

Quali disturbi sono interpersonali: tutti, alcuni o nessuno?

Simone Cheli*

SOMMARIO. – L’obiettivo di questo articolo è analizzare tre diverse ipotesi sul ruolo del dominio interpersonale nella psicopatologia: nello specifico, se nessuno, alcuni o tutti i disturbi debbano essere considerati interpersonali. Nel valutare queste tre posizioni teoriche, presento una tesi generale e un’antitesi per ciascuna di tali posizioni, con l’obiettivo di sostenere una prospettiva interpersonale in psicoterapia. Questa prospettiva si basa sui principi formulati quasi un secolo fa da Harry Stack Sullivan. Infine, discuto una sintesi di tutte queste tesi e antitesi, attraverso una prospettiva evuzionistica. La conclusione che propongo è che la storia della nostra specie, il funzionamento umano generale e di conseguenza la salute mentale e la psicopatologia, si siano evoluti sempre e distintamente in senso sociale. Vengono discusse le implicazioni cliniche per la concettualizzazione e il trattamento.

Parole chiave: classificazione diagnostica, disturbi interpersonali, disturbi di personalità, psicopatologia, cervello sociale.

Breve premessa storica

Negli ultimi venticinque anni, diversi studiosi hanno messo in discussione la classificazione diagnostica standard basata su sintomi e categorie (Blaney *et al.*, 2015; Millon *et al.*, 2010). La comorbilità tra sintomi e diagnosi, l’eterogeneità all’interno di specifiche formulazioni e la mancanza di prove a sostegno di una varietà di possibili meccanismi terapeutici hanno alimentato questo dibattito. L’attesa di una sostanziale riforma dei sistemi diagnostici, tuttavia, è stata delusa con la pubblicazione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione (DSM-5; Zachar *et al.*, 2019). Questo nuovo manuale, frutto di numerose discussioni e riformulazioni, ha incluso decisioni che si sono rivelate impopolari per molti clinici. Due esempi possono chiarire il senso di “restaurazione” che ha seguito il lavoro delle task force dell’*American Psychiatric Association* tra la fine degli anni ’90 e la pubblicazione del manuale nel 2013.

*Dipartimento di Psicologia, St. John’s University, Roma; Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze, Italia. E-mail: chelis@stjohns.edu

In primo luogo, nel modello multiassiale del DSM-IV-TR, ai clinici era richiesto di considerare non solo la complessa – e spesso problematica – coesistenza di diversi disturbi su assi differenti, ma anche di formulare una valutazione globale del funzionamento che trascendesse questa eterogeneità. La Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (GAF) offriva un modo importante per considerare il paziente nel suo insieme (Aas, 2010). Questa scala è coerente con ciò che i clinici fanno di solito nelle prime sedute con un paziente: cercano di comprendere quali siano le risorse del paziente, quale sia il funzionamento multifattoriale e il livello di gravità generale. Nel DSM-5 non esistono più strumenti o framework – come il GAF – per integrare formulazioni diverse.

In secondo luogo, ciò che era inizialmente previsto come una riforma completa della diagnosi dei Disturbi di Personalità (DP) è stato relegato a una potenziale futura linea di ricerca poco prima della pubblicazione del DSM-5 (Modello Alternativo per i Disturbi di Personalità; AMPD). La decisione originale era quella di adottare ufficialmente il nuovo sistema dimensionale, che includeva un criterio generale di funzionamento (coerente con il GAF) e un criterio specifico di tratti maladattivi (Skodol, 2012). Questo nuovo framework si trova ora nella Sezione III, “Misure e Modelli Emergenti”, mentre la diagnosi ufficiale dei DP rimane invariata.

Questo dibattito è stato ulteriormente alimentato dalla formulazione della Tassonomia Gerarchica della Psicopatologia (HiTOP; Kotov *et al.*, 2017) e dalla nuova Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11; Oltmanns & Widiger, 2019). La HiTOP ha cercato di integrare – attraverso procedure meta-analitiche o psicometriche – i dati sui sintomi, sui tratti maladattivi e non clinici per formulare spettri sovraordinati, mentre l’ICD-11 ha riformato il suo modello diagnostico categoriale per i DP, introducendo un modello dimensionale (simile all’AMPD). Entrambi questi modelli si basano su una prospettiva dimensionale che assume come necessaria un’integrazione della comprensione del funzionamento generale intra- e interpersonale con una particolare attenzione ai tratti di personalità stabili per una corretta valutazione e formulazione del piano di trattamento. Questa cornice dimensionale è indubbiamente coerente con studi teorici come quelli di Caspi su un fattore generale di psicopatologia (p-factor; Caspi *et al.*, 2014) e di Cicchetti su due spettri (internalizzante *vs.* esternalizzante) corrispondenti a traiettorie evolutive (Cicchetti & Toth, 1991).

Più recentemente, il dibattito in corso sull’utilità differenziale dei Criteri A e B dell’AMPD (rispettivamente funzionamento generale e tratti maladattivi) è stato alimentato dalla proposta provocatoria di Wright, Hopwood e Pincus (2022) di sostituire i DP con “disturbi interpersonali”. Questa proposta, affrontata criticamente da Zavlis e Fonagy (2024), suggerisce la necessità di considerare i DP come psicopatologie radicate esclusivamente nel dominio interpersonale. Ciò che i dati sembrano suggerire è che sia il Criterio A che il

Criterio B siano clinicamente utili e che quasi tutti i protocolli di trattamento per i DP focalizzino la concettualizzazione su modelli, cicli e dinamiche interpersonali maladattive.

In questo articolo mi propongo di esaminare tre ipotesi generali sul rapporto tra esperienza interpersonale e psicopatologia. Per ciascuna di queste ipotesi, presenterò una tesi coerente e poi un'antitesi che mira a esplorare la centralità della dimensione interpersonale nella nostra specie (Tabella 1). Formulerò quindi una sintesi informata dall'evoluzione che sostiene l'idea radicale secondo cui tutta la psicopatologia e il funzionamento umano debbano essere sempre considerati come evoluti socialmente (Cheli, 2018, 2026; Cheli & Brüne, 2025). Infine, discuterò delle possibili implicazioni per la pratica clinica.

