

Mente e Cura
IRPPI



IRPPI
ISTITUTO ROMANO PSICOTERAPIA
PSICODINAMICA INTEGRATA

Mente e Cura
Psicoterapie e Neuroscienze

Direzione Scientifica
Valentina Battisti e Riccardo Caporale

DICEMBRE 2024

Mente e Cura

ISSN 2611-0245

Rivista semestrale diretta dalla Dott.ssa Valentina Battisti e dal Dott. Riccardo Caporale

SOMMARIO

ARTICOLI

Le nevrosi e la condizione di sdoppiamento tra sistemi
 attaccamento e sessualità. Resistenza al cambiamento,
 psicopatologia del desiderio e deficit di originalità. * Caporale
 R., * Andreola M., * Battisti V.3

La psicoterapia psicodinamica integrata applicata ad un caso
 di psicopatologia della contemporaneità.
 Caporale R., Battisti V.17

RUBRICHE

CONGRESSI

Congresso nazionale “Vent’anni di IRPPI”
 A cura di Valentina Battisti e Riccardo Caporale.....28

CINEMA

Parthenope: Seduzione come gioco tra illusione e realtà
 a cura di Riccardo Caporale32

Mente e Cura

Organo Ufficiale dell'IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Direzione scientifica: Valentina Battisti e Riccardo Caporale

Direttrice responsabile: Carola Pulvirenti

Coordinamento editoriale: Simonetta De Petrillo

Comitato scientifico: Massimo Ammaniti, Massimo Biondi, Tonino Cantelmi, Giuseppe Craparo, Alessandra Fermani, Silvia Mazzoni, Clara Mucci, Anna Oliverio Ferraris, Alberto Oliverio.

Comitato di lettura: Roberta Rodi, Valentina Bolle, Francesca Cocciolo, Milena Tartaglia, Nicole Civale, Simona Morra, Valentina Russo, Margherita Trabucco, Alina Paoletti, Roberto Di Marzio, Maria Teresa Rossi, Alessia Sabellico, Giulia Carlotta Guerra, Andrea Jordan Raiola, Virginia Seghetti, Flavio Sellaroli, Giulia Terzitta, Cecilia Paglia.

Comitato editoriale: Cettina Allone, Maurizio Andreola, Federica Ligas, Silvia Battisti, Alessia Carleschi, Federica Cosenza, Gaetano Di Mauro, Antonio Maccarone, Stefano Martellotti, Renato Maria Menichincheri, Matteo Mentuccia, Annalucia Morrone, Francesco Ricci, Pierluigi Scarciglia, Valentina Scarfini, Chiara Scarpulla, Martina Sciarretta, Stefano Terenzi.

*Articolo***Le nevrosi e la condizione di sdoppiamento tra sistemi attaccamento e sessualità. Resistenza al cambiamento, psicopatologia del desiderio e deficit di originalità***Neuroses and the condition of splitting between the attachment and sexuality systems.**Resistance to change, psychopathology of desire and deficit of originality**Caporale R.¹, Andreola M. ², Battisti V.³**¹⁻³ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata***Riassunto**

Questo lavoro nasce dalla necessità, in quanto gruppo clinico e scuola ad orientamento psicodinamico integrato (PPI), di ripensare al concetto di nevrosi come psicopatologia della personalità, rivisitandone i meccanismi psicodinamici in rapporto alla sua insorgenza e sviluppo, i criteri diagnostici strutturali e le principali linee d'intervento, alla luce dei cambiamenti economici, sociali e culturali della società di oggi. A livello di diagnosi strutturale, la non integrazione tra sistema attaccamento e sistema sessualità porta i pazienti nevrotici al fenomeno dello sdoppiamento la cui caratteristica di funzionamento principale è una modalità di pensiero preriflessiva cosiddetta "del far finta" ove i processi di idealizzazione sono preponderanti. Il quadro isterico rappresenta la configurazione prototipica dello sdoppiamento nevrotico in cui prevale la resistenza al cambiamento, una psicopatologia del desiderio ed un deficit di originalità.

Parole chiave: psicoterapia psicodinamica integrata; sdoppiamento nevrotico; sistema attaccamento; sistema sessualità; isteria.

Abstract

This work arises from the need, as a clinical group and school with an integrated psychodynamic orientation (PPI), to rethink the concept of neurosis as a psychopathology of the personality, revisiting the psychodynamic mechanisms in relation to its onset and development, the structural diagnostic criteria and the main lines of intervention, in light of the economic, social and cultural changes in today's society. At the level of structural diagnosis, the non-integration between the attachment system and the sexuality system leads neurotic patients to the

phenomenon of splitting whose main operating characteristic is a pre-reflective mode of thought called "pretending" where idealization processes are predominant. The hysterical personality organization represents the prototypical configuration of neurotic splitting in which resistance to change, a psychopathology of desire and a deficit of originality prevail.

Keywords: integrated psychodynamic psychotherapy; neurotic splitting; attachment system; sexuality system; hysteria

Introduzione

La nostra concezione psicodinamica della mente e della psicopatologia ha da sempre individuato nel criterio diagnostico dello sdoppiamento isterico una condizione caratteristica dei disturbi di personalità ad alto funzionamento, o in altri termini di livello nevrotico (Lago, 2006; 2016). Questa condizione diagnostica per noi è alla base di tutte le costellazioni sintomatologiche tradizionalmente incluse nello spettro nevrotico. In un'ottica nosografica, quest'area comprende quadri clinici come i disturbi d'ansia, le fobie, le depressioni reattive, le nevrosi ossessive, le depersonalizzazioni e/o derealizzazioni, alcune forme di problematiche alimentari di tipo restrittivo, distinti per un'espressione sintomatologica lieve, seppur altamente egodistonici, ed un'eziopatogenesi legata a fattori non traumatici gravi dello sviluppo (Mucci, 2022).

La condizione di sdoppiamento alla base della psicopatologia nevrotica

Il costrutto di sdoppiamento isterico teorizzato dalla nostra scuola PPI si è fin dall'inizio discostato dal concetto di "isteria" come definito dalla psicoanalisi di matrice freudiana (Freud, 1923; Bergeret, 1984; Eagle, 2012). Altresì, l'aggettivo isterico, paradigma della struttura sdoppiata, è sempre stato da noi ricondotto al modello dissociativo della personalità di Janet (e.g. Janet, 1889; Van der Hart e Horst, 1989), rivisitato da autori moderni quali Kohut (1984), Bromberg (2001), e Lichtenberg (1995; 2012). La teorizzazione della natura dissociativa dell'isteria ha aperto le porte ad una concezione della personalità e del Sé come strutture non monolitiche e coese, ma costituite da parti ed istanze in continuo cambiamento. Per meglio comprendere il concetto di sdoppiamento e la coesistenza di stati antagonisti della personalità facciamo riferimento ad una concezione del Sé non unitaria ma costruita intersoggettivamente nel corso dello sviluppo (e.g. Bromberg, 2001).

In particolare, secondo un criterio diagnostico strutturale, lo sdoppiamento è una modalità di funzionamento mentale che definisce la non integrazione tra due ambiti della personalità, nel caso specifico tra il sistema motivazionale attaccamento ed il sistema motivazionale sessualità.

Lo stato sdoppiato coesiste, radicato nella coscienza del paziente, come conflitto intrapsichico e determina una percezione di sé insicura. Il soggetto sdoppiato, bloccato nella sua dimensione psichica ed in quella corporea, manifesta sintomi diversi, sia fisici sia mentali, che si esprimono nelle molteplici forme dei disturbi nevrotici: ansia, panico, crolli dell'autostima, sentimenti di colpa e vergogna, astenia, disturbi del sonno fino a disturbi medici di incerta classificazione, somatizzazioni che possono compromettere la sfera ormonale ed immunitaria.

Tuttavia, in questo aggiornamento dell'impianto teorico clinico delle nevrosi, sosteniamo come l'utilizzo del termine isteria associato tout court a quello di sdoppiamento possa risultare riduttivo dato che i quadri isterici non rappresentano le uniche manifestazioni psicopatologiche della condizione di sdoppiamento. Per tale ragione, pur mantenendo il termine sdoppiamento che ben descrive il deficit strutturale della personalità, preferiamo sostituire l'aggettivo isterico con quello più ampio di nevrotico. Inoltre, con il termine isterico si considerava in passato un disturbo mentale solo femminile, una tesi oggi non più sostenibile. Da ora in poi, chiameremo, dunque, il meccanismo psicodinamico alla base delle nevrosi sdoppiamento nevrotico e lo sdoppiamento isterico la sua sottocategoria più prototipica.

L'area psicopatologica dello sdoppiamento si situa al confine tra la personalità con sanità di base in equilibrio dinamico ed i quadri psicopatologici di alto funzionamento borderline quali le polarizzazioni depressivo narcisistiche (Caporale e Battisti 2023b). Di seguito, procederemo ad un'analisi strutturale della personalità nevrotica che prenda in considerazione la specificità dell'assetto motivazionale alla base sia del funzionamento psichico che delle differenti organizzazioni caratterologiche.

Lo sdoppiamento nevrotico come non integrazione tra sistemi attaccamento e sessualità

Abbandonato il modello pulsionale freudiano e post-freudiano ed il monismo della motivazione umana, la PPI sostiene la strutturazione della personalità secondo il paradigma intersoggettivo, in accordo con la teoria dei sistemi motivazionali a cui

rimandiamo per completezza (Caporale e Battisti, 2024; Litchenberg, 1995; Litchenberg et al. 2012).

