



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORAMENTO
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

INVERSIONE DI RUOLO, MECCANISMI DI
DIFESA E NARCISISMO IN ADULTI EMERGENTI:
UNO STUDIO EMPIRICO

RELATORE:

CH.MO PROF. NICOLA CARONE

CORRELATORE:

CH.MA PROF.SSA FRANCESCA LOCATI

Tesi di Laurea di

Chiara Malò

527092

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

ABSTRACT	3
CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE	5
1.1 Contestualizzazione del tema	5
1.2 Scopo e obiettivi della ricerca	7
1.3 Breve panoramica sui concetti chiave: inversione di ruolo genitoriale, meccanismi di difesa e narcisismo	8
CAPITOLO 2 - FONDAMENTI TEORICI: LA TEORIA DELL'ATTACAMENTO, L'INVERSIONE DI RUOLO GENITORIALE, I MECCANISMI DI DIFESA E IL NARCISISMO	12
2.1 La Teoria dell'attaccamento	12
2.1.1 I modelli Operativi Interni (MOI)	15
2.1.2 Lo sviluppo dell'attaccamento e gli stili di attaccamento nell'infanzia	19
2.1.3 Gli stili di attaccamento in età adulta	25
2.1.4 Strumenti di misurazione dell'attaccamento	30
2.1.5 Attaccamento e terapia	34
2.2 L'inversione di ruolo genitoriale	39
2.2.1 Cause e conseguenze dell'inversione di ruolo	44
2.2.2 La trasmissione intergenerazionale dell'inversione di ruolo	49
2.2.3 Interventi terapeutici per il role reversal	51
2.2.4 La scala CDRR nella valutazione dell'inversione di ruolo genitoriale	53
2.3 Meccanismi di difesa: sviluppo del concetto e tipologie principali	55
2.3.1 Il contributo di Otto Kernberg nello studio dei meccanismi di difesa	60
2.3.2 Ulteriori autori che hanno contribuito alla concettualizzazione delle difese e alla loro classificazione	62
2.3.3 La Defense Mechanisms Rating Scale	66
2.4 Narcisismo: origini del termine e sviluppo del costrutto	69
2.4.1 L'apporto teorico sul narcisismo di Heinz Kohut e Otto Kernberg	74
2.4.2 Il Pathological Narcissism Inventory (PNI)	80
CAPITOLO 3 - LA RELAZIONE TRA L'INVERSIONE DI RUOLO GENITORIALE E I MECCANISMI DI DIFESA	82
3.1 Analisi delle interazioni tra role reversal e i meccanismi di difesa	82
3.2 La relazione tra parentificazione, scissione e dissociazione	85
3.3 Come i meccanismi di difesa possono emergere nella dinamica dell'inversione di ruolo genitoriale: esempi	88
Capitolo 4 - NARCISISMO E INVERSIONE DI RUOLO GENITORIALE	91
4.1 Esplorazione delle connessioni tra narcisismo e role reversal	91
4.2 Ruolo del narcisismo nell'instaurarsi e nel persistere dell'inversione di ruolo genitoriale	93

4.3 L'impatto dell' avere una madre narcisista	95
4.4 Il narcisismo grandioso e il narcisismo vulnerabile	97
Capitolo 5 - LA RICERCA	100
5.1 Obiettivi e ipotesi	100
5.2 Partecipanti	100
5.3 Procedura	102
5.4 Strumenti	103
5.5 Analisi dei dati	106
5.6 Risultati	107
5.7 Discussione dei risultati	112
5.8 Conclusioni, limiti dello studio e prospettive future	115
Bibliografia	117
ALLEGATI	136

ABSTRACT

The aim of the study presented in this paper is to investigate the role of attachment disorganization and role reversal in the development of narcissism (grandiose or vulnerable) in emerging adults. In addition, it investigated whether the relationship between disorganization and role reversal experienced in childhood and narcissism is mediated by less adaptive global defensive functioning. The sample consisted of 451 young adults between the ages of 18 and 29, who responded to the Childhood Disorganization and Role Reversal Scale (CDRR) to assess role reversal, the Defense Mechanisms Rating Scales - Self Report - 30 (DMRS-SR-30), to assess global defensive functioning, and the Pathological Narcissism Inventory (PNI), to assess narcissism. The results of this study showed that there is a significant direct relationship between maternal and paternal role reversal and narcissism, and that the effect mediated by less mature defensive functioning does not occur in grandiose narcissism but only in vulnerable narcissism. Future research could combine self-report questionnaires with in-depth interviews (such as the AAI) to gain a more complete understanding of the phenomena studied.

ABSTRACT

Lo scopo dello studio esposto in questo elaborato è di indagare il ruolo della disorganizzazione dell'attaccamento e del role reversal nello sviluppo del narcisismo (grandioso o vulnerabile) in adulti emergenti. Inoltre, si è indagato se la relazione tra disorganizzazione e inversione di ruolo sperimentati nell'infanzia e narcisismo sia mediata da un funzionamento difensivo globale meno adattivo. Il campione è costituito da 451 giovani adulti tra i 18 e i 29 anni, che hanno risposto alla Childhood Disorganization and Role Reversal Scale (CDRR) per valutare il role reversal, alla Defense Mechanisms Rating Scales - Self Report - 30 (DMRS-SR-30), per valutare il funzionamento difensivo globale e al

Pathological Narcissism Inventory (PNI), per valutare il narcisismo. I risultati di questo studio hanno mostrato che esiste una relazione diretta significativa tra inversione di ruolo materna e paterna e narcisismo, e che l'effetto mediato da un funzionamento difensivo meno maturo non si verifica nel narcisismo grandioso ma solo in quello vulnerabile. Le ricerche future potrebbero combinare i questionari self-report con interviste approfondite (come l'AAI), per ottenere una comprensione più completa dei fenomeni studiati.

CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE

1.1 Contestualizzazione del tema

La genitorialità, ossia l'abilità che ogni genitore dispone dal momento in cui dà alla luce un figlio, per poterlo educare e farlo crescere (secondo una visione più pedagogica), o l'attitudine interiore (secondo un punto di vista più psicodinamico) che la persona possiede indipendentemente dalla decisione di diventare genitore biologico (Stern, 1995; Winnicott, 1965a), è un tema molto ampio.

Essa può essere definita come il complesso insieme di comportamenti, sentimenti, e ruoli assunti dai genitori nei confronti dei loro figli. La genitorialità accoglie una vasta gamma di aspetti, tra cui la protezione, l'educazione, il sostentamento, l'affetto e lo sviluppo emotivo dei bambini; essa, inoltre, può anche influenzare la socializzazione, la formazione del sé e la salute mentale dei figli (Darling & Steinberg, 1993). Erikson si riferiva alla generatività come all'aspetto evolutivo più significativo che l'essere umano potesse raggiungere: quando una persona diventa qualcuno che "si prende cura di" è giunta al massimo del suo sviluppo psicosessuale e psicosociale (Erikson & Erikson, 1999). Fava Vizziello (2003) assume la genitorialità come facente parte delle fondamenta della personalità umana, come una funzione che consente alla persona di occuparsi di un altro individuo ed è messa in campo da chiunque, a qualsiasi età, quando si comprendono i bisogni degli altri e si cerca di soddisfarli, proteggendoli e accudendoli.

La funzione autonoma della genitorialità si sviluppa a partire dall'infanzia, ed è caratterizzata da ambivalenze, crisi, momenti di difficoltà ed integrazioni (Winnicott, 1960a; Vizziello, 2003). Sebbene la genitorialità non richieda di avere figli biologici, la nascita di un bambino intensifica notevolmente e dà un

effetto trasformativo a questo spazio mentale e relazionale (Benjamin, 1998; Tronick, 2007). Questo processo riattiva pensieri e fantasie legati alla propria infanzia, alle modalità di cura ricevute dai propri genitori e alle relazioni e comportamenti considerati più appropriati (Winnicott, 1960a; Benjamin, 1988).

La genitorialità prende forma gradualmente quando il bambino inizia a sviluppare una rappresentazione interna dei comportamenti dei suoi genitori o di chi si prende cura di lui: le esperienze che il bambino fa dei propri genitori (aspettative, desideri, fantasie, i modi che hanno di comportarsi con lui, l'incoraggiamento, la tollerabilità o meno di certi comportamenti...), fanno sì che il bambino si crei delle rappresentazioni interne dei modi con cui ci si prende cura degli altri, e hanno un impatto significativo nello sviluppo degli stili di attaccamento (Bowlby, 1982; Stern, 1998; Sroufe & Waters, 1977). Bowlby (1982) nella sua Teoria dell'Attaccamento parla di Modelli Operativi Interni (Internal Working Model), ossia sostiene che le esperienze concrete con le figure di attaccamento vengano interiorizzate come schemi mentali, i quali influenzeranno il modo in cui una persona offrirà cura in futuro: è mediante la propria esperienza soggettiva di essere oggetto di cura che a sua volta il bambino può sviluppare la genitorialità. Si può considerare l'attaccamento come un articolato sistema comportamentale che viene ad instaurarsi tra il bambino e il suo caregiver primario, ovvero quella persona adulta che ha la responsabilità delle cure e dell'affetto verso di lui (Bowlby, 1989).

L'attaccamento è una relazione che dura nel tempo, si sviluppa, è carico di significati emotivi con il caregiver e ha un impatto sullo sviluppo psicosociale dell'individuo (Schaffer, 1998). Le prime esperienze legate all'attaccamento possono avere un ruolo cruciale nell'istituire e rafforzare specifici schemi di attaccamento lungo l'arco della vita, plasmando la formazione di modelli mentali che rispecchiano le aspettative e le percezioni del bambino riguardo alle relazioni sociali (Sroufe & Waters, 1977).

È all'interno dell'ampio tema della genitorialità che si inserisce quello dell'inversione di ruolo genitoriale, ossia quando il bambino viene investito della responsabilità di prendersi cura dei bisogni emotivi o pratici dei propri caregivers o adulti accanto a lui. Questo fenomeno può essere suddiviso in due categorie principali: la prima riguarda i "compiti logistici e strumentali", come la preparazione dei pasti, la cura dei fratelli minori e le faccende domestiche; la seconda categoria riguarda i "compiti emotivi ed espressivi", come soddisfare i bisogni emotivi dei genitori o della famiglia, assumendo il ruolo di confidente, mediatore o pacificatore all'interno della coppia genitoriale (Jurkovic et al., 1991). È stato trovato da diversi autori come l'inversione di ruolo genitoriale, o parentificazione, possa portare a delle ripercussioni negative sullo sviluppo dei bambini, con la conseguenza di portarli a maturare dei modelli di attaccamento insicuri, che possono permanere anche in età adulta (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973; Earley & Cushway, 2002; Hooper, 2007; Katz et al., 2009; Macfie et al., 2005). Non sono stati trovati solo esiti negativi: alcune ricerche recenti hanno trovato che l'inversione di ruolo, in alcuni casi, possa contribuire al senso di autoefficacia e di fiducia in sé stessi, come alla capacità di entrare in empatia con le altre persone (Hooper, 2007; Jurkovic & Casey, 2000; Thirkield, 2002). L'inversione di ruolo genitoriale è altresì una dinamica concettualizzata come un disturbo dei confini intergenerazionali, nella quale i bambini svolgono i ruoli genitoriali all'interno del contesto familiare (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973; N. Chase, 1999; Jurkovic, 1997; Karpel, 1976; Minuchin et al., 1969).

1.2 Scopo e obiettivi della ricerca

La ricerca esposta in questo elaborato fa parte di uno studio più ampio, ossia “Al posto dei miei genitori: Inversione di ruolo e implicazioni per l'adattamento psicologico nella giovane età adulta”, condotto dall'Università degli studi di

Roma “Tor Vergata”, dall’Università degli studi di Milano-Bicocca e Sapienza Università di Roma, sotto la responsabilità scientifica del Prof. Nicola Carone. Questa ricerca vuole esaminare in che modo le passate esperienze familiari abbiano un’influenza su aspetti attuali del benessere psicologico di giovani adulti (dai 18 ai 29 anni).

In particolare, lo scopo della ricerca esposta in questo elaborato è verificare la responsabilità dell’inversione di ruolo genitoriale nell’influenzare lo sviluppo del narcisismo nella giovane età adulta, anche attraverso determinati meccanismi di difesa, che possono essere più o meno maturi. In altre parole ciò che si è indagato è l’influenza dell’inversione di ruolo genitoriale nello sviluppo di determinati meccanismi di difesa, che a loro volta possono essere un fattore di mediazione tra inversione di ruolo genitoriale e narcisismo.

1.3 Breve panoramica sui concetti chiave: inversione di ruolo genitoriale, meccanismi di difesa e narcisismo

L’inversione di ruolo genitoriale è un fenomeno che si manifesta quando i bambini sacrificano i propri bisogni di attenzione, guida e conforto per assumersi la responsabilità di prendersi cura e soddisfare i bisogni logistici o emotivi dei loro caregivers (Chase, 1999). Questo può avvenire in risposta a situazioni di stress, disfunzione familiare o incapacità dei genitori di svolgere le loro funzioni a causa di problemi personali o esterni (Chase, 1999).

Il concetto è radicato nella teoria sistemica familiare e nella psicologia dello sviluppo. Secondo la teoria sistemica familiare, la famiglia è vista come un sistema interconnesso in cui ogni membro influisce sugli altri (Minuchin, 2016). In un contesto ideale, i genitori forniscono supporto emotivo e materiale ai figli, stabilendo una struttura chiara di ruoli e responsabilità. Tuttavia, in situazioni di stress o disfunzione, questa struttura può essere compromessa (Minuchin, 1974). Minuchin (1974) ha indagato come le famiglie disfunzionali spesso presentano

confini confusi tra i ruoli dei genitori e dei figli: in tali famiglie, i bambini possono essere costretti a invertire i ruoli con i loro genitori, assumendo responsabilità che non sono appropriate per la loro età o sviluppo.

Dal punto di vista della psicologia dello sviluppo, l'inversione di ruolo può avere implicazioni significative per la crescita psicologica del bambino. Nel momento in cui un bambino assume il ruolo di un genitore, può sperimentare un carico emotivo eccessivo, che a sua volta può portare a problemi come ansia, depressione e difficoltà relazionali (Minuchin, 1974; Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M., 1973). Bowlby (1969), nella sua teoria dell'attaccamento, sottolinea l'importanza delle figure di attaccamento stabili per il sano sviluppo emotivo e sociale del bambino. Quando i bambini diventano figure di attaccamento per i loro genitori, questo equilibrio viene alterato, influenzando negativamente il loro sviluppo (Bowlby, 1969). Il riconoscimento e la gestione dell'inversione di ruolo genitoriale sono cruciali nel contesto terapeutico: diversi autori hanno contribuito in modo significativo alla comprensione e alla pratica della gestione terapeutica di questa condizione, per aiutare a ristabilire confini sani all'interno della famiglia, permettendo ai bambini di riprendere ruoli appropriati per la loro età. L'obiettivo è ridurre il carico sui bambini e supportare i genitori nel riprendere le loro funzioni genitoriali (Minuchin, 1974; Bowen, 1993; Satir, 1983; Haley, 1976; White & Epston, 1990).

L'inversione di ruolo genitoriale può innescare l'attivazione di vari meccanismi di difesa. Questi meccanismi, che variano in maturità, sono strategie psicologiche inconsce utilizzate per proteggere l'individuo dall'ansia e dal disagio psicologico derivante da situazioni stressanti (Freud, 1936; Vaillant, 1992).

I meccanismi di difesa sono stati descritti inizialmente da Sigmund Freud e ulteriormente sviluppati da Anna Freud, e possono essere classificati in base alla loro maturità. Quelli meno maturi sono: proiezione: (attribuire ad altri i propri sentimenti inaccettabili)¹, regressione (regredire a comportamenti tipici di fasi di

¹ Freud, 1920

sviluppo precedenti)² e negazione (rifiutare di riconoscere realtà spiacevoli)³. Quelli più maturi sono: razionalizzazione (fornire spiegazioni logiche a comportamenti inaccettabili)⁴ e sublimazione (canalizzazione dei sentimenti di ansia e frustrazione in attività socialmente accettabili)⁵.

L'uso in maniera eccessiva o inappropriata di questi meccanismi può portare a disturbi psicologici, influenzando negativamente il benessere mentale dell'individuo (Freud, 1923; Freud, 1936).

Il narcisismo, che possiamo considerare un aspetto chiave della psicologia individuale, può essere esaminato all'interno del contesto dell'inversione di ruolo genitoriale e dei meccanismi di difesa. Il narcisismo è un tratto della personalità caratterizzato da un'elevata considerazione di sé, unita ad un bisogno costante di ammirazione e una mancanza di empatia verso gli altri (Twenge & Campbell, 2009). Nella sua forma patologica, si manifesta come disturbo narcisistico della personalità (DNP), contraddistinto da un senso grandioso di importanza, da fantasie di successo illimitato e da un comportamento manipolativo e sfruttatore. Le origini del narcisismo possono essere ricondotte a dinamiche familiari disfunzionali e a difficoltà nella regolazione emotiva durante l'infanzia (Kernberg, 1975; American Psychiatric Association, 2013).

Secondo Freud (1923), il narcisismo può essere visto come un processo di investimento libidico dell'io, ossia l'individuo si concentra sull'amore e sull'ammirazione di se stesso, piuttosto che sugli altri. Questo concetto si può collegare all'inversione di ruolo genitoriale, nella quale i bambini possono sviluppare un'attenzione eccessiva su se stessi, assumendo un ruolo genitoriale nei confronti dei loro caregiver (Freud, 1923; Kernberg, 1975; Kohut, 1971).

L'inversione di ruolo genitoriale può influenzare il narcisismo attraverso diversi modi. Ad esempio, i bambini che sono chiamati a svolgere responsabilità adulte

² Freud, 1911

³ Vaillant, 1992

⁴ Freud, 1908

⁵ Freud, 1905

potrebbero sviluppare un senso di grandiosità e autoimportanza, caratteristiche tipiche del narcisismo. Questa sovrapposizione di ruoli può portare a una distorsione della percezione di sé e degli altri (Freud, 1923; Kernberg, 1975; Kohut, 1971). Possiamo concludere infine, che il narcisismo nell'ottica dell'inversione di ruolo genitoriale e dei meccanismi di difesa riflette una complessa interazione tra la formazione del sé e le dinamiche familiari.

CAPITOLO 2 - FONDAMENTI TEORICI: LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO, L'INVERSIONE DI RUOLO GENITORIALE, I MECCANISMI DI DIFESA E IL NARCISISMO

2.1 La Teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento è stata sviluppata da John Bowlby e rappresenta una delle teorie fondamentali per comprendere le dinamiche emotive e relazionali tra genitori e figli (Bowlby, 1969). La sua teoria è stata influenzata da una serie di fattori personali, sociali e scientifici, che hanno modellato il suo approccio allo studio dei legami affettivi tra i bambini e le loro figure di attaccamento. La teoria dell'attaccamento di Bowlby è emersa in un periodo di grandi turbolenze sociali e politiche, in quanto durante la Seconda Guerra Mondiale, milioni di bambini britannici furono evacuati dalle città a causa dei bombardamenti, separandoli dalle loro famiglie. Questo fenomeno suscitò un profondo interesse nei ricercatori riguardo agli effetti psicologici della separazione materna sui bambini (Bowlby, 1951). Bowlby stesso lavorò con bambini evacuati e separati dalle loro famiglie, e questa fu un'esperienza che influenzò profondamente le sue idee sull'importanza dei legami affettivi primari. Negli anni '40 e '50, la ricerca sulla deprivazione materna divenne un campo di studio rilevante e Bowlby fu incaricato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di condurre una revisione sulla salute mentale dei bambini privi di cure parentali. Il suo scritto, intitolato *Maternal Care and Mental Health* (1951), concluse che la presenza di una figura materna stabile era fondamentale per il benessere emotivo e lo sviluppo sano dei bambini. Questa ricerca fu cruciale per la formulazione della teoria dell'attaccamento. Anche gli studi precedenti di René Spitz (1946) furono importantissimi per sostenere l'importanza vitale della diade madre (caregiver) e bambino sullo sviluppo psico-fisico di quest'ultimo: con i suoi studi (effettuati tra il 1945 e il 1946), che si sono concentrati sui bambini istituzionalizzati, Spitz

(1946) mise in evidenza gli effetti devastanti dovuti a una precoce separazione materna: i bambini, nonostante fossero nutriti e curati dei bisogni fisiologici primari dall'organo infermieristico, ma senza contatto con una vera e propria figura materna, svilupparono una depressione anaclitica, seguendo 4 fasi: inizialmente essi mettevano in atto un periodo di protesta (pianti, ansia e ricerca dalla madre); successivamente vivevano una fase di disperazione (crisi di pianto disperato e poi pianto monotono ed intermittente, passando dunque ad un'iniziale chiusura in loro stessi; iniziava così la perdita di peso e l'arresto dello sviluppo); in seguito si passava ad una fase di distacco o rifiuto (i bambini iniziavano a diventare abulici, inerti, piegati in loro stessi; in questa fase iniziavano a comparire attività di autostimolazione -ritmie motorie e l'espressione del viso rimaneva rigida); infine, i bambini arrivavano alla depressione anaclitica vera e propria, con l'accentuazione di tutte le caratteristiche precedenti e arrivando ad un arresto irreversibile dello sviluppo (Spitz & Wolf, 1946). Bowlby fu inoltre influenzato dalla psicoanalisi freudiana, ma criticò alcuni dei suoi presupposti. Mentre Freud sosteneva che le esperienze infantili e le pulsioni interne fossero alla base dello sviluppo psicologico, Bowlby mise in evidenza l'importanza delle relazioni reali e delle esperienze di attaccamento con le figure genitoriali (Bretherton, 1992). Inoltre, Bowlby integrò le idee della psicologia comportamentale, specialmente il lavoro di Konrad Lorenz sull'imprinting (1937) e di Harry Harlow sugli studi con le scimmie rhesus (Harlow & Zimmermann, 1959), per sostenere che i legami affettivi hanno una base biologica ed evolutiva. La teoria dell'attaccamento di Bowlby fu rivoluzionaria perché integrò concetti psicoanalitici con idee evoluzionistiche e osservazioni empiriche. Egli affermò che il bisogno di attaccamento è innato e che i legami affettivi con le figure di riferimento sono cruciali per la sopravvivenza e lo sviluppo del bambino (Bowlby, 1969).

Secondo Bowlby (1969), l'attaccamento è un legame affettivo che spinge il bambino a cercare vicinanza e contatto con una figura di riferimento,

generalmente il genitore (caregiver), soprattutto in situazioni di stress o pericolo. Possiamo interpretare il termine “attaccamento” secondo diversi punti di vista: può essere visto come un “comportamento d’attaccamento” che garantisce una vicinanza fisica alla figura di attaccamento, oppure come legame affettivo verso la figura che si prende cura del bambino o ancora come “sistema comportamentale d’attaccamento”, ossia l’organizzazione interna di questi comportamenti da parte dell’individuo (Cassidy, 1999). I comportamenti di attaccamento svolgono una funzione basilare per la sopravvivenza dell’individuo: permettendo al bambino di tenersi vicino alla madre, fanno sì che aumenti la probabilità di ottenere protezione dai pericoli esterni, e di ricevere le cure utili e necessarie per la sopravvivenza (Bowlby, 1969).

Il sistema comportamentale dell'attaccamento è un concetto centrale nella teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969). Questo sistema comportamentale comprende una serie di comportamenti innati che i bambini possono utilizzare per mantenere la prossimità con una figura di attaccamento, al fine di garantire la loro sicurezza e protezione, in quanto la funzione primaria del sistema di attaccamento è la protezione del bambino dai pericoli e la promozione della sopravvivenza (Bowlby, 1969): Bowlby (1969) avanzò l’ipotesi che i comportamenti di attaccamento, come il pianto, il seguire e l’aggrapparsi, il sorriso e i vocalizzi, si sono evoluti per mantenere il contatto tra il bambino e la figura di attaccamento. Questi comportamenti, sempre secondo Bowlby (1969) sono attivati da segnali di pericolo o di stress, come la separazione dalla figura di attaccamento o la presenza di un estraneo: il bambino, in particolare, è disposto a tollerare la distanza dal proprio caregiver (solitamente la madre), solo entro certi limiti: quando questa distanza diventa troppo grande o viene prolungata nel tempo, il sistema comportamentale d’attaccamento si attiva subito, e solo nel momento in cui viene ristabilita la vicinanza con la madre, il sistema viene disattivato (Bowlby, 1969). La risposta della figura di attaccamento, in termini di disponibilità e sensibilità, gioca un ruolo cruciale nel modellare le aspettative e le

strategie di attaccamento del bambino (Bowlby, 1969). Secondo Bowlby (1982), il sistema comportamentale dell'attaccamento è bilanciato da altri sistemi comportamentali, come il sistema esplorativo. Quando un bambino si sente sicuro e la figura di attaccamento è percepita come disponibile e reattiva, il sistema di attaccamento è "disattivato" e il bambino può esplorare l'ambiente. Tuttavia, quando il bambino percepisce una minaccia o la figura di attaccamento è assente, il sistema di attaccamento viene "attivato", portando il bambino a cercare prossimità e conforto.

2.1.1 I modelli Operativi Interni (MOI)

Nel sistema comportamentale di attaccamento possiamo trovare anche una componente cognitiva, ossia le rappresentazioni mentali della figura di attaccamento e del bambino stesso, che egli si costruisce durante le esperienze interattive con il caregiver (Bowlby, 1969). La qualità di queste esperienze interattive vissute con il proprio caregiver, viene traslata in rappresentazioni mentali o "modelli operativi interni" ("Internal Working Models"), che hanno al loro interno tutte le informazioni riguardanti come e quanto il caregiver si sia dimostrato sensibile, coerente, disponibile nel soddisfacimento dei bisogni del bambino e a quanto quest'ultimo si sia sentito meritevole delle attenzioni a lui rivolte e accettato dalla propria madre (Bowlby, 1969).

I modelli operativi interni (MOI) sono un concetto fondamentale nella teoria dell'attaccamento. Essi sono strutture cognitive, schemi mentali, che incorporano le aspettative, le convinzioni e le emozioni riguardanti le interazioni con le figure di attaccamento e influenzano il modo in cui le persone percepiscono se stesse, gli altri e le relazioni interpersonali nel corso della loro vita; per questo motivo queste rappresentazioni mentali fondano una matrice delle relazioni future, permettendo all'individuo di anticipare il risultato delle relazioni successive e di decidere i comportamenti più appropriati da mettere in campo nella vita durante

particolari situazioni e con determinate persone (Bowlby, 1969; Main et al., 1985; Bretherton, 1990; Bretherton & Munholland, 1999).

Bowlby (1969) ha proposto che i MOI si sviluppino durante i primi anni di vita in risposta alle interazioni con le figure di attaccamento. Queste prime esperienze di attaccamento forniscono una base per le aspettative future riguardo alle relazioni. Secondo Bowlby (1969), i MOI sono relativamente stabili nel tempo, ma possono essere modificati da nuove esperienze e relazioni significative.

Secondo Bowlby (1969) i MOI servono diverse funzioni cruciali, come la guida del comportamento (i modelli operativi interni influenzano come le persone interpretano le situazioni sociali e come rispondono ad esse; ad esempio, un individuo con un attaccamento sicuro è più portato a cercare supporto sociale in momenti di stress, mentre uno con un attaccamento insicuro potrebbe cercare di evitare l'intimità), la regolazione delle emozioni (i MOI aiutano a regolare le emozioni, fornendo una base per comprendere e rispondere alle emozioni proprie e altrui; questo è particolarmente importante nelle relazioni intime e nelle interazioni sociali) e la stabilità delle relazioni (essi contribuiscono alla stabilità delle relazioni nel tempo, facendo sì che le persone prevedano il comportamento degli altri e quindi permettano di rispondere in modo coerente; questo facilita lo sviluppo di relazioni durature e soddisfacenti)⁶. I MOI formati durante l'infanzia hanno un impatto significativo sulle relazioni e sul benessere psicologico nella vita adulta. La ricerca ha dimostrato che gli individui con un attaccamento sicuro tendono ad avere relazioni più stabili e soddisfacenti, mentre quelli con attaccamenti insicuri possono sperimentare difficoltà relazionali e maggiori livelli di stress psicologico (Hazan & Shaver, 1987). Sebbene i MOI siano relativamente stabili, possono essere modificati attraverso nuove esperienze relazionali e interventi terapeutici. Ad esempio, relazioni di attaccamento sicuro

⁶ Bowlby, 1969

nell'età adulta, come quelle con partner romantici o terapeuti, possono aiutare a ristrutturare MOI insicuri formati durante l'infanzia (Bowlby, 1988).

Mary Ainsworth, psicologa canadese, ha svolto un ruolo fondamentale nello sviluppo della teoria dell'attaccamento, ampliando e arricchendo il lavoro di John Bowlby. Attraverso i suoi studi con la Strange Situation, ha ulteriormente contribuito alla comprensione dei MOI: i suoi risultati hanno evidenziato che i bambini sviluppano diversi stili di attaccamento (sicuro, insicuro-evitante, insicuro-ambivalente, e successivamente disorganizzato) in base alla qualità delle interazioni con le loro figure di attaccamento (Ainsworth et al., 1978). Attraverso le sue ricerche empiriche, Mary Ainsworth ha fornito prove cruciali per comprendere come si formano e si manifestano i legami di attaccamento tra i bambini e le loro figure di riferimento. In particolare, Ainsworth (1989), ha concettualizzato ciò che caratterizza il legame affettivo e il legame di attaccamento. Per parlare di legame affettivo (il quale è considerato un legame emotivamente significativo), esso deve essere duraturo e non transitorio, ed è un legame che viene stabilito con una persona specifica, non intercambiabile con qualsiasi altra, con la quale si desidera la vicinanza e il contatto (desiderio che varia in base alle circostanze, all'età e alle condizioni fisiche e psicologiche del soggetto). Nel momento della separazione dalla persona alla quale si è legati, affiora uno stato d'ansia: il malessere è provocato dal desiderio non soddisfatto di essere vicini alla persona con la quale si è stretto questo legame. Oltre a queste caratteristiche, il legame d'attaccamento è caratterizzato dalla ricerca di sicurezza e di conforto dalla persona a cui si è legati (Ainsworth, 1989).

Da un punto di vista psicodinamico si esplora come i MOI, formati nelle prime relazioni di attaccamento, influenzino la mente inconscia e il comportamento degli individui lungo tutto l'arco della vita. Nella prospettiva psicodinamica, i modelli operativi interni sono visti come schemi interni che incorporano le esperienze affettive e cognitive delle prime relazioni significative, solitamente

con i caregiver. Questi schemi si sviluppano attraverso l'interazione tra bisogni emotivi, risposte dei caregiver e il modo in cui tali interazioni vengono interpretate e interiorizzate dal bambino (Fonagy, 2001). John Bowlby, pur essendo uno dei fondatori della teoria dell'attaccamento, era profondamente influenzato dalla psicoanalisi: egli infatti sosteneva che i MOI fossero analoghi alle rappresentazioni mentali discusse in psicoanalisi, fornendo una base per comprendere come le esperienze precoci possano influenzare la struttura della mente e il comportamento (Bowlby, 1973). In una prospettiva psicodinamica il funzionamento dei MOI consiste in:

- Rappresentazioni inconse: I MOI operano a un livello inconscio, influenzando le aspettative, i desideri e le paure che gli individui portano nelle relazioni. Queste rappresentazioni inconse determinano come le persone interpretano e reagiscono alle esperienze interpersonali (Kernberg, 1995).
- Transfert e Controtransfert: Nei contesti terapeutici psicodinamici, i MOI si manifestano attraverso i fenomeni di transfert e controtransfert. Il paziente proietta sul terapeuta i modelli interni delle relazioni passate, mentre il terapeuta deve riconoscere e gestire le proprie risposte emotive per aiutare il paziente ad elaborare di nuovo questi schemi (Gabbard, 2001).
- Ripetizione compulsiva: Freud ha descritto il concetto di "ripetizione compulsiva" in cui gli individui tendono a ricreare inconsciamente schemi relazionali problematici nel tentativo di risolverli. Questo è strettamente legato ai MOI, poiché gli individui cercano inconsciamente di risolvere i conflitti interni ricreando scenari familiari (Freud, 1920).

La psicodinamica riconosce che i MOI disfunzionali possono contribuire a varie forme di psicopatologia. Ad esempio, un bambino che ha interiorizzato un MOI in cui le figure di attaccamento sono percepite come imprevedibili o non

rispondenti, può sviluppare ansia, depressione o disturbi della personalità (Fonagy et al., 2002). Otto Kernberg (1975) ha esplorato come i MOI distorti e frammentati possano portare allo sviluppo di disturbi della personalità, specialmente il disturbo borderline di personalità. I pazienti con disturbi della personalità spesso mostrano una visione incoerente di sé e degli altri, riflettendo MOI caotici (Kernberg, 1975). La terapia psicodinamica mira a rendere consapevoli i MOI inconsci, permettendo agli individui di comprendere e modificare questi schemi disfunzionali. Attraverso il lavoro terapeutico, i pazienti possono esplorare e rielaborare le esperienze passate, sviluppando MOI più adattivi: Fonagy e colleghi hanno sviluppato la terapia basata sulla mentalizzazione, che aiuta i pazienti a comprendere e interpretare i propri stati mentali e quelli altrui. Questo approccio è particolarmente utile per i pazienti con attaccamenti insicuri e MOI disfunzionali (Fonagy et al., 2002); la psicoterapia psicodinamica si concentra sull'esplorazione delle esperienze passate e sulla loro influenza sulle relazioni e sul comportamento attuale. Il processo terapeutico permette ai pazienti di ristrutturare i loro MOI, attraverso nuove esperienze relazionali con il terapeuta (Gabbard, 2004).

2.1.2 Lo sviluppo dell'attaccamento e gli stili di attaccamento nell'infanzia

Il legame di attaccamento tra un bambino e la sua figura di riferimento si sviluppa attraverso una serie di stadi, come descritto da John Bowlby e successivamente elaborato da altri ricercatori. Questi stadi riflettono il progresso del bambino nell'acquisire una comprensione e una fiducia nella disponibilità e nel supporto della figura di attaccamento. I principali stadi di sviluppo dell'attaccamento sono (Bowlby, 1969):

1. Pre-attaccamento (0-2 mesi): la prima fase è rappresentata da “orientamento e segnali senza discriminazione della persona”, ossia

durante i primi due mesi di vita, i neonati mostrano comportamenti di attaccamento, come piangere, sorridere e aggrapparsi, ma non sono ancora attaccati a una figura specifica. Questi comportamenti sono diretti verso qualsiasi persona che fornisca loro cure e conforto. In questo stadio, i bambini non mostrano preferenze particolari per le figure di attaccamento e non manifestano angoscia alla separazione (Bowlby, 1969).