Ipotesi nulla: nessun disturbo

La psicopatologia moderna è stata profondamente influenzata da Sigmund Freud. La sua prima metapsicologia definisce un sistema dinamico in cui è proprio tale dinamismo a dare origine a un conflitto intrapsichico tra le pulsioni (Freud, 1916; Laplanche & Pontalis, 1967). Il modello freudiano presenta la psiche umana come costantemente tesa verso un equilibrio che, come in ogni sistema complesso, non è mai pienamente raggiunto o stabile (Prigogine, 1977). Questa ricerca, sebbene coerente con una comune prospettiva culturale occidentale, è definita unicamente come un'esperienza intrapsichica – una sfida affrontata dall'individuo all'interno di sé.

Tabella 1. Il dominio interpersonale in psicopatologia.

	Ipotesi nulla	Ipotesi quasi interpersonale	Ipotesi totalmente interpersonale
Formulazione generale	I disturbi hanno un'origine intrapersonale	I disturbi di personalità sono comprensibili solo all'interno delle situazioni interpersonali	Il funzionamento generale è un'intersezione tra funzionamento intra- e interpersonale
Tesi	Nessun disturbo psicopatologico è interpersonale	Solo i disturbi di personalità sono propriamente interpersonali	Solo un dominio del funzionamento generale è interpersonale
Antitesi	Tutta la psicopatologia emerge dall'intersezione tra l'individuo e l'ambiente sociale	Non esiste una dinamica specifica (estrema, rigida, ecc.) dei tratti di personalità che sia patologica di per sé	Non esiste un funzionamento specifico o generale che sia non-interpersonale

Indubbiamente, una tradizione che si estende dagli antichi modelli filosofici come quello stoico alla funzione morale della ragione in Immanuel Kant e ai più recenti sviluppi della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), colloca la ricerca del benessere nella capacità di regolazione intrapsichica. Ciononostante, studi di psicologia sociale e antropologia culturale hanno evidenziato come la formulazione individualistica di costrutti quali il Sé, l'agency e la salute mentale sia culturalmente determinata: nelle società occidentali il Sé è inteso come un'esperienza indipendente e il benessere psicologico come autoaffermazione, in contrasto con framework culturali più focalizzati sull'interdipendenza e sulla connessione (Hamamura *et al.*, 2018; Markus & Kitayama, 1991; Nisbett, 2010).

La scelta dei termini tecnici e l'organizzazione teorica alla base delle più comuni classificazioni diagnostiche, come il DSM e l'ICD, sembrano rinviare ad assunti individualistici nella concettualizzazione, esplicita o implicita, della psiche e dei disturbi psicopatologici. Ad esempio, i disturbi depressivi sono definiti in termini di esperienze emotive e cognitive interne che compromettono la capacità di funzionamento. Persino i disturbi spesso associati a problemi interpersonali, come i DP, fanno riferimento a pattern stabili di esperienza interiore e comportamento. Comprensibilmente, classificazioni e tassonomie nate all'interno di un dato contesto culturale ne sono plasmate e mirano a essere facilmente comprese dai loro membri. Allo stesso tempo, è interessante notare come molti modelli psicopatologici – *in primis* quelli occidentali – veicolino una sorta di assunto implicito per cui tutti i disturbi sono intrapersonali o nessuno è realmente interpersonale.

Questa tesi, se esplicitata e considerata valida, viene tuttavia sconfessata da una grande mole di dati disponibili in ambito psicopatologico e non solo. Le meta-analisi condotte negli ultimi anni hanno evidenziato come i problemi interpersonali giochino un ruolo centrale nel disagio psicologico e nel benessere. I problemi interpersonali mostrano un'associazione moderata con una varietà di indicatori di psicopatologia e salute mentale (Liu *et al.*, 2019; Zhang *et al.*, 2022), e un'associazione piccola – seppur robusta – con indicatori dell'efficacia della psicoterapia (Gómez Penedo & Flückinger, 2023; Iovoli *et al.*, 2024). Sorprendentemente, un modello psicopatologico che assumesse l'ipotesi nulla che nessun disturbo psicopatologico è interpersonale negherebbe tutti i modelli esplicativi più diffusi nelle scienze psicologiche formulati almeno dagli anni '70 (ad esempio, il modello bio-psico-sociale). In psicologia e psicopatologia, è estremamente raro – se non impossibile – individuare una relazione causale lineare tra due fattori. Inoltre, anche campi considerati più affini alle *hard science*, come le neuroscienze, evidenziano la necessità di abbandonare la causazione lineare semplicistica (Potter & Mitchell, 2025). Se i problemi interpersonali sono covarianti, allora anche le abilità di regolazione intrapsichica sono covarianti. In effetti, tutta la psicopatologia nasce dall'intersezione tra l'individuo e l'ambiente sociale. Sono solo

le scelte interpretative nella formulazione del problema che possono alternativamente mettere in risalto la componente intra- o interpersonale, così come l'appartenenza a culture individualistiche o collettivistiche predice autorappresentazioni e corrispondenti attivazioni neurofisiologiche coerenti con tali culture (Chiao *et al.*, 2009).

Ipotesi quasi-interpersonale: alcuni disturbi

Indubbiamente, la tesi secondo cui nessun disturbo è interpersonale non si basa sull'evidenza. Al contrario, l'antitesi è stata ampiamente convalidata ed è quindi più valida della tesi: tutta la psicopatologia emerge dall'intersezione tra l'individuo e l'ambiente sociale. Questo è presumibilmente il fondamento degli approcci moderni alla psicopatologia e parte di una concettualizzazione più ampia della salute mentale che supera i modelli unifattoriali e le spiegazioni causali semplicistiche. Ciò può anche giustificare diverse ipotesi che specificano ulteriormente il ruolo del dominio interpersonale nella psicopatologia. Per chiarezza, suggerisco due ampie alternative: un'ipotesi quasi-interpersonale sull'esistenza di disturbi specificamente identificati che sono – per loro natura – interpersonali; un'ipotesi pienamente dimensionale che sostiene che tutti i disturbi sono intrinsecamente interpersonali.

