

Mente e Cura

IRPPI



IRPPI
ISTITUTO ROMANO PSICOTERAPIA
PSICODINAMICA INTEGRATA

Mente e Cura
Psicoterapie e Neuroscienze

Direzione Scientifica
Valentina Battisti e Riccardo Caporale

Mente e Cura

ISSN 2611-0245

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

SOMMARIO

ARTICOLI/ARTICLES

- La psicoterapia psicodinamica integrata:
Basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità di intervento**
Caporale R., Battisti V.3
- Caratteristiche di struttura e meccanismi eziopatogenetici del funzionamento
psicotico: un modello integrato tra psicodinamica e neurobiologia
interpersonale.** Caporale R., Battisti V., Ricci F.13
- La co-terapia come dispositivo di intervento nelle coppie in psicoterapia
psicodinamica integrata.** Cosenza F., Mentuccia M., Battisti V., Caporale R.
.....25
- La neuropsicanalisi, un nuovo paradigma per lo studio della mente umana.**
Castrucci L.37

RUBRICHE

RICERCHE

- Emozioni alla diagnosi di Pemfigo: un progetto di ricerca multidisciplinare**
Battisti S., Battisti V., Caporale R., Silla C., Leone A.49

NOVITA'

- Di passioni e altre storie: la libroterapia in adolescenza.** Carrubi F.54

CINEMA

- Il gioco di Gerald: le manette della psiche.** Galassi S.60

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, Roberta Cimaglia, Roberto Di Marzio, Maria Teresa Rossi, Alessia Sabellico, Giulia Carlotta Guerra, Andrea Jordan Raiola, Virginia Seghetti, Flavio Sellaroli, Giulia Terzitta.

Comitato editoriale: Cettina Allone, Maurizio Andreola, Francesca Annesini, 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

La psicoterapia psicodinamica integrata: Basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità di intervento

Integrated psychodynamic psychotherapy: Theoretical and methodological bases, flexibility of the technique and purpose of intervention

Caporale R.¹, Battisti V.²

¹ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

² IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Riassunto

In questo lavoro di revisione viene aggiornato il modello teorico-clinico ed il metodo d'intervento di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI), nell'ottica di una manualizzazione di processo. La maggiore strutturazione delle fasi, in termini di obiettivi e di tecnica, permetterà di rendere tale approccio più fruibile per la ricerca e dunque oggetto di verifica empirica in psicoterapia, aumentandone il grado di scientificità. La PPI è un metodo di intervento multifasico ad assetto variabile, che si distingue per la costante attenzione alla costruzione e al mantenimento dell'alleanza terapeutica come maggiore fattore di cambiamento in psicoterapia e per il ricorso ad una tecnica flessibile, adattabile al singolo caso clinico. La PPI prevede lo sviluppo progressivo di tre fasi che ripercorrono le principali tappe evolutive e le relative acquisizioni psichiche come proprietà emergenti, in un'ottica riparativa di "limited reparenting". Il susseguirsi delle fasi permette una progressiva integrazione tra protomentale, pensiero simbolico ed azione rappresentativa, favorendo un armonico equilibrio della personalità.

Parole chiave: Psicoterapia Psicodinamica integrata; intervento multifasico ad assetto variabile; limited reparenting.

Abstract

In this review work, the theoretical-clinical model and the intervention method of Integrated Psychodynamic Psychotherapy (PPI) are updated, with a view to a manual process. The greater structuring of the phases, in terms of objectives and technique, will make this approach more usable for research and therefore subject to empirical verification in psychotherapy, increasing the degree of scientificity. PPI is a multifasic intervention method with variable structure, which is distinguished by the constant attention to the construction and maintenance of the therapeutic alliance as a major factor of change in psychotherapy and for the use of a flexible technique, adaptable to the individual clinical case. The PPI foresees the progressive development of three phases that trace the main evolutionary stages and the related psychic acquisitions as emerging properties, in a reparative

perspective of “limited reparenting”. The succession of phases allows a progressive integration between protomental, symbolic thought and representative action, favoring a harmonious balance of personality.

Keywords: Integrated Psychodynamic Psychotherapy; multifasic method with variable structure; limited reparenting.