2. Attaccamento in formazione (2-6 mesi): la seconda fase è caratterizzata da “orientamento e segnali diretti verso una o più persone discriminate”, tra i 2 e i 6 mesi, i bambini iniziano a sviluppare una preferenza per le figure di attaccamento specifiche, come i genitori o i caregiver principali. Iniziano a riconoscere queste figure e a rispondere in modo differenziato rispetto agli estranei. Sebbene inizino a mostrare segni di attaccamento, come sorrisi e vocalizzazioni rivolti principalmente alle figure di riferimento, non manifestano ancora una vera e propria angoscia da separazione (Bowlby, 1969).
3. Attaccamento chiaro (6 mesi-2 anni): la terza fase, quella del “mantenimento della vicinanza a una persona discriminata mediante la locomozione e mediante segnali”, è il periodo in cui l'attaccamento diventa evidente e ben definito. I bambini sviluppano una chiara preferenza per la figura di attaccamento principale e mostrano comportamenti di attaccamento evidenti, come seguire la persona di riferimento, aggrapparsi a lei e mostrare angoscia quando viene separata. La "strange situation" ideata da Mary Ainsworth ha dimostrato come i bambini in questo stadio utilizzino la figura di attaccamento come una base sicura da cui esplorare l'ambiente circostante e come cercano conforto al suo ritorno dopo una separazione (Ainsworth et al., 1978).
4. Partnership corretta (dai 2 anni in poi): la quarta fase è rappresentata dalla “formazione di un rapporto reciproco corretto secondo lo scopo”, a partire dai 2 anni circa, i bambini iniziano a comprendere che le figure di attaccamento hanno i propri obiettivi e piani. Questo stadio è

caratterizzato dallo sviluppo della "partnership corretta", in cui i bambini diventano più collaborativi e iniziano a negoziare con le figure di attaccamento. Comprendono che le separazioni sono temporanee e che la figura di attaccamento ritornerà. La comunicazione verbale migliora e i bambini possono esprimere i loro bisogni e aspettative in modo più chiaro (Bowlby, 1982).

La qualità del legame di attaccamento che viene a formarsi durante questi stadi ha un impatto significativo sullo sviluppo emotivo e sociale del bambino.

Mary Ainsworth, attraverso il suo lavoro empirico con la Strange Situation, identificò diversi stili di attaccamento basati su come i bambini reagiscono alla separazione e al ricongiungimento con la figura di attaccamento (Ainsworth et al., 1978). La Strange Situation consiste in un protocollo sperimentale progettato per valutare la qualità dell'attaccamento nei bambini piccoli. Questo protocollo prevede una serie di otto episodi di breve durata in cui il bambino viene separato e poi riunito alla madre, e in cui è presente anche una figura estranea. Le reazioni del bambino (di età tra i 12 e i 18 mesi) durante questi episodi sono osservate e analizzate per identificare il tipo di attaccamento (Ainsworth et al., 1978). Gli episodi sono i seguenti:

1. Introduzione alla stanza: la madre e il bambino entrano in una stanza di laboratorio contenente giocattoli.
2. Esplorazione: la madre siede mentre il bambino è libero di esplorare la stanza.
3. Entrata dell'estraneo: uno sconosciuto entra nella stanza, parla con la madre e si avvicina al bambino.
4. Prima separazione: la madre esce discretamente, lasciando il bambino solo con lo sconosciuto.
5. Prima riunione: la madre ritorna, consola il bambino se necessario, e lo sconosciuto esce.

6. Seconda separazione: la madre esce di nuovo, lasciando il bambino completamente solo.
7. Seconda entrata dell'estraneo: lo sconosciuto ritorna e tenta di interagire e confortare il bambino.
8. Seconda riunione: la madre ritorna, consola il bambino e lo sconosciuto esce (Ainsworth et al., 1978).

La Strange Situation (Ainsworth et al., 1978), permette di osservare e valutare diverse dimensioni del comportamento del bambino, tra cui: l'esplorazione e il comportamento di gioco (la disponibilità della figura di attaccamento influenza la propensione del bambino a esplorare l'ambiente); le reazioni alla separazione (variazioni nel livello di angoscia mostrato dal bambino quando la madre lascia la stanza); le reazioni all'estraneo (il grado di comfort o angoscia del bambino in presenza dello sconosciuto); il comportamento di riunione (le risposte del bambino al ritorno della madre, inclusa la ricerca di contatto e la facilità di consolazione).

Attraverso l'osservazione delle reazioni dei bambini durante la Strange Situation, Ainsworth e i suoi colleghi hanno identificato tre principali stili di attaccamento:

1. Attaccamento Sicuro: i bambini con attaccamento sicuro utilizzano la madre come una "base sicura" da cui esplorare l'ambiente. Essi mostrano disagio alla separazione dalla madre e cercano conforto al suo ritorno: nei momenti di ricongiungimento salutano il genitore in modo attivo, utilizzando sorrisi e vocalizzi, mentre se sono tristi o piangono per la separazione, segnalano alla madre la volontà di contatto fisico, o lo cercano attivamente. Una volta consolati dalla figura di attaccamento, tornano a giocare e ad esplorare l'ambiente. Questi bambini sono generalmente fiduciosi nella disponibilità e nel supporto della figura di attaccamento (Ainsworth et al., 1978).

2. **Attaccamento Insicuro-Evitante:** i bambini con attaccamento insicuro-evitante tendono a evitare o ignorare la madre al suo ritorno e mostrano poca angoscia durante la separazione. Essi sono pronti ad interessarsi al contesto fisico, e si concentrano in modo totale su questo, mettendo in atto pochi comportamenti di base sicura o di affetto verso il caregiver. Sembrano indifferenti alla presenza o all'assenza della madre (negli episodi di separazione dal genitore, non mettono in atto comportamenti che esprimono disagio, e al ritorno del caregiver si mostrano indifferenti), e spesso evitano il contatto e l'interazione, preferendo focalizzare l'attenzione sui giocattoli; inoltre, se presi in braccio manifestano il desiderio di essere rimessi a terra (Ainsworth et al., 1978; Main & Weston, 1982).
3. **Attaccamento Insicuro-Ambivalente (o Resistente):** i bambini con attaccamento insicuro-ambivalente mostrano elevata angoscia alla separazione, e non sono facilmente consolabili al ritorno della madre. Già nei primi due episodi della Strange Situation mettono in atto segni di disagio, di passività o di timore, facendo fatica ad interessarsi ai giochi: nei momenti di separazione raggiungono i picchi di stress e disagio. Al rientro del caregiver possono cercare il contatto, ma, allo stesso tempo, resistere alla consolazione, anche con segni di rabbia e di rifiuto o di passività, mostrando comportamenti ambivalenti. In ogni caso al bambino risulta difficile calmarsi, nonostante il caregiver cerchi di consolarlo (Ainsworth et al., 1978).

Successivamente, Mary Main e Judith Solomon (1990) hanno identificato un quarto stile di attaccamento:

4. **Attaccamento Disorganizzato:** il comportamento di questi bambini nella Strange Situation risulta non finalizzato al raggiungimento di obiettivi precisi e difficilmente interpretabile; i bambini con attaccamento disorganizzato mostrano comportamenti incoerenti e contraddittori nei

confronti della figura di attaccamento, spesso legati a esperienze di maltrattamento o altre forme di grave disfunzione genitoriale (Main & Solomon, 1990); essi possono mettere in atto stereotipie, movimenti interrotti o incompleti, paura o timore al rientro del caregiver o confusione e disorientamento. Questa tipologia di attaccamento è caratterizzata dall'assenza di una strategia di comportamento d'attaccamento chiara e coerente al momento della riunione. La disorganizzazione infantile è considerata un predittore di psicopatologia nei bambini e negli adulti (Main & Solomon, 1990; Lyons-Ruth and Jacobvitz 2008). La disorganizzazione infantile può trasformarsi durante gli anni prescolari in un modello di attaccamento invertito o controllante, che può essere messo in atto con comportamenti accudenti o punitivi, rispettivamente etichettato come “attaccamento controllante/caregiving” e “attaccamento controllante/punitivo” (Main and Cassidy 1988; Moss et al. 2005; Wartner et al. 1994). Mentre l'attaccamento controllante/caregiving consiste nella rinuncia dei bisogni di attaccamento del bambino per rispondere ai bisogni emotivi o fisici dei genitori (Moss et al., 2011), l'attaccamento controllante/punitivo comporta un'inversione di ruolo di controllo, da parte del bambino, delle interazioni con i propri genitori attraverso un atteggiamento ostile e avvilito nei loro confronti (Moss et al., 2011). Alcuni studi hanno trovato associazioni tra problemi internalizzanti e/o esternalizzanti nei bambini disorganizzati e controllanti/punitivi, in particolare combinati con comportamenti disorganizzati (Bureau et al., 2009; Moss et al., 2004; O'Connor et al., 2011).

I comportamenti di attaccamento che possono essere osservati nella Strange Situation riflettono la qualità della relazione tra il bambino e la figura di attaccamento (Ainsworth et al., 1978). Mary Ainsworth ha assunto che i bambini che hanno sviluppato un attaccamento sicuro, tendono ad avere madri più sensibili e responsive ai loro bisogni, mentre i bambini con attaccamenti insicuri,

spesso, hanno madri meno responsive o incoerenti nelle loro risposte (Ainsworth et al., 1978). Lo sviluppo emotivo e sociale del bambino è influenzato in larga parte dalla qualità dell'attaccamento formato durante l'infanzia con i propri caregiver. È stato riscontrato infatti che i bambini con attaccamento sicuro tendono a sviluppare una maggiore autostima, migliori competenze sociali e una migliore regolazione emotiva rispetto ai bambini con attaccamenti insicuri (Sroufe, 2005). Inoltre, Mikulincer e Shaver (2007) hanno affermato che gli stili di attaccamento sviluppati nell'infanzia possono influenzare le relazioni interpersonali e il benessere psicologico nell'età adulta (Mikulincer & Shaver, 2007).

2.1.3 Gli stili di attaccamento in età adulta

La teoria dell'attaccamento originariamente è stata sviluppata per spiegare i legami tra i bambini e le loro figure di attaccamento, e successivamente è stata estesa per comprendere anche le relazioni tra adulti. Come più volte riscontrato dalla ricerca sugli stili di attaccamento in età adulta, si è evidenziato che le relazioni intime e la regolazione emotiva negli adulti sono aspetti profondamente influenzati dagli schemi di attaccamento sviluppati nell'infanzia (Hazan & Shaver, 1987; Main & Hesse, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007; Bartholomew & Horowitz, 1991). Gli stili di attaccamento in età adulta sono generalmente classificati in quattro categorie principali: sicuro, evitante, ansioso-ambivalente e disorganizzato (George et al., 1985; Bartholomew & Horowitz, 1991). Questi stili sono valutati attraverso strumenti come l'Adult Attachment Interview (George et al., 1985) e vari questionari di autovalutazione, come l'Experience in Close Relationship Scale (Wei et al., 2007) e il Relationship Questionnaire (Fraley et al., 2000).

Gli adulti che hanno sviluppato un attaccamento sicuro tendono a percepire le loro relazioni intime come stabili e soddisfacenti: essi sono in grado di bilanciare

la vicinanza emotiva con l'indipendenza, hanno tendenzialmente una visione positiva di sé stessi e degli altri e la gestione dei conflitti e dello stress relazionale risulta efficace. La ricerca ha mostrato che gli individui che hanno avuto nella loro infanzia esperienze infantili di cure coerenti e sensibili, sono caratterizzate da un attaccamento sicuro (Hazan & Shaver, 1987). Questo è stato sostenuto anche dalla ricerca di Collins e Read (1990): essi erano intenzionati a studiare le associazioni che si possono trovare tra stili di attaccamento e le relazioni con i propri genitori durante l'infanzia. Calcolando la correlazione di items di percezione delle cure ricevute dai propri caregiver e i punteggi di "vicinanza", "dipendenza" e "ansia", trovarono che chi aveva avuto una relazione calorosa con i propri genitori, tendevano ad avere più fiducia negli altri e non temevano di essere abbandonati o di non essere amati. L'intimità e la vicinanza con gli altri era più gradita dai soggetti che ricordavano di aver avuto una madre più calorosa, sensibile ai loro bisogni e affettuosa (Collins e Read, 1990). Coloro invece che avevano ricordi della propria madre come ambivalente o incostante, hanno ottenuto punteggi minori negli item legati alla "dipendenza" e punteggi maggiori in quelli di "ansia": essi avevano una grande ansia nella relazione ed erano caratterizzati da un senso di disagio e sfiducia rispetto alla vicinanza e all'intimità (Collins e Read, 1990): coerentemente perciò da quanto affermato dalla teoria dell'attaccamento, è risultata un'associazione tra il senso di sicurezza che gli individui provano in età adulta e i ricordi del rapporto con i genitori di questi ultimi (Collins e Read, 1990). Gli adulti con stile di attaccamento evitante, per questo motivo, possono apparire emotivamente distaccati e tendono in generale a minimizzare l'importanza delle relazioni intime: infatti questi soggetti hanno spesso difficoltà nel dipendere dagli altri e nell'esprimere i propri bisogni emotivi, cercando di mantenere complessivamente una distanza emotiva nelle relazioni. Lo stile di attaccamento evitante è spesso legato a esperienze infantili caratterizzate da figure di attaccamento che erano emotivamente non disponibili o rifiutanti verso di loro (Hazan & Shaver, 1987); mentre gli adulti con attaccamento ansioso-ambivalente, sono caratterizzati da un forte desiderio di

vicinanza e approvazione verso l'altro, ma sono spesso preoccupati per l'abbandono e la non reciprocità delle loro emozioni. Gli individui con questo tipo particolare di attaccamento possono manifestare comportamenti di ipersensibilità e dipendenza nelle dinamiche relazionali, con una visione positiva degli altri ma negativa di sé stessi. Questo stile di attaccamento è spesso associato a esperienze infantili di attaccamento insicuro-ambivalente, caratterizzato da vissuti di cure incoerenti o imprevedibili (Hazan & Shaver, 1987). L'attaccamento disorganizzato in età adulta è meno comune, ma è associato a comportamenti relazionali difficili, caotici e contraddittori. Gli individui con questo attaccamento possono avere difficoltà significative nella gestione delle emozioni e nella formazione di relazioni stabili. Questo stile di attaccamento è spesso collegato a esperienze infantili traumatiche o a figure di attaccamento gravemente disfunzionali (Main & Solomon, 1990). Liotti (1992) ha approfonditamente esplorato le implicazioni di questo stile di attaccamento, affermando che può derivare da situazioni in cui il caregiver è una fonte di paura e timore per il bambino o è incapace di offrire una base sicura. Liotti, nella sua opera "Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders" (1992), propone che l'attaccamento disorganizzato può giocare un ruolo cruciale nell'età evolutiva nello sviluppo di meccanismi dissociativi come strategia di coping. I bambini che non possono e non riescono a trovare sicurezza nelle loro figure di attaccamento, possono ricorrere alla dissociazione come mezzo per gestire l'angoscia e la paura diventate insopportabili. Liotti (1992) osserva che molte delle esperienze che portano a un attaccamento disorganizzato sono anche traumatiche, come l'abuso fisico, emotivo o sessuale. La combinazione di trauma e mancanza di una base sicura può portare alla frammentazione dell'identità e delle funzioni mentali. Inoltre, i caregiver che sono simultaneamente fonte di conforto e paura creano un ambiente in cui il bambino non può sviluppare un senso coerente di sé (Liotti, 1992). Questo contribuisce a esperienze di dissociazione in cui parti dell'identità o della memoria sono isolate dalla consapevolezza cosciente. La risposta incoerente del

caregiver ai bisogni del bambino porta a una mancanza di prevedibilità e sicurezza, fattori critici nello sviluppo di un attaccamento sicuro: questa incoerenza può infine facilitare la disgregazione delle esperienze vissute, contribuendo alla dissociazione.

Come sostenuto da Bowlby (1979), la formazione di un legame di attaccamento è paragonabile all'innamoramento, in quanto le relazioni molto intense dal punto di vista emotivo nascono proprio dalla formazione (fase iniziale dell'innamoramento), dal mantenimento (comportamento d'amore) e dalla costruzione di un legame affettivo. Secondo Bowlby (1969) ciò che caratterizza i legami di attaccamento sono la ricerca di vicinanza fisica con il caregiver, l'utilizzo della figura di attaccamento come "base sicura" per esplorare l'ambiente, la ricerca di protezione e conforto da essa in situazioni di pericolo o ambigue, e lo stato d'ansia provato quando si è costretti ad allontanarsi da questa figura; per questo motivo ci si trova a mettere in relazione i legami di attaccamento tra madre e bambino con quelli di coppia: a differenza degli individui non legati in una relazione affettiva, i soggetti di una coppia unita hanno il desiderio di rimanere uno in prossimità dell'altro, mettendo in atto comportamenti che assicurino la vicinanza col partner (Bowlby, 1979; Cassibba, 2003). Inoltre, nelle coppie legate da una relazione affettiva è molto importante l'intimità: sguardi reciproci, baci e abbracci all'interno di interazioni faccia a faccia fa sì che ci si senta coinvolti emotivamente (Eibl-Eibesfeldt, 1975; Cassibba, 2003). Un ulteriore elemento a supporto di questa tesi è la reazione delle coppie romantiche alla separazione o alla perdita del partner: vi sono infatti molte analogie tra il pattern "protesta-disperazione-distacco" che si osserva nei bambini quando si devono separare dalla propria figura d'attaccamento (Bowlby, 1979; Cassibba, 2003) e quello messo in atto dagli adulti successivamente alla separazione dalla persona amata o alla sua perdita (Weiss, 1975; Hazan & Shaver, 1992; Fraley & Shaver, 1999). La ricerca di Collins e Read (1990) ha mostrato quanto l'attaccamento sviluppato nell'infanzia e i modelli operativi

associati a questo, influenzino profondamente la formazione delle coppie, condizionando il comportamento e la percezione sociale, in quanto sono i caregiver a darci un primo modello di funzionamento delle relazioni e a mostrarci cosa voglia dire essere oggetto di cure e di attenzioni e cosa comporti la relazione con un'altra persona. L'attrazione verso un'altra persona è il prodotto di molteplici fattori, come la somiglianza nelle caratteristiche di personalità e nello status sociale affine al proprio (Buss & Barnes, 1986; Cassibba, 2003), negli atteggiamenti e nelle convinzioni sull'amore e nell'idea di relazione in generale (Byrne, 1971; Collins & Read, 1990), oppure ancora nella similarità dei modelli operativi sviluppati dall'infanzia, che condizionano anche il processo di formazione della coppia (Collins & Read, 1990; Senchak & Leonard, 1992). Soggetti con stili di attaccamento simili tra loro avranno a loro volta modelli operativi interni affini, perciò avranno modi di interpretare le intenzioni e le azioni degli altri e aspettative sull'altro conformi, di conseguenza saranno attratti più facilmente tra di loro, in quanto utilizzeranno schemi interattivi già noti e disponibili (Weiss, 1982; Cassibba, 2003). Si potrebbe dedurre, quindi, che si verifichino maggiormente "accoppiate" tra persone che possiedono modelli operativi complementari, rispetto che di tipologia analoga: per esempio, gli ansioso-ambivalenti dovrebbero provare più attrazione verso gli evitanti e viceversa, in quanto nel corso delle loro interazioni ciascuno confermerebbe i MOI dell'altro (Cassibba, 2003).

Un ultimo spunto di riflessione interessante può essere dato dal terzo studio di ricerca condotta da Collins e Read (1990), dove viene esposto che il caregiver di sesso opposto può diventare, per l'individuo che ne fa esperienza, un modello per rappresentarsi come dovrebbero essere o come sono le relazioni e, in aggiunta, cosa ci si dovrebbe aspettare da un partner amoroso. In ogni caso, come già affermato da Bowlby (1969), i MOI sono comunque rappresentazioni dinamiche e non statiche, e possono mutare in seguito a nuove informazioni, esperienze effettuate: come indicato dagli studi sull'attaccamento in età adulta, i modelli

operativi interni incorporano le esperienze amorose (Feenay & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987) e i nuovi compagni nelle relazioni (Collins & Read, 1990; Kirkpatrick & Davis, 1994) nelle aspettative preesistenti riguardo al Sé e agli altri, quindi nel momento in cui vengono a presentarsi modificazioni importanti come formazione delle coppie, rotture o perdite di relazioni adulte, i MOI si rimodellano per inglobare nuove informazioni su se stessi e sugli altri (Kobak & Hazan, 1991).

2.1.4 Strumenti di misurazione dell'attaccamento

Oltre alla Strange Situation, Mary Ainsworth ha contribuito allo sviluppo di altri metodi per valutare l'attaccamento, tra cui l'osservazione a casa, dove i comportamenti di attaccamento e cura vengono osservati in un contesto naturale. Questo approccio ha permesso di raccogliere dati più ecologicamente validi e ha fornito ulteriori conferme delle sue scoperte: le sue osservazioni a casa, condotte in Uganda e successivamente a Baltimora, hanno fornito una base empirica per la teoria dell'attaccamento, dimostrando come i comportamenti di attaccamento variano in diversi contesti culturali e ambientali (Ainsworth & Salter, 1967).

Oltre a queste metodologie, vi sono diversi strumenti per la misurazione dell'attaccamento, come:

- L'Attachment Q-Sort (AQS): è uno strumento di valutazione osservazionale che può essere utilizzato con bambini di età compresa tra 1 e 5 anni. Questo metodo prevede l'osservazione del comportamento del bambino in un contesto naturale, come a casa, e l'assegnazione di punteggi a una serie di affermazioni che descrivono vari comportamenti di attaccamento. I punteggi vengono poi utilizzati per determinare il livello di sicurezza dell'attaccamento del bambino (Waters & Deane, 1985). L'Attachment Q-Sort viene considerato come uno strumento aggiuntivo

alla strange situation: esso prende in considerazione un arco d'età più ampio rispetto alla strange situation, perciò permette di fare più misurazioni di uno stesso bambino e individuare degli eventuali cambiamenti, inoltre è possibile fare più rilevazioni nell'arco della settimana (Waters & Deane, 1985).

- L'Adult Attachment Interview (AAI): è un'intervista semi-strutturata utilizzata per valutare l'attaccamento negli adulti. Questo strumento, sviluppato da George, Kaplan e Main (1985), esplora le esperienze di attaccamento passate e la loro influenza sul funzionamento attuale dell'individuo. L'AAI è ampiamente utilizzata per comprendere la continuità e la trasmissione intergenerazionale degli stili di attaccamento. L'AAI consiste in una serie di domande che richiedono ai partecipanti di riflettere sulle loro esperienze di attaccamento durante l'infanzia con i loro genitori o caregiver (George et al., 1984; Main & Goldwyn, 1998; Main & Weston, 1981; Hesse, 2008). L'intervista copre diversi temi, tra cui: esperienze di attaccamento (descrizione delle relazioni con i genitori durante l'infanzia); ricordi specifici (ricordi di eventi specifici che riflettono la relazione con i genitori); perdita e trauma (esperienze di perdita o trauma e il modo in cui sono state elaborate); influenza delle esperienze di attaccamento (riflessi su come queste esperienze hanno influenzato lo sviluppo personale e le relazioni attuali). Dall'analisi delle risposte, gli intervistati vengono classificati in una delle seguenti categorie di attaccamento:
 - Attaccamento Sicuro (Autonomo): gli individui con attaccamento sicuro possono descrivere in modo coerente e bilanciato le loro esperienze di attaccamento, sia positive che negative. Dimostrano una buona capacità di riflessione e una valutazione realistica delle relazioni di attaccamento.
 - Attaccamento Insicuro-Distanziante (Distanziante): gli individui con attaccamento distanziante tendono a minimizzare l'importanza

delle relazioni di attaccamento e possono avere difficoltà a ricordare dettagli delle loro esperienze. Spesso descrivono le loro infanzie come normali o prive di problemi, nonostante le evidenze contrarie.

- Attaccamento Insicuro-Preoccupato (Preoccupato): gli individui con attaccamento preoccupato tendono a essere coinvolti emotivamente nelle loro esperienze di attaccamento, spesso in modo incoerente o confuso. Possono mostrare risentimento o dipendenza nei confronti dei loro caregiver.
- Attaccamento Disorganizzato/Incontrollabile (Non risolto): gli individui con attaccamento disorganizzato mostrano disorganizzazione o incoerenza nel discutere esperienze traumatiche o di perdita. Possono esibire pause prolungate o contraddizioni significative durante l'intervista.

L'AAI viene trascritta e analizzata da codificatori addestrati che esaminano sia il contenuto delle risposte che lo stile di narrazione. Viene data particolare attenzione alla coerenza, alla dettagliatezza e all'emotività delle risposte. La coerenza narrativa è un indicatore chiave della sicurezza dell'attaccamento, poiché riflette la capacità dell'individuo di integrare e comprendere le proprie esperienze di attaccamento (George et al., 1984; Main & Goldwyn, 1998; Main & Weston, 1981; Hesse, 2008).

- L'Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA): è un questionario auto-somministrato ideato per misurare la qualità dei legami di attaccamento degli adolescenti con i loro genitori e i loro pari. È stato sviluppato da Armsden e Greenberg (1987), e valuta tre dimensioni principali: la fiducia (misura il grado di fiducia e sicurezza che l'adolescente percepisce nelle relazioni di attaccamento), la comunicazione (valuta la qualità e l'apertura della comunicazione tra l'adolescente e i suoi genitori o coetanei) e l'alienazione (misura il grado di isolamento o

alienazione percepito dall'adolescente nelle sue relazioni di attaccamento). Questo strumento è utile per comprendere come il benessere psicologico e sociale durante l'adolescenza sia condizionato dalle relazioni di attaccamento.

- La Child Attachment Interview (CAI): è un'intervista clinica semi-strutturata per bambini di età compresa tra 7 e 12 anni. Questo strumento è stato sviluppato per valutare gli schemi di attaccamento attraverso il racconto di storie e la descrizione di esperienze personali. Le risposte dei bambini vengono analizzate per identificare le strategie di attaccamento e il livello di sicurezza (Steele et al., 1996; Shmueli-Goetz et al., 2008). Rispetto dell'AAI, questo tipo di intervista ha come focus centrale la relazione attuale con i propri caregiver, il bambino/ragazzo non deve portare avanti il suo racconto sulla sua relazione passata con loro (Fonagy, 2001).
- Questionari di autovalutazione: gli strumenti di autovalutazione come l'Experience in Close Relationship Scale (ECR) e il Relationship Questionnaire (RQ) sono ampiamente utilizzati per valutare gli stili di attaccamento in età adulta. Questi questionari chiedono agli individui di riflettere sulle loro esperienze e sentimenti riguardo alle relazioni intime, fornendo misure affidabili degli stili di attaccamento sicuro, evitante e ansioso (Fraley, Waller, & Brennan, 2000).

Come abbiamo potuto osservare il sistema comportamentale dell'attaccamento non solo influisce sul comportamento e sulle emozioni durante l'infanzia, ma ha anche ripercussioni significative sullo sviluppo emotivo e relazionale in età adulta. Il sistema comportamentale dell'attaccamento è un meccanismo fondamentale per la protezione e lo sviluppo del bambino. Attraverso l'interazione con le figure di attaccamento, i bambini sviluppano modelli operativi interni che influenzano il loro comportamento, le emozioni e le relazioni lungo tutto l'arco della vita (Bowlby, 1969). La ricerca continua a

esplorare le complessità di questo sistema e le sue implicazioni per la salute mentale e il benessere.

2.1.5 Attaccamento e terapia

“L’alleanza terapeutica è definita come una base sicura, un oggetto interno come modello operante, o rappresentazionale di una figura d’attaccamento, la ricostruzione come l’esplorazione dei ricordi del passato, la resistenza (talvolta) come profonda riluttanza a disobbedire agli ordini antichi dei genitori di non parlare o di non ricordare.”⁷

La teoria dell'attaccamento ha avuto un'influenza significativa sulla comprensione delle dinamiche della relazione terapeutica. La qualità dell'attaccamento di un individuo può influenzare il modo in cui egli si relaziona con il terapeuta, e la relazione terapeutica stessa può essere vista come un'opportunità per rielaborare modelli di attaccamento disfunzionali. Secondo Bowlby (1969, 1982), come già discusso in precedenza, gli esseri umani nascono con una predisposizione biologica a formare legami di attaccamento con i caregiver principali. Questi legami servono come base sicura da cui esplorare il mondo e come rifugio in tempi di stress o pericolo. La relazione terapeutica è spesso descritta come uno degli elementi più critici per il successo della psicoterapia (Horvath & Symonds, 1991). La teoria dell'attaccamento fornisce un quadro utile per comprendere come le esperienze di attaccamento precoce influenzino le interazioni terapeutiche.

La relazione terapeutica può riattivare le rappresentazioni mentali che la persona ha costituito nei contesti interpersonali in cui ha sperimentato vulnerabilità, dal momento che quando si chiede aiuto di solito ci si trova in una situazione di fragilità (Cassibba, 2003). I MOI che il soggetto ha costruito a partire dalla sua infanzia fondano la base di altri schemi di relazione che il soggetto forma con altre persone significative nei momenti successivi del suo sviluppo (Bowlby,

⁷ Bowlby, 1988, p. 146

1988). Secondo Bowlby (1988), la psicoterapia contiene aspetti diversificati che possono attivare le aspettative e i comportamenti tipici dell'attaccamento adulto (Mallinckrodt et al., 1995), in quanto come un caregiver, il terapeuta dona al paziente disponibilità emotiva, conforto e sostegno, lo aiuta a regolare le proprie emozioni e diventa la "base sicura" da cui partire per indagare il proprio mondo interiore (Pistole, 1989; Liotti, 2001). Affinché la terapia possa dimostrarsi efficace, la teoria dell'attaccamento assume che il paziente sia messo nelle condizioni, nel trattamento terapeutico, di utilizzare il terapeuta come "base sicura", per esplorare il proprio universo interno, riflettendo su di sé e sulla propria storia insieme al terapeuta, e usufruendo poi della comprensione condivisa col terapeuta per leggere gli eventi quotidiani: il paziente ricorda e rivive le esperienze passate in un contesto sicuro e "curativo", ossia quello della stanza d'analisi, in cui la disponibilità e sensibilità del terapeuta fanno sì che si acquisiscono nuovi significati agli eventi della propria vita, al senso di sé e dell'altro che il paziente si è costruito (Gergely & Watson, 1996; Attili, 2002; Cassibba, 2003).

Gli individui con un attaccamento sicuro tendono a sviluppare relazioni terapeutiche positive. Essi sono capaci di fidarsi del terapeuta e di utilizzare la relazione terapeutica come una base sicura per esplorare e affrontare problemi emotivi e comportamentali. Questi pazienti sono più propensi a impegnarsi attivamente nella terapia e a beneficiare del processo terapeutico (Mikulincer et al., 2013). Anche secondo la ricerca di Satterfield e Lyddon (1998), si è sottolineata l'esistenza di una relazione positiva tra la qualità dell'alleanza terapeutica, secondo i pazienti, e gli stili di attaccamento: ossia, i pazienti "sicuri" attribuivano punteggi maggiori alla qualità dell'alleanza terapeutica rispetto a soggetti che avevano uno stile più "timoroso", che attribuivano invece alla stessa valori minori (Bartholomew & Horowitz, 1991; Cassibba, 2003); gli stili invece "preoccupato" e "distanziante" non mostravano nessuna associazione significativa tra alleanza terapeutica e stili di attaccamento, si pensa in quanto i

pazienti che posseggono un modello di Sé opposto rispetto a quello degli altri, come avviene appunto in questi due stili di attaccamento, possono vivere un più alto grado di ambivalenza rispetto alla relazione terapeutica (Bartholomew & Horowitz, 1991; Cassibba, 2003), in confronto a coloro che hanno un attaccamento “sicuro” o “timoroso”. Quelli che hanno sviluppato, invece, stili di attaccamento insicuro-evitante o insicuro-ambivalente possono affrontare difficoltà nel fidarsi del terapeuta: tendono, infatti, a reagire al terapeuta usando strategie coerenti con i gli stili difensivi e con le modalità di regolazione degli affetti che si sono costruiti in vita: questo può essere un ostacolo nel percorso terapeutico, indipendentemente dalla tendenza del terapeuta ad essere sensibile e disponibile (Bowlby, 1988; Cassibba, 2003). Gli individui evitanti possono mostrarsi in qualche modo distaccati e riluttanti a rivelare informazioni personali, possono evitare l'intimità emotiva e mostrare scarsa fiducia nel terapeuta (Dozier, 1990). Gli individui ambivalenti possono mostrare, al contrario, un'eccessiva dipendenza o ansia riguardo alla disponibilità del terapeuta: possono oscillare tra il bisogno di vicinanza e la paura di rifiuto, creando una dinamica instabile nella relazione terapeutica. Questi pazienti possono avere difficoltà a fidarsi completamente del terapeuta, il che può a sua volta complicare e compromettere il processo terapeutico (Bartholomew & Horowitz, 1991). Come spiegato da Farina e Liotti (2019) in “The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension”, gli individui con attaccamento disorganizzato possono mostrare, diversamente dagli altri, comportamenti caotici o inconsueti nella relazione terapeutica, spesso a causa di esperienze passate di abuso o trauma che hanno frammentato la loro capacità di formare legami coerenti e sicuri (Farina & Liotti, 2019). Vivere esperienze traumatiche li può portare a manifestare segni di dissociazione o paura. La loro relazione con il terapeuta può essere caratterizzata da una mancanza di coerenza e prevedibilità, rendendo difficile stabilire un'alleanza terapeutica efficace (Farina & Liotti, 2019).

Il terapeuta può svolgere un ruolo cruciale nell'aiutare i pazienti a rielaborare i modelli di attaccamento disfunzionali e migliorare la relazione terapeutica, come: riconoscere e validare le emozioni del paziente, mostrando empatia e comprensione. Questa sintonizzazione emotiva aiuta a costruire una base sicura nella relazione terapeutica (Wallin, 2007). Il terapeuta può anche aiutare il paziente a identificare e modificare i modelli di pensiero disfunzionali che derivano da esperienze di attaccamento insicure. Questo processo può facilitare la formazione di nuove modalità relazionali più sane (Siegel, 2012). Infine, può offrire al paziente esperienze relazionali che contrastano con le loro aspettative negative, promuovendo così una maggiore fiducia e sicurezza. Queste esperienze correttive possono aiutare a ristrutturare i modelli di attaccamento del paziente (Schore, 2012).

Numerosi studi hanno evidenziato l'importanza della relazione terapeutica e come la teoria dell'attaccamento possa migliorare la comprensione di queste dinamiche: in particolare, Levy et al. (2011) hanno scoperto che la qualità della relazione terapeutica è fortemente correlata ai miglioramenti clinici nei pazienti con disturbi della personalità, sottolineando il ruolo della sicurezza dell'attaccamento come mediatore. Levy e colleghi (2011) hanno evidenziato, inoltre, come i terapeuti possano adattare le loro strategie per rispondere meglio alle esigenze dei pazienti con diversi stili di attaccamento. Ad esempio, per i pazienti con attaccamento evitante, i terapeuti possono lavorare gradualmente per costruire fiducia e intimità, mentre per quelli con attaccamento ambivalente, possono concentrarsi sulla stabilità e sulla coerenza. Slade in "Attachment theory and research: Implications for adult psychotherapy" (2008), ha esplorato come la mentalizzazione (la capacità di comprendere i propri e altrui stati mentali) sia facilitata da una relazione terapeutica sicura, promuovendo una migliore regolazione emotiva e una comprensione di Sé più positiva. Lo studio si basa sulle teorie di Fonagy et al. (2002), che sostengono che la capacità di mentalizzare (una funzione cruciale per la regolazione emotiva e la salute

mentale in generale) si sviluppa attraverso interazioni con caregiver che sono riflessivi e rispondono in modo adeguato agli stati mentali del bambino. Gli stili di attaccamento dei pazienti influenzano quindi, come trovato da questi studi, la loro capacità di mentalizzare, e una forte alleanza terapeutica può facilitare miglioramenti significativi in questa area (Slade, 2008).