La distinzione che faccio qui tra una prospettiva quasi-interpersonale e una pienamente interpersonale corrisponde, a mio avviso, a una distinzione che si può discernere nelle interpretazioni del dopoguerra del lavoro di Harry Stack Sullivan (1946): rispettivamente, una conservatrice e una radicale. Sullivan ha delineato – attraverso una varietà di pubblicazioni disparate piuttosto che un unico manuale definitivo – una visione profondamente interpersonale della psicopatologia e della psicoterapia. Nella sua visione, la psicologia clinica e la psicologia sociale sono due discipline che devono lavorare a stretto contatto per superare un *bias* ricorrente che corrisponde proprio a una prospettiva individualistica sulla salute mentale (Sullivan, 1964). Sullivan (1953) propose una revisione del conflitto intrapsichico di Freud, suggerendo che l'ansia – intesa come generica sofferenza clinica in risposta alle sfide psicosociali – abbia sempre un'origine interpersonale. Allo stesso modo, la personalità corrisponderebbe a un processo di “de-individuazione”, in cui la persona emerge come agente all'interno del contesto sociale, piuttosto che socializzare la propria individualità innata al suo interno. Questa prospettiva non era dissimile da quella di Lev Semenovich Vygotsky (1978), che negli stessi anni suggeriva che l'origine delle funzioni psicologiche superiori emergesse attraverso un processo di internalizzazione di quanto sperimentato nelle relazioni interpersonali.

A partire dal modello circumplex di Leary (1957), il lavoro di Sullivan è stato utilizzato per giustificare quasi esclusivamente una prospettiva interper-

sonale sulla personalità e sui DP. Il modello circumplex, che si organizza lungo le due dimensioni dell'agency (lungo il *continuum* dominante-sottomesso) e della comunione (lungo il *continuum* ostile-amichevole), è diventato un caposaldo di molte prospettive teoriche e cliniche. Recentemente, la Teoria Interpersonale Integrativa Contemporanea (CIIT) ha tentato di utilizzare il modello circumplex per suggerire una prospettiva interpersonale sulla personalità e sulla psicopatologia (Pincus, 2005). Sebbene questa prospettiva rimanga principalmente correlata alla valutazione della personalità, i suoi sviluppatori ne sottolineano l'utilità nel comprendere le situazioni e le dinamiche interpersonali per la previsione del comportamento umano e della psicopatologia in generale (Hopwood *et al.*, 2023).

Al contempo, la CIIT è stata utilizzata per proporre una sostanziale revisione della diagnosi dei DP in termini di “disturbi interpersonali” (Wright *et al.*, 2022). Gli autori evidenziano due critiche legate rispettivamente al Criterio A e al Criterio B dell'AMPD. Da un lato, un'analisi del funzionamento intra- e interpersonale (Criterio A) non sarebbe in grado di distinguere i DP da altri disturbi. Dall'altro lato, i tratti di personalità maladattivi (Criterio B) sarebbero descrittivi della psicopatologia nel suo complesso piuttosto che dei DP da soli. L'interpretazione di queste critiche è che la moderna diagnosi dei DP sia inaffidabile, mentre un'analisi delle situazioni e delle dinamiche interpersonali basata sul modello circumplex offrirebbe una valutazione specifica dei disturbi di personalità come – appunto – disturbi interpersonali. Questa argomentazione può essere facilmente integrata con quella suggerita da Zavlis e Fonagy (2024), secondo cui se non pensiamo ai DP in termini di disturbi interpersonali, allora i DP non esisterebbero affatto. Qui, la critica a una prospettiva basata sui tratti – anch'essa presente nel lavoro di Wright *et al.* (2022) – viene portata a un fine ultimo. Se crediamo che i DP emergano da punteggi estremi su tratti specifici, allora non ha più senso distinguerli da altri disturbi, e la diagnosi dei DP dovrebbe essere abbandonata. La conclusione è ancora una volta quella di considerare i DP come disturbi interpersonali, dove in questo caso il modello suggerito è quello della mentalizzazione (capacità di comprendere intenzioni e stati mentali) e della fiducia epistemica (capacità di fidarsi dell'altro come fonte di conoscenza) formulato da Fonagy e colleghi (Zavlis *et al.*, 2025).

Sebbene la tesi che i DP siano disturbi prevalentemente interpersonali sia facilmente sostenibile, permangono dubbi sulla specificità, o meglio l'esclusività, della definizione interpersonale dei DP. In primo luogo, una spiegazione basata su un principio di parsimonia, come il rasoio di Occam, suggerisce forse spiegazioni alternative per la limitata affidabilità dei DP. Se i criteri diagnostici dei modelli dimensionali (es. AMPD) possono portare all'indistinguibilità dei DP da altri disturbi, forse questa distinzione è meno affidabile di quanto si assuma. E forse la limitata efficacia dei protocolli terapeutici per i DP e altri disturbi – che sono efficaci, ma in una minoranza di pazienti – è

indice di interventi non specifici per l'esperienza del paziente (Harrer *et al.*, 2025). Vale a dire, stiamo offrendo gli stessi trattamenti, come la CBT per la depressione, a manifestazioni e traiettorie evolutive di sintomi estremamente eterogenee (Fried *et al.*, 2016). In secondo luogo, i modelli alternativi proposti per concettualizzare i ridefiniti disturbi interpersonali – vale a dire, la mentalizzazione e il modello circumplex – non sembrano mostrare un'affidabilità sufficiente per precludere la critica a modelli come l'AMPD. Sia la mentalizzazione che il modello circumplex sono stati utilizzati anche in disturbi diversi dai DP e non hanno dimostrato di soppiantare efficacemente modelli alternativi come la metacognizione, gli schemi e i cicli interpersonali, i mode, e così via. Essi non sono quindi sufficientemente specifici e affidabili per sostituire integralmente i vari altri modelli (es. AMPD; ICD-11, ecc.) che, per quanto imperfetti, godono di una loro evidenza empirica.