I sistemi motivazionali secondo il nostro modello PPI sono cinque, biologicamente innati e plasmati intersoggettivamente. In particolare, i macrosistemi attaccamento, esplorativo-assertivo e sessualità hanno un alto valore psicodinamico strutturante nello sviluppo sano e/o patologico della personalità. Tali paradigmi motivazionali schematizzano ed integrano processi più complessi, dunque i termini vanno intesi in un'accezione più ampia dal punto di vista concettuale (Caporale e Battisti, 2024).

Ad esempio, il sistema attaccamento, presente già alla nascita, supporta le funzioni del Sé per realizzare la sicurezza di base e la relazione madre-bambino in termini di regolazione emotivo-affettiva. Il sistema esplorativo-assertivo, attivo dai due tre anni di età, supporta le funzioni di autonomizzazione e di separazione della persona dal suo ambiente di appartenenza. Anche il sistema sessualità va inteso in maniera più ampia e definisce non soltanto la sessualità fisica, la relazione erotica o finalizzata alla riproduzione, ma anche gli aspetti creativi e di gioco, la possibilità di progettare e sperimentarsi in maniera originale (individualità) in contesti diversi da quelli familiari, ed acquisire nuove competenze e conoscenze di sé.

Questi sistemi, che si attivano in modi e tempi diversi durante tutta la vita, mediano esigenze in parte alternative ed antagoniste, il dover “essere insieme con” e “distinti da” un altro, e necessitano una continua integrazione al fine di poter mantenere organizzazione e coesione del Sé.

Nello sviluppo normale, la dialettica tra istanze psichiche differenti della personalità dovrebbe generare una sintesi, favorendo la crescita della persona in un contesto emotivamente stabile e sicuro, e, al tempo stesso, la possibilità di aprirsi al cambiamento, al non conosciuto ed al desiderare. Il desiderio nasce dal momento in cui i bisogni primari di sicurezza e fiducia vengono soddisfatti permettendo alla persona, libera dall'urgenza emotiva e psicobiologica, di fantasticare qualcos'altro per sé nella capacità di saper attendere e alimentare una tensione positiva di ricerca.

Lo sdoppiamento nevrotico consiste in una non integrazione dei sistemi Attaccamento e Sessualità, che tuttavia mantengono entrambi una sostanziale organizzazione. L'individuo con tale sdoppiamento, per una mancata comunicazione tra i due sistemi, presenterebbe una maggiore facilità ad entrare in crisi nel corso dei cambiamenti evolutivi.

Lo sdoppiamento tra attaccamento e sessualità favorisce l'emergere di due scenari affettivo-relazionali problematici nella vita di questi pazienti che rappresentano gli

effetti di tali deficit strutturali. Nel primo scenario prevale l'instabilità nell'ambito delle relazioni di attaccamento a causa del non completo sviluppo dell'individuo che rimane immaturo e dipendente dal suo contesto ambientale, al fine di regolare la propria autostima ed il senso di sicurezza personale. Il secondo scenario in cui, pur avendo maturato una sufficiente autonomia, il soggetto non è in grado di muoversi in maniera originale nelle sue relazioni affettive. In quest'ultimo caso, le problematiche si manifestano in maniera prevalente nell'ambito della sessualità, intesa in senso più ampio come desiderio di cambiamento, progettualità e senso di autoefficacia.

Entriamo nello specifico delle particolari caratteristiche di entrambi i sistemi motivazionali e del loro sviluppo atipico, e della persistenza anche in età adulta in questi pazienti di una particolare modalità di pensiero preriflessiva chiamata del "far finta" che favorisce l'insorgenza ed il mantenimento della condizione di sdoppiamento.

Il sistema attaccamento organizzato ma insicuro

La personalità con sdoppiamento nevrotico è riuscita ad organizzare un sistema di attaccamento che risulterebbe però di tipo insicuro ambivalente. Tale stile di attaccamento nasce da una storia di vita familiare in cui non è stata sempre garantita una continuità e/o un'accuratezza nel soddisfacimento dei bisogni affettivi primari. In particolare, a differenza di quanto teorizzato dalla psicoanalisi classica, osserviamo anche in questi pazienti una natura traumatica dello sviluppo nei termini di una scarsa adeguatezza negli scambi intersoggettivi primari e secondari delle relazioni d'attaccamento.

Nelle anamnesi personali non ritroviamo abusi e/o violenze perpetrate negli anni e nel segreto familiare, nemmeno neglect e trascuratezza grave tale da poter giustificare desertificazioni emotive e destrutturazioni della personalità, ma altresì la presenza di traumi relazionali precoci cumulativi nei processi di sintonizzazione e di rottura/riparazione con le figure di caregiving inerenti i bisogni emotivo-affettivi di sicurezza e fiducia.

Solitamente, una delle due figure di accudimento, a causa di problematiche di varia natura (gravi malattie, disturbi depressivi, patologie psichiatriche, ospedalizzazioni) o eventi di vita (separazioni, problematiche lavorative e/o economiche, lutti e perdite), è responsabile di un'indisponibilità emotiva, per periodi di vita più o meno lunghi, nell'accurata e/o costante attività di mirroring e marking, ingenerando nel bambino vissuti di vuoto affettivo legati all'assenza. Di conseguenza, questi pazienti nel tempo sviluppano paura dell'abbandono ed instabilità nella continuità del legame che

condiziona la percezione del Sé nei termini di valore al ribasso e la percezione delle future relazioni affettive e sentimentali nella direzione della sfiducia e del pessimismo. Queste interruzioni della continuità e/o dell'accuratezza dei processi intersoggettivi si traducono nei racconti in terapia di questi pazienti in ricordi di aver giocato molto spesso per conto proprio ed in cui la figura materna o paterna era inaccessibile o assente, di venir lasciati soli nel badare a sé stessi o con figure sostitutive quali nonni, zii, tate nella percezione dell'abbandono e della perdita, il tutto condito da un'atmosfera depressiva di solitudine e desolazione da cui non ci si poteva sottrarre. Tali schemi relazionali precoci, improntati alla preoccupazione costante di perdere i propri rifornimenti affettivi primari, a causa della scarsa presenza fisica e/o psicologica delle figure genitoriali, hanno limitato la loro capacità di esprimersi in forme originali, rendendo questi individui insicuri e dipendenti dal contesto familiare.

In età adulta, nel caso di eventi crisi che emergono nel corso di cambiamenti all'interno del loro scenario relazionale sicuro (partner, famiglia, amicizie o lavoro), i pazienti nevrotici tornano a manifestare sintomi di varia natura ed intensità quali ansia, attacchi di panico, insonnia, depressione, fino nei casi più gravi sintomi dissociativi e depersonalizzazione. Va specificato che queste costellazioni sintomatologiche si estrinsecano con modalità qualitativamente simili ma quantitativamente diverse rispetto a disturbi più gravi quali polarizzazioni depressivo-narcisistiche e/o borderline, frammentazioni psicotiche, e vengono percepite come altamente egodistoniche dalla persona che, incapace a fronteggiarli, è costretta a chiedere aiuto. Di norma questi pazienti ricercano nel terapeuta una figura empatica e supportiva, sviluppano rapidamente una solida alleanza terapeutica e sono in grado di ristabilire rapidamente l'equilibrio precedente, contenendo la crisi.

La persistenza della modalità del far finta come funzionamento di difesa

L'organizzazione di un sistema d'attaccamento insicuro favorisce in questi pazienti il blocco ad una modalità di pensiero preriflessiva ossia a quella del "far finta" (Fonagy e Target, 2001). Tale funzionamento mentale, che si sviluppa dai 18-24 mesi con la nascita delle prime capacità rappresentazionali ed il gioco simbolico, rimarrebbe la qualità di pensiero dominante, anche in età adulta, affermando il predominio del "come se" su una realtà affettiva a sfondo depressivo ed abbandonica. La persistenza di una modalità del "far finta" verrebbe a configurarsi come una difesa mentale ed interpersonale compensatoria ed una via di fuga al dolore psichico derivato da un

sistema d'attaccamento insicuro, attraverso il ricorso alla fantasticheria di nuove relazioni e situazioni d'affetto idealizzate.

In un percorso di sviluppo sano, la modalità del "far finta" permetterebbe al bambino di sganciarsi a poco a poco dagli schemi impliciti emotivo-comportamentali delle prime relazioni e costruire così nuove soluzioni rappresentazionali e riparative attraverso la sperimentazione del gioco ed il ricorso alla fantasia. Quest'ultima potremmo chiamarla la capacità del bambino, futuro adulto, di giocare mentalmente con le immagini, generando relazioni nuove tra rappresentazioni mentali, queste ultime ancora dirette espressioni delle esperienze relazionali reali. Mentre si sviluppa il binario della fantasia corre parallela la capacità di mantenere un adeguato esame di realtà. Successivamente, dai 4-5 anni in su, il bambino arriverà ad un'integrazione tra fantasia e realtà attraverso lo sviluppo di una piena capacità di mentalizzazione.

I pazienti nevrotici rimarrebbero altresì ancorati per tutta la vita al funzionamento mentale del "far finta" sganciato dalla realtà, ossia ad un doppio binario tra fantasia e realtà a favore della prima, che porta a percepire da una parte la fantasia come un qualcosa di molto vivido e reale e dall'altra a non accettare la realtà come unica possibilità di vita. Tutto questo alimenta nella persona sempre più una forte instabilità emotiva, precarietà esistenziale, male di vivere, insoddisfazione di fondo e senso d'impotenza, nella tensione dialettica tra quello che si è e quello che si potrebbe essere. Il predominio dell'idealizzazione sorretta dalla fantasia rappresenterebbe dunque il controbilanciamento di un fondo depressivo che si strutturerebbe o dall'angoscia inconscia di "diventare grandi" e rischiare di perdere la propria base sicura, o dalla noia ed insoddisfazione a seguito di una vita adulta già costruita su troppe sicurezze affettive ed investimenti sentimentali ancora di tipo infantile/ genitoriale.