In conclusione, la relazione terapeutica può essere influenzata in modo significativo dagli stili di attaccamento del paziente: il comportamento del paziente sarà influenzato dalle sue esperienze negative passate, che lo potrebbero frenare nel fidarsi del terapeuta o portarlo a cercare nella relazione con lui le cure e l'affetto sempre desiderato e mai vissuto nella relazione con i propri caregiver; d'altro canto il lavoro di rimodellamento e revisione dei MOI del paziente potrebbe avvenire grazie a quegli aspetti della relazione terapeutica che la rendono simile a un legame di attaccamento (Bowlby, 1988; Cassibba, 2003). La relazione terapeutica tra paziente e terapeuta è costruita anche attraverso all'influenza dei vissuti del terapeuta e dalle sue risposte, che emergono mediante il controtransfert, ossia emerge ciò che il terapeuta stesso ha vissuto durante l'infanzia (Bowlby, 1988; Cassibba, 2003). Possiamo, per questo motivo, realizzare che l'attitudine del terapeuta di fornire al paziente una "base sicura" e di aiutarlo a modificare i suoi modelli operativi interni disfunzionali, dipenda anche dall'organizzazione interna d'attaccamento che lui stesso possiede (Cassibba, 2003). Comprendere in generale gli stili di attaccamento dei pazienti e le loro implicazioni per la terapia può aiutare i terapeuti a creare un ambiente terapeutico sicuro e affidabile, facilitando così il processo di guarigione e crescita personale. La consapevolezza dei modelli di attaccamento del paziente può guidare il terapeuta nell'adattare le tecniche terapeutiche più conformi per rispondere meglio alle esigenze individuali del paziente (Cassibba, 2003).

2.2 L'inversione di ruolo genitoriale

Secondo Hooper (2007) l'inversione di ruolo genitoriale, o parentificazione, si riferisce alla situazione in cui un bambino si assume delle responsabilità e dei ruoli propri degli adulti, inappropriati per la sua età, sacrificando i propri bisogni di attenzione e cura per accudire i propri caregiver o altri membri della famiglia (Hooper, 2007). Questo fenomeno può avere profonde ripercussioni per lo sviluppo emotivo e psicologico dei bambini coinvolti. La parentificazione è stata definita, inoltre, come un processo in cui i bambini assumono responsabilità tipicamente riservate ai genitori, spesso a causa di necessità emotive, fisiche o pratiche (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

L'emergere del tema dell'inversione di ruolo genitoriale può essere tracciato attraverso i cambiamenti avvenuti nel mondo nel XX secolo, per quanto riguarda sia un punto di vista socio economico che culturale, in quanto l'urbanizzazione, l'industrializzazione e l'aumento delle famiglie monoparentali hanno contribuito a situazioni in cui i bambini sono stati costretti ad assumere ruoli adulti all'interno delle loro famiglie. Aumentando il lavoro femminile fuori casa e con il cambiamento dei modelli di vita familiare, molte famiglie hanno sperimentato nuove dinamiche di ruolo: è in questo contesto che alcuni bambini sono stati costretti a prendersi cura dei fratelli minori o dei genitori, assumendo responsabilità che un tempo erano riservate agli adulti (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). In aggiunta, la crescente enfasi sull'individualismo e la realizzazione personale ha portato alcuni genitori a dipendere maggiormente dai figli per il supporto emotivo e pratico. Questa dinamica è particolarmente evidente nelle famiglie monoparentali o in quelle dove uno o entrambi i genitori affrontano difficoltà significative come malattie mentali, dipendenze o stress economico (Minuchin, 1974).

In "Parent-Child Boundary Dissolution: Psychological Constructs and Developmental Pathways," Patricia K. Kerig (2005) esplora in modo

approfondito il fenomeno dell'inversione del ruolo intergenerazionale, noto anche come dissoluzione dei confini genitore-figlio. Kerig identifica e descrive diverse forme di inversione del ruolo intergenerazionale che possono verificarsi all'interno delle famiglie, delineando come queste dinamiche influenzino il benessere psicologico e lo sviluppo dei bambini. Si possono distinguere vari tipi di inversione di ruolo intergenerazionale (Kerig, 2005; Macfie et al., 2015):

- La parentificazione, come già esposto, si verifica nel momento in cui un bambino si assume responsabilità e ruoli che dovrebbero invece appartenere ai caregiver. In questo caso è il figlio a prendersi carico dei bisogni emotivi del genitore. I bambini parentificati possono crescere con un senso di inadeguatezza e una costante preoccupazione per il benessere degli altri, spesso a scapito del proprio (Kerig, 2005). Possiamo distinguere due tipi di parentificazione: strumentale ed emotiva. La parentificazione strumentale si verifica quando i bambini si assumono compiti e responsabilità pratiche all'interno della famiglia. Questi compiti possono includere la cura dei fratelli minori, la gestione delle faccende domestiche, o l'assunzione di responsabilità finanziarie. Boszormenyi-Nagy e Spark (1973) descrivono come i bambini parentificati spesso svolgono ruoli che vanno ben oltre ciò che sarebbe considerato appropriato per la loro età, diventando essenzialmente il braccio destro del genitore e indispensabili per la gestione delle faccende domestiche o per l'accudimento di fratelli. La parentificazione emotiva, invece, è messa in atto quando i bambini assumono il ruolo di fornitori di supporto emotivo per i genitori. Questo può includere l'ascolto dei problemi dei propri caregiver, la fornitura di conforto emotivo, e l'assunzione di responsabilità per il benessere psicologico del genitore. Jurkovic (1997) evidenzia come la parentificazione emotiva possa avere un impatto profondo sullo sviluppo del bambino, in quanto vengono

caricate sulle spalle dei bambini responsabilità emotive che normalmente sarebbero compito degli adulti.

- L'adulterizzazione si riferisce al processo in cui un bambino è trattato come un adulto in situazioni e contesti per cui non è ancora pronto. Questo può comportare l'assunzione di responsabilità e di decisioni che sono inappropriate per la sua età e sviluppo. In questa condizione i genitori e i figli si comportano come se fossero dei pari. L'adulterizzazione può manifestarsi in vari modi, tra cui il coinvolgimento dei bambini in conversazioni e decisioni adulte, la responsabilità di prendersi cura di se stessi e degli altri senza un adeguato sostegno, e l'aspettativa di comportamenti maturi del bambino in modo prematuro. L'adulterizzazione può portare a una serie di problemi, tra cui la perdita dell'infanzia, stress elevato, e difficoltà a relazionarsi con i pari, anche se non tutti gli effetti sono considerati negativi: infatti, sebbene questo ruolo possa impedire la normale partecipazione ad attività più strette al suo stadio di sviluppo, l'adulterizzazione fornisce al bambino una sensazione di utilità che controbilancia l'influenza negativa di altre problematiche familiari contemporanee (Kerig, 2005). I bambini adulterizzati possono diventare eccessivamente indipendenti e avere difficoltà a chiedere aiuto o a fidarsi degli altri nel loro sviluppo (Kerig, 2005). L'adulterizzazione può comportare, oltremodo, la dissoluzione dei confini intergenerazionali: per questo motivo è connessa profondamente anche al costrutto di triangolazione, in cui il bambino è immerso nel sottosistema coniugale come decisore, risorsa emotiva dell'adulto e risolutore di problemi (Barber et al., 2005; Kerig, 1996; Margolin et al., 2001; O'Brien et al., 1995).
- La sposificazione è una forma di inversione di ruolo intergenerazionale che si verifica quando un bambino assume il ruolo di partner emotivo di uno dei caregiver, sostituendo il ruolo che dovrebbe essere occupato dal coniuge del genitore. Questo fenomeno può verificarsi in famiglie dove un genitore è assente, emotivamente distante o incapace di fornire un

supporto emotivo. Il figlio compensa così l'insoddisfazione di un genitore rispetto al partner: in questa situazione, il bambino diventa il principale confidente e fonte di supporto emotivo per il genitore, creando una relazione simile a quella tra coniugi, ma senza gli aspetti romantici o sessuali. La sposificazione ha due sottotipi, e può essere suddivisa in ostile o seducente. Nuttal (2015) parla di sposificazione ostile per riferirsi ad una dinamica in cui il caregiver si rivolge al bambino allo stesso modo del partner, in una maniera ostile e/o critica, mentre per quanto riguarda il sottotipo di sposificazione seduttiva, la intende come una dinamica in cui il bambino è coinvolto dal proprio caregiver in una relazione di intimità adulta, paragonabile a quella di una coppia. Secondo Sroufe e Ward (1980), la sposificazione seduttiva non riguarda una relazione con retroscena di tipo sessuale tra genitore e figlio, bensì la intendono come la messa in atto di comportamenti e interazioni eccessivamente stimolanti e inappropriati per il contesto specifico di interazione e per la tipologia dei ruoli della relazione genitore-bambino. Kerig (2010) parla di "ipotesi compensatoria" per riferirsi a quest'ultimo sottotipo di sposificazione, in cui il caregiver si rivolge al bambino in maniera eccessivamente positiva. In questo caso la "seduzione" del genitore nei confronti del bambino riguarda in particolare l'eccesso di contatto fisico (Kerig, 2005). Si è riscontrata anche una differenza di genere in questo ambito: mentre il comportamento seducente è messo in atto maggiormente dalle madri verso i figli maschi (Sroufe, 1989), la sposificazione ostile è rivolta in maniera maggiore dalle madri verso le figlie femmine, mettendo in atto a volte atteggiamenti di competizione (Sroufe et al., 1985; Kerig, 2005). Gli effetti della sposificazione possono essere profondamente dannosi, portando il bambino a sviluppare una visione distorta delle relazioni intime e una difficoltà a stabilire confini appropriati nelle relazioni future (Kerig, 2005).

Questi fenomeni sono strettamente legati alla regolazione dei confini familiari e alla distribuzione del potere decisionale e dell'intimità all'interno della famiglia: il termine "dissoluzione di confini" si riferisce proprio ad una difficile combinazione di fenomeni che riguardano in modo particolare la mancanza di distinzione tra individui o la confusione dei ruoli interpersonali (Kerig, 2005). Kerig (2005), mette in risalto il fatto che ciò che collega qualsiasi tipo di diffusione di confini è proprio una perdita nel riconoscimento dell'individualità e dell'abilità del bambino di definirsi come un individuo unico e singolo; inoltre, Kerig (2005) descrive la dissoluzione di confini come l'impensabilità o l'incapacità di percepire il bambino come persona a se stante, o come persona con una propria identità al proprio stadio di sviluppo. Inoltre, Kerig (2005), oltre all'inversione di ruolo (Role Reversal) e ai 3 sottogruppi appena esposti (Parentificazione, Adultizzazione e Sposificazione), definisce altre due tipologie principali di confini dissolti: l'invischiamento (Enmeshment) e l'intrusività (Intrusiveness): per invischiamento si intende la mancanza del riconoscimento e dell'accettazione delle differenze tra il Sé e l'altro (Zeanah & Klitzke, 1991), ossia una dinamica interpersonale che può in potenza arrivare a riguardare tutta la famiglia, in cui i membri diventano un tutt'uno, provando l'uno i sentimenti dell'altro (Minuchin, 1974). Kerig (2005) collega questa dinamica ad un fallimento dell'uscita dalla fase di fusione madre-bambino nella teoria della separazione-individuazione (Mahler et al., 1978). Per intrusività, invece, Kerig (2005) intende una dinamica per cui un caregiver, controllante e coercitivo, non rispetta l'autonomia del bambino, in questo caso il genitore insegue il controllo sul bambino e sulla sua vita interiore, secondo quello che può essere definito come il "controllo psicologico": lo scopo del genitore è quello di infondere nel bambino un senso di colpa tale da riuscire a piegare i suoi desideri e le sue azioni a seconda delle sue volontà (Kerig, 2005). Paul R. Emery (1999) ha approfondito come queste dinamiche influenzano la struttura familiare e il benessere dei suoi membri. I confini familiari sono le linee invisibili che definiscono le relazioni e i ruoli all'interno della famiglia. Emery (1999) sottolinea che quando questi confini

sono troppo rigidi o troppo permeabili, possono verificarsi problemi significativi. I confini troppo rigidi possono in qualche modo isolare i membri della famiglia e impedire una comunicazione aperta e un sostegno reciproco, mentre i confini troppo permeabili possono portare a una confusione di ruoli, dove i figli possono essere coinvolti in decisioni e situazioni adulte per le quali non sono preparati. L'intimità e il potere decisionale sono due aspetti critici della dinamica familiare che vengono influenzati dalla regolazione dei confini. L'intimità familiare riguarda la vicinanza emotiva e la capacità di condividere sentimenti e preoccupazioni in modo sicuro. Emery (1999) evidenzia che la giusta dose di intimità è essenziale per il supporto emotivo, ma un eccesso può portare a situazioni di inversione di ruolo, dove i bambini diventano partner emotivi dei genitori; allo stesso tempo il potere decisionale dovrebbe essere equamente distribuito all'interno della famiglia, con i genitori che mantengono l'autorità finale. Tuttavia, nelle famiglie con inversione di ruolo, i bambini possono essere costretti a prendere decisioni significative, compromettendo il loro sviluppo (Emery, 1999).

2.2.1 Cause e conseguenze dell'inversione di ruolo

La psicoterapia sistemica e la teoria della famiglia hanno giocato un ruolo cruciale nell'identificazione e nella comprensione dell'inversione di ruolo genitoriale. Pionieri come Salvador Minuchin hanno descritto come le famiglie disfunzionali o, come le chiama lui "famiglie invischiate", possono sviluppare schemi in cui i bambini diventano genitorializzati, assumendo ruoli di responsabilità nei confronti dei genitori (Minuchin, 1974). Questi schemi sono stati osservati in contesti di stress familiare elevato, dove i genitori possono non essere in grado di fornire il sostegno necessario ai propri figli a causa di psicopatologie, abuso di sostanze, malattie psichiatriche o altre patologie (Chase, 1999). Ma come osserva Minuchin (1974), la parentificazione non risulta in ogni

caso qualcosa di negativo, ma anzi può portare con sé anche una connotazione adattiva, portata dal sentimento percepito dal bambino di essere parte di un ambiente familiare unito e coeso.

Come accennato, l'inversione di ruolo genitoriale è un fenomeno che può avere molteplici cause, spesso interconnesse, che variano in base alle dinamiche specifiche di ogni famiglia. Uno dei fattori più comuni che può portare all'inversione di ruolo genitoriale è la presenza di problemi di salute mentale nei caregiver. Depressione, ansia, disturbi bipolari e altre condizioni psicologiche possono compromettere la capacità dei genitori di prendersi cura adeguatamente dei loro figli (Chase, 1999). In queste situazioni, i bambini possono sentirsi obbligati a colmare il vuoto emotivo e pratico lasciato dai genitori, assumendo ruoli di supporto emotivo e cura (Earley & Cushway, 2002). L'abuso di sostanze da parte dei genitori è un'altra causa significativa di parentificazione. L'alcolismo o la dipendenza da droghe possono rendere i genitori inaffidabili e incapaci di gestire le responsabilità quotidiane; a loro volta, i bambini di genitori con problemi di dipendenza possono assumere ruoli adulti, come gestire le finanze familiari, prendersi cura dei fratelli minori e persino gestire situazioni di emergenza (Chase, 1999). Inoltre, le famiglie che affrontano gravi stress economici possono anche vedere una maggiore incidenza di inversione di ruolo. La povertà, la disoccupazione e l'insicurezza abitativa possono creare un ambiente in cui i bambini devono contribuire economicamente o assumere responsabilità adulte per aiutare a mantenere la famiglia in vita. Questo può includere trovare lavoro precocemente, prendersi cura della casa o sostenere i genitori in cerca di lavoro (Jurkovic, 1997). Allo stesso tempo, quando un genitore soffre di una malattia cronica o di una disabilità, i bambini possono assumere il ruolo di caregiver, come assistere il genitore nelle attività quotidiane, gestire la somministrazione di farmaci o produrre compiti domestici che il genitore non può o non è in grado di fare. L'inversione di ruolo in queste famiglie può essere vista come una necessità pratica, ma ha comunque implicazioni

significative per lo sviluppo del bambino (Hooper, 2007). L'assenza fisica o emotiva di uno dei genitori, dovuta a separazione, divorzio, morte o lavoro lontano da casa, può anche contribuire all'inversione di ruolo. In tali situazioni, il bambino può prendere il posto del genitore assente, cercando di riempire il vuoto e sostenere il caregiver rimasto, che può essere sopraffatto dalle responsabilità (Minuchin, 1974). Le dinamiche familiari disfunzionali, come la dissoluzione dei confini o l'assenza di regole e ruoli chiari, possono anche portare all'inversione di ruolo. Nel momento in cui i confini tra genitori e figli non sono ben definiti, i bambini possono assumere ruoli adulti per cercare di creare e dare un senso di ordine e stabilità nella famiglia (Kerig, 2005). Infine, in alcune culture o contesti familiari, la parentificazione può essere più comune e accettata come parte delle tradizioni familiari. Ad esempio, in alcune famiglie immigrate, i bambini possono assumere ruoli di traduzione e mediazione culturale per i genitori. Sebbene questi ruoli possano essere visti come un contributo positivo alla famiglia, possono anche portare a un carico eccessivo di responsabilità per i bambini (Falicov, 2003). Diversi studi hanno sottolineato, inoltre, che in varie culture le madri condividono, insieme ai figli più grandi, la responsabilità della cura dei figli più piccoli: in particolare, per esempio, le madri di bambini cresciuti tra i Gusii del Kenya, accudiscono i loro figli solo per metà del tempo, nell'altra metà i bambini sono presi in cura dai fratelli più grandi: la madre fornisce le cure prettamente fisiche e legate alla salute del piccolo, mentre i fratelli si occupano delle interazioni sociali e del gioco (Kermorian & Leiderman, 1986; Cassibba, 2003).

Ricercatori e clinici hanno documentato gli effetti negativi dell'inversione di ruolo genitoriale sullo sviluppo emotivo e psicologico dei bambini. Diversi studi hanno mostrato che i bambini genitorializzati possono sperimentare elevati livelli di stress, ansia e depressione, e possono sviluppare difficoltà nelle loro future relazioni interpersonali (Earley & Cushway, 2002). Questo fenomeno è stato collegato a un senso di responsabilità esagerato e a una perdita di infanzia, con

implicazioni a lungo termine per il benessere psicologico (Chase, 1999). L'inversione di ruolo può alterare profondamente le relazioni familiari, in quanto i bambini che vivono il role reversal possono sviluppare una relazione di co-dipendenza con i genitori, assumendo il ruolo di caregiving che distorce i normali confini generazionali: tutto questo può portare a sentimenti di risentimento, colpa e stress nei bambini, oltre a compromettere il loro sviluppo emotivo e psicologico (Jurkovic, 1997). Le conseguenze a lungo termine di aver fatto esperienza nell'infanzia di un'inversione di ruolo genitoriale sono diverse: i bambini che sperimentano la parentificazione sono a rischio di sviluppare una serie di problemi psicologici, (Earley & Cushway, 2002), ma possono anche sviluppare sentimenti di colpa e risentimento. Possono sentirsi colpevoli per non essere in grado di risolvere i problemi dei genitori e risentirsi per le responsabilità eccessive che devono assumere. Questi sentimenti possono persistere fino all'età adulta, influenzando il benessere emotivo e la qualità della vita (Chase, 1999). L'inversione di ruolo può portare, come già descritto, a una perdita dell'infanzia e a un senso esagerato di responsabilità, influenzando negativamente l'autostima e la capacità di formare relazioni sane in età adulta (Earley & Cushway, 2002). Come riferito da Hooper (2007) gli adulti che sono stati parentificati da bambini possono avere difficoltà a stabilire confini sani nelle loro relazioni. Possono tendere a ricercare relazioni in cui possono continuare a svolgere ruoli di caregiving, oppure possono evitare relazioni intime per paura di essere sfruttati emotivamente. La ricerca ha dimostrato che la parentificazione può influenzare negativamente la soddisfazione relazionale e la stabilità delle relazioni intime (Hooper, 2007). Nonostante i numerosi effetti negativi, l'inversione di ruolo genitoriale può anche portare allo sviluppo di competenze utili, per esempio i bambini parentificati spesso sviluppano forti abilità di problem solving, gestione del tempo e organizzazione. Queste competenze possono essere vantaggiose nella vita adulta, sia in ambito personale che professionale (Jurkovic, 1997). La parentificazione può anche favorire lo sviluppo di una maggiore empatia e sensibilità verso le necessità degli altri, in

quanto i bambini che si prendono cura dei genitori o dei fratelli spesso sviluppano una comprensione profonda delle emozioni e dei bisogni altrui, diventando da adulti più empatici e compassionevoli (Kuperminc et al., 2009) e, inoltre, sviluppare una forte resilienza. Affrontare e superare situazioni difficili può rafforzare la capacità di affrontare le avversità future. La resilienza sviluppata attraverso la parentificazione può aiutare questi individui a gestire efficacemente lo stress e le sfide della vita adulta (Winton, 2003).

Il lavoro di Jenny Macfie, Laura E. Brumariu, e Karlen Lyons-Ruth, intitolato "Parent-Child Role-Confusion: A Critical Review of an Emerging Concept" (2015), esamina anche le conseguenze della confusione dei ruoli, che possono essere significative e durature: il role reversal ha un impatto psicologico, i bambini coinvolti in dinamiche di confusione dei ruoli possono sviluppare, come già illustrato, problematiche legate all'ansia, alla depressione e ad altri disturbi emotivi; in seguito, questi bambini possono avere difficoltà a stabilire e mantenere relazioni sane da adulti, spesso ripetendo modelli disfunzionali appresi nell'infanzia. La confusione dei ruoli può interferire, inoltre, con lo sviluppo di un senso di Sé sano e coeso, poiché i bambini non sono in grado di esplorare e affermare la propria identità in modo appropriato (Macfie et al., 2015). Erikson (1968) ha descritto l'importanza delle esperienze sociali e personali nello sviluppo dell'identità. Quando i bambini devono assumere ruoli adulti precocemente, possono perdere opportunità cruciali per esplorare i propri interessi, passioni e aspirazioni, fondamentali per la formazione di un senso di Sé solido. I bambini che hanno sperimentato role reversal spesso sviluppano una bassa autostima; poiché sono costretti a gestire responsabilità per le quali non sono pronti essi possono sentirsi inadeguati o falliti quando non riescono a soddisfare le aspettative irrealistiche poste su di loro (Hooper, 2007). Questo può portare a sentimenti di inferiorità e mancanza di fiducia in sé stessi (Hooper, 2007). Quando i bambini assumono ruoli genitoriali, possono interiorizzare l'idea che il loro valore dipenda dalla loro capacità di prendersi cura degli altri. Questo

può portare a un investimento eccessivo nel ruolo di caregiver a scapito del loro sviluppo personale. Secondo Minuchin (1974), tali bambini possono diventare da adulti, persone che continuano a cercare relazioni in cui assumono ruoli di cura, trascurando i propri bisogni e desideri. La teoria dello sviluppo di Margaret Mahler (1975) evidenzia l'importanza del processo di separazione e individuazione, durante il quale i bambini sviluppano un senso di identità separato dai loro genitori. L'inversione di ruolo può interferire con questo processo, poiché i bambini parentificati sono spesso emotivamente e fisicamente legati ai loro genitori in modi che impediscono la naturale separazione.

2.2.2 La trasmissione intergenerazionale dell'inversione di ruolo

La ricerca di Macfie e colleghi (2005), ha dato un importantissimo contributo allo studio sull'inversione di ruolo genitoriale: la loro analisi "*Intergenerational transmission of role reversal between parent and child: Dyadic and family systems internal working models*" ha indagato in profondità come il role reversal tra caregiver e figli venga trasmesso da una generazione all'altra, utilizzando due prospettive teoriche: i modelli operativi interni delle relazioni diadiche (Bowlby, 1973, 1980) e i sistemi della famiglia (Sroufe & Fleeson, 1986, 1988): in altre parole, questo studio ha indagato come i MOI e i sistemi della famiglia possano facilitare la trasmissione intergenerazionale del role reversal. Questo lavoro rappresenta un contributo significativo alla comprensione delle dinamiche familiari disfunzionali e delle loro conseguenze intergenerazionali (Macfie et al., 2005). Il role reversal è considerato un fattore di rischio nello sviluppo evolutivo dei bambini; la trasmissione intergenerazionale dell'inversione di ruolo può, inoltre, trasferire questo fattore di rischio nella generazione successiva. Gli obiettivi principali di questo studio (Macfie et al., 2005) sono: osservare come l'inversione di ruolo venga trasmessa tra generazioni; studiare le dinamiche diadiche tra genitore e figli; e, in ultima analisi, valutare le dinamiche all'interno

del sistema familiare complessivo. Macfie e colleghi (2005) hanno utilizzato un approccio misto che combina l'analisi qualitativa delle interazioni familiari con strumenti quantitativi per misurare variabili psicologiche. È stata utilizzata l'Adult Attachment Interview (George et al., 1984) per valutare il role reversal nella prima generazione, mentre è stato utilizzato un paradigma osservazionale per studiare il role reversal nella seconda generazione, nel momento in cui i figli compivano 2 anni (Cox, 1997). I partecipanti allo studio sono stati selezionati in base a criteri specifici per garantire una rappresentazione adeguata delle dinamiche di inversione di ruolo. In questa ricerca si è indagato il role reversal tra entrambi i genitori e le loro madri tramite l'AAI (George et al., 1984) prima della nascita del bambino: si è posta l'attenzione sull'inversione di ruolo di ciascun genitore con la propria madre e sulla ripetizione del modello di inversione di ruolo tra madre e bambino. Gli autori hanno formulato due ipotesi basandosi su precedenti ricerche sulla trasmissione intergenerazionale della dissoluzione dei confini (Sroufe & Ward, 1980; Jacobvitz et al., 1991) e sulla trasmissione teorizzata di modelli operativi interni sia diadici che familiari (Bowlby, 1973; Main et al., 1985; Sroufe & Fleeson, 1986, 1988): in primo luogo, che l'inversione di ruolo di una madre con la propria madre avrebbe predetto l'inversione di ruolo con la figlia ma non con il figlio; secondo, che l'inversione di ruolo di un padre con la propria madre avrebbe predetto l'inversione di ruolo della moglie con il figlio ma non con la figlia. Inoltre, gli autori hanno cercato di fornire una validità predittiva discriminante per il costrutto dell'inversione di ruolo e di esplorare la relazione tra l'inversione di ruolo e le classificazioni AAI. I risultati di questo studio (Macfie et al., 2005), hanno mostrato che sia i padri che le madri che hanno vissuto un'inversione di ruolo durante l'infanzia con la propria madre hanno visto ripetersi questo schema nella generazione successiva; le madri che avevano sperimentato un'inversione di ruolo con la propria madre, avevano maggiori probabilità di instaurare la stessa dinamica con la propria figlia all'età di 2 anni, mentre i padri che avevano vissuto un'inversione di ruolo con la propria madre avevano maggiori probabilità di sposare donne che manifestavano

un'inversione di ruolo con il proprio figlio all'età di 2 anni. Il contributo di questo studio sulla trasmissione intergenerazionale del role reversal è particolarmente interessante poiché supporta l'estensione della teoria dell'attaccamento dall'interiorizzazione delle relazioni diadiche (Bowlby, 1973) all'interiorizzazione dell'intero sistema familiare (Sroufe & Fleeson, 1988), che viene portata avanti nelle relazioni future attraverso l'accoppiamento assortimentale: un uomo e una donna con interiorizzazioni simili dell'intero sistema familiare possono sposarsi tra loro (Macfie et al., 2005).

In conclusione, dalla prospettiva della psicopatologia dello sviluppo (Cicchetti, 1984; Sroufe & Rutter, 1984), questi risultati sulla trasmissione intergenerazionale del role reversal possono anche fornire informazioni sullo sviluppo normativo: idealmente, in un sistema familiare, i genitori soddisfano i loro bisogni di intimità e cura con i loro pari, così da prendersi cura dei figli senza aspettarsi nulla in cambio; di conseguenza, i bambini possono crescere con modelli interni di famiglia in cui gli adulti si prendono cura di loro e non viceversa e li porta nel futuro a prendersi cura della generazione successiva (Sroufe & Fleeson, 1988); al contrario, i bambini che invece vivono relazioni invertite, come nel caso del role reversal, possono non vedere soddisfatti i loro bisogni di nutrimento, non sviluppare competenze nelle relazioni intime con i partner e cercare nei figli di colmare i loro bisogni insoddisfatti. I problemi comportamentali (Carlson et al., 1995; Jacobvitz & Sroufe, 1987) e la psicopatologia (Jacobvitz & Bush, 1996; Rowa et al., 2001) associati all'inversione di ruolo possono essere sintomi di un problema più ampio di trasmissione intergenerazionale di MOI disadattivi.

2.2.3 Interventi terapeutici per il role reversal

Comprendere le cause e le conseguenze di questa dinamica è fondamentale per sviluppare interventi che possono risultare efficaci e che possano aiutare i

bambini a ristabilire confini sani e a sviluppare un'identità personale coerente e positiva. Gli interventi terapeutici dovrebbero mirare a ristabilire confini chiari e appropriati tra genitori e figli: questo può essere fatto attraverso la terapia familiare, ossia interventi terapeutici che coinvolgono tutti i membri della famiglia, per esplorare e ridefinire i ruoli e le responsabilità all'interno della famiglia (Minuchin, 1974). La terapia strutturale, in particolare, si concentra sulla riorganizzazione delle dinamiche familiari per promuovere interazioni più sane e funzionali. Molto utile è, inoltre, la “Psychoeducation”, che consta nell’educare i genitori sull'importanza dei confini e sui danni potenziali dell'inversione di ruolo. Questo può includere insegnare ai genitori strategie per sostenere i loro figli senza delegare a loro responsabilità inappropriate. Un ulteriore intervento clinico è quello di fornire supporto e risorse ai genitori; questo è essenziale per migliorare la loro capacità di prendersi cura dei propri figli senza ricorrere all'inversione di ruolo. Gli interventi possono includere percorsi di psicoterapia, counseling individuale per i genitori, per aiutarli a sviluppare competenze genitoriali e strategie di coping per gestire lo stress e le difficoltà emotive senza fare affidamento sui figli (Jurkovic, 1997), oppure gruppi di supporto per genitori, dove essi possono condividere le loro esperienze e ricevere sostegno e consiglio da altri genitori e professionisti. I bambini che hanno sperimentato inversione di ruolo possono beneficiare di interventi terapeutici mirati: attraverso la terapia individuale, i bambini possono esplorare e rielaborare le loro esperienze di inversione di ruolo, sviluppando una comprensione più sana di Sé e delle loro relazioni familiari (Kerig, 2005). La terapia può aiutare i bambini a sviluppare competenze sociali ed emotive appropriate per la loro età, promuovendo la resilienza e la capacità di formare relazioni sane. L'inversione di ruolo genitoriale ha numerose implicazioni cliniche che richiedono attenzione e intervento da parte dei professionisti della salute mentale: è cruciale per i terapeuti essere in grado di identificare precocemente i segni di inversione di ruolo nelle famiglie, questo può includere l'osservazione di comportamenti dove i bambini assumono responsabilità emozionali o pratiche inappropriate per la loro

età. Gli interventi devono tenere conto del contesto familiare e culturale in cui l'inversione di ruolo si verifica. Questo include considerare le dinamiche di potere, i fattori di stress e le risorse disponibili all'interno della famiglia (Macfie, Brumariu, & Lyons-Ruth, 2015). Spesso, un approccio multidisciplinare che coinvolge terapeuti, assistenti sociali, educatori e altri professionisti può essere necessario per affrontare efficacemente il role reversal. Questo può considerare interventi a livello individuale, familiare e comunitario. In ogni caso, il monitoraggio continuo e la valutazione degli interventi sono essenziali per garantire che le strategie terapeutiche siano efficaci e adattate alle esigenze specifiche della famiglia.

2.2.4 La scala CDRR nella valutazione dell'inversione di ruolo genitoriale

La Childhood Disorganization and Role Reversal Scale (CDRR), sviluppata da Molisa Meier e Jean-François Bureau (2018), è uno strumento di autovalutazione progettato per misurare la disorganizzazione e l'inversione di ruolo tra genitori e figli. Questo strumento risponde alla necessità di valutare in modo sistematico e accurato le dinamiche familiari che possono portare i bambini a svolgere ruoli e responsabilità inappropriate per la loro età. La scala CDRR si concentra su due dimensioni principali:

- La disorganizzazione: misura il grado di confusione e incoerenza percepita nei ruoli familiari. Include item che valutano la percezione dei bambini riguardo alla stabilità e prevedibilità dei comportamenti genitoriali e delle aspettative di ruolo (Meier & Bureau, 2018).
- L'inversione di ruolo: misura la frequenza e l'intensità con cui i bambini si sentono costretti ad assumere responsabilità adulte. Include item che esplorano situazioni in cui i bambini forniscono supporto emotivo ai genitori, prendono decisioni familiari o gestiscono compiti pratici tipicamente associati agli adulti (Meier & Bureau, 2018).

La scala CDRR è un questionario di autovalutazione composto da una serie di affermazioni a cui i soggetti rispondono utilizzando una scala Likert (ad esempio, da "per niente vero" a "molto vero"). I punteggi totali per ciascuna dimensione forniscono un'indicazione del livello di disorganizzazione e inversione di ruolo percepito dal bambino. Le analisi psicometriche condotte da Meier e Bureau (2018) hanno dimostrato che la scala CDRR possiede elevate proprietà psicometriche: la scala ha mostrato un'alta consistenza interna, indicando che gli item misurano coerentemente i concetti di disorganizzazione e inversione di ruolo. La scala è stata correlata con altre misure di funzionamento familiare e benessere psicologico, supportando la sua validità di costrutto.

Nella CDRR le scale delle versioni per i genitori sono distinte per padre e madre. In altre parole, sono state sviluppate in modo indipendente per ottenere item e scale specifiche per ogni diade genitore-bambino: è inclusa una struttura a quattro fattori sia per la madre che per il padre: la versione della CDRR per la madre comprende come scale la Disorganizzazione/Punitività, Ostilità reciproca, Caregiving affettivo e Confini adeguati; la versione della CDRR del padre, invece, comprende le scale Disorganizzazione, Caregiving affettivo, Confini adeguati e Punitività (Meier & Bureau, 2018).

La scala CDRR ha importanti implicazioni cliniche per psicologi, terapeuti e consulenti familiari. Può essere utilizzata per identificare bambini e adolescenti a rischio di problemi psicologici dovuti a dinamiche familiari disfunzionali, per informare gli interventi terapeutici, aiutando a focalizzare le aree specifiche delle dinamiche familiari che necessitano di essere affrontate e per monitorare i cambiamenti nelle percezioni dei bambini riguardo ai ruoli familiari nel corso del tempo e valutare l'efficacia degli interventi terapeutici. Questa scala, inoltre, è stata inserita e utilizzata nel questionario redatto per la ricerca sperimentale esposta in questo elaborato.

La Childhood Disorganization and Role Reversal Scale (CDRR) di Meier e Bureau (2018) rappresenta un importante strumento nella valutazione delle dinamiche di inversione di ruolo genitoriale. Con la sua validità e affidabilità psicometrica, la scala offre una misura precisa delle esperienze dei bambini in famiglie con confini di ruolo confusi e invertiti, contribuendo a sviluppare interventi più mirati e a migliorare il benessere psicologico dei bambini.

