

Kairós

SGUARDI SULL'ETÀ EVOLUTIVA

Hanno collaborato a questo numero

Daniele Cioci

Alessandro Fortunato

Vittorio Gallese

Zara Mehrnoosh

Maria Rita Parsi

Michele Poletti

Gianluca Serafini

Anna Maria Speranza

Marzia Tschabold



Organizzazione a
Supporto
Dell'apprendimento aps

Numero 4 - 2026 maggio

rivista monografica semestrale

ISSN 3035 - 2975

registrazione tribunale di Genova n. 8 del 18.09.2024

Rivista monografica semestrale (novembre – maggio) a carattere scientifico

Autorizzazione tribunale di Genova n. 8 del 18.09.2024

ISSN 3035 - 2975

Editore: *Organizzazione a Supporto Dell'apprendimento APS*

Via Colombo 12 int. 15, 16121 Genova

Sito web: www.osdgenova.it/rivistakairos

E-mail: osdgenova@gmail.com

Direttore responsabile:

Sabrina Fusi

Direttore scientifico:

Zara Mehrnoosh

Redazione:

Lorenzo Bozzo

Raffaella Campanella

Comitato scientifico:

Noemi Angelini

Sara Carboni

Carlo Trecarichi Scavuzzo

Paola Torru

VALUTAZIONE DEGLI ARTICOLI

La rivista pubblica articoli di carattere clinico, sperimentale e teorico/divulgativo attinenti al tema dell'età evolutiva osservata attraverso la neuropsicologia e la psicoanalisi. Non vengono pubblicati studi non conformi a requisiti metodologici, clinico-sperimentali e statistici accettati delle riviste internazionali del settore. La pubblicazione dei contributi è subordinata al giudizio del comitato scientifico che valuterà gli aspetti di contenuto e appropriatezza con i temi trattati dalla rivista. Il suo parere motivato verrà comunicato, anonimamente, agli autori. Norme editoriali disponibili sul sito www.osdgenova.it

Le proposte di contributo vanno inviate a osdgenova@gmail.com

tema monografico

Stili emergenti di personalità in età evolutiva

INDICE

1

EDITORIALE

RIFLESSIONI SULLA CLINICA

4

Il bambino che diventerà adulto: la personalità come esito di cura o di mancanza

Maria Rita Parsi

7

Stati mentali a rischio di psicosi in adolescenti e giovani adulti: stato dell'arte

Michele Poletti

14

Espressioni psicopatologiche attuali ed emergenti in età adolescenziale

Daniele Cioci e Gianluca Serafini

24

Trauma e attaccamento nell'eziopatogenesi del disturbo borderline di personalità

Zara Mehrnoosh

RICERCA

34

L'assessment di personalità in età evolutiva: uno studio sperimentale su bambini con diagnosi di ADHD

Marzia Tschabold, Alexandro Fortunato e Anna Maria Speranza

INTERVISTE

47

Il Sé digitale. Intervista al professor Vittorio Gallese

a cura della redazione

EDITORIALE

*L'età evolutiva è il tempo delle possibilità.
Nulla è definitivo, nulla è immutabile.
Ogni bambino è portatore di una promessa,
ma questa promessa ha bisogno di adulti capaci di sostenerla.*

Maria Rita Parsi

Lunedì 2 febbraio 2026, mentre questo numero prendeva forma, per noi il tempo si è fermato. La notizia della scomparsa della psicologa-psicoterapeuta Maria Rita Parsi ci ha lasciato attoniti e sgomenti. È apparso subito chiaro che il presente editoriale dovesse diventare un omaggio alla sua memoria, alla donna e alla studiosa.

Ci teniamo innanzitutto a ricordare il percorso professionale della professoressa Parsi, segnato da un impegno instancabile nella tutela dei minori, nella lotta contro abusi e maltrattamenti e nella promozione della protezione giuridica e sociale dell'infanzia. Nella sua lunga carriera ha rivestito ruoli di primo piano nei principali organismi impegnati nella protezione dei diritti dei minori: è stata componente, in qualità di esperta, dell'*Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza* e dal 2012 al 2017 è stata membro del *Comitato delle Nazioni Unite per i Diritti del fanciullo*. Nel 2020 è stata componente del gruppo di lavoro del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali dedicato alla *Child Guarantee* (iniziativa finalizzata a contrastare povertà ed esclusione sociale tra bambini e adolescenti). A questi impegni istituzionali si è affiancata la Presidenza della Fondazione Fabbrica della Pace e Movimento Bambino ONLUS e della *SIPA (Scuola Italiana di Psicoanimazione)* per lo sviluppo del potenziale umano.

Abbiamo imparato a conoscerla e apprezzarla anche grazie ai suoi interventi in diverse trasmissioni televisive, in cui ha dato voce ai diritti dei minori con eleganza, forza e accreditata professionalità, nonché come editorialista su importanti testate giornalistiche, dove ha saputo coniugare rigore scientifico e chiarezza divulgativa. A tutto ciò si è sempre affiancata una costante attività di ricerca, di esperienza clinica e di produzione editoriale, con la pubblicazione di più di cento libri tra testi tecnici e scientifici, narrativa, letteratura per ragazzi, libri di poesia e testi teatrali.

Ringraziamo la segreteria, nella persona della dottoressa Maria Gemma Cecchi, per averci consentito di pubblicare il suo ultimo articolo, che era in fase di stesura per la nostra rivista. Abbiamo

rispettosamente scelto di non modificarlo in alcun modo, né di revisionarlo, per non perdere la preziosità del contributo, mantenendolo per il lettore nella sua forma originale. Siamo grati di poter essere veicolo di diffusione delle sue parole e rendere così un ulteriore omaggio al suo pensiero, alla sua figura e al suo valore scientifico e umano.

Nel suo contributo, *Il bambino che diventerà adulto: la personalità come esito di cura o di mancanza*, la professoressa ci accompagna in un'intensa analisi sullo sviluppo della personalità in età evolutiva. Il suo articolo esplora la tensione e la cura necessarie nell'accostarsi al processo di una personalità che prende forma; e l'età evolutiva è il luogo in cui questo processo dinamico è più visibile, più vulnerabile e più dipendente dall'ambiente. La plasticità di queste traiettorie è una risorsa straordinaria, ma anche una condizione di vulnerabilità agli agiti subiti e alle mancanze sofferte, in cui i sintomi sono spesso richieste di ascolto per sofferenze per le quali non si riesce ad articolare il linguaggio. Tra le urgenze incombenti e la necessità di lasciare tempo, tra la cura nel prevenire e la prudenza nel definire, nella quotidianità familiare o all'interno di uno spazio terapeutico, *prendersi cura della personalità nascente è un atto di responsabilità collettiva*.

Mai come in questo numero il concetto di *kairòs* è cruciale, il senso cioè di un tempo che si sottrae alle regole cronologiche, che muta di valore e intensità. Un tempo in cui può accadere (o mancare) qualcosa destinato ad avere esiti su un futuro *in fieri*, contribuendo a creare gli uomini e le donne del nostro domani. È stata una sincera emozione leggere, con profondo rispetto, le parole del suo articolo e ritrovare una commovente affinità nel suo riferimento al *tempo delle possibilità*. Lo sviluppo della personalità in età evolutiva è proprio questo: quel momento in cui non solo si cresce, ma si diventa. Un susseguirsi fragile e poderoso di atto e potenza. E tutti siamo responsabili di quel divenire: lo stesso che Maria Rita Parsi ha sempre tutelato, studiato, difeso.

A supporto di questa responsabilità, etica e scientifica, siamo lieti di presentare i contributi degli autori di questa uscita così rilevante. Il primo articolo, a firma di Michele Poletti, porta il focus sugli *Stati mentali a rischio ed esordi psicopatologici in adolescenza*, i quali rappresentano oggi un solido costrutto clinico e di ricerca, che ha consentito di intercettare con maggiore precisione le fasi precoci dell'esordio psicotico nella popolazione giovanile. Nell'articolo vengono descritte le diverse modalità di presentazione del rischio psicotico in età giovanile, concentrandosi sulle prime alterazioni soggettive nei termini di Sintomi di Base e sulle prime manifestazioni sintomatologiche, il tutto supportato dai dati di letteratura alla luce di almeno due decenni di ricerca e dati clinici.

Seguono Cioci e Serafini con un focus sulle *Espressioni psicopatologiche attuali ed emergenti in età adolescenziale* attraverso il quale presentano un'analisi sulle evidenze in letteratura delle innumerevoli forme di disagio e disturbi clinicamente rilevabili in età adolescenziale, mostrando come

l'andamento epidemiologico della salute mentale presenti una sempre maggiore precocità nell'insorgenza dei principali disturbi psichiatrici.

Conclude la sezione l'articolo di Zara Mehrnoosh che attraverso una disamina della letteratura psicoanalitica e la presentazione di due vignette cliniche, intende riportare alcune riflessioni sul tema del *Trauma e attaccamento nell'eziopatogenesi del disturbo borderline di personalità*, contribuendo a una maggiore comprensione della patologia per discriminarla dalle *necessarie e naturali* crisi di sviluppo che coinvolgono l'adolescenza.

Il gruppo di ricerca del Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute dell'Università Sapienza di Roma, nei nomi di Marzia Tschabold, Alexandro Fortunato e Anna Maria Speranza presentano il contributo *L'assessment di personalità in età evolutiva: uno studio sperimentale su bambini con diagnosi ADHD*. Lo studio esplora i pattern emergenti di personalità in un campione di bambini con diagnosi di ADHD, adottando una nuova proposta clinica avanzata dal PDM-3, che si rivela un utile strumento in grado di informare il clinico sulla direzione in cui lo sviluppo del bambino sta proseguendo, al fine di una comprensione più articolata del sintomo. Questo può permettere interventi precoci e maggiormente efficaci su traiettorie di sviluppo potenzialmente patologiche, riducendo il rischio di una strutturazione più stabile di un disturbo di personalità in adolescenza e in età adulta.

Concludiamo questa monografia con un'intervista al professore e neuroscienziato Vittorio Gallese sul *Sé digitale*, tema della sua ultima pubblicazione. Il professore ci guida attraverso un viaggio di esplorazione di una nuova ontofenomenologia del soggetto, capace di integrare le trasformazioni dell'esperienza introdotte dai dispositivi interattivi, dalle intelligenze artificiali e dagli ambienti digitali immersivi. Una realtà entro la quale gli adolescenti modellano la propria identità e personalità in formazione, configurano la costruzione della loro immagine corporea e relazionale, muovendosi tra pericoli e nuove opportunità.

Direttore responsabile

Sabrina Fusi

Il bambino che diventerà adulto: la personalità come esito di cura o di mancanza

The child who will become an adult: personality as a result of care or lack of care

Maria Rita Parsi ¹

¹ *Psicologa-psicoterapeuta, Roma*

La personalità non nasce compiuta, né può essere considerata un destino già scritto. Essa prende forma lentamente, nel tempo dell'infanzia, attraverso un processo complesso che intreccia corpo, emozioni, pensiero e relazione. In età evolutiva la personalità è una costruzione fragile e potentissima, perché porta in sé le prime tracce di ciò che il bambino ha incontrato nel mondo umano che lo ha accolto o, talvolta, mancato. Ogni bambino viene al mondo con una dotazione biologica unica, ma questa unicità ha bisogno di essere riconosciuta per potersi esprimere. Non basta nascere per diventare soggetto: è necessario essere visti, sentiti, nominati. È nello sguardo dell'altro che il bambino comincia a esistere psicologicamente. Prima ancora di sapere chi è, il bambino sente come viene sentito. Prima ancora di definirsi, viene definito dalla qualità delle cure che riceve. La personalità si struttura all'interno di una matrice relazionale. Le prime relazioni di attaccamento costituiscono il terreno su cui si innestano le future modalità di stare nel mondo e con l'altro. Un attaccamento sufficientemente sicuro consente al bambino di interiorizzare fiducia: fiducia nella propria esistenza, nella continuità dei legami, nella possibilità di esplorare senza perdersi. Al contrario, un attaccamento instabile o traumatico può orientare la personalità verso la difesa più che verso l'espressione autentica del Sé. In età evolutiva la personalità non può essere ridotta a un insieme di tratti. Essa è un'organizzazione dinamica di funzioni emotive, cognitive e relazionali che si modellano reciprocamente. Il modo in cui un bambino regola le emozioni, affronta la frustrazione, costruisce l'immagine di sé dipende profondamente dalla risposta dell'ambiente. Un contesto che accoglie l'emozione insegna che sentire è possibile; un contesto che nega o punisce educa invece alla scissione, al controllo o all'agito. Il bambino apprende molto presto se il mondo è affidabile oppure no. Questa conoscenza non passa dalle parole, ma dall'esperienza emotiva. La continuità delle cure, la prevedibilità delle risposte adulte, la capacità di contenere l'angoscia infantile costituiscono le fondamenta su cui la personalità può organizzarsi in modo stabile. Dove queste fondamenta sono fragili, il bambino sviluppa strategie adattive che garantiscono la sopravvivenza emotiva, ma limitano la spontaneità del Sé. La personalità in formazione è altamente plastica. Questa plasticità è una risorsa straordinaria, ma anche una

condizione di vulnerabilità. Ogni esperienza significativa lascia una traccia. Ogni relazione importante contribuisce a scrivere una parte della storia interiore del bambino. Le ferite precoci, soprattutto se non riconosciute, tendono a organizzare la personalità attorno alla mancanza. Il bambino impara a essere ciò che serve per non perdere l'altro, rinunciando gradualmente a parti autentiche di sé. In questa prospettiva, il sintomo non può essere letto come un semplice problema da correggere. Il sintomo è spesso una richiesta di ascolto, il linguaggio possibile di una sofferenza che non ha trovato parola. Comportamenti oppositivi, chiusure emotive, ipercontrollo o acting out sono espressioni di una personalità che tenta di proteggersi. Dietro ogni comportamento c'è una storia relazionale che chiede di essere compresa. La famiglia rappresenta il primo e più incisivo contesto di costruzione della personalità. Non esistono famiglie perfette, ma esistono famiglie sufficientemente buone, capaci di riconoscere i bisogni evolutivi del bambino e di adattarsi ad essi. Quando l'adulto utilizza il figlio per rispondere ai propri vuoti emotivi, la personalità del minore viene gravata da compiti che non gli appartengono. Nascono così bambini adultizzati o, al contrario, bambini bloccati in una dipendenza che ostacola il processo di individuazione. La personalità si struttura anche attraverso il limite. Un limite chiaro, affettivamente fondato, non è una privazione ma una forma di cura. Il bambino ha bisogno di adulti capaci di dire di no senza umiliare, di contenere senza soffocare. Il limite interiorizzato diventa, nel tempo, una funzione psichica che consente l'autoregolazione. Dove il limite manca o è incoerente, la personalità rischia di oscillare tra onnipotenza e impotenza. L'età evolutiva è il tempo delle possibilità. Nulla è definitivo, nulla è immutabile. Proprio per questo, la qualità della presenza adulta assume un valore etico profondo. Ogni bambino è una promessa. La personalità che diventerà adulta dipende, in larga misura, dallo spazio di ascolto, di cura e di riconoscimento che viene offerto nei primi anni di vita. La personalità conserva la memoria di ciò che è stato vissuto anche quando non è stato detto, pensato o nominato. Il trauma evolutivo, soprattutto quando è precoce, reiterato o silenzioso, non si deposita come semplice ricordo, ma come una trama invisibile che organizza il funzionamento psichico. Il bambino che cresce nella paura, nell'imprevedibilità o nella svalutazione interiorizza un mondo emotivo instabile, in cui l'altro può diventare fonte di pericolo o di perdita. La personalità che ne deriva si struttura spesso attorno alla difesa: controllo, chiusura, dipendenza non sono tratti, ma strategie di sopravvivenza. Le ferite più profonde sono quelle che non fanno rumore. Non sempre il trauma ha la forma dell'evento drammatico; più spesso è fatto di assenze ripetute, di mancata sintonizzazione, di cure impersonali. Il bambino che non viene visto nei suoi bisogni interiori impara lentamente a non vedersi. Nasce così una personalità adattata, funzionale alle richieste dell'ambiente, ma povera di radicamento emotivo. L'adattamento precoce diventa una maschera, e col tempo la maschera rischia di essere scambiata per identità. In questo processo, la scuola rappresenta uno snodo fondamentale. Non è soltanto luogo di apprendimento, ma spazio simbolico in cui la personalità continua a definirsi. Una scuola capace di accogliere il disagio, di leggere il comportamento come linguaggio e non

come colpa, può diventare un fattore di protezione decisivo. Al contrario, una scuola che etichetta, che espelle o ignora la dimensione emotiva contribuisce a rafforzare sentimenti di inadeguatezza e di esclusione, incidendo profondamente sull'immagine di sé del bambino. La personalità in età evolutiva si costruisce anche nello sguardo sociale. I bambini di oggi crescono in un contesto che privilegia la prestazione, l'apparenza, la velocità. L'ingresso precoce e pervasivo nel mondo digitale ha modificato i processi di costruzione dell'identità. Quando l'esperienza virtuale sostituisce quella emotiva reale, la personalità rischia di impoverirsi nella sua dimensione affettiva. Il bambino iperconnesso può diventare un bambino emotivamente disconnesso, incapace di riconoscere e abitare le proprie emozioni. La personalità ha bisogno di tempo per formarsi, di attesa, di frustrazione tollerabile, di silenzi abitati. Il mondo digitale propone invece una gratificazione immediata che ostacola l'interiorizzazione del limite e la capacità di autoregolazione. Senza una presenza adulta che accompagni e traduca l'esperienza, il bambino rischia di costruire un Sé fragile, dipendente dallo sguardo esterno e incapace di sostenere il vuoto. L'identità si appiattisce sull'immagine, mentre il mondo interno resta inesplorato. In questo scenario, la responsabilità adulta assume un valore decisivo. Educare non significa controllare, ma essere presenti. Prendersi cura della personalità in formazione implica la capacità di sostare accanto al bambino nelle sue angosce, di offrire parole dove c'è confusione, di contenere senza invadere. L'adulto è chiamato a essere una base sicura, non un giudice né un complice. Dove l'adulto abdica al proprio ruolo, il bambino resta solo con emozioni troppo grandi per essere elaborate. La prevenzione in età evolutiva non è un intervento tardivo, ma una postura quotidiana. Significa investire nella qualità delle relazioni, formare genitori e insegnanti alla lettura del disagio, costruire reti capaci di intercettare la sofferenza prima che diventi struttura. Prendersi cura della personalità nascente è un atto di responsabilità collettiva, perché ogni ferita emotiva non riconosciuta nell'infanzia tende a riemergere nel tessuto sociale. La personalità non è mai definitivamente compromessa, ma alcune ferite, se non accolte, rischiano di cronicizzarsi. L'intervento psicologico in età evolutiva offre al bambino uno spazio nuovo di parola e di senso. Nella relazione terapeutica, il bambino può sperimentare una diversa qualità del legame, riscrivendo parti della propria storia interiore. La cura non cancella il dolore, ma lo rende pensabile, trasformabile, umano. In conclusione, la personalità che prende forma nell'infanzia è il risultato di una trama complessa di presenze e di assenze, di cure ricevute e di mancanze subite. Ogni bambino è portatore di una promessa, ma questa promessa ha bisogno di adulti capaci di sostenerla. Dove c'è ascolto nasce un Sé capace di relazione; dove c'è indifferenza nasce una personalità difensiva. Investire nell'infanzia significa scegliere il futuro dell'umanità. Perché il bambino che diventerà adulto non dimentica ciò che ha vissuto, anche quando non ne conserva memoria. E la personalità, nel bene e nel male, ne porta per sempre l'impronta.