Tutto ciò porta un grande paradosso nella vita adulta di questi pazienti. Individui da una parte caratterizzati da una spiccata creatività confinata in aree circoscritte a hobby ed interessi personali e che non viene messa a servizio del cambiamento, dall'altra portatori di un deficit di originalità vissuto con agitata rassegnazione e di una psicopatologia del desiderio rappresentata da scarsa motivazione alla progettualità e al rischio d'impresa.

La creatività dunque va distinta dall'originalità. La creatività emerge dalla fantasia, ossia dalle capacità simbolico-rappresentazioni dell'individuo di "giocare con la realtà" ma, come nasce nella mente del bambino, può rimanere confinata in aree ludiche autoreferenziali dell'adulto e non impattare sulla realtà producendo cambiamento. Altresì, quando la creatività viene messa al servizio della "messa a terra" generando

progetti nuovi e processi trasformativi nella vita di tutti i giorni, diviene originalità e individuazione della persona. Per usare una metafora, la creatività è il quadro che genera il pittore e diviene opera nel momento in cui il quadro porta la firma dell'autore e viene riconosciuta dalle altre persone come creazione unica e distinguibile di quell'artista.

I pazienti nevrotici sono persone creative ma che non riescono a diventare individui originali e mettere una firma sulla loro esistenza, preferendo essere spettatori della propria vita attraverso continui giochi di finzione o sistemi di delega interpersonali.

La non integrazione del sistema sessualità e la modalità sdoppiata di relazione

La sessualità come sistema motivazionale vede gli albori con la nascita della corrente edipica nel bambino ai 5-6 anni di età e si attiva biologicamente dalla pubertà in avanti. Nei funzionamenti a rischio di strutturazione nevrotica, tale sistema riesce a trovare una propria organizzazione, malgrado si caratterizzi fin da subito per una sensibile difficoltà d'integrazione con il pregresso sistema attaccamento insicuro.

Con l'adolescenza, infatti, si riapre nuovamente il tema della separazione psicologica dalle figure di riferimento per lasciare spazio ai nuovi investimenti adulti più di natura sentimentale e questo rappresenta un compito evolutivo potenzialmente oneroso nella direzione della paura della perdita e del cambiamento. Inoltre, il corpo che cambia impone una rivisitazione psicologica della propria immagine di Sé a livello corporeo, da un'immagine infantile ad un'immagine sessualizzata in un rapporto con il corpo dell'altro tutto da scoprire e reinventare.

In questa fase evolutiva, la dominanza della modalità di pensiero del "far finta", oramai strutturata da piccoli, associata all'attivazione del sistema sessualità, favorirebbe la nascita di forme di idealizzazione che si sostanziano in investimenti sentimentali senza fondamento di realtà, fantasticherie e sogni ad occhi aperti sul futuro privi di concretezza, portatori di intense attivazioni emotive e picchi di euforia, e che fanno da controaltare ad una realtà di vita molto spesso monotona, stereotipata, conformista e povera di stimoli emotivi.

Le relazioni incentrate sulla sessualità, dunque, come riportato nel paragrafo precedente, si tingono di caratteristiche idealizzate e viaggiano su un doppio binario rispetto alle relazioni basate sull'attaccamento.

In questa area di funzionamento sentimentale/sessuale, i soggetti manifestano una maggiore sicurezza e capacità di regolare le loro emozioni e sono in grado di intrecciare con una certa disinvoltura relazioni intime. Conformisti in famiglia e

coscienziosi sul lavoro, vivono attaccamento e sessualità in maniera antitetica, dislocando bisogni e desideri in sistemi non comunicanti.

Da una parte, si legano a partner conformi al modello familiare e con cui instaurano legami forti ma piuttosto convenzionali appartenenti ad aspetti domestici ma privi di slancio emotivo, d'altra stringono relazioni idealizzate più o meno occasionali, con cui vivono esperienze passionali ed una sessualità disinibita senza mai arrivare ad un investimento affettivo profondo, mantenendo separati gli aspetti ritenuti meno validi della propria personalità.

Il rapporto intimo rimane così sdoppiato tra partner stabile con cui vivono un amore materno/fraterno con desiderio scarso o del tutto assente (coppia bianca) ed un altro più o meno occasionale con cui condividono la sessualità in maniera passionale ma scollata dall'attaccamento.

Per tale motivo, questi soggetti si percepiscono in una condizione di incompletezza, dislocando nella relazione con il partner di attaccamento tutte le condizioni di dipendenza e vulnerabilità e su quello sessuale le idealizzazioni romantiche e/o gli aspetti trasgressivi o narcisistici. Lo sdoppiamento tra queste due dimensioni non comunicanti è causa della loro vulnerabilità.

Inoltre, a queste due modalità di investimento oggettuale corrispondono altrettante due differenti immagini corporee sdoppiate di Sé. L'una di facciata, attivata da un sistema sessualità a trazione idealizzata, potentemente seduttiva, fascinosa, al limite dell'istrionismo, che incarna il prototipo di donna/uomo su cui appoggiare tutte le proprie fantasie sessuali, e l'altra nascosta, ancorata ai più profondi bisogni di attaccamento, tremendamente insicura, bambina e bisognosa di affetto che ispira senso di compassione e protezione. Tale sdoppiamento mostra una non integrazione ad un livello mente-corpo ed espone i pazienti con vulnerabilità nevrotica, soprattutto in questa fase di sviluppo, a sintomi di depersonalizzazione, dissociativi somatoformi e disturbi alimentari di tipo restrittivo.

Da questo si comprende anche il caratteristico atteggiamento ambivalente di questi individui agli interessamenti sentimentali e la confusione che generano in coloro potenzialmente attratti che tentano un approccio sessuale. Lo switch continuo tra immagini di Sé e modo di vedere l'altro, tra amore romantico e sessualità, confonde sia la persona che il potenziale partner nelle reali intenzioni del momento con conseguenti fraintendimenti ed occasioni mancate.

Infine, un'immagine corporea non integrata chiude la possibilità a questi pazienti non solo di concretizzare scelte sentimentali valide ma anche di muoversi nello spazio di vita rendendolo produttivo con azioni rappresentative e realizzative per il proprio Sé.

Le differenti tipologie di organizzazioni nevrotiche sdoppiate

La classificazione tradizionale psicoanalitica freudiana e post-freudiana (Freud S., 1923; Bergeret, 1984; Eagle, 2012) ha da sempre tripartito l'area nevrotica in nevrosi isteriche, ossessive e fobiche. In seguito, con l'introduzione del paradigma dissociativo applicato anche ai funzionamenti nevrotici, sono stati meglio spiegati i possibili disturbi somatoformi che lamentano tali pazienti e problematiche alimentari soprattutto di stampo restrittivo legate all'alterazione dell'immagine corporea.

Il nostro impianto clinico diagnostico PPI, come meglio specificato all'inizio di questo articolo, ha da sempre preso a modello l'isteria come configurazione prototipica in cui è maggiormente evidente il fenomeno dello sdoppiamento tra parti e/o sistemi della personalità. Scopo del presente lavoro è anche quello di aggiornare tale concettualizzazione affermando come l'isteria sia solo una delle molteplici forme assunte dallo sdoppiamento e forse la più evidente; di contro, ve ne sono altre in cui è sempre presente la non integrazione tra sistema attaccamento e sistema sessualità sebbene non così manifesta.

Nella nevrosi ossessiva, il controllo rigido e l'isolamento dell'affetto rappresentano strenue difese per non entrare in contatto ed escludere dal campo di coscienza del paziente l'ansia e tutte le emozioni egodistoniche legate alla condizione di sdoppiamento sottostante. La costante attenzione alla realtà circostante, cercandola di renderla più prevedibile possibile, ha la funzione di preservare un senso di sicurezza personale e protezione del Sé, mostrando proprio come tali pazienti siano fortemente preoccupati nel mantenimento di una base sicura. Sullo sfondo, la sessualità viene relegata a momenti di trasgressività nella fantasia o in rapporti occasionali che evidenziano tutto il potenziale disregolativo di tali funzionamenti.

Nella nevrosi fobica, il controllo rigido cede il passo all'evitamento che rappresenta la strategia difensiva elettiva nel tenere a distanza il malessere emozionale a cui potenzialmente si potrebbe essere esposti a causa sempre della sottostante condizione di sdoppiamento. L'evitamento porta a percepire a livello di coscienza una forte ansia sociale in qualsiasi situazione di coinvolgimento interpersonale dal quale si cerca di rifuggire e da cui non si riesce a distinguere la possibile corrente affettiva da quella sessuale.

Le classiche nevrosi d'ansia libera, che ad oggi potrebbero ricomprendere quadri di ansia generalizzata, attacchi di panico, depersonalizzazione e/o derealizzazione, rappresenterebbero altresì non vere e proprie configurazioni stabili ma condizioni di stato fluide, effetti sintomatici e sindromici di tale condizione di sdoppiamento in uno stadio embrionale di sviluppo o di progressivo peggioramento dettato da scelte d'investimento affettive sbagliate.