2.3 Meccanismi di difesa: sviluppo del concetto e tipologie principali

Secondo Phebe Cramer (1998):

“Con il termine meccanismo di difesa ci riferiamo a un’operazione mentale che avviene per lo più in modo inconsapevole, la cui funzione è di proteggere l’individuo dal provare eccessiva ansia. Secondo la teoria psicoanalitica classica, tale ansia si manifesterebbe nel caso in cui l’individuo diventasse conscio di pensieri, impulsi o desideri inaccettabili. In una moderna concezione delle difese, una funzione ulteriore è la protezione del Sé-dell’autostima e, in casi estremi, dell’integrazione del Sé.”⁸

Possiamo per cui definire il concetto di “meccanismo di difesa” (MdD) come un sistema psicologico che media le risposte della persona agli stimoli esterni e svolge una funzione di tipo adattivo: i meccanismi di difesa non appartengono al conscio della persona, ma svolgono la funzione di “automatismi”. La nascita teorica e clinica del concetto di meccanismo di difesa è dovuto a Sigmund Freud alla fine del 1800, con una concezione di questo termine come intrapsichico. Il contorno concettuale psicoanalitico della sua teoria è quello “energetico”, con le diverse modalità di accumulo e scarica dell’eccitamento pulsionale: secondo Freud (1937), perciò, i meccanismi di difesa fungono da controllo delle nostre pulsioni (secondo la sua teoria, aggressive e sessuali). Freud (1937) sostiene che queste modalità di protezione della nostra psiche, siano in realtà meccanismi di auto-conservazione che ci consentono di proteggerci da problemi di bilanciamento di adattamento tra l’ambiente e la realtà esterna e la realtà interna di un individuo (Lingiardi & Madeddu, 2002). Inizialmente Freud, nel 1894, definisce queste operazioni inconsce con il termine “difese”, ma poi le unisce

⁸ Lingiardi & Madeddu, 1998a, p.885

tutte in un unico termine, ossia “rimozione”: egli ne distingue principalmente due tipi, quella primaria consiste nell’espulsione e nel tenere a distanza qualcosa dalla coscienza (1915a, p.37; Lingiardi & Madeddu, 2002), mentre la secondaria consta nel fatto che le rimozioni si producono nella prima infanzia, ed esse sono considerate come un meccanismo di difesa primitivo di un Io immaturo e fragile; inoltre queste rimozioni vengono conservate nello sviluppo della persona per padroneggiare le pulsioni, senza formarne di altre, e i nuovi conflitti sono liberati dalla postrimozione (Freud, 1937a, p.510; Lingiardi & Madeddu, 2002). Originariamente quindi per Freud la rimozione è l’operazione inconscia per cui l’Io (o preconscious) può “buttare fuori” dalla coscienza le rappresentazioni inconscie inaccettabili, dal momento che nell’inconscio domina il principio di piacere: l’angoscia sarebbe così causata da una trasformazione chimica della libido connessa alle rappresentazioni rimosse, quindi una conseguenza lineare della rimozione (Lingiardi & Madeddu, 2002). Nel 1925 Freud riformula il modello difensivo appena esposto, proponendo che i meccanismi di difesa siano dei processi resi attivi dall’Io (preconscious), nel momento in cui l’angoscia annuncia una minaccia dalla realtà esterna, dall’Es con le sue pulsioni (inconscio) o dal Super-Io: l’angoscia, qui, diventa causa e non la conseguenza, delle difese: i meccanismi di difesa sono qui considerati operazioni inconscie e discrete usate dall’Io in conformità al principio del piacere, per cercare di evitare i traumi (Freud, 1925; Lingiardi & Madeddu, 2002). Freud (1937), in “Analisi Terminabile e Interminabile”, inoltre, definisce le proprietà generali dei meccanismi di difesa, ossia che caratterizzano tutti gli individui, sia i quadri psicopatologici sia la vita della persona “normale”; sono inconscie; possono essere sia adattive che patologiche; sono il primo strumento grazie al quale il soggetto controlla gli affetti negativi; sono considerate discrete l’una dall’altra; possono essere considerate reversibili; nel momento in cui sono ripetitive inattuali possono favorire lo sviluppo di una nevrosi (Freud, 1937a, p.521; Lingiardi & Madeddu, 2002, p. 10). Oltre alla rimozione, Freud ha individuato altri meccanismi di difesa, tra cui: la conversione, ossia l’operazione inconscia che si mette in atto quando una “somma di eccitazione” viene convertita in un’innervazione motoria inadeguata, chiamata “isteria di conversione” (Lingiardi & Madeddu, 2002, p. 8); lo spostamento, avviene quando la carica affettiva viene spostata a un’altra idea, portando a una falsa connessione tra l’idea e il contenuto affettivo, chiamato anche “nevrosi ossessiva”; la proiezione, messa in atto quando le idee interne da cui si difende l’Io sono proiettate su oggetti esterni, o “paranoia” (Lingiardi & Madeddu, 2002, p. 8).

Come scrive Freud nel 1937:

“I meccanismi di difesa servono allo scopo di tenere lontano i pericoli. È incontestabile che raggiungono questo risultato e c'è da dubitare che l'Io possa, nel corso del suo sviluppo, rinunciare completamente a essi; ma è altresì certo che questi stessi meccanismi possono trasformarsi in pericoli. [...] Naturalmente l'individuo non utilizza tutti i possibili meccanismi di difesa, ma si limita a selezionarne alcuni; questi, però, si fissano nel suo Io, diventano abituali modalità di reazione del suo carattere che si ripetono nel corso dell'intera esistenza ogniqualvolta si presenta una situazione analoga a quella originaria. Così i meccanismi di difesa si trasformano in infantilismi e condividono il destino di tante istituzioni che tendono a conservarsi al di là dell'epoca in cui si sono rivelate utili.” (1937a, p. 520; Lingiardi & Madeddu, 2002, p. 10).

Successivamente Anna Freud (1936), sua figlia, prenderà in mano le redini del padre, e sarà lei insieme a James Strachey (1934, 1937) a concettualizzare dettagliatamente la varietà e le funzionalità dei meccanismi di difesa. In “L'Io e i meccanismi di difesa” (1936) sviluppò la teoria che le singole difese si disponessero in una linea evolutivo-maturativa, e trovò quattro criteri di base per valutare la funzionalità di queste ultime, tra cui: intensità, l'adeguatezza rispetto all'età, la reversibilità e l'equilibrio tra le difese utilizzate (Freud, 1965; Lingiardi & Madeddu, 2002). Ella tentò, durante un lavoro trentennale, di standardizzare il materiale clinico associato ai processi difensivi, dando vita all'Indice Hampstead (un tentativo di associare l'assetto gerarchico dei meccanismi difensivi e la maturità e la salute dell'Io): l'obiettivo di questo lavoro era rendere maggiormente accessibile alla ricerca, all'insegnamento e alla consultazione l'ampiezza di materiale analitico della clinica e di trovare nuove linee di ricerca (Lingiardi & Madeddu, 2002). Nell'Indice Hampstead si intendono le difese come meccanismi che schermano la coscienza da contenuti spiacevoli e desideri pulsionali inaccettabili, o dei loro derivati, sentiti come egodistonici (Lingiardi & Madeddu, 2002). Anna Freud, inoltre, differenziò il termine “meccanismo di difesa”, ossia uno specifico meccanismo operativo, dalla “misura difensiva”, considerata invece una comparsa a carattere difensivo in cui non è possibile individuare un meccanismo specifico (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Secondo gli psicologi dell'Io, specificatamente per Heinz Hartmann (1939a, 1939b), i meccanismi di difesa sono attualizzati dall'Io tramite l'energia aggressiva, che è stata parzialmente neutralizzata (ossia senza più la pulsione), contrastando l'idea di Freud (1922), che sosteneva invece che il tutto avvenisse mediante la sublimazione della libido (Lingiardi & Madeddu, 2002). Brenner presenta (1979, p.558) una lista di meccanismi di difesa, anche se sostiene che è

una difesa ogni attività della mente necessaria a evitare il dispiacere creato da un desiderio pulsionale. In questo elenco egli comprende: rimozione, formazione reattiva, isolamento dell'affetto, annullamento, isolamento propriamente detto, proiezione, negazione, rivolgimento verso se stessi, identificazione, regressione e sublimazione (Brenner, 1979; Lingiardi & Madeddu, 2002).

La prima a esporre le iniziali modificazioni radicali del modello freudiano è Melanie Klein, dalla Scuola Britannica. Il contributo della Klein (1927, 1946) è dato dal suo studio dei meccanismi di difesa primitivi, ossia quelli degli stati psicotici della mente, e anche dalla sua considerazione rispetto al fatto per cui le difese rappresentano veri e propri principi organizzativi della vita psichica, e non solo meccanismi di difesa e di protezione dell'Io riguardo ai sentimenti dolorosi (Klein, 1927, 1946; Lingiardi & Madeddu, 2002). Gli studi sui meccanismi di difesa che portò avanti dal 1930 al 1957, portarono alla suddivisione di questi ultimi in due grandi aree, ossia le difese "nevrotiche" e le difese "psicotiche". Vengono definiti dalla Klein meccanismi di difesa primitivi "psicotici" quelli che vengono utilizzati contro le angosce che arrivano dall'istinto di morte, mentre "nevrotici" quelli che agiscono contro la libido (Lingiardi & Madeddu, 2002). Le difese primitive specificano le caratteristiche delle posizioni psicotiche (schizoparanoide e depressiva), comprendendo il diniego, la scissione, le forme estremizzate di proiezione e introiezione, l'identificazione proiettiva e l'idealizzazione (Lingiardi & Madeddu, 2002). La Klein ha in questo contesto concettualizzato due posizioni principali nello sviluppo infantile: la posizione schizoparanoide e la posizione depressiva, nelle quali i meccanismi di difesa giocano un ruolo cruciale. La Posizione Schizoparanoide è caratterizzata dall'imporsi di meccanismi di scissione e proiezione. In questa fase, il bambino divide il mondo in oggetti buoni e cattivi per gestire l'angoscia persecutoria. Quando il bambino passa alla Posizione Depressiva, inizia ad integrare gli aspetti buoni e cattivi degli oggetti, sviluppando un senso di colpa e il desiderio di riparazione. Meccanismi come l'idealizzazione e l'introeiezione diventano più prominenti. Come afferma Melanie Klein (1935):

"La transizione dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva segna un progresso nello sviluppo psichico del bambino, con un aumento della capacità di integrare le esperienze" (Klein, 1935).

In particolare, fu molto importante il suo studio di un meccanismo di difesa specifico, ossia l'identificazione proiettiva. Essa può essere definita come un processo che risiede nella fantasia del bambino, attraverso il quale *"Il bambino di*

pochi mesi mette nel seno della madre le sue feci, la sua urina e parti di sé cattive, che ha scisso dalle altre e per mezzo delle quali aggredisce e controlla il suo oggetto” (Lingiardi & Madeddu, 2002, p. 22). Successivamente a questo processo il bambino assume che la madre “è” ciò che ha proiettato in lei. In altre parole nella identificazione proiettiva viene proiettato dal soggetto su un'altra persona, un affetto o un impulso che è diventato inaccettabile per lui, come se in realtà fosse l'altro ad aver dato vita a questo affetto o impulso. Facendo così, la persona riconosce ciò che ha proiettato e ne è consapevole (a differenza invece della proiezione), ma lo interpreta in maniera erronea come una reazione giustificabile rispetto l'altro: riconosce, quindi, il proprio impulso o affetto, ma pensa che sia una reazione agli stessi affetti e impulsi che ritiene siano presenti negli altri e nega il fatto di aver originato egli stesso il materiale proiettato (Lingiardi & Madeddu, 2002, p. 437); quindi l'individuo proietta parti di sé su un'altra persona, inducendola a comportarsi in modo coerente con queste proiezioni.

"L'identificazione proiettiva permette al bambino di espellere e controllare i suoi sentimenti intollerabili attribuendoli ad un altro oggetto" (Klein, 1946).

Negli anni successivi, la definizione di questo concetto si è ampliata oltre la mera rappresentazione psichica dell'oggetto e dentro l'oggetto stesso, includendo anche elementi che aiutano a comprendere come ogni individuo apprende a creare e mantenere rapporti con gli altri. L'identificazione proiettiva diventa quindi un metodo utilizzato dalla mente per gestire un impulso o un affetto particolarmente complesso, proiettandolo su un altro individuo per trovare una soluzione.

Lo psicoanalista britannico Wilfred Bion, nella sua opera *“Learning from Experience”* (1962), chiama questo meccanismo con un altro termine, ossia “Reverie”. Gli impulsi, denominati elementi β (elementi grezzi, che sono la base per la costruzione successiva del pensiero; essi rappresentano le esperienze sensoriali e affettive che non hanno ancora subito un processo di trasformazione e quindi non possono essere pensati o utilizzati per il pensiero riflessivo), che un bambino non riesce a elaborare, come l'angoscia (dovuta alla mancanza di risorse ancora non sviluppate per la poca esperienza), vengono proiettati nel cosiddetto “contenitore”, rappresentato dalla madre, la quale, attraverso la funzione α (processo che trasforma gli elementi beta in elementi alfa, che sono esperienze emotive elaborate e integrate), riesce a risolverli. Restituendo al bambino gli elementi α , ossia le angosce metabolizzate e risolte, il bambino non solo

raggiunge uno stato di equilibrio, ma acquisisce anche la capacità di affrontare quello specifico problema, permettendo che tale capacità inizi a far parte del suo apparato mentale (si forma, infine, il pensiero riflessivo e la capacità di simbolizzazione). I concetti di elementi alfa e beta e la funzione alfa hanno importanti implicazioni cliniche. Essi aiutano a comprendere come i pazienti elaborano o evitano le emozioni difficili e come le esperienze traumatiche non elaborate possono rimanere intrappolate come elementi beta, influenzando il funzionamento psichico (Bion, 1962, 1963, 1965).

2.3.1 Il contributo di Otto Kernberg nello studio dei meccanismi di difesa

Otto Kernberg, uno dei più influenti psicoanalisti contemporanei, ha approfondito la comprensione dei meccanismi di difesa nel contesto dell'organizzazione della personalità (Kernberg, 1975, 1984; Kernberg et al., 1989): in particolare, egli si concentrò sul legame tra i disturbi di personalità psicotica, nevrotica e borderline e sui relativi meccanismi di difesa messi in atto: ciascuno di questi livelli è caratterizzato da specifici meccanismi di difesa, che aiutano a comprendere meglio il funzionamento psichico e le problematiche di ciascun individuo. Tutto questo lo portò a sviluppare un modello di organizzazione della personalità che rimane ancora ai giorni nostri rilevante in ambito clinico: per una diagnosi accurata, Kernberg ha considerato non solo i meccanismi di difesa utilizzati, ma anche altri due fattori essenziali: l'identità, legata al concetto di integrazione o diffusione, e la capacità di un buon esame di realtà, ovvero la capacità di distinguere tra realtà e fantasia.

Nei disturbi di personalità borderline Kernberg (1975) identificò una serie di meccanismi di difesa primitivi che includono:

- Scissione (splitting): meccanismo di difesa in cui l'individuo divide le esperienze e le percezioni delle persone in categorie totalmente buone o totalmente cattive, senza integrarle. Lo stesso soggetto può essere alternativamente idealizzato o svalutato: le immagini degli oggetti sono distinte in polarità opposte, e in questo caso l'individuo può considerare solo un aspetto emotivo o un lato dell'oggetto alla volta. Quando viene utilizzato questo meccanismo di difesa l'individuo non è capace di integrare alcun elemento dell'oggetto in contrapposizione con il proprio vissuto istantaneo e con le proprie emozioni associate a esso (Lingiardi & Madeddu, 2002).
- Idealizzazione primaria e svalutazione: queste difese portano a vedere le persone come totalmente perfette o totalmente negative. Nella

svalutazione il soggetto fa fronte ai conflitti emotivi e alle fonti di stress interne o esterne assegnando a se stesso o agli altri caratteristiche esageratamente negative, al contrario di quello che avviene invece nell'idealizzazione, dove i conflitti emotivi e le fonti di stress sono affrontate attribuendo a se stessi e agli altri caratteristiche esageratamente positive e buone (Lingiardi & Madeddu, 2002).

- Identificazione proiettiva: avviene quando si proiettano parti di sé sugli altri e si inducono comportamenti coerenti con queste proiezioni negli altri. Questo meccanismo di difesa implica l'attribuzione di un'immagine così che tutto l'oggetto è considerato in una luce falsata, reagendo di conseguenza (Lingiardi & Madeddu, 2002).

I meccanismi di difesa più primitivi sono maggiormente complessi nella loro risoluzione, in quanto radicalizzati nella vita dell'individuo, poco funzionali all'adattamento del soggetto e molto più rigidi.

Nella personalità borderline, il meccanismo di scissione si manifesta come un processo di separazione delle caratteristiche contraddittorie dell'oggetto. L'individuo, nel tentativo di difendersi dalle qualità "cattive" o potenzialmente pericolose percepite sia dentro di sé che all'esterno, adotta un modo di relazionarsi in cui mantiene continuamente separate le qualità buone da quelle cattive. Questo avviene perché l'individuo non è in grado di tollerare l'ambivalenza e la contraddittorietà, che sono tipiche della complessità delle relazioni con gli altri e con se stessi (Kernberg, 1975).

In personalità più disorganizzate, come quelle presenti nella schizofrenia, questo stesso meccanismo di scissione è prevalente. L'individuo non è in grado di distinguere tra fantasia e realtà, e la scissione, che in questo caso è interna al soggetto, compromette ulteriormente l'esame di realtà. Ciò può portare a un'alterazione delle abilità percettive, che a loro volta rafforzano e irrigidiscono la separazione tra parti buone e cattive, impedendo la riunificazione non solo dell'oggetto, ma anche delle parti fantasiose mantenute separate dalla realtà (Kernberg, 1976).

Un altro meccanismo di difesa rappresentativo nel quadro borderline è l'acting out: in questo caso, l'individuo gestisce i conflitti emotivi e le fonti di stress interne o esterne agendo impulsivamente, senza considerare le possibili conseguenze negative. L'acting out consiste nell'espressione di sentimenti, desideri o impulsi attraverso comportamenti incontrollati, mostrando una apparente indifferenza verso le potenziali conseguenze a livello personale o

sociale. Questo comportamento tende a manifestarsi in risposta a eventi interpersonali che coinvolgono figure significative nella vita dell'individuo, come genitori, autorità, amici o partner (Kernberg, 1984).

Nei quadri nevrotici (Kernberg, 1984) i meccanismi di difesa tendono ad essere meno primitivi e più sofisticati rispetto a quelli osservati nei disturbi borderline, ed essi possono includere:

- Rimozione (repression): consiste nell'escludere pensieri e impulsi inaccettabili dalla consapevolezza: il soggetto utilizza questo meccanismo di difesa quando si vuole proteggere da conflitti emotivi o fonti di stress esterne o interne, e lo fa tramite il non riuscire a ricordare o il non essere cognitivamente consapevole di desideri, pensieri, esperienze o sentimenti disturbanti (Lingiardi & Madeddu, 2002).
- Razionalizzazione: comporta il giustificare comportamenti o sentimenti con spiegazioni logiche ma non vere; il soggetto in questo caso va incontro ai conflitti emotivi e alle sorgenti interne o esterne di stress trovando spiegazioni rassicuranti ma inesatte, per il proprio comportamento o quello altrui (Lingiardi & Madeddu, 2002).
- Formazione reattiva: in questo caso, si sostituisce un impulso inaccettabile con il suo opposto: le fonti di stress o i conflitti affettivi sono affrontati sostituendo i propri pensieri o sentimenti inaccettabili con azioni, pensieri o sentimenti diametralmente opposti (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Nei quadri invece psicotici, possiamo distinguere altri tipi di difese, tra cui: deanimazione, animazione, ipocondria, costrizione, smontaggio, fusione, incapsulamento autistico e frammentazione (Kernberg, 1976).

2.3.2 Ulteriori autori che hanno contribuito alla concettualizzazione delle difese e alla loro classificazione

Negli anni '60, Donald Winnicott fu uno dei primi psicoanalisti a reinterpretare i meccanismi di difesa con un'ottica diversa, ampliando la comprensione che fino ad allora era stata quasi esclusivamente intrapsichica. Winnicott evidenziò l'importanza di distinguere tra le difese classiche dell'Io e quelle adottate in risposta a traumi ambientali, che servono a proteggere il Sé nel contesto delle relazioni con la realtà esterna (Winnicott, 1960b, 1965b). Questa idea fu

condivisa anche da Heinz Kohut, un altro importante psicoanalista (Kohut, 1977). Heinz Kohut (1971, 1977, 1984) suddivise le difese in meccanismi di scissione verticale e orizzontale. Le scissioni verticali si riferiscono alla separazione del Sé infantile, che non ha ricevuto risposte speculari positive alle sue prime affermazioni di autonomia. Le scissioni orizzontali celano uno sviluppo interrotto del Sé per evitare sentimenti di inferiorità e depressione. Kohut definì inoltre le difese come strutture, differenziandole in: strutture primarie, che si sviluppano in relazione alla responsività e alle cure dei caregiver originari; strutture difensive, che colmano il deficit e creano la psicopatologia manifesta; e strutture compensatorie, che si sviluppano quando il bambino può rivolgersi a un caregiver/oggetto-Sé sostitutivo, da cui ottiene le esperienze di oggetto-Sé prima indisponibili, necessarie a strutturare la psiche (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Selma Fraiberg è stata una pioniera nello studio delle difese patologiche nei bambini, esplorando come queste strategie difensive possano emergere in risposta a traumi precoci dati dalla deprivazione o a difficoltà relazionali con le figure di attaccamento. Nel suo lavoro del 1981, Selma Fraiberg esamina come i bambini possano sviluppare meccanismi di difesa che, sebbene adattivi nel breve termine per proteggere l'Io da angosce insopportabili, risultano patologici nel lungo termine, interferendo con uno sviluppo emotivo e relazionale sano (Lingiardi & Madeddu, 2002). Selma Fraiberg (1981) intuì che i modelli di attaccamento evitante e ansioso/ambivalente possono originare da strategie primitive di evitamento della madre, come:

- Il Freezing (Congelamento): è una difesa che può essere messa in atto quando il bambino viene a trovarsi in un ambiente estraneo, dai 5 mesi di età. Questo tipo di meccanismo di difesa porta ad un comportamento di completa immobilizzazione e di congelamento della postura, della voce e della mobilità, al posto di ricercare conforto nella madre. Ciò che ne consegue è il dolore fisico (Fraiberg, 1981).
- Il Fighting (Attacco): in questo caso, come nell'evitamento, il bambino evita in tutti i modi la madre: non viene presentato come bambino evitante, ma descritto erroneamente come "iperattivo", "terribile, testardo", "viziato" e così via. In questo tipo di difesa, la paura sul viso del bambino precede, per un secondo, tutti gli episodi di attacco contro la madre. Alla fine viene messo in atto uno scoppio di rabbia insieme a segni di disintegrazione. Questi bambini presentano disturbi relazionali tra i più gravi (Fraiberg, 1981).

- L'Evitamento: è un meccanismo di difesa messo in atto dai 3 mesi di vita, dove il bambino, anziché usare il contatto visivo con la madre o sorriderle (come in realtà ci si aspetta che agisca nei primi scambi sociali), la evita con tutti i sistemi possibili. Esso è associato molto spesso ad un disaccordo nella relazione madre e bambino, e a pattern evitanti nella figura materna (Fraiberg, 1981). Nelle condizioni di disagio si innesca quindi uno stato di impotenza e di disorganizzazione, insieme a grida e movimenti parossistici, arrivando molto velocemente al culmine della spossatezza. In questo caso, né il bambino si rivolge mai alla madre né gli viene offerto alcun conforto (è come urlare nel deserto). Questo meccanismo di difesa ha importanti implicazioni cognitive, in quanto il bambino, per evitare il caregiver, deve associare alla sua figura una minaccia al proprio funzionamento e ad affetti dolorosi (infatti, se il bambino evita la madre, non andrà incontro all'angoscia).
- La Trasformazione degli affetti: questa difesa si manifesta dai 9-16 mesi. Nei momenti di disagio l'angoscia, oppure la protesta, viene modificata dall'anticipazione del piacere, ossia il bambino reagisce ridendo: questo succede in quanto prima che ci sia un vero e proprio Io il dolore può essere trasformato in piacere e può essere cancellato dalla coscienza, mentre un sintomo si mette al posto del conflitto di base (Fraiberg, 1981).
- Il Reversal (Ribaltamento): questa strategia di difesa viene messa in atto a partire dai 13 mesi di età, anche se nei bambini istituzionalizzati Spitz (1946) la trovava già a 8 mesi, rivolgendo la propria aggressività su se stessi (autolesionismo): questo avviene quando il bambino sperimenta paura di un genitore o di una sua possibile ritorsione, e comporta che il bambino inibisca la sua aggressività verso il caregiver, che a questo punto viene rivolta verso il bambino stesso. L'elemento che fa riflettere è proprio il fatto che il bambino non sembra provare nessun tipo di dolore per le ferite che si autoinfligge, finché non raggiunge delle soglie molto alte (Fraiberg, 1981).

Il lavoro di Fraiberg (1981), ha offerto una comprensione profonda delle difese patologiche nell'infanzia, sottolineando l'importanza di riconoscere e intervenire su questi meccanismi per promuovere un sano sviluppo emotivo e psicologico. Nei casi in cui è riuscita ad ottenere un miglioramento, il lavoro terapeutico si è svolto nei mesi e anni critici dello sviluppo del bambino, ossia nella prima infanzia. Il lavoro sulla relazione madre e bambino è risultato l'aspetto centrale.

Paulina Kernberg nel 1994 classificò in 4 macro-categorie i 31 meccanismi di difesa (Lingiardi & Madeddu, 2002):

1. I meccanismi di difesa normali, ossia umorismo, anticipazione, repressione e sublimazione.
2. I meccanismi di difesa nevrotici: rimozione, annullamento retroattivo, proiezione, introiezione, isolamento, somatizzazione, regressione, negazione nevrotica, rovesciamento/formazione reattiva, rivolgimento contro se stessi, intellettualizzazione, razionalizzazione.
3. I meccanismi di difesa borderline: scissione, diniego, idealizzazione, svalutazione, identificazione proiettiva, controllo onnipotente, acting out.
4. Meccanismi di difesa psicotici: deanimazione, animazione, ipocondria, costrizione, smontaggio, fusione, incapsulamento autistico, frammentazione.

Inoltre, Paulina Kernberg ha sottolineato l'importanza di riconoscere e comprendere i meccanismi di difesa nei bambini e negli adolescenti per una diagnosi accurata e per pianificare interventi terapeutici efficaci. Nel suo lavoro clinico, ha evidenziato come le difese primitive siano spesso presenti nei bambini con disturbi dello spettro autistico o con disturbi gravi della personalità (Kernberg et al., 2000). Fonagy e colleghi (2002), hanno esaminato, invece, l'importanza della mentalizzazione, o la capacità di comprendere gli stati mentali propri e altrui, come parte del processo di superamento delle difese primitive.

Vaillant ha identificato 18 meccanismi di difesa e li ha raggruppati in quattro categorie principali, in base alla maturità di queste (Vaillant, 1992; Lingiardi & Madeddu, 2002):

- Livello I: Difese narcisistiche o psicotiche: proiezione delirante, diniego psicotico, distorsione della realtà esterna.
- Livello II: Difese immature: proiezione, fantasia schizoide, ipocondriasi, comportamento passivo-aggressivo, acting out, dissociazione.
- Livello III: Difese intermedie o nevrotiche: formazione reattiva, spostamento, intellettualizzazione, rimozione.
- Livello IV: Difese mature: altruismo, umorismo, anticipazione, sublimazione, repressione.

Dalle sue ricerche (Vaillant & Frank, 1993), si può concludere che la maturità difensiva correla in maniera positiva con la sensazione soggettiva di soddisfazione esistenziale nell'età compresa tra 60-65 anni, con la maturità psicosociale, con la salute mentale, durante la vita lavorativa, con un maggior

successo professionale e una migliore stabilità coniugale a 47 anni (Lingiardi & Madeddu, 2002).

2.3.3 La Defense Mechanisms Rating Scale

Come descritto nei paragrafi precedenti, i meccanismi di difesa svolgono un ruolo adattivo nella vita dell'individuo, mediando tra la realtà interna ed esterna: tutto questo permette alla persona di essere più o meno capace di gestire impulsi, desideri e necessità intrapersonali, nonché proibizioni, relazioni, interazioni e affetti interpersonali, a seconda che l'adattamento sia positivo o negativo.

Negli anni '90 Perry, dopo la prima proposta di Vaillant, perfezionò e operazionalizzò una prima bozza di organizzazione gerarchica dei meccanismi di difesa, basata sul concetto di adattamento. In questa strutturazione gerarchica, i meccanismi di difesa sono classificati dal più adattivo al meno adattivo. Perry (1989) successivamente sviluppò la Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS), considerata un metodo per aiutare i professionisti clinici nella diagnosi e nella valutazione dei meccanismi di difesa messi in atto dai pazienti, permettendo una comprensione più approfondita del funzionamento psichico dei pazienti. Questa scala misura il livello di funzionalità/adattamento, distinguendosi in parte dall'approccio di Kernberg, che invece associa i meccanismi di difesa ai tratti di personalità del paziente. Tuttavia, Kernberg (1984) riconosce anche nella sua classificazione vari livelli di gravità, che indicano in certa misura quanto sia efficace il meccanismo di difesa nel garantire un adattamento più o meno efficace alla realtà. Secondo Perry e Cooper (1989), la DMRS è contraddistinta da sette livelli di adattamento, che vanno dai meccanismi di difesa più maturi e adattivi, come l'umorismo e la sublimazione, a quelli più immaturi e disadattivi, come la proiezione e la scissione. Questo approccio gerarchico consente ai clinici di valutare non solo la presenza di specifici meccanismi di difesa, ma anche di comprendere il contesto in cui essi vengono utilizzati e la loro efficacia nel mantenere l'equilibrio psichico dell'individuo. Inoltre, la DMRS, è uno strumento estremamente utile dal punto di vista clinico terapeutico: Perry e Bond (2012) in "Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome" hanno messo in evidenza come questo strumento possa essere utilizzato per monitorare i cambiamenti nei meccanismi di difesa nel corso del trattamento psicoterapeutico, fornendo un mezzo per valutare i progressi del paziente e

l'efficacia dell'intervento terapeutico. La DMRS è stata anche utilizzata in numerosi studi di ricerca per esplorare la relazione tra meccanismi di difesa, tratti di personalità e patologie psichiatriche, contribuendo significativamente alla comprensione delle dinamiche difensive in vari contesti clinici.

Recentemente, la DMRS è stata aggiornata da Mariagrazia Di Giuseppe e colleghi (2014), con l'integrazione della metodologia di ricerca Q-sort (tecnica psicologica che richiede al paziente di confrontare due oggetti e indicare il grado di somiglianza tra di essi). Nella DMRS-Q, successivamente alla compilazione del questionario self-report, un software analizza i punteggi degli item e consente di identificare la presenza, l'organizzazione e le caratteristiche specifiche dei meccanismi di difesa del paziente in esame. Nel corso degli anni, dalla sua concezione iniziale negli anni '90 fino agli aggiornamenti più recenti, è stata sviluppata una scala gerarchica dei meccanismi di difesa (MdD), ed oggi ne comprende 30 diversi. Ogni meccanismo di difesa è valutato tramite 5 item, per un totale di 150 item che vengono selezionati da una batteria complessiva di 300 item. I risultati ottenuti da questo test consentono di identificare non solo i MdD utilizzati da un paziente, ma anche il livello a cui ciascuno di questi MdD si colloca, come risulta dall'analisi dei dati raccolti da Perry (Lingiardi & Madeddu, 2002). I 7 livelli difensivi della DMRS-Q sono (Di Giuseppe et al., 2014):

- Livello 7: difese altamente adattive: MdD di affiliazione, altruismo, umorismo, anticipazione, autoaffermazione, auto-osservazione, sublimazione e repressione. Queste difese sono più efficaci nella gestione degli eventi stressanti e sono unite direttamente alla concezione positiva di coping. Il soggetto in questo caso è portato a massimizzare e sfruttare al massimo le proprie risorse per far fronte a situazioni difficili e fronteggiare agenti stressanti, evitando di ricorrere a distorsioni della percezione o repressioni, a livello emotivo e non, dei propri impulsi (Lingiardi & Madeddu, 2002).
- Livello 6: difese ossessive: MdD di isolamento affettivo, intellettualizzazione e annullamento retroattivo. Queste difese per far fronte ad un impulso inaccettabile portano l'individuo ad allontanarsi dalla sfera emotiva, sottraendosi al provare o vivere emozioni intense, che invece verranno minimizzate, generalizzate o espresse in maniera controversa (Lingiardi & Madeddu, 2002).
- Livello 5: difese nevrotiche: MdD di rimozione, dissociazione, formazione reattiva e spostamento. Le difese appartenenti a questo livello entrano in gioco quando pensieri, impulsi o desideri diventano inaccettabili. La

dinamica che si verifica tra questo impulso represso e la realtà interna o esterna che esso reprime, fa sì che l'individuo viva un conflitto che deve esprimere in modi diversi da quelli originariamente vissuti e successivamente repressi. Pertanto, l'individuo mette in atto un processo di inibizione (Lingiardi & Madeddu, 2002).

- Livello 4: difese di distorsione minore dell'immagine (o difese narcisistiche): MdD di idealizzazione dell'immagine di sé e dell'altro, svalutazione dell'immagine di sé e dell'altro e onnipotenza. Sono difese che mirano a proteggere la propria immagine e a distorcere la propria percezione al fine di evitare tutte le situazioni e gli eventi che possono essere dannosi o produrre sentimenti di frustrazione, vergogna o debolezza. Distorcendo temporaneamente l'immagine di se stessi o degli altri, gli individui sono in grado di mantenere un'autostima sufficiente per evitare di vivere situazioni stressanti (Lingiardi & Madeddu, 2002).
- Livello 3: difese di diniego: MdD di negazione, razionalizzazione, proiezione e ritiro nella fantasia. Questi meccanismi di difesa vengono messi in atto quando un individuo non ha la capacità o le risorse per accettare e metabolizzare internamente la realtà esterna o interna, viene perciò spostata la sorgente del problema su un'altra persona, senza considerare la possibilità di riuscire a trovare una soluzione in autonomia, in quanto si pensa non sia un proprio compito (Lingiardi & Madeddu, 2002).
- Livello 2: difese di distorsione maggiore dell'immagine (difese borderline altrimenti dette): MdD di scissione dell'immagine di sé e dell'oggetto e identificazione proiettiva. Questo livello è caratterizzato dalla tendenza dell'individuo a dividere la rappresentazione degli oggetti in due categorie, che sono ai poli ed estremi opposti: o vengono rappresentati come completamente positivi e invulnerabili, oppure, al contrario, vengono rappresentati come completamente negativi e fragili. Questo tipo di meccanismi portano gli individui a proteggersi preventivamente da oggetti considerati potenzialmente dannosi, distorcendo così l'immagine di questi ultimi (Lingiardi & Madeddu, 2002).
- Livello 1: difese di azione: MdD di acting out, aggressione passiva e ipocondriasi. La fonte di stress percepita dall'esterno diventa per il soggetto così opprimente e insostenibile che egli risponde all'apparente attacco esterno attraverso l'azione. L'impulsività e l'incapacità di controllare il soddisfacimento dei propri desideri o impulsi, così come di gestire l'angoscia, rendono i meccanismi difensivi di questo livello i meno adattivi (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Ancora più recentemente, Di Giuseppe e colleghi (2020) hanno sviluppato una versione autosomministrata della scala, ossia la Defense Mechanisms Rating Scales - Self Report - 30 (DMRS-SR-30). Questa ultima versione della DMRS è inserita e utilizzata nel questionario della ricerca sperimentale esposta in questo elaborato. Per costruire la DMRS-SR-30, sono stati selezionati 30 item del DMRS-Q (Lingiardi & Madeddu, 2002); essi coprono un'ampia gamma di meccanismi di difesa, classificati in base al loro livello di adattamento. Gli item del questionario sono progettati per essere auto-somministrati, consentendo ai pazienti di riflettere sui loro comportamenti e rispondere in base alle proprie esperienze personali. Uno dei principali vantaggi della DMRS-SR-30 è la possibilità di analizzare i dati raccolti tramite software, che calcola i punteggi ottenuti per ogni item e identifica la presenza, l'organizzazione e le caratteristiche dei meccanismi di difesa del paziente. Questo approccio consente ai clinici di ottenere una visione dettagliata e quantitativa delle difese psicologiche del paziente, facilitando la diagnosi e la pianificazione del trattamento. Di Giuseppe et al. (2020) hanno condotto uno studio per valutare l'affidabilità e la validità della DMRS-SR-30: i risultati hanno mostrato che questo strumento ha una buona consistenza interna e una validità costruttiva, confermando la sua utilità nella valutazione dei meccanismi di difesa. Inoltre, la DMRS-SR-30 è stata utilizzata in diversi contesti clinici e di ricerca per esplorare le dinamiche difensive in relazione a vari disturbi psicologici e a diverse popolazioni di pazienti. In ambito di ricerca, la DMRS-SR-30 può essere utilizzata per esplorare la relazione tra meccanismi di difesa e variabili psicologiche come la personalità, la psicopatologia e il benessere.