Infine, esiste un'ipotesi alternativa – o antitesi – che appare coerente con quanto detto sulle prospettive moderne in psicopatologia, le quali smentiscono l'ipotesi nulla che nessun disturbo sia interpersonale. Non esiste una dinamica specifica (estrema, rigida, ecc.) dei tratti di personalità che sia patologica di per sé; è piuttosto l'interazione tra l'individuo e l'ambiente sociale che determina nel tempo l'emergere di ciò che chiamiamo psicopatologia. Un paziente che ho trattato come terapeuta lavorava in un ambiente criminale (Cheli *et al.*, 2021). In quell'ambiente, la sua spiccata tendenza al sospetto gli era stata di grande aiuto. Solo quando ha scelto un lavoro più sano e nuove relazioni altrettanto sane, il suo sospetto è diventato maladattivo, al punto da soddisfare i criteri per una diagnosi di disturbo paranoide di personalità e poi di depressione maggiore. Forse non è il tratto in sé, né l'elevazione dei suoi punteggi, a definire se sia patologico, ma piuttosto l'interazione nel tempo tra l'intera personalità del paziente e la sua rete sociale. E questo modello esplicativo si applica sia ai DP che a un disturbo sintomatico.

Ipotesi pienamente interpersonale: tutti i disturbi

Esistono alcuni clinici che hanno tratto diretta ispirazione da Sullivan, offrendoci un'interpretazione radicale del suo pensiero, a mio avviso più coerente con la formulazione originale rispetto a molti altri modelli finora discussi. La psicoterapia intensiva di Frieda Fromm-Reichmann e la psicoterapia relazionale di Jeremy Safran sono due chiari esempi di questa interpretazione radicale. Fromm-Reichmann (1950) apprezzò pienamente l'idea di Sullivan secondo cui i pazienti fanno ciò che fanno per cercare di mantenere le loro relazioni e che è attraverso la ricostruzione di un senso di sicurezza relazionale che la terapia diventa efficace. Safran integrò la concettualizzazione di Sullivan delle distorsioni paratattiche con i più recenti sviluppi della scienza cognitiva, suggerendo che è la ripetizione delle esperienze relazionali a cri-

stallizzare pattern che poi canalizzano la propria visione del mondo e degli altri, nonché il mantenimento di dolorosi pattern *self-to-other* (Safran & Segal, 1991). Entrambe queste prospettive cliniche suggeriscono implicitamente che la comprensione dell'esperienza e del funzionamento interpersonale sia alla base dell'azione clinica. E questa azione clinica è orientata a comprendere il paziente e la sua storia, piuttosto che a formulare una diagnosi "esatta". Questa affermazione non vuole suggerire che non sia utile convalidare empiricamente i modelli di valutazione e terapia, ma piuttosto ricordarci che un modello clinico è utile nella misura in cui facilita il raggiungimento di obiettivi condivisi con il paziente.

Se cerchiamo di testare un'interpretazione radicale della teoria di Sullivan, consistente in un'ipotesi pienamente dimensionale, dobbiamo forse partire da una tesi limitata. Possiamo quindi chiederci se solo uno dei domini del funzionamento generale sia interpersonale, indipendentemente dal fatto – o valorizzando proprio il fatto – che la comprensione del funzionamento generale possa essere un criterio non specifico come evidenziato da Wright *et al.* (2022). Paradossalmente, una delle critiche che hanno sostenuto una prospettiva interpersonale sui DP (la non specificità del Criterio A) sostiene ugualmente l'utilità del funzionamento generale trasversalmente ai disturbi e quindi anche del funzionamento interpersonale. Coerentemente, la Psicoterapia Interpersonale (IPT) – un intervento a orientamento psicodinamico che si concentra sulle funzioni sociali e interpersonali – ha riportato in una meta-analisi un effetto significativo nella riduzione di sintomi specifici come quelli depressivi (Bian *et al.*, 2023). Pertanto, agire sul funzionamento interpersonale migliora la salute mentale, indipendentemente dal fatto che al paziente vengano diagnosticati i DP o meno.

Allo stesso tempo, molti degli studi che ho citato per invalidare l'ipotesi nulla sembrano suggerire che non sia un tratto di personalità di per sé patologico, ma l'interazione tra la persona nel suo complesso – definita da molti tratti – e il suo ambiente sociale nel tempo. Non tutti i bambini estroversi, con bassa coscienziosità o alta sensibilità alla ricompensa, manifesteranno disturbi dello spettro internalizzante (vedi Cicchetti & Toth, 1991). D'altra parte, anche un trattamento efficace mirato al *poor interpersonal functioning* e a tratti maladattivi specifici in pazienti con diagnosi di DP non cambierà la personalità o lo stile interpersonale preminente (Cheli *et al.*, 2025). Pertanto, non esiste un funzionamento specifico o generale che sia non interpersonale. E una terapia efficace è forse quella capace di valorizzare il funzionamento interpersonale del paziente indipendentemente da una diagnosi specifica.

Forse esiste un *bias* epistemologico che – anche se partiamo da premesse coerenti con una *Weltanschauung* sistemica e complessa – ci porta inevitabilmente a scegliere quelle ipotesi che sono più facilmente spiegabili in termini di causalità lineare e individualistica. Richard Bernstein (1983) definì questo *bias* come un'ansia cartesiana che ci costringe a scegliere tra dogma-

tismo e indefinitezza. E per ridurre il nostro senso di incertezza, potremmo allora indulgere in diverse forme di dogmatismo. Un'alternativa, presumibilmente, è riconoscere che se affermiamo che l'esperienza umana è data da una complessità di tratti *within-person* e da una eterogeneità di traiettorie di interazione con il mondo sociale *between-person*, allora sarà difficile trovare spiegazioni completamente meccanicistiche o invarianti nel tempo. Qualsiasi spiegazione deve tenere conto di un alto grado di complessità ed eterogeneità.