Nuovi principi di trattamento in psicoterapia psicodinamica integrata applicati allo sdoppiamento nevrotico

L'obiettivo a cui tendere nel lavoro terapeutico in psicoterapia psicodinamica integrata (PPI) con i soggetti sdoppiati, che sono bloccati da una visione conflittuale ed alternativa *aut aut*, è l'integrazione ossia il favorire la comunicazione *et et* tra aspetti della personalità vissuti come antinomici (Caporale e Battisti, 2023a). Integrare parti del Sé è compito dell'intervento che, attraverso la visione binoculare del terapeuta (Bion, 1962), deve tenere insieme gli aspetti attuali e quelli potenziali ancora non realizzati della persona, facilitando una dinamica tra il già esperito e il nuovo.

In un'altra epoca storica, soprattutto quella dei primi del '900 del secolo scorso, si riteneva che il paziente nevrotico soffrisse solamente della cosiddetta rimozione, un meccanismo attivo di apparente inconsapevolezza delle proprie difficoltà che limitava di gran lunga il suo funzionamento di vita, restringendo i gradi di libertà e di scelta. Rendere conscio l'inconscio era la missione della psicoanalisi convinta che l'insight bastasse per togliere il velo di Maya e restituire alla persona una propria individualità costituita da potenzialità realizzative.

Nelle nevrosi attuali tale modalità d'intervento risulterebbe insufficiente poiché la scoperta di un sistema d'attaccamento insicuro in questi pazienti sposta inevitabilmente il focus della psicoterapia ad una fase innanzitutto di *limited reparenting*, ossia incentrata sulle capacità empatiche e di sintonizzazione emotiva del terapeuta e sull'obiettivo di far "fare esperienza" di quei bisogni affettivi primari mai validati (Caporale e Battisti, 2023a). Dunque, solo dal consolidamento di questa prima fase di lavoro basata su una relazione terapeutica che restituisca sicurezza e fiducia (fase dell'esperienza emozionale riparativa), si potrà passare ad una successiva che abbia come focus quello di rendere consapevole il paziente delle proprie capacità reali (attaccamento) e potenziali (sessualità), attraverso lo strumento rivelativo dell'interpretazione (fase della mentalizzazione) (Caporale e Battisti, 2023a)

Sebbene queste prime due fasi siano importanti per favorire una sintesi creativa tra aspetti potenziali del Sé e capacità realizzative, e raggiungere uno stato di integrazione tra attaccamento e sessualità, si ha bisogno anche di un ultimo passaggio terapeutico per consolidare questo obiettivo.

A tal proposito, abbiamo già introdotto nella metodologia PPI una terza fase chiamata “dell’espansione dello stato di coscienza” ed incentrata sui concetti psicopedagogici di processo analitico come “zona di sviluppo prossimale” e del terapeuta come Scaffolder (Vygotskij, 1990), che meglio possa definire la natura e la specificità dell’intervento con tale tipologia di funzionamenti (Caporale e Battisti, 2023a).

In quest’ultimo avanzato stadio di lavoro, il terapeuta PPI tenderà a favorire le capacità di “messa a terra” del paziente in base ai suoi insight co-costruiti nelle fasi precedenti, attraverso un continuo processo di convalida empatica e di rinforzo cognitivo-comportamentale, divenendo “nuovo testimone” dei successi raggiunti (Caporale e Battisti, 2023a).

In altre parole, il costante senso di insicurezza di questi pazienti, che mina la loro qualità di vita, deriverebbe non solo dalla confusione e dalla scarsa messa a fuoco di risorse nuove e creative bloccate dalla barriera della rimozione e nascoste nell’inconscio dinamico, ma anche dalla resistenza al cambiamento, alla messa a terra ed alla realizzazione di quello di cui si sente di avere dentro.

Inoltre, le pressioni sociali del mondo contemporaneo, ove si deve far tutto bene nel minor tempo possibile in un continuo confronto narcisistico con altri, rischiano di aumentare ancora di più in questi pazienti, poco originali nella vita di tutti i giorni, il conformismo e la passività, amplificandone, attraverso l’emergere di paure, blocchi e sintomi, la confusione e l’incertezza del futuro su ciò che sia giusto o meno per loro. Seppur consapevoli dei loro disturbi, è proprio questa incapacità di messa a terra originale che spinge i pazienti nevrotici a cristallizzare così i problemi, mettendoli in uno stato di giacenza per mesi o anni, senza apportare grandi cambiamenti.

Dunque, un’importante funzione della terapia in questa fase avanzata è quella di mettersi accanto al paziente, che ha tutto potenzialmente per diventare protagonista, sostenendolo, incoraggiandolo, convalidandolo e, se necessario spronandolo, in quello che produce nella vita reale, nei rischi che si assume, nelle scelte giuste o sbagliate che ha il coraggio di prendere, come una figura genitoriale farebbe con il proprio figlio.

Un compito che si propone a questi pazienti per arginare il blocco e la difficoltà di ripartire è quello di lavorare sul concetto di azione rappresentativa. Si prescrive al paziente di mettere in atto nella vita di tutti i giorni un’azione che possa essere

considerata simbolico-riparativa rispetto al tema conflittuale dominante reso consapevole dal lavoro interpretativo precedente. L'azione rappresentativa ha la forza di poter produrre piccoli e focali prout di cambiamento atti a rompere specifici schemi acquisiti e restituire al paziente una sufficiente percezione di padronanza, utile per i successivi upgrade terapeutici.

I pazienti nevrotici possono così scoprire mano mano un autentico senso di agentività e di efficacia personale, un esserci nel mondo, abbandonando quella passività che si poggia sullo scorrere del tempo e che crea una formula perfetta per non cambiare nulla, né andare avanti né cadere indietro, eternamente sospesi fuori dall'esistenza.

Bibliografia

Bergeret J. (1984), *La personalità normale e patologica. Le strutture mentali, il carattere, i sintomi*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.

Bion W. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando Roma, 1972.

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

Battisti V., Caporale R. (2024), *Il lavoro con i sogni nella psicoterapia psicodinamica integrata*. Mente e Cura, Anno XV, 13.

Caporale R., Battisti V. (2024), *La psicodiagnostica psicodinamica integrata: un modello multidimensionale della personalità*, Mente e Cura, Anno XV, 13.

Caporale R., Battisti V. (2023a), *La psicoterapia psicodinamica integrata: basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità di intervento*, Mente e Cura, Anno XIV, 12.

Caporale R., Battisti V., Ricci F. (2023), *Caratteristiche di struttura e meccanismi eziopatogenetici del funzionamento psicotico: un modello integrato tra psicodinamica e neurobiologia interpersonale*, Mente e Cura, XIV, 12.

Caporale R., Battisti V. (2023b), *La polarizzazione depressivo-narcisistica. Livello autonomo di funzionamento della personalità*, Mente e Cura, Anno XIV, 11.

Eagle M. N. (2012), *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea*, Raffaello Cortina, Milano.

Freud S. (1923), *L'io e l'Es*, Bollarti Boringhieri, Torino, 1978.

Fonagy,P, Target,M., (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.

-
- Hill D. (2015), Teoria della regolazione affettiva: un modello clinico. Tr.it Raffaello Cortina Milano 2017.
- Janet, P. (1889), L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Félix Alcan.
- Kohut H. (1984), La cura psicoanalitica, Boringhieri, Torino, 1986.
- Lago G. (2016), Compendio di Psicoterapia, (a cura di), Franco Angeli, Milano.
- Lago G. (2006), La psicoterapia psicodinamica integrata: le basi e il metodo, Alpes, Roma.
- Litchenberg J.D. (1995), Psicoanalisi e sistemi motivazionali, Raffaello Cortina, Milano.
- Litchenberg J.D., Lachmann F. M., Fosshage J.L. (2012), I sistemi motivazionali, Il Mulino, Bologna.
- Mucci C. (2022), Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità, Raffaello Cortina, Milano.
- Van der Hart, O., Horst, R. (1989), The Dissociation Theory of Pierre Janet, Journal of Traumatic Stress, 2(4), 397-412.
- Schore A.N. (2019), Psicoterapia con l'emisfero destro, Raffaello Cortina, Milano 2022.
- Vygotskij Lev. (1990), Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche. Laterza, Roma-Bari.

*Case study***La psicoterapia psicodinamica integrata applicata ad un caso di psicopatologia della contemporaneità.**

Integrated psychodynamic psychotherapy applied to a case of contemporary psychopathology.

Caporale R.¹, Battisti V. ²

¹⁻² IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Riassunto

In questo studio, si descrive la metodologia del modello di psicoterapia psicodinamica integrata (PPI) applicata ad un caso seguito presso il centro clinico del nostro istituto. Il processo terapeutico è costituito dalla presenza di tre fasi chiamate esperienza emozionale riparativa, mentalizzazione ed espansione dello stato di coscienza, distinte tra loro per obiettivi e tecniche d'intervento. Nello specifico, questo caso rappresenta un tipico paziente adolescente/giovane adulto in fase di strutturazione borderline e con possibile doppia diagnosi.

Parole chiave: psicoterapia psicodinamica integrata; esperienza emozionale riparativa; mentalizzazione; espansione dello stato di coscienza.

Abstract

In this study, we describe the methodology of integrated psychodynamic psychotherapy (PPI) model applied to a case followed at the clinical center of our institute. The therapeutic process consists of the presence of three phases called reparative emotional experience, mentalization and expansion of the state of consciousness, distinguished from each other by objectives and intervention techniques. Specifically, this case represents a typical adolescent/young adult patient in the borderline structuring phase and with a possible dual diagnosis.

Keywords: integrated psychodynamic psychotherapy; reparative emotional experience; mentalization; expansion of the state of consciousness.