2.4 Narcisismo: origini del termine e sviluppo del costrutto

L'origine del mito di Narciso può essere ricondotto al terzo libro delle *Metamorfosi* di Ovidio (anche se poi si sono succedute moltissime storie, miti e racconti diversi attribuibili al narcisismo, a cui si sono riferiti molto spesso autori nell'ambito della psicoanalisi), in cui viene raccontata la storia di un ragazzo di una bellezza grandissima, talmente bello da far innamorare di lui ragazzi e ragazze; egli era però molto superbo, tanto che mai nessuno lo toccò. Un giorno una ninfa, Eco, lo incontrò nei boschi e se ne innamorò perdutamente (ella era costretta dalla dea Giunone, per una punizione, a pronunciare solo le ultime parole altrui): cercò di buttarsi fra le sue braccia ma egli la ricacciò via con

cattiveria. Dopo questo rifiuto, Eco si lasciò morire, cominciò a perdere peso e a dissolversi nel vento, e di lei rimasero solo voci e ossa, che presero l'aspetto dei sassi; non fu l'unica, altre vittime si unirono a lei per colpa delle sbeffeggiate di Narciso, fino a quando una di loro non gridò al cielo "Che possa innamorarsi anche lui e non possedere chi ama!" (p.125) e la dea Nemese (divinità dell'implacabile giustizia) ascoltò la suddetta invocazione. Un giorno Narciso scoprì una sorgente d'acqua purissima e avvicinandosi si innamorò perdutamente del riflesso. Fu un amore fortemente struggente, finché il ragazzo non scoprì che era lui stesso, e consumato dal dolore si lasciò morire. Dalle sue spoglie terrene rimase un fiore, giallo al centro con petali bianchi tutt'intorno: il Narciso (Ovidio, 1992; Madeddu, 2020).

Gran parte di ciò che caratterizzerà tradizionalmente una prima interpretazione del narcisismo è proprio l'essere innamorati di se stessi, l'arroganza, l'egocentrismo, il senso di grandiosità, la mancanza di legami affettivi duraturi e di empatia (Madeddu, 2020). Inizialmente Freud in "*Introduzione al narcisismo*" (1914), riprende proprio la versione di Ovidio per descrivere il narcisismo (coniato per la prima volta da Paul Nacke nel 1889), ossia un forte amore erotico rivolto verso la propria immagine: "*l'atteggiamento di una persona che tratta il proprio corpo allo stesso modo in cui è trattato, in differenti condizioni, il corpo di un oggetto sessuale; cioè egli sperimenta piacere sessuale contemplando, carezzando e blandendo il proprio corpo, finché da queste attività deriva gratificazione completa*" (Freud, 1914, pp.73). Successivamente, nei decenni più vicini ai nostri, questo termine prenderà una piega diversa, ovvero emerge più l'idea di narcisismo come "fragilità", che contraddistingue soggetti feriti, inadeguati e irritanti ma solo per "copertura".

La psicoanalisi e la psicologia clinica del Novecento hanno approfondito il tema legato a Narciso, facendolo diventare un costrutto molto diffuso e allo stesso tempo confuso (Madeddu, 2020). Una prima lettura del mito di Narciso viene suggerita nel 1898, in ambito psichiatrico, dallo psichiatra tedesco Havelock Ellis, con l'obiettivo di illustrare un aspetto normale o patologico della vita sessuale, legato all'autoerotismo del soggetto. Ellis fu un pioniere nell'ambito della sessuologia, e approfondendo il tema della sessualità utilizzò il mito di Narciso proprio per descrivere la tendenza di alcuni individui ad utilizzare se stessi come oggetti del proprio desiderio. Egli non si riferì a questo tema posizionandolo solo nell'ambito "sessuale", ma avanzò l'ipotesi che tale quadro si potesse riferire anche a questioni come l'eccessivo investimento o ammirazione verso se stessi (Madeddu, 2020). Un anno dopo, nel 1899, Paul

Nacke, si riferì a questo tema descrivendolo come una situazione autoerotica in cui il Sé è considerato come un oggetto sessuale e aggiunse il suffisso -ismo a quello di Narciso, coniando quindi il termine “narcisismo” per riferirsi a questo argomento. Grazie agli scritti di Otto Rank (1911, 1914) si passò ad una concezione del narcisismo verso un aspetto più “psicologizzato”, spostando l’asse dall’amore verso il proprio corpo: da qui si approfondì più l’attenzione alla natura difensiva di questo aspetto. Egli mise il narcisismo all’interno delle vicende normali dello sviluppo, segnando un percorso che parte prima da un investimento su se stessi e poi procede verso l’esterno.

In “*Introduzione al narcisismo*” di Freud (1914), il tema del narcisismo viene esplorato basandosi su idee e congetture già attuali nelle discussioni del tempo; lo sfondo delle sue riflessioni è maggiormente vicino al punto di vista “energetico” (pulsioni). I temi delle principali riflessioni in questo testo di Freud (1914) ruotano originariamente intorno a omosessualità e perversioni (trattare il proprio corpo come solitamente si tratta un oggetto sessuale); successivamente Freud (1914) introduce il tema delle psicosi e dell’ipocondria, considerate come le prime evoluzioni della questione dell’investimento su di sé; i sintomi alla base della schizofrenia (ritiro e delirio di grandezza per le idee di allora) sono considerati manifestazioni di un reinvestimento libidico sul Sé: il mondo interno viene quindi iperinvestito e da questo punto nascono i sintomi onnipotenti e grandiosi (inoltre vi sarà anche il ritiro dall’investimento verso l’esterno) della schizofrenia (Madeddu, 2020). Egli introduce qui la possibilità dell’esistenza di un “*paradiso perduto autoerotico e regressivo in cui domina l’onnipotenza dei pensieri (con accenni anche a pensiero e a miti animalistici), che va a contrapporsi a un investimento faticoso e parziale verso l’esterno*” (Madeddu, 2020, p. 43). Freud (1914) distinse uno stato narcisistico fondamentale, o narcisismo primario, ossia uno stato iniziale, da cui successivamente partiranno gli investimenti oggettuali (compreso quello sul Sé o Io), in cui il neonato investe tutta la propria libido su sé stesso (questo stato è considerato normale e necessario per lo sviluppo iniziale dell’ego) da un narcisismo secondario, stato in cui la libido viene diretta verso oggetti esterni. Tuttavia, un eccesso di narcisismo secondario può portare a patologie, in cui l’individuo reindirizza l’energia libidica verso sé stesso a scapito delle relazioni esterne, come succede in schizofrenia e perversione-omosessualità, nell’ipocondria e in alcuni stati legati alle malattie organiche (Freud, 1914; Madeddu, 2020): nell’adulto, un esagerato investimento sul Sé (come succede nella schizofrenia) porta ad una difficoltà nell’amare. Da questo stato narcisistico fondamentale dovrebbero partire poi gli investimenti oggettuali successivi, compreso quello sul Sé (Madeddu, 2020): il bambino, in

questo stato, crede all'onnipotenza dei suoi pensieri e si comporta come se fosse innamorato di sé stesso. Da qui si inserisce il tema evolutivo, caratterizzato da uno stato originario da cui tutti passiamo e da cui tutti “dobbiamo” uscire, anche se ne rimarrà una forte nostalgia (Madeddu, 2020): i movimenti di questi investimenti vanno sia verso l'esterno che verso l'interno (psicosi, nostalgia, regressione). Ricapitolando, si passa inizialmente da uno stato autoerotico (narcisismo primario) a una progressiva differenziazione che dovrebbe portare a una specie di equilibrio dinamico tra un reinvestimento sull'Io e un investimento sugli oggetti (Madeddu, 2020).

“Bisogna ben cominciare ad amare per non ammalarsi e se, in conseguenza di una frustrazione, si diventa incapaci di amare, inevitabilmente ci si ammala” (Freud, 1914, p.455; Madeddu, 2020)

Freud (1914), quindi, introduce la tematica dell'Ideale dell'Io, ossia qualcosa di “interno” che concede di declinare il corso dell'investimento, sostituendolo con una propulsione verso il raggiungimento di un'idea di se stessi che, sempre se raggiunta, sostituirebbe il ritorno al paradiso perduto della propria infanzia, al posto di una regressione verso se stessi (Madeddu, 2020). Freud (1914), propone tre strade per trovare le sorgenti non regressive di un “sentimento di sé”, ossia l'appagamento ideale, il narcisismo infantile e il soddisfacimento oggettuale. Inoltre, uno spunto particolarmente interessante è dato dalla figura di Eco: per Freud (1914), Eco ha rinunciato totalmente alla sua onnipotenza, proiettandola tutta sulla figura di Narciso, il giovane ragazzo perfetto: *“Avremo una Eco che cerca la sua onnipotenza nella ricerca di oggetto che fugge e la sfida, una Eco masochista, trionfante nella sua ineludibile sconfitta, ma anche una terza Eco che, nostalgica, cerca di ritrovare il paradiso perduto, proiettando in Narciso ciò cui ha dovuto rinunciare: la sua propria perfezione narcisistica cercata nel bellissimo adolescente, che diventa appunto il suo ideale”* (Madeddu, 2020, p. 48).

Sulla scia del narcisismo freudiano si inserisce il pensiero e le riflessioni di Melanie Klein, che contribuì alla comprensione del narcisismo attraverso la sua teoria delle relazioni oggettuali. Per Melanie Klein ci troviamo ancora in stati evolutivi primitivi, non in un paradiso senza oggetti, ma in direzione di relazioni oggettuali primitive e drammatiche. Le relazioni oggettuali per la Klein esistono e operano dall'inizio della vita, dal momento in cui veniamo al mondo (Klein, 1932): infatti, come affermato da Laplanche e Pontalis (1967), per la Klein non si può discutere di stadio narcisistico, in quanto *“si costituiscono fin dall'origine*

delle relazioni oggettuali, ma soltanto di 'stati' narcisistici definiti come un ritorno della libido su oggetti interiorizzati" (Laplanche & Pontalis, 1967, p.356; Madeddu, 2020). Secondo la visione freudiana, la pulsione non ha un oggetto fino a quando l'autoerotismo non si trasforma in narcisismo, fase in cui il corpo del neonato diventa sia fonte di soddisfazione che oggetto percepito. Un vero e proprio oggetto sessuale entra nella vita psichica solo con la perdita della condizione narcisistica originaria, momento in cui il bambino può riconoscersi come separato, e riconoscere un oggetto altro-da-sé. Melanie Klein, invece, sostiene che non esiste pulsione senza un oggetto. Secondo lei, l'apparato psichico è un contenitore di oggetti che costituiscono il "mondo interno" dell'individuo fin dall'inizio della sua esistenza. Le prime relazioni del bambino sono con oggetti parziali, percepiti come "buoni" (protettivi) o "cattivi" (persecutori), verso i quali il bambino prova un "amore parziale", espresso da Klein in termini di fantasie inconsce (Madeddu, 2020). Il dibattito sul narcisismo emerge da queste differenze teoriche: Freud ipotizzava un stadio anteriore alle relazioni oggettuali in cui la libido è fissata al corpo del lattante, rimanendo "in vacuo". Al contrario, Klein, nel suo saggio *"Alcune note su alcuni meccanismi schizoidi"* (1946), sostiene che narcisismo e psicosi hanno radici in uno stadio di sviluppo precoce, ma non anoggettuale, implicando invece relazioni oggettuali primitive. Klein nega l'esistenza di una fase di narcisismo primario, poiché, secondo la sua teoria dell'attrazione primaria per l'oggetto, non è possibile concepire un narcisismo senza oggetto. Di conseguenza, i teorici delle relazioni oggettuali sostituiscono il concetto di narcisismo primario con quello di narcisismo secondario, legandolo alle relazioni oggettuali narcisistiche. Secondo Klein, negli stati narcisistici si osserva un ritiro dall'investimento nelle relazioni esterne e un investimento in un oggetto interno idealizzato e assimilato al sé attraverso l'identificazione proiettiva. La Klein identifica la pulsione di morte di Freud nell'invidia, che ha un ruolo importante nelle patologie narcisistiche: l'invidia sorge nella prima infanzia e, nella sua forma di origine, è rivolta al seno da cui proviene il nutrimento: da un lato l'amore, le premure e il cibo che il lattante riceve dalla madre stimolano un sentimento di gratificazione che incoraggia l'amore (una forma iniziale di gratitudine), dall'altra, provocano invidia e odio, in quanto la fonte del benessere non è in sé, ma fuori di sé (Madeddu, 2020). Secondo Klein, nell'invidia e nella mancanza di gratitudine risiede la forza distruttiva del narcisismo (aggressività/perversità). Questa dinamica porta all'uso di meccanismi di difesa primitivi: l'introiezione dell'oggetto per impossessarsene o l'attacco all'oggetto e alle sue parti buone tramite proiezioni e frammentazioni, trasformandolo in cattivo (non invidiabile). Queste difese, che possiamo definire narcisistiche, hanno l'obiettivo di svalutare

l'oggetto e di incorporarne le parti buone idealizzate, così da evitare che il confronto con l'oggetto stesso faccia emergere l'impotenza e la limitatezza dell'individuo separato.

2.4.1 L'apporto teorico sul narcisismo di Heinz Kohut e Otto Kernberg

Heinz Kohut, uno psicoanalista post-freudiano, ha dato un contributo fondamentale al discorso sul narcisismo e ha ampliato significativamente il concetto di narcisismo. Egli fu l'ispiratore della corrente della psicologia del Sé, che ha reso il tema del narcisismo l'asse portante del suo pensiero teorico, regalandogli un'autonomia singolare. La teorizzazione di Kohut si distingue sostanzialmente da quella freudiana per il fatto che, secondo Kohut, la configurazione psicologica primaria non è la pulsione, ma l'esperienza relazionale tra il Sé e l'oggetto-Sé empatico (Kohut, 1984; Madeddu, 2020). Kohut concepisce il Sé come un sistema psichico primario, una costellazione psicologica presente all'interno di una matrice di "esperienze di oggetto-Sé", cioè di interazioni ripetute con oggetti che svolgono funzioni psichiche di cui il Sé nascente è privo e di cui necessita per consolidarsi (Kohut, 1971). Questo consolidamento avviene attraverso l'interiorizzazione, da parte del bambino, delle risposte (empatiche o meno) ai suoi bisogni primari, portando alla formazione di un Sé funzionale e coesivo oppure alla costruzione di strutture difettose e a un successivo disturbo del Sé (Kohut, 1977). Gli oggetti-Sé non sono percepiti dal bambino come entità separate, ma come parti di sé stesso, e la loro funzione di sostegno narcisistico persiste lungo tutta l'esistenza dell'individuo. In ogni fase del suo sviluppo, l'individuo ha bisogno di queste relazioni, vivendo esperienze fusionali di compartecipazione empatica con l'altro, che sostengono il suo sano narcisismo (Kohut, 1984; Madeddu, 2020). Nella vita adulta, tali esperienze rappresentano repliche mature delle interazioni vissute con oggetti-Sé arcaici (Kohut, 1984). Secondo Kohut, il narcisismo non è quindi una tappa dello sviluppo da abbandonare per forme più avanzate di investimento oggettuale, ma una modalità di funzionamento psichico sempre presente, sebbene in evoluzione. Esso segue una linea evolutiva che, partendo da un Sé rudimentale arcaico (narcisismo infantile), conduce a un Sé maturo che integra le strutture psichiche necessarie per il proprio equilibrio personale (narcisismo adulto)⁹. Il percorso evolutivo del narcisismo, secondo Kohut, inizia con uno stato primordiale di

⁹ Kohut, 1971

indifferenziazione tra madre e bambino, in cui il Sé dipende completamente dagli oggetti-Sé. Questa dipendenza diminuisce gradualmente a causa delle inevitabili imperfezioni nell'accudimento genitoriale. Con il tempo, si sviluppa una differenziazione tra le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto, accompagnata dal tentativo di mantenere l'esperienza originaria di equilibrio e perfezione. Questo porta alla formazione di due configurazioni psichiche fondamentali, manifestate attraverso fantasie grandiose: il Sé grandioso-esibizionistico del bambino ("io sono perfetto") e l'immagine parentale idealizzata ("tu sei perfetto, ma io sono parte di te")¹⁰. In questa fase, l'oggetto è riconosciuto ma non vissuto come separato: è un oggetto-Sé investito narcisisticamente (Kohut, 1984). Le configurazioni narcisistiche del Sé grandioso e dell'immagine parentale idealizzata rappresentano le componenti più arcaiche dell'organizzazione psichica, da cui si svilupperà la struttura matura del Sé, composta da ambizioni di base, ideali di base e funzioni esecutive intermedie. Il Sé nucleare del bambino si consolida attraverso il rispecchiamento fusionale con l'oggetto-Sé speculare (generalmente la madre) o idealizzato (generalmente il padre). Attraverso il rapporto con l'oggetto-Sé speculare, il bambino conferma il suo Sé grandioso, mentre attraverso la fusione con l'oggetto-Sé idealizzato, può godere dell'onnipotenza del genitore e recuperare l'omeostasi narcisistica (Kohut, 1984). Tuttavia, solo l'esperienza di un oggetto emotivamente disponibile, capace di confermare il bambino ma anche di frustrare empaticamente in modo moderato, permette al bambino di stabilizzare il suo Sé nucleare e iniziare a distaccarsi dalla condizione fusionale. Questo distacco è reso possibile dall'acquisizione di strutture psichiche interne che sostituiscono il ruolo precedentemente svolto dal genitore, sviluppando funzioni evolutive come la tolleranza alla frustrazione, la capacità di posticipare la gratificazione, la gratificazione sostitutiva e la modulazione degli affetti (Kohut, 1971).

I "disturbi del Sé" (ossia quei disturbi che risiedono nell'organizzazione psichica della personalità narcisistica) emergono da un percorso evolutivo diverso rispetto ai disturbi nevrotici e sono causati da traumi che non sono legati alla fase edipica. Questo percorso si caratterizza per la mancanza di risposte adeguate rispetto allo sviluppo del bambino, che è stato privato di cure affidabili e ha sviluppato un Sé frammentato e discontinuo. Un Sé che non è riuscito a costruire un senso di continuità e valore nella propria identità (autostima o fiducia in se stesso) e che, a causa di una strutturazione psichica insufficiente, non è stato in grado di differenziarsi dall'oggetto (Kohut, 1977; Madeddu, 2020). La teoria di Kohut si

¹⁰ Kohut, 1977

basa in gran parte sull'osservazione clinica di pazienti con disturbi narcisistici, che durante il trattamento analitico sviluppavano due modalità di transfert: "speculare" e "idealizzante." Queste modalità rappresentano la riattivazione di processi non soddisfatti durante l'infanzia. Il transfert speculare corrisponde al bisogno del paziente di ricevere "ammirazione" e "rispecchiamento" dal terapeuta, mentre il transfert idealizzante riflette il bisogno di idealizzare il terapeuta (Kohut, 1971, 1984; Madeddu, 2020). Pertanto, secondo Kohut, il compito dell'analista non è quello di frustrare i bisogni del paziente, ma di accettarli e rispondere empaticamente, per permettere al Sé del paziente di svilupparsi in modo armonico (Kohut, 1971).

Un altro autore che si è concentrato molto sullo studio del narcisismo è lo psicoanalista e psichiatra Otto Kernberg. Secondo Kernberg la psicopatologia della personalità è determinata da strutture psichiche che a loro volta originano dalle relazioni oggettuali interiorizzate: esse si creano dalle esperienze affettive con oggetti significativi primari, quindi derivano dalle relazioni d'oggetto; esse sono formate da una rappresentazione del Sé in relazione a un'immagine dell'oggetto, ovvero dell'altro (Kernberg, 1976). Kernberg viene spesso messo in contrapposizione a Kohut per le loro teorie divergenti sul narcisismo: mentre Kernberg si riferisce ad un modello pulsionale kleiniano, che, nello sviluppo del narcisismo, mette in risalto tutti quegli aspetti conflittuali intrapsichici, Kohut si rifà alle vicissitudini relazionali con gli oggetti reali. In secondo luogo, per Kohut l'immagine idealizzata di sé è una tappa normale dello sviluppo ed è riconducibile ad una mancanza di risposta empatica da parte dei genitori, che impedisce a quell'immagine di crescere e venire adeguata alla realtà, mentre invece per Kernberg (1975, 1984), la linea evolutiva del narcisismo patologico è contraddistinta fin dagli albori dal narcisismo normale. Secondo quest'ultimo autore esistono infatti "due condizioni psichiche narcisistiche": una normale ed una patologica. Mentre possiamo ricondurre il narcisismo normale ad un investimento libidico del Sé, in cui le diverse immagini degli oggetti (buone e cattive) sono combinate in un concetto molto realistico del Sé, e in cui la struttura del Sé è integrata alle altre strutture intrapsichiche, nel narcisismo patologico troviamo, invece, l'investimento di una struttura patologica del Sé, che si struttura per proteggersi e difendersi dalle frustrazioni prodotte dagli oggetti. Essa è caratterizzata da un concetto ipertrofico del Sé, ossia idealizzato, nel quale si mescolano in modo fusionale le immagini attuali del Sé, il Sé ideale e l'oggetto ideale (Kernberg, 1975). Per Kernberg la patologia narcisistica non rappresenta la forma originale di quello che è in grado di evolvere in un Sé normale, in un normale percorso di sviluppo come in Kohut, ma è invece ascrivibile

all'investimento in una struttura che è fin dall'inizio patologica, chiamata Sé grandioso "patologico", e non "arcaico". Kernberg ha inserito inoltre il costrutto del narcisismo nel modello tripartito delle organizzazioni di personalità (nevrotica, borderline e psicotica), definite da tre criteri, ossia compromissione, preservazione dell'esame di realtà, utilizzo di meccanismi di difesa primitivi o più evoluti e grado di integrazione dell'identità (Madeddu, 2020). Questa strutturazione consente un'articolazione delle diverse forme patologiche narcisistiche: il narcisismo patologico si distribuisce lungo un continuum in questo sistema nosografico, dal meno patologico al contiguo con la psicopatia (Madeddu, 2020). Secondo Kernberg *"il narcisista è un borderline che ha congelato in un Sé grandioso ciò che altri pazienti (borderline core, vicini al disturbo borderline tradizionale) vivono penosamente come oscillazioni violente dell'immagine del Sé e dell'oggetto"* (Madeddu, 2020, p. 68). Il Sé grandioso di Kernberg è formato, infatti, dal Sé ideale, che ha al suo interno parti idealizzate Sé-altro fuse con certe parti del Sé realistico, allo stesso tempo tutte le parti che non sono ideali, sono messe all'esterno, insieme alle parti realistiche dell'altro: la sua funzione è quella di mantenere l'illusione di aver ottenuto già tutto quello che può essere desiderabile, e secondo questa logica le relazioni sono funzionali solo a mantenere questo assetto (Madeddu, 2020). Il Sé grandioso, è pregno di aggressività e assale gli aspetti più fragili, deboli e amorevoli del Sé, degli oggetti e delle relazioni di dipendenza per difendere in qualche modo l'individuo dall'intollerabilità del mondo interpersonale e dalle angosce persecutorie/depressive che nascono dal terrore di perdere gli oggetti buoni, da cui l'individuo si sente di dipendere, e inoltre anche dal senso di colpa per l'ostilità invidiosa rivolta verso di essi; questa struttura di protezione è sorretta da meccanismi di difesa primitivi, come la scissione, l'identificazione proiettiva, la proiezione, l'idealizzazione e la svalutazione, la negazione (Madeddu, 2020).

"In sintesi, è come se il narcisista dicesse 'Io sono tutto ciò che è appetibile' e gli altri fossero semplicemente un'estensione del Sé in quanto funzione regolatoria esternalizzata; ne consegue il rischio insito in ogni effettiva apertura all'altro, motivo per cui le relazioni tengono a rimanere vaghe, impalpabili e superficiali anche se apparentemente più equilibrate rispetto a quanto accade in altri disturbi di personalità" (Madeddu, 2020, p. 69).

Il narcisismo si può manifestare, come accennato, a diversi livelli ossia nevrotico, borderline (medio o basso livello) e narcisismo maligno: queste diverse varianti in termini di gravità si organizzano intorno ad alcuni parametri, ovvero (Caligor et al., 2012, p. 129; Madeddu, 2020): amore di sé patologico; amore oggettuale

patologico; Super-io patologico; stato del Sé. Le caratteristiche di ognuno di questi possono essere ben esposte dalla seguente tabella (Kernberg, 2004; Madeddu, 2020):

Amore di sé patologico	Eccessivo egocentrismo, riferimento a se stessi, tendenze esibizionistiche, senso di superiorità, noncuranza e discrepanza fra eccessive ambizioni e capacità realistiche. Sistema di valori infantile: capacità di attrarre con aspetto, potere, ricchezza, abbigliamento. Dipendenza eccessiva dall'ammirazione altrui, data per scontata. Superficialità nelle relazioni, grandiosità alternata a inferiorità.
Amore oggettuale patologico	Eccessiva invidia (consocia e inconscia anche con evidenti tentativi di negarla) con svalutazione correlata. Disinteresse e disprezzo per il lavoro, sfruttamento, sensazione di avere diritti particolari, tendenza a svuotare i meriti degli altri. Il desiderio di essere amati diviene desiderio di essere ammirati.
Super-Io patologico	Incapacità di sperimentare temi depressivi (rimorso, tristezza e auto-riflessione), oscillazioni dell'umore innescate dal fallimento di sforzi grandiosi o da critiche anche lievi. Regolazione dell'autostima basata più sulla vergogna che sulla colpa. Scarso interesse per i valori etici o intellettuali, usati per proteggere l'autostima.
Stato del Sé	Sensazione cronica di vuoto e di noia, che risulta in una fame di stimolazione e nel desiderio di una stimolazione artificiale delle risposte affettive attraverso le droghe o l'alcol; tale condizione predispone all'abuso e alla dipendenza da sostanze.

Per mettere in evidenza le idee diverse nell'ambito del narcisismo di Kohut e Kernberg, Nancy Mc Williams, tramite una metafora efficace, immagina così il soggetto narcisista “[...] *nella concezione di Kohut, come una pianta, il cui sviluppo si sia arrestato per scarsità di acqua e di sole; in quella di Kernberg come una pianta che abbia subito un'ibridazione.*” In seguito aggiunge che, in terapia, “*c'è chi privilegierebbe la necessità di dare acqua e sole in abbondanza, in modo che possa fiorire, e chi la necessità di potare le sue parti ibride, in modo che possa diventare ciò che avrebbe dovuto essere*” (Mc Williams, 1994, p. 203-204). Se per Kohut, infatti, la terapia consiste nell'accogliere in maniera benevola l'idealizzazione e la svalutazione del paziente e nell'espressione di una costante empatia verso il terapeuta, mentre Kernberg ritiene che sia essenziale nella cura terapeutica la costante denuncia del Sé grandioso del paziente, in quanto il terapeuta, secondo Kernberg, dovrebbe mettere assiduamente a confronto il paziente con la sua grandiosità, cautamente, e interpretare

meticolosamente le sue difese. Infine, possiamo considerare le difese narcisistiche, come scissione e proiezione di parti deboli, onnipotenza e svalutazione, il mezzo utilizzato dall'individuo per regolare l'autostima. Tutte queste sono considerate strategie messe in atto dal soggetto per evitare l'ansia, l'umiliazione, la frammentazione, l'invidia, la dipendenza/vicinanza. Esse scorrono tutte verso un senso di grandiosità o un isolamento difensivi (Madeddu, 2020).

Possiamo, alla luce dei diversi punti di vista trattati fino ad ora, distinguere un narcisismo sano da un narcisismo patologico. Per Pincus e Lukowitsky (2010), il narcisismo è considerato un tratto della personalità presente in ogni individuo, in quanto consiste nella capacità dell'individuo di conservare un'immagine di sé come relativamente positiva, attraverso dei processi di autoregolazione, regolazione affettiva e interpersonale, e questo implica la presenza di bisogni legati al riconoscimento e all'ammirazione (si ricerca nell'ambiente sociale esperienze di rinforzo del sé)¹¹. Il narcisismo assume un carattere patologico quando si associa a proprietà di rigidità e pervasività, come pure la presenza di deficit nelle capacità di autoregolazione (Madeddu, 2020): i bisogni di ammirazione e riconoscimento sono talmente intensi da assimilare interamente il soggetto nella ricerca di esperienze che permettano di gratificare e soddisfare questi bisogni. Mentre il narcisismo sano consente al soggetto di far fronte efficacemente alle frustrazioni grazie al mantenimento di sufficienti livelli di autostima e di regolazione delle emozioni negative, il narcisismo patologico vede le ipotetiche frustrazioni come cause che potrebbero portare ad un acuirsi della sensibilità verso le esperienze negative in particolare nell'area interpersonale, e di conseguenza modificazioni nella capacità di regolare l'autostima e le emozioni negative (Madeddu, 2020). Secondo Caligor e collaboratori (2015) il senso di sé è centrale nella patologia narcisistica: il senso di sé in questa patologia è estremamente ipertrofico e allo stesso tempo fragile, protagonista di perenni oscillazioni in assenza di rifornimenti esterni di gratificazione. In questo senso, la fragilità del senso di sé con le conseguenti limitate capacità di autoregolazione porterebbero ad una eccessiva dipendenza da feedback esterni, necessari per sostenere sia alti livelli di autostima che il senso di sé: “[...] se, da una parte, tali individui mostrano un profondo bisogno degli altri per sostenere il proprio senso di sé ipertrofico ma fragile, dall'altra il coinvolgimento autentico con l'altro viene sentito come potenzialmente pericoloso in quanto potrebbe minacciare la stabilità stessa dell'immagine di sé.” (Madeddu, 2020, p. 173).

¹¹ Pincus et al., 2009; Pincus & Roche, 2011

2.4.2 Il Pathological Narcissism Inventory (PNI)

In conclusione della panoramica esposta sul tema del narcisismo, vorrei illustrare il Pathological Narcissism Inventory (PNI), un altro strumento inserito nel questionario per la ricerca esposta in questa tesi. Il Pathological Narcissism Inventory (PNI) è uno strumento psicometrico sviluppato da Aaron L. Pincus e colleghi nel 2009 per valutare il narcisismo patologico. Questo strumento nasce dall'esigenza di misurare dimensioni del narcisismo che vanno oltre le semplici manifestazioni di grandiosità, includendo anche aspetti di vulnerabilità, che sono spesso trascurati nelle valutazioni tradizionali. Il PNI è costituito da 52 item che esplorano due dimensioni principali del narcisismo patologico, ossia la grandiosità narcisistica e la vulnerabilità narcisistica.

Queste due dimensioni sono ulteriormente suddivise in sette sottoscale. Per quanto riguarda la grandiosità:

- sfruttamento (misura la tendenza a manipolare e sfruttare gli altri per i propri scopi);
- fantasia grandiosa (stima il sentimento di meritare trattamenti speciali e privilegi, il coinvolgimento in fantasie compensatorie di successo, ammirazione e riconoscimento);
- rafforzamento del Sé tramite l'autosacrificio (valuta la messa in atto di comportamenti che sono solo in apparenza altruistici, in quanto volti a supportare un'immagine esagerata di Sé);

Mentre per quanto riguarda la vulnerabilità:

- autostima contingente (oscillazioni nell'autostima e disregolazione quando vi è la mancanza di fonti esterne di ammirazione e riconoscimento);
- rabbia da senso di diritto (valuta le risposte rabbiose quando le aspettative relative al senso di diritto non sono soddisfatte);
- svalutazione e bisogno degli altri (disinteresse per coloro che non danno la giusta quantità di ammirazione e vergogna rispetto al riconoscimento del proprio bisogno di approvazione che viene frustrato dagli altri);
- Evitamento sociale narcisistico (misura la riluttanza a mostrare i propri errori e i propri bisogni agli altri).

Gli studi condotti da Pincus et al. (2009) hanno dimostrato che il PNI è uno strumento valido e affidabile per misurare il narcisismo patologico in diverse popolazioni cliniche e non cliniche. Inoltre, la struttura bifattoriale del PNI permette di distinguere chiaramente tra le componenti grandiose e vulnerabili del narcisismo, offrendo una comprensione più completa e sfumata di questa complessa dimensione della personalità. Nel 2020, Somma e colleghi hanno condotto ulteriori ricerche per confermare la validità del PNI in contesti differenti, inclusa la popolazione italiana. La loro ricerca ha evidenziato che il PNI mantiene una buona validità strutturale e affidabilità anche in campioni culturali diversi, confermando la sua utilità come strumento di valutazione psicologica internazionale. Somma et al. (2020) hanno anche esplorato la relazione tra le dimensioni del PNI e altre misure di psicopatologia, come i disturbi di personalità e le condizioni depressive, evidenziando come il PNI possa essere utilizzato efficacemente per identificare i tratti narcisistici patologici che contribuiscono a una varietà di problematiche psicologiche.