I. Inquadramento storico e caratteristiche generale della PPI

La Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI) è un approccio terapeutico che prende vita nel 2004 con la nascita dell'Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI). La scuola, riconosciuta dal Ministero dell'Università e della Ricerca con D.M. del 26.07.2004 e G.U. 03.08.2004, grazie al suo corso quadriennale di specializzazione, vanta una tradizione quasi ventennale di formazione alla psicoterapia, e centinaia di professionisti, abilitati ed inseriti nei servizi clinici pubblici e privati di tutto il territorio nazionale.

La PPI è un metodo di intervento multifasico ad assetto variabile, che si distingue per la costante attenzione alla costruzione e al mantenimento dell'alleanza terapeutica, sia negli aspetti verbali che non verbali, come maggiore fattore di cambiamento in psicoterapia (Safran e Muran, 2019; Horvath e Greenberg 1994) e per il ricorso ad una tecnica flessibile, adattabile al singolo caso clinico.

In particolare, la PPI si inserisce nel solco delle psicoterapie evidence based ed è risultata particolarmente efficace in un ampio range di dimensioni psicopatologiche e psicotraumatologiche (quadri nevrotici e psicosomatici, gravi funzionamenti della personalità, disturbi alimentari, nuove dipendenze) e tipologie di setting privati e pubblici (Lago, 2016).

La PPI si fonda su un modello di organizzazione mentale multivello e nasce dall'integrazione tra la tradizione psicodinamica evolutivo-relazionale (Bromberg, 2001, 2011; Mitchell, 2002; Aron, 2004) ed intersoggettiva (Boston Change Process Study Group, 2010; Stern, 2004, 2010), i paradigmi osservativi madre-bambino (Beebe e Lachmann, 2001; Tronick, 2008; Stern, 1985, 2004; Sander, 2007), gli studi su attaccamento e mentalizzazione (Holmes, 2014; Fonagy et al. 2002; Allen e Fonagy, 2006; Allen et al. 2008) e le recenti scoperte della neurobiologia interpersonale dell'ultimo ventennio (Siegel, 1999; Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2019; Hill, 2015).

Obiettivo del presente lavoro è la revisione di alcune specificità della teoria e del metodo PPI che nel 2016 ha visto l'ultimo aggiornamento con la stesura del Compendio di psicoterapia, a firma di tutto il nostro gruppo di lavoro e sotto la supervisione del dott. Giuseppe Lago, allora fondatore e direttore della scuola.

2. Basi teorico-metodologiche della PPI

La PPI è una psicoterapia psicodinamica integrata di stampo relazionale ed intersoggettivo.

Per psicodinamica nella nostra accezione s'intende una psicoterapia che interviene sulla ri-regolazione di processi o livelli di organizzazione mentale compromessi. Infatti, da un punto di vista dello sviluppo, la PPI prevede una concezione della mente squisitamente relazionale, che nasce dai continui scambi intersoggettivi con figure di attaccamento sicure, in cui la regolazione degli affetti e l'organizzazione ed integrazione dei molteplici sistemi motivazionali rappresentano tappe maturative della personalità adulta con sanità di base.

Da ciò, ne deriva il taglio psicodinamico di tipo relazionale ed intersoggettivo poiché tali cambiamenti strutturali in psicoterapia sono possibili solo attraverso la nascita di una nuova intersoggettività, ossia la costruzione di una relazione oggettuale riparativa, come quella terapeutica, che possa sostituirsi a strutturati schemi affettivo-relazionali di natura traumatica, questi ultimi responsabili del mantenimento attivo della psicopatologia del paziente.

Parliamo di psicoterapia integrata perché per far questo la PPI utilizza un pool di tecniche derivate sia dall'approccio psicodinamico che da altri indirizzi quali il sistemico-relazionale (e.g. Selvini et al. 1988; Selvini, 2004), la Schema Therapy (e.g. Young et al., 2007) e le psicoterapie bottom-up (e.g. Ogden et al., 2006). La flessibilità della tecnica consente di facilitare la costruzione di un'alleanza terapeutica attraverso un'ottimale sintonizzazione con lo stile cognitivo e di personalità del singolo paziente, e di poter lavorare a differenti livelli di profondità con un assetto strategico variabile.

3. Il processo e le fasi

La PPI è un metodo di intervento terapeutico multifasico ad assetto variabile.

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".

Dunque, ogni fase ha specifici focus che richiamano altrettante specifiche funzioni da potenziare o riattivare, con la finalità del ripristino di un equilibrio dinamico della personalità.