Introduzione

In questo lavoro, descriveremo la nostra metodologia d'intervento in psicoterapia applicata ad un caso reale preso in carico dal centro clinico dell'istituto. In particolare, ci si focalizzerà sul modo di fare diagnosi multidimensionale (Caporale e Battisti, 2024) e sul dispiegarsi del processo multifasico ad assetto variabile di psicoterapia psicodinamica integrata (PPI) in un'ottica di cambiamento strutturale della personalità (Caporale e Battisti, 2023).

Informazioni generali

N. è un ragazzo di 18 anni che frequenta come ripetente il quarto anno di un istituto turistico. Richiede, tramite i genitori, un aiuto al centro clinico della nostra scuola, conosciuto tramite un altro paziente, suo amico, in passato in cura presso di noi.

Lamenta una problematica riguardo le scommesse sportive, vari giochi d'azzardo con le carte e le slot machine. Come lui stesso ammette, il rischio della perdita/vincita di denaro rappresenta una fonte attrattiva irresistibile che lo sta portando ad accumulare alcuni piccoli debiti con gli amici e a rimanere quasi sempre senza soldi. Negli ultimi due anni, N. ha scoperto anche la rete e trascorre parte delle ore del pomeriggio sera a fare puntate on line, portandolo a chiudersi a casa e limitando le sue relazioni sociali.

Primo colloquio

Già al primo colloquio N. va subito al cuore del problema della possibile dipendenza ed in poche parole esaurisce la comunicazione. Poi si ferma e fissa nel vuoto. Riprende il discorso ma non sa più cosa dire se non ripetere lo stesso concetto. Il linguaggio del corpo comunica che per lui questo possa bastare e che sia venuto il turno dello psicoterapeuta. La sensazione è che per N. il clinico abbia tutte le informazioni per fornirgli dall'alto una soluzione 'bacchetta magica' del problema, quasi a pretendere una risposta risolutiva e immediata già dopo pochi minuti.

Proviamo a farci descrivere meglio emozioni e sensazioni di questo suo vissuto del gioco ma gli interventi non sortiscono effetto. Gli domandiamo anche se avesse una teoria di tutto questo ma anche tale spunto riflessivo cade nel vuoto.

Piano piano ci rendiamo conto che sono proprio quei micro-problemi della vita reale quali il non potersi pagare le uscite con gli amici o il paio di scarpe desiderate, fare dei piccoli lavoretti e non riuscire ad accumulare nulla, che hanno illuminato la consapevolezza di N. e generato la sua richiesta d'aiuto.

Ulteriori colloqui di valutazione

Negli ulteriori colloqui, N. continuerà a parlarci di questo problema non riuscendo ad aggiungere nulla sulla sua vita personale. N. riferisce che durante le sessioni di gioco salgono intensamente le sensazioni di adrenalina e di euforia, stati psicofisici che si alternano rapidamente, legati a doppio filo alle situazioni di perdita e di vincita. Cerchiamo di far comprendere a N. che in questo tipo di gioco realmente né si perde né si vince. Non si perde fino in fondo mai poiché si cerca sempre di puntare di nuovo in qualsiasi modo e condizione, e nemmeno si vince realmente, perché non riesce ad accontentarsi del denaro vinto e fermarsi e con quel denaro convertirlo nel soddisfacimento di qualche bisogno reale.

Cerchiamo di esplorare le sue giornate al di là del gioco e scopriamo come nell'ultimo anno, la sua vita, sia stata costellata di eventi che progressivamente lo hanno impoverito affettivamente e socialmente, relegandolo a giornate vuote. La separazione dalla sua storica ragazza, rapporto durato tre anni, ed un infortunio che l'ha portato a lasciare il calcio praticato quasi tutti i giorni, sono stati eventi precipitanti in cui il gioco d'azzardo ha preso piede come un buco nero. Intorno a quella dipendenza, si è creato un deserto di vita. Gioco e realtà sembrano presentarsi come due rette parallele che non si incontrano mai, configurando una dissociazione strutturale nel mondo interno di N.

Proviamo ad approfondire il passato familiare. Mi dice di avere un fratello più piccolo e che i genitori sono sempre stati critici rispetto alla sua persona e al suo comportamento. Oggi comunque riesce a fare quello che vuole, entra ed esce di casa senza orari ed autogestisce tutta la sua vita, compresa la scuola che la frequenta quando e come vuole lui. Notiamo che la rappresentazione di N. della famiglia ed anche della sua persona è una rappresentazione stereotipata, superficiale, monodimensionale, non ancorata a veri ricordi autobiografici.

Sogno diagnostico

Al terzo colloquio di valutazione, N. porta il seguente sogno fatto prima della seduta: "Stavo agli ultimi piani di un grattacielo, edifici tipici dell'alta finanza. Ero solo. Avevo la sensazione di tensione, sentivo un'adrenalina che mi saliva e mi stava facendo impazzire. Mi sentivo soffocare ed ho iniziato ad urlare per chiedere aiuto. Divenivo consapevole piano piano che nessuno si poteva accorgere di me e questa cosa faceva sempre più aumentare la mia angoscia. Vedevo fuori le persone, le macchine, la vita e gridavo ma nessuno se ne accorgeva. C'era come una barriera tra me ed il mondo esterno. Ero intrappolato in questa trappola di cristallo".

Il sogno ci restituisce come N. si senta in trappola nel proprio mondo ormai costituito dal gioco e dai soldi apparentemente facili. Il mondo reale è fuori e N. sembra accorgersene ma costatarne anche la distanza da sé. La dipendenza crea un pozzo senza fondo dove l'individuo è immerso rimanendone imprigionato, e non riuscendo più a creare connessioni con la realtà, quella affettiva e di significato.

Diagnosi secondo la Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI)

Si conferma un quadro di disturbo da gioco d'azzardo (gambling disorder) secondo i criteri del DSM-5-TR, in comorbidità con nuclei depressivi in progressiva strutturazione.

A livello di diagnosi psicodinamica, la PPI propone un modello integrato di psicodiagnosi multidimensionale della personalità (Caporale e Battisti 2024). L'analisi strutturale valuta l'attivazione, lo sviluppo e l'integrazione dei molteplici sistemi motivazionali alla base del comportamento umano, ridefinendo un'articolata teoria dei bisogni primari di natura strettamente intersoggettiva. L'analisi di funzionamento indaga la maturazione delle capacità di mentalizzazione e dei principali processi psichici, responsabili del modo in cui la personalità si adatta al proprio ambiente affettivo-interpersonale e delle strutture di significato poste al servizio del Sè. L'analisi di organizzazione evidenzia le strategie difensive che l'individuo mette in atto per difendersi dai traumi relazionali significativi.

Tale approccio, calato nello specifico caso, permette di inquadrare N. come una strutturazione borderline al limite basso di personalità sia a livello di funzionamento che di organizzazione caratterologica, con caratteristiche personologiche improntate all'impulsività, alla disregolazione emotivo-comportamentale, alla diffusione dell'identità, ed un profilo neuro-cognitivo orientato alla disattenzione e all'iperattività.

L'intervento di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI): il processo e le fasi

La PPI è un metodo di intervento terapeutico multifasico ad assetto variabile (Caporale e Battisti 2024; 2023a; 2023b; Caporale et al. 2023).

L'intervento è multifasico poiché prevede lo sviluppo progressivo di tre fasi terapeutiche che ripercorrono le principali tappe evolutive e le relative acquisizioni psichiche come proprietà emergenti, in un'ottica riparativa di "limited reparenting".

Per assetto variabile s'intende la flessibilità strategica del terapeuta PPI nel decidere quale fase attivare o meno momento per momento, in ogni seduta del processo

terapeutico, in rapporto ai differenti funzionamenti mentali ed ai bisogni emotivi del paziente.

Le fasi possono essere distinte in una prima di *riorganizzazione emozionale*, implicita, in cui la “presenza muta” del terapeuta è l’elemento di cambiamento elettivo, che noi chiamiamo fase dell’esperienza emozionale riparativa; in una seconda detta *della mentalizzazione*, più cognitiva o di sviluppo del pensiero simbolico, in cui l’implicito viene trasformato in esplicito, e il terapeuta funge da cosiddetta funzione Alfa; infine, in una terza *di natura educativo comportamentale* volta all’espansione dello stato di coscienza attraverso l’uso della parola incarnata e dell’azione rappresentativa.

Fase 1: esperienza emotiva riparativa

In questa prima fase dell’intervento, il terapeuta dovrà far “fare esperienza emozionale” al paziente di una nuova relazione oggettuale riparativa grazie alla costruzione di una solida alleanza terapeutica. Per relazione oggettuale riparativa s’intende un nuovo campo intersoggettivo ristrutturante e vitalizzante e dunque anche con funzioni regolative (Hill, 2015; Mucci, 2022), che si pone accanto e in alternativa, a relazioni oggettuali traumatiche ossia dissociate e disregolate. Il terapeuta, sintonizzandosi con le parti più traumatiche del paziente, diventa “testimone” della sua sofferenza (Ferenczi, 1932). La testimonianza produce convalida, riconoscimento e dunque piano piano maggiore accettazione/integrazione di sé.