CAPITOLO 3 - LA RELAZIONE TRA L'INVERSIONE DI RUOLO GENITORIALE E I MECCANISMI DI DIFESA

3.1 Analisi delle interazioni tra role reversal e i meccanismi di difesa

L'inversione di ruolo tra genitori e figli e i meccanismi di difesa messi in atto di conseguenza, sono tematiche che hanno ricevuto un'attenzione particolare nella letteratura psicoanalitica e psicologica. Diversi autori, come Minuchin (1974), Jurkovic (1997), Wells e Jones (1998; 2000), Hooper e colleghi (2011), hanno esplorato l'interazione tra queste due dinamiche, evidenziando come l'inversione di ruolo possa influenzare lo sviluppo dei meccanismi di difesa nei bambini e negli adulti. Minuchin, in "Families and Family Therapy" (1974) ha esaminato come i meccanismi di difesa messi in atto siano influenzati dalle disfunzioni familiari, incluso il role reversal. Egli, ha sottolineato come i bambini parentificati possono sviluppare meccanismi di difesa per far fronte alle responsabilità inappropriate che vengono loro assegnate, e per gestire l'ansia e lo stress derivanti dalla situazione familiare disfunzionale: essi possono, per esempio, reprimere i propri sentimenti e i propri bisogni per conformarsi alle aspettative genitoriali, sopprimendo le loro emozioni autentiche per mantenere la stabilità familiare (repressione), oppure possono negare la realtà delle loro difficoltà, convincendosi che tutto è normale e accettabile, anche quando non lo è (negazione); oppure, ancora, possono attribuire i propri sentimenti negativi e i conflitti interiori ad altre persone della famiglia, per evitare di fare i conti con il proprio disagio emotivo (proiezione). Inoltre, i bambini che sperimentano inversione di ruolo possono percepire il mondo in termini di opposti, vedendo i genitori come completamente buoni o completamente cattivi senza riconoscere le sfumature intermedie (scissione). Jurkovic (1997), oltre a riprendere i meccanismi di difesa sopra citati, nel suo testo "*Lost Childhoods: The Plight of the Parentified Child*" assume che alcuni bambini parentificati ricorrono all'intellettualizzazione, distaccandosi dalle proprie emozioni e concentrandosi sui compiti e le responsabilità in modo razionale e distante: questo meccanismo permette loro di affrontare situazioni difficili senza essere sopraffatti emotivamente. Inoltre, parla del meccanismo di difesa della scissione come mezzo tramite cui il bambino si protegge dal role reversal, idealizzando il genitore a cui fornisce supporto e demonizzando l'altro. Questa divisione consente al bambino di mantenere una qualche forma di equilibrio emotivo in un ambiente familiare altamente disfunzionale.

Boszormenyi-Nagy e Spark (1973), inseriscono nei meccanismi di difesa messi in atto a causa del role reversal la sublimazione, ossia la difesa che consente ai bambini di canalizzare i loro sentimenti di frustrazione e rabbia in attività socialmente accettabili e produttive (la sublimazione può aiutare a mantenere la coesione familiare, ma spesso a spese del benessere emotivo del bambino). Questi autori identificano come difesa in questo ambito anche la razionalizzazione, l'identificazione proiettiva e la formazione reattiva (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). Grazie alla razionalizzazione, i bambini riescono a giustificare le responsabilità assunte, e questo li aiuta a trovare un senso di ordine e di significato nel loro ruolo, anche nel momento in cui si trovano a dover affrontare situazioni emotivamente difficili. L'identificazione proiettiva è utile come difesa in quanto i bambini possono proiettare i propri sentimenti e desideri sui genitori, assumendo ruoli che credono essere necessari per il funzionamento della famiglia, anche se questo meccanismo può portare a una confusione dei confini tra sé e l'altro, compromettendo lo sviluppo di un'identità autonoma. Infine, possono utilizzare la formazione reattiva per proteggersi dall'ansia causata dai loro sentimenti di risentimento o rabbia verso i loro caregiver, ossia possono sviluppare sentimenti e comportamenti diametralmente opposti, ad esempio, mostrare un'eccessiva sollecitudine e cura verso i genitori, nascondendo così la loro frustrazione (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

Diverse ricerche, come quella di Haferkamp e colleghi (2015) e Oshri e collaboratori (2015), hanno affermato che i bambini che hanno subito abusi emotivi, come può essere definita la parentificazione, hanno più possibilità di sviluppare strategie di coping inadeguate, come una scarsa regolazione emotiva, la dissociazione e comportamenti a rischio. Anche secondo lo studio di Schorr e Goldner (2023), la parentificazione può essere considerata una forma di abuso emotivo e incuria: questa esperienza può essere inquadrata come un trauma relazionale in cui il contatto tra il sé e l'oggetto genitoriale viene percepito come un legame minacciato, parziale, annullato e distorto. Essi hanno trovato che i soggetti della loro ricerca hanno vissuto meccanismi associati al trauma, come ad esempio scissioni intrapsichiche e disconnessioni del sé: in questa prospettiva, la disconnessione dal Vero Sé potrebbe essere associata al meccanismo di difesa dell'identificazione con l'aggressore (Ferenczi & Rank, 1986):

“I bambini si sentono indifesi fisicamente e moralmente, la loro personalità è ancora troppo debole per poter protestare, sia pure solo mentalmente; la forza prepotente e l'autorità degli adulti li ammutolisce, spesso toglie loro la capacità

di pensare. Ma questa stessa paura, quando raggiunge il culmine, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinarne tutti i desideri, a obbedirgli ciecamente, a identificarsi completamente con lui.” (Ferenczi, 1932, p. 96)

Questo può portarci a pensare che i bambini potrebbero aver utilizzato la loro capacità di empatia e identificazione per conformarsi all'immagine che i genitori avevano di loro stessi (Schorr & Goldner, 2023).

Secondo Marotta (2003), i bambini parentificati possono fare uso di strategie difensive, come l'evitamento, il mostrare indifferenza o aumentare gli sforzi per avere accesso alla figura genitoriale, nel tentativo di costruire un'attaccamento con il proprio genitore, anche se insicuro (Hooper, 2007). Il bambino che non fa esperienza dell'amore incondizionato della madre, in quanto troppo presa dai suoi stati mentali, rimane vulnerabile per il resto della vita (Schier, 2014; Wasilewska & Kuleta, 2016): i bambini che vivono questa esperienza sperimentano uno stato costante di ansia, senza nessuna soluzione per la situazione, e sono così portati a sviluppare determinati meccanismi di difesa. Il meccanismo di difesa più utilizzato in questo stato è la dissociazione, una difesa associata ad eventi traumatici: in questi casi il bambino non ricorda effettivamente l'evento o gli eventi traumatici che hanno causato profondi sentimenti di dolore, ma il tutto rimane a livello somatico e si manifesta con sintomi di disagio anche in fasi successive (Wasilewska & Kuleta, 2016); in altre parole, nella dissociazione affetti o impulsi inconsapevoli agiscono nella vita del soggetto fuori dalla coscienza. Lo studio di Wasilewska e Kuleta (2016), esamina come i bambini parentificati possono sviluppare diversi meccanismi di difesa, e come questi influenzano la loro resilienza psicologica: i ricercatori propongono che la qualità e la maturità dei meccanismi di difesa possono giocare un ruolo cruciale nel determinare il livello di resilienza di un individuo. I risultati della loro ricerca hanno trovato che i bambini che sperimentano un *role reversal* molto intenso spesso sviluppano meccanismi di difesa primitivi come la negazione, la proiezione e la dissociazione (Wasilewska & Kuleta, 2016). Queste difese sono associate a una minore resilienza e a maggiori difficoltà psicologiche. Altri bambini, invece, riescono a sviluppare meccanismi di difesa più maturi, come la sublimazione, l'umorismo e la repressione: questi meccanismi contribuiscono a una maggiore resilienza e a una migliore capacità di adattamento (Wasilewska & Kuleta, 2016). Infine, Wasilewska e Kuleta (2016) discutono diversi fattori che possono moderare l'impatto della parentificazione, tra cui il supporto sociale, le risorse personali e le caratteristiche temperamentali del bambino.

L'inversione di ruolo e i conseguenti meccanismi di difesa messi in atto, influenzano non solo lo sviluppo individuale del bambino, ma anche le dinamiche familiari complessive. Minuchin (1974) sottolinea che tali dinamiche creano un circolo vizioso: i bambini che subiscono role reversal si sentono obbligati a mantenere l'equilibrio familiare, mentre i genitori, che dipendono sempre più dal supporto dei loro figli, rinforzano ulteriormente la disfunzione.

3.2 La relazione tra parentificazione, scissione e dissociazione

Marolyn Wells e Rebecca Jones (1998) grazie alla loro ricerca "*Relationship among childhood parentification, splitting, and dissociation: Preliminary findings*", hanno trovato un supporto empirico all'ipotesi che il role reversal tra genitori e figli sia effettivamente e significativamente connesso con il meccanismo di difesa della scissione nell'età adulta, anche nel momento in cui gli effetti della dissociazione sono già riscontrati. In particolare, lo scopo del loro studio è stato quello di indagare la relazione tra l'esperienza di parentificazione durante l'infanzia e l'uso della scissione come meccanismo di difesa, esaminare come la parentificazione possa contribuire alla tendenza alla dissociazione nei soggetti adulti e identificare le possibili connessioni tra questi meccanismi di difesa e le conseguenze psicologiche a lungo termine per i bambini parentificati. In ricerche precedenti Jones e Wells (1996) hanno riscontrato che il role reversal è associato a caratteristiche di personalità narcisistiche e masochistiche negli adulti: una spiegazione di questo può essere il fatto che la parentificazione, in qualche modo, impedisce lo sviluppo del "vero sé" del bambino e favorisce, invece, la creazione di un "falso sé" che reagisce principalmente ai bisogni particolari dei caregiver; di conseguenza, il bambino può interiorizzare, in modo prematuro, l'ideale dell'Io dei genitori, lasciando indietro i propri bisogni e desideri (Winnicott, 1958; Jones & Wells, 1996; Wells & Jones, 1998). Il "falso sé" può, perciò, essere creato rispetto alle aspettative genitoriali (Wells & Jones, 1998): può o diventare il bambino che dona tutto se stesso (bambino masochista), oppure il bambino grandioso che acquisisce la grandezza (bambino narcisista). Come trovato da Burt (1992), chi ha sperimentato più intensamente la parentificazione nell'infanzia, ha difficoltà nel mantenere relazioni oggettuali integrate nei casi di separazione (Wells & Jones, 1998), probabilmente per un fallimento nella fase di separazione-individuazione: nel momento in cui i bambini prendono il posto degli "oggetti sé" dei genitori, non riescono a negoziare questo stadio di sviluppo (Mahler et al., 1975). Questo conferma i

risultati trovati da Jones e Wells (1996), secondo i quali le caratteristiche masochistiche e narcisistiche sono correlate alla parentificazione. Sempre secondo le osservazioni di Burt (1992), la mancata separazione dai propri caregiver può portare ad una vulnerabilità del bambino all'uso del meccanismo di difesa della scissione. Questa difesa, presente prevalentemente nella prima infanzia dovrebbe, nel corso dello sviluppo (grazie alla separazione psicologica dai propri genitori), essere utilizzata di meno e poi sostituita a favore di altre difese più mature, come l'ambivalenza e la repressione; questo dovrebbe avvenire nello sviluppo normale, in quanto i bambini interiorizzano la capacità di nutrire il proprio sé e organizzarlo, integrando sia gli aspetti positivi che quelli negativi del sé e dell'altro e sviluppando la costanza dell'oggetto (Wells & Jones, 1998). Se questo però non avviene, per esempio a causa di una parentificazione precoce intensa e patologica, il meccanismo di difesa della scissione viene continuamente attivato nei momenti di stress per proteggere le esperienze dell'oggetto sé buono, dalla contaminazione dell'esperienza dell'oggetto sé cattivo (Wells & Jones, 1998).

Da una parte, come osservato da Kohut (1971), nella scissione narcisistica l'individuo si muove tra l'esperienza di un senso di sé grandioso e di un'esperienza del sé svalutata o inferiore e, nel momento in cui gli altri si dimostrano come poco empatici o poco ammirativi, l'individuo reagisce con l'attivazione dell'esperienza di sé grandiosa e proietta l'esperienza del sé svalutata sull'altro: grazie a questa difesa il soggetto mantiene in sé la congiunzione con l'oggetto buono interno (Wells & Jones, 1998). Dall'altra parte, nella scissione masochistica, l'individuo idealizza un altro significativo, anche se quest'ultimo si dimostra ostile o umiliante, e svaluta e denigra il sé: mettendo in atto questo meccanismo (sé tutto cattivo e l'altro tutto buono), il soggetto spiega a sé stesso la ragione dei maltrattamenti, mantenendo l'illusione irrealistica che l'altro è tutto buono (Fairbairn, 1952; Glickauf-Hughes & Wells, 1995; Glick & Myers, 1988; Wells & Jones, 1998): *“Devo essere una persona cattiva perché una persona così meravigliosa mi tratti in modo così crudele.”* (Wells & Jones, 1998, p. 333).

Nello studio di Wells e Jones (1998) si è indagato anche il meccanismo di difesa della dissociazione, caratterizzata dall'interruzione delle funzioni integrative di memoria, identità, comportamento motorio e della coscienza (Hornstein & Putnam, 1992); la dissociazione può essere cognitiva (senso di confusione, distrazione, vuoto), affettiva (sensazione di morte interiore, senso di abbandono del corpo o paralisi) o del senso del controllo (sensazione di essere strani,

estranei a se stessi o che gli altri siano strani o irreali, depersonalizzazione). Viene usata la dissociazione come difesa per “scappare” dall’esperienza intollerabile che si sta vivendo del nucleo del sé (Wells & Jones, 1998).

In questo studio il campione è stato composto da 124 adulti che hanno riportato esperienze di parentificazione durante l'infanzia. I partecipanti sono stati sottoposti a una serie di questionari e strumenti di valutazione psicologica progettati per misurare la frequenza e l'intensità della scissione e della dissociazione, tra cui il “Parentification Questionnaire” (Sessions & Jurkovic, 1986), per valutare il livello di parentificazione sperimentato durante l'infanzia; la “*Gerson Splitting Scale*” (Gerson, 1984), per misurare la tendenza dei partecipanti a vedere le cose in termini di bianco e nero, senza sfumature; infine, è stata utilizzata la Dissociative Experiences Scale (Bernstein & Putnam, 1986), per valutare il grado di dissociazione nei partecipanti. I risultati dello studio hanno indicato un’associazione significativa tra la parentificazione e l'uso della scissione come meccanismo di difesa. La scissione può servire a proteggere l'individuo da sentimenti schiacciati di inadeguatezza o "cattiveria" associati al sé vero. Inoltre, i partecipanti che hanno riportato livelli alti di parentificazione durante l'infanzia, tendono ad avere punteggi più alti sulla scala della scissione: questo suggerisce che la parentificazione può portare i bambini a sviluppare una visione dicotomica della realtà, dividendo il mondo in buono o cattivo senza riconoscere le complessità e le sfumature (Wells & Jones, 1998). In aggiunta, i risultati indicano che la parentificazione non è apparsa significativamente correlata alla dissociazione, dopo aver controllato la varianza condivisa con la scissione. Questo suggerisce che, sebbene la dissociazione possa essere presente in individui parentificati, non è un meccanismo di difesa primario quanto la scissione (Wells & Jones, 1998).

Questo studio conferma che i soggetti che hanno fatto esperienza di role reversal nell’infanzia utilizzano forme specializzate di scissione, che riflettono tendenze masochistiche o narcisistiche (Wells & Jones, 1998). Ulteriori ricerche potrebbero approfondire come diverse forme di parentificazione influenzano specifici meccanismi di difesa e come questi, a loro volta, influenzano la salute mentale a lungo termine.

3.3 Come i meccanismi di difesa possono emergere nella dinamica dell'inversione di ruolo genitoriale: esempi

Di seguito verranno esposti una serie di esempi per mostrare come i meccanismi di difesa possono emergere nella dinamica del role reversal:

- **Proiezione:** in situazioni di role reversal, i genitori possono proiettare sui figli i propri desideri, le proprie ansie o i propri difetti. Questo porta i figli a interiorizzare queste proiezioni e a comportarsi di conseguenza, spesso assumendo ruoli e responsabilità inappropriate per l'età che hanno. Per esempio, un genitore depresso può proiettare sui propri figli la responsabilità di mantenere l'armonia familiare: in questo caso il bambino assume il ruolo di caregiver, cercando di far sentire meglio il genitore a scapito dei propri bisogni emotivi (Chase, 1999). O ancora, il genitore può dire al figlio: "Sei tu che devi tenere tutto sotto controllo, altrimenti la casa andrà in rovina". In realtà, il genitore sta proiettando la propria ansia e il proprio senso di incapacità sul bambino, facendogli assumere un ruolo adulto.
- **Scissione:** un esempio di tale meccanismo di difesa messo in atto in una dinamica di role reversal potrebbe essere un bambino che vive con un genitore che alterna affetto e abuso: egli può sviluppare una visione dicotomica del mondo, ossia può idealizzare il genitore in alcuni momenti e vederlo come completamente cattivo in altri, utilizzando la scissione per gestire l'ansia e la confusione (Wells & Jones, 1998).
- **Dissociazione:** in questo caso, si può ipotizzare che un bambino che si assume responsabilità adulte possa dissociarsi emotivamente dalle proprie esperienze traumatiche: ad esempio, un bambino che deve prendersi cura di un genitore malato può dissociarsi per affrontare lo stress e il carico emotivo (Wells et al., 1999). Durante queste situazioni di stress estremo, come gestire crisi o episodi violenti, il bambino potrebbe "staccarsi" emotivamente e non ricordare dettagli specifici degli eventi traumatici. Questo permette al bambino di funzionare nonostante le circostanze difficili.
- **Identificazione con l'aggressore:** un bambino che vive con un genitore abusivo può iniziare a imitare il comportamento dell'aggressore. Questo meccanismo di difesa permette al bambino di sentirsi più in controllo della situazione (Ferenczi & Rank, 1986). Per esempio, il bambino può iniziare a mostrare comportamenti abusivi verso i fratelli più piccoli o verso i propri compagni di scuola, imitando il comportamento aggressivo del

genitore. Questo meccanismo serve a sentire di avere più controllo della propria situazione.

- **Intellettualizzazione:** grazie a questa difesa si “risolve” il proprio stato di stress causato dal role reversal attraverso l’uso eccessivo del pensiero astratto: un adulto che da bambino ha fatto esperienza di inversione di ruolo con i propri genitori può descrivere meccanicamente la maggior parte dei suoi sentimenti, parlandone in modo generale. Per esempio potrebbe dire: “La mia tristezza derivava senza dubbio dalle aspettative esagerate dei miei genitori e da altre esperienze vissute con loro durante la crescita.” (Lingiardi & Madeddu, 2002, p. 475).
- **Isolamento affettivo:** grazie a questa difesa lo stress e i conflitti emotivi sono affrontati perdendo il contatto con i sentimenti associati a un evento (potenzialmente traumatico), rimanendo consapevole, però, degli elementi cognitivi (Lingiardi & Madeddu, 2002). Un esempio: in una famiglia in cui la madre soffre di depressione cronica, il figlio maggiore assume molte delle responsabilità domestiche e diventa il principale supporto emotivo per i fratelli minori: egli si prende cura della casa, cucina, aiuta i fratelli minori con i compiti e gestisce la maggior parte delle faccende domestiche; sebbene sia visibilmente stressato e affaticato, evita di esprimere qualsiasi emozione negativa legata al suo ruolo. Quando un insegnante a scuola nota il cambiamento nel suo comportamento gli chiede come sta, ed egli risponde con un sorriso, dicendo: "Va tutto bene, sono solo un po' stanco." Il ragazzo sopprime le sue emozioni e continua a svolgere i suoi doveri senza lamentarsi: utilizzando l'isolamento affettivo come meccanismo di difesa affronta il peso delle responsabilità che ha assunto.
- **Razionalizzazione:** utilizzando questo meccanismo di difesa il soggetto si protegge dalle fonti di stress trovando spiegazioni rassicuranti ma non vere, per il proprio o altrui comportamento (Lingiardi & Madeddu, 2002). Un esempio può essere il seguente: in una famiglia in cui il padre è spesso assente a causa del lavoro e la madre ha una malattia cronica che la rende incapace di gestire le responsabilità quotidiane, la figlia adolescente assume il ruolo di capofamiglia. La ragazza si occupa delle faccende domestiche, ha preso il controllo delle finanze familiari e si occupa di pagare le bollette, fare la spesa e assicurarsi che i fratelli minori siano curati e assistiti. Quando un amico le chiede perché non esce mai e non partecipa alle attività scolastiche o sociali, lei risponde: "Devo fare queste cose perché nessun altro lo farà. Non ha senso lamentarsi o cercare di fare altro. Se non lo facessi io, la nostra famiglia andrebbe in pezzi. È

semplicemente la cosa più logica da fare." In questo esempio si vede bene come viene utilizzata la razionalizzazione come difesa per giustificare il ruolo invertito all'interno della famiglia. Invece di riconoscere e affrontare i propri sentimenti di frustrazione, stress o risentimento che si potrebbero provare per essere costretti a rinunciare alla propria adolescenza, la ragazza fornisce una spiegazione logica e pratica per il suo comportamento.

- Identificazione proiettiva: un esempio dell'uso di questa difesa in una dinamica di role reversal può essere la seguente: in una famiglia, il padre ha problemi di alcolismo e la madre è emotivamente distaccata. Il figlio maggiore ha 14 anni, e assume il ruolo di prendersi cura dei fratelli minori e spesso cerca di mediare tra i genitori quando ci sono conflitti. Egli è abituato a cercare di calmare il padre quando torna a casa ubriaco e violento. Una sera, il padre torna a casa in quelle condizioni e inizia ad urlare e a lanciare oggetti. Il figlio cerca di intervenire, ma il padre, in preda alla rabbia, gli grida: "Sei proprio come tua madre, sempre a cercare di controllarmi e a farmi sentire inutile!" Il ragazzo così si sente colpevole e confuso, comincia a pensare che forse è davvero troppo controllante e invasivo, e questo lo porta a comportarsi in modo più sottomesso e remissivo, cercando di evitare ogni conflitto. In questo esempio si vede come il padre, incapace di affrontare le proprie colpe e insicurezze, proietta sul figlio i suoi sentimenti di rabbia e impotenza. Luca, a sua volta, interiorizza queste proiezioni e inizia a vedere se stesso attraverso gli occhi del padre, sviluppando un forte senso di colpa e di inadeguatezza. Questo meccanismo di difesa permette al padre di evitare la responsabilità delle proprie azioni, mentre il figlio assume inconsciamente il ruolo di contenitore delle emozioni negative del padre, adattando il suo comportamento in risposta alle proiezioni paterne.

Capitolo 4 - NARCISISMO E INVERSIONE DI RUOLO GENITORIALE

4.1 Esplorazione delle connessioni tra narcisismo e role reversal

Come già spiegato in precedenza dallo studio di Wells e Jones (1998), il meccanismo di difesa della scissione, dove le emozioni positive e negative sono separate rigidamente, è comune nei bambini che hanno subito nell'infanzia role reversal. Tutto questo può evolvere in una personalità narcisistica, dove l'individuo alterna il senso di grandiosità alla svalutazione ed è incapace di integrare una visione equilibrata di sé stesso e degli altri. Lo studio di Jones e Wells, ossia "*An Empirical Study of Parentification and Personality*" (1996), rappresenta una delle analisi più dettagliate sull'interazione tra parentificazione e tratti di personalità. Questa ricerca prova ad esaminare come l'aver fatto esperienza del role reversal nell'infanzia possa influire sulla formazione della personalità nell'età adulta. I risultati di questa ricerca hanno trovato connessioni significative tra la parentificazione e vari tratti di personalità e meccanismi di difesa, come tratti masochistici o narcisistici e i meccanismi di difesa della scissione e dell'identificazione proiettiva.

L'inversione di ruolo sperimentata, porta il bambino a sviluppare un senso di sé che gira intorno ai bisogni dei genitori e, di conseguenza, influisce sullo sviluppo di caratteristiche narcisistiche e autodistruttive o masochistiche, manifestati anche attraverso caratteristiche compulsive. In ogni caso, si ipotizza che i bisogni dei genitori siano diversi nel processo di parentificazione che porta a caratteristiche principalmente masochistiche o autodistruttive da quelli del processo che conduce a caratteristiche principalmente narcisistiche in un bambino (Jones e Wells, 1996): per esempio, i genitori possono favorire la parentificazione masochistica pretendendo che il bambino si occupi dei bisogni emotivi o fisici dei genitori (come essere un buon ascoltatore e reprimere i propri sforzi autonomi, diventando "il piccolo aiutante della madre" o "il piccolo uomo della famiglia"). Oppure, i genitori possono favorire una parentificazione narcisistica necessitando che il bambino diventi una proiezione idealizzata del genitore (ad esempio, realizzando il sogno del genitore di diventare un grande musicista, un professore geniale...). In alcune famiglie, entrambi i processi di parentificazione possono influenzare il bambino, portando a tratti sia dello stile di personalità masochistico (autodistruttivo) sia di quello narcisistico (Jones e Wells, 1996). Inoltre, West e Keller (1991), basandosi sul lavoro di Bowlby

(1977), hanno teorizzato che la parentificazione nell'infanzia può portare a un modello di relazione adulta caratterizzato da un accudimento compulsivo, equiparato al disturbo di personalità autodistruttivo: in questo studio viene anche, perciò, ipotizzato che le caratteristiche compulsive della personalità siano tipicamente presenti in entrambe le forme di parentificazione, sia masochistica che narcisistica; inoltre, le caratteristiche compulsive spesso riflettono la ricerca della perfezione, la vergogna per gli errori e l'insicurezza di base dell'individuo parentificato, spingendolo a cercare il controllo attraverso un "accudimento compulsivo" (West & Keller, 1991; Jones e Wells, 1996).

I risultati dello studio di Jones e Wells (1996) hanno confermato la previsione di West e Keller (1991), secondo cui gli adulti parentificati durante l'infanzia sono portati a manifestare uno stile di cura e autodistruzione anche nelle relazioni adulte: il sacrificio delle proprie aspirazioni e dei propri sogni, per soddisfare i bisogni dei genitori contribuisce, quindi, allo sviluppo di un falso sé o a caratteristiche di personalità narcisistiche: un bambino che viene educato per diventare il piccolo aiutante della mamma è portato a sviluppare tratti caratteriali diversi da un bambino che viene invece indotto a realizzare i sogni della madre. Il primo potrebbe sviluppare un carattere masochista, mentre il secondo è più propenso a sviluppare tratti narcisistici (Jones e Wells, 1996).

Infine, possiamo dedurre che il legame che intercorre tra lo sviluppo di tratti narcisistici o del narcisismo e l'aver sperimentato role reversal nell'infanzia, come già discusso, è molto complesso: la necessità di rispondere ai bisogni emotivi o fisici dei genitori può portare i bambini a sviluppare un "falso sé" (un concetto introdotto da Winnicott nel 1965, che descrive come i bambini possano sacrificare la propria autenticità per soddisfare le aspettative genitoriali); questo falso sé può manifestarsi attraverso comportamenti che cercano costantemente approvazione e ammirazione, tipici del narcisismo. Possiamo affermare ciò anche grazie alla ricerca di Wells, Glickauf-Hughes, e Jones (1999), i quali hanno trovato che gli adulti che hanno fatto esperienza di role reversal spesso sviluppano un forte bisogno di essere ammirati e apprezzati, cercando conferme esterne per colmare il vuoto lasciato da un'infanzia priva di attenzioni adeguate.

L'inversione di ruolo può anche condurre all'uso di meccanismi di difesa narcisistici, come per esempio la scissione e l'identificazione con l'aggressore, per gestire l'angoscia derivante dalla loro situazione. La scissione, descritta da Kernberg (1975), implica una divisione rigida del mondo in buono e cattivo, in questo caso per proteggersi da sentimenti di impotenza e inadeguatezza. Questi meccanismi di difesa possono essere ulteriormente esacerbati dalla parentificazione, portando a una personalità narcisistica nell'età adulta. Come già

descritto, Wells et al. (1999) hanno osservato che gli adulti che si sono presi cura dei propri genitori durante l'infanzia spesso manifestano tratti narcisistici e autodistruttivi: questo stesso bisogno di ammirazione e validazione esterna può essere visto come una forma di compensazione per l'attenzione e l'approvazione che sono mancate durante l'infanzia.

4.2 Ruolo del narcisismo nell'instaurarsi e nel persistere dell'inversione di ruolo genitoriale

Il narcisismo nei genitori è una condizione psicologica che ha profonde implicazioni per lo sviluppo emotivo e psicologico dei figli. I genitori con tratti narcisistici tendono a vedere i propri figli come estensioni di se stessi, utilizzandoli per soddisfare i propri bisogni di ammirazione, approvazione e controllo: questi tratti possono manifestarsi in comportamenti che mettono costantemente al centro le proprie esigenze emotive a scapito dei bisogni dei figli (McBride, 2008). Questa dinamica familiare può portare a gravi conseguenze per i figli, tra cui problemi di identità, bassa autostima e difficoltà nelle relazioni interpersonali. I genitori narcisisti spesso mostrano una mancanza di empatia e un bisogno costante di ammirazione, cercando continuamente conferme esterne per colmare il proprio vuoto interiore, spesso manipolando e controllando i figli per raggiungere questo scopo (McBride, 2008); essi possono, in aggiunta, essere altamente critici o eccessivamente indulgenti, a seconda di quanto i comportamenti dei figli riflettano positivamente su di loro (Kohut, 1971): essi tendono a idealizzare i figli quando soddisfano le loro aspettative e a svalutarli quando non lo fanno. Questo crea un ambiente instabile in cui il bambino cerca continuamente di guadagnare l'approvazione del genitore, assumendo ruoli e responsabilità inadeguati alla sua età (Kernberg, 1975). Inoltre, questi genitori tendono a manipolare i figli per ottenere gratificazione personale, vedendoli come strumenti per raggiungere i propri obiettivi e migliorare la propria immagine sociale (Lachkar, 1992): i genitori narcisisti possono indurre l'inversione di ruolo chiedendo ai figli di soddisfare i loro bisogni emotivi e di autostima; questo può includere il fare complimenti costanti, supportare emotivamente il genitore o assumere responsabilità adulte per mantenere l'illusione di perfezione del genitore (Lachkar, 1992).

Come già accennato in precedenza, i bambini che sperimentano role reversal, spesso sviluppano un "falso sé" per soddisfare le aspettative dei genitori,

nascondendo i propri desideri e bisogni autentici (Winnicott, 1965), questo può portare a una perdita di autenticità e a una difficoltà nel comprendere chi siano veramente. Questo “falso sé” può persistere spesso anche nell'età adulta, portando l'individuo a continuare a mettere le esigenze degli altri prima delle proprie, perpetuando così la dinamica dell'inversione di ruolo.

Il narcisismo dei genitori crea un ciclo di dipendenza emotiva in cui il figlio continua a cercare l'approvazione e l'amore del genitore, spesso a scapito del proprio benessere emotivo (McBride, 2008). Questa dipendenza può portare il figlio a ripetere schemi di comportamento autodistruttivi e narcisistici nelle proprie relazioni adulte, perpetuando il ciclo della parentificazione.

In conclusione, nel momento in cui i genitori hanno tratti narcisistici, come abbiamo potuto notare, il role reversal è ancora più visibile e rinforzato: secondo Boszormenyi-Nagy e Spark (1973), i genitori narcisisti possono indurre i figli a prendersi cura di loro, sia emotivamente che fisicamente, creando un'inversione di ruolo che mina lo sviluppo naturale del bambino. Questo processo può portare i bambini a sviluppare tratti narcisistici o autodistruttivi, come descritto da Wells, Glickauf-Hughes e Jones (1999). I figli di genitori narcisisti tendono a internalizzare le dinamiche disfunzionali della loro famiglia d'origine. Questo significa che i modelli di comportamento appresi durante l'infanzia vengono riproposti nelle relazioni future, sia come genitori che come partner, perpetuando così la disfunzione (Boszormenyi-Nagy e Spark, 1973). In più, a causa della costante critica o dell'eccessiva idealizzazione, i figli possono sviluppare una bassa autostima, in quanto la loro autovalutazione diventa dipendente dall'approvazione esterna piuttosto che da un senso interno di valore (Miller, 1981). Successivamente, crescendo in un ambiente dove l'amore e l'accettazione sono condizionati, i figli possono avere difficoltà a stabilire relazioni sane e autentiche. Essi possono cercare costantemente l'approvazione degli altri o, al contrario, evitare l'intimità per paura del rifiuto (Miller, 1981). Per questi motivi, il role reversal è una dinamica comune e strettamente legata al tema del narcisismo. I figli di genitori narcisisti spesso sviluppano meccanismi di difesa per affrontare l'angoscia emotiva, come la scissione (splitting), dove il bambino separa rigidamente le esperienze e i sentimenti positivi e negativi per mantenere una visione idealizzata dei genitori (Kernberg, 1975). Questo meccanismo di difesa serve a proteggere il bambino dalla consapevolezza del rifiuto o dell'abuso emotivo. Le conseguenze a lungo termine del narcisismo genitoriale sono spesso gravi e durature. Gli adulti che sono cresciuti con genitori narcisisti possono sperimentare difficoltà nel mantenere relazioni sane, avere una bassa autostima cronica e lottare con problemi di identità. La terapia per individui cresciuti con

genitori narcisisti deve mirare a smantellare il "falso sé" sviluppato durante l'infanzia e a promuovere l'autenticità e l'autostima. Gli interventi terapeutici possono includere la consapevolezza dei propri bisogni e desideri, lo sviluppo di confini sani e l'elaborazione delle esperienze traumatiche dell'infanzia (Gabbard, 2005).

4.3 L'impatto dell'avere una madre narcisista

Nel suo libro "*Will I Ever Be Good Enough? Healing the Daughters of Narcissistic Mothers*", Karyl McBride (2008) esplora l'impatto psicologico dell'avere una madre narcisista, fornendo una serie di strategie di guarigione per le figlie. Il testo è fondato sull'esperienza clinica di McBride come terapeuta e sulla sua ricerca, e dona un quadro completo sulle dinamiche familiari disfunzionali e sulle loro conseguenze a lungo termine.

Avere una madre narcisista può avere profonde implicazioni sullo sviluppo psicologico ed emotivo delle figlie, in quanto le madri narcisiste tendono ad essere egocentriche, ad avere un bisogno costante di ammirazione e una mancanza di empatia: tutto questo influisce negativamente sulla crescita delle loro figlie. Mentre queste madri vedono i figli come estensioni di se stesse piuttosto che come individui autonomi, le loro figlie spesso crescono con sentimenti di inadeguatezza e con una bassa autostima: esse possono interiorizzare il messaggio che non saranno mai abbastanza brave, sviluppando ansia, depressione e problemi nelle relazioni interpersonali (McBride, 2008). McBride identifica vari tipi di madri narcisiste, come la madre che si comporta da vittima, la madre vanitosa e la madre controllante, ciascuna delle quali influisce diversamente sulle figlie.

La madre che si comporta da vittima si presenta come costantemente sofferente e bisognosa di attenzione e compassione. Questo tipo di madre si ritrae nel ruolo della vittima, manipolando emotivamente i figli per ottenere simpatia e sostegno. Si lamenta frequentemente delle difficoltà della vita, sottolineando i suoi sacrifici e le sue sofferenze (McBride, 2008); i suoi figli spesso assumono il ruolo di caregiver emotivo, sentendosi responsabili della felicità della madre e sviluppando sentimenti di colpa e ansia nel momento che non riescono a soddisfare le sue esigenze emotive. Questa dinamica può portare a problemi di autostima e difficoltà nel riconoscere e affermare i propri bisogni (Golomb, 1992; McBride, 2008).

La madre vanitosa, invece, è preoccupata principalmente dell'apparenza esteriore e del successo personale (McBride, 2008). Utilizza i figli come estensioni di sé stessa per riflettere positivamente su di lei. Questa madre si aspetta che i figli siano i migliori in tutto e li spinge a realizzare le sue aspirazioni e desideri irrealizzati: i suoi figli possono sperimentare una grande pressione per essere perfetti. La loro autostima diventa condizionata dalle prestazioni e dai risultati ottenuti, portando ad un'ansia perenne e a un perfezionismo malsano. Inoltre, possono sviluppare un senso di vuoto interiore, poiché il loro valore viene costantemente misurato in base ai successi esterni (McBride, 2008).