Stati mentali a rischio di psicosi in adolescenti e giovani adulti: stato dell'arte

Mental states at risk for psychosis in adolescents and young adults: state of the art

Michele Poletti ¹

¹ *Psicologo-psicoterapeuta, Centro Diurno Adolescenza e Progetto Esordi Psicotici, USL-IRCCS Reggio Emilia*

Sommario Gli stati mentali a rischio di psicosi rappresentano una condizione clinica dell'adolescenza o giovane età adulta, caratterizzata da sintomi psicotici attenuati o intermittenti e declino funzionale, associata a un aumentato rischio di sviluppo di psicosi. Nell'articolo vengono descritte le diverse modalità di presentazione del rischio psicotico in età giovanile, concentrandosi sulle prime alterazioni soggettive nei termini di *Sintomi di Base* e sulle prime manifestazioni sintomatologiche. Infine vengono presentati i dati più robusti della letteratura alla luce di almeno due decenni di ricerca e dati clinici rispetto al tasso di transizione, all'andamento longitudinale più generale e agli interventi.

Parole chiave Stati mentali a rischio, psicosi attenuata, transizione a psicosi, sintomi di base

Abstract Clinical high-risk mental states for psychosis represent a clinical condition typically emerging in adolescence or young adulthood, characterized by attenuated or intermittent psychotic symptoms and functional decline, and associated with an increased risk of developing psychosis. This article describes the different clinical presentations of psychosis risk in youth, focusing on early subjective changes conceptualized as *Basic Symptoms* and on initial symptomatic manifestations. Finally, it reviews the most robust findings from at least two decades of research and clinical data regarding transition rates, broader longitudinal outcomes, and intervention strategies.

Key Words At-risk mental states attenuated psychosis, transition to psychosis, basic symptoms

Introduzione

Negli ultimi venticinque anni una crescente attenzione è stata posta nei confronti di stati mentali tipici di soggetti giovani indicativi di un rischio imminente di psicosi (Yung e McGorry 1996). Nella maggior parte dei casi l'esordio psicotico è preceduto da una fase prodromica in cui i sintomi che si cristallizzeranno successivamente sono già presenti in forma attenuata o intermittente (McGorry et al. 2006). Con l'obiettivo di un riconoscimento e di una presa in carico precoci sono stati sviluppati, in vari paesi del mondo, servizi di salute mentale a minore soglia di accesso, rispetto a quelli tradizionali, rivolti alla popolazione adolescenziale e giovane adulta help-seeker. Le prime esperienze italiane sono state il Programma 2000 a Milano (Cocchi et al. 2008) ed il Progetto Regionale Esordi Psicotici dell'Emilia-Romagna (Pelizza et al. 2019).

Stati mentali a rischio

La fase prodromica della psicosi è caratterizzata dalla presenza di sintomi positivi rispetto alla percezione (le allucinazioni), al pensiero (i deliri bizzarri e non bizzarri) e all'organizzazione psichica (disorganizzazione verbale e comportamentale). Esperienze allucinatorie possono caratterizzare i cinque sensi ed il corpo (esperienze somatiche). Le anomalie del pensiero possono essere *idee di riferimento* (le cose intorno al soggetto assumono un particolare significato e/o sembrano mandare dei messaggi al soggetto stesso), *idee bizzarre* (il soggetto perde il senso di appartenenza e/o controllo sui propri pensieri, che possono essere vissuti passivamente come imposti o inseriti dall'esterno, oppure rubati, trasmessi o letti da altre persone), *idee non bizzarre* (quelle persecutorie le più frequenti) ed *umore delirante e perplessità* (la sensazione che qualcosa di strano stia succedendo o stia per succedere, la sensazione che il soggetto stesso, gli altri e il mondo esterno siano in qualche modo cambiati o stiano per cambiare, anche se con modalità non facilmente verbalizzabili). Infine, aspetto meno frequente nei soggetti giovani, l'eloquio ed il comportamento possono disorganizzarsi.

Per tutti questi ambiti (percezione, pensiero, eloquio, comportamento), le anomalie riconducibili alla sfera della sintomatologia psicotica positiva possono distribuirsi lungo un continuum di gravità relativo alla consapevolezza critica, da parte del soggetto, e alla ricaduta comportamentale nella vita quotidiana. Le anomalie percettive uditive, ad esempio, possono essere lievi, caratterizzate da illusioni e distorsioni acustiche non particolarmente disturbanti. L'intensità, la frequenza e il distress associati possono progressivamente aumentare, passando per esperienze dispercettive più intense e vivide (quali un mormorio indistinto di sottofondo), per arrivare ad esperienze fluttuanti e transitorie più distinte quali sentirsi chiamare per nome o sentire suonare il telefono, lievemente fastidiose ma di cui il soggetto può fornire spiegazioni plausibili. Queste esperienze possono poi tramutarsi in esperienze psicotiche vere e

proprie, quali sentire voci o conversazioni, rispetto alle quali il soggetto può con un certo sforzo mantenere la critica rispetto alla loro veridicità, nonostante il fastidio o a volte l'angoscia associate. Infine il passaggio definitivo allo stadio psicotico è sancito dalla perdita di critica nei confronti di queste esperienze uditive, vissute dal soggetto come vere, sia durante che dopo la loro attualità percettiva, con una ricaduta comportamentale (per esempio assecondare gli ordini imposti dalle voci).

Gli stati prodromici sono caratterizzati dalla presenza di sintomi positivi per i quali il soggetto mantiene un certo grado di critica e di coping, con solo lieve ricaduta comportamentale. La perdita di critica e l'adesione acritica all'esperienza percettiva e ideativa sanciscono il passaggio dalla fase prodromica alla fase psicotica franca. Il graduale passaggio esperienziale da stati prodromici a stati psicotici franchi è quindi descrivibile lungo un continuum dimensionale di crescente alterazione dell'esperienza soggettiva nel mondo, che è il prodotto di alterazioni primarie a livello ideativo e percettivo e di strategie secondarie di coping del soggetto, il tutto accompagnato da alterazioni dello stato affettivo, in un crescendo di fastidio e poi di angoscia: in questo continuum non è quindi semplice individuare un confine netto tra stato prodromico e stato psicotico. All'interno della fase prodromica vengono distinti i seguenti tre sottogruppi clinici:

- *Sindrome psicotica attenuata (Attenuated Psychosis Syndrome: APS)*: i soggetti presentano sintomi che non raggiungono livelli di soglia psicotica per la loro intensità sottosoglia (cioè i sintomi non sono sufficientemente severi) oppure hanno sintomi psicotici a una frequenza sottosoglia (cioè i sintomi non hanno una frequenza sufficiente), che si associano a uno scarso funzionamento nell'ultimo anno o calato di almeno il 30% rispetto al livello premorbo nell'ultimo mese;
- *Sintomi psicotici brevi ed intermittenti (Brief Limited Intermittent Psychosis Symptoms: BLIPS)*: soggetti con una recente storia (ultimi 12 mesi) di sintomi psicotici conclamati che si sono spontaneamente risolti (senza terapia antipsicotica) entro una settimana, che si associano a uno scarso funzionamento nell'ultimo anno o calato di almeno il 30% rispetto al livello premorbo nell'ultimo mese;
- *Rischio genetico e declino funzionale (Genetic Risk and Functional Deterioration: GRFD)*: soggetti che presentano un rischio genetico, quale un parente di primo grado con psicosi o disturbo schizotipico di personalità, che si associa a uno scarso funzionamento nell'ultimo anno o calato di almeno il 30% rispetto al livello premorbo nell'ultimo mese.

Gli stati mentali a rischio sono valutabili clinicamente con interviste semi-strutturate, quali la *Structured Interview for Prodromal Symptoms* (McGlashan et al. 2001) e la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental States* (Yung et al. 2005), il cui algoritmo diagnostico decisionale è basato sui sintomi

positivi, sebbene vengano presi in esame anche sintomi negativi quali anedonia, avolizione, asocialità, appiattimento affettivo ed alogia.

I Sintomi di Base

I contributi temporalmente precedenti della psicopatologia europea, in particolare di scuola tedesca, sono stati integrati con il modello degli stati mentali a rischio attraverso il costrutto dei *Sintomi di Base* (SB) (Ebel et al. 1989). Huber e poi Klosterkotter hanno potuto tracciare e descrivere i progressivi percorsi psicopatologici, definiti come *sequenze di transizione*, che portano al risultato finale di uno sviluppo di specifici sintomi psicotici, quali allucinazioni o idee deliranti, a partire da aspecifiche alterazioni soggettive definite come *Sintomi di Base*. Nell'analisi dei passaggi intermedi che precedono la psicosi, i *Sintomi di Base* sono considerati come ipotetico primo prodotto sintomatico prodromico riconducibile alla sottostante vulnerabilità neurobiologica.

Sono quindi esperienze soggettive, di stato e non di tratto, di natura subclinica, auto-percepite come nuove, anomale e interferenti rispetto ad una condizione di funzionamento precedente. Nel modello di Huber l'evoluzione della sintomatologia è favorita da eventi o situazioni di vita che rompono il delicato e precario equilibrio che il soggetto cerca a fatica di tenere in piedi tra interferenza dei *Sintomi di Base* stessi nella vita quotidiana e strategie di coping messe in atto per farvi fronte.

Nelle scale di valutazione, quale la *Schizophrenia Proneness Instrument* (SPI: Schultze-Lutter e Koch 2010), i *Sintomi di Base* sono riconducibili a quattro aree distinte: adinamia, disturbi della percezione, nevroticismo, disturbi del pensiero e dell'azione. Studi longitudinali hanno permesso di individuare due set parzialmente sovrapposti di *Sintomi di Base* predittivi del rischio psicotico, relativi ad alterazioni percettive elementari (*Cognitive Perceptive*: COPER) e ad alterazioni cognitive legate al linguaggio, al flusso di pensiero e all'attenzione (*Cognitive Disturbances*: COGDIS), queste ultime associate ad un rischio di transizione più imminente (Schultze-Lutter et al. 2007).

La fase prodromica: una sintesi integrata

L'integrazione del modello degli stati mentali a rischio con il modello dei *Sintomi di Base* ha permesso una rappresentazione più esaustiva della fase prodromica dell'esordio psicotico: i primi prodromi sono rappresentati dai cambiamenti soggettivi registrati dal soggetto nella propria esperienza quotidiana come anomali rispetto ad una condizione precedente, fluttuanti nel tempo, e progressivamente più disturbanti in quanto interferenti con le attività solite, quali per esempio la concentrazione necessaria allo studio nei ragazzi ancora in fase scolare. Sulla base di queste precoci esperienze soggettive di anomalie percettive e cognitive si possono progressivamente strutturare

sintomi di natura psicotica, che andranno via via ad assumere sempre maggiore pregnanza esperienziale ed affettiva per il soggetto, occupando sempre più la sua vita mentale e innescando possibili strategie di coping atte a mantenerne il controllo e a preservare il funzionamento nella vita quotidiana. Tali sintomi possono mantenersi su una soglia non psicotica, essendo messi in discussione dal soggetto rispetto alla loro veridicità (APS), oppure possono andare incontro a fiammate psicotiche, con un andamento più irregolare caratterizzato da riacutizzazioni e remissioni (BLIPS) (Poletti, 2021).

Evidenze cliniche ed empiriche

Meta-analisi svolte su decine di studi, hanno permesso di stabilire che almeno 8 casi su 10 di stato mentale a rischio di psicosi rientra negli APS (Fusar-Poli et al. 2016). Seguiti nel tempo, circa 1 su 5 transitano a psicosi entro i primi due anni, che diventano poco meno di 1 su 3 nei primi quattro anni, con percentuali poco più basse negli adolescenti rispetto ai soggetti adulti (Raballo et al., 2022). Se si considera che un sottogruppo significativo di soggetti ricevono una terapia antipsicotica e questa verosimilmente sfuma la presentazione sintomatologica psicotica, la prevalenza di psicosi è da ritenersi sottostimata (Raballo et. al., 2020). Infine, solo un terzo dei soggetti va incontro a remissione sintomatologica e, indipendentemente dalla transizione a psicosi o meno, 2 soggetti su 3 persistono in una condizione di sofferenza psicologica e ridotto funzionamento che necessita di una presa in carico continuativa. L'approccio integrato tra interventi farmacologici (mirati ai sintomi psicotici e ai sintomi affettivi associati), psicoterapici individuali e psicoeducativi con la famiglia è quello più in grado di ridurre, ma non eliminare, il rischio di transizione a psicosi mantenendo un funzionamento più simile a quello premorbo.

Conclusioni

Gli stati mentali a rischio di psicosi rappresentano oggi un solido costrutto clinico e di ricerca, che ha consentito di intercettare con maggiore precisione le fasi precoci dell'esordio psicotico nella popolazione giovanile. L'integrazione tra il modello degli stati mentali a rischio e quello dei Sintomi di Base ha permesso di articolare il continuum che va dalle prime alterazioni soggettive, fluttuanti e criticate, fino alle manifestazioni psicotiche conclamate, offrendo una prospettiva dinamica e processuale del prodromo. Le evidenze longitudinali indicano che solo una quota dei ragazzi considerati a rischio di psicosi transita effettivamente verso una psicosi franca, mentre una percentuale più ampia permane in condizioni di sofferenza psicologica e compromissione funzionale, a testimoniare come l'obiettivo clinico non possa limitarsi alla prevenzione della transizione, ma più in generale a supportare il benessere psicologico ed il funzionamento in questa cruciale età di transizione verso la vita adulta. In

questa prospettiva, servizi a bassa soglia, valutazioni strutturate e interventi integrati e personalizzati costituiscono elementi imprescindibili di una psichiatria dello sviluppo orientata alla prevenzione, capace di coniugare rigore diagnostico, sensibilità fenomenologica e attenzione ai percorsi evolutivi individuali.

Bibliografia

- Cocchi A., Meneghelli A. e Preti A. (2008), *Programma 2000: celebrating 10 years of activity of an Italian pilot programme on early intervention in psychosis*, «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», n. 42, pp. 1003-1012, DOI: 10.1080/00048670802512032
- Ebel H., Gross G., Klosterkotter J. e Huber G. (1989), *Basic symptoms in schizophrenic and affective psychosis*, «Psychopathology», n. 50, pp. 165-170, DOI: 10.1159/000284602
- Fusar-Poli P., Cappucciati M., Borgwardt S., Woods S.W., Addington J., Nelson B., Nieman D.H., Stahl D.R., Rutigliano G., Riecher-Rössler A., Simon A.E., Mizuno M., Lee T.Y., Kwon J.S., Lam M.M., Perez J., Keri S., Amminger P., Metzler S., Kawohl W., Rössler W., Lee J., Labad J., Ziermans T., An S.K., Liu C.C., Woodberry K.A., Braham A., Corcoran C., McGorry P., Yung A.R. e McGuire P.K. (2016), *Heterogeneity of psychosis risk within individuals at clinical high risk: a meta-analytical stratification*, «JAMA Psychiatry», vol. 7, n.2, pp.113-120, DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2324
- McGlashan T.H. (2001), *Structured Interview for prodromal symptoms (SIPS)*, Yale University, New Haven
- McGorry P.D., Hickie I.B., Yung A.R., Pantelis C. e Jackson H.J. (2006), *Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions*, «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», n. 40, pp. 16-22, DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01860.x
- Pelizza L., Azzali S., Paterlini F., Garlassi S., Scazza I., Chiri L.R., Poletti M., Pupo S. e Raballo A. (2019), *The "Reggio Emilia At-Risk Mental States" program: A diffused, "liquid" model of early intervention in psychosis implemented in an Italian Department of Mental Health*, «Early Intervention in Psychiatry», n.13, pp. 1513-1524
- Poletti M. (2021), *Prima della schizofrenia. La vulnerabilità schizofrenica in età evolutiva: esperienze, fenotipi, traiettorie*, Giovanni Fioriti Editore, Roma
- Raballo A., Poletti M. e Preti A. (2020), *Attenuated Psychosis Syndrome or pharmacologically attenuated First-Episode Psychosis? An undesirably widespread confounder*, «JAMA Psychiatry», n. 77, pp. 1213-1214, DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1634

- Raballo A., Poletti M., Preti A. e McGorry P. (2022), *Clinical high risk for psychosis in children and adolescents: A meta-analysis of transition prevalences*, «Schizophrenia Research», n. 243, pp. 254-261, DOI: 10.1016/j.schres.2020.03.063
- Schultze-Lutter F., Klosterkötter J., Pickler H., Steinmeyer E.M. e Ruhrmann S. (2007), *Predicting first-episode psychosis by basic symptom criteria*, «Clinical Neuropsychiatry», n. 4, pp. 11-22
- Schultze-Lutter F. e Koch E. (2010), *Strumento di valutazione per la propensione alla schizofrenia, versione per bambini e adolescenti (SPI-CY)*, Giovanni Fioriti Editore, Roma
- Yung A.R. e McGorry P.D. (1996), *The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations*, «Schizophrenia Bulletin», n. 22, pp. 353-370, DOI: 10.1093/schbul/22.2.353
- Yung A.R., Yuen H.P., McGorry P.D., Phillips L.J., Kelly D., Dell'Olio M., Francey S.M., Cosgrave E.M., Killackey E., Stanford C., Godfrey K. e Buckby J. (2005), *Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states*, «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», n. 39, pp. 964-971, DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01714.x

Espressioni psicopatologiche attuali ed emergenti in età adolescenziale

Current and emerging psychopathological expressions in adolescence

Daniele Cioci¹ e Gianluca Serafini¹

¹ *Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica, Salute materna e Infantile, Università di Genova, Unità Operativa Complessa di Psichiatria, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova*

Sommario L'adolescenza rappresenta una fase fondamentale e critica dello sviluppo umano, caratterizzata da profonde trasformazioni neurobiologiche, cognitive e psicosociali che ne definiscono il livello di complessità e la intrinseca vulnerabilità. Negli ultimi quindici anni si è osservato un incremento della prevalenza dei disturbi psichiatrici tra i giovani adolescenti. Le cause non sono ancora chiare, ma la pandemia da COVID-19 ha certamente agito come agente catalizzatore di una vulnerabilità già esistente. Il presente articolo presenta un'analisi sulle evidenze in letteratura delle innumerevoli forme di disagio e disturbi clinicamente rilevabili in età adolescenziale mostrando come l'andamento epidemiologico della salute mentale presenti una sempre maggiore precocità nell'insorgenza dei principali disturbi psichiatrici.