I primi sei mesi del percorso sono stati incentrati sulla costruzione di una valida alleanza terapeutica che avrebbe dovuto, a differenza del vecchio schema di trascuratezza genitoriale, far provare a N. l’esperienza dell’essere visti ed attenzionati in tutti gli aspetti bui della sua vita. Il padre quando vedeva il figlio con gli amici farsi le canne nella macchina non si avvicinava e tirava dritto a casa. Nel tempo, N. ha continuato ad essere “invisibile” non avendo orari di rientro, non dovendo più dimostrare responsabilità scolastica e avendo l’autorizzazione a dormire fino a tarda mattinata. L’arrendevolezza dei genitori in realtà ha sempre nascosto una scarsa motivazione all’accudimento affettivo e responsabilità. Avremmo dovuto dimostrare a N. il contrario e non è stato facile. Ogni abitudine di vita disfunzionale è stata oggetto di discussione nelle molteplici sedute di quel periodo, con l’intento di fargli capire la preoccupazione e lo sgomento nel ritenere molti di quei comportamenti tossici e responsabili del suo malessere. Ampia è stata la disponibilità nel rendersi reperibile anche al di fuori delle sedute nei momenti di grande difficoltà e sconforto. Fermo è

stato anche l'approccio di giudizio sul suo stile di vita. Si è sempre cercato di esprimere valutazioni dopo averlo ascoltato ed approfondito il suo punto di vista. Non è stata espressa troppa euforia riguardo i piccoli successi in terapia né drammatizzato i suoi passi indietro.

Dopo quattro mesi di lavoro sugli aspetti impliciti della relazione, N. porta questo sogno di transfert: "Stavo in una fabbrica di botti che stava esplodendo. Stavo correndo via ma non trovavo l'uscita. Un pompiere mi prende per la giacca da dietro e mi trascina fuori. La fabbrica esplode ed io sono salvo per miracolo. Il pompiere mi dice che cavolo stavo facendo lì e vuole chiamare i miei genitori. Io rispondo che non ho genitori, non vede che sono grande. Lui non sente giustificazioni, mi prende e mi porta dalla polizia". Evidente che N. sia sempre più consapevole del rischio di morte psichica presente nella sua vita ma anche più fiducioso che qualcuno possa rendersene conto. Il pompiere o il terapeuta sono figure che non solo possono tirare fuori N. dall'emergenza ma se ne sanno prendere cura anche dopo, riconoscendo in lui difficoltà che vanno ascoltate e prese in carico da altri. L'adulto non è lui ma chi ha la capacità di ascoltarlo e interessarsi dei suoi problemi, e nel sogno viene giustamente trattato come un bambino che si è messo in pericolo.

Fase 2: mentalizzazione

La seconda fase ha come focus, sempre in un'ottica di sviluppo dell'apparato psichico e di reparenting, la maturazione delle capacità di mentalizzazione del paziente (Fonagy et al, 2002, Allen e Fonagy, 2006, Allen et. al. 2008). Sostenere la mentalizzazione, o anche detta funzione riflessiva, significa potenziare le capacità simbolico-rappresentazionali, base dell'attività di fantasmizzazione inconscia e preconsocia.

Lavorare terapeutamente a questo livello vuol dire in altre parole favorire un'elaborazione cognitiva di secondo ordine, simbolica prima come immagine mentale poi come parola, frutto della maturazione di strutture corticali prefrontali (Schoore, 1994, 2003a, 2003b, 2019), che possa restituire significato più accurato alle informazioni emotive esperite nel flusso di un campo intersoggettivo primario, trasformando più possibile il protomentale prima in pensiero inconscio poi in pensiero verbale.

In particolare, l'analisi del transfert e l'interpretazione dei sogni (Battisti e Caporale, 2024), elementi cardini del metodo PPI, rappresentano strumenti elettivi nel lavoro di trasformazione da pensiero inconscio a pensiero verbale, da implicito ad esplicito, portando il paziente ad una sempre più piena capacità di mentalizzazione ed introducendolo alla fase successiva del lavoro terapeutico.

Con N. è stato come far nascere per la prima volta un apparato simbolico di pensiero. Le esperienze di vita avrebbero dovuto essere integrate in un Sé autobiografico nascente che fino a quel momento non esisteva. N. era solo impulsività e compulsione, mosso da motivazioni istintuali incistate nella sua psicobiologia del corpo.

Innanzitutto, si è cercato di farlo lavorare sul piano temporale presente generando con lui significato rispetto alle motivazioni che lo spingeva a giocare ed a ciò che invece gli potesse mancare in una vita reale fatta di bisogni reali. Imparando a mentalizzare meglio N. ha potuto costruire un'immagine di sé più definita e ricca di prospettive vitali che potessero sostituirsi al vuoto depressivo che mano mano stava crescendo fino a quel momento.

Il tempo che dedicava alla sua dipendenza era un tempo veloce, velocissimo, ma allo stesso tempo ripetitivo, un tempo interno Kairos sempre uguale a sé stesso che non portava cambiamento. Non dava la possibilità a N. di crescere ed espandere il proprio Sé nel mondo arricchendosi di significati e dunque in identità. Altresì, tutta quella velocità catalizzata dall'adrenalina del gioco produceva come controaltare un essere di N. nel mondo sospeso (Cronos), uno stare a guardare dalla finestra (o come sognato dalla trappola di cristallo di un grattacielo) la vita reale che nel frattempo scorre.

Questa frattura tra mondo interno e mondo esterno, questa vita dissociata a due velocità doveva trovare un modo per poter dialogare ed integrarsi. Per tale motivo abbiamo portato N. a riflettere sulla necessità di provare a trovare nella quotidianità delle motivazioni reali, educarsi ad appassionarsi a qualcosa, cercare di scoprirsi in un fare che lo potesse rispecchiare. Solo così avrebbe potuto arrestare quel processo di desertificazione emotivo-affettiva e motivazionale in atto strappando al gioco il suo potere di morte.

Poco dopo, abbiamo inoltre provato ad esplorare, attraverso l'analisi del transfert-controtransfert, le prime relazioni significative, e, dunque, il suo sistema di attaccamento che stava portando N. ad organizzarsi in modalità borderline di funzionamento. N. portava il vissuto di una madre ipercritica e controllante ma con poche capacità empatiche aveva generato un vissuto persecutorio senza un'adeguata base sicura; la percezione di un padre altrettanto distanziante sul piano emotivo ed assente fisicamente aveva fatto tutto il resto, configurando le basi per un trauma relazionale precoce di trascuratezza e conseguente sviluppo di un attaccamento disorganizzato con derive dissociative e disregolative. La sensazione più evidente che si è avuta sempre in terapia era quella di impotenza, perché qualunque cosa che si dicesse, era come se cadesse nel vuoto. N. era "come se" non volesse sentire, e non

riuscisse o non volesse dare troppa importanza ai drammi che raccontava. Non narrava le cose, le buttava lì, quasi convincendo che non avessero alla fine così tanta importanza emotiva.

Nel trascorrere dei mesi e delle sedute, i continui rimandi transferali e controtransferali hanno aiutato N. a costruire trame narrative di sé, del proprio mondo familiare e della propria realtà di vita; e soprattutto cosa più importante una nuova capacità di raccontare le cose che gli accadevano con profondità e riflessività, cercando sempre più di collegare le sensazioni ed emozioni ai pensieri ed i pensieri alle azioni. Il tutto sotto la guida ritrovata del suo assetto motivazionale in via di sviluppo. N. stava imparando a vivere in maniera consapevole, associando l'affetto ed il pensiero alle reali motivazioni che lo avrebbero dovuto guidare nella vita presente e futura.

Stava nascendo una persona costituita da un epicentro vitale e motivazionale su cui far ruotare tutto compresi i fallimenti.

Quasi alla fine del nono mese di terapia, N. sogna: “Ero a giocare a paddle con i miei compagni e la mia ragazza. Vediamo nell'altro campo altri nostri amici che giocano anch'essi ma senza racchetta e con la sigaretta in bocca. Ridevano e sghignazzavano. Ero molto angosciato, a un certo punto volevano venirci a menare ma il vetro li ha fermati. A quel punto abbiamo chiamato per aiutarci il gestore del campo e il signore li ha cacciati”. Il sogno ci restituisce come N. stia riuscendo a prendere le distanze da un mondo al limite dell'antisocialità e della dipendenza grazie a nuove motivazioni come quelle di uno sport riscoperto. Oggi nella mente di N. vi è una maggiore distinzione e consapevolezza di ciò che è funzionale e di ciò che è più disfunzionale della propria vita. Inoltre, tutto questo è possibile grazie alla maggiore capacità di N. di riconoscere una figura di riferimento che possa aiutarlo riparando quelle ferite dell'attaccamento che si sono sempre chiamate trascuratezza.

Fase 3: espansione dello stato di coscienza

La psicoterapia in questa terza ed ultima fase diventa una nuova “zona di sviluppo prossimale” (Vygotskij, 1990) in cui il terapeuta PPI aiuta il paziente, attraverso interventi di modeling e scaffolding, a trasformare il pensiero in azione, a mettere a terra le potenzialità, a modificare in maniera attiva la realtà in cui vive in funzione di un maggior fit con i propri veri bisogni psicologici.

La piacevole scoperta della propria agentività ed efficacia personale nel “far accadere le cose” è frutto in questa fase del rapporto osmotico tra terapia e vita: terapeuta e paziente analizzano il problema in chiave psicodinamica ed impostano una strategia

in seduta, il paziente mette in pratica nella vita, lo stesso riporta in seduta quello che ha fatto, il terapeuta analizza il comportamento, rinforza o corregge.

Il terapeuta acquisisce in questo momento una funzione di modeling, di supporto, ma anche di “nuovo testimone” accanto al paziente, dalle piccole conquiste nella vita quotidiana alle grandi scelte intraprese, accompagnandolo in un processo di cambiamento in linea con gli insight appresi.

N. dopo qualche mese dall'entrata in questa fase inizia a giocare a paddle con un gruppo di amici con i quali anche da prima si cimentava. Si frequenta con una ragazza che conosce nell'ambito di questa attività e si fida. Il gioco d'azzardo continua ad essere presente ma non più come prima. Ricade nelle puntate ma riesce meglio a controllarsi, mettendosi dei limiti e facendosi mettere dagli altri.