La madre controllante, infine, esercita un controllo eccessivo sui figli, decidendo ogni aspetto della loro vita, dalle attività quotidiane alle scelte di vita importanti. Questa madre non tollera l'indipendenza e l'autonomia dei figli, vedendo qualsiasi segno di ribellione come una minaccia personale; i figli di una madre controllante possono avere difficoltà a sviluppare un senso di sé indipendente (McBride, 2008). Crescono con un forte desiderio di approvazione e possono avere difficoltà a prendere decisioni autonomamente. Questo controllo pervasivo può portare a problemi di ansia, insicurezza e difficoltà nelle relazioni interpersonali; i figli possono anche diventare estremamente conformisti, temendo le ripercussioni della disobbedienza (McBride, 2008).

Indipendentemente dal tipo di madre narcisista, i figli spesso affrontano conseguenze simili. Crescono con una sensazione di non essere mai abbastanza e possono lottare con sentimenti di inadeguatezza e insicurezza. Inoltre, il costante bisogno di approvazione e il timore di deludere la madre possono portare a comportamenti autodistruttivi e a una scarsa salute mentale (Young et al., 2003).

Inoltre, McBride (2008) introduce il concetto di trauma narcisistico, spiegando come le interazioni con una madre narcisista possano essere profondamente dannose. McBride (2008) descrive il trauma narcisistico come una ferita emotiva profonda che si origina dall'esperienza di essere cresciuti con una madre il cui amore e accettazione sono condizionati dalla conformità ai suoi desideri e bisogni narcisistici. Il trauma narcisistico si riferisce al danno psicologico subito dai figli a causa della costante mancanza di empatia e sostegno emotivo da parte dei genitori narcisisti. In particolare, McBride (2008) sottolinea come le figlie di madri narcisiste spesso crescano sentendosi invisibili, non amate e inadeguate, poiché i loro bisogni emotivi sono costantemente subordinati a quelli della madre: queste ultime possono sviluppare spesso un profondo senso di inadeguatezza, in quanto la continua critica o la mancanza di riconoscimento delle loro conquiste da parte della madre fa sì che crescano con l'idea di non essere mai abbastanza. McBride (2008) descrive come queste figlie possano cercare costantemente l'approvazione esterna, poiché non hanno mai ricevuto una

valida conferma del proprio valore intrinseco. Il trauma narcisistico può portare a condizioni di ansia e depressione. La continua pressione per soddisfare le aspettative irrealistiche della madre e la costante sensazione di non essere all'altezza possono causare un assiduo stato di tensione e insicurezza. McBride (2008) osserva che queste condizioni sono spesso il risultato di una vita trascorsa a camminare sulle uova per evitare la critica o il disappunto della madre. Le figlie di madri narcisiste spesso lottano con le relazioni interpersonali. Avendo imparato a subordinare i propri bisogni a quelli della madre, possono trovare difficile stabilire confini sani e affermare la propria identità nelle relazioni. McBride (2008) sottolinea come queste donne possano scegliere partner che replicano il comportamento narcisistico della madre, perpetuando un ciclo di manipolazione e abuso emotivo.

McBride (2008), inoltre, parla principalmente dei meccanismi di difesa messi in atto in queste dinamiche, ossia la razionalizzazione, la scissione e la dissociazione, difese ampiamente discusse in precedenza e, come visto, legate al tema del role reversal.

In conclusione McBride (2008), individua delle strade per la guarigione, tra cui il riconoscimento e la validazione del dolore, infatti è importante che le figlie capiscano che i problemi che affrontano non sono colpa loro, ma il risultato di dinamiche familiari disfunzionali (McBride, 2008). Questo processo può essere attuato tramite l'accettazione della realtà (ossia, riconoscere e accettare che la madre è narcisista e che il suo comportamento è la causa del proprio dolore emotivo), stabilendo confini (imparando a creare e mantenere confini sani con la madre narcisista e con gli altri), costruendo l'autostima (grazie a esercizi e terapie, lavorando per sviluppare una sana autostima indipendente dall'approvazione materna) e tramite il recupero della propria voce, ovvero apprendendo ad esprimere i propri bisogni e desideri, riscoprendo la propria identità separata dall'influenza materna (McBride, 2008).

4.4 Il narcisismo grandioso e il narcisismo vulnerabile

Nel suo testo *"Two faces of narcissism"* (1991), Paul Wink ha distinto per primo due tipi diversi di narcisismo, due facce della stessa medaglia, ossia il narcisismo grandioso e il narcisismo vulnerabile.

Il narcisismo grandioso (overt) è caratterizzato da un'elevata autostima che si manifesta in modo visibile anche nel comportamento (altresì tramite una

percezione esagerata della propria importanza), da una ricerca continua di ammirazione, da un comportamento esibizionistico (essere al centro dell'attenzione il più spesso possibile), da una volontà di dominanza e di sicurezza di sé (tende ad avere un'immagine di sé pretenziosa) e da una mancanza di empatia.

Il narcisismo vulnerabile (covert), invece, è contraddistinto da una forte sensibilità alle critiche, dalla presenza di una forte insicurezza e da un senso di inferiorità e vergogna (spesso nascosto da una facciata di superiorità), da un comportamento difensivo o di ritiro nel momento in cui vengono dati feedback negativi, da introversione (si cerca di evitare situazioni sociali in cui ci si potrebbe sentire giudicati o rifiutati) e da un'inclinazione nello sperimentare ansia, depressione e altre emozioni negative. Nel narcisismo vulnerabile vi è un'oscillazione tra sentimenti di superiorità e di inferiorità.

I risultati trovati dalla ricerca di Wink (1991), hanno mostrato che gli individui con narcisismo grandioso tendono ad avere punteggi più alti sulle misure di estroversione, dominanza e autostima, ossia questi individui cercano attivamente l'attenzione e il riconoscimento e sono meno sensibili alle critiche; mentre punteggi alti in nevroticismo, ansia e depressione sono correlati con il narcisismo vulnerabile. Gli individui con il narcisismo vulnerabile sono più sensibili alle critiche e tendono a evitare situazioni sociali che potrebbero esporli a giudizi negativi.

In generale, entrambi i tipi di narcisismo condividono un'elevata autocentratura e un bisogno di sentirsi speciali, come specificato anche da Caligor, Levy e Yeomans (2015), in quanto ciò che distingue il disturbo narcisistico di personalità (sia esso overt-grandioso o covert-vulnerabile) è proprio un senso di fragilità del sé e uno sforzo continuo per mantenere la propria percezione di sé come qualcuno di unico, eccezionale e straordinario: tutto questo porta a difficoltà nelle relazioni interpersonali, in quanto entrambi i tipi di narcisismo hanno bisogno dell'altro per riaffermare la propria autostima. Tuttavia, le modalità con cui cercano di soddisfare questo bisogno differiscono significativamente.

Lo studio di Bernardi e Eidlin (2018) "*Thin-skinned or vulnerable narcissism and thick-skinned or grandiose narcissism: similarities and differences*" fornisce una chiara distinzione tra il narcisismo grandioso e quello vulnerabile, e, riprendendo ciò che si è appena esposto, descrive sia gli elementi che hanno in comune questi due tipi di manifestazione del narcisismo, come l'egocentrismo (mostrano entrambi un focus eccessivo su sé stessi e sui propri bisogni) e il bisogno di sentirsi speciali, sia i punti in cui differiscono, ovvero nella manifestazione esterna (mentre il narcisismo grandioso si manifesta con comportamenti esibizionistici e dominanti, il narcisismo vulnerabile si manifesta con

introversione e sensibilità alle critiche) e nelle emozioni associate (il narcisismo grandioso è associato a emozioni di superiorità e sicurezza, mentre il narcisismo vulnerabile è associato ad emozioni di insicurezza e ansia).

Capitolo 5 - LA RICERCA

5.1 Obiettivi e ipotesi

Il presente studio si propone di esplorare l'influenza delle passate esperienze di accadimento, con particolare riferimento alla fascia d'età dai 0 ai 12 anni, sul funzionamento difensivo e di personalità in un campione italiano di adulti emergenti, facenti parte della fascia di età 18-29 anni.

In particolare, l'ambito specifico che si è cercato di analizzare in questo elaborato è la disorganizzazione dell'attaccamento e l'inversione di ruolo genitoriale e il loro possibile effetto sullo sviluppo del narcisismo. Inoltre, si è indagato se la relazione tra disorganizzazione e inversione di ruolo sperimentati nell'infanzia e narcisismo sia mediata dal funzionamento difensivo.

Sulla base della letteratura discussa nei capitoli precedenti, sono state verificate le seguenti ipotesi:

1. Adulti emergenti che hanno sperimentato maggiori livelli di disorganizzazione e inversione di ruolo (operazionalizzati come disorganizzazione genitoriale, ostilità genitoriale e caregiving affettivo) riportano maggiori livelli di narcisismo grandioso e vulnerabile (effetto diretto).
2. Maggiori livelli di disorganizzazione genitoriale, ostilità genitoriale e caregiving affettivo si associano a un funzionamento difensivo meno adattivo che, a sua volta, si riflette in maggiori livelli di narcisismo grandioso e vulnerabile (effetto mediato).

5.2 Partecipanti

In questo studio sono stati presi in esame adulti emergenti con età compresa tra i 18 e i 29 anni. Il campione è costituito da 451 soggetti, 379 femmine e 72 maschi (sesso assegnato alla nascita). Inoltre, è stato richiesto di inserire anche il genere in cui ci si identifica, trovando che la prevalenza maggiore è quella del genere femminile (365), rispetto a quella maschile (78), non binaria (7) o genderfluid (1). Da questi dati possiamo notare che 14 partecipanti di genere femminile e 6 partecipanti di genere maschile avevano un sesso assegnato alla nascita differente rispetto a quello percepito.

La fascia di età più frequente è quella tra i 22 e i 26 anni.

Le altre informazioni sociodemografiche trovate dei partecipanti sono:

- l'orientamento sessuale, con una prevalenza eterosessuale (358), rispetto all'orientamento bisessuale (58), gay/lesbiche (15) e una percentuale di altre definizioni (20);
- la provenienza di nascita, con una maggioranza di partecipanti nati in Italia (441), e una piccola parte nata fuori dall'Italia (10);
- il livello di istruzione, in cui si è trovato che la maggior parte dei partecipanti (182) hanno come titolo di studio la scuola secondaria di secondo grado (licei, istituti tecnici e professionali), seguito poi dai partecipanti con una laurea triennale (172), con il diploma della scuola secondaria di primo grado (15), con una laurea magistrale (74) e con un dottorato di ricerca o una specializzazione (8).
- il coinvolgimento in relazioni romantiche, con la maggioranza di partecipanti legati sentimentalmente in relazioni romantiche (270) e 181 single.
- la composizione del nucleo genitoriale nel quale si è cresciuti, trovando che nella maggior parte dei casi i partecipanti sono cresciuti in famiglie con un nucleo bigenitoriale madre-padre (429), mentre 20 partecipanti sono cresciuti in un nucleo monogenitoriale con madre single, 1 in un nucleo monogenitoriale con padre single e altro (1);
- se si vivesse da soli (86) o meno (365) e, nel secondo caso, con chi si convivesse, in particolare si è trovato che 227 partecipanti vivono con i propri genitori, 30 con i propri genitori e altri, 50 con il proprio partner, 42 con altri, 8 con il proprio partner e i propri genitori, 1 con il proprio partner e altri e 6 con il proprio partner e i/il/la figli/o/a;
- se si svolgesse una professione, trovando che 152 soggetti hanno un'occupazione, 244 sono studenti, 31 fanno altro, 19 sono disoccupati senza sussidi e 5 disoccupati con sussidi.

Nella seguente tabella sono rappresentati meglio i dati socio-demografici:

Dati socio-demografici		Frequenza e percentuale del totale
SESSO	Femmina	379 (84.0 %)
	Maschio	72 (16.0 %)
GENERE	Femminile	365 (80.9 %)
	Maschile	78 (17.3 %)
	Non binario	7 (1.6 %)
	Altro	1 (0.2 %)
ORIENTAMENTO SESSUALE	Eterosessuale	358 (79.4 %)
	Bisessuale	58 (12.9 %)
	Altro	20 (4.4 %)
	Gay/lesbica	15 (3.3 %)
TIPO DI FAMIGLIA	Nucleo bigenitoriale madre-padre	429 (95.1 %)
	Nucleo monogenitoriale con madre single	20 (4.4 %)
	Nucleo monogenitoriale con padre single	1 (0.2 %)
	Altro	1 (0.2 %)
RELAZIONE ROMANTICA	No	181 (40.1 %)
	Si	270 (59.9 %)
VIVERE DA SOLI	No	365 (80.9 %)
	Si	86 (19.1 %)
CON CHI SI VIVE	Genitori	227 (62.4 %)
	Partner	50 (13.7 %)
	Altro	174 (23,9 %)

Tab 1. Dati socio-demografici

Tutti i partecipanti allo studio, prima di iniziare la compilazione del questionario, hanno acconsentito, tramite un consenso informato online, a partecipare alla ricerca. La diffusione del questionario prosegue ancora ad oggi.

5.3 Procedura

Lo studio si è svolto online mediante compilazione dei questionari sulla piattaforma Qualtrics. Dopo l'adesione alla partecipazione allo studio, è stato chiesto di rispondere ad alcune domande sociodemografiche e di compilare una batteria di test psicologici, inerenti agli obiettivi dello studio per una durata di

circa 30-40 minuti. Il link alla survey è stato diffuso sui principali Social Network, come Facebook e Instagram, e attraverso passaparola. Questo studio ha una valenza esplorativa e non clinica, ossia non implica alcun intervento terapeutico e, di conseguenza, non ha apportato al campione alcun beneficio personale immediato: in ogni caso, le conoscenze rispetto a questa indagine saranno vantaggiose per la ricerca nell'ambito della psicologia dinamico-clinica delle relazioni familiari.

5.4 Strumenti

Oltre ad una prima parte introduttiva che va ad indagare le informazioni socio-demografiche del partecipante (tra cui, come appena esposto l'età, il sesso assegnato alla nascita, il genere in cui ci si identifica, l'orientamento sessuale, lo status lavorativo, la composizione del nucleo genitoriale, il luogo di nascita, le relazioni romantiche, se si vive da soli o con altri e livello di educazione), per questo studio sono stati utilizzati 3 tipi diversi di questionari.

Per valutare l'inversione di ruolo genitoriale è stata utilizzata la Childhood Disorganization and Role Reversal Scale (CDRR) di Meier e Bureau (2018), metodo di autovalutazione già discusso nel sottocapitolo 2.2.4 di questo elaborato. La CDRR è composta da 161 item valutati su una scala Likert a 5 punti che passa da "Completamente d'accordo/Sempre" a "Non tutti/mai", nella quale i punteggi più alti corrispondono a livelli più alti su ciascuna scala: essa ha l'obiettivo di valutare la disorganizzazione e il controllo attuale e il role reversal. Come già accennato, nella CDRR le scale delle versioni per i genitori sono divise sia per la madre che per il padre (Meier & Bureau, 2018).

Per quanto riguarda la struttura a quattro fattori della madre, vengono indagate le scale di:

- Disorganizzazione/Punitività (Disorganization/Punitiveness): questa sottoscala valuta i costrutti di disorganizzazione e punitività, ossia comportamenti come atteggiamenti di controllo rivolti alla madre, pensieri o comportamenti denigratori e offensivi sempre verso la madre, mancanza di competenze genitoriali; atteggiamenti da parte della madre che provocano paura al figlio. In particolare, questa sottoscala misura i comportamenti incoerenti e imprevedibili della madre, che possono includere sia atteggiamenti affettuosi che punitivi in modo non prevedibile. La madre può mostrare comportamenti contraddittori, alternando cura e affetto con punizioni o indifferenza, di conseguenza

questi comportamenti possono creare confusione e insicurezza nel bambino, influenzando negativamente lo sviluppo di un attaccamento sicuro.

- Ostilità reciproca (Mutual Hostility): questa sottoscala valuta la presenza di dinamiche di ostilità reciproca tra madre e figlio, caratterizzate da conflitti frequenti, litigi e una generale mancanza di armonia e supporto.
- Caregiving affettivo: in questo caso, la sottoscala valuta il costrutto del caregiving emotivo, ossia la percezione di avere o meno fornito supporto emotivo alla propria madre durante l'infanzia: vi sono domande come "Mi sentivo meglio quando potevo aiutare mia madre" o "Ero attento a come si sentiva mia madre". Alti livelli in questa scala sono correlati all'interiorizzazione, negli individui, di ricoprire un ruolo positivo come caregiver della madre, ad un'ipervigilanza rispetto agli stati affettivi della madre e ad una soppressione del sistema di attaccamento a favore della soddisfazione dei bisogni emotivi della madre.
- Confini adeguati: consiste nella valutazione del mantenimento dei confini adeguati tra madre e figlio, ossia se la madre, nella relazione col figlio, evita di coinvolgerlo in problemi adulti o di farlo sentire responsabile per questioni che non gli competono. In particolare, questa scala è stata esclusa da questo studio perché ritenuta non valida.

Per quanto riguarda il padre, invece, vengono indagate le scale di:

- Disorganizzazione: consta sempre nel costrutto della disorganizzazione, ossia misura i comportamenti incoerenti e imprevedibili del padre.
- Caregiving affettivo: questa sottoscala si riferisce, come già esposto sopra, al costrutto di caregiving affettivo.
- Punitività: valuta il costrutto della punitività (uso di affermazioni ostili, attacco o punizione reciproca, a scopo di controllo e di dipendenza).
- Confini adeguati: anche in questo caso non viene considerata in questo studio perché considerata non valida.

Per validare le sottoscale del CDRR si possono considerare le seguenti alpha di Cronbach:

CDRR_M:

Disorganizzazione/Punitivo: .95

Mutual hostility: .90

Affective Caregiving: .84

CDRR_F:

Disorganizzazione: .96

Punitivo: .76

Affective Caregiving: .92

Per valutare invece l'uso dei meccanismi di difesa è stata utilizzata la Defense Mechanisms Rating Scales - Self Report - 30 (DMRS-SR-30) di Di Giuseppe e colleghi (2020). È composta da 30 item del DMRS-Q (Lingiardi & Madeddu, 2002), che ricoprono un'ampia gamma di meccanismi di difesa, classificati in base al loro livello di adattamento. Nel questionario viene domandato quanto, nel momento in cui si vivono emozioni o situazioni difficili, si reagisce nei modi descritti dagli item, che riflettono specifici meccanismi di difesa più o meno adattivi, come per esempio "Percepisco qualcuno come 'tutto buono o tutto cattivo'" (esempio di scissione), oppure "Faccio commenti ironici su questioni personali difficili o situazioni" (umorismo), "Discuto un argomento emotivo in modo generale e impersonale, senza considerare o sentire le mie emozioni" (isolamento affettivo) o ancora "Cerco di scaricare la tensione attraverso l'impegno in attività creative" (sublimazione).

I dati raccolti sono analizzati per identificare la presenza, l'organizzazione e le caratteristiche dei meccanismi di difesa del paziente, dando come output un indice di maturità difensiva globale (Overall Defensive Functioning, ODF), dove i punteggi più bassi esprimono modalità difensive immature e maladattive, mentre quelli più alti rispecchiano una maggiore consapevolezza, maturità e adattività del funzionamento difensivo.

Gli studi sulla validazione della DMRS-SR-30 hanno dimostrato che ha ottime proprietà psicometriche sia nella versione italiana che in quella inglese.

Per validare la DMRS-SR-30, viene usata la seguente α di Cronbach:
DMRS-30:

ODF: .84

Infine, il narcisismo (grandioso-overt o vulnerabile-covert) in questo studio è stato valutato tramite il Pathological Narcissism Inventory (PNI), ossia uno strumento psicometrico sviluppato da Pincus e colleghi nel 2009, di cui ho parlato precedentemente nel sottocapitolo 2.4.2.

Il PNI è costituito da 52 item che esplorano due dimensioni principali del narcisismo patologico, ossia, come già discusso, la grandiosità narcisistica e la vulnerabilità narcisistica: questi due fattori sono tra loro correlati, in quanto la grandiosità narcisistica si esprime con credenze al servizio del Sé e con strategie non adattive di affermazione del Sé, mentre la vulnerabilità narcisistica con la

tendenza alla disregolazione emotiva e del Sé nel momento in cui i bisogni narcisistici non sono soddisfatti (Madeddu, 2020). Questo perché la distinzione tra overt e covert consta solamente in diverse forme espressive della grandiosità e della vulnerabilità narcisistica, senza coincidere però con esse (Wright et al., 2010; Madeddu, 2020).

Nel questionario viene richiesto al partecipante di considerare attentamente le affermazioni sviluppate negli item, rispondendo in base a quanto esse lo descrivono come persona, in un range da “Non mi descrive affatto” a “Mi descrive alla perfezione”.

Per validare il PNI vengono usate le seguenti alpha di Cronbach:

PNI:

Narcisismo Grandioso: .86

Narcisismo Vulnerabile: .93

Il progetto di ricerca integrale (“Al posto dei miei genitori: Inversione di ruolo e implicazioni per l’adattamento psicologico nella giovane età adulta”, sotto la responsabilità scientifica del prof. Nicola Carone) comprende, oltre alla somministrazione dei questionari self-report descritti, anche la somministrazione dell’Adult Attachment Interview (AAI) ad alcuni partecipanti, che liberamente hanno deciso di partecipare ulteriormente alla ricerca (firmando un consenso informato). Nello studio descritto in questo elaborato, però, non è stato possibile analizzare le interviste AAI effettuate, in quanto in numero non sufficiente per arrivare ad una significatività rappresentativa della popolazione.

5.5 Analisi dei dati

L’analisi dei dati del presente studio è stata diretta tramite l’utilizzo di Jamovi (versione 1.2, The Jamovi Project, 2020). Per osservare la distribuzione delle variabili socio-demografiche sono state utilizzate le statistiche descrittive, mentre è stato utilizzato il modulo jAMM per calcolare 4 effetti di mediazione, rispetto all’esito in narcisismo grandioso (NARCISISMO_GRANDIOSO) e rispetto all’esito in narcisismo vulnerabile (NARCISISMO_VULNERABILE), sempre con l’inversione di ruolo (nelle 6 dimensioni considerate descritte in precedenza) come predittore (sia con i predittori materni che con quelli paterni) e la maturità difensiva globale (Overall Defensive Functioning, ODF) come mediatore. Sono stati eseguiti quattro modelli distinti, uno con i predittori materni, uno con i predittori paterni, entrambi con i due outcome di narcisismo grandioso e di

narcisismo vulnerabile, valutando la validità della mediazione diretta e indiretta sia rispetto alla madre che rispetto al padre.

Per ogni analisi, i risultati sono stati considerati significativi nel momento in cui i valori di p erano minori o uguali a .05.

5.6 Risultati

I risultati della funzione di mediazione materna con esito “narcisismo grandioso”, sono di seguito proposti nella tabella 1:

95 % C.I. (a)

Type	Effect	Estimate	SE	Lower	Upper	β	p
Indirect	M_DISORGANIZZAZIONE_PUNITIVO => ODF => NARCISISMO_GRANDIOSO	1.54e-4	2.12e-4	-2.61e-4	5.69e-4	0.00452	0.467
	M_MUTUA_OSTILITA => ODF => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.00102	7.67e-4	-4.84e-4	0.00252	0.01401	0.184
	M_CAREGIVING_AFFETTIVO => ODF => NARCISISMO_GRANDIOSO	1.30e-4	3.62e-4	-5.80e-4	8.40e-4	0.00141	0.720
Component	M_DISORGANIZZAZIONE_PUNITIVO => ODF	-6.39e-4	7.67e-4	-0.00214	8.65e-4	-0.06395	0.405
	ODF => NARCISISMO_GRANDIOSO	-0.24086	0.16078	-0.55599	0.07427	-0.07066	1.134
	M_MUTUA_OSTILITA => ODF	-0.00424	0.00147	-0.00711	-0.00136	-0.19828	0.004
	M_CAREGIVING_AFFETTIVO => ODF	-5.38e-4	0.00146	-0.00340	0.00232	-0.01993	0.712
Direct	M_DISORGANIZZAZIONE_PUNITIVO => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.00485	0.00260	-2.43e-4	0.00993	0.14222	0.062
	M_MUTUA_OSTILITA => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.00426	0.00501	-0.00555	0.01407	0.05853	0.395
	M_CAREGIVING_AFFETTIVO => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.01058	0.00494	9.01e-4	0.02026	0.11491	0.032
Total	M_DISORGANIZZAZIONE_PUNITIVO => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.00500	0.00260	-1.04e-4	0.01010	0.14674	0.055
	M_MUTUA_OSTILITA => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.00528	0.00498	-0.00448	0.01504	0.07254	0.289
	M_CAREGIVING_AFFETTIVO => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.01071	0.00496	9.96e-4	0.02042	0.11632	0.031

Tab 1. Risultati della funzione di mediazione materna con esito Narcisismo Grandioso.

I risultati della funzione di mediazione materna con esito “narcisismo vulnerabile”, sono proposti nella tabella 2:

95 % C.I. (a)

Type	Effect	Estimate	SE	Lower	Upper	β	p
Indirect	M_DISORGANIZZAZIONE_PUNITIVO => ODF => NARCISIMO_VULNERABILE	0.00109	0.00131	-0.00148	0.00366	0.02894	0.406
	M_MUTUA_OSTILITA => ODF => NARCISIMO_VULNERABILE	0.00722	0.00259	0.00215	0.01230	0.08973	0.005
	M_CAREGIVING_AFFETTIVO => ODF => NARCISIMO_VULNERABILE	9.18e-4	0.00249	-0.00397	0.00580	0.00902	0.713
Component	M_DISORGANIZZAZIONE_PUNITIVO => ODF	-6.39e-4	7.67e-4	-0.00214	8.65e-4	-0.06395	0.405
	ODF => NARCISIMO_VULNERABILE	-1.70556	0.15626	-1.01182	-1.39930	-0.45253	<.001
	M_MUTUA_OSTILITA => ODF	-0.00424	0.00147	-0.00711	-0.00136	-0.19828	0.004
	M_CAREGIVING_AFFETTIVO => ODF	-5.38e-4	0.00146	-0.00340	0.00232	-0.01993	0.712
Direct	M_DISORGANIZZAZIONE_PUNITIVO => NARCISIMO_VULNERABILE	0.00481	0.00252	-1.38e-4	0.00975	0.12762	0.057
	M_MUTUA_OSTILITA => NARCISIMO_VULNERABILE	0.00629	0.00487	-0.00324	0.01583	0.07819	0.196
	M_CAREGIVING_AFFETTIVO=> NARCISIMO_VULNERABILE	0.00207	0.00480	-0.00734	0.01148	0.02035	0.666
Total	M_DISORGANIZZAZIONE_PUNITIVO => NARCISIMO_VULNERABILE	0.00590	0.00284	3.24e-4	0.01147	0.15656	0.038
	M_MUTUA_OSTILITA => NARCISIMO_VULNERABILE	0.01352	0.00544	0.00286	0.02417	0.16792	0.013
	M_CAREGIVING_AFFETTIVO => NARCISIMO_VULNERABILE	0.00299	0.00541	-0.00762	0.01360	0.02937	0.581

Tab 2. Risultati della funzione di mediazione materna con esito Narcisismo Vulnerabile.

I risultati della funzione di mediazione paterna con esito “narcisismo grandioso”, sono qui di seguito riportati, nella tabella 3:

95 % C.I. (a)

Type	Effect	Estimate	SE	Lower	Upper	β	p
Indirect	F_DISORGANIZZAZIONE => ODF => NARCISISMO_GRANDIOSO	8.37e-5	1.62e-4	-2.35e-4	4.02e-4	0.00361	0.606
	F_PUNITIVO => ODF => NARCISISMO_GRANDIOSO	3.74e-4	7.26e-4	-0.00105	0.00180	0.00323	0.607
	F_CAREGIVING_AFFETTIVO => ODF => NARCISISMO_GRANDIOSO	6.01e-5	1.38e-4	-2.11e-4	3.31e-4	0.00109	0.664
Component	F_DISORGANIZZAZIONE => ODF	-9.69e-4	4.24e-4	-0.00180	-1.38e-4	-0.14082	0.022
	ODF => NARCISISMO_GRANDIOSO	-0.08640	0.16337	-0.40660	0.23380	-0.02566	0.597
	F_PUNITIVO => ODF	-0.00432	0.00193	-0.00810	-5.50e-4	-0.12600	0.025
	F_CAREGIVING_AFFETTIVO => ODF	-6.96e-4	9.13e-4	-0.00248	0.00109	-0.04252	0.446
Direct	F_DISORGANIZZAZIONE => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.00270	0.00140	-3.87e-5	0.00545	0.11669	0.053
	F_PUNITIVO => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.02306	0.00636	0.01061	0.03552	0.19957	<.001
	F_CAREGIVING_AFFETTIVO=> NARCISISMO_GRANDIOSO	0.00509	0.00300	-7.76e-4	0.01096	0.09242	0.089
Total	F_DISORGANIZZAZIONE => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.00279	0.00139	5.83e-5	0.00552	0.12031	0.045
	F_PUNITIVO => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.02344	0.00633	0.01104	0.03584	0.20280	<.001
	F_CAREGIVING_AFFETTIVO => NARCISISMO_GRANDIOSO	0.00515	0.00300	-7.21e-4	0.01103	0.09351	0.086

Tab 3. Risultati della funzione di mediazione paterna con esito Narcisismo Grandioso.

Infine, i risultati della funzione di mediazione paterna con esito “narcisismo vulnerabile”, sono qui di seguito riportati nella tabella 4:

95 % C.I. (a)

Type	Effect	Estimate	SE	Lower	Upper	β	p
Indirect	F_DISORGANIZZAZIONE => ODF => NARCISISMO_VULNERABILE	0.00154	6.92e-4	1.85e-4	0.00290	0.06048	0.026
	F_PUNITIVO => ODF => NARCISISMO_VULNERABILE	0.00688	0.00314	7.21e-4	0.01304	0.05411	0.029
	F_CAREGIVING_AFFETTIVO => ODF => NARCISISMO_VULNERABILE	0.00111	0.00146	-0.00175	0.00396	0.01826	0.447
Component	F_DISORGANIZZAZIONE => ODF	-9.69e-4	4.24e-4	-0.00180	-1.38e-4	-0.14082	0.022
	ODF => NARCISISMO_VULNERABILE	-1.59142	0.16169	-1.90833	-1.27450	-0.42945	<.001
	F_PUNITIVO => ODF	-0.00432	0.00193	-0.00810	-5.50e-4	-0.12600	0.025
	F_CAREGIVING_AFFETTIVO => ODF	-6.96e-4	9.13e-4	-0.00248	0.00109	-0.04252	0.446
Direct	F_DISORGANIZZAZIONE => NARCISISMO_VULNERABILE	0.00481	0.00138	0.00209	0.00752	0.18855	<.001
	F_PUNITIVO => NARCISISMO_VULNERABILE	0.00704	0.00629	-0.00529	0.01937	0.05535	0.263
	F_CAREGIVING_AFFETTIVO=> NARCISISMO_VULNERABILE	3.68e-4	0.00296	-0.00544	0.00618	0.00607	0.901
Total	F_DISORGANIZZAZIONE => NARCISISMO_VULNERABILE	0.00635	0.00153	0.00334	0.00936	0.24902	<.001
	F_PUNITIVO => NARCISISMO_VULNERABILE	0.01392	0.00697	2.59e-4	0.02759	0.10946	0.046
	F_CAREGIVING_AFFETTIVO => NARCISISMO_VULNERABILE	0.00148	0.00330	-0.00500	0.00795	0.02433	0.655

Tab 4. Risultati della funzione di mediazione paterna con esito Narcisismo Vulnerabile.

Analizzando i dati con i metodi statistici sopra indicati, si sono ottenuti i seguenti risultati.

Nella funzione di mediazione materna tra inversione di ruolo, meccanismi di difesa e narcisismo grandioso, la funzione di mediazione non è significativa in maniera indiretta con i meccanismi di difesa, in quanto il valore della p è $>.05$ in tutte e tre le scale materne della CDRR considerate, ossia disorganizzazione/punitività, mutua ostilità e caregiving affettivo: non si verifica perciò un effetto indiretto. Non risulta significativa nemmeno la correlazione tra disorganizzazione/punitività materna e maturità difensiva globale (ODF), tra ODF e narcisismo grandioso e tra caregiving affettivo e ODF, sempre in quanto $p >.05$. Risulta, invece, significativa la correlazione tra la mutua ostilità => ODF in quanto il valore p è 0.004.

L'effetto diretto di correlazione tra inversione di ruolo materna e narcisismo grandioso è significativo solo nella scala di caregiving affettivo ($p= 0.032$), mentre non risulta significativo nelle altre due scale di disorganizzazione/punitività e mutua ostilità.

Per quanto riguarda la funzione di mediazione materna tra inversione di ruolo, meccanismi di difesa e narcisismo vulnerabile, l'analisi dei dati mostra che si verifica un effetto indiretto significativo ($p= 0.005$) di mediazione solo nel caso della scala di mutua ostilità, mentre l'effetto indiretto di mediazione tra disorganizzazione/punitività \Rightarrow ODF \Rightarrow narcisismo vulnerabile e caregiving affettivo \Rightarrow ODF \Rightarrow narcisismo vulnerabile, non sono significativi ($p >.05$).

È risultata significativa la correlazione tra ODF \Rightarrow narcisismo vulnerabile ($p <.001$) e tra mutua ostilità \Rightarrow ODF ($p= 0.004$), mentre la disorganizzazione/punitività non è significativamente correlata con la maturità difensiva globale, come non lo è il caregiving affettivo (entrambi hanno $p >.05$).

Non si verifica un effetto diretto significativo ($p >.05$) tra inversione di ruolo (in nessuna delle tre scale materne considerate) e narcisismo vulnerabile.

Per quanto riguarda la funzione di mediazione paterna tra inversione di ruolo, maturità difensiva globale (ODF) e narcisismo grandioso, non si verifica un effetto indiretto significativo di mediazione in nessuna delle tre scale paterne della CDRR considerate, ossia disorganizzazione, punitività e caregiving affettivo ($p >.05$).

L'analisi dei dati mostra una correlazione significativa tra disorganizzazione \Rightarrow ODF ($p= 0.022$) e tra punitività \Rightarrow ODF ($p= 0.025$). Non è risultata, invece, una correlazione significativa tra ODF \Rightarrow narcisismo grandioso e tra caregiving affettivo e ODF.

L'effetto diretto di correlazione tra inversione di ruolo paterna e narcisismo grandioso è risultato significativo nelle due scale paterne della CDRR di disorganizzazione ($p= 0.053$) e di punitività ($p <.001$), mentre l'effetto diretto non si verifica nella scala di caregiving affettivo ($p 0.089$).

Infine, nella funzione di mediazione paterna tra inversione di ruolo, ODF e narcisismo vulnerabile si è trovato un effetto indiretto significativo nelle scale di disorganizzazione ($p= 0.026$) e punitività ($p= 0.029$), mentre non vi è una correlazione indiretta significativa nella scala di caregiving affettivo ($p= 0.447$).

L'analisi dei dati mostra, inoltre, una correlazione significativa tra disorganizzazione paterna e ODF ($p= 0.022$), tra ODF e narcisismo vulnerabile ($p <.001$) e tra punitività paterna e ODF ($p= 0.025$). Non vi è invece una correlazione significativa tra caregiving affettivo paterno e maturità difensiva globale.