Una sintesi informata dall'evoluzione

In questa sezione, propongo una sintesi di tutte le tesi e antitesi discusse (Tabella 2). Nel fare ciò, mi riferisco a un framework informato dall'evoluzione che assumo essere coerente con un'interpretazione radicale del pensiero di Sullivan. L'assunto da cui prendo le mosse e che cerco di giustificare è che una prospettiva informata dall'evoluzione sul cosiddetto cervello sociale offra supporto empirico in due direzioni:

- i) Giustifica una visione radicale secondo cui tutta la psicopatologia umana è interpersonale;
- ii) Supporta lo sviluppo di nuove ipotesi basate sull'integrazione di ciò che è noto sulla dimensione interpersonale nella psicopatologia.

La teoria dell'evoluzione è stata formulata da Charles Darwin (1859, 1871) più di 150 anni fa e ha trovato infinite conferme empiriche e una varietà di applicazioni in campi come la psicologia e la psicopatologia. Sebbene si possano dire molte cose su questo affascinante paradigma scientifico, due argomenti sono di grande interesse per il presente articolo. In primo luogo, la teoria dell'evoluzione è nata per indagare il problema principale della psicopatologia: l'eterogeneità. Questa dimensione, originariamente studiata in termini interspecifici, fu poi progressivamente applicata alla variabilità interindividuale all'interno di una singola specie. Modelli come la Teoria della Storia della Vita (*Life History Theory*, LHT), inizialmente concepiti per indagare le differenze interspecifiche, sono stati successivamente applicati alle

Tabella 2. Un tentativo di sintesi.

Funzionamento evoluto socialmente	
Formulazione generale	Il funzionamento umano, sia esso maladattivo o adattivo, è sempre evoluto socialmente
Sintesi di alto livello	Il funzionamento umano è definito, filogeneticamente e ontogeneticamente, all'interno di un dominio sociale
Sintesi di basso livello	La fitness umana trae origine da parametri sociali e a sua volta dà luogo a ciò che definiamo psicopatologia o salute mentale

differenze intraspecifiche (Stearns, 1992). L'obiettivo primario era comprendere come una specie investe maggiormente nello sviluppo somatico (ovvero strategia lenta; es. elefante) o nella riproduzione sessuale (ovvero strategia veloce; es. topo). La LHT è stata successivamente applicata per comprendere come i tratti umani siano associati a strategie lente (es. autismo) o veloci (es. disturbo borderline di personalità) (Martínez *et al.*, 2024). In questo modo, gli psicologi evolutivisti hanno cercato sempre più di integrare una prospettiva puramente evolutiva sulla comprensione dello sviluppo filogenetico di un tratto con una prospettiva di ecologia comportamentale sullo sviluppo ontogenetico dello stesso tratto (Tinbergen, 1963). In breve, la teoria dell'evoluzione dispone degli strumenti teorici ed empirici per sostenere la comprensione di una specie caratterizzata da alta complessità ed eterogeneità come l'*Homo sapiens*.

In secondo luogo, alcune delle applicazioni più interessanti e convincenti della teoria evolutiva alla psicologia clinica e oltre riguardano il ruolo del dominio interpersonale negli esseri umani. L'ipotesi empiricamente convalidata sulla crescita filogenetica della neocorteccia – l'area del cervello umano distintiva da un punto di vista sia anatomico che funzionale – è l'Ipotesi del Cervello Sociale (*Social Brain Hypothesis*, SBH; Dunbar, 1998). I dati suggeriscono che gli esseri umani “avevano bisogno” di un dispositivo così grande e complesso per far fronte alla complessità quantitativa e qualitativa della nostra vita sociale. Le scimmie antropomorfe, e gli umani in particolare, hanno investito nello sviluppo di una neuroarchitettura in grado di sfruttare le risorse sociali presenti all'interno dei loro branchi. Ciò ha portato a abilità cognitive che consentono loro di affinare la comprensione degli stati mentali propri e altrui, sia per la competizione che per la collaborazione. Queste abilità hanno tre caratteristiche rilevanti: i) nell'*Homo sapiens* richiedono un enorme investimento parentale e sociale fino a 25 anni per lo sviluppo completo di aree come la corteccia prefrontale (Galván, 2017); ii) corrispondono a ciò che i modelli clinici, evolutivi ed educativi descrivono come mentalizzazione, metacognizione o cognizione sociale (Fonagy & Luyten, 2018); iii) sono prevalentemente compromesse nei DP e nella schizofrenia, ovvero disturbi che sembrano essere esclusivi della nostra specie (Cheli, 2026).

In sintesi, i tratti associati al nostro cervello sociale si sono evoluti per facilitare l'adattamento di una specie che ha fatto ampio affidamento sulla capacità di collaborare tra conspecifici. Questa capacità ha visto una crescita esponenziale negli ultimi cinquemila anni, riflettendo principalmente cambiamenti socio-culturali piuttosto che biologici. Questo sviluppo improvviso e complesso ha forse esposto la nostra specie a rischi significativi. Da un lato, abilità così complesse richiedono sottili adattamenti, anche a livello biologico. Ad esempio, la vulnerabilità alla negligenza emotiva sembra derivare da un *mismatch* evolutivo tra una specie che per 300.000 anni ha gestito l'allevamento della prole in modo tribale e la tendenza

moderna occidentale degli ultimi 100 anni a mantenere unità familiari molto piccole (Konner, 2010). D'altra parte, l'eterogeneità intraspecifica in costante aumento ha portato a complessi *trade-off* evolutivi tra strategie che favoriscono l'individuo o la specie. Questa variabilità esacerba i *trade-off* più comuni attraverso diversi ambienti sociali e periodi di tempo. Ad esempio, quando la creatività è associata a difficoltà nel socializzare le proprie idee, può rappresentare un fattore di rischio per disturbi anche gravi come quelli associati alla psicosi (Cheli, 2023).