Le sedute diventano un confronto ed una supervisione continua tra quello che è stato appreso emotivamente negli step precedenti della terapia e la messa a terra necessaria in quest'ultima fase. N. porta all'attenzione ogni volta un nuovo comportamento problema e le relative strategie funzionali che ha utilizzato nella settimana per farne fronte in un'ottica di confronto e di rinforzo/estinzione. Si esplorano altre alternative di risposta all'evento problema che N. avrebbe potuto dare. La self-disclosure diventa uno strumento tecnico importante che sostiene il modeling e lo scaffolding del terapeuta.

L'agentività e la self-efficacy crescono in N. e questo lo porta a finire la maturità e a pianificare nuovi obiettivi tra cui quello di diventare cuoco.

Quasi alla fine della terapia, N. sogna: “Mi trovavo in mezzo ad un sentiero di campagna ma non sapevo dove stavo andando. Però mi sentivo felice e saltellavo qua e là. Prendevo dei sentieri che non so dove mi avrebbero portato ma so che li prendevo. In lontananza è come se ci fossero dei paesini ed io stavo andando in quella direzione”. Al di là di quanto questa scelta professionale possa essere o meno la scelta giusta è comunque per N. una scelta. Il sogno ci dice questo. A volte non si sa come le cose si potranno mettere nella vita ma l'importante è la sensazione di camminare verso una direzione, a differenza di quando si è all'interno del buco di una dipendenza in cui si gira su se stessi e si ritorna sempre al punto di partenza.

Conclusioni finali e riflessioni cliniche

Appropriarsi o riappropriarsi di un processo decisionale vuol dire allineare il proprio tempo interno (Kairos) con il tempo esterno (Cronos), creando una sintonizzazione

tra il Sé e la realtà. E questo è possibile solamente assumendosi la dimensione del rischio reale, un rischio calcolato e calcolabile che si deve configurare come un delta di incertezza ma sostenibile grazie alla maturazione di sentimenti di fiducia negli altri e speranza nei confronti del mondo. Altresì, il rischio d'azzardo diviene una puntata incosciente sulla propria vita di cui si calcola male il valore a ribasso. Quando siamo disposti a mettere troppo velocemente qualcosa sul mercato, molto spesso non ne capiamo il significato profondo.

Bibliografia

- Allen, J., Fonagy P. (2006) (a cura di), *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Tr.it il Mulino, Bologna 2008.
- Allen J., Fonagy P., Bateman, A. (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Tr.it Raffaello Cortina, Milano 2009.
- Battisti V., Caporale R. (2024), *Il lavo con i sogni nella psicoterapia psicodinamica integrata*. *Mente e Cura*, Anno XV, 13.
- Caporale R., Battisti V. (2024), *La psicodiagnostica psicodinamica integrata: un modello multidimensionale della personalità*, *Mente e Cura*, Anno XV, 13.
- Caporale R., Battisti V. (2023a), *La psicoterapia psicodinamica integrata: basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità di intervento*, *Mente e Cura*, Anno XIV, 12.
- Caporale R., Battisti V., Ricci F. (2023), *Caratteristiche di struttura e meccanismi eziopatogenetici del funzionamento psicotico: un modello integrato tra psicodinamica e neurobiologia interpersonale*, *Mente e Cura*, XIV, 12.
- Caporale R., Battisti V. (2023b), *La polarizzazione depressivo-narcisistica. Livello autonomo di funzionamento della personalità*, *Mente e Cura*, Anno XIV, 11.
- Ferenczi S. (1932), *Diario clinico. Gennaio-ottobre 1932*, Raffaello Cortina, Milano, 1988.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Target M. (2002), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Tr.it Raffaello Cortina, Milano 2005.
- Hill D. (2015), *Teoria della regolazione affettiva: un modello clinico*. Tr.it Raffaello Cortina Milano 2017.
- Mucci C. (2022), *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina, Milano.
- Schore A.N. (2019), *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina, Milano 2022
- Schore A.N. (2003a), *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*, Astrolabio, Roma 2008.

Schore A.N. (2003b), I disturbi del sè. La disregolazione degli affetti, Astrolabio, Roma 2010.

Schore A.N. (1994), Affect Regulation and the Origin of the Self. The neurobiology of Emotional Development, Erlbaum, Mahwah (NJ).

Vygotskij Lev. (1990), Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche. Laterza, Roma-Bari.

Congressi

Congresso nazionale “Vent’anni di IRPPI”

Roma 21/24 novembre 2024 – online

A cura della Dott.ssa Valentina Battisti e del Dott. Riccardo Caporale

Ha avuto luogo nel mese di novembre 2024 il congresso per la ricorrenza dei vent’anni dalla nascita dell’istituto IRPPI (Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata)

Il convegno ha posto l’accento sull’integrazione in psicoterapia e ha guidato al futuro della ricerca in tale ambito. La scuola, in tutti questi anni, ha portato avanti la formazione in psicoterapia, abilitando alla professione numerosi psicologici e medici provenienti da tutto il territorio nazionale, i quali continuano a dimostrare capacità di imporsi nel panorama clinico di appartenenza.

Fin dall’inizio, nel 2004, con la fondazione e la direttiva del Dott. Giuseppe Lago, svariate personalità del mondo accademico e clinico di nota caratura hanno apportato il loro contributo scientifico alla scuola, dandone lustro e rilevanza, e permettendo alla stessa di accreditarsi tra le più prestigiose realtà nell’ambito psicodinamico. Nel 2020 l’istituto cambia la governance, sotto la guida della Dott.ssa Valentina Battisti e del Dott. Riccardo Caporale, ed è qui che il progetto scientifico-culturale della scuola ha una nuova propulsione, nell’ottica di integrazione delle recenti prospettive psicodinamiche e neuroscientifiche sulla neurobiologia degli affetti e della relazione, di aggiornamento del modello di intervento con approcci e tecniche sempre più di tipo bottom-up, e di rinnovamento del corpo docenti e didatti.

Il convegno ha contemplato la presenza di esperti nell’ambito della psicoterapia, presentando relazioni di interesse nella prospettiva psicodinamica integrata.

Nella prima sessione tematica di giovedì 21 novembre dal titolo “*La psicoterapia psicodinamica Integrata: basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità d’intervento*”, dopo i saluti istituzionali da parte della Dott.ssa Valentina Battisti e del Dott. Riccardo Caporale direttori IRPPI, si è tenuta la Lectio Magistralis dell’egregio Prof. **Giuseppe Craparo** dell’Università Enna Kore, garante della scuola, sulle

caratteristiche e funzioni della self disclosure. Si è discusso dell'importanza di questo intervento tecnico guidato dall'atteggiamento mentalizzante del terapeuta.

A seguire il Dott. **Stefano Martellotti**, docente IRPPI, sottolinea, nella sua relazione: *“L'alleanza terapeutica: come riconoscere e affrontare le rotture”*, l'importanza delle competenze trasversali richieste al terapeuta attraverso la centralità data all'analisi didattica personale, per riconoscere, prevenire ed eventualmente riparare le rotture terapeutiche.

Nel pomeriggio, la ripresa dei lavori, con le chairmen Dott.ssa Martina Sciarretta e la Dott.ssa Valentina Battisti, ha visto il Dott. **Riccardo Caporale** presentare la sua relazione dal titolo *“La psicoterapia psicodinamica integrata: basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità d'intervento”*, incentrata sulle novità del modello PPI con i recenti aggiornamenti riguardo le fasi terapeutiche.

A seguire la Dott.ssa **Valentina Bolle** ha descritto l'importanza del lavoro onirico nel suo intervento dal titolo *“Linguaggio e simbolismo del sogno: comprendere il paziente attraverso il testo onirico”*, nel quale, attraverso esempi della sua esperienza clinica, ha dato modo di entrare nella metodologia PPI alla luce delle novità nel campo del sogno.

In conclusione, la Dott.ssa **Valentina Battisti** attraverso la sua relazione: *“La psicodinamica del sogno: il dream work nella PPI”*, ha illustrato il valido lavoro che la PPI fa con i sogni, utilizzati in maniera diversa rispetto l'impostazione psicoanalitica classica e osservati/analizzati insieme al paziente in una modalità condivisa legata alla sua storia e non “calata dall'alto”.

Venerdì 22 novembre è iniziata la sessione *“Applicazione della PPI nel processo evolutivo”* con i chairmen Dott. Riccardo Caporale e Dott.ssa Valentina Battisti. Ad introdurre i concetti chiave dello sviluppo della mente alla base dell'impostazione PPI è stata la Dott.ssa **Annalucia Morrone** con la sua relazione dal titolo *“Il lavoro sull'attaccamento e la mentalizzazione”*, mostrando le differenti capacità e modalità di mentalizzazione nell'intreccio degli stili di attaccamento.

A seguire la Dott.ssa **Francesca Cocciolo** nel suo intervento *“L'intervento psicologico perinatale in Tin: l'ascolto e la cura”*, ha affrontato la delicata questione della prematurità

nell'ambito perinatale e l'importante lavoro con i genitori disorientati ed impauriti dall'esperienza. Lo psicologo che lavora in perinatalità con sensibilità si avvicina ad un rapporto che si costruisce su un bisogno spesso improvviso che va accolto.

La Dott.ssa **Vittoria Barletta** ha descritto “*Il lavoro psicologico a famiglie con figli: la linea sottile tra sostegno e psicoterapia*” focalizzando la discussione sui fattori di rischio e di protezione nelle famiglie e la necessità, a volte, di dover effettuare un intervento breve che si può evolvere, in taluni casi, in un percorso di psicoterapia.