Parole chiave Adolescenza, disturbi, vulnerabilità, psichiatria

Abstract Adolescence represents a fundamental and critical stage of human development, characterized by profound neurobiological, cognitive, and psychosocial transformations that define its level of complexity and intrinsic vulnerability. Over the past fifteen years, an increase in the prevalence of psychiatric disorders among young adolescents has been observed. The causes are still unclear, but the COVID-19 pandemic has certainly acted as a catalyst for an already existing vulnerability. This article presents an analysis of the literature on countless forms of distress and clinically detectable disorders in adolescence, demonstrating how the epidemiological trend of mental health indicates an increasingly early onset of the main psychiatric disorders.

Key Words Adolescence, disorders, vulnerabilities, psychiatry

Kairòs - Sguardi sull'età evolutiva

ISSN 3035 - 2975 - DOI: 10.82063/k260404

Numero 4, anno 2026, pp. 14 - 23; Licenza CC BY 4.0

Introduzione

L'adolescenza rappresenta una fase fondamentale e critica dello sviluppo umano, considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come quel periodo della vita compreso tra i 10 e i 19 anni. È caratterizzata da profonde trasformazioni neurobiologiche, cognitive e psicosociali che ne definiscono il livello di complessità e l'intrinseca vulnerabilità. Secondo l'OMS, approssimativamente un adolescente su sette presenta un disturbo psichiatrico clinicamente rilevante (Beket et. al., 2025). La depressione maggiore viene identificata inoltre come il disturbo principale e più diffuso, associato a notevole disabilità e compromissione psicosociale in questa fascia d'età (Beket et. al., 2025).

Negli ultimi quindici anni si è osservato, in linea generale in Italia e nei paesi occidentali, un incremento della prevalenza dei disturbi psichiatrici tra i giovani adolescenti. Le cause non sono ancora chiare, ma la pandemia da COVID-19 ha certamente agito come agente catalizzatore di una vulnerabilità già esistente, attraverso fattori quali: la paura del contagio, l'isolamento sociale e modificazioni delle relazioni sociali, sempre più orientate verso il mondo virtuale (Petruzzelli et. al, 2024).

Neurobiologia dello sviluppo adolescenziale

L'adolescenza è caratterizzata da una ristrutturazione finemente articolata del sistema nervoso centrale, che coinvolge processi complessi quali la sinaptogenesi, il pruning e la mielinizzazione (Shaw et. al., 2020). I progressi della neurobiologia, e in particolare le tecniche di neuroimaging, hanno evidenziato negli ultimi decenni, una maturazione asincrona di alcune regioni cerebrali: le aree sottocorticali implicate nei processi emotivi e legati alla ricompensa maturano precocemente, mentre le aree più anteriori, soprattutto la corteccia prefrontale, responsabile delle funzioni esecutive e del controllo inibitorio, completa il proprio sviluppo più tardivamente, nel terzo decennio di vita (Shaw et al., 2020; Spear, 2013). Questo percorso di maturazione determina l'identificazione di una finestra di vulnerabilità, nella quale l'ipersensibilità al giudizio, il discontrollo degli impulsi e la ricerca spasmodica di novità non sono ancora sufficientemente bilanciate da adeguati meccanismi di controllo inibitorio. I processi di neuroplasticità adolescenziale rappresentano tuttavia anche un target importante sul quale poter orientare interventi precoci, selettivi ed efficaci.

Epidemiologia dei disturbi mentali in adolescenza

La prevalenza dei disturbi psichiatrici varia sensibilmente nel mondo, riflettendo fattori di tipo culturale, socioeconomico e sanitario. Uno studio (Islam et. al., 2026) su 179.937 adolescenti in 59 paesi ha evidenziato differenze significative in termini di sintomatologia ansiosa, con valori più elevati nel Mediterraneo orientale (14,61%) e più attenuati nel Sud-Est asiatico (3,78%). In Africa la prevalenza è

circa quattro volte superiore rispetto al Sud-Est asiatico, suggerendo il ruolo determinante di fattori quali l'insicurezza alimentare e il limitato accesso ai servizi.

In un recente lavoro pubblicato da Cosma e colleghi (2025) viene sottolineato come i recenti cambiamenti nell'epidemiologia dei disturbi psichiatrici di bambini e adolescenti siano correlati a determinanti di tipo sociale, economico e tecnologico. L'uso dei social media e delle tecnologie digitali rappresenta certamente un'area di crescente interesse, ma anche di rilevante preoccupazione. Da un lato, le tecnologie digitali offrono maggiori opportunità di connessione sociale, accesso a informazioni e supporto online; dall'altro, l'esposizione prolungata ai social media può associarsi a un aumento di sintomi di natura ansiosa e depressiva. Il fenomeno della *dipendenza digitale* e del *ritiro sociale* (*hikikomori*) rappresentano una sfida emergente per i servizi di salute mentale, che spesso non dispongono di formazione specifica per affrontare e gestire al meglio queste condizioni psicopatologiche di complessa gestione.

Per quanto riguarda le differenze di genere (Ricci et al., 2026), esse emergono progressivamente durante l'adolescenza. I soggetti di sesso femminile presentano una maggiore predisposizione ai disturbi internalizzanti, come ansia e depressione, probabilmente legata a una maggiore reattività emotiva e sensibilità sociale. I soggetti di sesso maschile invece mostrano più frequentemente disturbi esternalizzanti, con comportamenti oppositivi e aggressivi, ma anche difficoltà nell'espressione emotiva, che possono favorire manifestazioni depressive. Queste differenze derivano dalla complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e ambientali.

Disturbi internalizzanti: ansia e depressione

I disturbi internalizzanti rappresentano la categoria psicopatologica più frequente in adolescenza, con depressione maggiore e disturbi d'ansia che costituiscono anche le principali cause di *impairment* nei livelli di funzionamento in questa fascia d'età.

Le manifestazioni più rilevanti sul piano clinico includono l'ansia da separazione, la fobia sociale, il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo da panico. Un aspetto particolarmente rilevante è la relazione tra ansia e comportamenti sedentari. L'uso eccessivo di dispositivi digitali, associato a ridotta attività fisica, sembra contribuire allo sviluppo di sintomi ansiosi, probabilmente attraverso meccanismi che determinano isolamento sociale, esposizione a contenuti stressanti e intense e durature modificazioni dei ritmi circadiani.

La depressione è uno dei più frequenti e diffusi disturbi psichiatrici tra i giovani adolescenti. Si stima che ne siano coinvolti l'8%, sebbene il 34% presenti una significativa sintomatologia depressiva, in base ai risultati derivanti da questionari auto-somministrati. In base alla letteratura scientifica, tre

episodi depressivi su quattro si manifestano prima dei venticinque anni d'età e soltanto la metà degli adolescenti che presenta questa sintomatologia riceve una diagnosi corretta. Quando questi disturbi non vengono riconosciuti e non sono correttamente trattati, ne consegue un aumento del rischio di riacutizzazione nelle fasi successive della vita. La depressione maggiore in adolescenza si presenta con caratteristiche, almeno in parte, diverse rispetto a quelle nell'adulto, associandosi spesso a sintomi quali maggiore irritabilità e labilità emotiva piuttosto che tristezza o sentimenti di autosvalutazione, maggiore comorbidità con disturbi di natura ansiosa, disturbi del comportamento alimentare, oltre che con un rischio più elevato di comportamenti autolesionistici e suicidari.

Disturbi esternalizzanti: disturbi della condotta e disturbi oppositivi

I disturbi esternalizzanti includono principalmente il disturbo oppositivo-provocatorio e il disturbo della condotta, caratterizzati da comportamenti di sfida, aggressività manifesta, violazione delle regole e, nei casi più gravi, condotte dichiaratamente antisociali.

Studi di tipo longitudinale (Moffitt, 1993) hanno identificato due principali traiettorie di sviluppo dei comportamenti esternalizzanti: una traiettoria *a esordio precoce*, che inizia nell'infanzia e tende a persistere nell'adolescenza e nell'età adulta, spesso associata a fattori di rischio neurobiologici e familiari e una traiettoria *a esordio adolescenziale*, che emerge durante la pubertà e tende a risolversi nell'età adulta, spesso associata a influenze sociali e di gruppo.

I disturbi precoci sono spesso sottovalutati e giungono all'attenzione degli specialisti soltanto tardivamente, soprattutto a causa dello stigma. Un intervento tempestivo appare assolutamente fondamentale allo scopo di prevenire l'evoluzione verso forme più gravi.

Disturbi del comportamento alimentare

I disturbi alimentari in adolescenza rappresentano un'area di crescente espansione e rappresentano una vera e propria sfida sia sul piano clinico che epidemiologico. L'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata mostrano un esordio tipicamente in adolescenza, con una prevalenza più elevata nel genere femminile (Treasure et al., 2020). Nel 70% dei casi è possibile diagnosticare una comorbidità psichiatrica, tra cui le patologie più frequenti sono i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, i disturbi del neurosviluppo, il disturbo da uso di alcol e sostanze, i disturbi di personalità. La ricerca recente ha sottolineato il ruolo dei fattori neurobiologici (alterazioni dei circuiti della ricompensa e del controllo degli impulsi), delle caratteristiche personologiche quali il perfezionismo (Longo et al., 2023) scarsa autostima, difficoltà nella regolazione emotiva e di specifici

fattori socioculturali (pressioni estetiche, idealizzazione della magrezza, uso spasmodico dei social media) nell'eziopatogenesi di questi disturbi.

Disturbi da uso di sostanze

Nel disturbo da uso di sostanze psicoattive, l'assunzione incontrollata sembra svolgere un duplice ruolo. Se, da un lato, emerge un disagio clinicamente significativo, un profondo livello di sofferenza individuale, dall'altro, come affermato da Lancini e colleghi (2020) l'assunzione della specifica sostanza rappresenta una personalissima modalità di autosomministrarsi una prima forma di cura, un'automedicazione urgente, messa in atto per mitigare un dolore mentale insopportabile. Si ipotizza che oggi, l'assoluta dilagare delle nuove sostanze d'abuso sia uno dei fattori maggiormente implicati nella sempre maggiore precocità dei quadri clinicamente significativi (Balestra et al., 2024).

Gli interventi terapeutici dovranno essere selettivamente orientati ad aiutare i giovani e le loro figure di riferimento nel comprendere il significato del sintomo, allo scopo di affrontare la crisi. L'adolescente è parte di un articolato e complesso sistema relazionale che deve essere coinvolto nel percorso di cura, con la finalità di consentire una ripresa delle attività, degli interessi e della progettualità, in modo tale da evitare la cronicizzazione del disturbo. Fondamentale è il lavoro in equipe multidisciplinare e multiprofessionale, il sostegno alle famiglie, con l'obiettivo finale di garantire non soltanto il trattamento delle diverse forme di dipendenza, ma anche la ripresa precoce e articolata del percorso evolutivo del giovane adolescente.

Disturbi psicotici

Negli ultimi venti anni è cresciuto l'interesse clinico, nell'ambito delle psicosi maggiori, per le fasi prodromiche della schizofrenia e l'identificazione dei soggetti a rischio e, rischio ultra elevato, di transizione in psicosi. In questo contesto McGorry e colleghi (2006) hanno sviluppato dei criteri specifici per identificare individui con un elevato rischio di sviluppare psicosi (i cosiddetti soggetti UHR). Gli stadi prodromici sono caratterizzati da tre sottogruppi di sintomi UHR: sintomi psicotici attenuati (APS), che descrivono la presenza di sintomi produttivi sottosoglia e sintomi psicotici intermittenti (BLIPS), che sono sintomi psicotici transitori, che vanno in remissione spontaneamente in un periodo di tempo abbastanza ridotto. Viene considerato inoltre il rischio su base genetica e la sindrome da compromissione del funzionamento (GRFD), ovvero una condizione di rischio in cui il paziente ha in anamnesi una storia familiare positiva di psicosi (tra i parenti di primo grado) o presenta un disturbo di personalità schizotipico con un ridotto funzionamento per il periodo di almeno un mese.

Insieme ai criteri UHR sono stati descritti anche i sintomi di base, sviluppati per rilevare precocemente le prime manifestazioni dell'esordio psicotico, idealmente prima dell'impairment funzionale ed i prodromi dei sintomi psicotici. Con *sintomi di base* ci si riferisce a disturbi soggettivi subclinici relativi alla sfera del pensiero, dell'affettività, della percezione sensoriale, delle funzioni vegetative, dell'eloquio, della percezione corporea e della tolleranza allo stress (Poletti et al., 2019; Fusar-Poli et al., 2013).

La attuali linee guida (Raballo et. al., 2026) raccomandano che questi criteri vengano indagati in maniera attenta e capillare, in particolare nei bambini e nei giovani adolescenti, per il loro valore predittivo. Il rischio di transizione in psicosi conclamata si attesta infatti intorno al 16-17%, se vengono considerati solamente i soggetti di minore età e aumenta invece a circa il 23% quando vengono considerati nel campione anche i giovani adulti.

Disturbi del neurosviluppo

I disturbi del neurosviluppo rappresentano un gruppo eterogeneo di condizioni caratterizzate da deficit dello sviluppo cerebrale con conseguenti ripercussioni negative sul funzionamento personale, sociale, scolastico e lavorativo. In base a quanto riportato dal DSM-5-TR (APA, 2023) includono la Disabilità Intellettiva (ID), i Disturbi del linguaggio e della comunicazione (CD), il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), il Disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD), i Disturbi specifici dell'apprendimento (SLD) e i Disturbi da tic (inclusa la Sindrome di Tourette).

I disturbi del neurosviluppo, anche se limitati a specifici domini dell'apprendimento, come nel caso del ASD, considerata la loro diffusione rappresentano disturbi ad elevato carico assistenziale con profonde ripercussioni a livello sanitario, sociale ed economico. Le diagnosi sono prevalentemente basate sull'identificazione di sintomi clinicamente significativi, anche se spesso rimangono comunque dubbie e soggette a successive rivalutazioni. La sfida attuale, nell'ottica di prevenire possibili peggioramenti sul piano psicopatologico e cognitivo, consiste nell'orientare correttamente e in maniera mirata gli interventi nella finestra temporale caratterizzata da maggiori modificazioni neuroplastiche del cervello, ottimizzando le opportunità di miglioramento clinico (Cainelli e Bisiacchi, 2023).

Disturbo post traumatico da stress (PTSD)

Dati epidemiologici (Kothgassner et al., 2025) mostrano che l'adolescenza, in quanto fase di massima vulnerabilità nella vita, è il periodo dello sviluppo a maggior rischio di esposizione ad eventi potenzialmente traumatizzanti, compresi episodi di violenza interpersonale, incidenti e infortuni. Si stima che, tra bambini e adolescenti, due su tre vivano un'esperienza traumatica prima di raggiungere l'età

adulta. I traumi maggiormente rappresentati sono quelli di natura interpersonale (McLaughlin et al., 2013). Se non trattato, il PTSD può avere andamento persistente e invalidante associandosi a comorbidità psichiatriche e somatiche. Sul piano fisico si apprezza solitamente il configurarsi di un profilo di iperreattività, caratterizzato da una iniziale abnorme attivazione dei meccanismi dello stress e recupero ritardato, oppure un profilo di iporeattività, caratterizzato da una abnorme ridotta risposta allo stress.

Autolesionismo e ideazione suicidaria

L'autolesionismo non suicidario (NSSI) e l'ideazione suicidaria rappresentano due delle manifestazioni più preoccupanti nell'ambito psicopatologico adolescenziale, strettamente associate a una mappa di fattori di rischio quali episodi di bullismo, esperienze avverse durante l'infanzia, alterazioni del ritmo sonno-veglia, nichilismo e noia patologica, abuso di sostanze, depressione e disperazione che possono essere oggetto di valutazione sistematica (Cardillo et al., 2025; Masi et al., 2020).

I dati epidemiologici (Brown et al., 2017) indicano che circa il 14-24% degli adolescenti riporta almeno un episodio di autolesionismo non suicidario nel corso dell'adolescenza, con una prevalenza maggiore nel genere femminile. Le funzioni dell'autolesionismo possono essere molteplici: regolazione di stati emotivi intensi, auto-punizione, comunicazione di disagio, ricerca di una sensazione di controllo.

In base a un ampio studio (Uddin et al., 2019) condotto su circa 229.000 adolescenti di 59 stati diversi, emerge che l'ideazione suicidaria era presente nel 16,9% e i tentativi suicidari erano intorno al 17% nei 12 mesi precedenti alla compilazione del questionario somministrato. Islam e colleghi (2026) hanno identificato l'ideazione suicidaria come uno dei principali fattori associati alla dimensione ansiosa in adolescenza, suggerendo una stretta relazione esistente tra questi due fenomeni.