Questo breve riassunto della teoria dell'evoluzione e delle sue applicazioni in psicologia supporta l'affermazione che il funzionamento umano, sia esso disadattivo o adattivo, è sempre evoluto socialmente. Vale a dire, corrisponde a un insieme di tratti che sono definiti all'interno di un dominio sociale, sia filogeneticamente che ontogeneticamente. Sia la storia della nostra specie sia lo sviluppo degli individui sono plasmati e costituiti da meccanismi e funzioni evoluti socialmente. Pertanto, se assumiamo, coerentemente con quasi tutti i sistemi diagnostici, che la psicopatologia implichi un criterio non specifico di difficoltà nell'adattarsi al proprio contesto (lavoro, famiglia, ecc.), essa non può essere definita se non in termini di fitness sociale. La fitness può essere formulata come elevazione su una mappa tridimensionale le cui coordinate corrispondono rispettivamente allo stile interpersonale dell'individuo e al suo ambiente sociale (Figura 1). Questa rappresentazione ci aiuta a vedere un'istantanea del processo di adattamento, che è dinamico, variando tutte le dimensioni coinvolte in base alle loro possibili configurazioni e al passare del tempo.

In termini pratici, le transazioni tra agenti sociali rappresentano il palco-

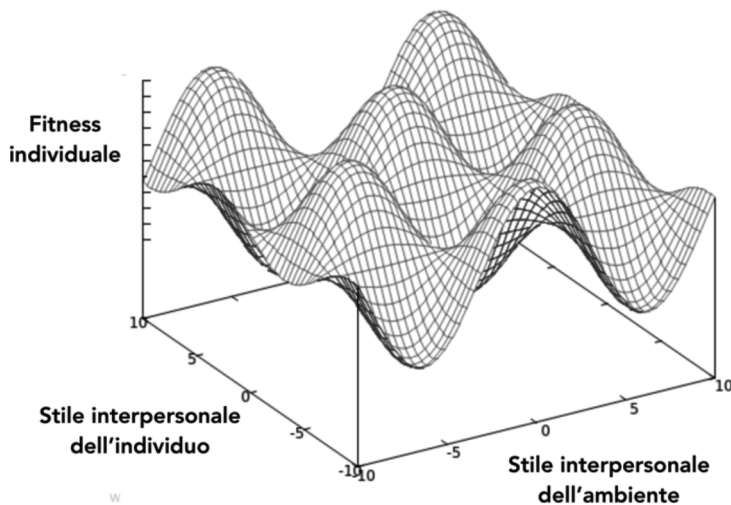


Figura 1. Uno sguardo interpersonale alla fitness.

scenico su cui gli individui tentano di adattarsi sviluppando processi evoluti socialmente che a loro volta stabiliscono un rapporto di retrofeedback tra gli individui stessi e l'ambiente sociale. Questa relazione è non-dualizzante e segue un processo di causazione criteriole, come definita dal neuroscienziato Peter Tse (2013): gli eventi mentali possono giocare un ruolo causale anche all'interno dei vincoli biologici. Inevitabilmente, sia la salute mentale che la psicopatologia sono prodotti delle transazioni sociali, o meglio, sono i tentativi di diversi sistemi (individuale, familiare, comunitario, culturale, ecc.) di adattarsi coesistendo in modo interconnesso (Cheli, 2018). La distinzione tra disturbi sintomatici e di personalità è secondaria all'interno di questo framework, così come la distinzione tra funzionamento intra- e interpersonale è una questione di convenienza nell'analisi di un oggetto di studio.

In definitiva, la psicoterapia diventa una sorta di sistema *ad hoc* per simulare queste interazioni complesse. La relazione tra paziente e terapeuta è precisamente questo: una sorta di causazione criteriole (si spera) intenzionale che mira a facilitare il movimento esperienziale del paziente mentre interagisce con il suo ambiente sociale. Di conseguenza, il terapeuta non può essere visto come una sorta di strumento asettico e distaccato, ma piuttosto come uno flessibile che deve adattarsi alle specificità interpersonali del paziente e del suo ambiente sociale. Pertanto, il terapeuta, “mentre ascolta il suo informatore, deve rendersi conto che sta partecipando a un comportamento verbale che riguarda principalmente il ‘me’ e il ‘tu’ concettuali, con corrispondente manifestazione dei fattori che hanno distorto e continuano a complicare le relazioni interpersonali della personalità soggetto. Come colui che parla, è fortemente consapevole di star usando processi linguistici in una configurazione in cui l'ascoltatore influisce in modo significativo sull'esito del tentativo di comunicazione” (Sullivan, 1947, p. 45).

Implicazioni cliniche ed esempi

L'ambiente della psicoterapia è un'esperienza relazionale altamente specifica, indubbiamente potente ma anche potenzialmente distortente. Il terapeuta può sfruttare appieno le transazioni interpersonali per esplorare pattern ciclici, le loro implicazioni e le strategie alternative con il paziente. Questa vicinanza permette di sezionare il processo interpersonale in un modo che è raramente possibile al di fuori della stanza di terapia. Di conseguenza, il terapeuta e il paziente possono avere una percezione errata della trasferibilità e della comprensività di tale esperienza. Una seduta dura circa un'ora e, pertanto (in un classico formato di seduta settimanale) rappresenta circa lo 0,6% del tempo settimanale, o, per dirla in altro modo, è come se il terapeuta fosse fisicamente presente nella vita del paziente per circa 8 minuti al giorno. A volte noi terapeuti dimentichiamo che la seduta è un'esperienza, si spera, significativa ma

solo una goccia in un oceano di relazioni che plasmano la vita della persona.

Una paziente con una grave forma di disturbo di personalità associata a comportamenti suicidari e allucinazioni visive ha mostrato una completa guarigione alla fine del trattamento. La paziente aveva una vita significativa, viveva con il suo partner, aveva un lavoro che amava e aveva stabilito la giusta distanza dall'ambiente familiare che l'aveva tanto danneggiata in passato. A seguito della pandemia di COVID-19, lei e il suo partner hanno perso il lavoro e la casa e, per quello che inizialmente doveva essere un periodo molto breve, sono tornati ciascuno alle rispettive famiglie. Quando mi ha ricontattato un paio di mesi dopo, la maggior parte dei suoi sintomi e della sua sofferenza erano tornati. E mi sono chiesto se la terapia avesse fornito il tempo necessario per consolidare la sua vita di coppia e se gli eventi relazionali avessero – comprensibilmente – avuto la meglio su qualsiasi lavoro avesse fatto con me, nel bene o nel male. È tornata nel mio studio per raccontarmi la sua storia dall'ultima volta che ci eravamo visti. Voleva uno spazio – temporaneamente – per parlare della sua sofferenza attuale. Mi ha poi chiesto di rispettare il suo desiderio di non tornare in terapia e la sua volontà di ricostruire la sua vita relazionale dopo i recenti eventi. Mi ha detto che mi avrebbe richiamato se necessario, mi ha ringraziato per la chiacchierata e mi ha salutato.