Nel pomeriggio, le chairmen Dott.ssa Silvia, Dott.ssa Valentina Battisti e Dott.ssa Alessia Carleschi hanno introdotto la Lectio Magistralis dell'illustre Prof.ssa Alessandra Fermani dell'Università di Macerata intitolata: “*L'evoluzione delle relazioni con i genitori ed impatto su ansia, depressione e costruzione dell'identità in adolescenza*”, incentrata sui vari studi sociali inerenti i temi proposti. Infine, il Dott. Alessandro Montenero nella sua relazione “*La costruzione intersoggettiva del sé adolescente: un caso clinico*”, ha spiegato la psicoterapia con un'adolescente e le implicazioni legate al costrutto dell'intersoggettività nell'interazione con una giovane paziente.

Sabato 23 novembre, i chairmen Dott.ssa Valentina Battisti e Dott. Maurizio Andreola, hanno aperto la sessione tematica dal titolo “*Ultime evidenze neuroscientifiche in psicoterapia, psicodiagnosi e PPI*”, presentando l'esimio Prof. **Massimo Biondi**, ex garante e membro attuale del comitato scientifico IRPPI che, con la sua Lectio Magistralis “*Il corpo in psicoterapia*”, ha affrontato le nuove prospettive emerse dal campo delle neuroscienze sull'importanza degli interventi focalizzati ad un livello psicobiologico nel trattamento psicoterapico di diversificati disturbi quali quelli d'ansia, ossessivo compulsivi, bipolari e psicosomatici, ponendo l'accento sulla gestione dello stress.

Nel pomeriggio, i chairmen Dott. Riccardo Caporale e Dott.ssa Federica Cosenza hanno presentato gli altri relatori. In primis lo stesso Dott. **Riccardo Caporale** ha introdotto il suo intervento “*L'integrazione possibile tra psicodiagnosi e psicoterapia: un modello multidimensionale della personalità*” facendo riferimento alla rivisitazione del modello PPI nella diagnosi in psicoterapia.

A seguire il Dott. **Antonio Maccarone** ha illustrato la sua relazione *“La valutazione psicodiagnostica nell’adulto: i test come strumento per la psicoterapia”* mettendo in rilievo l’importante ausilio della psicomетria alla diagnosi clinica.

Infine, la Dott.ssa **Alina Paoletti** ha aperto una finestra di riflessione sull’importanza della valutazione in età evolutiva con il suo intervento intitolato: *“La valutazione psicodiagnostica in età evolutiva: assessment e ausilio dei test nel processo diagnostico secondo la PPI”*.

La giornata conclusiva, domenica 24 dicembre, si è aperta con la sessione tematica *“PPI e nuove tipologie di setting: dalla coppia al gruppo”* ed i chairmen Dott.ssa Silvia Battisti e Dott. Matteo Mentuccia hanno introdotto il lavoro con i gruppi capitanato dalle Dottoresse **Silvia Battisti** e **Chiara Scarpulla** che con la loro relazione *“Il gruppo come driver di cura: metodologie PPI ed esperienze d’intervento”* hanno messo in luce gli aspetti teorico-metodologici, i compiti e gli obiettivi dello psicoterapeuta. All’interno di questa relazione sono intervenuti alcuni specializzandi IRPPI: Dott.ssa **Giulia Terzitta**, Dott.ssa **Giorgia Romagnoli**, Dott.ssa **Cecilia Silla** e Dott. **Edoardo Petrucci**, che hanno riportato la loro esperienza all’interno di gruppi di pazienti con malattie croniche, ponendo l’accento sugli aspetti psicodiagnostici, sull’importanza del monitoraggio e la restituzione dell’esperienza attraverso tecniche e strumenti metodologici ed infine sul rapporto tra gruppo e cronicità con esperienze dirette.

La Dott.ssa **Federica Cosenza** ha illustrato la sua esperienza clinica con la relazione intitolata: *“L’intervento terapeutico nella coppia: integrazione di vari approcci teorici con il metodo della PPI”*, introducendo diversi approcci teorici in relazione al nuovo dispositivo elettivo PPI della co-terapia.

Nel pomeriggio della domenica 24 novembre, alla conclusione dei lavori del convegno, è stata istituita una tavola rotonda con i didatti del centro clinico IRPPI per esporre le linee di lavoro futuro, in un’ottica di integrazione a vari livelli, stimolando domande e riflessioni sui vari temi proposti.

*Cinema***Parthenope: Seduzione come gioco tra illusione e realtà**

A cura di Riccardo Caporale, Psicoterapeuta Direttore IRPPI

Sorrentino è arrivato alla sua maturità. Una ricostruzione antropologica della Napoli, dagli anni '50 del secolo scorso fino ai giorni nostri, che mette a fuoco il tempo sospeso sotto l'egida dell'idolatria di falsi miti che danno comunque l'illusione di sicurezza alle nuove generazioni.

I soldi del ricco comandante Santagata, il potere del vescovo Tesorone e dei boss della camorra, le "grandi bellezze" del mare, dell'arte e delle donne sono gli ingredienti di un microcosmo che rimane sempre uguale a sé stesso e che deve essere continuamente messo in scena, ritualizzato ed esasperato attraverso l'istrionismo tipico dei suoi abitanti.

In particolare, da un punto di vista psicologico, Sorrentino approfondisce il tema della seduzione incarnata nella giovane e bella protagonista Parthenope, una caratteristica del "femminile" che consiste nella capacità di entrare nell'immaginario dell'Altro per suscitare interesse e desiderio verso la propria persona. La questione è l'obiettivo della seduzione: sedurre per dare all'Altro una possibilità in più di farci conoscere per quello che siamo e creare un legame reale diventando speciali per qualcuno o sedurre per manipolare l'Altro ed essere speciali per tutti? Sorrentino mette in scena la seconda. Con lo scorrere del tempo, la giovane protagonista diviene consapevole del potere della propria seduzione e si illude che essa possa permetterle di costruire un'identità vampirizzando molti uomini che incontra lungo il suo cammino. Malgrado il godimento narcisistico della conquista e del controllo, Parthenope piano piano si accorge del pericolo di fare la stessa fine degli altri suoi coetanei sospesi nella paura di crescere e nella ricerca spasmodica di tante identità in prestito. L'ancora di salvezza per Parthenope è rappresentata dagli suoi studi umanistici intrapresi lontano da casa e soprattutto dal professore universitario di antropologia, unico uomo che non si lascia affascinare dalla studentessa modello. Il duro modo di fare del prof. Devoto Marotta nasconde una storia di vita vera, un fratello suicida, una separazione dalla moglie ed un figlio malato, quest'ultimo un segreto portato con grande dignità ed amore. Parthenope impara dal suo ormai secondo padre che per essere qualcosa bisogna passare attraverso il dolore delle perdite e delle separazioni per costruire percorsi di autonomia reali anche nel rischio del fallimento.

Dunque, con questo film Sorrentino non solo ripropone nuovamente il tema dell'illusione e del vuoto che vi è dietro al giorno d'oggi ma lega tutto ciò alla debolezza dell'uomo contemporaneo di non saper crescere e di voler rimanere ancorato al ventre materno con le sue illusorie sicurezze. Paura del dolore, del fallimento e delle proprie fragilità relegano le persone a non saper "vedere" la realtà per quella che è e da lì a non riuscire più a distinguerla dall'illusione. Altresì, l'antropologia per il professore Marotta è la capacità di vedere la realtà per quella che è. Dalla realtà e dalla sua accettazione, si possono costruire autonomie e percorsi individuali che abbiano un valore identitario forte e duraturo.

Interessante e poco sviluppato il personaggio di Sandrino, il ragazzo innamorato da sempre di Parthenope che, attraverso la sua crescita psicologica, rifiuta alla fine la bella protagonista. Da ciò, possiamo avere anche una giusta messa a fuoco del destino a cui molto spesso è condannata la seduzione narcisistica ossia la solitudine e l'oblio.

La seduzione è un gioco di attrazione e di interessamento di cui è determinante capirne le finalità. Può essere espressione di curiosità e del volersi aprire alla conoscenza del nuovo, altresì, rispecchiamento e idolatria narcisistica del proprio Sé. La prima permette la scoperta di nuove realtà interpersonali potenzialmente arricchenti, la seconda apre le porte all'illusione ossia ad un gioco privo di regole e che non può finire mai.

Mente e Cura, Rivista semestrale di psicoterapie e neuroscienze
diretta dalla Dott.ssa Valentina Battisti e dal Dott. Riccardo Caporale

ISSN 2611-0245

Mente e Cura pubblica contributi in italiano. Vengono presi in considerazione solo articoli originali, provenienti anche da settori di studio diversi dalla psicoterapia. Sono preferiti articoli di eccellenza scientifica.

Gli articoli proposti per la pubblicazione sulla Rivista *Mente e Cura* devono conformarsi, a cura dell'autore, ad alcuni requisiti formali in assenza dei quali non verranno presi in considerazione. Le pubblicazioni della rivista si suddividono in *Articoli Scientifici* e *Manoscritti*. Gli articoli scientifici includono: Articolo originale, Review, Caso Clinico e devono essere redatti secondo le norme editoriali presenti sul sito. I manoscritti hanno carattere divulgativo e devono essere redatti secondo i requisiti di leggibilità. L'invio del manoscritto sottintende che il lavoro non sia già stato pubblicato e che, se accettato, non verrà pubblicato altrove né integralmente né in parte.

Per informazioni e collaborazioni rivolgersi a redazionementecura@gmail.com