La valutazione del rischio suicidario deve anche tenere conto di ulteriori fattori quali la storia di tentativi suicidari pregressi, la presenza di disturbi psichiatrici (in particolare i disturbi del tono dell'umore), l'abuso di sostanze, gli episodi di trauma e bullismo, i conflitti familiari e l'accesso a mezzi letali (Richardson et al., 2024). La gestione del rischio richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga non soltanto il giovane, ma soprattutto l'intera rete di riferimento, in particolare la famiglia e la rete di supporto sociale.

Conclusioni

In base all'analisi delle evidenze in letteratura e all'osservazione clinica delle innumerevoli forme di disagio e disturbo clinicamente rilevabile in età adolescenziale, assumono pregnanza alcune riflessioni. L'andamento epidemiologico della salute mentale appare in rapida evoluzione, con un

aumento della prevalenza e della precocità nell'insorgenza dei principali disturbi psichiatrici ma anche con una trasformazione non trascurabile dei fattori di rischio, in particolare l'utilizzo indiscriminato delle tecnologie digitali e le emergenti e sempre più spiccate disuguaglianze sul piano socioeconomico.

Le sfide per i clinici nell'immediato futuro sono certamente molteplici. Sul piano della ricerca, è necessario approfondire la comprensione dei meccanismi neurobiologici alla base dei diversi quadri psicopatologici emergenti, oltre alla valutazione dell'efficacia di interventi preventivi e terapeutici in contesti reali. Sul piano clinico, è essenziale sviluppare modelli di cura integrati che coinvolgano molteplici figure professionali e che tengano conto delle reali opportunità di intervento nei contesti della cura.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2023), *DSM-5-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Balestra R., Contino A., Romano M., Iozzi A., Antonini T., Barbini D. e Coppin P. (2024), *Survey nazionale. Consumi problematici e dipendenze giovanili: approccio precoce ed interventi specialistici innovativi dei Ser.D*, «Mission», n. 67, pp. 5-15, DOI: 10.3280/mis67-2024oa18633
- Beket E.S., Hoogsteder M.H.H., Popma A., Creemers D.H.M. e Rasing S.P.A. (2025), *Perceptions on mental health and depression by adolescents, a systematic review of qualitative studies*, «BMC Public Health», vol. 25, n. 1, DOI: 10.1186/s12889-025-23638-8
- Brown R.C. e Plener P.L. (2017), *Non-suicidal Self-Injury in Adolescence*, «Current Psychiatry Reports» vol. 19, n. 3, DOI: 10.1007/s11920-017-0767-9
- Cainelli E. e Bisiacchi P. (2023), *Neurodevelopmental Disorders: Past, Present, and Future*, «Children» vol. 10, n. 1, DOI: 10.3390/children10010031
- Cardillo R., Di Modica I., Cucinotta F., Galletta F., Raffagnato A., Di Cara M., De Domenico C., Germanò E., Carucci S., Abbracciavento G., Murtas R., Donia A., Bonelli G., Grittani S., Lanzarini E., Accetta A., Pirrone M., Costanza C., Siracusano R., Cedro C., Gatta M. e Gagliano A. (2025), *Suicidal risk and psychopathological profiles in adolescents with neurodevelopmental disorders: an Italian multicentric study*, «Frontiers in Psychiatry», n. 16, DOI: 10.3389/fpsy.2025.1614270
- Cosma A., Black M., Vuckovic S., Pavic I., Fonesca H. e Lazzerini M. (2025), *The changing epidemiology of child and adolescent mental health requires an immediate policy response*, «Public Health in Practice», vol. 10
- Fusar-Poli P., Borgwardt S., Bechdolf A., Addington J., Riecher-Rössler A., Schultze-Lutter F., Keshavan M., Wood S., Ruhrmann S., Seidman L. J., Valmaggia L., Cannon T., Velthorst E., De Haan L.,

- Cornblatt B., Bonoldi I., Birchwood M., McGlashan T., Carpenter W., McGorry P., Klosterkötter P.M e Yung A. (2013), *The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review*, «Jama Psychiatry» vol. 70, n. 1, pp. 107-120, DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.269
- Islam M. A., Islam T., Saha B. R., Al Hassan S., Hasan N. e Rahman M. A. (2026), *Prevalence of and factors associated with anxiety among school going adolescents analysis from 59 countries*, «Journal of Affective Disorders», n. 393, DOI: 10.1016/j.jad.2025.120315
- Kothgassner O.D., Macura S., Goreis A., Klinger D., Pfeffer B., Oehlke S.M., Prillinger K., Kafka J. X., Zesch H.E., Felnhofer A. e Plener P.L. (2025), *Stress reactivity during short trauma narratives in adolescents with post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD*, «European Journal of Psychotraumatology», vol. 16, n. 1, DOI: 10.1080/20008066.2025.2532273
- Lancini M., Cirillo L., Scodeggio T. e Zanella T. (2020), *L'adolescente. Psicopatologia e psicoterapia evolutiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Longo P., Bevione F., Amodeo L., Martini M., Panero M. e Abbate-Daga G. (2023), *Perfectionism in anorexia nervosa: Associations with clinical picture and personality traits*, «Clinical Psychology and Psychotherapy», vol. 31, n. 1, DOI: 10.1002/cpp.2931
- Masi G., Lenzi F., Fabiani D., Domenica Sudano S. e Mucci M. (2020), *Suicidal ideation, suicidal attempts and non-suicidal self-injuries in referred adolescents*, «Rivista di psichiatria», vol. 55, n. 3, pp. 168-174, DOI: 10.1708/3382.33573
- McGorry P.D., Hickie I.B., Yung A.R., Pantelis C. e Jackson H.J. (2006), *Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions*, «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», n. 40, pp. 16-22, DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01860.x
- McLaughlin K.A., Koenen K.C., Hill E.D., Petukhova M., Sampson N.A., Zaslavsky A.M. e Kessler R.C. (2013), *Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 52, n. 8, pp. 815-830, DOI: 10.1016/j.jaac.2013.05.011
- Moffitt T.E. (1993), *Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental Taxonomy*, «Psychological Review», vol. 100, n. 4, pp. 674-701, DOI: 10.1037/0033-295X.100.4.674
- Petruzzelli M.G., Marzulli L., Colacicco G., Tarantino F., Furente F., Gabellone A., Margari L. e Matera E. (2024), *Adolescent Mental Health: A Focus on Psychiatric Counseling from the Emergency Room of an Italian University Hospital in the Five Years from 2019 to 2023*, «European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education», vol.14, n. 5, pp. 1248-1259, DOI: 10.3390/ejihpe14050082

- Poletti M., Pelizza L., Azzali S., Paterlini F., Garlassi S., Scazza I., Chiri L.R., Gebhardt E., Pupo S. e Andrea R. (2019), *Clinical high risk for psychosis in childhood and adolescence: findings from the 2-year follow-up of the ReARMS project*, *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 28, n.7, pp. 957-971, DOI: 10.1007/s00787-018-1262-5
- Raballo A., Poletti M., Lavallo R. e Preti A. (2026), *Clinical High-Risk for Psychosis in Adolescents: Updated Meta-Analysis on Transition Rates and Antipsychotic Prognostic Value*, «*Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*», DOI: 10.1016/j.jaac.2026.03.014
- Ricci L., Ricci P., Avallone A., Calderaro M., Cafiero G., Iovino L. e Ferrara R. (2026), *Exploring Gender Differences in Adolescent Psychiatric Disorders: A Decade of Research*, «*Healthcare*», vol. 14, n. 2, DOI: 10.3390/healthcare14020225
- Richardson R., Connell T., Foster M., Blamires J., Keshoor S., Moir C. e Zeng I.S. (2024), *Risk and Protective Factors of Self-harm and Suicidality in Adolescents: An Umbrella Review with Meta-Analysis*, *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 53, n. 6, pp.1301-1322, DOI: 10.1007/s10964-024-01969-w
- Shaw G.A., Dupree J.L. e Neigh G.N. (2020), *Adolescent maturation of the prefrontal cortex: Role of stress and sex in shaping adult risk for compromise*, «*Genes, Brain and Behavior*», vol. 19, n. 3, DOI: 10.1111/gbb.12626
- Spear L.P. (2013), *Adolescent neurodevelopment*, «*Journal of Adolescent Health*», vol. 52, n. 2 pp. S7-S13, DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.05.006
- Treasure J., Duarte T.A. e Schmidt U. (2020), *Eating disorders*, «*The Lancet*» vol. 395, n. 10227, pp. 899-911, DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3
- Uddin R., Burton N.W., Maple M., Khan S.R. e Khan A. (2019), *Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study*, «*The Lancet Child and Adolescent Health*», vol. 3, n. 4, pp. 223-233, DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30403-6

Trauma e attaccamento nell'eziopatogenesi del disturbo borderline di personalità

*Trauma and attachment in the etiopathogenesis of borderline personality
disorder*

Zara Mehrnoosh ¹

¹ *Pedagogista, Psicologa-psicoterapeuta, Professore a contratto Università di Genova*

Sommario Il presente articolo, attraverso una disamina della letteratura psicoanalitica e la presentazione di due vignette cliniche, intende riportare alcune riflessioni sui fattori eziologici che possono concorrere allo sviluppo di una personalità borderline, consentendo una maggiore comprensione della patologia per discriminarla dalle *necessarie e naturali* crisi di sviluppo che coinvolgono l'adolescenza. Ciò può contribuire alla comprensione delle traiettorie di sviluppo che possono determinare l'emergere del disturbo consentendo la predisposizione di interventi psicoterapeutici preventivi, efficaci e mirati.

Parole chiave Psicoanalisi, attaccamento, eziopatogenesi, borderline

Abstract Through a review of psychoanalytic literature and the presentation of two clinical vignettes, this article aims to present some reflections on the etiological factors that may contribute to the development of a borderline personality. This may allow for a greater understanding of the disorder and help distinguish it from the *necessary and natural* developmental crises that occur during adolescence. This may contribute to understanding the developmental trajectories that can lead to the emergence of psychopathological disorders, allowing for the development of effective, targeted, and preventative psychotherapeutic interventions.

Key Words Psychoanalysis, attachment, etiopathogenesis, borderline

Introduzione

È trascorso circa un secolo da quando la tradizionale distinzione tra pazienti nevrotici e psicotici si è rivelata incompleta e riduttiva in seguito all'osservazione di quadri clinici complessi, che mostravano risposte paradossali e inattese alla psicoterapia, quali estrema sensibilità personale, brusche oscillazioni dell'umore, emozioni intense (soprattutto rabbia), difficoltà nella tenuta dell'esame di realtà con sintomi psicotici transitori, tendenza all'*acting* e comportamenti autolesionistici (Tanzilli e Lingiardi, 2024).

Sarà Adolph Stern, nel 1938, a coniare il termine *borderline* per identificare un gruppo di pazienti particolarmente resistenti al trattamento analitico e con caratteristiche miste, nevrotiche e psicotiche. Alla fine degli anni ottanta, è con gli studi pionieristici dello psichiatra Otto Kernberg che la sindrome borderline comincia ad assumere valenza diagnostica basandosi su leggi di funzionamento specifiche che hanno come caratteristiche principali una *diffusione dell'identità* (che implica la presenza di rappresentazioni di sé e degli oggetti tra loro differenziate ma scisse, povere, bidimensionali e affettivamente polarizzate), il predominio di *meccanismi di difesa primitivi* (scissione e identificazione proiettiva in primis, idealizzazione, svalutazione, onnipotenza e acting out) che danno vita a relazioni interpersonali intense, instabili e caotiche ed *esame di realtà* pressoché preservato (Tanzilli e Lingiardi, 2024). I pazienti borderline presentano inoltre manifestazioni aspecifiche di *debolezza dell'io* (come la difficoltà nel controllo degli impulsi, una grave incapacità a tollerare l'angoscia, scarse capacità di sublimazione) e un misto di *conflitti pre-edipici ed edipici* (Tanzilli e Lingiardi, 2024).

Per il DSM-5-TR (APA, 2023) il *disturbo borderline di personalità* è un pattern pervasivo di marcata impulsività, instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore. Per porre diagnosi vengono indicati cinque (o più) criteri specifici, che si manifestano entro la prima età adulta e sono presenti in diversi contesti:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es. spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es. episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.

8. Rabbia inappropriata, intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti eccessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici)
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

L'eziopatogenesi include fattori di rischio sia di tipo genetico che ambientale. A livello genetico si è osservato che i genitori dei pazienti con disturbo borderline possiedono una maggiore frequenza di disturbi psicopatologici, soprattutto depressione e abuso di sostanze e ciò può influire sia a livello ereditario, fornendo ai figli una particolare diatesi genetica per lo sviluppo di fattori psicopatologici, sia a livello della qualità della tutela (Poletti, 2010). Buona parte dei soggetti con disturbo borderline di personalità riporta infatti, nel periodo dell'infanzia esperienze di trascuratezza, maltrattamenti, fino all'abuso sessuale.

L'associazione tra fattori genetici e stressor ambientali (quali anche la mancanza di sintonizzazione affettiva con le figure primarie) porta a modifiche neurobiologiche a carico di particolari strutture cerebrali, quali l'amigdala, la corteccia prefrontale e le loro connessioni. Con l'adolescenza e il connesso sviluppo cerebrale il nodo affettivo e il nodo cognitivo regolatore vanno incontro a processi maturativi caratterizzati da tempi diversi, con una precocità di quello affettivo (Poletti, 2007). Questa disparità apre una finestra temporale di fragilità e rischio per l'insorgenza di disturbi affettivi, il controllo degli impulsi, i processi decisionali e la valutazione del rischio (Ammaniti, 2010; Poletti, 2007). In adolescenti segnati a livello neurobiologico da una precoce esposizione ad esperienze affettive traumatiche, questa disparità è esacerbata e il rischio di sviluppare sindromi psichiatriche è elevato.

Quale *nucleo centrale* per il Disturbo Borderline di Personalità?

Tenendo presente che nell'eziopatogenesi del disturbo borderline vi è una concorrenza di fattori di tipo genetico e ambientale, all'interno della cornice psicoanalitica un *nucleo* viene ricondotto a un conflitto fra pulsioni libidiche ed aggressive, insorto in epoca pre-edipica e affrontato attraverso il meccanismo di difesa primitivo della scissione, che mantenendo nettamente distinte le rappresentazioni positive e negative del Sè, *il buono e il cattivo*, concorre a impedire l'integrazione di aspetti contraddittori al fine di difendere la sicurezza dell'Io.

Alcuni autori, come Kernberg, hanno ricondotto l'eziologia del disturbo alle teorie di Margaret Mahler (Mahler et al., 1978). Se la disponibilità materna riveste un ruolo centrale nello stadio di separazione e individuazione che è fondamentale nella costruzione dell'identità, le figure primarie dei pazienti borderline appaiono trasmettere un messaggio contraddittorio: ogni tentativo di separazione e individuazione può comportare la perdita del loro amore e, al contempo, stare nella relazione comporta la perdita della possibilità di individuazione e autonomia. Questa dinamica raffigurerebbe il nucleo

inconscio alla base dell'instabilità nelle relazioni personali, nell'immagine del sé e nell'umore, che caratterizza il funzionamento borderline.

Altri autori, sostengono che la personalità borderline possa derivare da un deficit nella rappresentazione interna della figura primaria vissuta come incapace di sintonizzarsi con i bisogni di protezione del bambino, a mentalizzarne i vissuti e a fungere da rispecchiamento (Fonagy e Target, 2001; Fonagy e coll. 2005; Slade, 2010).

Infine, è interessante citare il contributo di Liotti (2014) che si interroga sulla possibilità di identificare il nucleo centrale del disturbo borderline di personalità integrando i diversi modelli proposti dalla psicoanalisi, per giungere a comprendere quali fattori siano implicati nella risposta emotiva abnorme ad eventi reali o immaginati di abbandono, separazione e solitudine; quali alimentino la difficoltà a modulare le reazioni emotive a causa di un deficit dei processi mentali superiori deputati a tale funzione (Fonagy e Target, 2001) e infine cosa concorra a definire la rappresentazione molteplice, contraddittoria e non integrata che il paziente ha di sé e degli altri. Identificare questo nucleo unitario consentirebbe di riflettere sul peso che, nell'eziopatogenesi del disturbo, possano avere le predisposizioni biologiche e temperamentali, le funzioni cognitive, i modelli operativi interni, gli stili difensivi e le esperienze traumatiche, consentendo non solo una maggiore comprensione della patologia ma anche lo studio di efficacia di percorsi di prevenzione e trattamenti.

La disorganizzazione dell'attaccamento

Lo sviluppo della personalità risulta legato all'interiorizzazione di *modelli operativi interni*, ovvero a quei modelli rappresentativi delle figure di attaccamento (Bowlby, 1989) che si costruiscono fin dalle prime interazioni infantili e contribuiscono in modo significativo allo sviluppo affettivo e cognitivo, assumendo un valore regolativo e predittivo per le future interazioni e modalità di percepire sé e gli altri. È l'ambiente a *nutrire* la nascita psicologica del bambino (Mahler et al., 1978; Caretti e coll., 2005) e ciò dovrebbe avvenire in termini di stimolazione adeguata che il *caregiver* può offrire alla mente del bambino attraverso le funzioni di rispecchiamento, contenimento e regolazione interattiva degli stati emotivi.

Se il bambino ha potuto fare esperienze precoci all'interno di un ambiente *sufficientemente buono* (Winnicott, 2007), potrà sviluppare un modello del Sé degno di valore e amore e una rappresentazione interna degli altri quali persone disponibili e affidabili. Tutto ciò sarà la *base sicura* per uno sviluppo sano e armonico della sua personalità e del suo intero organismo. Tale sviluppo sarà nutrito non solo da una genitorialità capace di prendersi cura dei suoi bisogni primari, ma anche (e soprattutto) da una *genitorialità riflessiva* capace di *tenere a mente la mente del bambino*, di giocare e immaginare insieme a lui, di offrire un contenimento emotivo, di aiutarlo a mettere in parole i suoi sentimenti e di

elaborare narrazioni autobiografiche significative. Una genitorialità riflessiva in grado di, e predisposta a, guardare dalla prospettiva del bambino (Slade, 2010; Fonagy e Target, 2001).

Diversamente, laddove sperimenterà interazioni precoci caratterizzate da trascuratezza emotiva, negligenza nelle cure primarie, abuso fisico e sessuale, vivrà gravi conseguenze sul funzionamento psichico, sulle future modalità di attaccamento, sulla capacità di autoregolare gli stati affettivi, di maturare processi autoriflessivi e mentalizzanti (Fonagy e Target, 2001). Tutto ciò avrà ricadute devastanti sul corpo e sullo sviluppo emotivo e neurobiologico (Ammaniti e Ferrari, 2020; Cirillo, 2021; Miller, 2005; Van Der Kolk, 2015; McWilliams, 2012; Pazzagli e Dazzi, 2005), alimentando una condizione di sofferenza e vulnerabilità (Nicolais e coll., 2005; La Marca e coll., 2015).

È soprattutto l'attaccamento *insicuro disorganizzato* (che si manifesta quando il caregiver è contemporaneamente fonte di conforto e di paura, creando un conflitto irrisolvibile per il bambino che si trova ad alternare comportamenti di allontanamento e avvicinamento), in assenza di fattori protettivi, a rivelare un potenziale patogeno per l'evoluzione di funzionamenti psicopatologici (Quaglia e Longobardi, 2007; Camaioni e Di Blasio, 2002; Speranza, 2010; Ricciutello e coll. 2012). Secondo Liotti (2014) il nucleo del disturbo borderline risiederebbe proprio nell'attaccamento disorganizzato, che comporta una rappresentazione molteplice e confusa di sé e della figura di attaccamento, deficit nelle capacità metacognitive, nella regolazione delle emozioni e ricorso frequente a strategie dissociative (Tanzilli e Lingardi, 2024). Nel modello operativo interno che corrisponde alla disorganizzazione dell'attaccamento ogni unità e coerenza rappresentativa è inesorabilmente e gravemente infranta. La sua attivazione comporta un'esperienza dissociativa, veicolando rappresentazioni non integrate, contraddittorie e drammatiche di sé e delle figure primarie. A sostegno di quest'ultima relazione, Ogawa e collaboratori (1997) e Dutra e collaboratori (2009) hanno rilevato in campioni ad alto rischio, come la disorganizzazione infantile e la mancanza di disponibilità materna, insieme a modalità comunicative affettive disturbate nel primo anno di vita, predicono in maniera significativa la sintomatologia dissociativa, rispetto alla gravità e alla cronicità di esperienze traumatiche di abuso e maltrattamento. Sottrarsi al contatto emotivo, non rispondere alle richieste del bambino, fornire risposte contraddittorie che possono disorientarlo nel momento di sua massima attivazione del comportamento di attaccamento, possono predire significativamente l'insorgere della dissociazione.

Vignette cliniche

Alice (14 anni) entra nella stanza di psicoterapia assumendo un atteggiamento di aggressività, oppositività e sfida. La sua prima comunicazione alla terapeuta riguarda la volontà di non rivolgerle parola e che la sua presenza è unicamente il frutto di una costrizione da parte dei medici dell'Unità

Operativa Complessa di Psichiatria che l'hanno seguita durante un recente ricovero ospedaliero a seguito di gravi crisi dissociative. Un percorso che non le è servito a niente.

La sintomatologia riferita è costituita da attacchi di ansia e panico, ideazioni anticonservative, comportamenti autolesionistici (*cutting*), difficoltà alimentari caratterizzate da diete estreme e rifiuto di assumere liquidi. A ciò si associa l'abbandono scolastico sostenuto fermamente con l'opposizione a ogni tentativo che i docenti provano a fare per riportarla a scuola. Docenti descritti come *stronzi e dementi, incapaci di fare il proprio mestiere*. Un abbandono scolastico a cui i genitori appaiono non reagire e che, agli occhi di Alice, minimizzano, alimentando in lei una sensazione di *solitaria confusione*. La madre viene descritta come forte, autonoma, impegnata nel lavoro e frequentemente assente da casa e dalla quotidianità di Alice; il padre come una persona che non mostra mai ciò che pensa e che, *piuttosto che prendersi una responsabilità, dà sempre ragione alla madre* anche quando questa, per Alice, ha torto. Ma più di tutto Alice non riesce a tollerare il suo carattere ironico, un'ironia che appare assumere la forma di un bastione invalicabile che lo tiene lontano da lei, dai suoi bisogni di bambina prima e di adolescente ora, dalla possibilità di una comprensione più profonda del suo mondo interno che appare essere sminuito e messo in ridicolo. Ogni pensiero più intimo, ogni errore, desiderio, domanda o dubbio, viene trattenuto per la vergogna di *essere deriso* e svalutato. Istanze che non sente di poter presentare neanche alla madre, vista come assente, rigida e incentrata solo su sé stessa.

Le descrizioni di Alice prendono forma anche nei colloqui tra la terapeuta e le figure genitoriali, che tendono ad assumere toni giudicanti ed ironici nei confronti della sua professionalità, della severità del quadro patologico della figlia e delle possibili scelte terapeutiche.

Alice si presenta agli incontri terapeutici con continuità e puntualità, nascondendo il bisogno di quell'ascolto e contenimento dietro la sua maschera oppositiva e irriverente. Alcuni mesi più tardi, con fatica e sofferenza, racconta alla psicoterapeuta di aver subito violenze sessuali da parte del fidanzato, caratterizzate non solo da abusi fisici ma anche, e soprattutto, psicologici. Abusi a cui non riusciva a sottrarsi e di cui non è mai riuscita a parlare, né in famiglia né con le sue *migliori* amiche. Questa apertura la porta a descrivere i sentimenti di vuoto e angoscia che pervadono la sua mente. Sentimenti e pensieri mai descritti prima e che tenta, drammaticamente, di celare dietro quella maschera di sfida con cui si relaziona al mondo.

Francesca (17 anni) inizia un percorso di psicoterapia nella disperata ricerca di un'etichetta diagnostica che possa dare forma alla sua identità e personalità, descritta come profondamente ansiosa e caratterizzata da difficoltà alimentari, disturbi del sonno e comportamenti autolesionistici (*cutting*).

Già seguita dai Servizi Sociali e Sanitari, racconta un vissuto familiare caratterizzato da profondi conflitti genitoriali, violenze fisiche e verbali, frequenti allontanamenti e illusori ricongiungimenti.

Nell'ultimo anno il peggioramento della sua sintomatologia appare procedere di pari passo con l'aggravarsi di quella presentata dal padre (dipendente da alcool e droghe) e con l'affiorare alla sua mente di lontani ricordi legati a un abuso sessuale perpetrato da parte di uno zio. Nei momenti in cui i dettagli dei ricordi assumono una forma sempre più nitida e intrusiva, si manifestano intensi episodi dissociativi a cui seguono diversi ricoveri presso l'Unità Operativa Complessa di Psichiatria.

Nel percorso psicoterapeutico ora intrapreso porta, dentro la stanza d'analisi, personaggi famigliari descritti come incapaci di adempiere alla loro funzione genitoriale e colpevoli di *averle dato* un'infanzia infelice caratterizzata da uno stato di allerta costante, in cui ogni parola o piccolo gesto poteva scatenare la rabbia del padre. Situazioni a cui la madre non riusciva a reagire, se non con passività e rassegnazione e che lasciavano in Francesca terrore e angoscia. Ora questo terrore si è trasformato in rabbia. Una rabbia violenta rivolta a quella figura materna vista come immensamente fragile e incapace di prendersi cura di lei, di ribellarsi e *allontanare il padre violento, drogato e alcolizzato*. Una rabbia pervasiva attraverso la quale ribadire con fermezza il suo disprezzo e la volontà a non volerla mai perdonare per *averle rovinato la vita* ma soprattutto perché colpevole di non credere ai suoi ricordi e di non intervenire per allontanare, *dalla sua vita*, anche la figura abusante. Una madre *colpevole*, alla quale però chiede disperatamente amore e con la quale possiede un rapporto fusionale, che trova espressione nella condivisione del letto per il sonno notturno, nel susseguirsi compulsivo di messaggi WhatsApp a descrizione di ogni momento della giornata e nella richiesta costante di *rimanere* in videochiamata con lei, anche con un microfono muto e una telecamera spenta, quando lei è a lavoro.

Il rapporto con la terapeuta tende a oscillare tra le polarità di *attacco e fuga*: frequenti attacchi verbali accompagnati da pianti intensi e rabbiosi, intervallati da lunghi periodi di interruzione del percorso e un *drop out*, tre anni più tardi, che mostrerà *l'inevitabile soluzione a un percorso che non funziona vista l'incapacità della terapeuta di poterla aiutare*.

Conclusioni

Nelle due vignette presentate si osservano alcuni elementi che se letti attraverso il concetto di *disorganizzazione dell'attaccamento*, possono contribuire alla comprensione dell'eziopatogenesi del funzionamento borderline di personalità che caratterizza le due giovani pazienti.

Alice e Francesca presentano le caratteristiche di un profilo di funzionamento caratterizzato da relazioni interpersonali instabili e intense, dall'alternanza tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione; ideazioni anticonservative; sentimenti cronici di vuoto; difficoltà a controllare la rabbia e sintomi dissociativi. A ciò si associa il ricorso a meccanismi di difesa primitivi (identificazione proiettiva, scissione, idealizzazione e svalutazione) che vanno a disegnare uno stile emergente di personalità che si muove oltre le *crisi* che caratterizzano la naturale (e necessaria) evoluzione emotiva e affettiva della fase

adolescenziale. Se nel naturale percorso di crescita, l'adolescente è chiamato a rinegoziare i contenuti simbolici e reinvestire narcisisticamente i *nuovi* aspetti del Sé, controbilanciando i processi di lutto necessari per favorire il processo di separazione e individuazione dalle figure genitoriali, per acquisire una personale identità, l'accettazione di un corpo che muta, la scoperta di un'identità sessuale, lo sviluppo di una identità sociale che si fonda, spesso in modo estremo, sul bisogno di riconoscimento e ammirazione nel gruppo dei pari, la possibilità di fronteggiare tutti questi mutamenti può comportare momenti di *naturale* spaesamento e perturbazione. Il superamento dei compiti evolutivi non sono, infatti, operazioni facili e comportano la messa in atto di tutte quelle funzioni sviluppate nelle fasi di sviluppo precedenti. Nelle due vignette presentate, appare chiaro come le gravi perturbazioni che attraversano la sfera emotiva e affettiva di Alice e Francesca, siano fortemente diverse dalle tipiche *crisi di sviluppo* che coinvolgono gli adolescenti, per presentarsi invece come il consolidamento di un'organizzazione di personalità di tipo patologico.

Nella loro storia clinica possiamo rintracciare un modello operativo interno caratterizzato dall'immagine di figure primarie descritte come incapaci di *vedere* e *contenere* i loro stati emotivi, confondenti e inaffidabili, buone e cattive, violente e vulnerabili. La mancanza di supporto e contenimento, che ne deriva, appare imprigionarle negli effetti di un trauma emotivo che produce, nel tempo, effetti devastanti sulla loro psiche. Le loro analisi risultano complesse e difficili, anche per la psicoterapeuta che si trova ad osservare continui agiti impulsivi, *attacchi* alla sua figura, l'instaurarsi di una relazione caratterizzata da idealizzazione e svalutazione, che assume forma concreta nelle interruzioni e allontanamenti. Ma non solo. Il loro percorso terapeutico risulta complesso anche per l'estrema difficoltà per la terapeuta di poter instaurare un'alleanza terapeutica con le figure genitoriali, che anche entro la stanza di analisi portano gli effetti delle loro modalità relazionali disorganizzate.

All'interno di questa cornice, assumere come focus interpretativo il modello di attaccamento disorganizzato può consentire di comprendere con maggiore chiarezza i fattori eziologici che concorrono allo sviluppo della personalità borderline, permettendo non solo una maggiore comprensione della patologia (per discriminarla dalle *necessarie* e *naturali* crisi di sviluppo che coinvolgono l'adolescenza) ma anche poter predisporre efficaci di percorsi di prevenzione e trattamento psicoterapeutico.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2023), *DSM-5-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano

- Ammaniti M. (2010), *Psicobiologia e psicopatologia dello sviluppo*, in Ammaniti (ed.), *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorico e percorsi a rischio*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Ammaniti M. e Ferrari P.F. (2020), *Il corpo non dimentica. L'lo motorio e lo sviluppo della relazionalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Bowlby J. (1989), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Camaioni L. e Di Blasio P. (2002), *Psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna
- Caretti V., Craparo G., Ragonese N. e Schimmenti A. (2005), *Disregolazione affettiva, trauma e dissociazione in un gruppo non clinico di adolescenti. Una prospettiva evolutiva*, «Infanzia e Adolescenza», vol. 4, n. 3, pp. 170-178, DOI: 10.1710/954.10446
- Cirillo G. (2021), *Il bambino trascurato*, «Ricerca & Pratica» vol. 37, n. 2, pp. 62-74, DOI: 10.1707/3589.35728
- Dutra L., Bureau J.F., Holmes B., Lyubchik A. e Lyons-Ruth K. (2009), *Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation*, «The Journal of Nervous and Mental Disease», vol. 197, n. 6, pp. 383-390, DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181a653b7
- Fonagy P. e Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L. e Target M. (2005), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Liotti G. (2014), *Il nucleo dissociativo del disturbo borderline di personalità: implicazioni per la psicoterapia*, «Psicoterapia Cognitiva e comportamentale», vol. 20, n. 3, pp. 267-280
- La Marca L. Minghetti M., Baldoni F. e Schimmenti A. (2015), *Trascuratezza emotiva e sviluppo della personalità: un'esemplificazione clinica attraverso l'analisi di un protocollo adult attachment interview*, «Psichiatria e Psicoterapia» vol. 34, n.1, pp.3-25
- Mahler M., Pine F. e Bergman A. (1978), *La nascita psicologia del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino
- McWilliams N. (2012), *La diagnosi psicoanalitica*, Casa Editrice Astrolabio, Roma
- Miller A. (2005), *La rivolta del corpo. I danni di un'educazione violenta*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Nicolais G. Speranza A.M., Bacigalupi M. e Gentile L. (2005), *Il trauma in età evolutiva: inquadramento diagnostico e correlati neurobiologici*, «Infanzia e adolescenza», vol. 4, n. 3, pp. 187-199, DOI: 10.1710/954.10448
- Pazzagli C. e Dazzi N. (2005), *Stato della mente rispetto all'attaccamento e organizzazione della memoria autobiografica: uno studio preliminare su un gruppo di adolescenti con storia infantile di abusi*, «Infanzia e adolescenza», vol. 4, n. 3, pp. 156-169, DOI: 10.1710/954.10445

- Poletti M. (2010), *Aspetti neuroevolutivi del Disturbo Borderline di Personalità*, «Psicologia clinica dello sviluppo» n. 3, pp. 449-469
- Poletti M. (2007), *Sviluppo cerebrale, processi decisionali e psicopatologia in adolescenza*, «Giornale italiano di psicopatologia», n. 15, pp. 358-366
- Ogawa J.R., Sroufe L.A., Weinfield N.S., Carlson E.A. e Egeland B. (1997), *Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample*, «Development and Psychopathology», vol. 9, n. 4, pp. 855-879, DOI: 10.1017/s0954579497001478
- Quaglia R. e Longobardi C. (2007), *Psicologia dello sviluppo. Teorie, modelli e concezioni*, Erickson, Trento
- Ricciutello C., Cheli M., Montenegro M.E, Campieri M., Fini A. e Pincanelli F. (2012), *Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo*, «Rivista di psichiatria», vol. 47, n. 5, pp. 413-423, DOI: 10.1708/1175.13032
- Slade A. (2010), *Relazione genitoriale e funzione riflessiva*, Casa Editrice Astrolabio, Roma
- Speranza A.M. (2010), *Disturbi della relazione e dell'attaccamento*, in Ammaniti (ed.), *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*, Raffaello Cortina Editore, Roma
- Stern A. (1938), *Psychoanalytic investigations of and therapy in the borderline group of neuroses*, «The Psychoanalytic Quartely», n. 7, n. 4, pp. 467-489, DOI: 10.1080/21674086.1938.11925367
- Tanzilli A. e Lingiardi V. (2024), *Stili e disturbi di personalità*, in Lingiardi V. (ed.), *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Van Der Kolk B. (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Winnicott D.W (2007), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma

L'assessment di personalità in età evolutiva: uno studio sperimentale su bambini con diagnosi di ADHD

Personality assessment during childhood: an empirical study on children diagnosed with ADHD

Marzia Tschabold ¹, Alexandro Fortunato ¹ e Anna Maria Speranza ¹

¹ Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute dell'Università Sapienza di Roma

Sommario Adottando una nuova proposta avanzata dal PDM-3, il presente studio intende esplorare i pattern emergenti di personalità in un campione di bambini con diagnosi di ADHD. Il campione clinico, composto da 30 bambini tra i 4 e gli 11 anni, è stato confrontato con un campione normativo composto da 30 bambini nella stessa fascia d'età privi di diagnosi. Entrambi i campioni sono stati valutati mediante il CPAP-Q e CBCL. Le analisi svolte hanno evidenziato nel campione clinico un funzionamento di personalità complessivamente più compromesso e molto eterogeneo, con la prevalenza di pattern disregolati. Tali risultati supportano l'utilità clinica di svolgere un assessment di personalità in età evolutiva, suggerendo che possa contribuire ad una comprensione più articolata del sintomo e alla formulazione di un trattamento più efficace.

Parole chiave Infanzia, personalità, ADHD, PDM-3

Abstract Adopting a new proposal advanced by the PDM-3, this study aims to explore emerging personality patterns in a sample of children diagnosed with ADHD. The clinical sample, consisting of 30 children aged between 4 and 11 years old, was compared with a normative sample of 30 age-matched children with no diagnosis. Both samples were assessed using the CPAP-Q and the CBCL. Data revealed that the clinical sample showed a more compromised and highly heterogeneous level of personality functioning, with a prevalence of dysregulated patterns. These results support the clinical utility of assessing personality in developmental age, suggesting that it may contribute to a more nuanced understanding of symptoms and the formulation of more effective treatment strategies.