Le fasi presentano target di lavoro diversi ma interdipendenti, operano a differenti livelli di profondità d'azione, con specificità di metodo e di obiettivi; rispetto allo svolgimento della dinamica di processo, esse si sviluppano in maniera sequenziale ma, in taluni casi, anche con un buon grado di sovrapposizione in determinate singole sedute o momenti d'intervento.

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. Infatti, per differenti livelli di organizzazione della personalità, vi sono specificità di struttura in termini di deficit e conflitti che devono essere trattati partendo da fasi differenti. Tali scelte terapeutiche determinano anche la stessa durata dei singoli momenti terapeutici.

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 chiameremo 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.

3.1 Fase I: l'esperienza emozionale riparativa

La PPI considera la prima fase di un processo terapeutico il momento in cui il paziente è portatore di una crisi. La crisi è la rottura di un equilibrio psichico, ossia di quelle usuali modalità di pensare, sentire e relazionarsi con se stessi e con gli altri che, fino a quel momento, ha contraddistinto l'essere e l'agire nel mondo dell'individuo.

Il momento della crisi si palesa agli occhi del terapeuta con una sintomatologia clinicamente significativa che solitamente irrompe nella coscienza del paziente in maniera egodistonica. Il sintomo molto spesso, ma non sempre, è un contenuto emozionale primitivo, chiamato anche protomentale (Bion, 1971, 1972, 1973), che può risultare in eccesso (ansia, agitazione psicomotoria, rabbia impulsiva, acting-in e acting-out) o in difetto (rallentamento psicomotorio, inibizione, anestesia emozionale, disorganizzazione del pensiero e del comportamento). Il protomentale è un primo livello di organizzazione della mente, implicito e subsimbolico, la cui natura è tra il biologico e lo psichico ed è costituito da schemi percettivo-viscerali, emozionali e motori che si iscrivono precocemente nelle strutture limbiche dell'emisfero destro (Schoore, 1994, 2003a, 2003b, 2019; Hill, 2015).

Le quote protomentali, quando superano una determinata soglia clinica in eccesso o in difetto, alterano un'omeostasi psiconeurobiologica facendo uscire l'individuo dalla propria finestra di tolleranza emotiva (Siegel, 1999) e determinandone, dunque, una disregolazione. Nei pazienti con gravi funzionamenti di personalità, il prolungarsi di tale disregolazione emotiva è sintomo di un sistema nervoso autonomo con scarse capacità di upregulation o downregulation causate da stati dissociati della personalità (Hill, 2015).

Gli stati dissociati-distegolati sono stati impliciti del sè non riconosciuti e, dunque, non accessibili ad un'elaborazione simbolica successiva. La presenza di stati disregolati-dissociati genera un senso di discontinuità del sè, minandone la coerenza interna e l'unità mente-corpo (Bromberg, 2001, 2011).

Tali stati mentali nascono da traumi precoci dell'intersoggettività all'interno delle prime relazioni di attaccamento (Ammaniti e Gallese, 2014), si riattivano causa situazioni trigger nella vita del paziente, vengono riproposti nel qui ed ora della terapia attraverso fenomeni di enactment (Craparo, 2017) e possono avere con la crisi sintomatologica una nuova chance elaborativa e dunque integrativa.

Soprattutto alla presenza di funzionamenti gravi come quelli psicotici e borderline, in cui il sistema di attaccamento appare sostanzialmente disorganizzato, obiettivo di questa prima fase PPI è la ri-sintonizzazione e la validazione emotiva di parti sconosciute del sè del paziente (o anche cosiddette parti protomentali) e, conseguentemente, di ri-regolazione psiconeurobiologica attraverso il rientro in una finestra di tolleranza emotiva o quota protomentale di base.

Per far questo, 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 sè.

Affinché il paziente faccia una nuova esperienza riparativa, il terapeuta dovrà favorire l'appoggio oggettuale e dunque l'emergere del transfert attraverso la disposizione emotiva (non collusiva) e la messa in campo di un adeguato grado di tolleranza nell'essere "oggetto vecchio", "contenitore" di modalità disfunzionali e traumatiche. Allo stesso tempo, oltre a validare empaticamente un passato traumatico, il terapeuta gioca per il paziente una funzione di modeling emozionale, rappresentando un valido riferimento rispetto a nuovi apprendimenti impliciti più funzionali nel qui ed ora della terapia. Per questo, egli dovrà essere anche un

“oggetto nuovo”, mostrandosi come persona reale più rispondente ai bisogni del paziente, e meno “oggetto di transfert”, rompendo così una coazione a ripetere.