Qualcuno potrebbe dire che si trattava di un test di sicurezza relazionale, e probabilmente avrebbe ragione. Ma credo che fosse qualcosa di completamente diverso. Era una ricerca di conferma che esistessero relazioni in cui il suo stile interpersonale era accolto e convalidato, riconoscendone il significato personale e generalmente adattivo. Se tornando alla sua famiglia aveva avuto un'esperienza relazionale diametralmente opposta, ora voleva ricordare a sé stessa di poter avere una vita significativa pur continuando a essere sé stessa nelle relazioni.

Come evidenziato nella Figura 1, la fitness emerge dall'intersezione tra lo stile interpersonale del paziente e quello del contesto sociale in cui opera – qui e ora. Pertanto, il terapeuta deve esplorare e comprendere entrambe queste coordinate. In uno studio abbiamo tentato di testare il nostro modello di psicoterapia, l'*Evolutionary Systems Therapy* (EST), che integra le prospettive interpersonali e informate dall'evoluzione (Cheli *et al.*, 2025). Al di là del singolo modello terapeutico – che può interessare o meno il lettore – ritengo possa essere interessante il framework interpersonale utilizzato. Le concettualizzazioni dei pazienti sono state organizzate secondo tre stili interpersonali, che abbiamo ipotizzato corrispondessero ai tre spettri psicopatologici comuni su cui saturano sintomi e disturbi diversi (Ringwald *et al.*, 2023). Lo stile perfezionistico-affiliativo corrisponde a una strategia evoluta di gestione delle relazioni considerando gli altri come una sorta di validatore di sé stessi e del proprio valore ed è associato allo spettro internalizzante (Hewitt *et al.*, 2017). Lo stile schizotipico-difensivo corrisponde a una strategia evoluta di gestione delle relazioni considerando gli altri come una potenziale minaccia, anche

fisica, ed è associato allo spettro della psicosi o schizotipia (Cheli & Lysaker, 2023). Lo stile antagonista-distanziante corrisponde a una strategia evoluta di gestione delle relazioni considerando gli altri come ostacoli al raggiungimento del proprio benessere o valore ed è associato allo spettro esternalizzante (Miller & Lynam, 2019). L'intero piano di trattamento era volto a comprendere lo stile interpersonale non come patologico ma come distintivo dei pazienti, nonché a comprendere gli stili interpersonali degli ambienti sociali in cui vivevano.

Lo studio ha evidenziato alcuni risultati interessanti per la prospettiva interpersonale qui discussa. Primo, i tre stili erano effettivamente associati a una maggiore probabilità di manifestare sintomi e disturbi corrispondenti ai tre spettri della psicopatologia moderna. Secondo, l'intervento è stato efficace, e questa efficacia corrispondeva a una riduzione del disagio nelle interazioni quotidiane con gli altri significativi. Terzo, sebbene l'intervento fosse efficace alla fine del trattamento, lo stile interpersonale preminente prima del trattamento era ancora quello preminente alla fine del trattamento.

Alla luce di questo studio, il lettore può riconoscere che la paziente sopra descritta corrispondeva a uno stile schizotipico-difensivo, e la seduta finale è stata più di un test di sicurezza con me: è stata un test della sua sicurezza rispetto al suo mondo sociale. È stata forse una ricerca di riconferma che la sua sofferenza e quindi il suo benessere non erano causati da sé stessa o dall'altro, ma piuttosto dall'intersezione di queste variabili. “Si raggiunge la salute mentale nella misura in cui si diventa consapevoli delle proprie relazioni interpersonali” (Sullivan, 1946, p. 102). Se una persona sperimenta diverse situazioni relazionali, posizionandosi in modo diverso – mentre anche gli altri possono fare lo stesso – allora la sua salute mentale varia.

BIBLIOGRAFIA

- Aas, I. H. (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*, 9, 20.
- Bernsteni, R. J. (1983). *Beyond Objectivism and Relativism: Science, Hermeneutics, and Praxis*. University of Pennsylvania Press.
- Bian, C., Zhao, W. W., Yan, S. R., Chen, S. Y., Cheng, Y., & Zhang, Y. H. (2023). Effect of interpersonal psychotherapy on social functioning, overall functioning and negative emotions for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 320, 230-240.
- Blaney, P. H., Krueger, R. F., & Millon, T. (Eds.). (2015). *Oxford textbook of psychopathology (3rd ed.)*. Oxford University Press.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119-137.
- Cheli, S. (2018). On the Eigenform and Viability of Human Complex Systems: A View to Epistemologically Ground Current Psychotherapy. *Systems Research & Behavioral Science*, 35, 505-519.

- Cheli, S. (2023). An evolutionary look at oddity and schizotypy: How the rise of social brain informs clinical practice. *New Ideas in Psychology*, 68, 1-9.
- Cheli, S. (2026). A psychotherapist's look into the social brain. In M. Brüne and S. Cheli (Eds.), *The Evolution of Psychotherapy: Applying Evolutionary Theory to Mental Health Care* (In press). Springer.
- Cheli, S., & Brüne, M. (2025). When Do Personality Traits Become Pathological?: An Epistemological and Evolutionary View. In K. Banicki & P. Zachar (Eds.), *Conceptualizing Personality Disorder: Perspectives from Philosophy, Psychological Science, and Psychiatry* (pp. 160-178). Cambridge University Press.
- Cheli, S., Brüne, M., Goldzweig, G., Bui, S., Velicogna, F., & Cavalletti, V. (2025). Evolutionary Systems Therapy: Feasibility and Preliminary Efficacy. *Preprint*.
- Cheli, S., Cavalletti, V., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2021). A case study on a severe paranoid personality disorder client treated with metacognitive interpersonal therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(8), 1807-1820.
- Cheli, S., & Lysaker, P. L. (2023). *A dimensional approach to schizotypy. Conceptualization and treatment*. Springer.
- Chiao, J. Y., Harada, T., Komeda, H., Li, Z., Mano, Y., Saito, D., Parrish, T. B., Sadato, N., & Iidaka, T. (2009). Neural basis of individualistic and collectivistic views of self. *Human Brain Mapping*, 30(9), 2813-2820.
- Cicchetti, D., & Toth, S.L. (Eds.). (1991). *Internalizing and Externalizing Expressions of Dysfunction: Volume 2*. Psychology Press.
- Darwin, C. (1859). *On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life*. John Murray.
- Darwin, C. (1871). *The descent of man, and selection in relation to sex*. John Murray.
- Dunbar, R. I. M. (1998). The social brain hypothesis. *Evolutionary Anthropology*, 6, 178-190.
- Harrer, M., Miguel, C., van Ballegooijen, W., Ciharova, M., Plessen, C. Y., Kuper, P., Sprenger, A. A., Buntrock, C., Papola, D., Cristea, I. A., de Ponti, N., Bašić, Đ., Pauley, D., Driessen, E., Quero, S., Grimaldos, J., Buendía, S. F., Botella, C., Hamblen, J. L., & Cuijpers, P. (2025). Effectiveness of psychotherapy: Synthesis of a "meta-analytic research domain" across world regions and 12 mental health problems. *Psychological Bulletin*, 151(5), 600-667.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. In W. J. Livesley & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (2nd ed., pp. 123-140). The Guilford Press.
- Fried, E. I., Epskamp, S., Nesse, R. M., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 189, 314-320.
- Freud, S. (1916). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Hugo Heller und Cie.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. University of Chicago Press.
- Galván, A. (2017). *The Neuroscience of Adolescence*. Cambridge University Press.
- Gómez Penedo, J. M., & Flückiger, C. (2023). Interpersonal problems as a predictor of outcome in psychotherapy for depressive and anxiety disorders: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(10), 562-573.
- Hamamura, T., Bettache, K., & Xu, Y. (2018). Individualism and collectivism. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *The SAGE handbook of personality and individual differences: Origins of personality and individual differences* (pp. 365-382). Sage.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. Guilford Publications.
- Iovoli, F., Flückiger, C., Gómez Penedo, J. M., Engelhardt, J. H., Kaschlaw, H. H., Lauterbach, R., Wester, R. A., & Rubel, J. A. (2024). The relationship between interpersonal problems

- and therapeutic alliance in psychotherapy: A three-level mixed-effects meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 61(3), 198-211.
- Konner, M. (2010). *The Evolution of Childhood: Relationships, Emotion, Mind*. Belknap Press of Harvard University.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality. A Functional Theory and Methodology of Personality Evaluation*. Resource Publications.
- Liu, H., Xie, Q. W., & Lou, V. W. Q. (2019). Everyday social interactions and intra-individual variability in affect: A systematic review and meta-analysis of ecological momentary assessment studies. *Motivation and Emotion*, 43(2), 339-353.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Martínez, J. L., Hasty, C., Morabito, D., Schmidt, N. B., & Maner, J. K. (2024). Calibration, not maladaptation: Beyond “fast life history trajectories” in the prediction of adult psychological dysfunction. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 19(4), 375-393.
- Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2019). *The handbook of antagonism: Conceptualizations, assessment, consequences, and treatment of the low end of agreeableness*. Elsevier Academic Press.
- Millon, T., Krueger, R. F., & Simonsen, E. (Eds.). (2010). *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. The Guilford Press.
- Nisbett, R. (2010). *The Geography of Thought: How Asians and Westerners Think Differently... and Why*. Simon and Schuster.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2019). Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychological Assessment*, 31(5), 674-684.
- Potter, H. D., & Mitchell, K. J. (2025). Beyond Mechanism-Extending Our Concepts of Causation in Neuroscience. *The European Journal of Neuroscience*, 61(5), e70064.
- Prigogine, I. (1977). *Time, structure and fluctuations. Nobel Lecture*. The Nobel Foundation, Stockholm.
- Ringwald, W. R., Forbes, M. K., & Wright, A. G. C. (2023). Meta-analysis of structural evidence for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model. *Psychological medicine*, 53(2), 533-546.
- Safran J. D., & Segal, Z. V. (1991). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Jason Aronson.
- Skodol A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 317-344.
- Stearns, S. C. (1992). *The evolution of life histories*. Oxford University Press.
- Sullivan, H. S. (1946). *Conceptions of Modern Psychiatry. The First William Alanson White Memorial Lectures*. Norton & Company.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Norton & Company.
- Sullivan, H. S. (1964). *The Fusion of Psychiatry and Social Science*. Norton & Company.
- Timbergen, N. (1963). On aims and methods of ethology. *Zeitschrift für Tierpsychologie*, 20(4), 410-433.
- Tse, P. (2013). *The Neural Basis of Free Will: Criterial Causation*. MIT Press.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

- Wright, A. G. C., Ringwald, W. R., Hopwood, C. J., & Pincus, A. L. (2022). It's time to replace the personality disorders with the interpersonal disorders. *The American Psychologist*, 77(9), 1085-1099.
- Zachar, P., Regier, D. A., & Kendler, K. S. (2019). The Aspirations for a Paradigm Shift in DSM-5: An Oral History. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(9), 778-784.
- Zavlis, O., & Fonagy, P. (2024). Either all mental disorders are personality disorders or there are no personality disorders: A reply to García and colleagues (2024). *Preprint*. <https://osf.io/preprints/psyarxiv/4xpdg>
- Zavlis, O., Moutoussis, M., Fonagy, P., & Story, G. (2025). A generative model of personality disorder as a relational disorder. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*. Advance online publication.
- Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(5), 1089-1137.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 25 settembre 2025.

Accettato: 24 novembre 2025.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2025; XXXVI:1095

doi:10.4081/rp.2025.1095

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.