Key Words Childhood, personality, ADHD, PDM-3

Introduzione

Caratterizzato da pattern pervasivi, persistenti e maladattivi di disattenzione, iperattività ed impulsività, il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD o DDAI) rappresenta attualmente una delle condizioni cliniche più frequentemente osservate in età evolutiva - con una prevalenza globale del 7,6% (Jongrakthanakij et al., 2026) - ed è tra i principali motivi di accesso ai Servizi per l'infanzia.

Oltre ad essere connotato da un deficit delle funzioni esecutive e delle competenze di autoregolazione (Pozo-Rodríguez et al., 2026), il disturbo è associato a rilevanti compromissioni in diversi ambiti del funzionamento del bambino. In particolare, le difficoltà attentive e nel controllo degli impulsi incidono significativamente sull'area dell'apprendimento e sul contesto scolastico, provocando uno scarso rendimento e la sperimentazione di ripetute esperienze di insuccesso, che nei casi più gravi possono condurre a fenomeni di dispersione scolastica (Pagerols et al., 2026; de Veen et al., 2025).

Sul piano familiare tali difficoltà possono essere causa di elevati livelli di stress genitoriale e di un aumento dei conflitti genitore-bambino a causa della strutturazione di relazioni caratterizzate da dinamiche coercitive o punitive (Zhao et al., 2025; Chang et al., 2021).

Anche il funzionamento sociale risulta frequentemente compromesso, con difficoltà nei processi di socializzazione, problematiche nelle relazioni con i pari, emarginazione o maggiore rischio di inserimento in gruppi dissociali (Liu et al., 2025; Storebø et al., 2019).

L'interazione tra queste aree di compromissione funzionale può avere ricadute significative sullo sviluppo dell'identità del bambino. Le ripetute esperienze di insuccesso, rifiuto o conflitto possono infatti interferire con la costruzione di un senso del Sé adeguato e coerente, favorendo al contrario vissuti di inadeguatezza ed una riduzione del senso di autoefficacia, che possono perdurare fino all'adolescenza (Stern et al., 2025). Come evidenziato da studi longitudinali, in assenza di un adeguato intervento, questo quadro maladattivo tende a persistere nel tempo, portando ad esiti variegati. In adolescenza l'ADHD può infatti spesso essere associato ad un elevato rischio di abuso di sostanze e criminalità, ma anche ad un'attenuazione dell'iperattività motoria, sostituita dall'insorgenza di sintomi internalizzanti quali ansia, depressione e ideazioni suicidarie (Foulds et al., 2025).

In questa prospettiva, si evidenzia che nel momento in cui tali difficoltà non sono identificate e trattate precocemente, il solo intervento focalizzato sulla diminuzione dell'iperattività e sull'aumento della capacità di concentrazione, non otterrà i risultati previsti nell'interesse globale del benessere e della salute del bambino (Wang et al., 2026). Una lettura focalizzata esclusivamente sul sintomo, infatti, rischia di non cogliere la complessità del funzionamento psicologico del bambino che lo manifesta, né le differenze individuali che caratterizzano quadri clinici apparentemente omogenei.

Alla luce di tali considerazioni, il Manuale Diagnostico Psicodinamico, nella sua terza edizione

(Lingiardi e McWilliams, 2025), propone un modello che consente di collocare la sintomatologia all'interno di una comprensione più ampia e articolata del funzionamento dell'individuo, proponendosi come una tassonomia di persone più che di sintomi. Nello specifico, per la fascia d'età compresa tra i 4 e gli 11 anni, il Manuale propone una valutazione multilivello del funzionamento psicologico, organizzata su tre assi: l'asse dedicato alla valutazione del funzionamento mentale (*Asse MC - Profilo del funzionamento mentale nell'infanzia*) consente di esplorare un insieme di 13 capacità psicologiche fondamentali per lo sviluppo (come la capacità di mentalizzazione, la capacità di differenziazione e integrazione o la capacità di regolazione degli impulsi), fornendo ai clinici gli strumenti necessari per descrivere lo stato psicologico del bambino e contestualizzarlo all'interno della fase di sviluppo che sta attraversando.

Accanto alla valutazione del funzionamento mentale, l'Asse PC (*Livelli di organizzazione della personalità emergente e difficoltà nell'infanzia*) permette di valutare il livello di organizzazione della personalità emergente del bambino, adottando il modello strutturale di Kernberg, lungo un continuum che va da un funzionamento sano a livelli progressivamente più compromessi, arrivando a configurazioni di tipo psicotico.

L'ADHD viene collocato nel terzo asse (*Asse SC - Pattern sintomatologici nell'infanzia: l'esperienza soggettiva*) all'interno del quale la sintomatologia viene considerata alla luce delle esperienze soggettive del bambino, considerando il modo in cui il sintomo viene interiorizzato e assume significato all'interno della sua esperienza emotiva e relazionale. In questo senso, il PDM-3 consente di comprendere l'ADHD non solo in termini di manifestazioni comportamentali osservabili, ma come espressione di un funzionamento psicologico complesso, in cui sintomi, funzionamento mentale e l'organizzazione di personalità si influenzano reciprocamente. In questa nuova edizione, il Manuale avanza anche una proposta clinica basata sulle ricerche empiriche più recenti, che prevede la possibilità di descrivere pattern emergenti di personalità intesi come configurazioni ancora in evoluzione del funzionamento di personalità del bambino. Tali pattern non vengono dunque concepiti come strutture di personalità consolidate, né da intendersi come diagnosi di disturbi di personalità, bensì come modalità ricorrenti di organizzazione dell'esperienza di Sé, dell'altro e degli affetti, suscettibili di cambiamento nel corso dello sviluppo.

Questa proposta trova fondamento empirico negli studi condotti con il Child Personality Assessment Procedure Q-Sort (Fortunato et al., 2021), uno strumento di valutazione clinician-report sviluppato per bambini di età compresa tra i 4 e gli 11 anni, che consente di identificare differenti configurazioni di pattern di personalità emergenti, offrendo una lettura articolata delle modalità con cui il bambino organizza l'esperienza emotiva e relazionale. In linea con il modello del PDM-3, tali pattern permettono di comprendere come la sintomatologia si inserisca nel funzionamento complessivo del paziente, evitando una lettura frammentata o esclusivamente categoriale del quadro clinico.

L'applicazione di questa prospettiva risulta particolarmente interessante nel caso dell'ADHD,

condizione caratterizzata da una marcata eterogeneità clinica, che comprende una notevole variabilità di manifestazioni, individuali e relative a sottogruppi, le cui eziologie vanno da anomalie neurologiche a fattori sociali e ambientali. Alla luce di queste considerazioni, il presente studio si colloca all'interno dell'innovativa proposta clinica avanzata dal PDM-3 e sostenuta dagli studi sul CPAP-Q, con l'obiettivo di esplorare i pattern emergenti di personalità in un campione di bambini con ADHD, contribuendo ad una comprensione più approfondita del sintomo in relazione al bambino che lo manifesta, al fine di orientare in modo più mirato l'intervento clinico.

Materiali e metodi

Partecipanti

Lo studio ha coinvolto due gruppi di bambini di età compresa tra i 4 e gli 11 anni: un campione clinico composto da 30 bambini con diagnosi primaria di ADHD e un campione normativo di 30 bambini che non presentavano alcuna diagnosi psicopatologica. I dati del campione clinico sono stati forniti da un pool di psicologi, psicoterapeuti e neuropsichiatri dell'età evolutiva reclutati dall'elenco dei membri delle associazioni nazionali di psicoterapia dell'età evolutiva e da centri specializzati nel trattamento di minori. I bambini appartenenti a questo campione erano in valutazione o trattamento da almeno due mesi e non assumevano terapia farmacologica.

Il campione normativo è stato invece reclutato attraverso famiglie volontarie e valutato da clinici in formazione a seguito di incontri domiciliari. Lo studio è stato approvato dalla Commissione Etica del Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute dell'Università di Roma La Sapienza (n. 25/2017).

	<i>campione normativo</i>	<i>campione clinico</i>
N	30	30
N maschi	22	22
N femmine	8	8
Età media (anni)	9	9.5
Diagnosi	nessuna	ADHD
Età media madri (anni)	45	43,9
Età media padri (anni)	48	45,6
N coppie genitoriali conviventi/sposate	24	22
N coppie genitoriali separate/divorziate	6	8

Tab. 1 - Tabella riassuntiva delle caratteristiche dei due campioni

Strumenti

Child Behavior Checklist – Clinician Version

Il Child Behavior Checklist-Clinician Version (Achenbach, 1991) è un questionario che valuta le difficoltà comportamentali ed emotive e le competenze sociali in bambini e adolescenti. Permette di esplorare un ampio spettro di caratteristiche evolutive, valutando il comportamento attraverso due scale che indagano rispettivamente sintomi internalizzanti ed esternalizzanti. È composto da 128 items raggruppati in 11 scale che valutano le problematiche del bambino e 4 scale che ne valutano le competenze a cui il clinico può rispondere su una scala a 3 punti che va da 0 (non vero/per niente o mai) a 2 (molto vero/spesso). Analogamente alle versioni parent e teacher report, la versione clinician report dello strumento ha dimostrato alti livelli di validità e attendibilità (Achenbach, 1991; Achenbach e Rescorla, 2000). In uno studio di validazione italiana (Frigerio et al., 2004), le scale hanno inoltre dimostrato di avere una coerenza interna soddisfacente con alti valori dei coefficienti alpha, il che evidenzia una buona applicabilità dello strumento in Italia.

Child Personality Assessment Procedure Q-Sort

Il CPAP-Q (Fortunato et al., 2021) è uno strumento clinician-report ideato per l'assessment dei pattern emergenti di personalità infantili nei bambini dai 4 agli 11 anni. Si basa su una metodologia Q-Sort, molto utilizzata nell'assessment di personalità (Westen et al., 2003, 2014; Westen e Shedler, 1999, 1999b). Lo strumento è composto da 200 item formulati in modo semplice, ateoretico e non gergale, che il clinico è portato ad ordinare in otto categorie in base al grado con il quale questi descrivono il paziente. Il punteggio 0 viene attribuito agli item che sono irrilevanti o che non descrivono per nulla il paziente; il punteggio 7 viene assegnato agli item considerati altamente descrittivi; i punteggi intermedi vengono attribuiti agli item che descrivono il bambino a vari livelli. Lo strumento identifica 7 prototipi diagnostici di pattern emergenti di personalità empiricamente derivati che hanno dimostrato buoni livelli di validità e attendibilità (Fortunato et al., 2021):

1. Alto funzionamento
2. Borderline/Impulsivo
3. Borderline/Disregolato
4. Schizoide
5. Inibito/Autocritico
6. Ossessivo
7. Disforico/Dipendente

È opportuno precisare che le denominazioni utilizzate per indicare i pattern emergenti di personalità del CPAP-Q non coincidono pienamente con quelle riportate nel PDM-3. Tale differenza nasce dal fatto che le presenti categorie sono state derivate empiricamente, mentre quelle inserite all'interno del Manuale e nate sulla base di tali studi, sono state modificate per evitare l'impiego di terminologie potenzialmente fuorvianti (come l'utilizzo del termine "borderline", già usato per descrivere l'organizzazione di personalità). Al di là delle differenze terminologiche, la descrizione dei pattern rimane sostanzialmente sovrapponibile e coerente con quelli descritti nel PDM-3.

Analisi dei dati

Tutte le analisi statistiche sono state svolte utilizzando SPSS 24 per Windows (IBM, Armonk, NY). È stato calcolato un T-test per campioni indipendenti tra le scale del CBCL dei due campioni per verificare se questi fossero effettivamente diversi tra loro e che le loro differenze non fossero legate all'azione del caso. Sono state poi condotte analisi descrittive finalizzate ad esplorare la distribuzione dei pattern di personalità nei due campioni.

Risultati

I risultati ottenuti al T-test per campioni indipendenti svolto sulle scale del CBCL (Tabella 2) mostrano che le medie del campione normativo e di quello clinico sono significativamente diverse tra loro e che questa differenza non è attribuibile all'azione del caso.

Proseguendo con le analisi, anche il T-test per campioni indipendenti svolto sulle scale dei pattern emergenti di personalità del CPAP-Q (Tabella 3) ha mostrato delle differenze significative nei due campioni. L'unica eccezione è data dal pattern emergente di personalità ossessivo, che per poco non risulta significativo ($p = 0.051$). Questo può essere spiegato dal fatto che i tratti ossessivi nei bambini molto spesso vengono valutati come positivi e non come disadattivi, soprattutto nel contesto scolastico. Per questo motivo, anche se di poco, non si nota una differenza significativa per questo pattern di personalità tra il gruppo clinico e quello normativo. In linea con i dati ottenuti al T-test per campioni indipendenti sulle scale del CPAP-Q, l'istogramma 1 permette di confrontare i due campioni sulla base delle medie dei punteggi grezzi ottenuti alla scala del pattern emergente di personalità ad alto funzionamento e ai pattern emergenti disfunzionali valutati con il CPAP-Q. Come atteso, è possibile osservare punteggi mediamente più alti alle scale dei pattern emergenti di personalità disfunzionali nel campione clinico rispetto al normativo e, al contrario, punteggi più alti al pattern emergente di personalità ad alto funzionamento nel campione normativo rispetto a quello clinico.

Scale CBCL	Campione normativo		Campione clinico		<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>Media</i>	<i>Dev.st</i>	<i>Media</i>	<i>Dev.st</i>		
Ansia/Depressione	3,77	3,38	7,17	5,246	-2,984**	58
Ritiro/Depressione	1,27	1,311	2,87	3,126	-2,585*	58
Lamentele Somatiche	0,9	1,348	2,47	3,17	-2,491*	58
Problemi Sociali	1,8	2,219	5,87	3,148	-5,783***	52,109
Problemi di pensiero	1,4	1,522	3,77	3,626	-3,296**	58
Problemi Attenzione	2,93	3,129	11,4	3,49	-9,894***	57,321
Trasgressione Regole	2,47	2,255	4,6	3,719	-2,686**	47,781
Comportamenti Aggressivi	2,93	2,864	13,27	6,695	-7,772***	58
Scala dei Problemi Internalizzanti	5,93	4,37	12,5	9,811	-3,349***	58
Scala dei Problemi esternalizzanti	5,4	4,415	17,87	9,744	-6,383***	58
Profilo Totale	21,6	14,665	55,57	22,093	-7,016***	58
Problemi affettivi	1,63	1,752	4,7	3,761	-4,048***	58
Problemi di ansia	3,2	2,631	5	3,62	-2,203*	52,959
Problemi somatici	0,23	0,774	1,43	2,622	-2,404*	58
Deficit dell'Attenzione/iperattività	2,57	2,609	9,27	2,651	-9,866***	57,985
Problemi Oppositivo-Provocatoria	1,37	1,671	5,47	2,403	-7,673***	51,729
Problemi della Condotta	2,57	2,3	6,07	5,477	-3,227*	58

Tab. 2 - T-test sulle scale del CBCL^b nei due campioni (N campione normativo = 30; N campione clinico = 30)

^bChild Behavior Checklist – Clinician Version (Achenbach, 1991); * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

Scale CPAP-Q	Campione normativo		Campione clinico		<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>Media</i>	<i>Dev.st</i>	<i>Media</i>	<i>Dev.st</i>		
Alto funzionamento	97,93	15,702	57,37	20,827	8,519***	53,917
Borderline/Impulsivo	20,47	16,137	63,7	24,655	-8,036***	58
Borderline/Disregolato	24,83	15,596	54,2	19	-6,544***	55,878
Schizoide	17,8	13,069	45,07	17,599	-6,813***	58
Inibito/Autocritico	35,3	21,983	52,23	21,352	-3,026**	57,951
Ossessivo	41,1	16,635	49,27	21,133	-1,663	54,967
Disforico/Dipendente	25,03	17,079	48,53	19,024	-5,035***	57,338

Tab. 3 - T-test sulle scale del CPAP-Q^a nei due campioni (N campione normativo = 30; N campione clinico = 30)

^a Childhood Personality Assessment Procedure-Q Sort (Fortunato et al., 2021); * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

Il seguente istogramma (fig.1) riporta il confronto tra i punteggi medi ottenuti alle scale di personalità sana e disfunzionale del CPAP-Q^a nei due campioni.

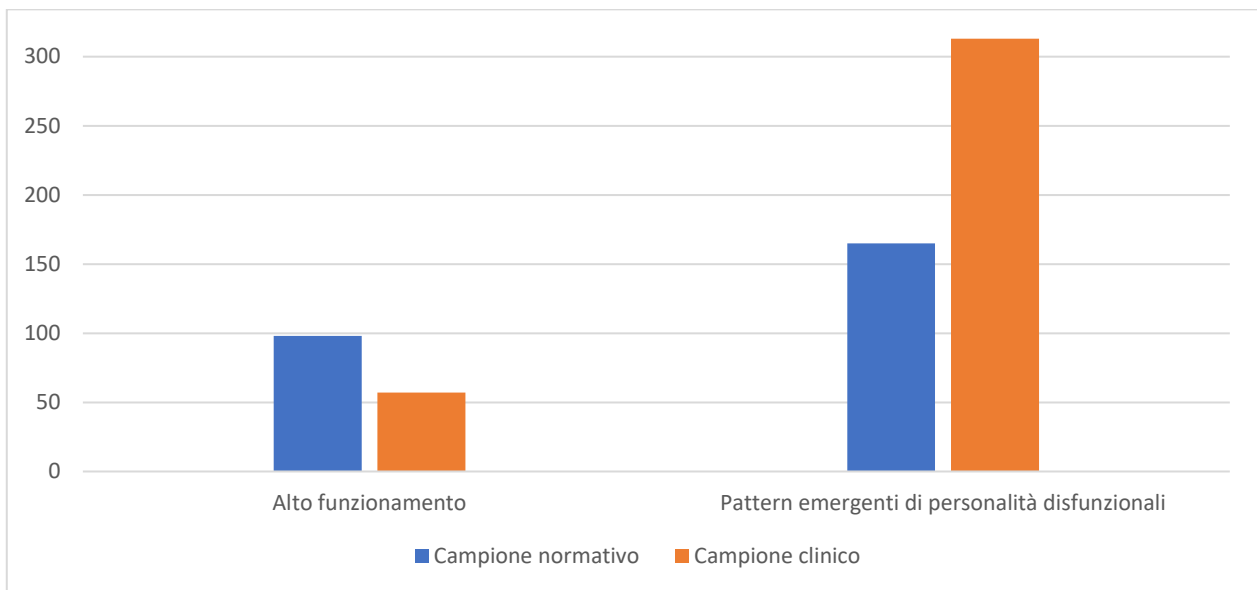


Fig. 1 - Childhood Personality Assessment Procedure-Q Sort (Fortunato et al., 2021)

Il secondo istogramma (fig. 2) permette invece di confrontare visivamente le medie dei punteggi grezzi ottenuti ad ogni scala del CPAP-Q in entrambi i campioni, fornendo una panoramica più specifica delle caratteristiche di personalità predominanti nei due gruppi.