Si è trovato un effetto diretto significativo tra la disorganizzazione paterna e l'esito nel narcisismo vulnerabile ($p < .001$) e tra la punitività paterna e il narcisismo vulnerabile ($p = 0.046$). L'effetto diretto non è risultato significativo nella correlazione tra caregiving affettivo paterno e narcisismo vulnerabile.

5.7 Discussione dei risultati

Come si evince dalla tabella 1 sopra riportata, il rapporto tra inversione di ruolo materna (nelle scale di disorganizzazione/punitività, mutua ostilità e caregiving affettivo) e narcisismo grandioso non è mediato da un funzionamento difensivo meno adattivo, mentre per quanto riguarda la correlazione tra role reversal materno e narcisismo vulnerabile, possiamo notare (come si osserva nella tabella 2) che il rapporto è mediato dai meccanismi di difesa (funzionamento difensivo meno adattivo) in modo significativo solo nella scala di mutua ostilità, mentre non sussiste un effetto di mediazione significativo negli altri due predittori "disorganizzazione/punitività" e "caregiving affettivo". Secondo Horton e colleghi (2006), esiste una correlazione significativa tra narcisismo grandioso e alcune pratiche genitoriali, inclusa una forma di genitorialità che implica inversione di ruolo o controllo psicologico. Tuttavia, questo legame non sempre si manifesta tramite mediatori come i meccanismi di difesa, suggerendo un'influenza diretta delle pratiche genitoriali sul narcisismo grandioso. In un altro studio, Horton e Tritch (2014) hanno chiarito i legami tra narcisismo grandioso e pratiche genitoriali, sottolineando che alcune dimensioni del narcisismo possono essere direttamente correlate alle pratiche genitoriali senza necessità di mediazione da parte dei meccanismi di difesa.

L'effetto diretto di correlazione tra role reversal materno e narcisismo grandioso è significativo, per quanto riguarda la scala di caregiving affettivo, indicando che questa variabile ha un'influenza rilevante senza necessità di mediazione, mentre tra inversione di ruolo materna e narcisismo vulnerabile l'effetto diretto (ossia l'influenza diretta dei predittori su "Narcisismo Vulnerabile" senza mediazione) non è significativo in nessuna delle tre scale materne del CDRR considerate. Come possiamo osservare dalla tabella 2, gli effetti totali, che combinano gli effetti diretti e indiretti, mostrano che la disorganizzazione/punitività ha un effetto totale significativo su "Narcisismo Vulnerabile", mentre, come già detto, i suoi effetti diretti e indiretti non sono fortemente significativi individualmente. La mutua ostilità è un predittore significativo attraverso il suo effetto sulla variabile mediatore (ODF), ma non ha un effetto significativo diretto o indiretto sul "Narcisismo Grandioso".

Per quanto riguarda la relazione tra i predittori paterni (disorganizzazione, punitività e caregiving affettivo) e narcisismo grandioso (come mostrato nella tabella 3), possiamo osservare che l'effetto indiretto non si verifica, in quanto non è significativo; mentre per quanto riguarda la relazione tra i predittori paterni e il narcisismo vulnerabile (tabella 4), si può osservare un effetto indiretto significativo tramite un funzionamento difensivo globale poco adattivo nelle scale di disorganizzazione e punitività, mentre l'effetto indiretto di mediazione non si verifica nella scala di caregiving affettivo.

Il predittore "disorganizzazione" ha un effetto diretto molto significativo sul narcisismo vulnerabile, e, inoltre, anche l'effetto totale è altamente significativo; in aggiunta, il predittore paterno "punitività" ha un effetto diretto significativo sul narcisismo grandioso.

Questi risultati confermano la prima ipotesi sperimentale, ossia che esiste un effetto diretto tra inversione di ruolo, sia paterna che materna, ed esito nel narcisismo: Horton e Tritch (2014) hanno indagato la relazione tra narcisismo grandioso e comportamento genitoriale, evidenziando il ruolo della genitorialità disorganizzata, trovando che pratiche genitoriali incoerenti e disorganizzate possono contribuire allo sviluppo di tratti narcisistici nei bambini man mano che crescono.

In particolare, per quanto riguarda il narcisismo grandioso, esso è predetto significativamente dal caregiving affettivo materno, ossia il comportamento di cura e supporto verso il proprio genitore, che predispone il bambino ad un'inversione di ruolo dell'esperienza relazionale, ed è un risultato conforme rispetto alla letteratura e alla ricerca precedente: come trovato da West e Keller (1991), la parentificazione nell'infanzia può comportare un modello di relazione adulta caratterizzato da un accudimento compulsivo (i comportamenti compulsivi spesso riflettono la ricerca della perfezione, la vergogna per gli errori e l'insicurezza di base dell'individuo parentificato, spingendolo a cercare il controllo attraverso un "accudimento compulsivo"); inoltre, Otway e Vignoles (2006) hanno condotto una ricerca che ha indagato come il caregiving genitoriale, specificamente il caregiving affettivo, influenzi lo sviluppo del narcisismo: i risultati suggeriscono che pratiche di caregiving eccessivamente indulgenti o emotivamente controllanti possono portare all'emergere di tratti narcisistici nei bambini, mentre lottano per bilanciare il bisogno di autonomia con il desiderio di approvazione genitoriale. Il narcisismo grandioso è predetto anche dai fattori paterni di disorganizzazione e punitività: questo risultato è supportato dalla ricerca di Grolnick e Pomerantz (2009), in quanto questo studio si è concentrato sull'impatto dell'ostilità genitoriale e del controllo psicologico sullo sviluppo del narcisismo: i risultati mostrano che i bambini esposti a pratiche

genitoriali ostili e punitive hanno maggiori probabilità di esibire tratti narcisistici, sia grandiosi che vulnerabili, mentre cercano convalida e sviluppano un'autostima fragile.

Per quanto riguarda invece la seconda ipotesi sperimentale, ossia che maggiori livelli di disorganizzazione genitoriale, ostilità genitoriale e caregiving affettivo si associano a un funzionamento difensivo meno adattivo che, a sua volta, si può riflettere in maggiori livelli di narcisismo grandioso e vulnerabile (effetto mediato), possiamo sostenere che l'effetto mediato dai meccanismi di difesa (in questo caso ad un funzionamento difensivo poco adattivo) non si verifica nel narcisismo grandioso ma solo in quello vulnerabile, specificatamente con i predittori di mutua ostilità materna e di disorganizzazione e punitività paterna. Dentale et al. (2015) analizzando come il narcisismo dei genitori influenzi la vulnerabilità mentale dei figli attraverso stili di accudimento disfunzionali, come la disorganizzazione e l'ostilità, ha trovato che questi comportamenti genitoriali possono portare a meccanismi di difesa meno adattivi, che sono correlati a livelli più alti di narcisismo vulnerabile nei figli. Cramer, nel suo libro *“Protecting the Self: Defense Mechanisms in Action”* (2006) esamina come i meccanismi di difesa operano per proteggere il sé dalle esperienze negative dell'infanzia, inclusi gli stili genitoriali disorganizzati e ostili. Questi meccanismi di difesa meno adattivi sono collegati al narcisismo vulnerabile.

Questo risultato può essere spiegato dal fatto che il narcisismo vulnerabile implica insicurezza, sensibilità alle critiche, vergogna e risentimento, ed è spesso legato a sentimenti profondi di inadeguatezza e fragilità interiore, mentre il narcisismo grandioso è caratterizzato da grandiosità, esibizionismo, eccessiva sicurezza in sé e bisogno di ammirazione, ed è spesso considerato una difesa contro sentimenti di inferiorità e vulnerabilità. Alla base di questo hanno un ruolo importante le esperienze infantili: le relazioni conflittuali con la madre possono portare ad una vulnerabilità emotiva e ad un senso di insicurezza, sentimenti associati con il narcisismo vulnerabile; inoltre, esperienze di cura disorganizzata e punitiva da parte del padre possono causare una frammentazione del sé e difficoltà nel formare un'identità coerente, portando a difese meno adattive e ad una vulnerabilità narcisistica. Tutto ciò è sostenuto dalla letteratura, in particolare dalla teoria dell'attaccamento di John Bowlby e Mary Ainsworth, i quali hanno sostenuto che esperienze di attaccamento insicure e disorganizzate portano ad una base instabile per lo sviluppo dell'identità e delle strategie difensive. L'attaccamento disorganizzato è spesso legato a comportamenti imprevedibili e contraddittori da parte dei genitori, che possono portare a meccanismi di difesa meno adattivi (Bowlby, 1969; Ainsworth et al., 1978); mentre la teoria psicoanalitica suggerisce che esperienze infantili traumatiche e conflittuali

possono portare a difese meno mature e meno adattive. Ad esempio, la proiezione e la scissione possono essere utilizzate per gestire l'angoscia e la vergogna, che sono caratteristiche del narcisismo vulnerabile (Kernberg, 1975; Kohut, 1971).

Inoltre, Cramer (2006) ha discusso come i meccanismi di difesa si sviluppano in risposta a esperienze infantili negative. Le difese meno adattive, come la negazione e la proiezione, sono più comuni in individui che hanno avuto esperienze di attaccamento insicure e ostili. Otway e Vignoles (2006) hanno trovato che le esperienze di cura ostile e disorganizzata sono più fortemente associate con il narcisismo vulnerabile rispetto al narcisismo grandioso.

Infine, Caligor, Levy e Yeomans (2015) suggeriscono che i narcisisti vulnerabili utilizzano difese meno mature come l'idealizzazione e la svalutazione, che derivano a loro volta da esperienze di attaccamento traumatiche e disorganizzate.

5.8 Conclusioni, limiti dello studio e prospettive future

I risultati ottenuti da questa ricerca sostengono in maniera quasi totale le ipotesi iniziali, ossia che l'effetto diretto tra inversione di ruolo, sia materna che paterna, ed esito nel narcisismo (grandioso o vulnerabile) c'è ed è significativo; mentre per quanto riguarda la seconda ipotesi, l'effetto mediato da un funzionamento difensivo poco adattivo non si verifica nel narcisismo grandioso ma solo in quello vulnerabile.

Per quanto riguarda i limiti dello studio, essi possono essere collegati ad una modesta uniformità del campione che ha risposto al questionario, dal momento che la maggior parte dei soggetti si è identificata nel genere femminile e, di conseguenza, aver avuto un campione più omogeneo rispetto a questo dato socio-demografico avrebbe dato maggior valore ai risultati ottenuti o avrebbe potuto distribuire i dati in maniera diversa.

Un altro limite dello studio potrebbe essere il metodo self-report del questionario, in quanto i partecipanti avrebbero potuto rispondere in modo da conformarsi alle aspettative sociali piuttosto che rispondere onestamente, influenzando la validità delle risposte. Inoltre, un altro limite è dato dal fatto che il questionario chiedeva esplicitamente di ricordare le proprie esperienze infantili, e per questo motivo potrebbe esserci stato un bias di memoria ed accuratezza.

Molte persone che hanno compilato il questionario, per giunta, sono studenti in Psicologia (dato che il questionario è stato condiviso sui Social e su gruppi di Psicologia), quindi sensibili agli argomenti trattati e con conoscenze di base che

potrebbero aver influenzato le risposte agli item. Inoltre, i partecipanti potrebbero aver risposto in modo da confermare le loro credenze o ipotesi preesistenti, influenzando così i risultati.

Le prospettive future riguardano, perciò, includere un campione più grande ed omogeneo (sia rispetto al genere che rispetto all'età), così da rendere i risultati ancora più generalizzabili.

In seguito, potrebbe essere utile utilizzare campioni longitudinali per osservare come le esperienze di disorganizzazione e inversione di ruolo genitoriali influenzano il narcisismo (grandioso e vulnerabile) nel corso del tempo.

Sarebbe utile inoltre, nelle ricerche future, combinare i questionari self-report con interviste approfondite (come l'AAI), per ottenere una comprensione più completa dei fenomeni studiati.

Bibliografia

- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M., & Salter, D. (1967). Infancy in Uganda. Infant care and the growth of love.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454.
- Attili, G. (2002). Psicoterapia e cambiamento: la relazione con il terapeuta secondo la teoria dell'attaccamento. *Opinioni a confronto», In Terapia familiare*, 69, 83-87.
- Barber, B. K., Maughan, S. L., & Olsen, J. A. (2005). Patterns of parenting across adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2005(108), 5–16. <https://doi.org/10.1002/cd.124>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Benjamin, J. (1998). *Shadow of the Other: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. Routledge.
- Bernardi, R., & Eidlin, M. (2018). Thin-skinned or vulnerable narcissism and thick-skinned or grandiose narcissism: similarities and differences. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(2), 291-313.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociative scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: Heinemann.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations: Change from Learning to Growth*. London: Heinemann.

- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1973). *Invisible loyalties: Intergenerational family therapy*.
- Bowen, M. (1993). *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, tr. it. R. Cortina, Milano 1982.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. III: Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Retrospect and prospect*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York, NY: Basic Books.
- Brenner, C. (1979). The components of psychic conflict and its consequences in mental life. *The Psychoanalytic Quarterly*, 48(4), 547-567.
- Bretherton, I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in the development of attachment. In *Nebraska symposium on motivation* (Vol. 36, pp. 57-114). Lincoln, NB: University of Nebraska Press.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment Relationship: A construct revisited. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds), *Handbook of attachment theory* (pp. 89-114). New York: Guilford.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.
- Bureau, J. F., Ann Easlerbrooks, M., & Lyons-Ruth, K. (2009). Attachment disorganization and controlling behavior in middle childhood: Maternal and child precursors and correlates. *Attachment & Human Development*, 11(3), 265-284.
- Burt, A. (1992). *Generational boundary distortion: Implications for object relations development*. Unpublished doctoral dissertation, Georgia State University

- Buss, D. M., & Barnes, M. (1986). Preferences in human *Marital* selection. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 559.
- Byrne, D. (1971). *The Attraction Paradigm*, Academic Press, Orlando.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Bellavia, F. (2012). *Patologie della personalità di alto livello*. Raffaello Cortina Editore.
- Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 415-422.
- Carlson, E. A., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child development*, 66(1), 37-54.
- Cassibba, R. (2003). *Attaccamenti multipli*. Edizioni Unicopli.
- Cassidy J. (1999), "The Nature of the Child's Ties", in Cassidy J., Shaver P. R. (eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*, The Guilford Press, New York, pp. 3-20.
- Chase, N. (1999). *Burdened Children: Theory, Research, and Treatment of Parentification*. In *SAGE Publications, Inc. eBooks*. <https://doi.org/10.4135/9781452220604>
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child development*, 55(1), 1-7.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationships quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 4, 644-663. Tr. it. Attaccamento adulto, modelli operativi e qualità della relazione in coppie di fidanzati. In L. Carli (Ed.), *Attaccamento e rapporto di coppia* (pp.155-204). Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Cox, M. (1997). *Qualitative Ratings: Parent-Child interaction at 24-36 months of age*. *Unpublished Manuscript, University of North Carolina, Chapel Hill*.
- Cramer, P. (1998a). Defensiveness and defense mechanisms. *Journal of Personality*, 66(6), 879-894. p.885
- Cramer, P. (2006). *Protecting the self: Defense mechanisms in action*. Guilford Press.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.

- Dentale, F., Verrastro, V., Petruccelli, I., Diotaiuti, P., Petruccelli, F., Cappelli, L., & San Martini, P. (2015). Relationship between parental narcissism and children's mental vulnerability: Mediation role of rearing style. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(3), 337-347.
- Di Giuseppe, M., Perry, J. C., Petraglia, J., Janzen, J., & Lingiardi, V. (2014). Development of a Q-sort version of the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS-Q) for clinical use. *Journal of clinical psychology*, 70(5), 452-465.
- Di Giuseppe, M., Perry, J. C., Lucchesi, M., Michelini, M., Vitiello, S., Piantanida, A., ... & Conversano, C. (2020). Preliminary reliability and validity of the DMRS-SR-30, a novel self-report measure based on the defense mechanisms rating scales. *Frontiers in psychiatry*, 11, 569890.
- Di Giuseppe, M., & Perry, J. C. (2021). The hierarchy of defense mechanisms: assessing defensive functioning with the defense mechanisms rating scales Q-sort. *Frontiers in psychology*, 12, 718440.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2(1), 47-60.
- Earley, L., & Cushway, D. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 163-178. <https://doi.org/10.1177/1359104502007002005>
- Eibl-Eibesfeldt I. (1975) *Ethology: The Biology of Behavior*, Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Ellis, H. (1898). Auto-erotism: A psychological study. *Alienist and Neurologist (1880-1920)*, 19(2), 260.
- Emery, R. E. (1999). *Marriage, Divorce, and Children's Adjustment* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1999). *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Armando Editore.
- Fairbairn, W. R. D. (1986). *Psychoanalytic studies of the personality*. Boston: Routledge, Chapman & Hall.

- Falicov, C. J. (2003). Immigrant family processes. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (pp. 280-300). New York, NY: Guilford Press.
- Farina, B., Liotti, M., & Imperatori, C. (2019). The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Frontiers in psychology, 10*, 445998.
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationship. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 2, 281-291. Tr. It. Lo stile di attaccamento come predittore delle relazioni di coppia negli adulti. In L. Carli (Ed.), *Attaccamento e rapporto di coppia* (pp.127-154). Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Ferenczi S. (1932) Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino, p. 91-100, vol. IV, Opere, Cortina Editore, 1992.
- Ferenczi, S., & Rank, O. (1986). The development of psychoanalysis. *Classics in Psychoanalysis Monograph Series*, 68.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York, NY: Other Press.
- Fraiberg, S. (1981). Pathological Defenses in Infancy. In S. Fraiberg (Ed.), *Clinical Studies in Infant Mental Health* (pp. 94-112). New York: Basic Books.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Loss and bereavement: Attachment theory and recent controversies concerning "grief work" and the nature of detachment.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 350-365.
- Freud, A. (1965). Normalcy and pathology in childhood; assessments of development. *New York: IUP (trad. it. Normalità e patologia del bambino: valutazione dello sviluppo. Milano: Feltrinelli, 1988)*.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defence*. Hogarth Press.
- Freud, S. (1894). Le neuropsicosi da difesa, OSF, Vol. 2.

- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 123-246). Hogarth Press.
- Freud, S. (1908). Character and anal eroticism. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 169-175). Hogarth Press.
- Freud, S. (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 218-226). Hogarth Press.
- Freud, S. (1914). On narcissism. An introduction. Standard Edition, 14: 67-102. London: Hogarth Press, 1957.
- Freud, S. (1915). La rimozione OSF, vol. 7. *Boringhieri, Torino*.
- Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle*. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 7-64). Hogarth Press.
- Freud, S. (1922). L'Io e l'Es. OSF, vol.9.
- Freud, S. (1923). *The ego and the id*. W. W. Norton & Company.
- Freud, S. (1937a). Analisi terminabile e interminabile. OSF, Vol. 11.
- Freud, S. (1951). *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, vol.9.
- Gabbard, G. O. (2001). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. O. (2005). Psychodynamic psychiatry in clinical practice.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *The International journal of psycho-analysis*, 77(6), 1181.

- Gerson, M. J. (1984). Splitting: The development of a measure. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 157-162.
- Giglio, E. (2011). La genitorialità: Come si impara a prendersi cura. *Tredimensioni*, 8, 255-261.
- Glick, R. A., & Myers, D. I. (Eds.). (1988). *Masochism: Current psychoanalytic perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Glickauf-Hughes, C., & Wells, M. (1995). *Object relations therapy of the masochistic personality*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Golomb, E. (1992). Trapped in the mirror: Adult children of narcissists in their struggle for self.
- Grolnick, W. S., & Pomerantz, E. M. (2009). Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Development Perspectives*, 3(3), 165-170.
- Haferkamp, L., Bebermeier, A., Möllering, A., & Neuner, F. (2015). Dissociation Is Associated with Emotional Maltreatment in a Sample of Traumatized Women with a History of Child Abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(1), 86–99. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.959149>
- Haley, J. (1976). *Problem-Solving Therapy*. Jossey-Bass.
- Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R. (1959). Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130(3373), 421-432.
- Hartmann, H. (1939a). Psycho-analysis and the concept of health. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 20, 308.
- Hartmann, H. (1939b). Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento (1978). *Bollati Boringhieri, Torino*.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1992). Broken attachments: Relationship loss from the perspective of attachment theory. In *Close relationship loss: Theoretical approaches* (pp. 90-108). New York, NY: Springer New York.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 552-598). New York, NY: Guilford Press.

- Hornstein, N. L., & Putnam, F. W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1077-1085.
- Horton, R. S., Bleau, G., & Drwecki, B. (2006). Parenting Narcissus: What are the links between parenting and narcissism? *Journal of Personality*, 74(2), 345–376.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00378.x>.
- Horton, R. S., & Tritch, T. (2014). Clarifying the links between grandiose narcissism and parenting. *The Journal of Psychology*, 148(2), 133-143.
- Hooper, L. M. (2007). The application of attachment theory and family systems theory to the phenomena of parentification. *the Family Journal/Family Journal*, 15(3), 217–223.
<https://doi.org/10.1177/1066480707301290>
- Hooper, L. M., Doehler, K., Wallace, S. A., & Hannah, N. J. (2011). The Parentification Inventory: Development, validation, and cross-validation. *The American Journal of Family Therapy*, 39(3), 226-241.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Jacobvitz, D. B., & Bush, N. F. (1996). Reconstructions of family relationships: Parent–child alliances, personal distress, and self-esteem. *Developmental Psychology*, 32(4), 732.
- Jacobvitz, D. B., Morgan, E., Kretchmar, M. D., & Morgan, Y. (1991). The transmission of mother-child boundary disturbances across three generations. *Development and Psychopathology*, 3(4), 513-527.
- Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1987). The early caregiver-child relationship and attention-deficit disorder with hyperactivity in kindergarten: A prospective study. *Child development*, 1496-1504.
- Jones, R. A., & Wells, M. (1996). An empirical study of parentification and personality. *American Journal of Family Therapy*, 24(2), 145-152.
- Jurkovic, G. J., & Casey, S. (2000, March). Parentification in immigrant Latino adolescents. Presentation in G. P. Kuperminc (Chair), Proyecto Juventud: A Multidisciplinary Study of Immigrant Latino Adolescents, symposium conducted at the meeting of the Society for Applied Anthropology, San Francisco, CA.

- Jurkovic, G. J. (1997). Lost childhoods: The plight of the parentified child.
- Jurkovic, G. J., Jessee, E. H., & Goglia, L. R. (1991). Treatment of parental children and their families: Conceptual and technical issues. *the American Journal of Family Therapy*, 19(4), 302–314. <https://doi.org/10.1080/01926189108250862>
- Karpel, M. (1976). Individuation: from fusion to dialogue. *Family Process*, 15(1), 65–82. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1976.00065.x>
- Katz, J., Petracca, M., & Rabinowitz, J. (2009). A Retrospective Study of Daughters' Emotional Role Reversal with Parents, Attachment Anxiety, Excessive Reassurance-Seeking, and Depressive Symptoms. *the American Journal of Family Therapy*, 37(3), 185–195. <https://doi.org/10.1080/01926180802405596>
- Kerig, P. K. (1996). Assessing the links between interparental conflict and child adjustment: The conflicts and problem-solving scales. *Journal of Family Psychology*, 10(4), 454–473. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.4.454>
- Kerig, P. K. (2005). Revisiting the construct of boundary dissolution: A multidimensional perspective. *Journal of Emotional Abuse*, 5(2-3), 5-42.
- Kerig, P. K., Swanson, J.A. (2010). Ties that bind: Triangulation, boundary dissolution, and the effects of interparental conflict on child development.
- Kermorian, R., & Leiderman, P. H. (1986). Infant attachment to mother and child caretaker in an East African community. *International Journal of Behavioral Development*, 9(4), 455-469.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1995). *Aggressive Drives in Psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books.
- Kernberg, P. F. (1994). Mechanisms of defense: Development and research perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(1), 55.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. Basic Books.
- Kernberg, O. F. (2004). Narcisismo, aggressività e autodistruttività. Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- Kirkpatrick, L. A., & Davis, K. E. (1994). Attachment style, gender and relationships stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66,3, 502-512. Tr. it. Stile di attaccamento, genere sessuale e stabilità della relazione: Un'analisi longitudinale. In L. Carli (Ed.), *Attaccamento e rapporto di coppia* (pp.292-318). Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Klein, M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*, Tr. it. Giunti, Firenze, 2014.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 16, 145.
- Klein, M. (1927). "Tendenze criminali nei bambini normali". Tr. It. in *Scritti 1921-1958*. Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Klein, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. *Scritti 1921-1958*, 409-434.
- Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991a) Attachment in marriage: effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 6, (pp.861-869). Tr. It. L. Carli (Ed.), *Attaccamento e rapporto di coppia* (pp.205-227). Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1986.
- Kuperminc, G. P., Jurkovic, G. J., & Casey, S. (2009). Relation of filial responsibility to the personal and social adjustment of Latino adolescents from immigrant families. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 14-22.

- Lachkar, J. (1992). *The narcissistic/borderline couple: A psychoanalytic perspective on marital treatment*. Psychology Press.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). Trad. it. *Enciclopedia della Psicoanalisi*.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 193-203.
- Lingiardi, V. Madeddu (2002), I meccanismi di difesa, nuova ed. *Raffaello Cortina, Milano*.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation, 5*, 196-204.
- Liotti, G. (2005). *Le opere della coscienza*, R. Cortina, Milano.
- Lorenz, K. (1937). *The companion in the bird's world*. *Auk, 54*, 245-273.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2nd ed.). (pp. 666–697). New York, NY: Guilford Press.
- Macfie, J., Brumariu, L. E., & Lyons-Ruth, K. (2015). Parent–child role-confusion: A critical review of an emerging concept. *Developmental Review, 36*, 34-57.
- Macfie, J., Houts, R. M., McElwain, N. L., & Cox, M. J. (2005). The effect of Father–Toddler and Mother– toddler role reversal on the development of behavior problems in kindergarten. *Social Development, 14*(3), 514–531. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2005.00314.x>
- Macfie, J., Mcelwain, N. L., Houts, R. M., & Cox, M. J. (2005). Intergenerational transmission of role reversal between parent and child: Dyadic and family systems internal working models. *Attachment & human development, 7*(1), 51-65.
- Madeddu, F. (2020). *I mille volti di Narciso: fragilità e arroganza tra normalità e patologia*. R. Cortina.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Mahler, M. (1978). *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino.

- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415–426.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult attachment scoring and classification system*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985), “La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell’età adulta: il livello rappresentazionale”, tr. it. in Riva Crugnola C. (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, R. Cortina, Milano 1993.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main, M., & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler’s relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52(3), 932-940.
- Main, M., & Weston, D. R. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. *The place of attachment in human behavior*, 8(1), 203-217.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 307.

- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 3–21. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.1.3>
- Marotta, S. A. (2003). Integrative systemic approaches to attachment-related trauma. In P. Erdman & T. Caffery (Eds.), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness* (pp. 225–240). Brunner-Routledge.
- McBride, K. (2008). *Will I ever be good enough?: Healing the daughters of narcissistic mothers*. Simon and Schuster.
- McWilliams, N. (1994). *La diagnosi psicoanalitica*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1999.
- Meier, M., & Bureau, J. F. (2018). The development, psychometric analyses and correlates of a self-report measure on disorganization and role reversal. *Journal of child and family studies*, 27, 1805-1817.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality*, 81(6), 606-616.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
- Minuchin, S. (2016). L'arte della terapia familiare. *Rivista di psicoterapia relazionale*: 43, 1, 2016, 5-13.
- Miller, A., & Ward, R. T. (1981). *Prisoners of childhood: The drama of the gifted child and the search for the true self*. Basic Books.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. G., Rosman, B. L., & Schumer, F. (1969). Families of the Slums: An Exploration of Their Structure and 125 Treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*, 19(2), 243– 245. <https://doi.org/10.1080/00207284.1969.11507789>
- Moss, E., Bureau, J.-F., St. Laurent, D., & Tarabulsy, G. (2011). Understanding disorganized attachment at preschool and school age: Examining divergent pathways of disorganized and controlling children. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (2nd ed.). (pp. 52–79). New York, NY: Guilford.

- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J.-F., Tarabulsky, G. M., & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology*, 41(5), 773–783.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: examining family contexts and behaviour problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviourally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40, 519–532.
- Näcke, P. (1899). The sexual perversions in the mental hospital. *Psychiatr. En Neurol. Bl*, 3, 122-149.
- Nuttall, A. K., Valentino, K., Wang, L., Lefever, J. B., & Borkowski, J. G. (2015). Maternal history of parentification and warm responsiveness: The mediating role of knowledge of infant development. *Journal of Family Psychology*, 29(6), 863.
- O'Brien, M., Margolin, G., & John, R. S. (1995). Relation among marital conflict, child coping, and child adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(3), 346–361. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2403_12
- O'Connor, E., Bureau, J.-F., McCartney, K., & Lyons-Ruth, K. (2011). Risk and outcomes associated with disorganized/controlling patterns of attachment at age 3 years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development. *Infant Mental Health Journal*, 32, 450–472.
- Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J., & Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*, 73, 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.015>
- Otway, L. J., & Vignoles, V. L. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(1), 104-116.
- Ovidio, *Metamorfosi*. Tr. it. Garzanti, Milano 1992.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1989). An empirical study of defense mechanisms: I. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46(5), 444-452.
- Perry, J. C., & Bond, M. (2012). Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 916-925.

- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment, 21*(3), 365-379.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual review of clinical psychology, 6*, 421-446.
- Pincus, A. L., & Roche, M. J. (2011). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability. *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*, 31-40.
- Pistole, M. C. (1989). Attachment: Implications for counselors. *Journal of Counseling & Development, 68*(2), 190-193.
- Rank, O. (1911). Ein Beitrag zum Narzissismus. *Bleuler, E., Freud, S.(Eds.): Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen, Vol. III, Part 1, Leipzig, Wien 1911, pp. 401-426.*
- Rank, O. (1914). *Il doppio: uno studio psicoanalitico. Tr. it. SE, Milano 2014*
- Rowa, K., Kerig, P. K., & Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, 9*(2), 97-114.
- Satterfield, W. A., & Lydodon, W. J. (1998). Client attachment and the working alliance. *Counselling Psychology Quarterly, 11*(4), 407-415.
- Satir, V. (1983). *Conjoint family therapy.*
- Schaffer, H. R. (1998). H. Rudolph Schaffer, Social development, Oxford, Blackwell 440pp. *Infant Observation, 1*(3), 121-123. <https://doi.org/10.1080/13698039808404692>
- Schier, K. (2014). *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*[Adult children. Psychological aspects of reversing roles in the family]. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Schore, A. N. (2012). The science of the art of psychotherapy. *Norton Series on Interpersonal Neurobiology.* W. W. Norton & Company.

- Schorr, S., & Goldner, L. (2023). "Like stepping on glass": A theoretical model to understand the emotional experience of childhood parentification. *Family Relations*, fare.12833. <https://doi.org/10.1111/fare.12833>
- Sessions, M., & Jurkovic, G. (1986). *The Parentification Questionnaire*. Unpublished instrument, available from Gregory J. Jurkovic, Department of Psychology, Georgia State University, 1 University Plaza, Atlanta, GA 30303.
- Senchak, M., & Leonard, K. E. (1992). Attachment styles and marital adjustment among newlywed couples. *Journal of Social and Personal relationships*, 9(1), 51-64.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: a psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental psychology*, 44(4), 939.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press.
- Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives.
- Somma, A., Pincus, A. L., Fontana, A., Cianfanelli, B., & Fossati, A. (2020). Measurement invariance of three versions of the pathological narcissism inventory across gender-matched Italian adolescent high school and young adult university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42, 38-51.
- Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. *The psychoanalytic study of the child*, 2(1), 313-342.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349-367.
- Sroufe, L. A., Jacobvitz, D., Mangelsdorf, S., DeAngelo, E., & Ward, M. J. (1985). Generational boundary dissolution between mothers and their preschool children: A relationship systems approach. *Child Development*, 56(2), 317-325.

- Sroufe, L. A. (1989). Relationships and relationship disturbances. In A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood* (pp. 97-124). New York: Basic Books.
- Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In N. W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp. 273 – 308). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1988). The coherence of family relationships. In R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (pp. 27 – 47). Oxford: Clarendon Press.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 17-29.
- Sroufe, L. A., Ward, M. J. (1980). Seductive Behavior of Mothers of Toddlers: Occurrence, Correlates, and Family Origins. *Child Development*, 51(4), 1222– 1229.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48(4), 1184. <https://doi.org/10.2307/1128475>
- Steele, M., Steele, H., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67(2), 541-555.
- Stern, D. N. (1998). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books.
- Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. Basic Books.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 127.
- Strachey, J. (1937). Symposium on the theory of the therapeutic results of psycho-analysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 18, 139.
- Thirkield, A. (2002). The role of fairness in emotional and social outcomes of childhood filial responsibility. Unpublished doctoral dissertation, Georgia State University, Atlanta, GA. (UMI No. 3036391)

- Tronick, E. Z. (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. W. W. Norton & Company.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2009). *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement*. Free Press.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press.
- Vaillant, & Frank, J. (1993). The Wisdom of the Ego. *JAMA-Journal of the American Medical Association-International Edition*, 270(23), 2876.
- Vizziello, G. F. (2003). *Psicopatologia dello sviluppo*.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Guilford Press.
- Wartner, U. G., Grossman, K., Fremmer-Bombik, E., & Suess, G. (1994). Attachment patterns at age six in South Germany: predictability from infancy and implications for preschool behaviour. *Child Development*, 65, 1014–1027. <https://doi.org/10.2307/1131301>.
- Wasilewska, M., & Kuleta, M. (2016). Parentification and Psychological Resilience—the Example of Maturity Levels of Defense Mechanisms. *Resilience and Health: in a Fast-Changing World*, 73.
- Waters, E., & Deane, K. E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50(1-2, Serial No. 209), 41-65.
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 88(2), 187-204.
- Weiss R. S. (1975), *Marital Separation*, Basic Books, New York
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. *The place of attachment in human behavior*, 171-184.
- Wells, M., & Jones, R. (1998). Relationship among childhood parentification, splitting, and dissociation: Preliminary findings. *American Journal of Family Therapy*, 26(4), 331-339.
- Wells, M., Glickauf-Hughes, C., & Jones, R. (1999). Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *American Journal of Family Therapy*, 27(1), 63-71.

- Wells, M., & Jones, R. (2000). Childhood parentification and shame-proneness: A preliminary study. *American Journal of Family Therapy*, 28(1), 19-27.
- West, M, L., & Keller, A, E, R, (1991), Parentification of the child: A case study of Bowlby's compulsive care-giving attachment pattern, *American Journal of Psychotherapy*, 45, 425-431.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton & Company.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of personality and social psychology*, 61(4), 590.
- Winnicott, D. (1958). *Collected papers*. London: Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1965a). *The Family and Individual Development*. Tavistock Publications.
- Winnicott, D. W. (1965b). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London: Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (1960a). *The Theory of the Parent-Infant Relationship*. International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1960b). *Ego Distortion in Terms of True and False Self*. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (pp. 140-152). London: Hogarth Press.
- Winton, C. A. (2003). *Children as caregivers: Parental and parentified children*. Allyn & Bacon.
- Wright, A. G., Lukowitsky, M. R., Pincus, A. L., & Conroy, D. E. (2010). The higher order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment*, 17(4), 467-483.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zeanah, C. H., Klitzke, M. (1991). Role reversal and the self-effacing solution: Observations from infant-parent psychotherapy. *Psychiatry*, 54(4), 346–357.

ALLEGATI

Grafici rappresentativi del modello teorico testato:



