Lo si può scorgere clinicamente dallo sviluppo del quadro sintomatico negli anni successivi. È necessario per questa ragione che le ipotesi patogenetiche divengano molto più accurate, affinché siano in grado di indirizzare l'intervento terapeutico in modo preciso e funzionale. La disorganizzazione dell'attaccamento di Elena è verosimilmente riconducibile al lutto della madre subito dopo la nascita. Anche per Laura è ipotizzabile una disorganizzazione dell'attaccamento con la madre biologica, mentre per Mattia la relazione d'attaccamento con la figura materna sembra più caratterizzata da una impossibilità da parte di quest'ultima di cogliere l'altro, vivendo da sempre in una polarizzazione autoriferita. Nel caso di Taty, non ci sentiamo di escludere un attaccamento organizzato, forse addirittura sicuro con la madre biologica, cui è seguita una serie di avvenimenti traumatici che l'hanno destrutturata. È possibile che peraltro la madre adottiva abbia presentato caratteristiche di accudimento con modalità *unresolved*. È nostra opinione che i casi clinici presentati, insieme alle ipotesi patogenetiche desunte dalla revisione della letteratura possano contribuire a orientare il clinico in una direzione di maggiore efficacia nell'approccio di questa patologia.

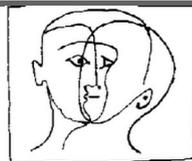
Bibliografia

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Barone L. & Lionetti F. (2013). Quando l'attaccamento si disorganizza. Indicatori e fattori di rischio dell'esperienza traumatica nel ciclo di vita, *Psicologia Clinica dello sviluppo*, XVII, 1. DOI: 10.1449/73824.
- Bruner J. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press (trad. it.: *La ricerca del significato: per una psicologia culturale*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Cavicchioli M., Stefanazzi C., Tobia V. & Ogliari A. (2022). The role of attachment styles in attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analytic review from the perspective of a transactional development model. *European Journal of Developmental Psychology*, 20(3): 436-464. DOI: 10.1080/17405629.2022.2069095.
- Clarke L., Ungerer J., Chahoud K., Johnson S. & Stiefel I. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2): 179-198. DOI: 10.1177/1359104502007002006).
- Cohen J.A., Bukstein O., Walter H., Benson S.R., Chrisman A., Farchione T.R. et al. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4): 414-30. DOI: 10.1016/j.jaac.2009.12.020.

- Craig S.G., Bondi B.C., O'Donnell K.A. *et al.* (2020). ADHD and Exposure to Maltreatment in Children and Youth: a Systematic Review of the Past 10 Years. *Current Psychiatry Reports*, 22: 79. DOI: 10.1007/s11920-020-01193-w.
- Dahmen B., Pütz V., Herpertz-Dahlmann B. & Konrad K. (2012). Early pathogenic care and the development of ADHD-like symptoms. *Journal of Neural Transmission*, 119(9): 1023-1036. DOI: 10.1007/s00702-012-0809-8.11.
- Dekkers T.J., Hornstra R., van den Hoofdakker B.J., de Jong S.R.C., Schaaf J.V., Bosmans G. & van der Oord S. (2021). Attachment Representations in Children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Brain Sciences*, 11(11): 1516. DOI: 10.3390/brainsci11111516.
- Draine J. (2013). Mental Health, Mental Illnesses, Poverty, Justice, and Social Justice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(2): 87-90. DOI: 10.1080/15487768.2013.789684.
- Erlandsson S.I., Hornborg C., Sorbring E. & Dauman N. (2023). Is ADHD a way of conceptualizing long-term emotional stress and social disadvantage? *Frontiers in Public Health*, 3(10): 966900. DOI: 10.3389/fpubh.2022.966900.
- Ford J.D. (2002). Traumatic victimization in childhood and persistent problems with oppositional-defiance. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1): 25-58. DOI: 10.1300/J146v06n01_03.
- Franke S., Kissgen R., Krischer M. & Sevecke K. (2017). Attachment in Children with ADHD. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 7: 497-510. DOI: 10.4236/jbbs.2017.711035.
- Gleason M.M., Fox N.A., Drury S., Smyke A., Egger H.L., Nelson C.A. *et al.* (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50: 216.e-231.e. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.12.012.
- Liotti G., Intreccialagli B. & Cecere F. (1991). Esperienza di lutto nella madre e disturbi dissociativi nella prole: uno studio caso-controllo. *Rivista di Psichiatria*, 26: 283-91.
- Minnis H., Green J., O'Connor T.G., Liew A., Glaser D., Taylor E. *et al.* (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8): 931-42. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02075.x.
- Nigg J.T., Karalunas S.L., Feczko E. & Fair D.A. (2020). Toward a Revised Nosology for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Heterogeneity. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(8): 726-737. DOI: 10.1016/j.bpsc.2020.02.005.
- Pliszka S. & Issues, AWGoQ. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7): 894-921. DOI: 10.1097/chi.0b013e318054e724.
- Richards L.M. (2013). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(4): 483-503. DOI: 10.1177/1359104512458228.
- Ruiter M., Görlich E., Loyens S., Wong J. & Paas F. (2022). Effects of Desk-Bike Cycling on Phonological Working Memory Performance in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Frontiers in Education*, 7, 841576. DOI: 10.3389/educ.2022.841576.
- Sonuga-Barke E.J.S., Becker S.P., Bölte S., Castellanos F.X., Franke B., Newcorn J.H., Nigg J.T., Rohde L.A. & Simonoff E. (2023). Annual Research Review: Perspectives on progress in ADHD science – from characterization to cause. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(4): 506-532. DOI: 10.1111/jcpp.13696.

- Storebø O.J., Gluud C., Winke P. & Simonsen E. (2012). Social-skills and parental training plus standard treatment versus standard treatment for children with ADHD – the randomised SOSTRA trial. *PLoS One*, 7(6): e37280. DOI: 10.1371/journal.pone.0037280.
- Szymanski K., Sapanski L. & Conway F. (2011). Trauma and ADHD association or diagnostic confusion? A clinical perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1): 51-9. DOI: 10.1080/15289168.2011.575704.
- Taylor E. (2011). Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 3(2): 69-75. DOI: 10.1007/s12402-010-0051-x.
- Thorell L.B., Rydell A.M. & Bohlin G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment & Human Development*, 14(5): 517-532. DOI: 10.1080/14616734.2012.706396.
- Van der Kolk B.A. (1987). The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 13(2): 203-213. DOI: 10.1016/0165-0327(87)90024-3.
- Weinstein D., Staffelbach D. & Biaggio M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20(3): 359-378. DOI: 10.1016/s0272-7358(98)00107-x.
- Weiss M.D., McBride N.M., Brandt T., Esmailpour D. & Jensen P. (2019). Symptom profiles specific to trauma in a child inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(8): 818-820 DOI: 10.1016/j.jaac.2019.03.024.
- Williamson D., Johnston C., Noyes A., Stewart K. & Weiss M.D. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in mothers and fathers: family level interactions in relation to parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3): 485-500. DOI: 10.1007/s10802-016-0235-8.
- World Health Organization (2022). *International classification of diseases*, XI revision. Geneva: World Health Organization.

L'emergere della regolazione emozionale e delle funzioni esecutive nei primi tre anni di vita: traiettorie evolutive e ruolo del funzionamento genitoriale



Annalisa Castagna*, Laura Cordolcini**, Beatrice Riva***,
Niccolò Butti****, Rosario Montiroso*****

Ricevuto il 14 marzo 2025, accettato il 16 maggio 2025

Sommario

La presenza di difficoltà nella regolazione emozionale (RE) si configura come un fattore trans-diagnostico a diversi quadri psicopatologici e disturbi del neurosviluppo tra cui l'ADHD. Seppur i sintomi *core* di questo disturbo riguardano le dimensioni dell'attenzione, dell'impulsività e dell'iperattività, la regolazione delle emozioni sembra avere un ruolo chiave nella comprensione delle compromissioni del funzionamento esecutivo. La RE si intreccia con il progressivo sviluppo delle funzioni esecutive (FE) i cui precursori sono rilevabili già

* *Centro 0-3 per il bambino a rischio evolutivo*, IRCCS Eugenio Medea, Associazione “La Nostra Famiglia”, Via Don Luigi Monza 20 – 23842 Bosisio Parini (LC); e-mail: annalisa.castagna@lanostrafamiglia.it

** Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca, piazza Ateneo Nuovo 1, Milano; Dipartimento di Statistica, Informatica, Applicazioni “Giuseppe Parenti”, Università degli Studi di Firenze, Viale Giovan Battista Morgagni 59, Firenze; e-mail: l.cordolcini@campus.unimib.it

*** *Centro 0-3 per il bambino a rischio evolutivo*, IRCCS Eugenio Medea, Associazione “La Nostra Famiglia”, Via Don Luigi Monza 20 – 23842 Bosisio Parini (LC); e-mail: beatrice.riva02@universitadipavia.it

**** *Centro 0-3 per il bambino a rischio evolutivo*, IRCCS Eugenio Medea, Associazione “La Nostra Famiglia”, Via Don Luigi Monza 20 – 23842 Bosisio Parini (LC); e-mail: niccolo.butti@lanostrafamiglia.it

***** *Centro 0-3 per il bambino a rischio evolutivo*, IRCCS Eugenio Medea, Associazione “La Nostra Famiglia”, Via Don Luigi Monza 20 – 23842 Bosisio Parini (LC); e-mail: rosario.montiroso@lanostrafamiglia.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20371

nei primi tre anni di vita. Obiettivo del presente contributo è presentare una breve panoramica sulla RE e il funzionamento esecutivo nello sviluppo infantile precoce. Il tentativo è fornire elementi di conoscenza per considerare come le traiettorie evolutive possano, in condizioni di rischio, veicolare potenziali prodromi per l'insorgenza dell'ADHD. In una fase così precoce della vita di un bambino le competenze di sviluppo sono influenzate sia da fattori biologici (ad es. temperamento) che da fattori ambientali (ad es. la qualità delle relazioni precoci). Di conseguenza verrà dato spazio a come le differenze individuali e lo stile genitoriale contribuiscono allo sviluppo della RE e delle FE. Inoltre verranno riportate evidenze su come la RE e le FE del genitore hanno un impatto su entrambi i domini dello sviluppo del bambino. Infine, verranno discusse come le evidenze disponibili possano contribuire all'implementazione di programmi di sostegno alla genitorialità che, se effettuati con tempestività, possono risultare efficaci nel mitigare nel bambino la presenza di problematiche di natura emotiva e comportamentale, incluso la riduzione dei sintomi dell'ADHD.

Parole chiave: ADHD, regolazione emotionale, funzioni esecutive, neurosviluppo, genitorialità, temperamento, prima infanzia.

The emergence of emotional regulation and executive functions in the first three years of life: developmental trajectories and the role of parental functioning

Abstract

The presence of emotional regulation (ER) difficulty represents a transdiagnostic factor of various psychopathological conditions and neurodevelopmental disorders, including Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). While the core symptoms of ADHD primarily involve deficits in attention, impulsivity, and hyperactivity, ER appears to play a crucial role in understanding impairments in executive functioning. ER is closely correlated with the progressive development of executive functions (EF), whose precursors can be observed as early as the first three years of life. The aim of this paper is to provide an overview of ER and EF in early childhood development, with a focus on how developmental trajectories, in the presence of risk factors, may serve as potential precursors to ADHD onset. At this early stage of life, the acquisition of developmental milestones is influenced by both biological factors (e.g., temperament) and environmental factors (e.g., the quality of early relationships). Accordingly, attention will be given to the role of individual differences and parenting styles in shaping ER and EF development. Furthermore, evidence will be presented on how parental ER and EF may have an impact on both these developmental domains in children. Finally, the discussion will explore how existing research findings can inform the design of parenting support programs. When implemented early, such interventions may prove effective in mitigating emotional and behavioral difficulties in children, including reducing ADHD-related symptoms.

Keywords: ADHD, emotional regulation, executive functions, neurodevelopment, parenting, temperament, early infancy.

Premessa

Negli ultimi decenni la RE si è progressivamente configurata come un fattore trans-diagnostico presente in diversi quadri di salute mentale e, in quest'ottica, è diventato un costrutto sempre più rilevante per definire i problemi comportamentali nell'infanzia, nell'adolescenza e nell'età adulta (Beauchaine & Cicchetti, 2019; Bradley *et al.*, 2011; Sheppes *et al.*, 2015). Problematiche nella regolazione delle emozioni sono state associate sia ai disturbi internalizzanti che a quelli esternalizzanti (Beauchaine *et al.*, 2017; Beauchaine & Cicchetti, 2019; Beauchaine & Thayer, 2015; Gross & Jazaieri, 2014), nonché a diversi quadri psicopatologici inclusi i disturbi di personalità (Trull, 2012). Non sorprende quindi che la sua presenza nell'infanzia e nell'adolescenza conferisca una potenziale vulnerabilità alla psicopatologia in età adulta (Cole *et al.*, 2017). L'interesse per il ruolo che la RE assume nello sviluppo infantile ha riguardato anche la patogenesi e il mantenimento del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) (Ryckaert *et al.*, 2018). In effetti, mentre i correlati comportamentali e cognitivi della sindrome sono stati descritti in modo articolato, l'analisi della dimensione emozionale è rimasta solo parzialmente indagata. Questo minore interessamento potrebbe essere in parte dovuto al fatto che, sebbene inizialmente la componente emozionale sia stata considerata nella caratterizzazione clinica dell'ADHD, per diverso tempo l'attenzione dei ricercatori e dei clinici si è focalizzata sugli aspetti cognitivi, come ad esempio i deficit delle FE (controllo inibitorio, memoria di lavoro, flessibilità cognitiva) (Barkley, 2010). Tuttavia, la disregolazione emozionale si riscontra in circa il 25%-45% dei bambini e nel 30%-70% degli adulti con ADHD (Shaw *et al.*, 2014) ed è stata associata ai deficit del funzionamento esecutivo (Harms *et al.*, 2014; Shaw *et al.*, 2014). Non è quindi un caso che sia stato suggerito che la regolazione delle emozioni potrebbe svolgere un ruolo chiave nella comprensione delle compromissioni del funzionamento esecutivo nei bambini e adolescenti con ADHD (Bunford *et al.*, 2015; Graziano & Garcia, 2016), così come le FE potrebbero influenzare la capacità di regolazione delle emozioni con un significativo impatto nell'insorgenza dei sintomi dell'ADHD (Groves *et al.*, 2022; Landis *et al.*, 2021).

Nella letteratura specialistica vi è un ampio dibattito se la regolazione delle emozioni sia una parte delle FE o se questi due domini costituiscano aspetti diversi del funzionamento individuale (Ochsner *et al.*, 2012). Inoltre, si discute se la disregolazione emozionale sia una parte integrante dell'ADHD per cui i decorsi clinici sono sovrapponibili per i sintomi di ADHD e di disregolazione emotiva o se l'ADHD e disregolazione emo-

zionale sono entità separate per cui ci possono essere decorsi clinici distinti per ADHD con o senza disregolazione emozionale (Shaw *et al.*, 2014). Alla luce della prospettiva evolutiva adottata in questo articolo si privilegerà una visione in cui la regolazione delle emozioni e le FE sono, come riportato sia nello sviluppo tipico (Hughes *et al.*, 2023; Sudikoff *et al.*, 2015) che nei bambini con ADHD, fortemente intrecciate (Shojaei & Foroozan, 2024). Di fatto, al fine di gestire le informazioni, prendere decisioni e pianificare le azioni, la RE e le FE agiscono spesso in concerto come un sistema di controllo integrato (Bailey & Jones, 2019). Poiché entrambe si basano su una serie di processi che sono fondamentali per lo sviluppo precoce delle capacità cognitive, emozionali e sociali, una prospettiva evolutiva può contribuire ad arricchire la comprensione dell'evoluzione clinica dei deficit nella RE e nelle FE. Del resto, sebbene le problematiche nella RE e nel funzionamento esecutivo associate all'ADHD siano prevalentemente rilevate durante gli anni della scuola primaria, un numero crescente di evidenze, provenienti dalle neuroscienze, dalla psicologia evolutiva e dalla ricerca sul temperamento, documenta come già nei primi tre anni di vita sarebbero rintracciabili precursori e predittori significativi della RE e delle FE (Hendry *et al.*, 2016). Ampliare le nostre conoscenze sulle traiettorie di sviluppo consente di monitorare ed eventualmente intervenire nei casi in cui l'emergere delle competenze relative a questi domini siano deficitarie o ritardate.

Obiettivo del presente contributo è presentare un breve quadro sullo sviluppo della RE e del funzionamento esecutivo nei primi tre anni di vita. In una fase così precoce della vita di un bambino, le competenze di sviluppo sono influenzate sia da fattori biologici (ad es. temperamento) che da fattori ambientali (ad es. la qualità delle relazioni precoci). Di conseguenza, dopo una breve introduzione dei costrutti di RE e funzionamento esecutivo, nelle pagine seguenti verrà dato spazio a come le differenze individuali e lo stile genitoriale contribuiscono allo sviluppo della RE e delle FE. Infine, considerando le potenziali implicazioni in termini di intervento precoce all'interno di un approccio di genitorialità responsiva, verranno presentate evidenze su come la RE e le FE del genitore hanno un impatto sulle differenze individuali nella RE e nel funzionamento esecutivo del bambino. Il tentativo è fornire elementi di conoscenza per considerare come, in condizioni di rischio, le traiettorie evolutive possano veicolare potenziali prodromi per l'insorgenza dell'ADHD già a partire dalle prime fasi dello sviluppo (Sullivan *et al.*, 2015).

La regolazione emozionale

La regolazione è un costrutto generale che comprende un'ampia gamma di processi fisiologici, attentivi, emotivi, comportamentali, cognitivi, interpersonali e sociali (Calkins & Marcovitch, 2010). Sebbene sia spesso riferita alla gestione della risposta allo stress, è importante considerare il suo ruolo in tutti i processi di stabilità fisiologica e comportamentale. In un'ottica evolutiva la regolazione fisiologica fornisce le basi per la regolazione cognitiva ed emozionale e queste diverse componenti si integrano e si ordinano gerarchicamente consentendo una coerenza funzionale. La RE è quindi un epifenomeno all'interno di un più ampio processo evolutivo. Una delle definizioni più ricorrenti di RE è quella proposta da Thompson (1994) che la descrive come l'insieme di tutti i processi intrinseci ed estrinseci responsabili del monitoraggio, della valutazione e della modifica delle reazioni emotive, in particolare nelle loro caratteristiche di intensità e temporalità, al fine di sostenere il comportamento adattativo e il raggiungimento di un obiettivo. Mentre i processi intrinseci sono relativi alle disposizioni individuali, come il temperamento, il sistema neurale e fisiologico, i processi estrinseci si organizzano all'interno delle relazioni di accudimento e nell'interazione genitore-bambino. Infatti, sebbene l'infante possieda minimali competenze di modulare gli stati fisiologici e comportamentali (autoregolazione), nelle prime fasi dello sviluppo la possibilità di mantenere la regolazione dipende principalmente da una figura di accudimento (co-regolazione). Di conseguenza, nei primi anni di vita la RE è interconnessa con la capacità di mantenere l'attenzione e l'impegno nell'interazione sociale e di utilizzare gli input dell'adulto per raggiungere uno stato di calma e stabilità.

Una compromissione di questi processi ha come conseguenza manifestazioni disfunzionali che costituiscono un'espressione di disregolazione emozionale (Thompson, 1994). Tuttavia, sebbene il concetto sia ampiamente utilizzato, non è disponibile una definizione comune e molte volte gli studi citano il costrutto senza una esplicita descrizione (Ryckaert *et al.*, 2018). In linea generale, la disregolazione emozionale si riferisce a circostanze in cui l'individuo ha difficoltà nell'esprimere o mantenere modulata la propria esperienza emozionale con modalità che sono considerate inadeguate per il suo livello di sviluppo e/o per il suo contesto sociale e che, in ultima analisi, interferiscono con il funzionamento adattativo, con il raggiungimento dei suoi scopi, o che si traducono in stabili esiti negativi (ad es. un persistente stato di irritabilità). Nello specifico comprende i seguenti quattro aspetti

1. esperienze ed espressione emozionale eccessive rispetto alle norme sociali e inappropriate alle circostanze;
2. una sostanziale labilità con cambiamenti rapidi e scarsamente controllati degli stati emotivi;
3. un'atipica e inadeguata attenzione agli stimoli emozionali;
4. manifestazioni di natura clinica spesso collegate ad aggressività reattiva e scoppi d'ira (Shaw *et al.*, 2014).

Ciò comporta un'alterazione nelle risposte fisiologiche, esperienziali e comportamentali agli stimoli emotivi. Tali risposte presentano una notevole differenza interindividuale in termini di intensità, velocità di attivazione e decremento della stessa (Bunford *et al.*, 2015). Ad esempio, alcuni individui hanno un'escalation simile a quanto atteso nella popolazione normotipica, ma un recupero più lento. Altre persone potrebbero sperimentare un'escalation rapida con un'elevata intensità della risposta, ma tornare al livello di base con una velocità simile a quella di individui ben regolati. Altri ancora assumono le caratteristiche di entrambi i profili descritti, ovvero un'escalation più rapida, una risposta molto intensa e un recupero lento della stabilità.

Dal punto di vista clinico occorre considerare che la disregolazione emozionale non è assimilabile a una diagnosi categoriale e non si sovrappone a un qualche disturbo psicopatologico, per lo meno come questi sono delineati nel DSM-5. Si tratta di un costrutto dimensionale che, come menzionato, è in qualche misura trasversale a diversi quadri psicopatologici (Beauchaine & Cicchetti, 2019). In questa prospettiva è altresì importante evidenziare che la disregolazione emozionale non riguarda eventi episodici e occasionali (es. la perdita di controllo per un danno alla propria auto), ma piuttosto la modulazione dell'esperienza emozionale come tratto stabile del funzionamento dell'individuo, in qualche misura assimilabile all'umore (es. irritabilità). La disregolazione emozionale è quindi una caratteristica duratura del funzionamento emotivo e non semplicemente una transitoria "perdita di auto-controllo". Questa precisazione è sostenuta dalle descrizioni cliniche delle caratteristiche emozionali dei bambini/adolescenti con ADHD, nelle quali si fa spesso riferimento a: "labilità dell'umore", "impazienza e ridotta tolleranza alle frustrazioni", "sentimenti di sopraffazione", "tendenza a una facile e imprevedibile reattività". A conferma di questa prospettiva, una metanalisi riporta che, indipendentemente da comorbilità per problemi di condotta, nei bambini con ADHD la maggiore compromissione riguarda la reattività/negatività/labilità delle emozioni e le capacità empatiche (Graziano & Garcia, 2016). Si tratta quindi di considerare la disregolazione emozionale associata all'ADHD come una propensione generale a sperimentare reazioni emozionali intense ed esplosive (Ryckaert *et al.*, 2018).

Le funzioni esecutive

Le FE sono un costrutto multidimensionale che descrive un insieme di processi cognitivi, quali il controllo inibitorio, la memoria di lavoro e la flessibilità cognitiva, funzionali al controllo attivo delle attività mentali e del comportamento; sono fondamentali per il ragionamento deliberato, l'azione intenzionale, la regolazione delle emozioni e per stabilire e perseguire obiettivi, in particolare in nuove situazioni. Per queste ragioni, attraverso la modulazione dell'attenzione e delle risposte motorie, la capacità di ignorare le interferenze e tollerare il ritardo della gratificazione, sono fortemente implicate nell'autoregolazione dell'individuo (Barkley, 2012). Diverse evidenze suggeriscono che il funzionamento esecutivo si attiva sia in contesti sociali (le cosiddette "FE hot") che non sociali ("FE cool") (Zelazo & Müller, 2002). Le prime riguardano situazioni significative dal punto di vista motivazionale e che implicano una valutazione in termini di approccio-evitamento, le seconde si riferiscono a situazioni relativamente neutre dal punto di vista emotivo. Un'ampia letteratura non solo riporta uno stretto legame tra la RE e le FE sia hot che cool, ma dimostra la presenza di difficoltà nelle FE in una gamma di condizioni con esordio nell'infanzia o nell'adolescenza tra cui, appunto, l'ADHD (Petrovic & Castellanos, 2016). Numerosi studi hanno documentato che le FE sono fondamentali per l'acquisizione di competenze precoci di alfabetizzazione e matematica e che supportano l'apprendimento accademico una volta che i bambini iniziano la scuola (Brock *et al.*, 2009; Bull *et al.*, 2008; Clark *et al.*, 2010; Welsh *et al.*, 2010). Inoltre, come menzionato, il funzionamento esecutivo gioca un ruolo cruciale nelle interazioni sociali. Adeguate abilità sono necessarie per avviare e mantenere scambi interpersonali poiché supportano le capacità di riconoscere, etichettare e interpretare gli stati mentali ed emotivi dell'Altro. Non solo, ma è ormai consolidato che precoci difficoltà in queste competenze costituiscono una condizione di vulnerabilità dei processi di RE con effetti a lungo termine, tanto da essere predittive di un rischio aumentato di successivi problemi emotivi-comportamentali (Espy *et al.*, 2011; Kim *et al.*, 2013).

Traiettorie di sviluppo della regolazione emozionale

A partire dai primi mesi di vita i bambini utilizzano comportamenti di autoregolazione come l'evitamento dello sguardo, la suzione non-nutritiva e di co-regolazione come la richiesta di essere presi in braccio e la ricerca di prossimità. Tuttavia, un'analisi, per quanto parziale, dello sviluppo della

RE nei primi anni di vita deve necessariamente prendere l'avvio dal considerare le caratteristiche temperamentali del bambino. Fin dai primi giorni di vita i neonati manifestano un'ampia variabilità nelle risposte e nell'adattamento all'ambiente. Mentre alcuni bambini possono apparire cauti, mostrare poca attenzione agli stimoli e piangere anche quando sono sollecitati da stimoli a bassa intensità (ad esempio, un lieve rumore), altri sono attratti da stimolazioni intense, tendono a non distrarsi e ricercano sollecitazioni stimolanti. Il modello temperamentale proposto da Rothbart & Derryberry (2002) concettualizza le differenze individuali sulla base di due domini: *reattività* e *auto-regolazione*. Il primo dominio riguarda la variazione della sensibilità alla stimolazione definendo il tipo di risposta ai cambiamenti dell'ambiente sia esterno che interno; include sia reazioni fisiologiche (ad esempio, l'attività cardiaca) che emotivo-comportamentali (emozionalità negativa e positiva). Il secondo dominio riguarda la capacità di impegnare e disimpegnare l'attenzione al fine di regolare la reattività e adattarsi alle richieste ambientali attraverso una modulazione dei comportamenti. Ad esempio, le risposte a stimoli nuovi o avversivi possono essere modulate dall'auto-consolazione (ad es. suzione non-nutritiva) e dall'orientamento (ad es. distogliere lo sguardo dagli stimoli disturbanti per ridurre l'affetto negativo). Mentre inizialmente il bambino modula in modo automatico i livelli di reattività tramite il controllo dell'attenzione e strategie comportamentali di avvicinamento/ritiro, tale abilità diventa via via più volontaria fino ad assumere una forma deliberata di controllo inibitorio (Posner & Rothbart, 2000). Il temperamento è dunque un fattore intrinseco che contribuisce a spiegare lo sviluppo della RE. Ad esempio, alti livelli di emozione positiva, valutati a 10 mesi, sono predittivi di più bassi livelli di RE a 18 mesi (Frick *et al.*, 2018), che a sua volta potrebbe contribuire a una maggiore propensione a strutturare la tendenza a risposte impulsive e iperattività. Tuttavia, lo stile temperamentale di per sé non è in grado di chiarire in modo omnicomprensivo come nei primi anni di vita i bambini modulano le loro emozioni. Di fatto la visione del temperamento intesa come una serie di disposizioni costituzionali fisse e scarsamente modificabili è oramai ampiamente superata (Rothbart & Derryberry, 2002). Per cui sebbene da una parte il temperamento riguardi tratti comportamentali relativamente stabili, i fattori scatenanti e le sue manifestazioni si modificano durante lo sviluppo in funzione delle influenze ambientali. Inoltre, poiché lo sviluppo precoce è radicato nella relazione tra il bambino e i propri genitori, ci sono evidenze che suggeriscono come la RE prenda forma all'interno delle prime interazioni sociali e possa essere spiegata come un processo interindividuale, piuttosto che come una maturazione intraindividuale (Morris *et al.*, 2018). Ci sono solide evidenze sul fatto che un comportamento genitoria-

le responsivo promuova nel bambino la capacità di modulare il proprio stato emozionale (Crandall *et al.*, 2015). Una genitorialità responsiva esprime affetto, trasmette calore, dimostra sensibilità per l'esperienza emozionale e i bisogni del bambino, manifesta approvazione, accettazione e stimolazione cognitive appropriate alle competenze del bambino e, come si vedrà, ha un impatto positivo sullo sviluppo delle FE nel bambino. In breve, sebbene il temperamento e la RE siano interconnessi, i comportamenti genitoriali possono essere concepiti come parte di un sistema di co-regolazione che progressivamente viene introiettato dal bambino.

Traiettorie di sviluppo delle FE

Nei primi anni di vita, un bambino trascorre buona parte del tempo in presenza di un adulto che si prende cura di lui. Potrebbe quindi non essere sorprendente che la maggior parte dei nostri primi processi cognitivi e di modulazione emotivo-comportamentale non solo si dispieghi e si sviluppi in contesti sociali, ma che in qualche misura siano interrelati. Diversi autori hanno suggerito l'importanza di considerare l'interconnessione tra sviluppo delle FE e processi di RE (Sudikoff *et al.*, 2015). Tradizionalmente la ricerca sullo sviluppo delle FE si è focalizzata sui bambini di età superiore ai tre anni e spesso in un contesto non sociale. Questo è in parte dovuto al fatto che queste competenze sono associate alla corteccia prefrontale che si sviluppa lentamente, giungendo a una piena maturazione solo nella prima età adulta (Pearce & Miller, 2025). L'approccio dominante allo studio del funzionamento esecutivo è stato quello di considerare i processi evolutivi associati alla crescita e all'organizzazione cerebrale. Si è spesso quindi ritenuto che la competenza nelle FE durante i primi anni di vita fosse trascurabile e pertanto di scarsa rilevanza per comprendere il comportamento del bambino prescolare. Tuttavia, è stato progressivamente riconosciuto che alcuni comportamenti che emergono fin dall'infanzia, come il controllo dell'attenzione o la ricerca di oggetti nascosti, rappresentano le prime manifestazioni di abilità esecutive più complesse (Aylward *et al.*, 2022; Blasco *et al.*, 2020; Wiebe *et al.*, 2011). Di fatto le abilità precoci possono essere misurate già a sei mesi di vita (Hendry *et al.*, 2025) e sebbene valutazioni affidabili si ottengano a partire dalla seconda metà del primo anno di vita (Holmboe *et al.*, 2018), comincia a essere chiaro che il funzionamento esecutivo del bambino piccolo possa essere considerato un predittore relativamente stabile delle successive competenze esecutive (Broomell & Bell, 2022). Diversi studi suggeriscono che nei primi anni di vita il funzionamento esecutivo sia sostanzialmente ri-

conducibile a un unico fattore, ossia il controllo attentivo (C. Hughes *et al.*, 2009; Wiebe *et al.*, 2008, 2011), con un progressivo consolidamento dei cosiddetti precursori delle FE nei bambini di età compresa tra i due e i tre anni (Bernier *et al.*, 2012; Garon *et al.*, 2014). Quest'ultimi, oltre il controllo attentivo, includono l'autoregolazione e la reattività (condivisi con il temperamento), le prime capacità di flessibilità (mantenimento, aggiornamento di informazioni e spostamento dell'attenzione) (Hendry *et al.*, 2016). Nel corso dei primi due anni si osserva anche una progressiva capacità di controllo inibitorio. Mentre nel primo anno di vita questa si manifesta principalmente nella modulazione delle risposte motorie, successivamente inizia a essere utilizzata per regolare il comportamento e le emozioni, come quando il bambino comprende e si adatta alle limitazioni imposte dall'ambiente sociale. Ad esempio, nel secondo anno i bambini sono in grado di controllare l'attenzione in modo attivo, sostengono volontariamente l'orientamento attentivo nel tempo, identificano degli errori e modulano le azioni per raggiungere obiettivi specifici. Entro i ventidue mesi sono capaci di inibire il comportamento la maggior parte delle volte su istruzione dei genitori (Kochanska, 2002). Allo stesso modo la flessibilità cognitiva e la memoria di lavoro si sviluppano attraverso una progressiva capacità di mantenimento, aggiornamento, trasferimento del compito e risoluzione dei conflitti, cosicché a partire dai tre anni la memoria di lavoro si struttura in modo da consentire ai bambini di conservare le informazioni e ricordare regole al fine di svolgere compiti complessi (Hendry *et al.*, 2016).

Il ruolo della genitorialità nello sviluppo della RE e delle FE

Come menzionato, la progressiva strutturazione della RE e delle FE è in qualche misura, socialmente mediata, ossia risente delle modalità di co-regolazione tipiche del contesto familiare (Feldman, 2015; Wass *et al.*, 2024). Sebbene le interazioni precoci siano bidirezionali – il genitore influenza il bambino e il bambino influenza il genitore – è chiaro che sono per lo più asimmetriche dato che l'adulto si adatta al bambino più di quanto quest'ultimo si adatti all'adulto. In questo senso un ambiente relazionale responsivo e incoraggiante consente al bambino di intraprendere con maggiore sicurezza l'esplorazione, promuovere l'apprendimento e acquisire una progressiva capacità di regolazione. I comportamenti genitoriali come la sensibilità, l'incoraggiamento, la guida e il supporto fisico e verbale (*scaffolding*), la stimolazione cognitiva e una disciplina sensibile svolgono un ruolo cruciale nel plasmare sia la RE che lo sviluppo delle FE (Fay-Stammach *et al.*,

2014; Schroeder & Kelley, 2010). Ad esempio, nei bambini di diciotto mesi, alti livelli di sensibilità materna sono predittivi di maggiori comportamenti regolatori (Frick *et al.*, 2018). Durante un'attività ludica un genitore attento ai segnali di interesse e disagio del bambino può sia sostenerlo emotivamente nei momenti difficili (ad es. la frustrazione per non riuscire ad afferrare un oggetto), sia aiutarlo a mantenere l'attenzione indicando il gioco o con commenti verbali in modo che il bambino raggiunga i suoi obiettivi (ad es. incastrare un elemento di un puzzle). A questo proposito è interessante notare che quando un genitore parla delle caratteristiche dell'oggetto con cui il bambino sta giocando, quest'ultimo prolunga la durata dell'attenzione (Tamis-LeMonda *et al.*, 2014). In questo modo il genitore estende i tempi attentivi del bambino verso gli oggetti e questo, a sua volta, è predittivo della sua capacità di prestare attenzione in autonomia in fasi successive dello sviluppo (Gueron-Sela *et al.*, 2017).

Più in generale, nei bambini prescolari, la qualità del comportamento genitoriale si associa a migliori prestazioni del controllo inibitorio (Bernier *et al.*, 2010), anche in presenza di un basso livello socio-economico (Lengua *et al.*, 2007). Inoltre, alti livelli di memoria di lavoro e flessibilità cognitiva sono stati associati a un maggior supporto materno all'autonomia (Bernier *et al.*, 2010; Matte-Gagné & Bernier, 2011). Allo stesso modo, maggiori livelli di guida responsiva, valutata a due anni del bambino, sono predittivi di un migliore funzionamento esecutivo all'età di quattro anni (Hammond *et al.*, 2012; Hughes & Ensor, 2009). Uno stile genitoriale di guida e supporto è associato alla flessibilità cognitiva a due anni ed è predittivo del controllo inibitorio e dello spostamento attentivo a quattro anni (Bibok *et al.*, 2009). In breve, i comportamenti genitoriali orientati alla stimolazione cognitiva si associano a un aumento del controllo inibitorio e della flessibilità cognitiva (Clark *et al.*, 2013), del controllo attentivo (Mezzacappa *et al.*, 2011), dell'attenzione sostenuta, della memoria di lavoro e della pianificazione, e a una riduzione dell'impulsività (Hackman, 2012). Una maggiore responsività genitoriale, valutata a tre anni di età del bambino, si associa a migliori competenze esecutive a cinque anni (Blair *et al.*, 2014). Peraltro, un ambiente sociale in grado di rispondere ai bisogni emotivo-comportamentali e relazionali può essere un fattore protettivo anche in presenza di situazioni di rischio evolutivo. Ad esempio, in uno studio relativo ai bambini nati pretermine, Camerota e colleghi (2015) hanno dimostrato che i bambini nati pretermine con genitori con maggiori livelli di sensibilità, rispetto ai bambini con genitori a bassa sensibilità, presentano un tasso più rapido di miglioramento delle FE all'età di cinque anni, raggiungendo livelli prestazionali comparabili a quelli dei bambini nati a termine.

D'altra parte, l'esposizione a fattori avversi nella prima infanzia, tra cui stress genitoriale, depressione materna, isolamento sociale e povertà, può avere un impatto negativo duraturo non solo sullo sviluppo della regolazione, ma anche sul funzionamento esecutivo (Vernon-Feagans *et al.*, 2016). Ad esempio, un ambiente di cura con bassi livelli di qualità genitoriale e alti livelli di stress può associarsi a pratiche educative-relazionali poco modulate e confuse che ostacolano lo sviluppo delle capacità esecutive (De Cock *et al.*, 2017). Una recente metanalisi (Claussen *et al.*, 2024) indica che i comportamenti genitoriali meno responsivi (ad es. intrusività, disciplina severa) associati a fattori di rischio familiari (ad es. incarcerazione dei genitori ed esposizione dei bambini ai social media) sono predittivi della diagnosi e dei sintomi di ADHD (ad es. disattenzione e iperattività). In sintesi, un'importante parte della RE e delle FE si struttura attraverso le esperienze sociali maturate nel corso delle interazioni con adulti significativi. Di conseguenza, situazioni di rischio psicosociale possono potenzialmente delineare le condizioni prodromiche per traiettorie di sviluppo che esitano in problematiche dello sviluppo, incluso l'ADHD.

RE e FE del genitore

La genitorialità è un costrutto multidimensionale ed è ragionevole supporre che siano implicati diversi meccanismi nel come possa promuovere nel bambino sia abilità di regolazione che il funzionamento esecutivo. Esula dagli obiettivi di questo articolo argomentare nel dettaglio questi meccanismi, tuttavia, dato il focus adottato nel presente contributo, appare indicato porre l'attenzione sulle capacità di regolazione e le competenze esecutive del genitore. Per soddisfare i bisogni del bambino e promuovere la capacità di autoregolazione una genitorialità efficace comporta la gestione delle proprie emozioni (Rutherford *et al.*, 2015). Diverse evidenze suggeriscono che la regolazione delle emozioni e il controllo cognitivo sono fondamentali per supportare la capacità dei genitori di essere attenti, responsivi e flessibili (Kienhuis *et al.*, 2010). Ad esempio, il controllo inibitorio dei genitori è positivamente associato a comportamenti sensibili/responsività, mentre le difficoltà nell'uso di strategie di regolazione delle emozioni si associano a più bassi comportamenti positivi e collaborativi nell'interazione con il bambino (Shaffer & Obradović, 2017). Una maggiore capacità di controllo inibitorio materno, valutato a 4 mesi di vita del bambino, era predittivo delle capacità di regolazione del bambino a 18 mesi di vita (Bridgett *et al.*, 2011). Queste capacità sono funzionali anche quando i genitori pianificano e modificano il

loro comportamento, rispondono in modo appropriato ai segnali del bambino, regolano le emozioni di fronte allo stress e ai comportamenti difficili dei figli, risolvono i problemi e prendono decisioni (Barrett & Fleming, 2011). I genitori con una regolazione delle emozioni efficace sono più flessibili, adattabili e più abili nell'affrontare lo stress, rimanendo calmi, mentre i genitori che faticano a modulare le proprie emozioni tendono a essere più reattivi in risposta agli stress. Di conseguenza, se il proprio bambino manifesta disagio potrebbero reagire negativamente piuttosto che mettere in atto comportamenti rassicuranti in grado di calmarlo. Coerentemente con questa prospettiva, una recente revisione ha riportato che i genitori con maggiore capacità di regolazione modulano la propria reattività fisiologica ed emozionale, un'abilità che a sua volta permette loro di rispondere in modo più appropriato ai comportamenti emozionali del bambino (Edler & Valentino, 2024). Nei genitori dei bambini con ADHD questo aspetto sembra essere, almeno parzialmente, compromesso. Questi genitori non solo presentano difficoltà nella RE, ma il loro livello di mentalizzazione si associa a comportamenti caratterizzati da ostilità (Gershy & Gray, 2020). Occorre tuttavia evidenziare che sebbene in questi genitori siano stati rilevati bassi livelli di mentalizzazione rispetto a un gruppo di controllo, coloro che presentavano una buona capacità di mentalizzazione erano più in grado di comprendere i comportamenti del bambino nel contesto delle difficoltà neuroevolutive, di modulare i loro comportamenti in risposta ai comportamenti disregolati del bambino, e i loro figli avevano maggiori capacità di auto-RE (Evans *et al.*, 2020).

Va da sé che oltre all'adattamento ai fattori contestuali (es. eventi di vita avversi, povertà, conflittualità coniugale, ecc.) anche le caratteristiche del bambino (es. un temperamento difficile) possono rendere difficile per i genitori regolare le proprie emozioni (Crandall *et al.*, 2015). In una prospettiva sistemica della relazione precoce, concepita come una mutua regolazione (Tronick *et al.*, 2008), occorre considerare come il comportamento del bambino influenza quello del genitore. In questa visione, la capacità diadica di coordinarsi (sincronia bio-comportamentale) e di riparare le rotture relazionali supporta un processo di co-regolazione in cui i due partner (genitore e bambino), anche se in modo asimmetrico, contribuiscono congiuntamente allo sviluppo delle competenze di regolazione del bambino (Feldman, 2015). Uno studio micro-longitudinale i cui bambini tra i 3 e i 5 anni venivano valutati in due fasi successive a distanza di sei mesi, riporta che la sensibilità materna si associava a un migliore controllo inibitorio del bambino che, a sua volta, era predittivo di una maggiore responsività genitoriale (Merz *et al.*, 2017). È quindi ragionevole ipotizzare che una maggiore capacità di regolazione del bambino, dettata dalle caratteristiche temperamentali, possa

suscitare comportamenti genitoriali meno direttivi ed emozionalmente “caldi” che possono, a loro volta, promuovere una maggiore RE nel bambino.

Nel complesso queste evidenze ampliano la nostra comprensione sui fattori di protezione e promozione dello sviluppo della RE e delle FE e offrono importanti indicazioni rispetto ai programmi di sostegno alla genitorialità. In particolare, rispetto a quest’ultimo punto è utile sottolineare che nelle famiglie a rischio gli interventi precoci che mirano a incrementare la sensibilità, la sincronia bio-comportamentale, la co-regolazione e un’adeguata stimolazione cognitiva sono efficaci nel mitigare nel bambino gli effetti negativi di esperienze avverse, incluso la riduzione dei sintomi di ADHD (Coates *et al.*, 2015).

Conclusioni

La riflessione su come il temperamento e le esperienze relazionali precoci possono plasmare lo sviluppo della RE e i precursori delle FE fornisce un’interessante chiave di lettura per comprendere la strutturazione di forme di disregolazione emozionale che co-variano con diversi disturbi evolutivi, compreso l’ADHD. Ci sono diverse ragioni per considerare rilevante questo collegamento. In primo luogo, è importante ricordare che la maturazione delle regioni prefrontali è cruciale sia per un’efficiente funzione esecutiva che per un’ottimale RE (Beauchaine *et al.*, 2017). Queste aree si sviluppano lentamente e solo successivamente alle strutture sottocorticali (Hauser *et al.*, 2019). Nel corso dello sviluppo i miglioramenti in questi due domini si verificano attraverso una modulazione sempre più efficiente da parte della corteccia prefrontale sulle regioni sottocorticali e da una progressiva maturazione della connettività tra queste strutture (Arnsten & Rubia, 2012; Casey *et al.*, 2014). La maturazione frontale e la connettività cortico-sottocorticale sono estremamente sensibili alle influenze ambientali (Palacios-Barrios & Hanson, 2019), sia prossimali (ad esempio la sensibilità genitoriale) che di contesto (ad esempio il livello socio-economico familiare). Di conseguenza, condizioni di sviluppo avverse possono costituire un fattore di rischio per una inadeguata maturazione di queste regioni e della loro connettività che, a loro volta, possono associarsi ad alterazioni delle FE e della RE. In secondo luogo, la RE e le FE costituiscono processi essenziali per l’agire intenzionale orientato a uno scopo. Questi aspetti implicano che il bambino, anche molto piccolo, si coinvolga attivamente nei processi di apprendimento, espandendo sia il repertorio di conoscenze sia la capacità di adattamento in situazioni che richiedono un certo grado di stabilità emotivo-comportamentale. Data la

precocità con cui queste abilità emergono e la loro trasversalità nel funzionamento individuale, un loro deficit può comportare conseguenze significative in termini sia comportamentali che di sviluppo socio-cognitivo. Infine, sebbene la RE e le FE emergano nell'infanzia, il loro sviluppo si protrae fino all'adolescenza e l'età adulta. Questo prolungato periodo di malleabilità è, allo stesso tempo, un vantaggio e uno svantaggio. Da una parte, nel caso di significativi fattori di rischio come ad esempio povertà e stress familiare, espone più a lungo il bambino a esperienze avverse che possono indurre una maggiore vulnerabilità. Dall'altra, questa stessa plasticità permette al bambino di beneficiare delle influenze ambientali positive, come una genitorialità responsiva, il supporto sociale, ecc. che promuovono progressivamente le competenze di sviluppo (ad es. il linguaggio). Non solo, dato che gli effetti ambientali sulla maturazione frontale iniziano nell'infanzia, i primi anni di vita sono un terreno fertile per implementare precoci azioni di prevenzione e promozione delle competenze di sviluppo. La possibilità di valutare la RE e i precursori delle FE nei bambini preverbalmente consente infatti l'individuazione precoce di eventuali difficoltà e/o deficit (Aylward *et al.*, 2022; Blasco *et al.*, 2020). Un'opportunità che può indirizzare programmi di supporto genitoriale che potrebbero avere maggiori margini di efficacia rispetto a quelli avviati tardivamente proprio perché condotti durante un periodo di elevata neuroplasticità.

La RE e le FE possono essere concepite come due facce della stessa medaglia. Fin dai primi anni di vita sono profondamente interconnesse e progressivamente integrate in un funzionamento adattativo che si dispiega nell'interazione precoce e attraverso la co-regolazione tra il bambino e il suo ambiente sociale. Perfino competenze come le FE, le cui manifestazioni sono state tradizionalmente individuabili solo in fasi avanzate dello sviluppo, sono in realtà "plasmate" negli scambi sociali precoci. Il loro sviluppo non è solo il risultato di un percorso maturativo, ma è radicato nell'interazione precoce con i genitori. Inoltre, comprendere come le differenze individuali di natura temperamentale si intersecano negli scambi interpersonali e come condizioni avverse concorrono nel mediare le competenze di sviluppo del bambino, rende ragione dell'importanza di evitare concezioni semplicistiche (Batstra *et al.*, 2023). Sia nello sviluppo tipico che in quello atipico ciò che conduce dalle prime fasi dello sviluppo ai successivi esiti, così come ciò che porta da condizioni di rischio al disturbo conclamato, non segue un modello lineare. Le problematiche osservate nel corso dello sviluppo, incluso l'ADHD, non hanno quindi una natura deterministica ma sono il risultato di un intreccio dinamico. La prospettiva evolutiva discussa nel presente articolo sostiene una visione per cui le traiettorie di crescita sono frutto di una complessità che veicola una

co-creazione di significati tra il bambino e il suo ambiente affettivo le cui radici affondano nelle precoci esperienze interpersonali. Questo ha evidenti implicazioni in un'ottica di sanità pubblica. Gli interventi tempestivi finalizzati a supportare le competenze genitoriali (ad es. capacità di cura, sensibilità, responsabilità) non promuovono la RE e le FE dei bambini piccoli solo nel breve termine, ma costituiscono un fattore di prevenzione per mitigare successive difficoltà nello sviluppo, incluso l'ADHD (Coates *et al.*, 2015). Inoltre, alla luce delle evidenze che il benessere mentale e l'autoregolazione dell'adulto giocano un ruolo cruciale nell'interazione con il bambino, diventa altrettanto urgente mettere in campo programmi di sostegno emozionale per i genitori. Come menzionato, il disagio psicosociale dei genitori (ad es. stress materno) si associa con un rischio aumentato di problematiche dello sviluppo, compreso l'ADHD (Evans *et al.*, 2020). Gli interventi hanno quindi il fine di ridurre e/o contenere le situazioni di rischio migliorando le loro capacità di RE così da favorire risposte appropriate ai comportamenti emozionali del bambino (Edler & Valentino, 2024). Peraltro, considerando i benefici che questi programmi hanno anche in termini di riduzione dei costi sanitari (Bachmann *et al.*, 2022), investire nel supporto alle famiglie significa agire in una prospettiva di prevenzione, di equità sociale e di benessere comunitario che guarda al futuro dei bambini. Questo è ancora più rilevante se si tiene in considerazione il fatto che il rafforzamento delle competenze dei genitori e del loro benessere apporta maggiori benefici in presenza di fattori di rischio (Jeong *et al.*, 2021), ciò rende l'implementazione di questi interventi tanto più indifferibile tanto più bambini e famiglie vivono condizioni avverse.

Ringraziamenti

La stesura del presente articolo è stato reso possibile grazie al finanziamento da parte Ministero della Salute (Ricerca Corrente 2023-2024).

Bibliografia

- Arnsten A.F.T. & Rubia K. (2012). Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4): 356-367. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.01.008.
- Aylward G.P., Taylor H.G., Anderson P.J. & Vannier L.C. (2022). Assessment of executive function in infants and toddlers: a potential role of the Bayley-4. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 43(7): e431-e441. DOI: 10.1097/DBP.0000000000001072.

- Bachmann C.J., Beecham J., O'Connor T.G., Briskman J. & Scott S. (2022). A good investment: longer-term cost savings of sensitive parenting in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(1): 78-87. DOI: 10.1111/jcpp.13461
- Bailey R. & Jones S.M. (2019). An integrated model of regulation for applied settings. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(1): 2-23. DOI: 10.1007/s10567-019-00288-y.
- Barkley R.A. (2010). Deficient emotional self-regulation: A core component of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of ADHD & Related Disorders*, 1(2): 5-37.
- Barkley R.A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. New York: Guilford Press.
- Barrett J. & Fleming A.S. (2011). Annual research review: All mothers are not created equal: Neural and psychobiological perspectives on mothering and the importance of individual differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4): 368-397. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02306.x.
- Batstra L., Whitley M. & Timimi S. (2023). ADHD: Science and society. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 1129728. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1129728.
- Beauchaine T.P. & Cicchetti D. (2019). Emotion dysregulation and emerging psychopathology: A transdiagnostic, transdisciplinary perspective. *Development and Psychopathology*, 31(3): 799-804. DOI: 10.1017/S0954579419000671.
- Beauchaine T.P. & Thayer J.F. (2015). Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology. *International Journal of Psychophysiology*, 98(2): 338-350. DOI: 10.1016/j.ijpsycho.2015.08.004.
- Beauchaine T.P., Zisner A.R. & Sauder C.L. (2017). Trait impulsivity and the externalizing spectrum. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1): 343-368. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093253.
- Bernier A., Carlson S.M. & Whipple N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81(1): 326-339. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x.
- Bernier A., Carlson S.M., Deschênes M. & Matte-Gagné C. (2012). Social factors in the development of early executive functioning: A closer look at the caregiving environment. *Developmental Science*, 15(1): 12-24. DOI: 10.1111/j.1467-7687.2011.01093.x.
- Bibok M.B., Carpendale J.I.M. & Müller U. (2009). Parental scaffolding and the development of executive function. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2009(123): 17-34. DOI: 10.1002/cd.233.
- Blair C., Raver C., Psychology D.B.-D. & 2014 U. (2014). Two approaches to estimating the effect of parenting on the development of executive function in early childhood. *Developmental Psychology*, 50(2): 554-565. DOI: 10.1037/a0033647.
- Blasco P.M., Acar S., Guy S., Saxton S., Duvall S. & Morgan G. (2020). Executive function in infants and toddlers born low birth weight and preterm. *Journal of Early Intervention*, 42(4): 321-337. DOI: 10.1177/1053815120921946.
- Bradley B., DeFife J.A., Guarnaccia C., Phifer J., Fani N., Ressler K.J. & Westen D. (2011). Emotion dysregulation and negative affect: Association with psychiatric symptoms. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(5): 6427. DOI: 10.4088/JCP.10m06409blu.
- Bridgett D.J., Gartstein M.A., Putnam S.P., Lance K.O., Iddins E., Waits R., VanVleet J. & Lee L. (2011). Emerging effortful control in toddlerhood: The role of infant orienting/regulation, maternal effortful control, and maternal time spent in caregiving activities. *Infant Behavior and Development*, 34(1): 189-199. DOI: 10.1016/j.infbeh.2010.12.008.
- Brock L.L., Rimm-Kaufman S.E., Nathanson L. & Grimm K.J. (2009). The contributions of

- “hot” and “cool” executive function to children’s academic achievement, learning-related behaviors, and engagement in kindergarten. *Early Childhood Research Quarterly*, 24(3): 337-349. DOI: 10.1016/j.ecresq.2009.06.001.
- Broomell A.P.R. & Bell M.A. (2022). Longitudinal development of executive function from infancy to late childhood. *Cognitive Development*, 63(3): 101229. DOI: 10.1016/j.cogdev.2022.101229.
- Bull R., Espy K.A. & Wiebe S.A. (2008). Short-term memory, working memory, and executive functioning in preschoolers: Longitudinal predictors of mathematical achievement at age 7 years. *Developmental Neuropsychology*, 33(3): 205-228. DOI: 10.1080/87565640801982312.
- Bunford N., Evans S.W. & Wymbs F. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(3): 185-217. DOI: 10.1007/s10567-015-0187-5.
- Calkins S.D. & Marcovitch S. (2010). Emotion regulation and executive functioning in early development: Integrated mechanisms of control supporting adaptive functioning. In: Calkins S.D. & Bell M.A. (eds.), *Child development at the intersection of emotion and cognition* (pp. 37-57). American Psychological Association.
- Camerota M., Willoughby M.T., Cox M., Greenberg M.T. & Investigators F.L.P. (2015). Executive function in low birth weight preschoolers: The moderating effect of parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 1551-1562. DOI: 10.1007/s10802-015-0032-9.
- Casey B.J., Oliveri M.E. & Insel T. (2014). A neurodevelopmental perspective on the research domain criteria (RDoC) framework. *Biological Psychiatry*, 76(5): 350-353. DOI: 10.1016/j.biopsych.2014.01.006.
- Clark C.A.C., Pritchard V.E. & Woodward L.J. (2010). Preschool executive functioning abilities predict early mathematics achievement. *Developmental Psychology*, 46(5): 1176-1191. DOI: 10.1037/a0019672.
- Clark C.A.C., Sheffield T.D., Chevalier N., Nelson J.M., Wiebe S.A. & Espy K.A. (2013). Charting early trajectories of executive control with the shape school. *Developmental Psychology*, 49(8): 1481-1493. DOI: 10.1037/a0030578.
- Claussen A.H., Holbrook J.R., Hutchins H.J., Robinson L.R., Bloomfield J., Meng L., Bitsko R.H., O’Masta B., Cerles A. & Maher B. (2024). All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prevention Science*, 25(Suppl 2): 249-271. DOI: 10.1007/s11121-022-01358-4.
- Coates J., Taylor J.A. & Sayal K. (2015). Parenting interventions for ADHD: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 19(10): 831-843. DOI: 10.1177/1087054714535952.
- Cole P.M., Hall S.E. & Hajal N.J. (2017). Emotion dysregulation as a vulnerability to psychopathology. In: Beauchaine T.P. & Hinshaw S.P. (eds.), *Child and Adolescent Psychopathology, Third Edition* (pp. 346-386). New York: John Wiley & Sons.
- Crandall A., Deater-Deckard K. & Riley A.W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review*, 36: 105-126. DOI: 10.1016/j.dr.2015.01.004.
- De Cock E.S.A., Henrichs J., Klimstra T.A., Janneke BM Maas A., Vreeswijk C.M.J.M., Meeus W.H.J. & van Bakel H.J.A. (2017). Longitudinal associations between parental bonding, parenting stress, and executive functioning in toddlerhood. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6): 1723-1733. DOI: 10.1007/s10826-017-0679-7.

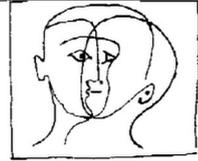
- Edler K. & Valentino K. (2024). Parental self-regulation and engagement in emotion socialization: A systematic review. *Psychological Bulletin*, 150(2): 154-191. DOI: 10.1037/bul0000423.
- Espy K.A., Sheffield T.D., Wiebe S.A., Clark C.A.C. & Moehr M.J. (2011). Executive control and dimensions of problem behaviors in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1): 33-46. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02265.x.
- Evans S., Sciberras E. & Mulraney M. (2020). The relationship between maternal stress and boys' ADHD symptoms and quality of life: An Australian prospective cohort study. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, e33-e38. DOI: 10.1016/j.pedn.2019.09.029.
- Fay-Stammach T., Hawes D.J. & Meredith P. (2014). Parenting influences on executive function in early childhood: A review. *Child Development Perspectives*, 8(4): 258-264. DOI: 10.1111/cdep.12095.
- Feldman R. (2015). Mutual influences between child emotion regulation and parent-child reciprocity support development across the first 10 years of life: Implications for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 27(4pt1): 1007-1023. DOI: 10.1017/S0954579415000656.
- Frick M.A., Forslund T., Fransson M., Johansson M., Bohlin G. & Brocki K.C. (2018). The role of sustained attention, maternal sensitivity, and infant temperament in the development of early self-regulation. *British Journal of Psychology*, 109(2): 277-298. DOI: 10.1111/bjop.12266.
- Garon N., Smith I.M. & Bryson S.E. (2014). A novel executive function battery for preschoolers: Sensitivity to age differences. *Child Neuropsychology*, 20(6): 713-736. DOI: 10.1080/09297049.2013.857650.
- Gershy N. & Gray S.A.O. (2020). Parental emotion regulation and mentalization in families of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(14): 2084-2099. DOI: 10.1177/1087054718762486.
- Graziano P.A. & Garcia A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46: 106-123. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.04.011.
- Gross J.J. & Jazaieri H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4): 387-401. DOI: 10.1177/2167702614536164.
- Groves N.B., Wells E.L., Soto E.F., Marsh C.L., Jaisle E.M., Harvey T.K. & Kofler M.J. (2022). Executive functioning and emotion regulation in children with and without ADHD. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(6): 721-735. DOI: 10.1007/s10802-021-00883-0.
- Gueron-Sela N., Wagner N.J., Propper C.B., Mills-Koonce W.R., Moore G.A. & Cox M.J. (2017). The interaction between child respiratory sinus arrhythmia and early sensitive parenting in the prediction of children's executive functions. *Infancy*, 22(2): 171-189. DOI: 10.1111/inf.12152.
- Hackman D.A. (2012). *Socioeconomic status and the development of executive function and stress reactivity: The specific roles of parental nurturance and the home environment*. University of Pennsylvania.
- Hammond S.I., Müller U., Carpendale J.I.M., Bibok M.B. & Liebermann-Finestone D.P. (2012). The effects of parental scaffolding on preschoolers' executive function. *Developmental Psychology*, 48(1): 271-281. DOI: 10.1037/a0025519.
- Harms M.B., Zayas V., Meltzoff A.N. & Carlson S.M. (2014). Stability of executive function

- and predictions to adaptive behavior from middle childhood to pre-adolescence. *Frontiers in Psychology*, 5: 331. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00331.
- Hauser T.U., Will G., Dubois M. & Dolan R.J. (2019). Annual research review: developmental computational psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(4): 412-426. DOI: 10.1111/jcpp.12964.
- Hendry A., Jones E.J.H. & Charman T. (2016). Executive function in the first three years of life: Precursors, predictors and patterns. *Developmental Review*, 42(5): 1-33. DOI: 10.1016/j.dr.2016.06.005.
- Hendry A., Stets M., Fearon P., Johnson M. & Holmboe K. (2025). Neural markers of attention at 6 months associate with later attentional control performance. *Developmental Science*, 28(1): e13582. DOI: 10.1111/desc.13582.
- Holmboe K., Bonneville-Roussy A., Csibra G. & Johnson M.H. (2018). Longitudinal development of attention and inhibitory control during the first year of life. *Developmental Science*, 21(6): e12690. DOI: 10.1111/desc.12690.
- Hughes C., Ensor R., Wilson A. & Graham A. (2009). Tracking executive function across the transition to school: A latent variable approach. *Developmental Neuropsychology*, 35(1): 20-36. DOI: 10.1080/87565640903325691.
- Hughes C., Foley S., Browne W., McHarg G. & Devine R.T. (2023). Developmental links between executive function and emotion regulation in early toddlerhood. *Infant Behavior and Development*, 71: 101782. DOI: 10.1016/j.infbeh.2022.101782.
- Hughes C.H. & Ensor R.A. (2009). How do families help or hinder the emergence of early executive function? *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2009(123): 35-50. DOI: 10.1002/cd.234.
- Jeong J., Franchett E.E., Ramos de Oliveira C.V., Rehmani K. & Yousafzai A.K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 18(5): e1003602. DOI: 10.1371/JOURNAL.PMED.1003602.
- Kienhuis M., Rogers S., Giallo R., Matthews J. & Treyvaud K. (2010). A proposed model for the impact of parental fatigue on parenting adaptability and child development. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4): 392-402. DOI: 10.1080/02646830903487383.
- Kim S., Nordling J.K., Yoon J.E., Boldt L.J. & Kochanska G. (2013). Effortful control in “hot” and “cool” tasks differentially predicts children’s behavior problems and academic performance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1): 43-56. DOI: 10.1007/s10802-012-9661-4.
- Kochanska G. (2002). Committed compliance, moral self, and internalization: a mediational model. *Developmental Psychology*, 38(3): 339-351. DOI: 10.1037//0012-1649.38.3.339.
- Landis T.D., Garcia A.M., Hart K.C. & Graziano P.A. (2021). Differentiating symptoms of ADHD in preschoolers: the role of emotion regulation and executive function. *Journal of Attention Disorders*, 25(9): 1260-1271. DOI: 10.1177/1087054719896858.
- Lengua L.J., Honorado E. & Bush N.R. (2007). Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(1): 40-55. DOI: 10.1016/j.appdev.2006.10.001.
- Matte-Gagné C. & Bernier A. (2011). Prospective relations between maternal autonomy support and child executive functioning: Investigating the mediating role of child language ability. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110(4): 611-625. DOI: 10.1016/j.jecp.2011.06.006.
- Merz E.C., Landry S.H., Montroy J.J. & Williams J.M. (2017). Bidirectional associations

- between parental responsiveness and executive function during early childhood. *Social Development*, 26(3): 591-609. DOI: 10.1111/sode.12204.
- Mezzacappa E., Buckner J.C. & Earls F. (2011). Prenatal cigarette exposure and infant learning stimulation as predictors of cognitive control in childhood. *Developmental Science*, 14(4): 881-891. DOI: 10.1111/j.1467-7687.2011.01038.x.
- Morris A.S., Cui L., Criss M.M. & Simmons W.K. (2018). Emotion regulation dynamics during parent-child interactions: Implications for research and practice. In: Cole P.M. & Hollenstein T. (eds.), *Emotion regulation* (pp. 70-90). Routledge.
- Ochsner K.N., Silvers J.A. & Buhle J.T. (2012). Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1251(1): E1-E24. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2012.06751.x.
- Palacios-Barrios E.E. & Hanson J.L. (2019). Poverty and self-regulation: Connecting psychosocial processes, neurobiology, and the risk for psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 90: 52-64. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.12.012.
- Pearce Z.R. & Miller S.E. (2025). Embodied Cognition Perspectives within Early Executive Function Development. *Frontiers in Cognition*, 4: 1361748. DOI: 10.3389/fcogn.2025.1361748.
- Petrovic P. & Castellanos F.X. (2016). Top-down dysregulation – from ADHD to emotional instability. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 10: 70. DOI: 10.3389/fnbeh.2016.00070.
- Posner M.I. & Rothbart M.K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, 12(3): 427-441. DOI: 10.1017/s0954579400003096.
- Rothbart M.K. & Derryberry D. (2002). Temperament in children. In: Backman L. & von Hofsten C. (eds.), *Psychology at the Turn of the Millennium*, vol. 2 (pp. 33-52). London: Psychology Press.
- Rutherford H.J.V., Wallace N.S., Laurent H.K. & Mayes L.C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36: 1-14. DOI: 10.1016/j.dr.2014.12.008.
- Ryckaert C., Kuntsi J. & Asherson P. (2018). Emotional dysregulation and ADHD. In: Banaschewski T., Coghill D. & Zuddas A. (eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp. 103-117). Oxford University Press.
- Schroeder V.M. & Kelley M.L. (2010). Family environment and parent-child relationships as related to executive functioning in children. *Early Child Development and Care*, 180(10): 1285-1298. DOI: 10.1080/03004430902981512.
- Shaffer A. & Obradović J. (2017). Unique contributions of emotion regulation and executive functions in predicting the quality of parent-child interaction behaviors. *Journal of Family Psychology*, 31(2): 150-159. DOI: 10.1037/fam0000269.
- Shaw P., Stringaris A., Nigg J. & Leibenluft E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3): 276-293. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.13070966.
- Sheppes G., Suri G. & Gross J.J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1): 379-405. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739.
- Shojaei F. & Foroozan E. (2024). Study the Relationship between Executive Function and Emotional Regulation in Children with ADHD. *Journal of Emergency Health Care*, 13(1): 71-75.
- Sudikoff E.L., Bertolin M., Lordo D.N. & Kaufman D.A.S. (2015). Relationships between executive function and emotional regulation in healthy children. *Journal of Neurology and Psychology*, 2(8).

- Sullivan E.L., Holton K.F., Nousen E.K., Barling A.N., Sullivan C.A., Propper C.B. & Nigg J.T. (2015). Early identification of ADHD risk via infant temperament and emotion regulation: A pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(9): 949-957. DOI: 10.1111/jcpp.12426.
- Tamis-LeMonda C.S., Kuchirko Y. & Song L. (2014). Why is infant language learning facilitated by parental responsiveness? *Current Directions in Psychological Science*, 23(2): 121-126. DOI: 10.1177/0963721414522813.
- Thompson R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3): 25-52.
- Tronick E.D., Riva C. & Rodini C. (2008). *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Trull T.J. (2012). The Five-Factor Model of Personality Disorder and DSM-5. *Journal of Personality*, 80(6): 1697-1720. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2012.00771.x.
- Vernon-Feagans L., Willoughby M. & Garrett-Peters P. (2016). Predictors of behavioral regulation in kindergarten: Household chaos, parenting, and early executive functions. *Developmental Psychology*, 52(3): 430-441. DOI: 10.1037/dev0000087.
- Wass S. V, Phillips E.A.M., Haresign I.M., Amadó M.P. & Goupil L. (2024). Contingency and Synchrony: Interactional Pathways Toward Attentional Control and Intentional Communication. *Annual Review of Developmental Psychology*, 6(1): 63-85. DOI: 10.1146/annurev-devpsych-010923-110459.
- Welsh J.A., Nix R.L., Blair C., Bierman K.L. & Nelson K.E. (2010). The development of cognitive skills and gains in academic school readiness for children from low-income families. *Journal of Educational Psychology*, 102(1): 43-53. DOI: 10.1037/a0016738.
- Wiebe S.A., Espy K.A. & Charak D. (2008). Using confirmatory factor analysis to understand executive control in preschool children: I. Latent structure. *Developmental Psychology*, 44(2): 575-587. DOI: 10.1037/0012-1649.44.2.575.
- Wiebe S.A., Sheffield T., Nelson J.M., Clark C.A.C., Chevalier N. & Espy K.A. (2011). The structure of executive function in 3-year-olds. *Journal of Experimental Child Psychology*, 108(3): 436-452. DOI: 10.1016/j.jecp.2010.08.008.
- Zelazo P.D. & Müller U. (2002). Executive function in typical and atypical development. In: Goswami U. (ed.), *Blackwell Handbook of Childhood Cognitive Development* (pp. 445-469). West Sussex: Blackwell Publishing.

ADHD in età evolutiva ed età adulta: differenze diagnostiche e fattori che concorrono a delineare il profilo del paziente



Riccardo Bertaccini*, Alessandra Capuozzo**

Ricevuto il 26 marzo 2025, accettato il 19 maggio 2025

Sommario

Con una prevalenza di oltre il 5%, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è uno dei disturbi più frequenti nella psichiatria infantile e adolescenziale, inoltre, i dati ci indicano che circa il 2,5% della popolazione adulta presenta un funzionamento neuro-atipico che rientra nell'etichetta diagnostica ADHD (in accordo con il DSM-5). Il presente articolo si pone come obiettivo di delineare le principali caratteristiche del profilo di funzionamento psicologico di soggetti con diagnosi di ADHD sia in età evolutiva che in età adulta. L'intento è anche quello di mettere in evidenza possibili costanti che delineano traiettorie evolutive e continuità nel corso del ciclo di vita, ma anche differenze sia sul piano diagnostico che di espressività fenomenologica di questo quadro clinico che rientra fra i disturbi del neurosviluppo.

In conclusione, il funzionamento ADHD risulta particolarmente complesso, sia perché la diagnosi tutt'oggi si definisce come principalmente clinica e non unicamente definita da dati strumentali, sia perché esiste un'ampia fenomenologia sintomatologica che impone al clinico la capacità di considerare questo funzionamento su un continuum, dove l'intensità dei comportamenti e le manifestazioni possono avere grandi differenze da paziente a paziente e addirittura si possono modificare nell'arco della vita.

Parole chiave: ADHD, traiettorie di sviluppo, comorbidità, diagnosi clinica.

* Psicologo Psicoterapeuta, Dirigente UONPIA Ausl Romagna, Via Cristoforo Colombo, 11 – 47122 Forlì, Docente Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva, Didatta SITCC; e-mail: dott.ricbertaccini@gmail.com

** Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, socia SITCC, Viale Antonio Gramsci, 13 – 80122 Napoli; e-mail: alessandra.capuozzo@gmail.com

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20372

ADHD in childhood and adulthood: diagnostic differences and factors that contribute to outlining the patient's profile

Abstract

With a prevalence of over 5%, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most frequent disorders in child and adolescent psychiatry. Furthermore, data indicate that approximately 2,5% of the adult population presents a neuro-atypical functioning that falls under the ADHD diagnostic label (following the DSM-5). This article aims to outline the main characteristics of the psychological functioning profile of subjects diagnosed with ADHD, both in developmental age and in adulthood. The aim is also to highlight possible constants that outline developmental trajectories and continuity throughout the life cycle, but also differences both in terms of diagnosis and phenomenological expressiveness of this clinical condition, included into neurodevelopmental disorders.

In conclusion, ADHD functioning is complex, both because the diagnosis is still defined as mainly clinical and not solely defined by instrumental data, and because there is a broad symptomatic phenomenology that requires the clinician to consider this functioning as on a continuum, where the intensity of behaviors and manifestations can have great differences from patient to patient and can even change over the course of a lifetime.

Keywords: ADHD, developmental trajectories, comorbidity, clinical diagnosis.

Introduzione

Il presente articolo si pone come obiettivo principale il cercare di delineare le principali caratteristiche del profilo di funzionamento psicologico di soggetti a cui viene posta diagnosi di ADHD (Deficit dell'Attenzione e Iperattività) sia in età evolutiva che in età adulta. L'intento è anche quello di mettere in evidenza sia possibili costanti che delineano traiettorie evolutive e continuità nel corso del ciclo di vita, ma anche differenze sia sul piano diagnostico che di espressività fenomenologica di questo quadro clinico che rientra oggi fra i disturbi del neurosviluppo.

ADHD ed età evolutiva

Con una prevalenza di oltre il 5%, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è uno dei disturbi più frequenti nella psichiatria infantile e adolescenziale. Nonostante un'enorme mole di ricerche, circa 20.000 pubblicazioni sono state citate in PubMed negli ultimi 10 anni, la valutazione e il trattamento dell'ADHD continuano a rappresentare una sfida per i clinici. L'ADHD è caratterizzato dall'eterogeneità delle sue forme espres-

sive (sottotipo disattento versus sottotipo iperattivo, forme combinate), da comorbilità frequenti e variabili, da una sovrapposizione con altri disturbi, dalla dipendenza dal contesto dei sintomi. Mentre le basi neurobiologiche e genetiche del disturbo sono indiscutibili, mancano ancora biomarcatori o altri criteri oggettivi che potrebbero portare a identificare una affidabile indagine strumentale per diagnosticare l'ADHD. Infatti, contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare dopo anni di intensa ricerca, i criteri ADHD definiti dai sistemi nosologici, come il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (APA, 2013) e l'International Classification of Diseases, edizioni 10 (WOMS, 2004) e 11 (WOMS, 2019) non sono diventati più ristretti e specifici, quanto semmai più ampi, comprendendo fasce di età più ampie, ponendo così maggiore enfasi sulla competenza e l'esperienza del clinico, ridefinendo ancora oggi la diagnosi dell'ADHD come un processo primariamente clinico (Drechsler *et al.*, 2020).

L'ADHD è definito come un disturbo del neurosviluppo e secondo il DSM-5 continua a essere una diagnosi di esclusione e non dovrebbe essere diagnosticato se i sintomi comportamentali possono essere meglio spiegati da altri disturbi mentali (ad esempio, disturbo psicotico, disturbo dell'umore o d'ansia, disturbo della personalità, intossicazione da sostanze o astinenza).

ADHD è caratterizzato da frequente comorbilità e sovrapposizione con altri disturbi neuro-evolutivi e mentali dell'infanzia e dell'adolescenza. Le comorbilità più frequenti sono: i disturbi dell'apprendimento (Du Paul *et al.*, 2013), disturbo dello spettro autistico (Abdallah *et al.*, 2011; Simonoff *et al.*, 2008), Tic/disturbo di Tourette e disturbo ossessivo-compulsivo; depressione e disturbi d'ansia (Angold *et al.*, 1999; Meinzer *et al.*, 2014); disturbo oppositivo-provocatorio e disturbo della condotta (Barkley, 2005). L'ADHD aumenta il rischio di disturbi da abuso di sostanze e l'uso problematico dei media, spesso anche associato a diverse forme di alimentazione disregolata nei bambini e negli adolescenti. È stata inoltre studiata e documentata la relazione temporale tra le condizioni di iperattività/disattenzione ed esperienze traumatiche infantili (es. abuso) o di altre forme di maltrattamento, ma tale relazione a oggi rimane ancora poco chiara per la mancanza di studi longitudinali rigorosi (Langevin *et al.*, 2023).

Comunque, quando parliamo di ADHD, ci troviamo di fronte ad alcuni *core features* fondamentali (limitato controllo degli impulsi; iperattività motoria; limitato span di attenzione sostenuta). Possiamo inoltre ragionevolmente ritenere che queste difficoltà trovino spiegazione in un *deficit autoregolativo di base*, connesso a un deficit nelle funzioni esecutive.

Rispetto alle citate conoscenze raggiunte, gli aspetti emotivi e il funzionamento relazionale/affettivo correlati a tale area clinica sono rimasti molto

più sullo sfondo. Riferendoci in tal senso alla *Psicopatologia dello Sviluppo* (Sroufe & Rutter, 1984; Rutter, 1995; Cicchetti, 1984; Achenbach, 1990), anche per l'ADHD possiamo sottolineare il concetto di *multifattorialità* nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive che lo caratterizzano, ponendo l'attenzione sulla valutazione e comprensione di fattori di rischio, fattori protettivi presenti e sul loro intreccio e bilancio. Più domini di rischio (caratteristiche atipiche del bambino, parenting inefficace, insicurezza dell'attaccamento, avversità familiari e sociali) sono implicati e si sovrappongono, più alta è la probabilità di psicopatologia e maggiore sarà anche la gravità di tale quadro clinico.

In generale, un'adeguata e armonica regolazione emotiva correla positivamente con la capacità di sviluppare e utilizzare le competenze integrative e metacognitive, proprio quelle competenze che sono così importanti nella strutturazione e implementazione delle funzioni esecutive di controllo e di monitoraggio dei propri processi interni e della propria performance. L'attaccamento insicuro, inibendo lo sviluppo della corteccia orbitofrontale, può risultare in cronica labilità emozionale, impulsività e comportamenti intensi e imprevedibili. In questa prospettiva, un interessante filone di studi e di ricerca, ha evidenziato l'influenza delle esperienze affettive primarie sullo sviluppo delle aree cerebrali deputate all'autoregolazione (Panzer & Viljoen, 2005; Ladnier & Massanari, 2000; Halasz, 2001; Halasz & Vance, 2002, Crittenden & Kulbotten, 2007).

Anche per l'ADHD possiamo ipotizzare una simile interazione. Quando il deficit autoregolativo di base innato va a incontrarsi con quote di sensibilità e responsività sufficientemente ampie, le mancanze o gli eccessi di segnalazione del bambino avranno buona possibilità di essere compensati o contenuti dal genitore, con una graduale tendenza alla attenuazione del quadro comportamentale e attentivo del bambino (Warren, 2003). D'altra parte, in quelle situazioni relazionali in cui lo stile del caregiver risulta più caratterizzato da imprevedibilità e alta emotività espressa o da bassa responsività affettiva, spesso emerge come il comportamento problematico del bambino assuma una significativa funzione interpersonale di gestione della relazione e quindi vada incontro a possibili acutizzazioni, amplificazioni e rigidi meccanismi di mantenimento.

Nel lavoro terapeutico individuale con il bambino, quando previsto dal setting clinico impostato, l'attenzione anche a questi processi regolativi di base e mediati dal contesto affettivo ed educativo, si colloca come integrativo ai previsti e utilissimi interventi basati sul potenziamento attentivo, sulla gestione psicoeducativa delle problematiche comportamentali e sul training auto regolativo (Bertaccini *et al.*, 2018).

Quando ci troviamo di fronte a questa complessità, necessariamente non possiamo ridurre il nostro processo di valutazione e comprensione unicamente ad aspetti neuropsicologici e comportamentali, ma ponendo l'accento sul ruolo del contesto affettivo di sviluppo come fattore di rischio o di protezione, un'attenta analisi e comprensione del funzionamento del contesto relazionale presente attorno al bambino si pone come una condizione fondamentale per costruire un intervento clinico strategicamente orientato, non meramente manualizzato ma altamente personalizzato e guidato da un'attenta formulazione del caso in senso esplicativo funzionale e non unicamente nosografico/categoriale.

ADHD ed età adulta

Ad oggi, i dati ci indicano che circa il 2,5% della popolazione adulta presenta un funzionamento neuro-atipico che rientra nell'etichetta diagnostica ADHD (DSM-5); una mancata diagnosi porta a un peggioramento della qualità della vita e maggiore difficoltà durante il trattamento psicoterapeutico; inoltre, una mancata diagnosi può portare il clinico a un'errata o incompleta diagnosi, influenzando anche il trattamento. Una delle differenze principali tra il paziente adulto e il bambino è legata ai comportamenti compensatori (Canela *et al.*, 2017), infatti i pazienti adulti riportano l'utilizzo di diverse strategie compensatorie suddivisibili in cinque categorie (organizzative, motorie sociali, attentive e con uso di sostanze); questi comportamenti vengono sviluppati perché in età infantile il paziente ADHD si sarà purtroppo ritrovato a dover affrontare esperienze negative o in generale difficoltà di adattamento, quindi per prove ed errori avrà imparato a mettere in atto comportamenti compensativi tali da mascherare il funzionamento atipico. Durante la diagnosi è necessario tenere in considerazione questo aspetto perché sia il paziente che i familiari/persona vicine all'interessato potrebbero non individuare alcuni comportamenti come manifestazioni ADHD e quindi potrebbero non riportarli durante il percorso diagnostico. Inoltre, talvolta le manifestazioni ADHD vengono vissute come utili per svolgere alcune attività, come la situazione di iperfocalizzazione o l'eccesso di energie

Circa il 10% della popolazione adulta ADHD non viene diagnosticato (Asherson *et al.*, 2016), questo può portare a maggiori probabilità di effettuare una diagnosi non corretta; inoltre, i disturbi depressivi, ansiosi e bipolari hanno maggiori probabilità di trovarsi in comorbidità con un funzionamento ADHD, ma è anche possibile che alcune manifestazioni del funzionamento atipico possano essere confuse per sintomi di altre psicopatologie

avendo quindi grandi conseguenze nel trattamento (Asherson *et al.*, 2016). Sintomi come umore instabile, impazienza, irritabilità, poca concentrazione, disturbi del sonno, bassa autostima e relazioni sociali povere sono comportamenti presenti sia nei disturbi depressivi che nell'ADHD, così come disturbi del sonno, labilità emotiva, irrequietezza, incessante attività mentale non focalizzata, distraibilità possono portare verso una diagnosi di un disturbo bipolare, quando, d'altra parte, questi possono essere anche manifestazioni ADHD (Asherson *et al.*, 2016). In questo caso, ciò che il clinico deve considerare è come mai questi comportamenti sono presenti e se rientrano all'interno di un quadro compatibile con l'ADHD; ad esempio, se consideriamo l'irrequietezza, il paziente ADHD potrebbe riferire la necessità di "fare cose" o di muoversi senza che vi sia un motivo specifico o senza la presenza di una situazione pregressa che possa aver portato a sensazione di irrequietezza.

Il funzionamento ADHD porta con sé una serie di manifestazioni, quali la disregolazione emotiva, la difficoltà nelle comprensioni delle regole sociali e mind wandering (Kis *et al.*, 2017; Tatar & Cansız, 2022; Ugurpala *et al.*, 2023), oltre alle manifestazioni considerate primarie per effettuare la diagnosi secondo il DSM-5. Empiricamente vediamo che queste manifestazioni potrebbero alterare test per la valutazione di comorbidità, come sintomatologia ansiosa/depressiva e/o disturbi di personalità; ma durante il trattamento psicoterapeutico si osserva che lavorando su aspetti psicoeducativi e di gestione del proprio funzionamento, sintomi associabili ad altre comorbidità tendono a svanire velocemente, ipotizzando che le manifestazioni ADHD abbiano esasperato un quadro clinico meno compromesso, a meno che non vi sia un'effettiva comorbidità; in tal caso il caso risulta essere più complesso e con maggiori resistenze al trattamento.

È comunque da tenere in considerazione che vi è una maggiore probabilità di diagnosticare il funzionamento ADHD in comorbidità con altre psicopatologie rispetto alla popolazione generale (Sobanski, 2006; 2007; Choi, *et al.*, 2022), con percentuali che vanno dal 8,6 al 55% di diagnosticare disturbi dell'umore nell'ADHD contro 1,2-12,5% nella popolazione generale, oppure oscillazioni tra 3,9 e 84% di probabilità di diagnosticare un disturbo ansioso nel paziente ADHD contro 0,5-9,5% nella popolazione generale. Così come percentuali molto alte vengono evidenziate nella comorbidità con i disturbi di personalità rispetto alla popolazione generale (ADHD: 18-23% Antisociale; 59,5% Bordeline; 10,6% Cluster B, senza DBP; 10,5% Cluster A/C; popolazione generale: 2-2,5% Antisociale; 6,5% disturbi di personalità non specificati).

Durante la valutazione del paziente ADHD è molto utile osservare come il paziente si muove e si comporta durante gli incontri con il clinico, ad

esempio la continua necessità di muoversi o di non riuscire a rispettare i tempi all'interno di una comunicazione (Jeavson *et al.*, 2018).

Infine, rispetto ai test e interviste da utilizzare durante la diagnosi nel paziente ADHD adulto, gli strumenti maggiormente utilizzati possono essere suddivisi in interviste, test cognitivi e test per evidenziare possibili comorbidità. Rispetto ai test cognitivi, c'è da fare una considerazione. La diagnosi ADHD è clinica, questo perché non sempre i test cognitivi riescono a individuare la difficoltà regolatoria dei sistemi dopaminergici e noradrenergici, infatti è fondamentale sapere che nell'ADHD, nonostante il termine indichi un deficit (Deficit dell'Attenzione e Iperattività), non c'è un deficit ma solo una difficoltà nella regolazione dell'attenzione e iperattività, mentre i test cognitivi sono stati ideati per evidenziare un deficit dell'area testata (Pettersson *et al.*, 2018). Infatti, è possibile riscontrare un'imprevedibile performance da parte del paziente, a differenza se il paziente è abbastanza motivato nell'effettuare i test oppure se vi è un timore della performance tale da inficiare il risultato.

Invece, attraverso interviste come l'Intervista Diagnostica per l'ADHD negli Adulti (DIVA) o il Barkley Adult ADHD Rating Scale IV (BAARS IV) è possibile evidenziare se il paziente ha mostrato in età infantile manifestazioni riconducibili all'ADHD e se tali manifestazioni sono ancora presenti.

Conclusioni

In conclusione, nel presente articolo abbiamo provato a descrivere quelle che sono le maggiori caratteristiche da tenere in considerazione durante la diagnosi e il trattamento del paziente ADHD, partendo dall'età infantile fino alla fase adulta, come ad esempio considerare nel bambino caratteristiche atipiche, parenting inefficace, insicurezza dell'attaccamento, che sono aspetti che possono portare a una maggiore resistenza nel trattamento. Inoltre, abbiamo cercato di sottolineare gli aspetti a cui fare maggiormente attenzione durante la diagnosi, come le difficoltà nel fare affidamento ai test cognitivi nell'adulto, e le differenze tra età infantile e adulta, come le compensazioni nel paziente adulto.

Il funzionamento ADHD è particolarmente complesso, sia perché la diagnosi essendo clinica richiede di affidarsi maggiormente al parere clinico che ai cut-off e sia perché durante il trattamento è necessario che il clinico sia esperto o specializzato in questa tematica a causa di tutte le caratteristiche e comportamenti che potrebbero essere mal interpretati, inducendo in un trattamento inefficace; inoltre un punto di enorme complessità è di non ve-

dere questo funzionamento in modo dicotomico, ma su un continuum, dove l'intensità dei comportamenti e le manifestazioni possono avere grandi differenze da paziente a paziente e addirittura si possono modificare nell'arco della vita.

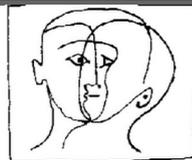
Bibliografia

- Abdallah M.W., Greaves-Lord K., Grove J., Nørgaard-Pedersen A., Hougaard D.M. & Mortensen E.L. (2011). Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorders: findings from a Danish Historic Birth Cohort. *European child & adolescent psychiatry*, 20(11-12): 599-601. DOI: 10.1007/s00787-011-0220-2.
- Achenbach T.M. (1990). What is “developmental” about developmental psychopathology? In: J.E. Rolf A.S. Masten D. Cicchetti K.H. Nuechterlein & S. Weintraub (eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 29-48). Cambridge: Cambridge University Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-5™*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angold A., Costello E.J. & Erkanli A. (1999). Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 40(1): 57-87.
- Asherson P., Buitelaar J., Faraone S.V. & Rohde L.A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The Lancet. Psychiatry*, 3(6): 568-578. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30032-3.
- Barkley R.A. (1999). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guilford Press.
- Barkley R.A. (2011). *Barkley adult ADHD rating scale-iv (BAARS-IV)*. New York: Guilford Press.
- Bertaccini R., Berti B.R. & Cuoghi G. (2018). Regolazione emotiva e implicazioni relazionali nell'ADHD: genitori, bambini, insegnanti. *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, 13(2): 153-172.
- Canela C., Buadze A., Dube A., Eich D. & Liebreuz M. (2017). Skills and compensation strategies in adult ADHD – A qualitative study. *PLoS One*, 12(9): e0184964. DOI: 10.1371/journal.pone.0184964.
- Choi W.S., Woo Y.S., Wang S.M., Lim H.K. & Bahk W.M. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. *PLoS One*, 17(11): e0277175. DOI: 10.1371/journal.pone.0277175.
- Cicchetti D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child development*, 55(1): 1-7.
- Crittenden P.M. & Kulbotten G.R. (2007). Familial contributions to ADHD: An attachment perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(10): 1220-1229.
- Drechsler R., Brem S., Brandeis D., Grünblatt E., Berger G. & Walitza S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5): 315-335. DOI: 10.1055/s-0040-1701658.
- DuPaul G.J., Gormley M.J. & Laracy S.D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of learning disabilities*, 46(1): 43-51. DOI: 10.1177/0022219412464351.

- DuPaul G.J., Gormley M.J. & Laracy S.D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of learning disabilities*, 46(1): 43-51. DOI: 10.1177/0022219412464351.
- Halasz G. (2002). Smartening Up or Dumbing Down? A Look behind the Symptoms, at Overprescribing and Reconceptualising ADHD. In: Halasz G. (ed.), *Cries Unheard: A New Look at Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (I ed., pp. 75-91). Common Ground Publishing.
- Halasz G. & Vance A.L. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder in children: moving forward with divergent perspectives. *The Medical journal of Australia*, 177(10): 554-557. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2002.tb04952.x.
- Jeavoson A., Boshop T., French B. & Bastable S. (2018). *The Adult ADHD treatment handbook*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Kis B., Guberina N., Kraemer M., Niklewski F., Dziobek I., Wiltfang J. & Abdel-Hamid M. (2017). Perception of emotional prosody in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(6): 506-514. DOI: 10.1111/acps.12719.
- Ladnier R.D. & Massanari A.E. (2000). Treating ADHD as attachment deficit hyperactivity disorder. In: Levy T.M. (ed.), *Handbook of attachment interventions* (pp. 27-65). Academic Press.
- Langevin R., Marshall C., Wallace A., Gagné M.-E., Kingsland E. & Temcheff C. (2023). Disentangling the associations between attention deficit hyperactivity disorder and child sexual abuse: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(2): 369-389. DOI: 10.1177/15248380211030234.
- Meinzer M.C., Pettit J.W. & Viswesvaran C. (2014). The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 34(8): 595-607. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.10.002.
- Panzer A. & Viljoen M. (2005). Supportive neurodevelopmental evidence for ADHD as a developmental disorder. *Medical hypotheses*, 64(4): 755-758. DOI: 10.1016/j.mehy.2003.12.060.
- Pettersson R., Söderström S. & Nilsson K.W. (2018). Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments. *Journal of Attention Disorders*, 22(11): 1019-1031. DOI: 10.1177/1087054715618788.
- Ramos-Quiroga J.A., Nasillo V., Richarte V., Corrales M., Palma F., Ibáñez P., ... & Kooij J.S. (2019). Criteria and concurrent validity of DIVA 2.0: a semi-structured diagnostic interview for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(10): 1126-1135. DOI: 10.1177/1087054716646451.
- Rutter M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 36(4): 549-571. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb02314.x.
- Simonoff E., Pickles A., Charman T., Chandler S., Loucas T. & Baird G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8): 921-929. DOI: 10.1097/CHI.0b013e318179964f.
- Sobanski E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256 Suppl 1: i26-i31. DOI: 10.1007/s00406-006-1004-4.
- Sobanski E., Brüggemann D., Alm B., Kern S., Deschner M., Schubert T., Philipsen A. &

- Rietschel M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(7): 371-377. DOI: 10.1007/s00406-007-0712-8.
- Sroufe L.A. & Rutter M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55(1): 17-29.
- Tatar Z.B. & Cansız A. (2022). Executive function deficits contribute to poor theory of mind abilities in adults with ADHD. *Applied neuropsychology. Adult*, 29(2): 244-251. DOI: 10.1080/23279095.2020.1736074.
- Uğurpala C., Tükel R., Ziyilan E. Ç., Ertekin E. & Berberoğlu E. (2023). Social Cognition and Functioning in Patients With Social Anxiety Disorder and/or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 211(11): 828-834. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001696.
- Warren M. (2003). *Parent-child interactions with ADHD children: Parental empathy as a predictor of child adjustment.*, dissertation prepared for the Degree of Doctor of Philosophy. Denton: University of North Texas.
- World Health Organization (2004). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (X ed., vol. 2). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2019). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Disponibile su: icd.who.int/browse11/l-m/en (ultimo accesso: 18/05/2019).

Differenze nei profili dissociativi tra ADHD e Disturbo da Trauma Complesso: uno studio clinico comparativo



Rosario Esposito*, Antonio Onofri**,
Eduardo Schettino***, Gianpaolo Maggi****

Ricevuto il 9 aprile 2025, accettato il 16 maggio 2025

Sommario

Nel corso degli anni, numerosi studi hanno confermato la presenza frequente di sintomi dissociativi nel Disturbo da Stress Post-Traumatico e nel cosiddetto Disturbo da Trauma Complesso. Parallelamente, è recentemente emerso un crescente interesse nei confronti della presenza di sintomi simil-dissociativi (distraibilità, assorbimento, dimenticanze) anche in disturbi attualmente riconosciuti come neuro-evolutivi, ad esempio l'Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Ne consegue, pertanto, una marcata difficoltà per il clinico nel distinguere tra una dissociazione secondaria al trauma e una dissociazione associata a vulnerabilità congenita. Tale sovrapposizione fenomenica rende necessaria un'analisi comparativa approfondita per i sintomi dissociativi tra disturbi diversi come l'ADHD e i disturbi trauma-correlati.

Il presente studio si propone di confrontare i punteggi del fenomeno dissociativo in due gruppi clinici: individui con diagnosi di ADHD e sintomatologia traumatica e individui con diagnosi di ADHD senza sintomatologia traumatica. Sono stati reclutati 42 soggetti con dia-

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta. Scuola di Specializzazione "Scuola di Psicoterapia Cognitiva" sede di Napoli. Piazza Quattro Giornate, 64 – 80128 Napoli; e-mail: rosaverde@libero.it.

** Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Training School di Roma, Jesi e Spoleto. Via Francesco de Sanctis, 9 – 00195 Roma; e-mail: dottoronofri@gmail.com.

*** Scuola di Specializzazione "Scuola di Psicoterapia Cognitiva" sede di Napoli. Via Luca Giordano, 121 – 80128 Napoli; e-mail: eduardoschettino@libero.it.

**** Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta. Piazza Luigi Miraglia, 2 80138; e-mail: gianpaolo.maggi@unicampania.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20373

gnosi di ADHD, così come valutato dal DIVA-5. Ai partecipanti sono state somministrate la Dissociative Experiences Scale-II (DES-II); la Impact of Event Scale-Revised (IES-R); la Adverse Childhood Experience (ACE).

Dai risultati dello studio emerge come la presenza di pensieri intrusivi dovuti a un singolo evento traumatico recente (IES-R) aggravi quelle manifestazioni simil-dissociative nei pazienti ADHD. Invece, quei soggetti ADHD che riportano esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia (ACE) presenterebbero con maggiore frequenza sintomi amnesici, rispetto a coloro che non riportano quei tipi di esperienze sfavorevoli infantili.

Questo studio pilota fornisce alcune indicazioni sulla qualità della dissociazione in pazienti clinici con diversa storia traumatica e con ADHD.

Parole chiave: Dissociazione, ADHD, trauma, disturbi neurosviluppo, diagnosi differenziale.

Differences in Dissociative Profiles Between ADHD and Complex Trauma Disorder: A Comparative Clinical Study

Abstract

Over the years, several studies confirmed the occurrence of dissociative symptoms in trauma-related disorders such as Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Trauma Stress Disorder (CTSD). At the same time, recent literature focused on dissociative-like manifestations (distractibility, absorption, forgetfulness) in neurodevelopmental disorders, such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). This results in a marked difficulty for the clinician in distinguishing between a dissociation due to trauma and/or dissociative manifestations associated with an innate vulnerability. This phenomenological overlap requires an in-depth comparative analysis of dissociative symptoms between different disorders, such as ADHD and trauma-related disorders.

The present study aims to compare the scores of the dissociative phenomenon in two clinical groups: individuals diagnosed with ADHD presenting trauma and individuals diagnosed with ADHD without traumatic symptoms. Forty-two subjects diagnosed with ADHD, as assessed by the DIVA-5, were recruited. Participants were administered the Dissociative Experiences Scale-II (DES-II); the Impact of Event Scale-Revised (IES-R); and the Adverse Childhood Experience (ACE).

We found that the co-occurrence of PTSD symptoms with ADHD aggravated dissociative-like manifestations compared to individuals with only ADHD. Also, ADHD participants who experienced adverse childhood experiences (ACEs) presented more severe dissociative amnesia compared to participants with only ADHD.

This pilot study provides insights into the quality of dissociation in different clinical populations, revealing different patterns of dissociative manifestations among individuals with ADHD and trauma-related disorders.

Keywords: Dissociation, ADHD, trauma, neurodevelopmental disorders, differential diagnosis.

Introduzione

La Dissociazione è un costrutto clinico complesso, descritto per la prima volta da Pierre Janet come un fallimento dei processi integrativi della coscienza, della memoria, dell'identità e della percezione (Janet, 1907); definizione utilizzata poi dalla stessa American Psychiatric Association (APA, 2013). Essa si manifesta attraverso sintomi quali amnesie, depersonalizzazione e de-realizzazione, fughe psicogene e cambi improvvisi di personalità, che possono variare in intensità lungo un continuum che va dai meccanismi dissociativi e simil-dissociativi riscontrabili con frequenza variabile nella popolazione normale (come l'assorbimento mentale), fino alla sintomatologia nucleare tipica dell'ampia categoria diagnostica conosciuta come Disturbi Dissociativi (Bernstein & Putnam, 1986; Steinberg, 1994). Le manifestazioni dissociative sono state storicamente riconosciute come presenti frequentemente in conseguenza a esperienze traumatiche o comunque marcatamente stressanti o avverse, in particolare quando queste si verificano durante l'età infantile (Putnam, 1995; van der Kolk, 1998). Nel corso degli anni, numerosi studi hanno infatti confermato la presenza frequente di sintomi dissociativi nel Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) (American Psychiatric Association, 2013), ma tanto più nel cosiddetto Disturbo da Trauma Complesso (CTD), la cui entità nosografica, sebbene non ancora pienamente riconosciuta (non è infatti presente nel DSM-5), è ampiamente descritta e utilizzata in letteratura, oltre che presente nell'ICD-11 (OMS, 2019; Kira *et al.*, 2008), evidenziando come gli stessi sintomi possano costituire, in linea con un approccio psicodinamico, un meccanismo di difesa reattivo volto a proteggere l'individuo dall'invasività del ricordo traumatico (Classen *et al.*, 2006), oppure, riprendendo la visione di Pierre Janet (1907), come l'effetto stesso della disgregazione dei processi psicologici (Ardovini *et al.*, 2022; Ardovini *et al.*, 2024; Liotti & Farina, 2011). All'interno di queste ultime condizioni, la dissociazione viene comunemente intesa come la conseguenza dell'impossibilità di integrare esperienze traumatiche ripetute nel tempo e difficilmente elaborabili.

Parallelamente a questo patrimonio clinico è recentemente emerso un crescente interesse nei confronti della presenza di sintomi simil-dissociativi (distraibilità, assorbimento, dimenticanze) anche in disturbi attualmente riconosciuti e concettualizzati come meramente neuro-evolutivi, ad esempio l'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Sebbene considerati non necessari per la diagnosi di ADHD, alcuni sintomi come l'assorbimento e il daydreaming, una certa disorganizzazione comportamentale che accompagna la distraibilità, fino a un possibile senso di irrealtà, sono stati osservati frequentemente in soggetti con ADHD, suggerendo la possibilità di ipotizza-

re una dimensione simil-dissociativa a matrice neuro-cognitiva (Mette *et al.*, 2021; Sar *et al.*, 2004). Studi genetici recenti confermerebbero una marcata ereditarietà del disturbo, con una sua distinta base neurobiologica (Faraone & Larsson, 2019; Ribasés *et al.*, 2023), alimentando, in questo modo, il dibattito sulla possibile origine “endogena”, perlomeno di alcune delle manifestazioni dissociative riconoscibili clinicamente.

Tenendo pertanto presente l’attuale contesto di conoscenze, ne consegue una marcata difficoltà per il clinico nel poter agevolmente distinguere tra una dissociazione secondaria al trauma e una dissociazione associata a vulnerabilità congenita. Tale sovrapposizione fenomenica rende necessaria un’analisi comparativa approfondita per i sintomi dissociativi tra disturbi diversi come l’ADHD e i disturbi trauma-correlati, soprattutto in relazione alle diverse dimensioni della dissociazione, alla sua fenomenologia psicopatologica e quindi alle sue radici patogenetiche eventualmente differenti. Infatti, mentre nei soggetti con traumi complessi pregressi (soprattutto se avvenuti durante l’età dello sviluppo, prolungati nel tempo e perpetrati dalle stesse figure familiari del bambino) si osservano frequentemente sentimenti di intensa paura non facilmente spiegabile, depersonalizzazione/derealizzazione, amnesie dissociative e fughe, soprattutto in risposta a relazioni interpersonali vissute come riattualizzazioni delle interazioni traumatizzanti passate e quindi aventi l’effetto di trigger riattivanti, nell’ADHD le manifestazioni simil-dissociative sembrano assumere principalmente la forma di assorbimento ideativo e daydreaming con una alterazione dell’attenzione che assume più spesso la forma di un interrotto mind-wandering, ben diverso da quella sensazione di “testa vuota” e “assenza” così spesso riferita dai pazienti traumatizzati e dissociati (Esposito *et al.*, 2025).

Obiettivi

Il presente studio si propone di confrontare i punteggi della Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) e delle sue sottoscale (Amnesia, Depersonalizzazione, Assorbimento) in due gruppi clinici: individui con diagnosi di ADHD e anche con sintomatologia traumatica e individui con diagnosi di ADHD senza sintomatologia traumatica. Lo scopo è quello di evidenziare eventuali differenze dell’esperienza dissociativa nei due tipi di popolazioni. Il fine ultimo è quello di far emergere il contributo dell’esperienza traumatica sulla qualità delle manifestazioni dissociative e di contribuire al poter almeno iniziare a differenziare tra una vera e propria dissociazione post-traumatica e manifestazioni simil-dissociative come quelle dell’ADHD.

Metodo

Partecipanti

I partecipanti sono stati reclutati attraverso l'attività clinica libero-professionale degli autori dello studio, esperti sia di ADHD sia di psicotraumatologia, tramite contatti diretti sia con pazienti già in carico sia con nuovi soggetti presi in carico, in conformità con i principi etici di trasparenza, volontarietà e riservatezza. Tutti i soggetti hanno ricevuto un'adeguata informativa circa gli obiettivi della ricerca e hanno firmato il consenso informato prima di procedere con la partecipazione. La somministrazione del DIVA-5 (Kooij *et al.*, 2019) è avvenuta in presenza, in un setting clinico strutturato, al fine di garantire un'intervista diagnostica approfondita e conforme agli standard clinici internazionali. Successivamente, ciascun partecipante ha ricevuto un link personale tramite Google Moduli per la compilazione autonoma degli strumenti psicometrici autovalutativi (DES-II, IES-R, ACE). Questa modalità ha consentito di rispettare i tempi individuali, offrendo al contempo un'esperienza sicura e accessibile. Tutti i dati sono stati raccolti in forma anonima e codificata, archiviati in modo sicuro e trattati nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (GDPR). Il presente studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici e metodologici che guidano la ricerca online in conformità con gli standard etici delineati nella Dichiarazione di Helsinki del 1964.

Struttura del protocollo

Il protocollo includeva la somministrazione dei seguenti strumenti:

- Il DIVA-5, una Intervista semi-strutturata basata sui criteri DSM-5 per la diagnosi dell'ADHD in età adulta che consente di indagare sia i sintomi attuali che quelli in età evolutiva, favorendo una diagnosi accurata di questo disturbo (Kooij *et al.*, 2019).
- La *Dissociative Experiences Scale-II (DES-II)*, una scala di auto-valutazione composta da 28 item che misura esperienze dissociative nella vita quotidiana, legate a depersonalizzazione, derealizzazione, amnesia e assorbimento. La dimensione Amnesia riflette la perdita di memoria dissociativa, mentre Depersonalizzazione/Derealizzazione riguarda un senso di distacco da sé stessi, dal proprio corpo o dalla realtà circostante. Infine, Assorbimento implica una profonda immersione nei propri pensie-

ri o esperienze. Ogni item varia tra 0% (“Mai”) e 100% (“Sempre”) e il soggetto deve descrivere con quale frequenza ha vissuto una determinata esperienza. Il punteggio totale del DES-II è rappresentato dalla media di tutti i 28 item, con punteggi più alti associati a tendenze dissociative (Bernstein & Putnam, 1986; Steinberg, 1994).

- La *Impact of Event Scale-Revised (IES-R)* per valutare il livello di disagio percepito in risposta a un evento traumatico specifico così come si manifesta negli ultimi sette giorni. La scala comprende 22 item valutati su una scala Likert a 5 punti da 0 (“Per niente”) a 4 (“Estremamente”), descrivendo manifestazioni che possono verificarsi dopo un evento stressante. Un punteggio ≥ 33 risulta indicativo di una probabile diagnosi di PTSD (Creamer *et al.*, 2003).
- La *Adverse Childhood Experience (ACE)* è stata utilizzata per valutare eventuali esperienze avverse occorse durante l’infanzia. I soggetti devono rispondere “Sì” o “No” a 10 item che valutano due gruppi di esperienze avverse: abusi subiti direttamente (ad esempio abusi fisici, emotivi, sessuali o trascuratezza) e disfunzioni familiari (ad esempio divorzio dei genitori, violenza domestica verso la madre, problemi mentali, abuso di sostanze o incarcerazione di un membro della famiglia) (Felitti *et al.*, 1998).

Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi solo soggetti adulti con diagnosi clinica certa di ADHD e consenso informato. Sono stati esclusi dallo studio individui con disturbi psicotici gravi, condizioni neurologiche acute o uso attivo di sostanze.

Classificazione dei gruppi

I partecipanti sono stati suddivisi in diversi sottogruppi in base alla presenza di PTSD o ACEs secondo i seguenti criteri: gli individui che hanno ottenuto un punteggio ≥ 33 sulla scala IES sono stati considerati come aventi un probabile PTSD; diversamente, i partecipanti che hanno riportato un punteggio ≥ 4 al questionario ACE sono stati considerati come aventi un probabile trauma complesso infantile.

Analisi statistica

Le caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei partecipanti sono state riassunte utilizzando statistiche descrittive. Successivamente, è stato adottato un approccio parallelo per esplorare come la sintomatologia dissociativa in soggetti con diagnosi di ADHD differisca tra diversi profili di trauma. In primo luogo, il campione è stato suddiviso in base all'occorrenza di PTSD e successivamente in base alla presenza di ACEs per valutare come le dimensioni dissociative differivano tra i diversi profili di trauma. Gli aspetti sociodemografici e psicologici riportati come variabili continue sono stati confrontati utilizzando i test di Mann-Whitney. Il test Chi-quadrato (X^2) è stato utilizzato per valutare le differenze nella distribuzione delle variabili categoriche. Le analisi correlazionali sono state condotte per esplorare l'associazione tra le scale che valutano i sintomi dissociativi, le manifestazioni relative al trauma e i sistemi motivazionali. Il livello di significatività è stato fissato a $\alpha = 0,05$, e tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando SPSS Statistic 26,0.

Risultati

Partecipanti

Sono stati reclutati 42 soggetti (18 donne e 24 uomini) con diagnosi di ADHD. Il campione presentava un'età media di 34,95 (DS = 13,11) anni e 15,71 (DS = 2,83) anni di scolarità.

Confronto ADHD+PTSD vs ADHD

Di questi, 29 partecipanti (69,05%) hanno riportato un punteggio ≥ 33 alla IES-R, indicativo della probabile presenza di PTSD. Sono stati, pertanto, confrontati i gruppi di soggetti con ADHD+PTSD e quelli con ADHD. Il gruppo ADHD+PTSD ha riportato punteggi più elevati alla DES totale e alle sue sottoscale rispetto ai soggetti che presentavano solo ADHD.

Confronto ADHD+ACE vs ADHD

All'interno del nostro campione 10 partecipanti (4,2%) hanno riportato un punteggio ≥ 4 al questionario ACE, indicativo della probabile presen-

za di avversità durante l'infanzia e trauma complesso. Sono stati, pertanto, confrontati i gruppi di soggetti con ADHD+ACE e quelli con ADHD. Il gruppo ADHD+ACE ha riportato punteggi più elevati alla sottoscala Amnesia della DES rispetto ai soggetti che presentavano solo ADHD, mentre non sono emerse differenze significative riguardo il punteggio totale e le altre sottoscale.

Correlazioni

Le analisi di correlazione tra i punteggi della DES-II e le scale che valutano la severità del trauma ha rivelato che la IES correlava moderatamente con tutti i punteggi della DES ($0,419 < r < 0,544$) mentre la scala ACE correlava debolmente solo con la scala Amnesia della DES ($r = 0,310$).

Discussione

I risultati attesi rafforzano l'ipotesi che la dissociazione non sia un fenomeno univoco, ma esprima meccanismi distinti in base alla condizione clinica di partenza. Diventa pertanto una necessità del clinico stabilire se gli aspetti dissociativi siano relativi a problemi traumatici oppure a problemi legati al neuro-sviluppo. Questa distinzione appare particolarmente rilevante, considerando che con tutta probabilità le due condizioni necessitano di interventi clinici diversi, di integrazione della coscienza gli uni, di supporto e riabilitazione gli altri.

Dai risultati del nostro studio emerge come la presenza di pensieri intrusivi e ricorrenti dovuti a un singolo evento traumatico recente non elaborato (IES-R) aggravi in ogni caso anche quelle manifestazioni simil-dissociative eventualmente presenti nei pazienti ADHD, non fornendo indicazioni per una loro facile differenziazione. Invece, quei soggetti ADHD che riportano esperienze traumatiche (ACE) vissute durante lo sviluppo, perlopiù in famiglia, sembrano presentare con maggiore frequenza sintomi amnesici rispetto a coloro che non riportano quei tipi di esperienze sfavorevoli infantili.

Il nostro intento è che attraverso lo studio e la progressiva conoscenza di tali differenze nel diverso profilo delle manifestazioni dissociative, si possa arrivare a fornire indicazioni al clinico su quale siano le basi patologiche alla base del disturbo e di conseguenza favorire lo sviluppo di diversi piani di trattamento.

Che l'esperienza traumatica aggravi i quadri psicopatologici è del resto

ampiamente documentato (Magrin *et al.*, 2011; Brasini *et al.*, 2015; Sayed *et al.*, 2015; Schimmenti, 2018; Gradus & Galea, 2023), così come è documentato che soggetti ADHD presentino maggiore probabilità di incontrare durante la loro vita esperienze traumatiche (Ford & Connor, 2009; Szymanski *et al.*, 2011; Brow *et al.*, 2017; Boodoo *et al.*, 2022). Nel nostro studio, il 69,05% riportava di aver vissuto un'esperienza traumatica significativa, misurata attraverso la IES-R, mentre la percentuale di partecipanti che riportavano esperienze avverse nel corso dell'infanzia, valutate attraverso il questionario ACE, risulta decisamente inferiore, al 4,2%. Questa correlazione tra ADHD e esperienza traumatica può essere dovuta probabilmente a tre aspetti principali, ipotesi in linea con la letteratura (per una rassegna generale: Fuller-Thomson *et al.*, 2014; Bali *et al.*, 2023).

Il primo aspetto riguarda il fatto che solitamente questi pazienti hanno un genitore a sua volta con ADHD e quindi impulsivo e magari disregolato, cosa che può favorire un eventuale maltrattamento (Fujiwara *et al.*, 2014; Gul & Gurkan, 2018)

Il secondo è che questi pazienti, a causa delle proprie caratteristiche di funzionamento (disattenzione/distrazione e iperattività/impulsività), vanno più facilmente incontro a vittimizzazione infantile, stigma sociale, fallimenti scolastici, fino a incidenti ed esperienze limite, a rischio traumatico (Boyd *et al.*, 2019; Ouyang *et al.*, 2008).

Un terzo è che questi soggetti potrebbero avere una maggiore vulnerabilità allo stress e alle sue conseguenze (Fuller-Thomson *et al.*, 2014).

Non abbiamo, almeno in base allo stato attuale dell'arte, indicazioni chiare che ci guidino a capire con certezza se le difficoltà dissociative possono essere più relative a traumi (IES-R) oppure a un neuro-sviluppo atipico, se non nella gravità della dissociazione. Ora alcune iniziali indicazioni sembreremmo riceverle dalle risposte al questionario ACE riguardante le Esperienze Sfavorevoli Infantili. Quando infatti siano presenti e ricorrenti significative difficoltà di memoria, questo potrebbe deporre con frequenza maggiore per la presenza di un possibile trauma complesso, o comunque suggerire di indagare particolarmente questo aspetto di fondamentale importanza clinica. In tal caso, quindi, ci si potrebbe avvalere maggiormente di interventi psicoterapeutici volti alla elaborazione dei traumi pregressi e all'integrazione dei processi della coscienza (Janet, 1907; van der Kolk, 1998; Ardovini *et al.*, 2022; Ardovini *et al.*, 2024; Liotti & Farina, 2011), rispetto a quelli meramente educazionali e riabilitativi (Chacko *et al.*, 2014).

La distinzione di cui sopra potrebbe comportare importanti implicazioni diagnostiche e terapeutiche, poiché consente al clinico di differenziare ulteriormente tra sintomi trauma-based e vulnerabilità di tipo neuro-evolutivo.

Questo studio, quindi, sembra fornire prime utili indicazioni in tal senso, ma presenta anche evidenti limiti. Innanzitutto, il numero di partecipanti che benché siano tutti diagnosticati ADHD con lo strumento DIVA, il quale richiede più di un'ora tra somministrazione e scoring, è ancora molto esiguo. Questo non consente una facile generalizzazione dei risultati. Inoltre, molti partecipanti seguivano una psicoterapia in corso e questo può aver facilitato la focalizzazione su memorie traumatiche. Infine, i somministratori del DIVA, per la diagnosi di ADHD, erano anche i clinici dei partecipanti ed erano quindi a conoscenza degli obiettivi di ricerca. Questo se da un lato ha rappresentato un indicatore di coerenza della procedura dall'altro ha potuto inficiare i risultati. Nonostante i suddetti limiti, questi dati preliminari possono essere un passo verso una maggiore comprensione dei diversi fenomeni dissociativi in relazione alle varie concause che li possono determinare.

Conclusioni

Lo studio si propone come contributo preliminare, ma innovativo, alla comprensione dei profili dissociativi in ADHD e Disturbi Trauma-Correlati. I risultati attesi suggeriscono che i fenomeni dissociativi possono essere modulati da percorsi eziologici diversi e che i sottotipi possono rappresentare indicatori transdiagnostici utili per l'orientamento clinico.

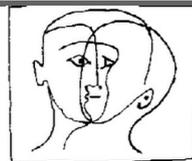
Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ar dovini C., La Rosa C. & Onofri A. (2022). *Conversazioni con Giovanni Liotti su Trauma e Dissociazione*, vol. 1. Roma: ApertaMenteWeb.
- Ar dovini C., La Rosa C. & Onofri A. (2024). *Conversazioni con Giovanni Liotti su Trauma e Dissociazione*, vol. 2. Roma: ApertaMenteWeb.
- Bali P., Sonuga-Barke E., Mohr-Jensen C., Demontis D. & Minnis H. (2023). Is there evidence of a causal link between childhood maltreatment and attention deficit/hyperactivity disorder? A systematic review of prospective longitudinal studies using the Bradford-Hill criteria. *Journal of child psychology and psychiatry advances*, 3(4): e12169. DOI: 10.1002/jcv2.12169.
- Bernstein E.M. & Putnam F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12): 727-735. DOI: 10.1097/00005053-198612000-00004.
- Boodoo R., Lagman J.G., Jairath B. & Baweja R. (2022). A review of ADHD and childhood trauma: treatment challenges and clinical guidance. *Current Developmental Disorders Reports*, 9(4): 137-145. DOI: 10.1007/s40474-022-00256-2.

- Boyd M., Kisely S., Najman J. & Mills R. (2019). Child maltreatment and attentional problems: A longitudinal birth cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 98: 104170. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104170.
- Brasini M. et al. (2015). *The Dissociative Dimension in Psychopathology: Generalised and Specific Role of Dissociative Symptoms*, Conference: Rome Workshop on Experimental Psychopathology, Roma.
- Brown N.M., Brown S.N., Briggs R.D., Germán M., Belamarich P.F. & Oyeku S.O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic pediatrics*, 17(4): 349-355. DOI: 10.1016/j.acap.2016.08.013.
- Chacko A., Kofler M. & Jarrett M. (2014). Improving outcomes for youth with ADHD: A conceptual framework for combined neurocognitive and skill-based treatment approaches. *Clinical child and family psychology review*, 17(4): 368-384. DOI: 10.1007/s10567-014-0171-5.
- Classen C., Koopman C., Nevill-Manning K. & Spiegel D. (2006). A comparison of methods for assessing dissociation among psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*, 18(3): 328-335.
- Creamer M., Bell R. & Failla S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12): 1489-1496. DOI: 10.1016/j.brat.2003.07.010.
- Esposito R., Schettino E.M., Buonincontri V., Vitale C., Santangelo G. & Maggi G. (2025). Exploring Differential Patterns of Dissociation: Severity and Dimensions Across Diverse Trauma Experiences and/or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms. *Behavioral Sciences*, 15(7), 850. DOI: 10.3390/bs15070850.
- Faraone S.V. & Larsson H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4): 562-575. DOI: 10.1038/s41380-018-0070-0.
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V. & Marks J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4): 245-258. DOI: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
- Ford J.D. & Connor D.F. (2009). ADHD and posttraumatic stress disorder. *Current Attention Disorders Reports*, 1(2): 60-66. DOI: 10.1007/s12618-009-0009-0.
- Fujiwara T., Kasahara M., Tsujii H. & Okuyama M. (2014). Association of maternal developmental disorder traits with child mistreatment: A prospective study in Japan. *Child Abuse & Neglect*, 38(8): 1283-1289. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.04.007.
- Fuller-Thomson E., Mehta R. & Valeo A. (2014). Establishing a link between attention deficit disorder/attention deficit hyperactivity disorder and childhood physical abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(2): 188-198. DOI: 10.1080/10926771.2014.873510.
- Gradus J.L. & Galea S. (2023). Moving from traumatic events to traumatic experiences in the study of traumatic psychopathology. *American journal of epidemiology*, 192(10): 1609-1612. DOI: 10.1093/aje/kwad126.
- Gul H. & Gurkan C.K. (2016). Child Maltreatment and Associated Parental Factors Among Children With ADHD: A Comparative Study. *Journal of Attention Disorders*. 22(13): 1278-1288. DOI: 10.1177/1087054716658123.
- Janet P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria: Fifteen Lectures Given in the Medical School of Harvard University*. New York: Macmillan.
- Kira I.A., Lewandowski L., Templin T., Ramaswamy V., Ozkan B. & Mohanesh J. (2008).

- Measuring cumulative trauma dose, types, and profiles using a development-based taxonomy of traumas. *Traumatology*, 14(2): 62-87. DOI: 10.1177/1534765608319324.
- Kooij J. & Francken M. (2010) *Diagnostic interview for ADHD in adults (DIVA 2.0)*, Tech. Rep.
- Kooij J.J.S., Bijlenga D., Salerno L., Jaeschke R., Bitter I., Balazs J., ... & Asherson P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry*, 56(1): 14-34. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.
- Liotti G. & Farina B. (2011). *Sviluppi Traumatici*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Magrin C., Mansutti F., Prunetti E., Donisi V., Bateni M. & Liotti G. (2011). Sintomi e processi dissociativi nei disturbi psicopatologici: un indice di severità? *Cognitivismo clinico*, 8(1): 18-26.
- Mette C., Schäfer I. & Niedtfeld I. (2021). Dissociation in patients with ADHD and borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(4): 657-669.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2019). *Classificazione internazionale delle malattie per la statistica di mortalità e morbosità (ICD 11^a revisione)*.
- Ouyang L., Fang X., Mercy J., Perou R. & Grosse S.D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: A population-based study. *The Journal of Pediatrics*, 153(6): 851-856. DOI: 10.1016/j.jpeds.2008.06.002.
- Putnam F.W. (1995). Dissociation as a response to extreme trauma. In: van der Kolk B.A., McFarlane A.C. & Weisaeth L. (eds.), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 199-215). New York: Guilford Press.
- Ribasés M., Mitjans M., Hartman C.A., Soler Artigas M., Demontis D., Larsson H., Ramos-Quiroga J.A., Kuntsi J., Faraone S.V., Børglum A.D., Reif A., Franke B. & Cormand B. (2023). Genetic architecture of ADHD and overlap with other psychiatric disorders and cognition-related phenotypes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 153: 105313. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2023.105313.
- Sar V., Akyüz G. & Dogan O. (2004). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 126(2): 169-176. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.01.005.
- Sayed S., Iacoviello B.M. & Charney D.S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current psychiatry reports*, 17(8): 612. DOI: 10.1007/s11920-015-0612-y.
- Schimmenti A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(5): 552-571. DOI: 10.1080/15299732.2017.1402400.
- Steinberg M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Szymanski K., Sapanski L. & Conway F. (2011). Trauma and ADHD – association or diagnostic confusion? A clinical perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1): 51-59. DOI: 10.1080/15289168.2011.575704.
- van der Kolk B.A. (1998). Trauma and memory. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(S1): S52-S64.

Il piacere come esperienza interpersonale condivisa nella cura dei legami genitori figli. Una nuova visione per la psicoterapia per l'età evolutiva



Tiziana Frau*, Angelo Maria Inverso**,
Milena Milani***, Dafna Lender****

Ricevuto il 13 giugno 2026, accettato il 16 maggio 2025

Sommario

Noi esseri umani come esseri sociali, ci siamo evoluti e ci sviluppiamo in interazione con altri della nostra specie e tessiamo legami determinanti per la nostra sopravvivenza e anche per il nostro benessere (Gallese *et al.*, 2024). Guardare alle relazioni per curare i legami, secondo un approccio in seconda persona (León *et al.*, 2022; Reddy, 2003), ha un valore centrale nei percorsi di psicoterapia, nei quali si porta alla consapevolezza del paziente le strategie adattive degli individui per mantenere i legami, anche a fronte di quote di alta sofferenza. In psicoterapia per l'età evolutiva i trattamenti sono spesso incentrati sul comprendere i sintomi e la sofferenza a carico del bambino o del genitore trascurando un elemento fondamentale costitutivo alla base della relazione genitore e bambino e della creazione del senso di noi con l'altro: il piacere come esperienza interpersonale condivisa.

L'articolo propone una visione dell'importanza del piacere nelle relazioni genitori e figlio, secondo un approccio evuzionista (Liotti & Farina, 2011) e sulla base della neurobiologia affettiva interpersonale (Schore, 1994; Hill, 2020), che ponga le basi condivise per metodi di trattamento coerenti per la cura dei legami, volti a promuovere la connessione, e il benessere.

* Psicologa, Psicoterapeuta, PhD, IUStO, Istituto Universitario Salesiano Torino Rebaudengo, Theraplay Italia; Via Talucchi 27 – 10143 Torino; e-mail: tizianafrau@gmail.com

** Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Studio di psicoterapia cognitiva e neuropsichiatra infantile; Corso Massimo d'Azeglio 65 – 10015 Ivrea (TO); e-mail: am.inverso@libero.it

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Theraplay Italia, Via S. Gerolamo, 29 – 20022 Castano Primo (MI); e-mail: milena.milena78@gmail.com

**** LCSW, Dafna Lender LLC, Chicago; 1567 Dewey Ave, Evanston (IL) – 60201-4079 USA; e-mail: dafna@dafnalender.com

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20374

Tiziana Frau, Angelo Maria Inverso, Milena Milani, Dafna Lender

Verrà presentato un caso clinico, secondo il modello di un approccio integrato basato sull'attaccamento (Lender, 2023), con la Theraplay (Norris & Lender, 2020) e la terapia diadica evolutiva (Hughes & Golding, 2024).

Parole chiave: legami affettivi, piacere, connessione, Theraplay, DDP, IAFT.

Pleasure as a shared interpersonal experience for healing parent-child bonds. To take a fresh look at developmental psychotherapy

Abstract

We humans as social beings evolved and constantly develop interacting with others of our species and we weave bonds that are crucial both to our survival and well-being (Gallese *et al.*, 2024). Looking at relationships to heal bonds, through a second-person approach (León *et al.*, 2022; Reddy, 2003) certainly has central value in psychotherapy treatments, where we make the patient aware of the adaptive strategies of individuals to maintain bonds, even when they uncover high levels of suffering. Especially in developmental psychotherapy, treatments have often been focused on understanding the symptoms and suffering borne by the child or parent, but what has always been overlooked is a fundamental constitutive element underlying the parent-child relationship and the creation of a sense of us with one another: pleasure as a shared interpersonal experience.

The aim of the article is to shed light on the importance of pleasure in parent-child relationships, according to an evolutionary approach (Liotti & Farina, 2011) and on the basis of interpersonal affective neurobiology (Schore, 1994; Hill, 2020), in order to lay a shared foundation for the choice of consistent treatment methods for bonding care, aimed at promoting connection, and well-being. A clinical case will be analyzed according to the model of an integrated attachment-based approach (Lender, 2023), with Theraplay (Norris & Lender, 2020) and developmental dyadic therapy (Hughes, 2009; Hughes & Golding, 2024).

Keywords: Affective bonds, pleasure, connection, Theraplay, DDP, IAFT, ADHD.

Introduzione

Nella presa in carico del bambino e della famiglia, viene portata all'attenzione del clinico sia la sofferenza percepita del bambino, sia quella del genitore. Il bambino spesso viene considerato problematico e portatore di sintomi che perturbano il sistema di relazioni familiari ed extrafamiliari; i genitori dall'altro canto, portano i loro vissuti emotivi di colpa, vergogna e impotenza verso il bambino e la rete di relazioni sociali che li vede coinvolti.

Nella formulazione del contratto terapeutico, sarebbe invece importante guardare alla relazione del genitore con il bambino per curarne il legame. Questo sposta significativamente l'attenzione dal sintomo di "per sè" al sen-

so e al significato della sintomatologia del bambino, vista piuttosto come risposta adattiva a un contesto di relazioni che hanno influenzato la crescita e lo sviluppo del bambino, relazioni che fin dagli esordi mantengono in memoria elementi di sofferenza. Anche il sentimento di appartenenza al legame può essere stato compromesso (Siegel, 2022).

Fin dalla nascita, il neonato partecipa in modo socialmente competente alla relazione con il genitore (Brinck, Reddy & Zahavi, 2017). Dall'impegno in seconda persona "io-tu" emerge un senso di "noi" pre-riflessivo che conserva il colore tacito e implicito di quell'esperienza intercorporea e intersoggettiva di legame (Reddy, 2008; Gallese, 2014).

Esaminare fin dall'inizio la qualità di questi vissuti, in termini di memorie tacite e implicite, ci consente di risalire alle fondamenta della costruzione di questa relazione. Questo processo permette di identificare le esperienze di difficoltà, che si manifestano anche attraverso l'assenza di piacere come esperienza interpersonale condivisa. Tale assenza può derivare dalla perdita di sintonia e dalla difficoltà, o impossibilità, di ristabilirla e ripararla (Tronick, 1978).

L'assenza di piacere nella relazione con il bambino porta all'esacerbarsi in lui e nel genitore, di strategie difensive volte all'evitamento, alle manifestazioni di rabbia e conflitto, alla chiusura delle parti e allo sviluppo di credenze patogene negative su di sé e sull'altro. Inoltre, come espressione di questa sofferenza, i genitori non provano piacere nello stare con i loro bambini. L'idea di essere costantemente esposti a situazioni eccessivamente perturbanti ed emotivamente negative li porta inevitabilmente a evitare il contatto con i bambini. Dalle narrazioni dei genitori emergono aspettative su comportamenti desiderati del bambino, che li distolgono dal rimanere presenti, empatici e curiosi nell'accogliere il bambino per come si sente e conseguentemente si comporta (Lender, 2023).

Un importante obiettivo terapeutico è comprendere come sostenere il genitore a stare in contatto con il bambino, a rimanere emotivamente disponibile ad accogliere il bambino nei suoi stati emotivi e a riflettere insieme a lui con empatia e curiosità (Hughes, 2009). In questo modo, il genitore può aiutare il bambino a organizzare il suo mondo interno, facendo emergere l'intenzionalità dietro ai comportamenti e le motivazioni interpersonali che guidano il suo agire. Questa possibilità di connettersi e di vivere l'esperienza interpersonale con il bambino come tollerabile è legata alla percezione di sufficiente calma e sicurezza da parte del sistema nervoso (Siegel, 1999). Solo in questo caso il genitore può mostrarsi aperto, partecipe e disponibile verso l'altro, rimanendo empatico, giocoso e curioso nel comprendere, conoscere il bambino, i suoi bisogni e i suoi stati interni.

Un modello significativo per comprendere l'esperienza del piacere e del disagio negli scambi affettivi con il genitore è il modello di Panksepp (1978). Secondo Panksepp, il cervello mantiene un equilibrio tra piacere e disagio. Questo equilibrio è essenziale per la sopravvivenza, poiché le esperienze di piacere incentivano comportamenti che promuovono la vita, mentre le esperienze di disagio servono come segnali di avvertimento per evitare pericoli e danni.

Panksepp & Biven (2012) hanno sviluppato una teoria che identifica sette sistemi affettivi primari presenti nel cervello dei mammiferi, fornendo una spiegazione dettagliata delle radici neurali delle esperienze affettive nelle loro diverse valenze qualitative. I sistemi affettivi legati al piacere includono:

- il sistema della ricerca, legato alla dopamina, è relativo alla curiosità, all'esplorazione e alla ricerca di risorse. Questo sistema è associato a sentimenti di aspettativa e anticipazione positiva, che sono componenti cruciali del piacere;
- il sistema della cura e dell'amorevolezza, legato all'ossitocina, è relativo al prendersi cura degli altri ed è associato a sentimenti positivi di amore e attaccamento;
- il sistema del gioco, legato alla dopamina e all'endorfina, è associato al gioco sociale e alla gioia, producendo piacere e felicità;
- il sistema della sessualità e della brama, legato agli ormoni sessuali, è relativo ai comportamenti sessuali ed è associato a piacere e desiderio;
- i sistemi affettivi legati alle esperienze di disagio includono:
- il sistema della rabbia e della dominanza, legato al testosterone e alla serotonina, è attivato da frustrazioni e ostacoli ed è associato a sentimenti di disagio e aggressività.
- il sistema della paura e dell'ansia, legato al cortisolo, è generato da minacce percepite ed è strettamente legato al disagio;
- il sistema della tristezza, del panico e della solitudine affettiva, legato all'assenza di cura, è relativo alla separazione sociale e alla perdita, associato a intense sensazioni di disagio e angoscia.

Il disagio è un indicatore terapeutico importante, poiché guida l'identificazione dei bisogni emotivi insoddisfatti nella relazione genitore-bambino, verso cui intervenire in modo mirato. L'esperienza condivisa di piacere, d'altra parte, costituisce un indicatore della qualità dell'ambiente interpersonale come caldo, accogliente, sicuro e stimolante.

Il piacere è declinabile nella relazione genitore-bambino, nella ricerca reciproca volta a conoscersi e a esplorare, nella cura amorevole, e nel gioco il cui

obiettivo è divertirsi insieme. Il piacere per tanto è la base per la costruzione di legami di fiducia, di conoscenza reciproca, volti al rafforzamento dei legami affettivi e allo sviluppo delle competenze sociali e cognitive del bambino.

Il SMI dell'Accudimento e la cura nell'esperienza di piacere interpersonale

L'accudimento è la disposizione motivazionale interpersonale, che si attiva nei genitori davanti alle manifestazioni di disagio del bambino (Liotti, 2004). Partecipare alla regolazione dello stato affettivo del bambino, promuove lo sviluppo e la crescita sana del bambino (Schore, 1994; 2021; Hill, 2020). Il piacere nell'accudimento è alla base della costruzione del legame affettivo genitore bambino (Panksepp & Biven, 2012). Dal punto di vista dell'accudimento in psicoterapia è sempre stato dato poco spazio al lavoro su questa dimensione riletta per di più nelle attività di gioco. Grazie a una approfondita descrizione dei "Sistemi anatomo-funzionali del SNC implicati nell'accudimento" (Huges & Baylin, 2012) possiamo dare rilievo alle diverse competenze e funzioni associate alla cura:

1. il Sistema Genitoriale di Avvicinamento (Parental Approaching System); Questo sistema è responsabile della prossimità e del contatto fisico ed emotivo tra genitore e bambino. Il piacere sperimentato nella vicinanza fisica e affettiva crea un senso di sicurezza e protezione nel bambino, fondamentale per lo sviluppo di un attaccamento sicuro. L'importanza del tatto e del contatto fisico (Pawling *et al.*, 2014; McGlone, Wessberg & Olausson, 2014) è a oggi riconosciuta come primaria per lo sviluppo di un bambino, le carezze gli abbracci (touch), tenersi per mano, il contatto visivo, sono canali di comunicazione primaria fondamentali per entrare in connessione col bambino e per regolare il suo stato affettivo (Siegel & Bryson, 2012; Montiroso & McGlone, 2020);
2. il Sistema Genitoriale di Ricompensa (Parental Rewarding System); questo sistema coinvolge il piacere e la gratificazione che derivano dall'interazione positiva con il bambino. Promuove comportamenti di cura, rinforza il legame affettivo attraverso il rilascio di neurotrasmettitori come la dopamina. Sorridere, giocare insieme, ammirare il bambino nutrono il legame di segnali percepiti di sicurezza e di buon ingaggio sociale, rendendo le interazioni piacevoli per entrambi;
3. il Sistema Genitoriale di Decodifica del Bambino (Parental Child Reading System); questo sistema si occupa della comprensione della mente e del-

le emozioni del bambino. La capacità di interpretare correttamente i segnali emotivi e comportamentali del bambino è essenziale per rispondere in modo adeguato ai suoi bisogni. Osservare attentamente il bambino, mantenere una prospettiva in seconda persona (Frau *et al.*, 2013), attraverso la quale rimanere a contatto con i segnali percettivi del volto del bambino e della comunicazione non verbale, aiuta i genitori a sintonizzarsi sul bambino, e sulla base di questo dialogare in modo affettivo e riflessivo per accedere alla comprensione dei suoi sentimenti e pensieri (Becker-Weidman & Shell, 2005);

4. il Sistema Genitoriale di Attribuzione di Significato (Parental Meaning-Making System); questo sistema riguarda la narrazione sociale e la costruzione di senso nelle esperienze del bambino. Il genitore aiuta il bambino a interpretare e dare significato alle sue esperienze, favorendo la coerenza narrativa, le capacità riflessive e lo sviluppo di una forte identità personale (Fonagy *et al.*, 1991; 2002). Grazie al racconto di storie, al discutere delle esperienze quotidiane il genitore aiuta il bambino a comprendere i suoi sentimenti e reazioni in diversi contesti (Siegel & Hartzell, 2003);
5. il Sistema Genitoriale Esecutivo (Parental Executive System); questo sistema è coinvolto nella gestione dei comportamenti e nella risoluzione dei conflitti. Aiuta a mantenere la disciplina, risolvere problemi e gestire le situazioni di stress in modo efficace. Stabilire regole e limiti chiari, insegnare abilità di problem-solving e mediazione durante i conflitti (Siegel, 2012). L'insieme di queste competenze porta il genitore a mantenere un'attenzione sensibile verso i bisogni del bambino e a trovare delle possibili risposte di sufficiente buona sensibilità.

Il piacere come esperienza interpersonale dal punto di vista del sistema motivazionale dell'attaccamento

L'attaccamento tra genitore e bambino si forma attraverso interazioni continue e sensibili fin dalla nascita. Un attaccamento sicuro funge da base per lo sviluppo sano e armonioso del bambino (Bowlby, 1988). L'attaccamento tra genitore e bambino è un processo dinamico e maturativo (Crittenden, 2016) che si evolve nel tempo e impatta sullo sviluppo delle capacità di regolazione emotiva e competenze cognitive del bambino (Fonagy *et al.*, 1991). Attraverso lo studio della strange situation (Ainsworth & Wittig, 1969; Waters & Vaughn, 1980) è stato possibile giungere a una prima classificazione delle diverse tipologie di attaccamento: attaccamento sicuro, insicuro evitante, insicuro ambivalente e disorganizzato. Nel guardare alla dimensione del pia-

cere legata alla risposta di conforto del genitore di fronte al distress da separazione, evocato nel bambino, quando il genitore lascia la stanza, e quando rientra, si possono osservare due importanti aspetti: la ricerca di prossimità e la qualità del contatto fisico. Il sistema di attaccamento di fatto si attiva per attivare la vicinanza protettiva del caregiver, per cui la ricerca di prossimità è condizione necessaria ma non sufficiente per rispondere ai bisogni del bambino piccolo. È necessario infatti il contatto fisico e nel rapporto di intercorporeità che si costruiscono le prime memorie pre-riflessive alla base dell'esperienza di sicurezza nel legame (Montirosso & McGlone, 2020).

In una relazione di attaccamento sicuro, il bambino trova nel genitore una base stabile che unisce prossimità fisica e contatto affettivo. Non si tratta solo di essere vicini, ma di sentirsi accolti e regolati attraverso una presenza corporea sintonizzata e una disponibilità emotiva costante, che costruiscono nel tempo un senso profondo di sicurezza e connessione. Il bambino sicuro, ricerca la vicinanza protettiva del genitore, il corpo del bambino si organizza verso un'intenzione chiara: avvicinarsi al genitore. Nel momento di contatto fisico, il genitore accoglie amorevolmente il bambino, il contatto è confortante, il corpo del genitore accoglie quello del bambino, lo sostiene fisicamente in un abbraccio, lo accarezza, lo dondola lo tiene fermo e contenuto. Questa è un'esperienza di immobilità nella sicurezza, che corrisponde a una attivazione della via ventro-dorsale del nervo vago (Porges, 2001). Nel momento in cui il bambino si calma insieme al genitore si ingaggia in attività di esplorazione e gioco. Il gioco è presente nel legame sicuro, perché possono esplorare, conoscere e divertirsi grazie alla sicurezza e alla calma data dalla base sicura del genitore.

Nell'attaccamento sicuro evitante, invece, ci può essere prossimità ma senza contatto. Infatti il bambino o non ricerca la prossimità o se la ricerca nel momento in cui giunge più o meno prossimo alla madre, non completa l'avvicinamento, perché non arriva a entrare in contatto fisico con lei.

I corpi anche nella vicinanza si sfiorano e il corpo del bambino non si organizza fino in fondo verso un'intenzione chiara di vicinanza protettiva e bisogno di conforto con la mamma. Il gioco non è presente, l'attenzione posta a oggetti o all'ambiente esterno è volta a evitare la prossimità con la madre, e in modo paradossale garantisce la possibilità di stare prossimi ma distanziati. Nell'attaccamento insicuro ambivalente c'è sia prossimità che contatto. In questo caso però il contatto è teso e il bambino fisicamente si scontra con il corpo della mamma che si tende davanti al bambino percepito come minaccioso e inconsolabile. Non c'è gioco perché il clima è sempre teso e imprevedibile.

Nei bambini disorganizzati non c'è né ricerca di prossimità e né contatto. Il bambino attiva modalità comportamentali volte a mostrare al genitore

comportamenti di sottomissioni per placare l'eventuale minaccia e aggressività dell'adulto verso di lui. Il gioco, a curiosità e la gioia sono esperienze emotive interpersonali assenti, in quanto la paura è nella relazione affettiva.

Il piacere dunque sembra essere un'esperienza interpersonale intercorporea legata all'esperienza della sicurezza nella relazione genitore-bambino. Solo in quell'accoglienza e in quel conforto entrambi provano piacere nello stare insieme in un momento di cura, e successivamente nella possibilità di ammirarsi, esplorare e conoscere se stessi con l'altro e l'ambiente, condividere l'attenzione verso qualcosa, provare curiosità e gioia, giocando insieme.

Le coordinate del piacere come esperienza interpersonale condivisa

Riprendendo gli studi della neurobiologia affettiva interpersonale e della teoria moderna dell'attaccamento (Schore, 1994; 2021; Hill, 2020) e dello studio delle motivazioni interpersonali in ottica di evoluzione e sviluppo del bambino (Panksepp & Biven, 2012; Liotti, 2004) si possono identificare le coordinate chiave legate al piacere come esperienza interpersonale condivisa, che ci aiutano a inquadrare quelle esperienze emotive precoci che vanno a influenzare lo sviluppo del sistema nervoso (Perry, 2006). Il piacere è un'esperienza interpersonale che rientra all'interno della finestra di tolleranza (Siegel, 1999; Siegel & Solomon, 2009). Questa esperienza è legata alla percezione di sicurezza degli individui nella relazione tra di loro e con l'ambiente circostante. Quando sia il genitore che il bambino si trovano all'interno della finestra di tolleranza, i loro sistemi nervosi sono disponibili a connettersi. In momenti di perdita di sintonia, sono in grado di recuperarla, riparando prontamente il "misunderstanding". La lettura intenzionale erronea viene riparata dal genitore o dal bambino che si riconnettono condividendo nuovi intenti, e comprendendo dove non si sono capiti o cosa è avvenuto. Il piacere come esperienza interpersonale condivisa è un'emozione positiva che nasce dalle interazioni affettuose e consapevoli. Questa esperienza favorisce l'apertura, la curiosità e la conoscenza reciproca. Quando madre e bambino si scambiano affetto attraverso gesti come il sorriso, il contatto fisico morbido, e l'atteggiamento giocoso, si costruisce un legame emotivo che promuove il benessere e la connessione tra di loro. Questo piacere condiviso non solo rafforza i legami affettivi, ma favorisce anche lo sviluppo individuale e relazionale, consentendo agli individui di sentirsi compresi, accettati e apprezzati all'interno della relazione, facendo parte di un legame affettivo unico e speciale.

La prima coordinata è quella della Prossimità.

Prossimità: a partire dalle prime relazioni precoci, genitore bambino, la prossimità garantisce la vicinanza protettiva e crea le condizioni per poter entrare in contatto fisico ed emotivo. Questa vicinanza aiuta i bambini a regolare le proprie emozioni, il genitore fa sentire il bambino al sicuro, ma allo stesso tempo diventa base per l'esplorazione sostenendo il bambino a sentirsi sicuro di sé nell'allontanarsi sapendo di poter ritornare al bisogno trovando un porto sicuro (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002).

Contatto

L'importanza del contatto fisico e del comfort emotivo supera il mero soddisfacimento dei bisogni fisiologici come la nutrizione (Harlow, 1958; 1962). Il bisogno di contatto fisico e comfort è innato e fondamentale per lo sviluppo sano del legame di attaccamento. Il contatto fisico, in particolare le carezze che attivano le fibre C tattili, gioca un ruolo cruciale nel promuovere il piacere interpersonale e lo sviluppo emotivo nella relazione genitore-bambino. Frances McGlone e il suo team hanno scoperto che le fibre C tattili rispondono meglio a carezze di 3-5 cm/s, tipiche delle interazioni affettuose (McGlone, Wessberg & Olausson, 2014). Queste fibre trasmettono piacere al cervello, riducono il cortisolo e promuovono l'ossitocina, rafforzando il legame affettivo tra genitore e bambino e favorendo lo sviluppo neuronale (Spitoni *et al.*, 2020; Varlamov, Portnova & McGlone, 2020).

Coinvolgimento

Le interazioni corpo a corpo, o intercorporeità (Montirosso & McGlone, 2020), e quelle faccia a faccia tra il bambino e il genitore nei primi mesi di vita giocano un ruolo fondamentale (Reddy, 2003; 2005; 2008). L'intersoggettività primaria riguarda in particolare queste interazioni, che coinvolgono sguardi, sorrisi e vocalizzazioni, essenziali per lo sviluppo della capacità di condividere e comprendere le esperienze emotive altrui e di cogliere le intenzioni degli altri (Siegel, 1999). Queste esperienze pre-riflessive del neonato sono custodite nelle memorie tacite e implicite condivise con il genitore (Zahavy, 2015).

Il coinvolgimento emotivo e il dialogo tra genitore e bambino sono cruciali per lo sviluppo sociale e cognitivo (Siegel & Solomon, 2003). Il genitore risponde alle espressioni emotive del bambino, creando un ciclo di comunicazione che rafforza il legame emotivo e la comprensione reciproca.

Questo coinvolgimento si basa su uno scambio reciproco nelle interazioni quotidiane, dove entrambi, genitore e bambino, contribuiscono attivamente alla costruzione dell'interazione. Tale reciprocità è essenziale per lo sviluppo di un attaccamento sicuro.

All'inizio, il bambino fa l'esperienza di essere l'oggetto affettuoso delle attenzioni del genitore, che lo percepisce come un essere umano dotato di stati mentali, emotivi e somatici, con una sua specifica sensibilità sensoriale (Reddy, 2003; Zahavy, 2015). Quando il neonato si sente visto, si illumina e risponde con piacere a quell'incontro, poiché per gli esseri umani non c'è niente di più interessante che entrare in relazione con un altro essere umano. Inoltre, attraverso momenti di attenzione condivisa, genitore e bambino focalizzano la loro attenzione su un oggetto o un evento comune, facilitando l'apprendimento e la comprensione reciproca della loro relazione con il mondo (Siegel & Hartzell, 2003).

Cura

La cura amorevole e attenta è una fonte significativa di piacere interpersonale. Fornire cure fisiche ed emotive, come nutrire, proteggere e consolare il bambino, crea un ambiente di sicurezza e fiducia (Porges, 2003). La sicurezza derivata da una cura coerente permette al bambino di sentirsi amato e rassicurato, promuovendo un senso di benessere (Cozolino, 2006). La cura amorevole e il piacere sono interconnessi attraverso i meccanismi neurali del sistema di ricompensa cerebrale (Panksepp & Biven, 2012). La cura non solo porta piacere al bambino e al genitore ma svolge anche un ruolo cruciale nello sviluppo emotivo, sociale e nell'instaurazione di un attaccamento sicuro (Siegel & Bryson, 2012).

Gioco-Giocosità

Il gioco offre un'opportunità per lo sviluppo emotivo cognitivo e sociale, permettendo all'individuo di esplorare le proprie emozioni, interagire con gli altri e sviluppare competenze sociali come la cooperazione e la condivisione (Pellis & Pellis, 2009; Liotti, 2017). Il divertimento condiviso rafforza il legame affettivo tra il bambino e il caregiver. Quando il caregiver partecipa attivamente al gioco e si diverte con il bambino, il bambino sviluppa un senso di fiducia nel caregiver e si sente amato e accettato (Booth & Jernberg, 2010; Lender, 2014; 2023). Il genitore che riesce a rimanere disponibile e

giocosità promuove lo sviluppo della creatività, dell'immaginazione del bambino (Smith, 2010; Brown & Vaughan, 2009). Il divertimento condiviso contribuisce a mantenere aperta la finestra di tolleranza associata alla sicurezza. Le esperienze positive durante il gioco aiutano il bambino a sviluppare una maggiore resilienza emotiva e una capacità di affrontare lo stress in modo efficace (Lender, 2023).

In particolare la Playfulness, individua il senso di giocosità che può essere presente in situazioni che non vengono percepite dai partecipanti come gioco, ma questo atteggiamento serve a bilanciare le esperienze emotive negative associate di ciò che si sta vivendo (Bateson & Martin, 2013).

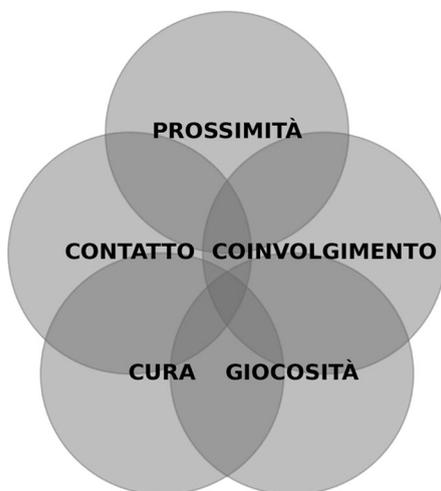


Fig. 1. Le coordinate del piacere come esperienza interpersonale condivisa genitore-bambino

Implicazioni per la psicoterapia per l'età evolutiva

Lavorare sull'esperienza del piacere interpersonale tra genitori e bambino in psicoterapia è fondamentale, perché costituisce la base per la costruzione di un attaccamento sicuro e per lo sviluppo emotivo e sociale del bambino. Questo approccio sposta l'attenzione dalla semplice cura dei sintomi alla cura dell'intero sistema familiare. I sintomi sono spesso l'espressione di strategie adattive sviluppate in risposta a relazioni che portano con sé una certa quota di sofferenza, specialmente quelle legate alle prime esperienze interpersonali di piacere. Diventa quindi cruciale lavorare su queste esperienze per garantire agli esseri umani la percezione di sicurezza.

In questo contesto, la psicoterapia mira a creare nuove connessioni all'interno della famiglia, permettendo l'emergere di nuove competenze e risorse (Frau *et al.*, 2022). La "finestra di tolleranza" si trasforma in una "finestra di capacità", poiché le abilità non sono innate o interne agli individui, ma piuttosto emergono e fioriscono in base a come il contesto le permette di svilupparsi (Reddy, 2008). Secondo un approccio in seconda persona IO-TU, che favorisce l'esperienza di essere con l'altro (Marvin *et al.*, 2002), e di muoversi dentro assetti motivazionali che col minore e i genitori passano dall'accudimento alla cooperazione, al gioco sociale, il ruolo dello psicoterapeuta è quello di sostenere questi processi di connessione. Se la relazione è lo strumento terapeutico principale, lo psicoterapeuta deve formarsi per poter comprendere la sua partecipazione a queste relazioni, osservare e conoscere seguendo un approccio in seconda persona IO-TU. Il genitore diventa il suo co-terapeuta nella relazione col bambino e si aiuta il genitore a rimanere partecipe ed emotivamente disponibile verso il bambino, in qualsiasi stato emotivo il bambino si trovi.

Promuovendo le condizioni volte alla sicurezza nel legame, basate anche sulla condivisione di sole tre regole fondamentali "*io non faccio male a te, tu non fai male a me*", e "*non si rompono gli oggetti*", a cui possono essere aggiunte "*si rimane insieme, e ci divertiamo*" ci si muove insieme al genitore nelle sedute congiunte col bambino, per incontrare i bisogni del bambino e rispondere in modo sensibile facendolo sentire al sicuro e compreso.

Questo lavoro di connessione e cura rende piacevole e ricercabile lo stare insieme, e lo psicoterapeuta rimane socialmente disponibile anche davanti all'uscita dalla finestra di tolleranza del bambino, facendo sperimentare al genitore la possibilità di co-regolarlo.

Attraverso il lavoro sul piacere e sulla ricerca di connessione, la terapia offre uno spazio in cui le dinamiche relazionali possono essere esplorate, conosciute e trasformate, aprendo la strada a una maggiore resilienza e a un benessere emotivo e relazionale più profondo.

Invece di concentrarsi esclusivamente sui sintomi come manifestazioni di disagio individuale, si considera il piacere e la ricerca di connessione come elementi chiave per comprendere e affrontare le dinamiche relazionali sottostanti. I momenti di piacere condiviso, nel coinvolgimento, nella cura, nel gioco, sono esperienze affettive, che non solo rafforzano il legame tra genitori e figli, ma forniscono anche un'opportunità per lo sviluppo di competenze emotive e sociali essenziali per la crescita del bambino (Siegel, 2022). Gli esseri umani possono essere considerati come sistemi complessi di conoscenza (Watzlawick *et al.*, 1967; Guidano & Liotti, 1983) dove il piacere gioca un ruolo fondamentale. Il piacere, infatti, è intrinsecamente correlato alla

nostra capacità di conoscere e comprendere noi stessi in relazione agli altri e al mondo che ci circonda. Heidegger (1927) sostiene che la comprensione di sé e del mondo è un'esperienza profondamente radicata nell'esistenza umana, dove il piacere funge da catalizzatore per l'apertura a nuove esperienze e significati.

Questo approccio trasforma la terapia in un processo collaborativo in cui la famiglia è vista come un sistema complesso di conoscenza. In questo contesto, è fondamentale integrare le memorie tacite ed esplicite, poiché le relazioni giocano un ruolo centrale nel promuovere il benessere emotivo e relazionale di tutti i membri. Lavorare sul piacere e sulla ricerca di connessione offre una prospettiva rispettosa delle risorse della famiglia, permettendo di identificare e rafforzare i legami emotivi che possono costituire una base solida per la guarigione e la crescita emotiva, e si guarda alle relazioni per curare i legami. In linea col modello proposto da Dafna Lender, di psicoterapia integrata basata sull'attaccamento (Lender, 2023), si porta l'attenzione a quel disallineamento legato alle esperienze relazionali precoci genitore e bambino e a un lavoro clinico, basato sulla Theraplay (Booth & Jernberg, 2010) e sulla psicoterapia diadica evolutiva (Hughes & Golding, 2024) per fornire a genitori e figli nuove esperienze di sicurezza e di connessione che modificano le relazioni in funzione dei traumi.

Caso clinico

Greta è una bambina di 8 anni, figlia biologica di Laura una ragazza di 28 anni, italiana, e di Michele 30 anni. (I nomi riportati sono ovviamente di pura invenzione.)

Laura ha trascorso dal primo anno al terzo anno di vita di Greta, un periodo in comunità mamma-bambino, a seguito del decreto di allontanamento del compagno Michele, per violenza domestica. Michele aveva una dipendenza da sostanze e dopo un periodo in comunità è ritornato a vivere nel paese di cui era originario. Laura ha due genitori anziani, da cui è tornata a vivere e dove attualmente alloggia, dopo il rientro dalla comunità mamma-bambino.

Laura e Greta sono seguite dai servizi territoriali, ed è attivo un servizio di educativa per la bambina di 4 ore a settimana. Laura attualmente lavora in un bar ha l'affido esclusivo. La bambina non ha ricordi del padre, non ha più avuto rapporti con lui.

Per poter far emergere il colore e la qualità delle interazioni in seduta, descriverò alcuni squarci di seduta e il mentale dietro al percorso proposto.

Motivo dell'invio

Greta è seguita dalla NPI del territorio, la bambina ha una diagnosi di ADHD, un disturbo dell'apprendimento, soffre di dermatite atopica, e nell'ultimo anno è diventata particolarmente selettiva nel cibo. Durante la fase di valutazione, effettuata dal servizio di NPI, sono stati somministrati:

- **Conners' Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R) – Versione Italiana (Conners, 1997):** compilato dai genitori, ha mostrato punteggi elevati nelle scale di iperattività, impulsività e disattenzione;
- **Conners' Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R) – Versione Italiana (Conners, 1997):** compilato dagli insegnanti, ha confermato punteggi elevati nelle stesse scale, con particolare evidenza di difficoltà di attenzione in classe;
- **Child Behavior Checklist (CBCL) – Versione Italiana (Achenbach, 1991):** compilato dai genitori, ha indicato punteggi elevati nelle scale di comportamento esternalizzante e problemi di attenzione;
- **Teacher's Report Form (TRF) – Versione Italiana (Achenbach, 1991):** compilato dagli insegnanti, ha confermato i punteggi elevati di problemi di attenzione e iperattività;
- **Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV) – Versione Italiana (Wechsler, 2003):** il profilo cognitivo di Greta risulta nella norma, ma con una discrepanza tra il QI verbale e quello di esecuzione, suggerendo difficoltà specifiche legate all'attenzione e alla concentrazione.

La bambina e la mamma hanno seguito diversi percorsi psicologici, psicoterapeutici, e psicoeducativi, recentemente la madre ha partecipato a un parent training per bambini ADHD, e ha un supporto psicologico una volta al mese attraverso la NPI che segue la bambina. La scuola e la Neuropsichiatria Infantile concordano sull'opportunità di un invio congiunto di madre e figlia, con l'obiettivo di aiutare la madre a gestire i sintomi dell'ADHD della bambina, in particolare l'iperattività e i deficit di attenzione. L'intento condiviso è anche quello di attivare un percorso che possa farla sentire sostenuta nel suo ruolo genitoriale. Ultimamente la situazione è infatti diventata particolarmente difficile con forte preoccupazione della mamma per la perdita di peso della bambina.

Assessment

Per completare l'assessment per una diagnosi esplicita informata sui traumi (ESTD Guidelines, 2017), svolgo dei colloqui preliminari con la ma-

dre, ricostruendo gli eventi traumatici della sua storia di vita, segnata da trascuratezza emotiva e da esperienze di abuso infantile all'interno del contesto familiare, in particolare da parte di uno zio paterno oggi deceduto. La ragazza ha uno stato della mente adulto rispetto alla rappresentazione dell'attaccamento infantile U/DS, con irrisoluzione da traumi legati ad abuso e trascuratezza, sia per il lutto della nonna materna (Main & Goldwyn, 1985; 1994). La bambina al MCAST (Goldwyn *et al.*, 2000) risulta con uno stile di attaccamento D/A disorganizzato, evitante.

Dalla somministrazione dell'MIM, Marschak interaction method (Shapiro & Ammerman, 1997; Berg & Stauffer, 2009) le dimensioni critiche su cui scelgo di dare maggior rilievo per iniziare il trattamento sono la cura, il coinvolgimento, e la struttura. La madre mostra una grande difficoltà nella prossimità e nel contatto. Nell'attività "di mettere le crema nelle mani della bambina", si mettono una noce di crema ognuna nelle proprie mani e ognuna se la spalma da sola. La madre è molto seria e ha un volto poco espressivo, svolge tutte le attività in modo performante senza riuscire a giocare, assumendo spesso un atteggiamento da maestra. In particolar modo per la dimensione della struttura prova a guidare la bambina, ma usa principalmente indicazioni verbali volte a dirigere i suoi comportamenti. Per la dimensione della sfida sceglie compiti adeguati all'età della bambina. Nella "simil strange situation" quando la madre lascia la stanza, la bambina rimasta sola inizia a dondolarsi sulla sedia per poi bloccarsi immobile, e al rientro della madre rimane ferma sulla sedia.

Nella parte del feeding, la bambina prende i grissini e li rosicchia da sola. Anche la madre mangia i grissini da sola.

Metodo

Scelgo di lavorare seguendo un approccio integrato attraverso l'uso della Theraplay e della terapia diadica evolutiva con degli adattamenti trauma informati. La Theraplay è basata su sessioni di giochi e attività che promuovono la fiducia, la sicurezza e la connessione emotiva, si lavora nel qui e ora, in un assetto di intersoggettività primaria genitore-bambino, in seduta insieme. Per la scelta delle attività in base alle quattro dimensioni della Theraplay (Struttura, Coinvolgimento, Cura e Sfida) viene somministrato l'MIM (Shapiro & Ammerman, 1997; Berg & Stauffer, 2009). Successivamente, si procede con la restituzione tramite videofeedback alla madre e con una seduta dimostrativa. In questa seduta, la madre sperimenta le attività pensate per la sessione di gioco successiva con la bambina. Durante il videofeedback,

scelgo di farle osservare prima gli spezzoni in cui tenta di guidare la relazione con la bambina dirigendo le attività, e poi le parti in cui seleziona attività adeguate all'età della bambina. La madre mi ha riportato un grande stupore nei confronti della bambina, poiché è rimasta ferma e seduta vicino al tavolino basso, tentando di ascoltarla.

Durante il videofeedback, la madre mi riporta che a casa, durante i pasti, la bambina mangia poco e lentamente, rimanendo spesso incantata. La madre perde la pazienza e si arrabbia con la bambina, la quale poi inizia a correre via e non riesce più a rimanere seduta. Quando è il momento di farsi la doccia, la bambina mostra resistenza e procrastina, rimanendo in camera come se fosse distratta. La stessa sensazione la percepisce quando Greta deve fare i compiti o in generale quando viene chiamata senza ricevere risposta dalla bambina. Inoltre, la madre mi riferisce che la bambina è molto disordinata. Durante le nostre sessioni, lavoriamo sugli episodi difficili che la madre vive con la bambina e sull'esperienza emotiva associata. La madre ha l'impressione di essere una genitrice inadeguata, inutile e che non riesce a soddisfare le esigenze della figlia.

Durante il videofeedback, ci siamo soffermati su come la madre ha costruito queste credenze negative su di sé. Abbiamo esplorato come, nei momenti di difficoltà, si attiva una parte interna giudicante che sembra proteggerla dal confrontarsi con la propria vulnerabilità. La madre ha condiviso che spesso si sente isolata nel suo sentimento di non poter chiedere aiuto a nessuno e di dover far fronte da sola alle sfide.

Alla fine della seduta, abbiamo discusso delle dimensioni della cura, del coinvolgimento, della struttura e della sfida nel contesto della Theraplay. Ho preparato la madre per il nostro prossimo incontro, che sarà caratterizzato da un maggiore impatto esperienziale, con momenti di prossimità e contatto fisico intensificati.

Nella seduta dimostrativa, è fondamentale creare un'esperienza basata sulla prossimità e sul contatto tra me e la madre. Durante questa fase, invito il genitore a sperimentare le attività avvicinandosi secondo il proprio sentire personale, prima di pensare a come la bambina potrebbe rispondere alle stesse attività.

Nella prima parte del "Check in", quando mi concentro su di lei chiedendo "*Su cosa mi hai portato oggi?*", lei mi porge una mano senza vitalità, mostrando timore del contatto fisico. Conto le sue dita senza toccarla direttamente. Durante l'applicazione della crema sulle mani, mi dice "*Nessuno mi ha mai messo la crema sulle mani*". Quando tocco il suo naso giocando a farlo suonare, lei ride, mostrando un sorriso e un imbarazzo che sembrano appartenere a un'età affettiva molto più giovane rispetto alla sua età cronologica.

Anche durante il gioco del cucù e con le bolle di sapone, la madre Laura ride e partecipa con timidezza iniziale, ma poi è evidente come il suo stato di vitalità aumenti. Mi ha raccontato di non aver mai giocato molto quando era bambina, trascorrendo molto tempo nel giardino di fronte a casa o da sola nella sua camera.

Alla fine delle varie attività, abbiamo riflettuto su ciò che le ha permesso di sentirsi a suo agio nella prossimità fisica con me. Laura ha menzionato come sia stato utile per lei quando ho preso un cuscino da mettere tra noi, e abbiamo discusso di cosa potrebbe aiutarla a sentirsi vicina alla bambina, sperimentando una maggiore sicurezza.

Durante la nostra discussione sulla prossimità fisica, Laura ha iniziato a raccontare esperienze confuse legate a vissuti traumatici con lo zio. Nel nostro lavoro, abbiamo integrato alcune sedute con EMDR (Gomez, 2020) per elaborare e affrontare queste memorie traumatiche.

Laura sa che le sedute con lei e la bambina le guiderò io e piano piano passerò a lei il testimone sempre con la mia presenza a guida.

Nelle sedute di Theraplay scelgo attività che hanno a che fare con la cura, col coinvolgimento e la struttura. Mantengo degli adattamenti sul trauma soprattutto in riferimento alle esperienze di contatto. Attraverso l'uso del cotone e delle piume, per esempio, Greta sperimenta il tocco gentile. L'attività giocosa pretende di fingere di dipingersi con l'uso delle piume o del cotone, entrambe ridono divertite.

La crema viene utilizzata esclusivamente per osservare i puntini speciali sulle braccia di Greta e massaggiarla delicatamente, seguito dal gioco di tenersi e scivolare con le braccia. Questa attività mira a stimolare i movimenti di afferrare e il tono muscolare delle sue braccia, che sono ipotoniche e poco vigorose, simili alle mani di sua madre.

Il tocco di Laura, inizialmente privo di una chiara intenzionalità, trasmette invece un messaggio più profondo attraverso il gioco. Durante queste attività, Laura sostiene Greta nel trovare equilibrio sui cuscini, stabilendo quando tenerla e quando supportarla.

Scelgo inoltre attività che coinvolgono “passare facce buffe da imitare” e giochi di mirroring. Utilizzando il videofeedback, Laura osserva spesso un'espressione facciale poco espressiva e lavoriamo insieme per ipotizzare cosa Greta potrebbe aver provato in quei momenti: sensazioni, emozioni e pensieri. Questo aiuta Greta a connettersi con le proprie esperienze emotive.

Laura mi ha spesso riferito di sentirsi distante e di percepire Greta come distante. Pertanto, affrontiamo il tema dell'ipoattivazione e delle strategie di difesa basate sul congelamento e sulla dissociazione.

Nella parte del feeding imbocco la bambina chiedendole giocosamente di segnalare se vuole da bere o mangiare usando segnali del volto “*facendo l’occholino, o muovendo le labbra come per dare un bacio*” e poi lo faccio fare alla madre. In questo modo il sistema motivazionale dell’accudimento entra su attività il cui spirito ludico, porta prima a orientare l’attenzione sulla bambina, a sincronizzarsi e coordinarsi. Il calore dell’affetto del prendersi cura emerge lentamente da seduta in seduta.

Il mentale dietro a queste attività è aiutare la madre ad attivare il suo sistema di ingaggio sociale, attraverso le espressioni del volto, e mantenendo prossimità e contatto fisico nella sicurezza.

Per la creazione della sicurezza l’uso dei cuscini, per delineare dei confini, e il controllo sulle attività che si ripetono da una seduta all’altra in modo sempre uguale e conosciuto rende le sedute familiari e divertenti.

Dopo 12 incontri di Theraplay alternati da due sedute di videofeedback, inserisco nel lavoro a fine seduta di Theraplay, ridotta nella sequenza delle attività proposte, momenti di dialogo usando il modello Pace (Hughes & Golding, 2024) del quale la madre aveva fatto esperienza con me durante alcune sedute individuali.

In questi momenti si raccontano o episodi in cui Laura e Greta, hanno perso la sintonia per rivederli insieme, oppure il dialogo nasce direttamente in base a ciò che avviene in seduta.

In una di queste sedute la bambina si nasconde dietro a dei cuscini, la madre le chiede di venire fuori. Osservo e verbalizzo che “*quando ci si sente in difficoltà può essere rassicurante nascondersi, è un modo per sentirsi più al sicuro*” e ringrazio la bambina per mostrarci il suo disagio, e che ciò che le veniva da fare avesse molto senso. Attraverso un dialogo affettivo e riflessivo emerge come la bambina davanti a “uno sguardo serio” della madre entra in allarme e si sposta, smette improvvisamente di poter partecipare al gioco, in cui la madre la stava sostenendo a reggere dei cuscini con i piedi, tenendoli in equilibrio. La bambina “*sente che li deve sostenere da sola e che non deve farsi aiutare... solo i mocciosi si fanno aiutare*”.

Grazie a questo approccio, il dialogo procede accompagnando la madre nel far sentire Greta veramente ascoltata. Osservo quanto possa essere difficile per lei percepire di non poter chiedere mai aiuto, una sensazione che conosce bene perché non ha mai potuto farlo da bambina.

Durante la seduta, parlo per Greta alla madre e poi chiedo alla madre di rivolgersi a Greta. La sessione si conclude con la madre che dice a Greta: “*Voglio rendermi più visibile, e se ti senti in difficoltà voglio poterti aiutare. Ci proverò, e se non riuscirò, possiamo sempre parlarne insieme in seduta per cercare di capirlo insieme*”.

Alla fine della seduta, Greta accetta di essere imboccata dalla mamma mentre giocano. Mentre sono vicine e abbracciate, leggo loro una breve storia basata sull'attaccamento.

Questa sequenza di interazioni non solo rafforza il legame affettivo tra madre e figlia, ma aiuta anche Greta a sentirsi più compresa e supportata nelle sue difficoltà emotive.

Risultati

Le sessioni di psicoterapia sono proseguite ancora per diversi cicli di Theraplay e DDP. La madre e la bambina si portavano a casa giochi e attività basati su un assetto di intersoggettività primaria, e iniziano a inventarsi altri giochi, modificano quelli fatti insieme, o proponendo di nuovi come imitarsi mentre danzano, avere una stretta di mano speciale, il gioco dei mimi, o della tempesta, nel quale si rifugiano al sicuro sotto le coperte del letto ridendo. Durante queste attività, cercano il contatto visivo e quando i loro sguardi si incontrano, i loro volti si illuminano di un sorriso, un'esperienza che entrambe non avevano mai portato a casa prima. Le sedute diventano uno spazio dove riflettiamo sempre di più su quando non si capiscono, e la bambina inizia a portare dei momenti in cui è arrabbiata con la mamma, perché vuole per esempio comprare dei vestiti nuovi per avere la maglietta uguale alla compagna di banco. La madre inizia a sperimentare piacere nel discutere i problemi legati ai bisogni della bambina e a come rispondere in modo sensibile ed educativo, riflettendo in seduta insieme. Laura si mostra più vitale, e piacevolmente coinvolta nel rapportarsi alle difficoltà della figlia preadolescente. La madre inizia inoltre una psicoterapia individuale per prendersi cura di Sé, e rimettere il passato nel passato.

Conclusioni

La scelta di questo approccio vede uno spostamento dal lavoro sui sintomi del bambino o sulla sofferenza del genitore, a uno sulla relazione per la cura del legame. Riflettendo sulle sedute di psicoterapia, in questi scambi comunicativi di Mutua Regolazione fra la bambina e la mamma, è aumentata la resilienza del sistema mamma e bambina, e ha avviato lo sviluppo di nuove capacità di coping con l'aumento della capacità di resistenza ai livelli normali e anche non normali (traumatici) di stress (Tronick, 2003). Infatti: «La variazione individuale nella resistenza dei bambini allo

stress, la loro resilienza, è in parte determinata dall'esperienza unica di successo o fallimento del bambino nell'affrontare i normali agenti stressanti» (Tronick, 2006). In questo modo la finestra delle esperienze interpersonali tollerabili si amplia, e aumenta la finestra delle capacità di Laura e Greta di stare in relazione. Sono moltissimi gli aspetti su cui Laura ha bisogno di lavorare per riorganizzare la sua esperienza di vita, in una narrazione che apra a nuovi significati e che sia in grado di integrare esperienze che per il loro impatto traumatico hanno potuto solo frammentarla (Fisher, 2017). Ma attraverso questo approccio accompagnarla a fare un'esperienza di connessione con la bambina e di relazione nella quale può rimanere disponibile emotivamente ascoltando se stessa le sue fragilità, rimanendo aperta verso la bambina è stato per lei senza dubbio un'esperienza trasformativa. Non avendo mai sperimentato una sufficiente buona regolazione affettiva da parte dei suoi genitori, il suo corpo, come organo di relazione, modellato da quelle esperienze manteneva una memoria tacita pre-riflessiva di bassa vitalità e ritiro (Porges, 1995; Porges *et al.*, 1996; 1999). L'approccio integrato della Theraplay (Booth & Jernberg, 2010) e della DDP (Huges, 2009; Hughes & Golding, 2024) sono stati fondamentali. Il terapeuta perturba in modo strategicamente orientato il paziente, sia a livello emotivo, cognitivo (Guidano, 2008), ma per poter lavorare sulle memorie tacite e implicite deve nella relazione genitore e bambino intervenire anche a livello sensoriale e somatico (Dana, 2018), attraverso un metodo e un approccio psicoterapeutico coerente con un modello evolutivo e dello sviluppo degli esseri umani (Schore, 2021; Perry, 2006). In conclusione, il caso clinico desidera evidenziare come il piacere, inteso come esperienza interpersonale condivisa tra genitore e bambino, sia fondamentale per il benessere psicologico. Il piacere non è solo una risposta emotiva positiva, ma va riletto all'interno dei sistemi motivazionali interpersonali (Liotti, 2004; Liotti, Fassone & Monticelli, 2012) e le coordinate del piacere come esperienza interpersonale condivisa ci fanno considerare una finestra ampia di aspetti importanti su cui portare l'attenzione in psicoterapia. Questo tipo di approccio psicoterapeutico è sicuramente un approccio che predilige una modalità di intervento "in seconda persona" che evidenzia la necessità di cosa vuol dire stare in relazione, essere con l'altro e conoscere (Zahavy, 2015). Infine, riconoscere il valore del piacere in terapia apre nuove prospettive per la formazione in psicoterapia, affrontando le sfide contemporanee con una visione più integrata. Questo approccio permette di formare terapeuti capaci di valorizzare le dinamiche legate alla cura, al coinvolgimento, al gioco, con una loro consapevole partecipazione basata sul sapere, saper essere e saper fare.

Bibliografia

- Achenbach T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry (trad. it.: *CBCL: Child Behavior Checklist. Questionari per l'età evolutiva*, a cura di C. Cianchetti & G. Sannio Fancello. Firenze: Organizzazioni Speciali, 2001).
- Ainsworth M.D.S. & Wittig B.A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: Foss B.M. (ed.), *eterminants of infant behavior* (vol. 4, pp. 113-136). London: Methuen.
- Bateson P. & Martin P. (2013). *Play, Playfulness, Creativity and Innovation*. Cambridge: University Press.
- Becker-Weidman A. & Shell D. (2005). *Creating Capacity for Attachment: Dyadic Developmental Psychotherapy in the Treatment of Trauma-Attachment Disorders*. Wood 'N' Barnes.
- Berg A.R. & Stauffer L.B. (2009). The Marschak Interaction Method (MIM) in Theraplay Assessment. In: Munns E. (ed.), *The Theraplay Treatment: Innovations in Attachment-Enhancing Play Therapy*. Northvale: Jason Aronson.
- Booth P.B. & Jernberg A.M. (2010). *Theraplay: Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*. New York: John Wiley & Sons.
- Bowlby J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books.
- Brink I., Reddy V. & Zahavi D. (2017). The primacy of the “we”? In: C. Durt T. Fuchs C. Tewes (eds.), *Embodiment, Enaction and Culture. Investigating the Constitution of the Shared World* (pp. 131-147). Cambridge-London: MIT Press.
- Brown S. & Vaughan C. (2009). *Play: How It Shapes the Brain, Opens the Imagination, and Invigorates the Soul*. Avery.
- Cozolino L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain*. New York: W.W. Norton & Company.
- Crittenden P.M. (2016). The Dynamic-Maturational Model of Attachment and Adaptation. In: Slater A. & Steele J. (eds.), *Attachment Theory and Research: New Directions and Emerging Themes*. London: Routledge.
- Ez T. (2003). Infant moods and the chronicity of depressive symptoms: The cocreation of unique ways of being together for good or ill. The normal process of development and the formation of moods. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49(4): 408-425.
- Dana D. (2018). *The Polyvagal Theory in Therapy: Engaging the Rhythm of Regulation*. New York: W.W. Norton & Company.
- Dunbar R. (2016). *Human Evolution: Our Brains and Behavior*. Oxford: Oxford University Press.
- ESTD (2017). *Guidelines for the assessment and treatment of children and adolescents with dissociative symptoms and dissociative disorders*. Disponibile su: estd.org/library/.
- Fisher J. (2017). *La frammentazione del sé: Sopravvivere e integrare traumi complessi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy P., Steele H., Steele M., Moran G.S. & Higgitt A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3): 201-218. DOI: 10.1002/1097-0355(199123)12:3%3C201::AID-IMHJ2280120307%3E3.0.CO;2-7.

- Fonagy P., Gergely G., Jurist E. & Target M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. London: Routledge.
- Frau, T., Ambel S. *et al.* (2013). Perceptual Knowledge Report Analysis (PKRA): un nuovo strumento. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 32: 23-44. DOI: 10.3280/QPC2013-032003.
- Frau T., Milani M., Jones A. & Lender D. (2022). Verso la costruzione di un legame affettivo. Il trattamento integrato della Theraplay e della psicoterapia Diadica evolutiva in caso di affido e adozione. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 50: 9-24. DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14081.
- Gallese V. (2014). Bodily selves in relation: embodied simulation as second person perspective on intersubjectivity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 369: 20130177. DOI: 10.1098/rstb.2013.0177.
- Gallese V. & Morelli U. (2024). *Cosa significa essere umani? Corpo, cervello e relazione per vivere nel presente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Golding K. & Hughes D.A. (2012). *Creating Loving Attachments: Parenting with PACE to Nurture Confidence and Security in the Troubled Child*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Goldwyn R., Stanley C., Smith V. & Green J. (2000). The Manchester Child Attachment Story Task: relationship with parental AAI, SAT and child behavior. *Attachment & Human Development*, 2(1): 71-84. DOI: 10.1080/146167300361327.
- Gomez A. (2020). *Terapia EMDR. Integrazione degli interventi in età evolutiva*. Milano: Mimesis.
- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford Press.
- Guidano V. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza*, a cura di G. Cutolo. Milano: FrancoAngeli.
- Harlow H.F. (1958). The Nature of Love. *American Psychologist*, 13(12): 673-685. DOI: 10.1037/h0047884.
- Harlow H.F. (1962). The Development of Affection in Primates. In: Foss B.M. (ed.), *Determinants of Infant Behavior* (pp. 75-95). New York: Wiley.
- Heidegger M. (1927). *Sein und Zeit*. Niemeyer.
- Hill D. (2020). *Affect Regulation Theory: A Clinical Synthesis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Hughes D.A. (2009). *Attachment-focused Family Therapy. Workbook*. New York: W.W. Norton & Company.
- Hughes D.A. & Baylin J. (2012). *Brain-Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment, Norton Series on Interpersonal Neurobiology*. New York: W.W. Norton & Company.
- Hughes D.A. & Golding K. (2024). *Healing Relational Trauma. Workbook: Dyadic Developmental Psychotherapy in Practice*. New York: W.W. Norton & Company.
- Lender D. (2014). *Becoming an Attachment-Focused Therapist: Nurturing Connections with Traumatized Children*. New York: W.W. Norton & Company.
- Lender D. (2023). *Integrative Attachment Family Therapy: A Clinical Guide to Heal and Strengthen the Parent-Child Relationship through Play, Co-regulation, and Meaning-Making*. New York: W.W. Norton & Company.
- León F., Zandersen M., Meindl P. & Zahavi D. (2022). The Distinction Between Second-Person and Third-Person Relations and Its Relevance for the Psychiatric Diagnostic

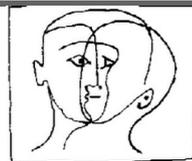
- Interview. In: Biondi M., Picardi A., Pallagrosi M. & Fonzi L. (eds.), *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process* (pp. 57-73). Cham: Springer.
- Liotti G. (2004). Motivational systems and the development of self. In: Solomon M.F. & Siegel D.J. (eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain*. New York: W.W. Norton & Company.
- Liotti G. & Farina B. (2011). *La cura del sé: Psicoterapia cognitiva e terapia relazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti G., Fassone G. & Monticelli F. (2012). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti G. (2017). Sistemi motivazionali e gioco sociale: Una prospettiva cognitivo-evoluzionista. *Cognitivismo Clinico*, 14(3): 221-235.
- Main M. & Goldwyn R. (1985-1994). *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Manoscritto non pubblicato. Berkeley: University of California.
- Marvin R.S., Cooper G., Hoffman K. & Powell B. (2002). The Circle of Security Project: Attachment-Based Intervention with Caregiver-Pre-school Child Dyads. *Attachment & Human Development*, 4(1): 107-124. DOI: 10.1080/14616730252982491.
- McGlone F., Wessberg J. & Olsson H. (2014). Discriminative and Affective Touch: Sensing and Feeling. *Neuron*, 82(4): 737-755. DOI: 10.1016/j.neuron.2014.05.001.
- Montirosso R. & McGlone F. (2020). The body comes first: Embodied reparation and the co-creation of infant bodily-self. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 113: 77-87. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2020.03.003
- Norris V. & Lender D. (2020). *Theraplay: The Practitioner's Guide*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Panksepp J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Panksepp J. & Biven L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York: W.W. Norton & Company.
- Pawling R., Cannon P.R., McGlone F.P. & Walker S.C. (2017) C-tactile afferent stimulating touch carries a positive affective value. *PLoS One*, 12(3): e0173457. DOI: 10.1371/journal.pone.0173457.
- Pellis S.M. & Pellis V.C. (2009). *The Playful Brain: Venturing to the Limits of Neuroscience*. London: Oneworld Publications.
- Perry B.D. (2006). The Neurosequential Model of Therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. In: Wilson J.P. & Tang C.S. (eds.), *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 169-184). Springer.
- Porges S.W. (1995). Cardiac vagal tone: A physiological index of stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 19(2): 225-233. DOI: 10.1016/0149-7634(94)00066-a.
- Porges S.W., Doussard-Roosevelt J.A., Portales A.L. & Greenspan S.I. (1996). Infant regulation of the vagal "brake" predicts child behavior problems: A psychobiological model of social behavior. *Developmental Psychobiology*, 29(8): 697-712. DOI: 10.1002/(SICI)1098-2302(199612)29:8<697::AID-DEV5>3.0.CO;2-O.
- Porges S.W., Doussard-Roosevelt J.A., Stifter C.A., McClenny B.D. & Riniolo T.C. (1999). Sleep state and vagal regulation of heart period patterns in the human newborn: an extension of the polyvagal theory. *Psychophysiology*, 36(1): 14-21. DOI: 10.1017/s004857729997035x.
- Porges S.W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2): 123-146. DOI: 10.1016/s0167-8760(01)00162-3.

- Porges S.W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology and Behavior*, 79(3): 503-513. DOI: 10.1016/s0031-9384(03)00156-2.
- Reddy V. (2003). On being the object of attention: Implications for self-other consciousness. *Trends in cognitive sciences*, 7(9): 397-402. DOI: 10.1016/s1364-6613(03)00191-8.
- Reddy V. (2005). Before the “Third Element”: Understanding Attention to Self. In: Eilan N., Hoerl C., McCormack T. & Roessler J. (eds.), *Joint attention: Communication and other minds: Issues in philosophy and psychology* (pp. 85-109). Clarendon Press/Oxford University Press.
- Reddy V. (2008). *How Infants Know Minds*. Washington DC: Harvard University Press.
- Reddy V. & Uithol S. (2016). Engagement: Looking beyond the mirror to understand action understanding. *British journal of developmental psychology*, 34(2): 101-114. DOI: 10.1111/bjdp.12106.
- Siegel D.J. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford Press.
- Siegel D.J. (2012). *The Whole-Brain Child: 12 Revolutionary Strategies to Nurture Your Child's Developing Mind*. New York: Bantam.
- Siegel D.J. & Bryson T.P. (2012). *The Whole-Brain Child Workbook: Practical Exercises, Worksheets and Activities to Nurture Developing Minds*. New York: PESI Publishing & Media.
- Siegel D.J. & Hartzell M. (2003). *Parenting from the Inside Out: How a Deeper Self-Understanding Can Help You Raise Children Who Thrive*. New York: TarcherPerigee.
- Siegel D.J. & Solomon M. (2003). *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body, and Brain*. New York: W.W. Norton & Company.
- Siegel D.J. & Solomon M. (2009). *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*. New York: W.W. Norton & Company.
- Siegel D.J. (2022). *IntraConnected: MWe (Me + We) as the Integration of Self, Identity, and Belonging*. New York: W.W. Norton & Company.
- Schore A.N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. London: Routledge.
- Schore A.N. (2021). *Right Brain Psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Shapiro V.B. & Ammerman R.T. (1997). Attachment-Based Assessment of Parenting Using the Marschak Interaction Method. *Infant Mental Health Journal*, 18(1): 49-66. DOI: 10.1002/(SICI)1097-0355(199721).
- Smith P.K. (2010). *Children and Play: Understanding Children's Worlds*. New York: Wiley-Blackwell.
- Spitoni G.F., Zingaretti P., Giovanardi G., Antonucci G., Galati G., Lingiardi V., Cruciani G., Titone G. & Boccia M. (2020). Disorganized attachment pattern affects the perception of affective touch. *Scientific Reports*, 10(1): 9658. DOI: 10.1038/s41598-020-66606-5.
- Tronick E.Z., Als H., Adamson L., Wise S. & Brazelton T.B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17(1): 1-13. DOI: 10.1016/s0002-7138(09)62273-1.
- Tronick E.Z. (2003). “Of course all relationships are unique”: How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychological Inquiry*, 23(3): 473-491. DOI: 10.1080/07351692309349044.
- Tronick E.Z. (2004). Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals' states of consciousness: coherence go-

- verned selection and the co-creation of meaning out of messy meaning making. In: Nadel J.D. & Muir D. (eds.), *Emotional development*. New York: Oxford University Press.
- Tronick E.Z. (2006). Lo sviluppo e la variazione della resilienza come variabili dipendenti dal normale stress dello sviluppo e dell'interazione. *Ricerca Psicoanalitica*, 17(3): 265-294.
- Varlamov A.A., Portnova G.V. & McGlone F.F. (2020). The C-tactile system and the neurobiological mechanisms of "affective" tactile perception: The history of discoveries and the current state of research. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 50(2). DOI: 10.1007/s11055-020-00916-z.
- Waters E. & Vaughn B.E. (1980). Ainsworth's strange situation procedure and the study of attachment. In: Lamb M.E. & Sherrod L.R. (eds.), *Infant Social Cognition: Empirical and Theoretical Considerations* (pp. 263-280). Mahwah: Erlbaum.
- Watzlawick P., Beavin J.H. & Jackson D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York: W.W. Norton & Company.
- Wechsler D. (2003). *Intelligence Scale for Children – Fourth Edition (WISC-IV)*. The Psychological Corporation (trad. it.: *WISC-IV. Contributo alla taratura italiana*, a cura di A. Orsini & L. Pezzuti. Firenze: Giunti).
- Zahavi D. (2015a). You, me, and we: The sharing of emotional experiences. *Journal of Consciousness Studies*, 22(1-2): 84-101.
- Zahavi D. (2015b). *Self and Other: Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame*. Oxford: Oxford University Press.

Postfazione. Considerazioni e curiosità

Michele Procacci*



Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo del neurosviluppo che inizia nell'infanzia e può persistere nell'età adulta, con una prevalenza globale tra il 5% e il 7% nei bambini e circa il 2,5%-3% negli adulti. La sua eziopatogenesi è multifattoriale e comprende interazioni tra fattori genetici, neurobiologici e ambientali. I sintomi principali includono disattenzione, impulsività e iperattività, che possono influenzare negativamente la qualità della vita e comportare un rischio elevato di sviluppare altri disturbi psichiatrici e comportamentali. È stato dimostrato che il rischio di suicidio nei pazienti con ADHD è circa sei volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

I criteri diagnostici per l'ADHD sono stabiliti nel DSM-5 TR e includono un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo. Per i bambini, è necessario che siano presenti almeno sei sintomi di disattenzione o iperattività-impulsività per almeno sei mesi, mentre per gli adolescenti e gli adulti sono richiesti almeno cinque sintomi.

Esempi di disattenzione sono: difficoltà a prestare attenzione ai dettagli, mantenere l'attenzione sui compiti, seguire istruzioni, organizzarsi e completare i compiti. Mentre per iperattività e impulsività: agitazione, difficoltà a rimanere seduti, parlare eccessivamente, interrompere gli altri.

*Psichiatra Psicoterapeuta, Direttore UOC SM D14 ASL Roma 1, Terzo Centro Psicoterapia Cognitiva, Via Ravenna 9 – 00161 Roma; e-mail: procacci@terzocentro.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20375

La prevalenza di ADHD è simile a livello globale, ma la diagnosi e il trattamento variano. In Europa, fino al 5% dei bambini tra i 6 e i 17 anni è colpito da ADHD. La condizione ha un impatto significativo sulla vita quotidiana, portando a basse prestazioni scolastiche, difficoltà nelle relazioni sociali e un aumento del rischio di comportamenti antisociali e uso di sostanze. Gli adulti con ADHD mostrano una compromissione significativa nel funzionamento sociale e lavorativo, con un aumento del rischio di incidenti e comportamenti criminali. La gestione dell'ADHD richiede un approccio multimodale che combina interventi farmacologici e psicoeducativi. Il trattamento farmacologico include l'uso di stimolanti come il metilfenidato e l'atomoxetina, mentre gli interventi psicoeducativi sono fondamentali per supportare il paziente e la sua famiglia. È essenziale una diagnosi tempestiva e un trattamento adeguato per migliorare la qualità della vita e ridurre il rischio di comorbidità. I programmi di Parent Training e Teacher Training sono cruciali per supportare le famiglie e gli insegnanti nel gestire i comportamenti associati all'ADHD. Questi programmi mirano a migliorare la comunicazione, stabilire regole chiare e fornire strategie di gestione comportamentale efficaci. La collaborazione tra servizi sanitari, educativi e familiari è fondamentale per garantire un supporto adeguato e migliorare gli esiti a lungo termine per le persone colpite da questo disturbo.

Se questi sono i punti nodali per avere una conoscenza di base dell'ADHD e di come incide sulla popolazione generale, quali elementi sottolinea e aggiunge all'attuale letteratura il numero condotto da Angelo Inverso?

Lo stesso Inverso, nella sua introduzione, manifestando alcune criticità nella esecuzione della diagnosi e nella sovrastima dell'efficacia del trattamento farmacologico, chiede agli autori di questo numero una maggiore cura nei meccanismi psicopatologici che la diagnosi categoriale non permette di evidenziare e, nel contempo, una valutazione clinica più centrata sulla persona, le sue relazioni e il contesto in cui vive, che tenga conto di concetti più attuali come quello di One Health e di miglioramento del benessere personale tra gli obiettivi di cura.

Intreccialagli e Inverso, muovendosi in un'ottica evolucionistica e di costruzione dei significati personali, con il loro contributo, propongono una lettura dell'ADHD che va oltre la mera descrizione sintomatologica, esplorando il ruolo dell'attaccamento infantile e il suo impatto sulla costruzione del significato personale nell'età adulta. Questo approccio mette in relazione i modelli di attaccamento, le esperienze relazionali precoci e lo sviluppo delle difficoltà attentive e comportamentali, offrendo una prospettiva evolutiva e costruttivista. La loro visione evolutiva e relazionale permette, quindi, di comprendere il disturbo non solo come un deficit neurobiologico, ma

anche come il risultato di un'interazione complessa tra fattori individuali e ambientali.

Il collegamento tra le esperienze infantili e la costruzione del senso di sé e delle proprie difficoltà in età adulta può arricchire la comprensione clinica del paziente, favorendo interventi terapeutici più mirati e personalizzati. Il riduzionismo biologico viene superato da una dimensione narrativa, affettiva e relazionale del disturbo.

Pur essendo attratti da queste considerazioni, non possiamo esimerci dal farci delle domande: Se andiamo verso una integrazione degli interventi terapeutici, ovvero biologici e psicologici, ha senso mantenere una separatezza tra meccanismi biologici e psicologici, senza tentare un possibile collegamento anche teorico tra di essi? E poi, la ricaduta clinica di tali assunzioni, quali procedure di intervento suggerisce? Non sempre è facile, infatti, collegare in modo diretto le dinamiche di attaccamento infantile con le manifestazioni adulte dell'ADHD senza cadere in semplificazioni o in interpretazioni retrospettive poco verificabili.

Rosario Montiroso affronta probabilmente il rapporto tra capacità di regolazione emozionale e le diverse traiettorie evolutive, includendo possibili deviazioni o rischi di psicopatologia. Montiroso tende a integrare dati provenienti da neuroscienze, psicologia dello sviluppo e clinica, offrendo una visione multidimensionale della regolazione emozionale che considera sia aspetti biologici sia ambientali. L'attenzione alle traiettorie evolutive permette di cogliere come la regolazione emozionale si modelli nel tempo e come fattori precoci (ad es. attaccamento, stress, ambiente familiare) possano influenzare esiti diversi. Da qui, l'importanza di interventi precoci e mirati per promuovere la regolazione emozionale nei bambini a rischio, con ricadute positive sullo sviluppo globale e sulla prevenzione di disturbi psicologici.

Le domande che comunque ci sorgono dal suo contributo sono: Quali potrebbero essere le esemplificazioni cliniche che ci rendono facile e fruibile e quindi evidenti le situazioni di disregolazione emotiva da attenzionare nei trattamenti? Ci sono, a suo parere, nelle neuroscienze affettive, delle evidenze che possono sostenere i temi affrontati, ad esempio riguardo ai meccanismi neurobiologici della regolazione emozionale?

Bertaccini e Capuozzo puntano su un approccio integrato e multidisciplinare che considera sia gli aspetti neurobiologici che quelli psicologici e relazionali. Viene promosso un modello dimensionale e transdiagnostico, in linea con le recenti ricerche.

Gli autori sostengono l'importanza di un approccio basato su evidenze scientifiche, integrando pratica clinica e ricerca. L'ADHD è considerato un

continuum di funzionamento neuropsicologico, superando la dicotomia tra normalità e patologia e ponendo attenzione alle comorbidità. L'esperienza di Bertaccini nell'età evolutiva consente di affrontare l'ADHD con sensibilità, collaborando con famiglie e scuole. Viene ribadita che l'adesione a linee guida internazionali garantisce la scientificità delle proposte terapeutiche.

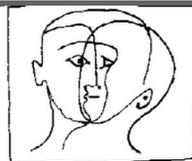
Rosario Esposito e colleghi affrontano il tema della sovrapposizione e delle differenze tra i sintomi dissociativi e quelli del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD), con particolare attenzione a fenomeni come depersonalizzazione, derealizzazione, maladadaptive daydreaming e le difficoltà di diagnosi differenziale tra ADHD e disturbi dissociativi. Grazie, innanzitutto, per ricordare che ADHD e disturbi dissociativi sono entità cliniche distinte, pur riconoscendo la presenza di sintomi sovrapponibili come difficoltà di concentrazione, disconnessione emotiva e tendenza alla distrazione. Esistono situazioni cliniche in cui depersonalizzazione e derealizzazione possono manifestarsi sia come comorbidità con l'ADHD sia come fenomeni transitori legati al funzionamento neuropsicologico dell'ADHD stesso. Il testo adotta una prospettiva che considera la presenza di sintomi dissociativi come parte di un continuum, influenzato da fattori come stress, ansia, depressione e sovraccarico sensoriale. Il contributo sottolinea l'importanza della diagnosi differenziale tra ADHD, disturbi dissociativi, depressione, disturbo borderline e disturbi psicotici, evidenziando i rischi di confusione soprattutto in età adulta (si direbbe anche di comorbidità, in effetti). Quindi sorgono delle curiosità non soddisfatte: È possibile davvero una distinzione netta tra confini diagnostici? Il maladadaptive daydreaming viene presentato come un possibile disturbo dissociativo, ma la sua definizione clinica rimane ancora incerta e dibattuta nella letteratura scientifica. Spesso negli adulti con ADHD è la situazione di comorbidità con i disturbi psichiatrici che viene affrontata dai clinici; quindi, è utile distinguere le varie diagnosi, ma poi come procediamo nei trattamenti?

Chiude la rassegna degli interventi l'articolo di Tiziana Frau, che esplora il concetto di piacere non solo come esperienza individuale, ma soprattutto come fenomeno interpersonale e condiviso. Questa prospettiva rappresenta un arricchimento rispetto alla visione tradizionale, che spesso vede il piacere come un'esperienza soggettiva e isolata. L'idea di concepire il piacere come un'esperienza che si costruisce e si amplifica nella relazione con l'altro apre a nuove riflessioni sul ruolo delle dinamiche sociali e affettive nel benessere psicologico. Frau valorizza l'interazione tra soggetti come contesto fondamentale per la genesi e la modulazione del piacere, sottolineando come le emozioni positive si rafforzino nel confronto e nella condivisione. Questo è un contributo importante che si allinea con le più recenti teorie della

psicologia sociale e della psicoterapia relazionale. Il testo sembra integrare concetti provenienti da diverse discipline, quali la psicologia evolutiva, la neurobiologia affettiva e la teoria dell'attaccamento, offrendo una visione multidimensionale e articolata del piacere. L'attenzione al piacere condiviso può avere importanti ricadute in ambito terapeutico, suggerendo interventi che favoriscano la qualità delle relazioni interpersonali come via per migliorare la salute mentale e la resilienza. Ma anche qui, come in precedenza, per passione del dialogo e nessuna propensione alla valutazione critica ci chiediamo: Su quali evidenze empiriche possiamo supportare le interessanti argomentazioni sulle emozioni positive e il ruolo relazionale che assumono? Inoltre, l'enfasi sul piacere come esperienza interpersonale condivisa rischia di trascurare situazioni in cui il piacere è vissuto in modo solitario o in contesti di isolamento, che comunque possono avere un valore psicologico significativo, soprattutto se teniamo conto delle differenze individuali (personalità, cultura, storia personale) che influenzano il modo in cui il piacere viene vissuto e condiviso.

Immagino, a questo punto, che Angelo e gli altri colleghi si alzeranno infastiditi da tante affermazioni che possono suonare come una discussione critica ai loro testi. In realtà, volevo testimoniare che i contributi che gli altri lettori di Quaderni avranno la possibilità di prendere visione in questo numero monografico della rivista hanno suscitato in me, in una sorta di preview privilegiata, molto interesse e quindi considerazioni e domande, come se stessi davanti a una tavola rotonda sul tema della neurodiversità e le sue implicazioni nel cognitivismo clinico attuale. So che Angelo, con molti colleghi, ha appena costituito in SITCC un gruppo di interesse specifico su ADHD, per questo gli siamo grati, ennesimo esempio di vitalità e di aggiornamento continuo dei soci su temi di comune interesse.

Una riflessione su come il perfezionismo può influenzare il percorso scolastico dei bambini e degli adolescenti



Cristiana Patrizi*, Valeria Semeraro*,
Claudia Di Giulio*, Silvia Masci*

Ricevuto il 26 gennaio 2025, accettato il 1° giugno 2025

Riassunto

L'obiettivo di questo articolo è quello di fare una riflessione critica sulla letteratura che ha approfondito, sotto diversi punti di vista, l'influenza del perfezionismo nel percorso scolastico di bambini e adolescenti. Si tratta di una sintesi narrativa e non sistematica, finalizzata a mettere in luce le caratteristiche del perfezionismo che possono favorire l'apprendimento e quelle che, al contrario, ostacolano la vita accademica dei giovani, anche attraverso la comparsa di quadri psicopatologici o comportamenti disfunzionali come il self-handicapping e la procrastinazione. Vengono inoltre analizzate le possibili variabili intermedie fra rendimento scolastico e perfezionismo come ad esempio la passione per gli argomenti studiati e quindi la motivazione ad approfondirli. L'intento è quello di offrire una sintesi ragionata e accessibile a professionisti e operatori del settore, favorendo una maggiore consapevolezza del ruolo che il perfezionismo può giocare nel percorso accademico dei giovani.

Parole chiave: Perfezionismo, scuola, apprendimento.

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC, SPC) Viale Castro Pretorio 116 – 00185 Roma; e-mail: cristiana_patrizi@yahoo.it; semeraro@apc.it; claudiadigiulio1991@gmail.com; silviamasci24@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20376

A reflection on how perfectionism can influence the academic path of children and adolescents

Abstract

The aim of this article is to offer a critical reflection on literature that has explored, from various perspectives, the influence of perfectionism on the school experience of children and adolescents. This is a narrative and non-systematic synthesis, intended to highlight the aspects of perfectionism that can support learning and those that, on the contrary, may hinder young people's academic life, including the emergence of psychopathological conditions or dysfunctional behaviors such as self-handicapping and procrastination. The article also examines possible intermediate variables between academic performance and perfectionism, such as passion for the subjects studied and the resulting motivation to deepen one's knowledge. The goal is to provide a reasoned and accessible synthesis for professionals and practitioners, fostering greater awareness of the role that perfectionism can play in the academic journey of young people.

Keywords: Perfectionism, school, learning.

Introduzione

Il perfezionismo è uno stile di personalità, che coinvolge un individuo nello stabilire standard personali estremamente elevati nel tentativo di raggiungere la perfezione, ed è spesso accompagnato da una tendenza a essere altamente autocritici (Rice *et al.*, 2005). È un costrutto sfaccettato, costituito da caratteristiche personali e sociali che possono contribuire, nel giovane, allo sviluppo di difficoltà nel fronteggiare e adeguarsi agli eventi (Affrunti & Woodruff-Borden, 2016; Asseraf & Vaillancourt, 2015; Hewitt *et al.*, 2002; Vaillancourt & Haltigan, 2018); esso si accompagna spesso a sentimenti di fallimento, colpa, vergogna e bassa autostima (Hewitt & Flett, 1991). Un aspetto ancora controverso rispetto a questo tratto di personalità è se si possa fare una distinzione tra la forma di perfezionismo considerato come un tratto positivo e utile per l'individuo e il perfezionismo maladattivo o clinico, che al contrario sembra avere profonde ricadute negative sul benessere (Hama-chek, 1978; Slade & Owens, 1998; Stoeber & Rambow, 2007) e che quindi andrebbe considerato sempre come un aspetto disadattivo a lungo termine (Hewitt & Flett, 1991).

Altri autori, come Gaudreau e Thompson (2010), lo ritengono un costrutto di personalità troppo complesso per essere etichettato come “*sano o non sano*”, perché il suo impatto dipende dai vari contesti e circostanze della vita dell'individuo (Gaudreau & Verner-Filion, 2012; McNulty & Fincham, 2012). Proprio su quest'ultima controversia, una rassegna sull'impatto del

perfezionismo nella vita scolastica di bambini e adolescenti può fornire utili spunti di riflessione. Infatti, mentre nella clinica siamo portati a concentrarci sugli aspetti nocivi del perfezionismo nella sua forma maladattiva o clinica, nel contesto scolastico diventa di fondamentale importanza comprendere e identificare gli aspetti del perfezionismo che favoriscono l'apprendimento e porre particolare attenzione a quelli che lo ostacolano o che possono divenire un elemento di ostacolo nella vita accademica del giovane.

Nota metodologica

La presente analisi non costituisce una revisione sistematica della letteratura. Il lavoro si configura piuttosto come una riflessione volta a esplorare i molteplici aspetti del perfezionismo nel contesto scolastico, con particolare attenzione alle sue ricadute sul benessere psicologico e sull'apprendimento nei bambini e negli adolescenti. Gli studi citati sono stati selezionati in modo mirato e consapevole, privilegiando quelli che, attraverso modelli teorici consolidati e dati empirici recenti, hanno contribuito a definire le dimensioni adattive e maladattive del perfezionismo, la loro evoluzione nei diversi contesti di vita, e le implicazioni pratiche per insegnanti e clinici. L'approccio adottato è di tipo descrittivo e qualitativo, orientato a integrare le evidenze disponibili con le osservazioni provenienti dalla pratica clinica e dalla didattica.

Perfezionismo e percorso scolastico

Perfezionismo adattivo – Caratteristiche

Alcuni aspetti del perfezionismo potrebbero essere descritti come una tendenza del giovane alla “coscienziosità” nel suo percorso di studio, caratterizzato da standard alti ma comunque realistici e dal provare piacere a lavorare con impegno per risolvere compiti difficili (Flett & Hewitt, 2006); essere inoltre in grado di valutare “costi/benefici” del proprio impegno, concentrandosi principalmente sui compiti più importanti e trovare la giusta motivazione a svolgere bene un'attività partendo dalla valutazione dei propri interessi personali.

Questi giovani sembrano essere caratterizzati da una storia di apprendimento in cui l'impegno, i risultati più che soddisfacenti, l'organizzazione e il perseguimento del successo sono stati rinforzati positivamente (Lombardo & Violani, 2011).

Quindi si può ipotizzare che il perfezionismo adattivo, o coscienziosità, sia una forma prevalentemente “normale” o “sana”, che porta benefici all’individuo: è caratterizzata da alti livelli di organizzazione e standard personali elevati ma raggiungibili. Si tratta di giovani che presentano un evidente impegno nel perseguire i propri obiettivi, ma che riescono a essere soddisfatti dei risultati raggiunti accettando gli errori, modificando gli standard di realizzazione in certe circostanze e riuscendo a trarre il meglio da ogni esperienza. È presente quindi in tali individui una buona capacità di adattamento: se non riescono a raggiungere l’obiettivo prefissato, lo cambiano o si impegnano a fondo per superare l’insuccesso (Haase *et al.*, 2002).

Perfezionismo maladattivo – Caratteristiche

Il perfezionismo disadattivo comprende la definizione di obiettivi irrealizzabili, l’ansia di commettere errori, la paura di essere criticati dagli altri e di non raggiungere i risultati e gli alti standard sperati (Stoeber & Otto, 2006; Geranmayepour & Besharat, 2010). Ciò comporta che questi giovani non sappiano dare una valutazione positiva di sé quando non raggiungono ciò che si erano prefissati (Shafran *et al.*, 2002).

Si sentono spesso insoddisfatti; non riescono a scegliere attività o scopi che richiedano un impegno minore e quindi non sanno affrontare nulla in modo rilassato; ciò che li motiva è più il giudizio degli altri che la propria valutazione su quanto fatto. Hanno spesso una bassa autostima e sono più orientati verso la prestazione, piuttosto che verso la competenza e la conoscenza. Sono giovani caratterizzati da una storia di apprendimento in cui la procrastinazione, la ruminazione, i ripetuti controlli sono stati rinforzati negativamente dall’evitamento di una valutazione o da una punizione temuta.

Le ricerche rivelano che i giovani caratterizzati da perfezionismo maladattivo vanno incontro a problemi psicologici come depressione e ansia, e hanno un senso di autostima e di autoefficacia più basso dei coetanei.

Il modello multifattoriale del perfezionismo

Gran parte della ricerca più recente sullo sviluppo e sull’impatto del perfezionismo nella vita dei giovani parte dalla concettualizzazione del perfezionismo come un costrutto multidimensionale (Frost *et al.*, 1990; Hewitt & Flett, 1991), costituito da caratteristiche positive e negative (Stoeber, 2018).

Le dimensioni individuate dai ricercatori negli ultimi anni, anche se hanno preso avvio da diversi modelli teorici e modalità di misura distinte, possono essere rappresentate attraverso un modello di ordine superiore a due fattori: “*Perfectionistic Strivings*” e “*Perfectionistic Concerns*” (Stoeber & Otto, 2006).

Il primo fattore può essere tradotto come “aspirazioni perfezionistiche”; con esse si intendono quegli aspetti del perfezionismo associati all’impegno auto-orientato per il raggiungimento della perfezione e all’identificazione di standard di prestazioni personali molto elevati (Frost *et al.*, 1990, Hewitt & Flett, 1991). Il secondo fattore individua le “preoccupazioni perfezionistiche”; queste catturano aspetti come la preoccupazione di commettere errori e dubbi sulle azioni. Questi timori sono associati alla paura di essere valutati negativamente e spesso si accompagnano alla sensazione che ci sia una discrepanza tra le aspettative degli altri e le proprie performance (Frost *et al.*, 1990; Hewitt & Flett, 1991).

Gli strumenti di valutazione denominati “*Multidimensional Perfectionism Scales*” (Frost *et al.*, 1990; Hewitt & Flett, 1991) hanno contribuito alla concettualizzazione e alla misurazione del perfezionismo in diversi ambiti di ricerca, evidenziando come ciascuna dimensione può differire dalle altre in termini di risultati psicologici correlati.

Uno dei modelli teorici sicuramente più utilizzati e consolidati nelle ricerche sul perfezionismo in età evolutiva è il modello multidimensionale del perfezionismo di Hewitt e Flett (Hewitt & Flett, 1991). I due autori individuano all’interno delle dimensioni del perfezionismo una componente auto-orientata (SOP) e una componente socialmente prescritta (SPP). La prima si caratterizza per la convinzione che essere perfetti o tendere alla perfezione siano aspetti importanti nella propria vita; sono giovani che stabiliscono standard estremamente elevati per sé stessi e valutano in modo severo le proprie prestazioni (Hewitt & Flett, 1991). La seconda componente individuata (SPP) è caratterizzata dalla convinzione che gli altri si aspettino da loro la perfezione e che l’accettazione è subordinata alla soddisfazione di queste aspettative, evitando la disapprovazione degli altri (Hewitt & Flett, 1991). Gli Autori individuano una terza dimensione: il perfezionismo orientato all’altro (OOP), cioè la tendenza a fissare standard irrealistici per gli altri. Tuttavia, mancando informazioni sullo sviluppo e sulla comparsa di questo sottotipo di perfezionismo in gioventù, tale dimensione non è stata considerata nelle ricerche svolte in campioni di età evolutiva (Flett *et al.*, 2016).

Queste diverse dimensioni del perfezionismo sembrano mostrare effetti differenti sul funzionamento dell’individuo sia adulto sia in età evolutiva. Il

perfezionismo socialmente prescritto (SPP) sembra essere legato a un cattivo adattamento psicologico e a una maggiore vulnerabilità ai problemi psicologici, comprendendo quindi l'aspetto più disadattivo. Il perfezionismo auto-orientato (SOP) è correlato a una serie di risultati benefici, tra cui il raggiungimento degli obiettivi e il coping focalizzato sul problema. Esso è stato di conseguenza considerato come un indicatore di perfezionismo adattivo ma comunque, come vedremo in seguito, come fattore non esente da possibili caratteristiche disfunzionali.

È importante notare come, anche se le ricerche si sono concentrate sull'individuare gli aspetti maggiormente legati all'una o all'altra dimensione, queste in realtà possano coesistere a diversi livelli all'interno di uno stesso individuo (Kljajic *et al.*, 2017) aumentandone, di fatto, i possibili esiti.

Un recente filone di ricerche ha adottato il modello multifattoriale di Hewitt e Flett (1991) identificando però due aspetti correlati ma distinti nella dimensione auto-orientata (SOP) del perfezionismo; infatti, secondo gli Autori (O'Connor *et al.*, 2009) si possono identificare all'interno di essa sia delle componenti adattive (SOP *Striving*) sia delle componenti disadattive (SOP *Critical*). La sottoscala SOP *Striving* sembra catturare gli aspetti del perfezionismo che portano alla ricerca della perfezione. Di contro la sottoscala SOP *Critical* comprende l'eccessiva autocritica nei confronti delle proprie performance. Le due forme di perfezionismo tendono a essere altamente correlate; tuttavia, quando si controlla la sovrapposizione tra le due forme, si possono differenziare gli effetti positivi dell'una e negativi dell'altra (Stoeber & Otto, 2006).

Perfezionismo ed età

Sicuramente il perfezionismo sembra essere un tratto di personalità relativamente stabile che emerge nell'infanzia. Purtroppo non esistono molti studi che hanno indagato come si sviluppa il perfezionismo nell'arco della vita (Stoeber, 2018), anche se l'argomento è di grande interesse nell'ottica di auspicabili interventi precoci e di prevenzione.

Le ricerche indicano che il perfezionismo è già presente all'età di 10 anni (Hewitt *et al.*, 2002), o in età più precoce, intorno agli otto anni (Harvey *et al.*, 2017). Un interessante studio è stato condotto molto recentemente in Italia (Vecchione & Marsicano, 2024) su una popolazione di giovani delle scuole medie (10, 13 anni). Le misure prese in esame si rifacevano al modello multifattoriale che, come detto in precedenza, identifica oltre alla componente socialmente prescritta (SPP) del perfezionismo, due sotto-componenti

della dimensione auto-orientata: il SOP *critical* e il SOP *striving* (O'Connor *et al.*, 2009). Nel complesso, i risultati della ricerca hanno mostrato che tutti e tre gli aspetti del perfezionismo sono diminuiti, almeno in una certa misura, nel corso del periodo preso in esame. La spiegazione ipotizzata dagli Autori è che tale andamento potrebbe essere collegato allo stile di pensiero rigido e dicotomico che spesso accompagna il perfezionismo e che tende a diminuire con l'età, sostituito da modalità di pensiero meno estreme e più moderate. Pertanto, la maturazione cognitiva che avviene nello specifico periodo di vita dei giovani che la ricerca ha analizzato potrebbe portare a una diminuzione del perfezionismo osservato. Tale tendenza non viene confermata dagli studi che analizzano tale costrutto nella popolazione degli adolescenti: infatti Flett e collaboratori (2016) trovano che circa il 25-30% degli adolescenti è influenzato negativamente dal perfezionismo in termini di maggior rischio di sviluppo di depressione, ansia e ideazione suicidaria. Gli Autori sono generalmente d'accordo nel ritenere l'adolescenza un periodo chiave per lo sviluppo del perfezionismo.

Questo potrebbe essere legato ai profondi cambiamenti che avvengono durante questo periodo di transizione insieme alle crescenti richieste della scuola, che incoraggiano negli adolescenti aspettative irrealistiche e le tendenze all'autocritica, soprattutto alla luce della loro maggiore sensibilità alle influenze dell'ambiente sociale. Gli adolescenti possono considerare un alto rendimento scolastico come una parte importante della loro identità (van den Bos *et al.*, 2016).

Fattori eziologici nello sviluppo delle diverse dimensioni del perfezionismo

Non si sa con certezza cosa favorisce il perfezionismo maladattivo nei giovani. La ricerca degli ultimi anni ha individuato molti fattori interni ed esterni che possono portare il bambino/ragazzo a adottare condotte riconducibili al perfezionismo maladattivo o clinico. Certamente l'influenza dei genitori è l'aspetto che più è stato oggetto dell'attenzione dei ricercatori, ma non mancano riflessioni anche su fattori interni al ragazzo o legati al contesto sociale e scolastico. Quello che appare comunque chiaro è che i fattori predisponenti sono molti e in relazione stretta fra di loro, per cui per comprendere la genesi del perfezionismo maladattivo e della difficoltà nel farvi fronte bisogna conoscerli e cercare di capirne le interazioni.

Come abbiamo visto in precedenza, gli adolescenti con un alto livello di perfezionismo socialmente prescritto (SPP) credono di dover perseguire e

mantenere standard molto alti per rimanere connessi e compiacere genitori e ambiente sociale circostante (Kljajic *et al.*, 2017). Inoltre, la ricerca dimostra come i genitori caratterizzati da uno stile esigente e controllante tendono a promuovere obiettivi perfezionistici, mettendo i bambini/adolescenti in situazioni che enfatizzano il raggiungimento di alti standard, sottolineando le conseguenze negative del commettere errori. Tutto ciò può portare il giovane a sviluppare la dimensione del perfezionismo socialmente prescritto sia in relazione al rendimento scolastico, ma anche nello sport, nello studio di uno strumento ecc. (Flett *et al.*, 2002).

Anche i giovani che mostrano alti livelli di perfezionismo auto-orientato (SOP) sembrano interiorizzare le aspettative dei genitori (Flett *et al.*, 2002); il risultato è un desiderio condiviso di cercare l'eccellenza ma è anche un modo di proteggersi dalle conseguenze negative del percepire la forte pressione da parte dei genitori. Al contrario, i bambini che non riescono a interiorizzare tali standard possono percepire queste aspettative come molto controllanti e hanno quindi risultati scolastici peggiori; possono pensare che i genitori siano costantemente delusi da loro, portandoli a diventare similmente delusi da sé stessi.

Uno studio di Ciciolla e collaboratori (2017), condotto su un campione di 506 studenti delle scuole medie provenienti da famiglie della classe medio-alta, ha valutato l'impatto del criticismo genitoriale sul percorso scolastico dei figli. I risultati evidenziano come i ragazzi e le ragazze adolescenti che avevano alti punteggi nella dimensione critica da parte dei genitori avevano medie più basse e maggiori problemi di apprendimento riferiti dagli insegnanti. Questi dati sono in linea con i risultati di un'altra ricerca che collega la critica percepita dei genitori con la procrastinazione dei compiti e della preparazione agli esami tra gli studenti dell'ottavo anno (Shih, 2017).

Interessanti le osservazioni condivise con Fleet e Hewitt (2022) da H. Mandel; questi ha rilevato come alcuni studenti con difficoltà accademiche e alti livelli di perfezionismo socialmente prescritto non sembravano subire pressioni da parte dei genitori, ma piuttosto da parte di un gruppo di compagni ipercompetitivi che rispondeva in modo punitivo agli errori commessi. Ciò conferma il ruolo potenzialmente dannoso dei feedback negativi nel contesto classe e l'impatto distruttivo dell'umiliazione e della vergogna a scuola.

Per quanto riguarda gli studi sulla pressione percepita da parte dei docenti, abbiamo risultati solo per quanto riguarda gli insegnanti di musica e gli allenatori dei giovani atleti. La pressione di questi era correlata nella stessa misura con entrambe le dimensioni del perfezionismo nei musicisti adolescenti (Stöeber & Eismann, 2007) e nei giovani atleti.

Quando il successo accademico diventa fattore eziologico del perfezionismo

Ricerche recenti hanno evidenziato come il perfezionismo autoimposto possa derivare anche dal successo scolastico (Damian *et al.*, 2017). Le esperienze di successo possono portare il giovane ad avere una maggiore fiducia nelle sue capacità personali e nell'aumento dei propri obiettivi, sviluppando l'idea che è possibile raggiungere la perfezione (Flett *et al.*, 2002). Gli adolescenti che ottengono facilmente e frequentemente valutazioni molto elevate possono giungere alla convinzione che la perfezione si può e si deve raggiungere e mantenere; il giovane, se a tale approccio allo studio accompagna una forte certezza della propria autoefficacia, può essere portato a fissare obiettivi sempre più ambiziosi, aumentando gli standard e l'impegno (Damian *et al.*, 2017). Va notato come i risultati della ricerca dimostrano che i voti alti possono dare vita a un percorso verso un maggiore perfezionismo, sia SOP che SPP, e questo ovviamente si accompagna a un maggior grado di preoccupazioni perfezionistiche (Bieling *et al.*, 2003; Damian *et al.*, 2017). Questi standard più elevati sembrano poi estendersi alle persone vicine al ragazzo come ad esempio i genitori, coinvolti e investiti nel successo scolastico dei propri figli.

In conclusione queste ricerche evidenziano l'interconnessione tra il perfezionismo auto-orientato e quello socialmente prescritto e mostrano come il successo possa aprire la strada a un maggiore perfezionismo e, con ogni probabilità, a una maggiore pressione per essere perfetti (Edelman, 2021).

Relazione tra perfezionismo e rendimento scolastico

La ricerca ha dimostrato che, mentre le dimensioni auto-orientata (SOP) e socialmente prescritta (SPP) del perfezionismo tendono a essere altamente correlate tra loro, quando si esamina in particolare l'effetto delle singole dimensioni sul rendimento scolastico si nota come esse hanno un diverso impatto. Una recente meta-analisi che includeva nel campione bambini e adolescenti (Madigan, 2019) ha evidenziato come la dimensione auto-orientata del perfezionismo (SOP) sembri essere legata a risultati accademici elevati, mentre il perfezionismo socialmente prescritto (SPP), al contrario, evidenziava una relazione negativa con il rendimento scolastico, specialmente quando si controlla la sovrapposizione con il SOP. Anche Verner-Filion e Gaudreau (2010) hanno osservato che i giovani con un alto perfezionismo socialmente prescritto (SPP) erano motivati allo studio dalla necessità di raggiungere il successo e al contempo dall'evitare i fallimenti; la coesistenza di

questi due aspetti ha portato a un rendimento scolastico complessivamente inferiore e una minor soddisfazione per il proprio lavoro. Al contrario gli individui con alti punteggi di perfezionismo auto-orientato (SOP) avevano un maggior successo accademico e sembravano essere caratterizzati dallo scopo di andare meglio degli altri e non dalla paura di apparire incompetenti. Essi erano dunque più motivati da un bisogno di successo piuttosto che dalla necessità di evitare il fallimento, segnando una distinzione significativa nel modo in cui SOP e SPP si relazionano con la vita scolastica. Questi risultati sono coerenti con uno studio che esamina la relazione tra perfezionismo e motivazione negli alunni di seconda media, che ha nuovamente evidenziato come, anche con questo campione di età inferiore a quello degli studi precedenti, la dimensione SOP del perfezionismo era positivamente associata al successo scolastico, mentre la dimensione SPP era positivamente associata all'ansia e alla procrastinazione rispetto agli impegni scolastici, cioè quei fattori che possono incidere a lungo termine sui risultati accademici (Bong *et al.*, 2014).

In particolare nel loro studio Kljajic *et al.* (2017) hanno indagato la relazione tra coesistenza di diversi livelli di perfezionismo, SOP e SPP, e rendimento scolastico. I risultati indicano che gli studenti che presentavano alti livelli di perfezionismo socialmente prescritto (SPP) e basso livello di perfezionismo auto-orientato (SOP) tendevano a ottenere risultati peggiori, oltre a un maggiore tasso di burnout accademico, e un minore coinvolgimento nelle attività accademiche. Al contrario, gli studenti che presentavano punteggi alti esclusivamente nel perfezionismo SOP, presentavano un maggiore coinvolgimento nelle attività scolastiche e un rendimento più elevato. I soggetti con punteggi alti in ambedue le dimensioni hanno ottenuto risultati migliori degli studenti che avevano esclusivamente punteggi elevati nella dimensione SPP, ma peggiori rispetto ai soggetti con perfezionismo auto-orientato. Tali risultati sembrano suggerire che gli individui con un alto livello di SPP credono di dover perseguire e mantenere standard perfezionistici per rimanere in connessione con il loro mondo sociale e per compiacere gli altri; ciò li porta a mettere molta pressione su sé stessi e a sentimenti negativi verso la scuola e l'impegno scolastico, sperimentando una diminuzione del loro benessere emotivo, la perdita di interesse per lo studio e una sensazione generale di non essere abbastanza competenti (Kljajic *et al.*, 2017).

Un aspetto che molti autori sottolineano non essere stato ancora sufficientemente valutato è l'effetto a lungo termine della costante ricerca dell'eccellenza negli studi dei giovani con perfezionismo auto-orientato (Madigan, 2019). Infatti, anche se raggiungono una serie di risultati accademici positivi e sanno adottare strategie di coping migliori (Dunkley *et al.*, 2000), rimane

comunque il rischio che quando un adolescente non riesce a soddisfare i propri standard ciò possa avere un impatto negativo sul suo stato di benessere psicologico. Anche Accordino e collaboratori (2000) suggeriscono che quando gli studenti con perfezionismo auto-orientato riscontrano una discrepanza tra i loro standard personali e le prestazioni effettive, i loro livelli di depressione aumentano e l'autostima diminuisce.

Altro rischio segnalato da Flett e Hewitt (2022) è che molti giovani fra quelli che hanno successo in senso oggettivo non lo sappiano in realtà interiorizzare, nel senso di come si sentono e si relazionano con sé stessi e tendono a minimizzare i loro risultati in vari modi. Per esempio:

- pensano che avrebbero dovuto raggiungere lo stesso risultato ma con minore impegno e fatica,
- fanno un confronto con qualche altro studente che ha raggiunto lo stesso risultato.

Ma cosa succede quando uno studente perfezionista riceve delle valutazioni non eccellenti? In questo caso bisogna fare una distinzione:

- lo studente sente che c'è una discrepanza fra ciò che si aspettava di ottenere e la valutazione effettiva comunque ottima (un 8 o 9 invece che un 10, ma anche un 9 se un compagno ha preso 10);
- lo studente riceve una valutazione oggettivamente negativa o non sufficiente.

In entrambi i casi è presente un forte stato di stress e sofferenza, come riportano Fletcher e Neumeister (2017), in cui giocano un ruolo molto importante fattori come: stress, ansia, e variabili della personalità e aspetti problematici legati al contesto familiare e scolastico. Spunti interessanti di riflessione circa gli aspetti più o meno adattivi della componente auto-orientata del perfezionismo sono legati alle ricerche citate in precedenza che analizzano tale dimensione come non omogenea (O'Connor *et al.*, 2009). La ricerca sembra suggerire come ad alti livelli di SOP *striving* sia associato un maggiore livello di rendimento, mentre la relazione tra rendimento scolastico e SOP *critical* è meno chiara a causa dei risultati contrastanti evidenziati nelle ricerche.

Molti Autori ipotizzano che la dimensione SOP-*Critical* sia dannosa per la salute mentale dei bambini (ad esempio, Affrunti & Woodruff-Borden, 2016; Ashby & Rice, 2002; McCreary *et al.*, 2004) e per l'adattamento accademico (Vecchione & Vacca, 2021). Il SOP-*Striving*, al contrario, ha mo-

strato implicazioni adattive sulla motivazione allo studio, sui risultati e sul benessere del giovane (Harvey *et al.*, 2017; Vecchione & Vacca, 2021). Questi ultimi sono giovani che tendono a utilizzare, di fronte a una situazione stressante, un coping attivo focalizzato sul problema (Dunkley *et al.*, 2003).

Le implicazioni negative di SOP *critical* sul benessere sono visibili anche durante l'infanzia, suggerendo che gli effetti dannosi sono forse più pervasivi di quanto si pensasse in precedenza, mentre la relazione con il rendimento scolastico è meno chiara. La correlazione più elevata è stata riscontrata tra SOP-*Critical* e SPP. Questo risultato è in linea con studi precedenti che mostrano la tendenza di queste due forme disadattive di perfezionismo a coesistere nel tempo (Herman *et al.*, 2013; Hong *et al.*, 2017).

Rapporto tra passione e perfezionismo

Come riportato in precedenza, non vi è concordanza nei risultati delle ricerche sull'impatto del perfezionismo auto-orientato sull'apprendimento. Una delle ipotesi per spiegare tale discrepanza è che vi siano possibili variabili intermedie, come ad esempio la passione per le materie che si studiano (Madigan, 2019; Verner Fillon & Vallerand, 2016).

Il perfezionismo viene considerato un antecedente della passione accademica che può essere definita come un'elevata motivazione allo studio a cui viene dedicato tempo e impegno significativo, essendo una parte centrale dell'identità della persona (Vallerand *et al.*, 2020). È un indicatore della felicità degli studenti e del loro grado di soddisfazione (Bernabé *et al.*, 2014). Secondo Vallerand e collaboratori (2020) ci sono due processi sottostanti affinché una persona sviluppi la passione verso una attività:

- il primo è la valutazione dell'attività, per interesse, importanza o affettività vissuta;
- il secondo è legato all'interiorizzazione di tale passione come parte della propria identità personale.

Le persone con una forte passione tendono a mostrare elevata motivazione e persistenza anche in situazioni impegnative e ciò la rende un valido predittore del rendimento scolastico. Tuttavia, i modelli esplicativi relativi alla passione e al perfezionismo mettono in luce anche un "lato nascosto": entrambi possono influenzare il benessere degli studenti sia positivamente che negativamente. In particolare, secondo il modello di Vallerand, la passione può assumere una forma armoniosa, favorevole all'adattamento, oppure

ossessiva, potenzialmente disfunzionale (Vallerand *et al.*, 2020). Nel primo caso il giovane studia in modo controllato e autonomo, sperimentando il benessere per il piacere di svolgere le mansioni che comporta il suo percorso di studio e apprendimento. Al contrario, nella seconda modalità lo studente è emotivamente dipendente dall'attività, percepisce meno controllo ed è condizionato dalla ricerca e dalla necessità di ricompense esterne come l'accettazione sociale (Lafrenière *et al.*, 2012).

Nello specifico, il perfezionismo auto-orientato condivide con la passione nella sua forma "armoniosa" un maggior grado di integrazione, sintonizzazione e allineamento con l'identità della persona; mentre il perfezionismo socialmente prescritto ha in comune con la passione di tipo "ossessivo" la sua origine principalmente esterna, cioè una minore integrazione con il sé; l'impegno sarebbe guidato dalle contingenze sociali, sperimentando quindi un minor impegno accademico (Bernabé *et al.*, 2014; Madigan, 2019).

Comportamenti controproducenti legati al perfezionismo maldattivo

Un fattore interessante è l'adozione di strategie di self-handicapping nei giovani caratterizzati da modalità perfezionistiche negative (Pulford *et al.*, 2005). Il concetto di self-handicapping è stato definito per la prima volta da Berglas e Jones (1978). Secondo Berglas e Jones il self-handicapping è «qualsiasi azione o scelta di impostazione della prestazione che aumenta l'opportunità di esternalizzare (o scusare) il fallimento e di internalizzare (accettare ragionevolmente) il merito del successo».

Il self-handicapping è un tipo di comportamento utilizzato per diminuire la responsabilità dei propri insuccessi e proteggere la propria immagine e la reputazione pubblica. Secondo Midgley e Urdan (2001), le persone usano attivamente la strategia del self-handicapping per indicare che i loro fallimenti derivano da condizioni esterne piuttosto che dalla mancanza di capacità innate quando pensano di fallire. Le persone preferiscono essere viste come vittime di condizioni esterne piuttosto che essere percepite come prive di talento o abilità.

Le strategie di self-handicapping descritte nello studio coinvolgono tipicamente l'abuso di alcol e droghe, il procrastinare e il non completare i compiti, il non leggere i testi richiesti, non prestare attenzione in classe e studiare in modo insufficiente per gli esami (Schraw *et al.*, 2007; Berglas & Jones, 1978). Sebbene la ricerca che esamina la relazione tra auto-handicap e perfezionismo sia molto limitata, ci sono prove che dimostrano che le persone con

aspettative perfezioniste più elevate hanno maggiori probabilità di utilizzare strategie di auto-handicap (Frost *et al.*, 1990; Pulford, Johnson & Awaida, 2005). Pulford e colleghi (2005) hanno suggerito che la paura di commettere errori e il dubbio sulla performance possono portare i perfezionisti a evitare intenzionalmente di compiere sforzi attraverso queste strategie per affrontare possibili fallimenti e valutazioni intra/interpersonali negative.

L'auto-handicapping comporta l'uso di un ostacolo autoimposto prima dell'esecuzione di una performance, come ad esempio un esame, il cui scopo è proteggere l'autostima dell'individuo (Elliot & Church, 2003). L'uso di un ostacolo autoimposto come la procrastinazione, sebbene aumenti la possibilità di fallimento, consente all'individuo di attribuire il fallimento a una mancanza di sforzo piuttosto che di abilità (Cox, 2009; Beery, 1975; Thompson, 1999). Tali atti sono dei tentativi di prevenire le implicazioni negative del fallimento, stabilendo anticipatamente una spiegazione di incapacità per la sua causa. Nel caso imprevisto di un successo, invece, il senso di competenza e l'autostima dell'individuo aumenterebbero, perché il soggetto ha avuto successo nonostante l'handicap (Jones & Berglas, 1978). L'handicap auto-imposto, quindi, fornisce un modo per proteggere l'autostima, ma è anche una strategia ideata per influenzare le opinioni delle altre persone. Infatti, le persone che si auto-impongono un handicap sono più preoccupate di come appaiono agli altri, e dell'umiliazione che deriva dal fallimento, che dall'atto reale di fallire (Urda & Midgley, 2001).

Nello specifico, la maggior parte degli studi ha esaminato la relazione tra perfezionismo e self-handicapping accademico tra gli studenti di livello universitario. Ad esempio, Kearns, Forbes, Gardiner e Marshall (2008) hanno proposto un modello che spiega questa relazione tra studenti universitari perfezionisti; Stewart e De George-Walker (2014) hanno studiato il self-handicapping come una caratteristica debilitante delle prestazioni che collegava scarso rendimento, perfezionismo, locus of control e autoefficacia tra gli studenti universitari. Shih (2011) ha condotto uno studio su studenti perfezionisti delle scuole superiori taiwanesi; il ricercatore ha scoperto che i comportamenti di perfezionismo adattivo erano associati a emozioni positive e autoregolazione mentre i comportamenti di perfezionismo disadattivo erano associati a emozioni negative e self-handicapping.

La procrastinazione è uno dei meccanismi più conosciuti e utilizzati tra i metodi di self-handicapping. Procrastinare significa ritardare l'esecuzione di un compito/attività. Avviene perché si è così preoccupati di dover completare tutto perfettamente che si preferisce ritardarne l'inizio piuttosto che affrontarlo rischiando di non essere perfetti.

Il problema della procrastinazione nei ragazzi affetti da perfezionismo è

che questo comportamento viene messo in atto con l'obiettivo di raggiungere una prestazione perfetta, ma il continuare a posticipare l'inizio di un compito è probabile che aumenti l'ansia a un livello così elevato da compromettere l'attività una volta avviata. Ha intenzione di iniziare ma non lo fa mai o rimanda all'ultimo minuto. Diventa frustrato e deluso dal fatto che quando finalmente inizia, il tempo è limitato e il suo obiettivo non può più essere raggiunto.

Questa strategia di auto-handicapping è molto presente all'interno degli ambienti scolastici; secondo Özer, Demir e Ferrari (2009) il 52% degli studenti ritarda i propri compiti accademici. Questi comportamenti, come ad esempio aspettare fino a poche ore prima di un esame per studiare, oppure scrivere una ricerca solo la sera prima della consegna, porta spesso a prestazioni di livello inferiore, oppure a fallimenti (Urduan & Midgley, 2001). La procrastinazione protegge l'individuo, nel breve termine, dall'ansia di fallire, ma aumenta le probabilità di ottenere scarsi risultati o l'insuccesso nell'attività che si sta portando a termine. Gli studenti che hanno paura di fallire, di fronte a una interrogazione o una verifica importante, sviluppano una forte ansia mentre l'evento valutativo si avvicina. L'ansia rafforza la bassa autoefficacia dello studente e lo porta a evitare del tutto la sua preparazione. Ma il sollievo dall'ansia è di breve durata, in quanto la conseguenza dell'evitare lo studio rafforza la convinzione nello studente di non avere le qualità adatte per raggiungere il successo a scuola.

Per questo è meglio iniziare facendo qualcosa di semplice/facile, suddividere il compito in parti fattibili per raggiungere un obiettivo più grande e in questo modo accrescere la motivazione.

Oltre alla procrastinazione ci sono una serie di altri comportamenti che si possono osservare nei giovani perfezionisti rispetto al loro percorso scolastico e che potrebbero essere segnalati agli insegnanti (Adelson & Wilson, 2009):

- *“Devo raggiungere il massimo”*: questi giovani sono caratterizzati da aspettative irrealistiche e troppo alte, pretendono da sé sempre il massimo e non ammettono fallimenti. Si impongono standard altissimi e difficilissimi da raggiungere. Le valutazioni vengono viste come la prova della loro intelligenza e un segno del loro valore personale. Spesso non vedono l'apprendere qualcosa di nuovo come una possibilità di evolvere e imparare nuove competenze.
- *“Il prof ci sarà rimasto malissimo”*: sono studenti che si focalizzano sulla valutazione che il loro lavoro ha ottenuto e sulla base di questo giudicano sé stessi. Questa internalizzazione del perfezionismo legata alla propria

identità sappiamo che può nascere da commenti, pressioni dei genitori e delle altre figure significative, non ultimi degli insegnanti: il giovane tende a pensare che una sua prestazione non perfetta possa essere estremamente deludente per il docente e che quest'ultimo ne sia rimasto estremamente colpito cambiando in negativo il suo parere sull'alunno.

- *“Anche gli appunti presi in classe devono essere perfetti e senza cancellature”*: questo tipo di perfezionista si focalizza sulla precisione e sul prodotto finale che deve essere impeccabile, ma non si diverte nel farlo né prova soddisfazione. Ha difficoltà a definire gli obiettivi di conoscenza di ciò che sta facendo, ma si focalizza sul creare un lavoro impeccabile o sul sapere a memoria ogni parte del capitolo da studiare. Rifà più volte un compito per renderlo perfetto o ripete una lezione finché non pensa di saperla esporre senza esitazioni e lacune, molto spesso non ha particolare interesse per quello che studia. Non sopporta che gli altri possano giudicarlo negativamente o criticare il suo operato.
- *“Oggi potrei andar male all'interrogazione di storia, farei proprio una figuraccia e tutti mi giudicheranno, meglio rimanere a casa”*: ci sono alunni che non vogliono correre il rischio di non essere perfetti, anche per evitare che gli altri vedano le loro debolezze o possano accorgersi che hanno fallito in qualche verifica o interrogazione, quindi tendono ad assentarsi da scuola con qualche scusa. Sono paralizzati dalla propria ansia.

Cosa si può suggerire agli insegnanti

Far comprendere che una verifica, una interrogazione, sono processi formativi: serve a imparare dagli errori. Promuovere strategie di problem solving. Sottolineare l'impegno e il progresso e tutte le competenze in cui ha mostrato miglioramenti, piuttosto che il risultato. Favorire l'uso di strategie didattiche come le “Mappe Concettuali” che permettono di riflettere sui concetti non focalizzandosi sulle singole parole. Far riflettere il ragazzo/a sui propri punti di forza, sui miglioramenti fatti e su cosa dovrebbe concentrarsi in futuro, ponendo una attenzione particolare sul comprendere il perché dei propri errori o delle dimenticanze. Trasformare una ricompensa estrinseca, come il voto, in una intrinseca, come apprendere una nuova abilità.

Si possono aiutare anche facendo loro utilizzare il proprio perfezionismo in modo più costruttivo, per esempio riflettendo con loro sugli obiettivi o condividendo un progetto, individuando cioè quali standard sono adeguati al loro percorso a breve e a lungo termine stabilendo revisioni e monitoraggio dei progressi. Per esempio, nella parte finale della scuola secondaria può

avere senso fare un percorso di eccellenza in quelle materie propedeutiche al percorso universitario che il giovane pensa di intraprendere e studiando con minore stress le materie meno attinenti. Creare un “ambiente protetto”, favorendo un colloquio individuale, non davanti a tutta la classe, durante il quale l’insegnante può esporre le proprie critiche al lavoro svolto in modo costruttivo, indicando gli aspetti interessanti che gli piacciono e offrendo suggerimenti per migliorare. In tal modo si possono far valutare le imperfezioni viste non come fallimenti ma come punti da cui partire per migliorarsi. Focalizzarsi sul processo aiutandoli a spostare l’attenzione dai dettagli al prodotto finale. Sviluppare un ambiente di classe sicuro che incoraggi l’assunzione del rischio di sbagliare. Questi alunni spesso temono che fallendo risulteranno ridicoli e saranno derisi dai pari, o che saranno denigrati dal professore. Quindi per prima cosa hanno bisogno di sentirsi supportati dalla classe. Attenzione alle relazioni sociali con i compagni: avere amici fidati ed empatici in classe è un fattore fortemente protettivo. Incoraggiarli a tentare nuove esperienze da prendere come sfide che vanno viste come avventure eccitanti piuttosto che come opportunità di correre rischi.

Spesso questi ragazzi si impegnano solamente in obiettivi e lavori in cui sono certi che avranno successo. Una strategia per aiutarli senza temere che gli altri possano venire a conoscenza dei loro fallimenti è far loro fissare un obiettivo di cui sono a conoscenza solo loro stessi e il professore e programmare insieme come e quando verificheranno l’andamento del lavoro. Alla fine si può riflettere sull’esperienza e su come l’assumersi il rischio li abbia portati a ottenere i risultati che prima l’evitamento impediva. Questo tipo di intervento può richiedere alla scuola l’attivazione di un Piano Didattico Individualizzato per Bisogni Educativi Speciali (BES) che si attiva nel caso in cui l’alunno presenti difficoltà nel percorso scolastico dovute a un disagio psicologico.

Un importante tema di riflessione in classe (ma anche in terapia) è quello del successo costruito attraverso errori e fallimenti e la capacità di apprendere da questi e andare avanti. Bisogna riflettere anche sulla nostra tendenza ad ammirare personaggi che nel loro percorso non hanno sempre vinto o hanno commesso anche errori, ma nel valutarli noi non ci soffermiamo su questi aspetti! Infine le strategie per superare la procrastinazione sono ad esempio il far suddividere il compito, ragionare su una sequenza di piccoli compiti un po’ più semplici, piuttosto che un solo grande compito. Spesso le persone rimandano una attività perché aspettano di sentirsi motivate prima di passare all’azione. La maggior parte di noi pensa che la motivazione preceda l’azione, ma quello che al momento sappiamo dalla pratica clinica è che non è così: si passa all’azione per ottenere la motivazione, passare all’azione aiuta

a costruire la motivazione stessa. Per questo è meglio iniziare facendo qualcosa di semplice/facile, suddividere il compito in parti fattibili per raggiungere un obiettivo più grande e in questo modo accrescere la motivazione.

Conclusioni

Come osservato, le ricerche condotte in contesto scolastico indicano nel perfezionismo una delle variabili che può influenzare i risultati accademici con evidenti ricadute nel percorso di studio prima e di lavoro in seguito (Witcher *et al.*, 2007; Stoeber & Rambow, 2007; Soleymania & Rekabdar, 2010). Quindi risulta molto importante far comprendere alla scuola come riconoscere e affrontare tale modalità di approccio allo studio non ignorandone le ricadute che esso ha sia dal punto di vista accademico sia sul benessere psicologico dello studente.

La ricerca ha evidenziato come il perfezionismo può portare a una maggiore difficoltà nell'affrontare in modo sereno ed efficace il percorso scolastico, con evidenti ricadute sull'apprendimento (Rice & Dellwo, 2002; Rice & Ashby, 2007); ma il perfezionismo maladattivo ha un ruolo anche nella genesi e nel mantenimento di molte forme di disagio psicologico che ostacolano la vita accademica dei giovani. Infatti, studi empirici hanno osservato, nei bambini e soprattutto negli adolescenti, una associazione tra perfezionismo maladattivo e ansia (Suddarth & Slaney, 2001; Bieling *et al.*, 2004; Mobley *et al.*, 2005); depressione e impotenza appresa (Frost & DiBartolo, 2002; Argus & Thomson, 2008; Nakano, 2009); disturbi del comportamento alimentare (Sassaroli & Ruggiero, 2005; Bardone-Cone *et al.*, 2007; Forbush *et al.*, 2007; Welch *et al.*, 2009); tratti ossessivo-compulsivi (Rhéaume *et al.*, 2000; Rice & Pence, 2006; Moretz & McKay, 2009); ideazione suicidaria (Hunter & O'Connor, 2003).

Per queste ragioni riflettere e comprendere quanto tale aspetto della personalità dei bambini e degli adolescenti influisca su una parte tanto rilevante in questa fase di vita quale è la scuola è di grande importanza. Non si possono ignorare inoltre segnali preoccupanti che vedono tale modalità maladattiva di approccio allo studio in forte aumento negli ultimi anni. Infatti, nello studio di Curran e Hill (2017) sui cambiamenti generazionali dei livelli di perfezionismo tra il 1989 e il 2016 con studenti americani, canadesi e britannici è emerso che, in circa trenta anni, il perfezionismo socialmente prescritto è aumentato in media del 33%, quello autoimposto del 10%. Occorre sensibilizzare coloro che operano nella scuola su quella che Flett e Hewitt (2022) descrivono come la sottile ma vitale distinzione tra caratterizzare

qualcuno come “un successo” invece di qualcuno che “ha successo”. Tra una persona vista come “un fallimento” piuttosto che qualcuno che “ha fallito in un compito” o “non riesce a raggiungere tutti gli obiettivi”. Spiegare che questo modo errato di pensare può portare il giovane a vedersi come difettoso e privo di capacità, invece che come uno studente che si deve migliorare con il tempo e l’impegno. Questa distinzione evidenzia la differenza fondamentale tra avere una mentalità fissa e una mentalità di crescita. Quest’ultima appartiene allo studente che quando commette un errore lo vede come un’opportunità di apprendimento. Al contrario lo studente con una mentalità fissa quando commette un errore lo vede come un difetto o un riflesso della propria stupidità.

Bibliografia

- Accordino D.B., Accordino M.P. & Slaney R.B. (2000). An investigation of perfectionism, mental health, achievement, and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the Schools*, 37: 535-545. DOI: 10.1002/1520-6807(200011)37:6<535::AID-PITS6>3.0.CO;2-O.
- Adelson J.L. & Wilson H.E. (2009). *Letting go of perfect: Overcoming perfectionism in kids*. Prufrock Press.
- Affrunti N.W. & Woodruff-Borden J. (2016). Negative affect and child internalizing symptoms: The mediating role of perfectionism. *Child Psychiatry e Human Development*, 47: 358-368. DOI: 10.1007/s10578-015-0571-x.
- Argus G. & Thompson M. (2008). Perceived social problem solving, perfectionism, and mindful awareness in clinical depression: An exploratory study. *Cognitive Therapy and research*, 32: 745-757. DOI 10.1007/s10608-006-9102-1.
- Ashby J.S. & Rice K.G. (2002). Perfectionism, Dysfunctional Attitudes, and Self-Esteem: A Structural Equations Analysis. *Journal of Counseling e Development*, 80: 197-203. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00183.x.
- Asseraf M. & Vaillancourt T. (2015). Longitudinal links between perfectionism and depression in children. *Journal of abnormal child psychology*, 43(5): 895-908. DOI: 10.1007/s10802-014-9947-9.
- Bardone-Cone A.M., Wonderlich S.A., Frost R.O., Bulik C.M., Mitchell J.E., Uppala S. & Simonich H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical psychology review*, 27(3): 384-405. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.005.
- Beery R.G. (1975). Special feature: Fear of failure in the student experience. *The Personnel and Guidance Journal*, 54(4): 191-203. DOI: 10.1002/j.2164-4918.1975.tb04220.x.
- Berglas S. & Jones E. (1978). Drug choice as a self-handicapping strategy in response to noncontingent success. *Journal of personality and social psychology*, 36(4): 405. DOI: 10.1037/0022-3514.36.4.405.
- Bernabé M., Lisbona A., Palací F.J. & Martín-Aragón M. (2014). Social identity, passion and well-being in university students, the mediating effect of passion. *The Spanish Journal of Psychology*, 17: E81. DOI: 10.1017/sjp.2014.85.

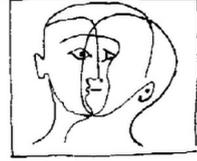
- Bernabé M., Merhi R., Lisbona A. & Palací F.J. (2023). Perfectionism and academic engagement, the mediating role of passion for the studies. *Educación XXI*, 26(2): 71-90. DOI: 10.5944/educxx1.33706.
- Bieling P.J., Israeli A., Smith J. & Antony M.M. (2003). Making the grade: The behavioural consequences of perfectionism in the classroom. *Personality and individual differences*, 35(1): 163-178. DOI: 10.1016/S0191-8869(02)00173-3.
- Bieling P.J., Israeli A.L. & Antony M.M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and individual differences*, 36(6): 1373-1385. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00235-6.
- Bong M., Hwang A., Noh A. & Kim S.I. (2014). Perfectionism and motivation of adolescents in academic contexts. *Journal of educational psychology*, 106(3): 711. DOI: 10.1037/a0035836.
- Ciciolla L., Curlee A.S., Karageorge J. & Luthar S.S. (2017). When mothers and fathers are seen as disproportionately valuing achievements: Implications for adjustment among upper middle-class youth. *Journal of youth and adolescence*, 46: 1057-1075. DOI: 10.1007/s10964-016-0596-x.
- Cox R.D. (2009). It was just that I was afraid: Promoting success by addressing student's fear of failure. *Community College Review*, 37(1): 52-80. DOI: 10.1177/0091552109338390.
- Curran T. & Hill A.P. (2017, December 28). Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4): 410-429. DOI: 10.1037/bul0000138.
- Damian L.E., Stoeber J., Negru-Subtirica O. & Băban A. (2017). Perfectionism and school engagement: A three-wave longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 105: 179-184. DOI: 10.1016/j.paid.2016.09.044.
- Dunkley D.M., Blankstein K.R., Halsall J., Williams M. & Winkworth G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of counseling psychology*, 47(4): 437. DOI: 10.1037/0022-0167.47.4.437.
- Dunkley D.M., Zuroff D.C. & Blankstein K.R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of personality and social psychology*, 84(1): 234-252. DOI: 10.1037/0022-3514.84.1.234.
- Edelman C. (2021). Montaigne's Perfect Friendship and Perfect Society: Philosophical Fictions as Useful Reminders. *Philosophy and Literature*, 45(2): 367-382. DOI: 10.1353/phl.2021.0035.
- Elliot A.J. & Church M.A. (2003). A motivational analysis of defensive pessimism and self-handicapping. *Journal of personality*, 71(3): 369-396. DOI: 10.1111/1467-6494.7103005.
- Fletcher K.L. & Neumeister K.L.S. (2017). *Perfectionism in school: When achievement is not so perfect*. Momentum Press.
- Flett G.L. & Hewitt P.L. (2006). Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on Slade and Owens's dual process model. *Behavior modification*, 30(4): 472-495. DOI: 10.1177/0145445506288026.
- Flett G.L. & Hewitt P.L. (2022). *Perfectionism in childhood and adolescence: A developmental approach*. Washington DC: American Psychological Association.
- Flett G.L., Hewitt P.L., Besser A., Su C., Vaillancourt T., Boucher D., Munro Y., Davidson L.A. & Gale O. (2016) The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, Psychometric Properties, and Associations with Stress, Distress, and Psychiatric Symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7): 634-652. DOI: 10.1177/0734282916651381.

- Flett G.L., Hewitt P.L., Oliver J.M. & Macdonald S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In: Flett G.L. & Hewitt P.L. (eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 89-132). Washington DC: American Psychological Association.
- Forbush K., Heatherton T.F. & Keel P.K. (2007). Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1): 37-41. DOI: 10.1002/eat.20310.
- Frost R.O. & Di Bartolo P.M. (2002). Perfectionism, Anxiety, and Obsessive-Compulsive Disorder. In: Flett G.L. & Hewitt P.L. (eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp. 341-371). Washington DC: American Psychological Association.
- Frost R.O., Marten P., Lahart C. & Rosenblate R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14: 449-468. DOI: 10.1007/BF01172967.
- Gaudreau P. & Thompson A. (2010). Testing a 2× 2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48(5): 532-537 DOI: 10.1016/j.paid.2009.11.031.
- Gaudreau P. & Verner-Filion J. (2012). Dispositional perfectionism and well-being: A test of the 2× 2 model of perfectionism in the sport domain. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(1): 29. DOI: 10.1037/a0025747.
- Geranmayepour S. & Besharat M.A. (2010). Perfectionism and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5: 643-647. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.158.
- Haase A.M., Prapavessis H. & Owens R.G. (2002). Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: A comparison of male and female elite athletes. *Psychology of sport and Exercise*, 3(3): 209-222. DOI: 10.1016/S1469-0292(01)00018-8.
- Hamachek D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A journal of human behavior*, 15(1): 27-33.
- Harvey B.C., Moore A.M. & Koestner R. (2017). Distinguishing self-oriented perfectionism-striving and self-oriented perfectionism-critical in school-aged children: Divergent patterns of perceived parenting, personal affect and school performance. *Personality and Individual Differences*, 113: 136-141 DOI: 10.1016/j.paid.2017.02.069.
- Herman K.C., Wang K., Trotter R., Reinke W.M. & Ialongo N. (2013). Developmental trajectories of maladaptive perfectionism among African American adolescents. *Child Development*, 84(5): 1633-1650. DOI: 10.1111/cdev.12078.
- Hewitt P.L. & Flett G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality e Social Psychology*, 60: 456-470. DOI: 10.1037/0022-3514.60.3.456.
- Hewitt P.L., Caelian C.F., Flett G.L., Sherry S.B., Collins L. & Flynn C.A. (2002). Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety and anger. *Personality and Individual Differences*, 32: 1049-1061. DOI: 10.1016/S0191-8869(01)00109-X.
- Hewitt P.L., Flett G.L., Sherry S.B. & Caelian C. (2006). Trait Perfectionism Dimensions and Suicidal Behavior. In: Ellis T.E. (ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 215-235). Washington DC: American Psychological Association.
- Hong R.Y., Lee S.S., Chng R.Y., Zhou Y., Tsai F.F. & Tan S.H. (2017). Developmental trajectories of maladaptive perfectionism in middle childhood. *Journal of Personality*, 85(3): 409-422. DOI: 10.1111/jopy.12249.
- Hunter E.C. & O'Connor R.C. (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4): 355-365. DOI: 10.1348/014466503322528900.

- Jones E.E. & Berglas S. (1978). Control of attributions about the self through self-handicapping strategies: The appeal of alcohol and the role of underachievement. *Personality and social psychology bulletin*, 4(2): 200-206. DOI: 10.1177/014616727800400205.
- Kearney C.A. & Albano A.M. (2010). *Quando i bambini rifiutano la scuola: una guida alla terapia cognitivo-comportamentale*. Milano: FrancoAngeli (ed. orig.: *When children refuse school*, Oxford: Oxford University Press, 2007).
- Kearns H., Forbes A., Gardiner M. & Marshall K. (2008). When a High Distinction isn't Good Enough: A Review of Perfectionism and Self-Handicapping. *The Australian Educational Researcher*, 35(3): 21-36.
- Kljajic K., Gaudreau P. & Franche V. (2017). An investigation of the 2x2 model of perfectionism with burnout, engagement, self-regulation, and academic achievement. *Learning and Individual Differences*, 57: 103-113. DOI: 10.1016/j.lindif.2017.06.004.
- Lafrenière M.A.K., St-Louis A.C., Vallerand R.J. & Donahue E.G. (2012). On the relation between performance and life satisfaction: The moderating role of passion. *Self and Identity*, 11(4): 516-530. DOI: 10.1080/15298868.2011.616000.
- Lombardo C. & Violani C. (2011). *Quando perfetto non è abbastanza. Conseguenze negative del perfezionismo*. Milano: LED Edizioni Universitarie.
- Madigan D.J. (2019). A meta-analysis of perfectionism and academic achievement. *Educational Psychology Review*, 31: 967-989. DOI: 10.1007/s10648-019-09484-2.
- McCreary B., Joiner T.E., Schmidt N.B. & Ialongo N.S. (2004). The structure and correlates of perfectionism in African American children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33: 313-324. DOI: 10.1207/s15374424jccp3302_13.
- McNulty J.K. & Fincham F.D. (2012). Beyond positive psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*, 67(2): 101. DOI: 10.1037/a0024572.
- Midgley C. & Urdan T. (2001). Academic self-handicapping and achievement goals: A further examination. *Contemporary educational psychology*, 26(1): 61-75. DOI: 10.1006/ceps.2000.1041.
- Mobley M., Slaney R.B. & Rice K.G. (2005). Cultural validity of the Almost Perfect Scale – Revised for African American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4): 629. DOI: 10.1037/0022-0167.52.4.629.
- Moretz M.W. & McKay D. (2009). The role of perfectionism in obsessive-compulsive symptoms: “Not just right” experiences and checking compulsions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5): 640-644. DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.01.015.
- Nakano K. (2009). Perfectionism, self-efficacy, and depression: Preliminary analysis of the Japanese version of the almost perfect scale-revised. *Psychological Reports*, 104(3): 896-898. DOI: 10.2466/PRO.104.3.896-908.
- O'Connor R.C., Dixon D. & Rasmussen S. (2009). The structure and temporal stability of the Child and Adolescent Perfectionism Scale. *Psychological Assessment*, 21: 437-443. DOI: 10.1037/a0016264.
- Özer B.U., Demir A. & Ferrari J.R. (2009). Exploring academic procrastination among Turkish students: Possible gender differences in prevalence and reasons. *The Journal of social psychology*, 149(2): 241-257. DOI: 10.3200/SOCP.149.2.241-257.
- Pulford B.D., Johnson A. & Awaida M. (2005). A cross-cultural study of predictors of self-handicapping in university students. *Personality and Individual Differences*, 39(4): 727-737. DOI: 10.1016/j.paid.2005.02.008.
- Rhêaume J., Ladouceur R. & Freeston M.H. (2000). The prediction of obsessive-compul-

- sive tendencies: Does perfectionism play a significant role? *Personality and Individual Differences*, 28(3): 583-592. DOI: 10.1016/S0191-8869(99)00121-X.
- Rice K.G. & Ashby J.S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1): 72-85. DOI: 10.1037/0022-0167.54.1.72.
- Rice K.G. & Dellwo J.P. (2002). Perfectionism and self-development: Implications for college adjustment. *Journal of counseling e development*, 80(2): 188-196. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00182.x.
- Rice K.G. & Pence S.L. (2006). Perfectionism and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28: 103-111. DOI: 10.1007/s10862-006-7488-4.
- Rice K.G., Vergara D.T. & Aldea M.A. (2005). Cognitive affective mediator of perfectionism and college student adjustment. *Personality and Individual Differences*, 40: 463-473. DOI: 10.1016/j.paid.2005.05.011.
- Sassaroli S. & Ruggiero G.M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International journal of eating disorders*, 37(2): 135-141. DOI: 10.1002/eat.20079.
- Schraw G., Wadkins T. & Olafson L. (2007). Doing the things we do: a grounded theory of academic procrastination. *Journal of Educational psychology*, 99(1): 12. DOI: 10.1037/0022-0663.99.1.12.
- Shafran R, Cooper Z. & Fairburn C.G. (2002). Clinical Perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 773-791. DOI: 10.1016/S0005-7967(01)00059-6.
- Shih S.S. (2011). Perfectionism, implicit theories of intelligence, and Taiwanese eighth-grade students' academic engagement. *The Journal of Educational Research*, 104(2): 131-142. DOI: 10.1080/00220670903570368.
- Shih S.S. (2017). Factors related to Taiwanese adolescents' academic procrastination, time management, and perfectionism. *The Journal of Educational Research*, 110(4): 415-424. DOI: 10.1080/00220671.2015.1108278.
- Slade P.D. & Owens R.G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior modification*, 22(3): 372-390. DOI: 10.1177/01454455980223010.
- Soleymani B. & Rekabdar G. (2010). The relationship between perfectionism dimensions and mathematics performance in Iranian students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 8: 453-457. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.12.062.
- Speirs Neumeister K.L., Williams K.K. & Cross T.L. (2009). Gifted high-school students' perspectives on the development of perfectionism. *Roepers Review*, 31: 198-206. DOI: 10.1080/02783190903177564.
- Stewart M.A. & De George-Walker L. (2014). Self-handicapping, perfectionism, locus of control and self-efficacy: A path model. *Personality and Individual Differences*, 66: 160-164. DOI: 10.1016/j.paid.2014.03.038.
- Stoeber J. (2018). The psychology of perfectionism: Critical issues, open questions, and future directions. In: Stoeber J. (ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 333-352). London: Routledge.
- Stöeber J. & Eismann U. (2007). Perfectionism in young musicians: Relations with motivation, effort, achievement, and distress. *Personality and Individual Differences*: 43(8): 2182-2192. DOI: 10.1016/j.paid.2007.06.036.
- Stöeber J. & Otto K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, eviden-

- ce, challenge. *Personality and Social Psychology Review*, 10: 295-319. DOI: 10.1207/s15327957pspr1004_2.
- Stöber J. & Rambow A. (2007). Perfectionism in adolescent school students: Relations with motivation, achievement, and well-being. *Personality and individual differences*, 42(7): 1379-1389. DOI: 10.1016/j.paid.2006.10.015.
- Suddarth B.H. & Slaney R.B. (2001). An investigation of the dimensions of perfectionism in college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and development*, 34(3): 157-165. DOI: 10.1080/07481756.2002.12069032.
- Thompson T. (1999). *Underachieving to protect the self-worth: Theory, research and interventions*. Aldershot: Ashgate.
- Urdan T. & Midgley C. (2001). Academic self-handicapping: What we know, what more there is to learn. *Educational Psychology Review*, 13: 115-138. DOI: 10.1023/A:1009061303214.
- Vaillancourt T. & Haltigan J.D. (2018). Joint trajectories of depression and perfectionism across adolescence and childhood risk factors. *Development and psychopathology*, 30(2): 461-477. DOI: 10.1017/S0954579417000979.
- Vallerand R.J., Chichekian T. & Paquette V. (2020). Passion in education. In: Liem G.A.D. & McInerney D.S. (eds.), *Promoting motivation and learning in contexts: Sociocultural perspectives on educational interventions*. Charlotte: Information Age Publishing.
- Van den Bos E., van Duijvenvoorde A.C.K. & Westenberg P.M. (2016). Effects of adolescent sociocognitive development on the cortisol response to social evaluation. *Developmental Psychology*, 52: 1151-1163. DOI: 10.1037/dev0000133.
- Vecchione M. & Marsicano G. (2024). Mean-level change of perfectionism in late childhood: a 2-year longitudinal investigation. *Current Psychology*, 43(14): 12321-12334. DOI: 10.1007/s12144-023-05317-2.
- Vecchione M. & Vacca M. (2021). An Italian adaptation of the Child-Adolescent Perfectionism Scale: Testing measurement invariance across grade levels and exploring associations with academic achievement. *PLoS One*, 16(8): e0255814. DOI: 10.1371/journal.pone.0255814.
- Verner-Filion J. & Gaudreau P. (2010). From perfectionism to academic adjustment: The mediating role of achievement goals. *Personality and Individual Differences*, 49(3): 181-186. DOI: 10.1016/j.paid.2010.03.029.
- Verner-Filion J. & Vallerand R.J. (2016). On the differential relationships involving perfectionism and academic adjustment: The mediating role of passion and affect. *Learning and Individual Differences*, 50: 103-113. DOI: 10.1037/t58631-000.
- Welch E., Miller J.L., Ghaderi A. & Vaillancourt T. (2009). Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eating behaviors*, 10(3): 168-175. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2009.05.002.
- Witcher L.A., Alexander E.S., Onwuegbuzie A.J., Collins K.M. & Witcher A.E. (2007). The relationship between psychology students' levels of perfectionism and achievement in a graduate-level research methodology course. *Personality and Individual Differences*, 43(6): 1396-1405. DOI: 10.1016/j.paid.2007.04.016.



Maurizio Brasini, Mauro Giacomantonio (a cura di). *Comprendere la mente motivata. Teorie e strumenti su motivazione e bisogni psicologici*. Giovanni Fioriti Editore, 2024.

Lo studio della motivazione ha rappresentato e rappresenta sicuramente un aspetto chiave per la comprensione della mente umana. Non solo, la motivazione può rappresentare anche un crocevia «per la formulazione di una teoria integrativa» che cerchi di unire bisogni, personalità e sviluppo «in un unico quadro». È un seminale articolo di Carol S. Dweck (2017) a fungere da cardine per il progetto teoretico di Maurizio Brasini e Mauro Giacomantonio di promuovere una visione unitaria della mente che possa riunire all'interno di un unico quadro non solo i diversi aspetti del funzionamento psicologico, ma anche una visione unificata della personalità e dello sviluppo.

Tale orizzonte trova in questo volume una potente implementazione, che, muovendo dall'articolo suddetto della Dweck, passando per la summa di Marco del Giudice sullo stato dell'arte della psicologia evoluzionista relativamente ai Sistemi Motivazionali e un up-to-date sulla teoria degli scopi di Castelfranchi, approda a un contributo originale che costituisce il cuore dell'opera: la formulazione di un modello unitario dei bisogni interpersonali fondamentali. Si tratta di un contributo che presenta elementi innovativi sia per quel che riguarda il merito che per il metodo.

Se da un lato l'opera si conclude offrendo al lettore significativi e rigorosi contributi applicativi sia nel campo della psicologia sociale che in quello psicometrico con la formulazione di un breve questionario volto al rilevamento dei bisogni fondamentali interpersonali, dall'altro l'anelito del progetto è gravido di echi interdisciplinari e di istanze di sapore clinico, che rievocano le prospettive culturali e integrative di quel maestro del cognitivismo clinico italiano che è stato – ed è – Gianni Liotti.

Muovendo da una dichiarata insoddisfazione per un certo uso clinico degli abituali modelli multimotivazionali, che sembrano allontanarsi dall'esperienza del pa-

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 55/2024
DOI: 10.3280/qpc55-2024oa20377

ziente imponendo una sorta di reificazione delle metafore (p. 158), l'orizzonte del lavoro è quello dell'esigenza di una più valida e radicale comprensione della soggettività umana nelle sue manifestazioni più proprie, ovvero caratterizzate da una modalità olistica incentrata su quegli aspetti – ontologicamente fondanti – che possono essere validamente espressi in termini di esperienza soggettiva (in questo caso quella relativa ai bisogni interpersonali fondamentali).

Ed è proprio qui in questa complessa intersezione tra piano ontologico e piano epistemologico, tra aspetti di merito e aspetti di metodo che si gioca la novità della proposta degli autori nei suoi punti acquisiti e nelle sue potenzialità ancora da esplorare.

Infatti il contributo originale di Brasini e Giacomantonio, facendo propria la «enorme convenienza del gergo del desiderio» (per dirla con Bowlby, vedi p. 152), mette a punto una tassonomia dei bisogni interpersonali fondamentali, una sorta di “bussola dei bisogni”, pervenendo a tale configurazione d'insieme attraverso una sintesi teorica di estremo interesse, una sorta di antropologica salita al Carmelo, che Brasini compie nel suo capitolo dedicato a una originale analisi della motivazione interpersonale intesa come punto di integrazione tra i diversi processi del funzionamento soggettivo. È sempre John Bowlby, citato estesamente da Brasini a p. 150, a delineare l'orizzonte di questa operazione integrativa tra la psiche e il soma e tra il sé e l'altro: «tutti o per lo meno la maggior parte di quelli che chiamiamo affetti, sentimenti ed emozioni sono fasi della valutazione intuitiva che un individuo fa dei propri stati organismici e dei propri bisogni di agire e della successione delle situazioni ambientali in cui si trova. Al tempo stesso poiché di solito sono accompagnati da particolari espressioni facciali posture del corpo e movimenti incipienti forniscono anche utili informazioni agli altri».

Certo per dar conto dello sforzo integrativo e interdisciplinare compiuto dagli autori sarebbe necessario un capillare corpo a corpo col testo – utile probabilmente anche per un confronto tra le posizioni degli autori dei diversi capitoli, come ad esempio fa Del Giudice su Dweck a p. 104. Ci limiteremo qui ad accennare a due questioni che ci sembrano centrali nell'impostazione teorica di Brasini e Giacomantonio, questioni che da una parte ne rimarcano gli aspetti caratterizzanti e dall'altro ne individuano possibili ulteriori sviluppi.

Un primo aspetto, di natura epistemologica, è quello che potremmo indicare con Lanier (1995, citato in Battacchi & Celani 2006), come la non riducibilità e la *necessità epistemologica dell'esperienza* per la validità della conoscenza psicologica. La critica al linguaggio talora riduzionista della clinica di cui si diceva sopra dovrebbe a nostro parere tradursi in una posizione che non soltanto implichi il cosiddetto «atteggiamento progettuale» (Dennett 1987, citato a p. 153) che sancisce la necessità di non fare ricorso in termini esplicativi a un io che sente, «ovvero di concepire la mente come un'entità separata da strutture e processi biologici che la costituiscono», ma che pure chiasmaticamente assuma il compito di ipotizzare funzioni cerebrali o organiche che rendano ragione della complessità del comportamento umano e della natura olistica dell'esperienza.

E qui a proposito della natura dell'esperienza umana subentra una seconda questione, capitale a nostro parere, relativa alla valenza ontologica delle proprietà emergenti. Si tratta per dirla in breve di procedere ulteriormente nel tener conto della natura complessa dell'essere umano nella disamina delle funzioni psicologiche. E se è vero che – per introdurre un argomento che meriterebbe una discussione ben più approfondita come ad esempio in Scruton (p. 40 ss.) – parlando di un'opera d'arte, ad esempio pittorica, nulla di essa si dà senza che siano implicate le diverse tonalità dei colori e le componenti fisico-chimiche che le realizzano, è altrettanto vero che sarebbe impervio, se non improprio, tentare di descrivere un'opera del Caravaggio o di tracciare in questi termini una storia dell'arte.

Ad esempio ci pare valido un approccio alla motivazione e al funzionamento psicologico in cui venga evidenziato, in accordo alla rilevanza data alla natura unitaria, relazionale e storicamente situata del soggetto, come i temi più astratti e propri dell'essere umano quali la maschera, l'autoinganno e la ricerca di autenticità fanno emergere una esigenza di motivazione radicale che può essere denominata senso dell'esistenza. In questa prospettiva la costruzione dell'identità narrativa personale si viene a caratterizzare come fondante una dimensione normativa e ultimativa del sé. Sarebbe quindi sensato ipotizzare una continuità organica e biologica che lega la dimensione istintuale sensomotoria e pulsionale alla costruzione anche morale della sfera individuale e personale. Come, ad esempio, magistralmente delinea Charles Taylor (1993) insistendo sulle cosiddette *valutazioni forti* proprie della topografia morale del sé, che compiono nel senso della costruzione esistenziale della unicità personale quella salita dalla vergogna alla colpa che l'organizzazione testuale e narrativa dell'identità consente rispetto al funzionamento più legato ad aspetti idealizzanti tipico dei disturbi di personalità.

Sebbene queste ultime osservazioni possano non essere pienamente in linea con le posizioni per lo meno di alcuni degli autori presenti nel volume, ci sembra che tra i vari motivi per consigliare, non solo agli studiosi e ai ricercatori ma anche ai clinici, la lettura di questa densa e impegnativa opera ci sia proprio la caratteristica di essere un'opera aperta, capace di coinvolgere e di suscitare riflessioni e nuove idee, tanto da riaccendere in chi scrive una passione per una non certo hillmaniana “revisione della psicologia”, per alcuni versi analoga a quella suscitata ormai diversi decenni fa dall'opera congiunta dei padri del cognitivismo clinico italiano Vittorio Guidano e Giovanni Liotti (1983).

Riferimenti bibliografici

- Battacchi M.W. & Celani G. (2006). *La conoscenza psicologica: il metodo, l'oggetto, la ricerca*. Roma: Carocci.
- Dweck C.S. (2017). From needs to goals and representations: Foundations for a unified theory of motivation, personality, and development. *Psychological review*, 124(6): 689-719. DOI: 10.1037/rev0000082.

- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach to Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Lanier J. (1995). You can't argue with a zombie. *Journal of Consciousness Studies*, 2(4): 333-344.
- Scruton R. (2018). *Sulla natura umana*. Milano: Vita e Pensiero.
- Taylor C. (1993). *Radici dell'io: la costruzione dell'identità moderna*. Milano: Feltrinelli.

Silvio Lenzi*

Francesco Mancini, Amelia Gangemi. *I paradossi della psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore, 2024

Il libro affronta la spiegazione di uno dei più intriganti problemi posti dalla mente umana e in particolare da molte forme di psicopatologia: il paradosso nevrotico. Perché si persiste in investimenti affettivamente importanti, che sarebbe possibile e vantaggioso cambiare nonostante, in molti casi, si voglia cambiare e si cerchi di cambiare? Come e perché accade che la mente umana, che plausibilmente si è evoluta per migliorare l'adattamento all'ambiente, agisca contro gli interessi della persona, e non occasionalmente ma in modo persistente e sistematico?

Il libro illustra come la maggior parte, se non la totalità, degli autori che si sono occupati di psicologia clinica e in particolare di psicoterapia, abbiano fatto riferimento al paradosso nevrotico. A cominciare dalla coazione a ripetere di Freud per arrivare agli schemi rigidi di Beck e alla inflessibilità di Hayes, ciascuno/a ha proposto una risposta alla domanda formulata prima.

Tuttavia, gli autori osservano come l'interesse esplicito per il paradosso nevrotico sia passato in secondo piano negli ultimi anni e messo in ombra da alcuni fattori. Ne vengono dettagliati due. Il primo è una sorta di deriva che spinge la psicologia clinica ma soprattutto la psicoterapia, verso le tecniche di intervento a discapito della conoscenza dei processi che generano e mantengono le diverse forme della sofferenza psicopatologica. Il secondo privilegia livelli di spiegazione che Dennett definirebbe sub personali e dunque neurologici e neuropsicologici. Come evidenziano gli autori, è chiaro che se si attribuisce la psicopatologia a un danno o a un deficit del sistema nervoso il paradosso nevrotico è presto risolto: il cambiamento non avviene perché non è nel potere del paziente cambiare. Gli autori di uno dei due capitoli dedicati a questo tema (Francesco Mancini, Alessandra Mancini, Cristiano Castelfranchi), pur condividendo una posizione riduzionista, ne criticano la versione eliminativista e argomentano a favore dell'emergentismo. In un altro capitolo, gli autori riassumono una lunga serie di critiche ai risultati che emergono dallo studio delle

* Psichiatra, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, didatta SITCC, Direttore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Piazza di Porta S. Mamolo 7 – 40136 Bologna; e-mail: silvio.lenzi@gmail.com.

funzioni cognitive mostrando la debolezza della tesi che vuole ricondurre i disturbi mentali a qualche deficit delle funzioni cognitive.

Più avanti nel libro, gli autori considerano in modo critico alcune delle più note e condivise spiegazioni del paradosso nevrotico. È forse questo è uno degli aspetti più interessanti del libro: la disamina articolata di prospettive che spesso sono date per scontate, mentre nascondono, almeno secondo gli autori, dei limiti importanti.

Una di queste posizioni, utilizzata per rispondere alla questione posta dal paradosso nevrotico, fa riferimento a una idea che caratterizza la nostra cultura, vale a dire la distinzione fra ragione e passione, fra cognitivo ed emotivo, fra parte razionale e parte istintiva. Perché si persiste in investimenti affettivi dannosi e non necessari? E perché si persiste, anche se si sa che ci si danneggia e si vorrebbe cambiare? In accordo con la dicotomia passione-ragione, la risposta sarebbe: la passione sopravanza la ragione, come dire, in accordo con la metafora platonica, che il cavallo nero prende il sopravvento sia sul cavallo bianco sia sull'auriga.

Gli autori prospettano due linee di contestazione di questa prospettiva. In primis, le ricerche in psicologia e nelle neuroscienze mostrano che non sia possibile distinguere la ragione dalla passione, l'emozione dalla ragione. In secondo luogo, gli autori attenzionano il carattere tautologico di questa prospettiva. In effetti, la dicotomia ragione-passione implica che i due sistemi, quello emotivo e quello cognitivo, abbiano ciascuno propri principi di funzionamento e che siano in interazione reciproca. Tuttavia, in assenza di definizione delle regole della loro interazione, risulta impossibile prevedere quale delle due parti prevarrà. Pertanto, la spiegazione del paradosso nevrotico in termini di un sovrastare della parte passionale su quella razionale non elucida le condizioni nelle quali ciò occorre e lascia la questione del perché senza risposta.

Il libro esamina anche la prospettiva freudiana secondo il quale il paradosso nevrotico sarebbe riconducibile alla coazione a ripetere. Tuttavia, il libro riprende e approfondisce critiche già mosse in precedenza da Castelfranchi (1999, p. 456) secondo chi la coazione a ripetere è un concetto descrittivo e non esplicativo.

Passando alle tesi cognitiviste, il libro procede a un'analisi critica della classica spiegazione cognitivista del paradosso nevrotico secondo la quale la presenza di schemi rigidi orienterebbero i processi cognitivi in senso autoconfirmatorio. La spiegazione non convince gli autori per almeno due ragioni. In primo luogo, il ricorso a schemi rigidi rischia di essere nuovamente una spiegazione autoricorsiva: uno schema è rigido se tende ad autoconfermarsi e tende ad autoconfermarsi perché rigido. In secondo luogo, è ben noto dalla ricerca in psicologia cognitiva (non clinica) che si ricorre a processi confirmatori o falsificatori secondo le circostanze. In altre parole, sembra che i processi cognitivi non dipendano da una presunta rigidità degli schemi, ma da motivazioni prudenziali che, anticipo, sono la pietra angolare della tesi degli autori.

Non sfugge all'analisi critica degli autori nemmeno la spiegazione del paradosso nevrotico in termini di vantaggio secondario, seconda la quale la persistenza paradossale sarebbe dovuta al fatto che ciò che appare dannoso e controproducente è in

realtà giustificato da un tornaconto. Questa tesi, popolare tra psicologi e psicoterapeuti, effettivamente coglie un aspetto realistico che convince gli autori: le motivazioni influenzano o addirittura orientano i processi cognitivi ma va incontro a una grave difficoltà, i paradossi dell'autoinganno. Come è possibile che ci si induca a credere qualcosa che si sa essere falso solo perché se ne ha un tornaconto? Ci sono almeno due grandi tipologie di spiegazioni che rintracciano gli autori.

La prima, che Marraffa (1999) chiama partizionista, si presenta a sua volta in due versioni, moderata e radicale. La prima ricorre alla nozione di inconscio cognitivo. Gli autori riportano l'esempio di una paziente ossessionata dal timore di essere contaminata dall'amianto e che grazie alla sintomatologia riusciva a controllare l'autonomia della figlia evitando per giunta conflitti espliciti. Un partizionista moderato potrebbe sostenere che nella coscienza primaria della paziente, cioè nel suo inconscio cognitivo, vi fosse la credenza della sostanziale innocuità dei contatti da lei evitati mentre a livello della coscienza esplicita fosse presente la credenza ossessiva. L'obiezione degli autori è che di fronte a stimoli "ossessivi" la paziente aveva reazioni emotive istintive e un'attività cognitiva automatica che testimoniavano la presenza, anche nell'inconscio cognitivo, delle credenze ossessive.

In merito alla seconda tipologia di spiegazione, gli autori citano e criticano anche il ricorso alla nozione di un vantaggio speciale e tipico di molti approcci clinici cognitivisti: il mantenimento dell'identità personale. Una delle obiezioni che fanno gli autori è connessa al fatto che questa spiegazione appare *ad hoc*, è sempre possibile ricorrevi.

La tesi che propongono gli autori si fonda su due concetti principali. Innanzitutto, l'idea che i processi cognitivi siano al servizio delle motivazioni e specificatamente che siano automaticamente orientati dal PEDMIN (Primary Error Detection and MINimization) (Friedrich, 1993) vale a dire in modo da evitare quelli che nel momento appaiono alla persona gli errori più costosi. Si tratta quindi di una posizione, dunque, molto diversa da quella maggiormente diffusa tra i cognitivisti clinici, perché basata sulla motivazione. Un secondo aspetto fondante la tesi degli autori, e per molti aspetti non banale, deriva dal riconoscimento del cosiddetto bisogno di mondo giusto.

In conclusione, certamente si tratta di un libro che sostiene una tesi forte che si propone di spiegare il paradosso nevrotico meglio di altre proposte che sono ampiamente condivise dagli addetti ai lavori. Ai lettori il verdetto: ci riesce?

Bibliografia

- Castelfranchi C. (1999). La fallacia dello psicologo. Per una teoria degli atti finalistici non intenzionali. *Sistemi intelligenti*, 11(3): 435-468. DOI: 10.1422/3521.
- Dennett D. (1969). *Contenuto e coscienza*. Bologna: Il Mulino, 1992.
- Friedrich J. (1993). Primary error detection and minimization (PEDMIN) strategies in social cognition: a reinterpretation of confirmation bias phenomena. *Psychological review*, 100(2): 298-319. DOI: 10.1037/0033-295x.100.2.298.

- Gangemi A. & Mancini F. (2024). *I paradossi della Psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Marraffa M. (1999). Il problema dell'autoinganno: una guida per il lettore. *Sistemi intelligenti*, 11(3): 373-403. DOI: 10.1422/3518.
- Mele A.R. (1999). Autoinganno e controllo delle ipotesi. *Sistemi intelligenti*, 3: 503-519. DOI: 10.1422/3524.

*Guyonne Rogier**

* Professore Associato di Psicologia Clinica, Saint Camillus International University of Health and Medical Sciences, Via di Sant'Alessandro 10 – 00131 Roma; e-mail: guyonne.rogier@unicamillus.org.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva è la rivista che dal 1996, raccoglie i contributi teorici e clinici dei professionisti (psicoterapeuti, psichiatri, psicologi clinici) che si riconoscono, da ormai quarant'anni, nella Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

La rivista persegue diversi scopi: sicuramente far circolare l'informazione tra i soci, ma soprattutto accrescere la conoscenza e la comprensione dei differenti approcci presenti nella Società. Quest'ultimo dato rappresenta un'importante risorsa di una società scientifica e consente di proporre al lettore una visione da una parte ampia e dall'altra dettagliata dei molti temi trattati dal cognitivismo clinico con rilevanze ed enfasi modulate dalla diversità dei modelli all'interno di una condivisione di assunti di base, comuni.

Si può perciò affermare che *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* dia conto delle fasi di sviluppo dei modelli teorici e delle prassi cliniche nelle molteplici applicazioni in ambito cognitivista.

L'attenzione viene posta nel riportare riflessioni sul lavoro svolto, attraverso il confronto sulle strategie e procedure di intervento, elaborate nelle diverse aree psicopatologiche.

Tutto questo potrebbe essere definito, ambiziosamente, uno strumento di aggiornamento all'interno di una politica culturale condivisa.

Il progetto redazionale è complesso e ha anche il compito di facilitare il dibattito e la discussione tra le diverse anime del cognitivismo clinico ampiamente rappresentate nella comunità cognitivista italiana.

Un ulteriore scopo di *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, infatti, riguarda la promozione del cognitivismo italiano che ha ormai, grazie alla presenza di professionisti che agiscono sulla base di conoscenze scientifiche rigorose solide e accettate dalla comunità internazionale, una comprovata tradizione clinica, teorica e di ricerca.