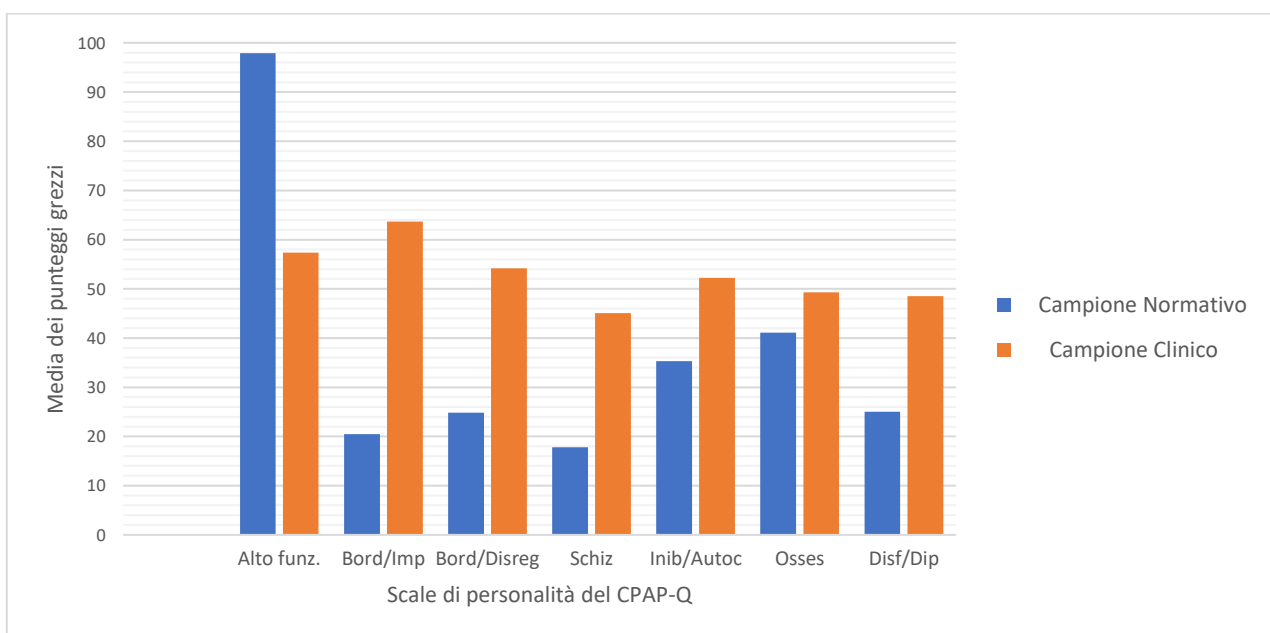


Fig. 2 - Childhood Personality Assessment Procedure-Q Sort (Fortunato et al., 2021)

A differenza del campione normativo, che presenta per la maggior parte un pattern emergente di personalità ad alto funzionamento, la distribuzione dei profili di personalità nel campione clinico evidenzia una marcata eterogeneità nonostante sia composto da bambini che presentano la stessa diagnosi clinica. Il pattern predominante risulta essere quello borderline/impulsivo, seguito da quello ad alto funzionamento e dal borderline/disregolato, che supera di poco il profilo inibito/autocritico, l'ossessivo, il disforico/dipendente e lo schizoide.

Discussione

I risultati ottenuti sottolineano il valore clinico della valutazione della personalità in età evolutiva. Nel complesso, il campione clinico mostra un funzionamento di personalità maggiormente compromesso rispetto al campione normativo, evidenziato dalla presenza di punteggi medi significativamente più elevati sulle scale dei pattern emergenti di personalità disfunzionali.

Questo dato suggerisce l'importanza di considerare, accanto alla dimensione sintomatologica, anche la progettazione di un intervento che tenga conto del funzionamento di personalità, dimensione che inevitabilmente influenza e al tempo stesso è influenzata dai sintomi, essendo la personalità una diatesi significativa per la psicopatologia.

Allo stesso tempo, l'eterogeneità dei pattern emergenti di personalità osservata nel campione clinico indica che la diagnosi di ADHD, se considerata dal punto di vista meramente sintomatologico, rischia di mascherare differenze psicologiche informative del funzionamento del paziente, che possono essere rilevanti per la formulazione del caso e per il trattamento.

Ad esempio, nei casi in cui l'ADHD si inserisce all'interno di un pattern emergente di personalità ad alto funzionamento, la sintomatologia, inserendosi in una struttura psicologica integra, può essere letta prevalentemente in termini di difficoltà nelle funzioni esecutive, con buone risorse di integrazione dell'esperienza emotiva e relazionale. In questi casi gli interventi possono focalizzarsi maggiormente sugli aspetti sintomatologici e sul supporto delle funzioni esecutive stesse, sostenendo le risorse già presenti. I bambini con questo pattern emergente di personalità, infatti, mostrano in genere un senso di Sé coeso, un esame di realtà intatto e gestiscono bene la loro autostima.

In linea con la letteratura sulla comorbilità tra ADHD e personalità borderline in adolescenti e adulti (Tiger et al., 2022; O'Grady e Hinshaw, 2023) all'interno del campione clinico i pattern emergenti di personalità borderline disregolato e impulsivo risultano essere i più diffusi.

Contrariamente al primo caso, una sintomatologia ADHD inserita all'interno di questa configurazione di personalità suggerisce che, in questi casi, le difficoltà comportamentali e attentive possano rappresentare l'espressione di difficoltà più profonde nella sfera della regolazione affettiva.

Questi bambini sono infatti caratterizzati da instabilità dell'umore, impulsività, rabbia e utilizzano principalmente difese di livello immaturo. Tendono a sperimentare rapidi cambiamenti emotivi che li portano ad esprimere le emozioni in modo teatrale o attraverso la somatizzazione. Spesso instaurano relazioni instabili sia con i coetanei che con gli adulti ed hanno un senso di Sé fragile, che oscilla di frequente tra attribuzioni positive e negative.

Nei casi in cui il funzionamento risulta maggiormente compromesso, dunque, le difficoltà attentive e comportamentali si inseriscono in un quadro più complesso. In tali situazioni un intervento centrato esclusivamente sui sintomi rischia di risultare inefficace, rendendo necessario un lavoro clinico maggiormente orientato alla sfera della regolazione delle emozioni e alla creazione di un senso di Sé coeso.

I punteggi elevati riscontrati sulla scala del pattern emergente di personalità inibito/autocritico possono invece descrivere bambini che tendono all'isolamento, che provano un'eccessiva vergogna e che manifestano eccessiva insicurezza. In questo caso si potrebbe ipotizzare che le difficoltà scolastiche e sociali dovute a deficit dell'attenzione e della concentrazione potrebbero contribuire al crescere del senso di inadeguatezza del bambino, portandolo ad evitare situazioni sociali, diventando in questo modo sempre più dipendente dai propri caregiver e sviluppando spesso una sintomatologia ansiosa o depressiva. Questo può portarlo a voler evitare la scuola e le relazioni con i coetanei, ma poiché il ritiro nella maggior parte delle volte non è percepito come pericoloso nei confronti degli altri, gli insegnanti o i genitori potrebbero non preoccuparsi e sottostimare tale sintomo.

Questi bambini provengono spesso da famiglie disfunzionali con caregiver dominanti, inaffidabili e intrusivi, che scoraggiano l'autonomia e premiano la dipendenza. In questo caso il trattamento, più che puntare esclusivamente all'eliminazione del sintomo, dovrebbe favorire la costruzione della relazione terapeutica all'interno della quale il bambino riesca a sviluppare sicurezza e autonomia.

Punteggi elevati sulla scala del pattern emergente di personalità ossessivo, caratterizzato da pensieri ruminanti, rigidità e testardaggine, spesso accompagnate da rituali compulsivi, in questo caso suggeriscono che in alcuni bambini con ADHD tale rigidità possa assumere una funzione compensatoria. Queste caratteristiche potrebbero infatti essere finalizzate a ridurre l'ansia e a mantenere un senso di controllo di fronte alle difficoltà attentive e di regolazione emotiva tipiche del disturbo. In questa prospettiva i tratti ossessivi non si configurano dunque come espressione di un funzionamento adattivo, ma come tentativi di contenimento di una fragilità sottostante.

Rispetto al campione normativo, infine, il campione clinico presenta un punteggio medio molto più alto anche sulla scala del pattern emergente di personalità schizoide. Il PDM-3 descrive questi bambini come timidi, introversi e ritirati, che utilizzano difese come la scissione, la proiezione, l'identificazione proiettiva e il ritiro nella fantasia, che possono comportare una confusione tra il loro

mondo interno e la realtà esterna e per questo possono condurre a difficoltà di concentrazione ed eccessiva frustrazione. Nei casi più compromessi questo pattern può portare allo sviluppo di disturbi più gravi, come sintomi schizotipici o psicotici. In questi casi l'intervento terapeutico necessita di diverse specificità rispetto ad altri profili.

Conclusioni

I risultati ottenuti evidenziano come la valutazione della personalità, anche in questa fase di vita, possa orientare in modo significativo la formulazione del caso clinico e la pianificazione del trattamento. Interventi centrati esclusivamente sul sintomo, infatti, rischiano di risultare insufficienti nei casi caratterizzati da maggiore fragilità, mentre possono rivelarsi più adeguati nei profili ad alto funzionamento.

In questo senso, la nuova proposta clinica avanzata dal PDM-3 si rivela un utile strumento per la comprensione del paziente, in grado di informare il clinico sulla direzione in cui lo sviluppo del bambino sta proseguendo, in modo da intervenire in un'ottica preventiva.

L'identificazione del pattern emergente di personalità può infatti permettere di intervenire precocemente su traiettorie di sviluppo potenzialmente patologiche, riducendo in questo modo il rischio di una strutturazione più stabile di un disturbo di personalità in adolescenza e in età adulta.

Bibliografia

- Achenbach T.M. (1991), *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile*, University of Vermont, Department of Psychiatry
- Achenbach T.M. e Rescorla L.A. (2000), *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*, «Research Center for Children, Youth, & Families», vol. 30
- Chang C.C., Chen Y.M., Hsiao R.C., Chou W.J. e Yen C.F. (2021), *Affiliate Stigma in Caregivers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Roles of Stress-Coping Orientations and Parental Child-Rearing Styles*, «International journal of environmental research and public health», vol. 18, n. 17, DOI: 10.3390/ijerph18179004
- De Veen B.T.H., Knollmann M., Van Dongen-Boomsma M., Herpers P.C.M., Spitzcok von Brisinski I., Hebebrand J., Scholte R.H.J., Staal W.G. e Reissner V. (2025), *School Absence and Mental Health in a Help-Seeking Sample From Child and Adolescent Psychiatry*, «Clinical child psychology and psychiatry», vol. 31, n. 2, pp. 721-743, DOI: 10.1177/13591045251400395

- Fortunato A., Tanzilli A., Lingiardi V. e Speranza A. (2021), *The CPAP-Q: A Q-sort assessment procedure for assessing traits and emerging personality patterns in childhood*, «Acta Psychologica», vol. 229, DOI: 10.1016/j.actpsy.2022.103688
- Foulds J.A., Boden J.M., Kerr J.A., Douglas K.M., Pettie M., Young J.T., Taylor M.R., Donovan K. e Porter R. (2025), *Long-term outcomes associated with adolescent ADHD symptomatology: birth cohort studyn*, «The British journal of psychiatry: the journal of mental science», pp. 1-8, DOI: 10.1192/bjp.2025.10475
- Frigerio A., Cattaneo C., Cataldo M., Schiatti A., Molteni M. e Battaglia M. (2004), *Behavioral and emotional problems among Italian children and adolescents aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers*, «European Journal of Psychological Assessment», vol. 20, n. 2, pp. 124-133, DOI: 10.1027/1015-5759.20.2.124
- Jongrakthanakij N., Prachason T., Limsuwan N., Kiatrungrit K., Thongpan M., Lorterapong P., Wisajun P. e Jullagate S. (2026), *From ADHD symptoms to parental stress: The roles of functional impairment, family functioning, and parental ADHD*, «PloS one», vol. 21, n. 1, DOI: 10.1371/journal.pone.0341817
- Lingiardi V. e McWilliams N. (2025), *The Psychodynamic Diagnostic Manual, 3rd edition (PDM-3)*, «World Psychiatry», vol. 24, n. 3, pp. 442-443, DOI: 10.1002/wps.21361
- Liu Z., Yin W., Chen Z., He W., Zhang Z., Sun S. e Yu M. (2025), *The mechanism of social interaction deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder children: the role of cognitive flexibility*, «Frontiers in psychiatry», vol. 16, n. 1691228, DOI: 10.3389/fpsy.2025.1691228
- O'Grady S.M. e Hinshaw S.P. (2023), *Developmental predictors of young adult borderline personality disorder: a prospective, longitudinal study of females with and without childhood ADHD*, «BMC psychiatry», vol. 23, n. 106, DOI: 10.1186/s12888-023-04515-3
- Pagerols M., Autet A., Prat R., Pagespetit È., Andreu M., Español-Martín G., Martínez L., Puigbó J., Prat G., Casas M. e Bosch R. (2026), *The negative impact of neurodevelopmental disorders and multiple co-occurring conditions on academic performance of school-age children and adolescents*, «Scientific reports», vol. 16, n. 2406, DOI: 10.1038/s41598-025-27769-1
- Pozo-Rodríguez M., Cruz S., Conde-Pumpido-Zubizarreta S., Carracedo A., Tubio-Fungueiriño M. e Fernández-Prieto M. (2026), *A systematic review on the association between executive function and emotional regulation in autism, ADHD, and autism/ADHD*, «Neuroscience and biobehavioral reviews», vol. 183, n. 106570, DOI: 10.1016/j.neubiorev.2026.106570
- Stern A. e Lamash L. (2025), *Associations between identity perception, symptom severity, and quality of life in adolescents with ADHD*, «Scientific reports», vol. 15, n. 1, DOI: 10.1038/s41598-025-26963-5

- Storebø O.J., Elmoose Andersen M., Skoog M., Joost Hansen S., Simonsen E., Pedersen N., Tendal B., Callesen H.E., Faltinsen E. e Gluud C. (2019), *Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (Adhd) in children aged 5 to 18 years*, «Cochrane Database of Systematic Reviews», vol. 6, DOI: 10.1002/14651858.CD008223.pub3
- Tiger A., Ohlis A., Bjureberg J., Lundström S., Lichtenstein P., Larsson H., Hellner C., Kuja-Halkola R. e Jayaram-Lindström N. (2022), *Childhood symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder*, «Acta psychiatrica Scandinavica», vol. 146, n. 4, pp. 370-380, DOI: 10.1111/acps.13476
- Wang L., Peng X., Dong H., Ma C., Liang G., Zhao W., Jia F. e Du L. (2026), *The effect of Ecological Executive Skills training on emotional problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder*, «BMC psychiatry», vol. 26, n. 112, DOI: 10.1186/s12888-025-07748-6.
- Westen D., Shedler J. e Lingardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP- 200*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Westen D., DeFife J.A., Malone J.C. e DiLallo J. (2014), *An empirically derived classification of adolescent personality disorders*, «Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry», vol. 53, n. 5, pp. 528-549, DOI: 10.1016/j.jaac.2013.12.030
- Westen D. e Shedler J. (1999°), *Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method*, «American Journal of Psychiatry», vol. 156, pp. 258-272
- Westen D. e Shedler J. (1999b), *Revising and assessing axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders*, «American Journal of Psychiatry», vol. 156, pp. 273-285
- Zhao Y., Xiao Z., Chen Z. e Song Y. (2025), *A Comparative Network Analysis of Parenting Stress and Affiliate Stigma in Parents of Children With ASD and ADHD*, «Clinical psychology & psychotherapy», vol. 32, n. 6, DOI: 10.1002/cpp.70205

Il Sé digitale. Intervista al professor Vittorio Gallese

The digital self. An interview with professor Vittorio Gallese

a cura della redazione

Sommario In questa intervista il professore Vittorio Gallese ci guida attraverso un viaggio di esplorazione nel mondo digitale. Neuroscienziato tra i più autorevoli a livello nazionale e internazionale e tra gli studiosi che hanno contribuito alla scoperta dei neuroni specchio, assume il concetto di *Sé digitale* entro una nuova ontofenomenologia del soggetto, capace di integrare le trasformazioni dell'esperienza introdotte dai dispositivi interattivi, dalle intelligenze artificiali e dagli ambienti digitali immersivi. Muovendosi dalle neuroscienze dell'*embodiment* e dalla teoria della simulazione incarnata, propone una rilettura del sé come realtà relazionale in cui il corpo non è escluso, ma riconfigurato; l'alterità non è annullata, ma resa ambigua da nuovi simulacri affettivi. Una realtà entro la quale gli adolescenti modellano la propria identità e personalità in formazione, configurano la costruzione della loro immagine corporea e relazionale, muovendosi tra pericoli e nuove opportunità.

Parole chiave Digitale, personalità, affettività, neuroscienze

Abstract In this interview, professor Vittorio Gallese guides us on a journey of exploration into the digital world. A leading national and international neuroscientist and one of the scholars who contributed to the discovery of mirror neurons, he embraces the concept of the *digital self* within a new ontophenomenology of the subject, capable of integrating the transformations of experience introduced by interactive devices, artificial intelligence, and immersive digital environments. Drawing on the neuroscience of *embodiment* and the theory of embodied simulation, he proposes a reinterpretation of the self as a relational reality in which the body is not excluded, but reconfigured; otherness is not eliminated, but rendered ambiguous by new affective simulacra. This is a reality within which adolescents shape their developing identities and personalities, constructing their body and relational image, navigating both dangers and new opportunities.

Key Words Digital self, personality, affectivity, neuroscience

Iniziamo parlando del sé digitale rispetto all'evoluzione della personalità in adolescenza e a come possiamo identificarlo. Possiamo oggi parlare di un'identità virtuale come un'estensione di quella reale (analogica) oppure di una sua risignificazione?

Sia da una prospettiva evolutiva che da una prospettiva più generale, il nucleo della nostra soggettività è corporeo. Se vogliamo usare una metafora, l'impalcatura che consente lo sviluppo del soggetto autobiografico costruito attraverso le memorie e le esperienze di vita è il sé corporeo. Uno dei punti chiave che affronto nel mio libro *Il Sé digitale* è che il virtuale non fa evaporare il sé corporeo, non lo smaterializza o dematerializza ma lo riconfigura, riconfigurando la soggettività. Il sé digitale è il risultato in costante mutazione dell'incontro del soggetto con un mondo che non è più il mondo in cui mi sono sviluppato io, ossia un mondo esclusivamente analogico, ma è un mondo digitale entro cui si sono riconfigurate, e continuano a riconfigurarsi, le nostre modalità di comunicare, lavorare, apprendere, perfino di desiderare e soffrire.

Noi umani che, evolutivamente parlando, non siamo particolarmente ben equipaggiati per reggere il confronto con il mondo abbiamo fatto di questa debolezza costitutiva una forza, ricorrendo costantemente alla tecnologia. Lo smartphone, il tablet, il computer, ChatGPT sono delle recentissime, contemporanee materializzazioni della nostra costante invenzione tecnologica. Con Stefano Morigi e Pier Cesare Rivoltella, un filosofo della scienza e un esperto di pedagogia digitale, ho scritto un libro dal titolo *Oltre la Tecnofobia*, per disinnescare tutti quei discorsi che ci fanno perdere solo tempo schierando da un lato un uomo naturale e dall'altro la tecnologia cattiva, che in qualche modo opererebbe una sorta di perversione di questa autentica naturalità. Nulla di più falso: noi siamo *Homo sapiens*, ma altrettanto bene potremmo dire siamo *Homo technologicus*. La tecnologia fa parte della nostra natura.

Da sempre ogni rivoluzione tecnologica comporta anche una rivoluzione cognitiva e il primo tecnofobo della storia forse è Platone che nel Fedro se la prende con la scrittura, perché dice che tra le molte cose negative che produce sull'umano, riduce la capacità di memorizzare, introduce il possibile travisamento delle parole del maestro, perché anziché apprendere direttamente dalla sua voce se ne legge una trascrizione e questo si presta a fraintendimenti e a parzialità. Poi se scorriamo la storia della cultura umana, è pieno di grida apocalittiche. Nell'Ottocento si diceva che le donne dovevano smettere di leggere romanzi, nel Novecento le invettive erano contro i fumetti, gli albi illustrati per i bambini perché avrebbero distrutto la loro educazione, si è detto che la fotografia avrebbe distrutto l'arte, che la televisione avrebbe fatto morire il cinema, insomma niente di nuovo sotto il cielo.

Mi trova assolutamente d'accordo; se guardiamo le ricerche nel nostro ambito stanno andando tutte nella direzione di vedere solo i pericoli dell'uso della tecnologia tra gli adolescenti, che è fondamentale, ma manca la parte sulle opportunità che può offrire.

Occorre occuparsi seriamente del problema, facendo i conti con il fatto che queste nuove tecnologie non sono semplicemente degli elettrodomestici o dei gadget elettronici ma dei veri e propri configuratori di senso. Io parlo di *ontofenomenologia incarnata* per dire che siamo passati da una civiltà in cui l'immagine era la traduzione di un mondo che esiste a una civiltà in cui il nostro mondo è sempre più l'immagine stessa. Quindi, nella misura in cui la mente è situata e noi siamo situati in un mondo sempre più digitale, questo riconfigura il modo in cui la mente si plasma e si sviluppa, cambia la nostra visione del mondo e in ultima analisi introduce un cambiamento antropologico. Questo cambiamento è probabilmente molto più di impatto emotivo sulla società di quanto non poteva essere forse l'invenzione della scrittura, perché investe miliardi di persone e quindi ha una capillarità mai prima sperimentata. Ricordiamoci che fino all'invenzione della stampa a caratteri mobili la lettura e la scrittura erano prerogativa di una ristrettissima percentuale di esseri umani.

Oggi la tecnologia raggiunge ogni angolo del pianeta, raggiunge tutti. Viene in qualche modo resa accessibile a tutti fin dalla più tenera o tenerissima età con una velocità che non ha precedenti. Se noi mettiamo assieme quello che abbiamo detto prima, diciamo il record storico, e a questo aggiungiamo la capillarità e la velocità, si spiega perché da un paio d'anni non si parli d'altro.

La demonizzazione della tecnologia non ha dunque senso, anche perché nei manuali di istruzioni dello smartphone, non troveremo da nessuna parte che lo smartphone serve per fare selfie o per insultare qualcuno. Pensiamo al fuoco, noi a un certo punto ne abbiamo scoperto l'uso, abbiamo imparato a crearlo, a mantenerlo, a usarlo per tenere lontani i predatori, riscaldare le grotte e quant'altro, ma abbiamo imparato presto anche a usarlo per bruciare la capanna del vicino. Questa ambiguità, e qui la metafora è quella greca del *pharmakon*, che contemporaneamente ha questo duplice aspetto di medicina e veleno, si applica a ogni tipo di tecnologia. Non si tratta, dunque, di opporsi alla tecnica, ma di abitarla criticamente. Di restituire all'agire umano la sua complessità, il suo rischio, la sua apertura.

E il problema è prima di tutto educativo, se noi facciamo finta di vivere ancora nel mondo in cui sono nato io (il mondo analogico) e pretendiamo di organizzare, guidare i nostri processi pedagogici pretendendo di vivere ancora in un mondo che è sparito e che sparirà definitivamente, sbagliamo completamente. Dobbiamo adattare le logiche di educazione a questo nuovo mondo sfruttando al massimo tutte le opportunità enormi, creative, di apprendimento che queste tecnologie offrono, cercando il più possibile di usarle e non venirne usati. Ma questo richiede un enorme impegno educativo che non stiamo vedendo. Vediamo il proibizionismo. Lo dico sempre, in un mondo che va sempre più in

bicicletta, in cui diventa fondamentale sapere andare in bicicletta, l'istituzione cosa fa? Appena entri a scuola la bicicletta te la sottrae. È logico, ha senso? Secondo me no. Altro, voglio essere chiaro, è usare lo schermo digitale come un *pacifier*, un ciucciottino, che mi deresponsabilizza come educatore. Il bambino non sta fermo in pizzeria perché non sono stato in grado di educarlo a comportarsi in un contesto come quello per un'ora, un'ora e mezza, allora gli do in mano un telefonino così almeno sta tranquillo. Il problema non è il telefonino, il problema è lo stile genitoriale, è un venir meno alle proprie responsabilità educative. Più che avere un problema legato all'impatto delle tecnologie sulle giovani generazioni abbiamo da gestire un problema dell'impatto delle nuove tecnologie sugli adulti.

Parlando di adulti e responsabilità genitoriali, mi collegherei al tema della sovraesposizione dell'immagine dei figli in internet, e al fatto che in questo modo la loro immagine, anche più intima, viene resa eterna. Quale impatto può avere sullo sviluppo della memoria personale?

Io e mia moglie abbiamo adottato una regola in cui noi non abbiamo mai postato foto dei nostri figli. Io sono molto attivo sui social, li uso per lavoro, a volte per svago, ma non mi sono mai sognato di mettere le foto dei miei figli sul web, nemmeno quando erano piccolissimi, e continuo a non farlo.

Siamo passati da una società della disciplina a una società della trasparenza, in cui tutto dev'essere mostrato, condiviso, visibile, ma in forma sterile, levigata, controllata.

La nostra soggettività è costruita attraverso la storia, attraverso una serie di ricordi e di memorie che abbiamo imparato a riattivare con la tecnologia, scrivendo un diario, poi via via facendoci fare dei ritratti: il ritratto della famiglia, prima pittorico, poi fotografico. Quando voglio, ad esempio, rinfrescare la memoria di com'era mia madre da ragazza, prendo un vecchio album di fotografie dove vedo mia madre in bicicletta con le sue sorelle. Che cosa cambia oggi? Quando mi sveglio al mattino, molto spesso vengo sollecitato a ricordare un momento particolare della mia vita che è stato scelto dall'algoritmo: "Caro Vittorio, il 17 aprile del 1999 eri là, con Tizio e Caio". Noi non sappiamo quale criterio guidi la scelta dell'algoritmo, nessuno di noi sa perché proprio quel 17 aprile e non una data diversa. La scelta, mi viene da dire, molto probabilmente non è casuale, ma è guidata dalla volontà di massimizzare la probabilità che io quel ricordo suggerito poi lo voglia condividere in rete e quindi generare like, traffico, condivisioni; quindi aumentare i giri del motore che crea profitto. Ognuno di noi quando crea un contenuto e lo condivide sui social produce ricchezza, non per noi ma per chi gestisce le piattaforme o vende spazi pubblicitari. Allora, se è vero che la nostra soggettività è anche una soggettività autobiografica e che la soggettività autobiografica è fatta da memorie, nella misura in cui le mie memorie sono sempre più eterodirette da un algoritmo, ecco che un aspetto dello sviluppo della mia soggettività viene delegato a un'agentività che non è più la mia, ma è quella dell'algoritmo.

Chi ha diritto, dunque, di apparire e quali diritti di protezione ha la mia intimità?

Oggi l'esistenza e il mondo in cui viviamo, è sempre più determinato da ciò che può apparire. Quello che determina ciò che appare e ciò che non appare il più delle volte è il risultato opaco del funzionamento di algoritmi su cui noi non abbiamo alcun controllo. Questo lo diceva già trent'anni fa la filosofa Judith Butler: *non conta tanto quello che c'è, ma conta molto di più quello che può apparire*. Essere riconosciuti significa essere visibili all'interno di una cornice culturale e percettiva che ci rende leggibili. Nella misura in cui ci plasmiamo sulla nostra relazione col mondo, se questo mondo con cui ci relazioniamo è sempre di più il mondo degli schermi, che è guidato da logiche su cui non abbiamo alcun controllo, è chiaro che noi cambiamo seguendo questa mediazione tecnologica.

L'immagine digitale non è, dunque, più solo ciò che vediamo, ma ciò che ci fa essere agli occhi degli altri e, progressivamente, anche a noi stessi.

Quanto sappiamo su come gli adolescenti reagiscono emotivamente e fisiologicamente all'interazione con Chatbot conversazionali, avatar empatici, accompagnatori virtuali e assistenti vocali? Ho letto un report di *Save the Children* che sottolinea come la metà dei ragazzi utilizzi queste tecnologie per chiedere consigli, soprattutto quando si sentono emotivamente molto fragili.

Nel passaggio dal digitale all'intelligenza artificiale relazionale, l'esperienza dell'alterità compie una svolta decisiva. Non ci troviamo più semplicemente di fronte a un altro essere umano mediato da un'interfaccia come uno schermo, ma entriamo in relazione con entità non umane che, pur prive di corpo biologico, esperienza vissuta e intenzionalità autonoma, agiscono come se fossero altri soggetti. Chatbot conversazionali, avatar empatici, accompagnatori virtuali e assistenti vocali non si limitano a simulare intelligenza ma simulano relazione. Offrono riconoscimento, rispondono affettivamente, ricordano preferenze, costruiscono interazioni che si strutturano secondo grammatiche dell'intimità. Anche nei casi in cui l'utente è pienamente consapevole della natura non umana dell'interlocutore, si dà comunque una forma di coinvolgimento empatico situato. Il nostro sistema nervoso verosimilmente fa fatica a distinguere ontologicamente la fonte dell'interazione perché reagisce a partire dalla configurazione sensibile e relazionale dell'incontro.

Il problema è dunque a monte e questo a monte è il modello di società in cui viviamo. È un modello in cui la coesione, lo stare insieme, il fare cose insieme si stanno sgretolando progressivamente, è un modello che ci spinge alla singolarizzazione, all'individualizzazione. Lo diceva già Margaret Thatcher negli anni Ottanta, il famoso proclama *la società non esiste, esistono solo gli individui*. Ecco oggi noi vediamo sulla nostra pelle la traduzione sociologica, economica e politica di questa ricetta. La mediazione digitale diviene strumento di questo modello di società.

Il genitore non si prende la responsabilità ansiogena di fornire autonomia al figlio, ad esempio organizzando la festa di compleanno in un parco pubblico, perché chissà cosa può succedere. Quindi se il bambino sta davanti allo schermo, chiuso nella sua cameretta da solo, tutto il pomeriggio a giocare ai videogame, io sono tranquillo, riduco la mia ansia. Però cosa ho costruito? Costitutivamente sto programmando un'individualità solitaria, che trova solo nello schermo e con la mediazione dello schermo la possibilità di connettersi con gli altri. Diciamo dunque che la tecnologia amplifica e vicaria ciò che il mondo degli adulti non è in grado di fornire ai bambini e ai ragazzi.

Prima di salutarla, sarebbe interessante concludere con una riflessione sui neuroni specchio.

Personalmente il mio interesse per la dimensione intersoggettiva e sociale nella mia carriera è stato determinato da questa nostra scoperta. Fino a quel punto mi sono occupato sempre di *embodiment*, di come il cervello-corpo organizza lo spazio dell'azione attorno al nostro corpo, come guidiamo il nostro rapporto con gli oggetti e nel corso di queste ricerche abbiamo scoperto questa nuova classe di neuroni, che ha dato poi una sterzata radicale verso i temi dell'empatia, dell'intersoggettività, dell'intelligenza sociale. Ho poi lasciato il modello animale per concentrarmi solo ed esclusivamente sull'essere umano, che è quello che stiamo facendo anche in questo momento in cui stiamo studiando il rapporto madre-feto nel terzo trimestre di gravidanza. Penso che dobbiamo indagare molto di più le fasi fetali dello sviluppo del sé corporeo, la nostra natura relazionale si forma già nella fase pre-natale.

I neuroni specchio sono stati importanti perché hanno dato una dimostrazione empirica, una base neurofisiologica, a quello che sapevamo già dalla psicologia, dalla filosofia e dall'antropologia, cioè che noi esseri umani siamo relazionali per definizione; senza l'altro moriamo. Tra i mammiferi siamo quelli che nascono più immaturi, il nostro cervello alla nascita pesa 200-300 grammi, arriva a pesarne 1.300-1.400 alla fine dell'adolescenza; questo significa che gran parte dello sviluppo del nostro cervello avviene in un mondo di relazioni che condizionano profondamente come il cervello si sviluppa e quindi come si sviluppano le nostre caratteristiche cognitive e psicoaffettive.

I neuroni specchio sono importanti perché, per come li abbiamo scoperti, ci dicono che la parte del cervello (del cervello del macaco ovviamente in quel caso) che guida l'esecuzione di azioni, atti motori finalizzati, può funzionare anche senza alcun movimento, per mappare e attribuire un senso all'agire altrui. Abbiamo scoperto che ci sono anche nell'uomo, ma anche negli uccelli, nei pipistrelli, nei topi. È un meccanismo, evolutivamente parlando, molto antico; in ognuna delle specie in cui si è sviluppato assolve a funzioni adattative specifiche di quella specie; ad esempio, negli uccellini serve a mappare il canto dei conspecifici. Quindi i neuroni specchio si attivano quando cantano, ma si attivano anche quando ascoltano il canto dei conspecifici.

Negli esseri umani si aggiunge un ingrediente fondamentale, perché il meccanismo *mirror* è alla base delle nostre capacità mimetiche, imitative; che noi viviamo già a pochi minuti dalla nascita. L'imitazione neonatale è uno dei primi meccanismi con cui ci agganciamo all'adulto, perché questo agganciarci è fondamentale per la nostra sopravvivenza. Andando avanti con la ricerca abbiamo scoperto che questo meccanismo di rispecchiamento non vale solo per le azioni, ma anche per le emozioni e per le sensazioni. Se vedo una carezza, non si attiva solo il *cervello visivo*, ma si attiva anche il *cervello motorio*, che simula l'azione della carezza e quello tattile che ne registra la sensazione. Se vedo una persona che si ferisce la mano, nel mio cervello si attiva una parte degli stessi circuiti che si attiverebbero se mi ferissi. Quindi è la base neurofisiologica dell'empatia; il sentire con l'altro.

Non è l'unico modo in cui possiamo attribuire un senso a quello che accade nel mondo, ma è il modo in cui ci mettiamo più del nostro, parliamo di comprensione dall'interno. Fenomenicamente è molto diverso dall'arrivare ad attribuire un senso a qualcosa con una interpretazione cognitiva; sono competenze molto diverse.

Il rispecchiamento comunque rimane una metafora, perché ciascuno rispecchia a suo modo; i neuroni specchio si attivano sulla base delle proprie esperienze e conoscenze. Mentre uno specchio non può che riflettere sempre e comunque ciò che gli metto davanti, il meccanismo di rispecchiamento è uno specchio che *metabolizza* ciò che riflette, nel senso che tiene conto della personale esperienza, che è individuale. Dal mio punto di vista è stata una scoperta fondamentale, perché ha dato il via a un filone di ricerca che si pone il problema non solo di quello che fa il cervello-corpo del singolo, ma anche cosa succede quando si interfaccia con il cervello-corpo degli altri.

Bibliografia

Gallese V. (2026), *Il Sé digitale. Dai neuroni specchio alla mediazione tecnologica*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Gallese V., Moriggi S. e Rivoltella P.C. (2025), *Oltre la tecnofobia. Il digitale dalle neuroscienze all'educazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Kairòs - sguardi sull'età evolutiva

Numero 4/2026

ISSN 3035-2975

Registrazione Tribunale di Genova n. 8 del 18.09.2024