Da qui, l'importanza del clinico riguardo al modo di “esserci” con il paziente, la sua presenza implicita. L'aspirante terapeuta PPI in formazione, attraverso un percorso altamente specialistico di analisi didattica personale, dovrà potenziare alcune skills trasversali umane e professionali per mettere in campo: a) un atteggiamento empatico di ascolto rispettoso teso ad una sintonizzazione affettiva con quelle parti non riconosciute del sé del paziente; b) una flessibilità della tecnica che si adatti ogniqualvolta al singolo caso; c) una distanza relazionale ottimale che permetta l'appoggio oggettuale ma, allo stesso tempo, non la collusione; d) una disposizione all'apertura e all'autenticità ossia una disponibilità ed un sincero interesse riguardo la storia di vita del paziente.

Riassumendo, ad un primo livello di processo PPI, il cambiamento è implicito. Questa è la fase in cui si favorisce la nascita di un'esperienza emozionale riparativa ossia la costruzione di una nuova relazione d'oggetto ristrutturante e vitalizzante attraverso la relazione reale con il terapeuta (o anche detta alleanza terapeutica) improntata alla co-costruzione di obiettivi.

Allo stesso tempo, la costante attività terapeutica di contenimento di elementi protomentali e la trasformazione degli stessi in contenuti di pensiero, grazie al continuo rispecchiamento e marcatura affettiva, favorisce l'abbozzo o la riattivazione di un'adeguata capacità di mentalizzazione, obiettivo centrale della fase successiva.

3.2 Fase 2: la 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 terapeuticamente 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 (Schore, 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.

La mentalizzazione permette di storicizzare il momento presente, risignificando in maniera più credibile ed accettabile le esperienze affettivo-interpersonali traumatiche del passato, e favorendo, allo stesso tempo, la nascita di nuove trame narrative più funzionali ed integrabili in un sé autobiografico.

Tutto questo porta a far ripartire un processo evolutivo identitario attraverso la costruzione di un'immagine di sé più integrata e conseguentemente un livello di autostima più adeguato.

In molti disturbi di personalità di livello borderline, tali funzioni riflessive sono compromesse e questo comporta l'impossibilità di esperire un'affettività mentalizzata (e.g. Allen e Fonagy, 2006; Mucci, 2022). Questi pazienti hanno accesso ad una forma di pre-rappresentazione ovverosia a delle rappresentazioni parziali, polarizzate del sé, degli altri e delle relazioni tutte buone (idealizzate) o tutte cattive (traumatico-persecutorie), con l'incapacità di tenere una visione integrata e dunque pressoché realistica della realtà.

Il terapeuta PPI, grazie a specifici interventi tecnici progressivi di psicoterapia psicodinamica potenzia il livello di mentalizzazione allenando il paziente a costruire associazioni tra elementi protomentali ed immagini mentali e, dunque, favorendo lo sviluppo di un pensiero simbolico condiviso, più aderente alla realtà, in alternativa a rappresentazioni del sè e dell'altro semplicistiche e polarizzate.

Interventi mentalizzanti danno un nome alle emozioni e alle percezioni del corpo, la riformulazione e l'interpretazione generano nuove trame narrative, contrastando quella vaghezza identitaria contraltare di uno sviluppo traumatico e di un attaccamento disorganizzato.

In particolare, la riformulazione del materiale clinico da parte del terapeuta PPI, avvalendosi anche dell'uso della metafora e delle analogie, favorisce la nascita di un pensiero simbolico immaginifico; l'uso poi dell'interpretazione lo traduce da immagine a parola.

Infine, l'analisi del transfert e l'interpretazione dei sogni, 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.

3.3 Fase 3: l'espansione dello stato di coscienza

Il terzo ed ultimo livello di sviluppo psichico ha come obiettivo l'espansione della coscienza integrativa che permette, attraverso l'uso della parola incarnata e del movimento come forma artistica, l'unità mente-corpo (Damasio, 1994, 1999; Gallese et al, 2006; Gallese, 2006; Merleau-Ponty, M., 1962), massima espressione della maturità psicologica e della realizzazione del sè.

Infatti, l'unità mente-corpo favorisce un ampliamento dello stato di coscienza sostenendo le capacità realizzatrici dell'individuo. In altre parole, tale livello di integrazione dà la possibilità di trasformare le potenzialità creative in opere, prodotti, o più semplicemente, mettere a terra tutto ciò che si ha già in potenza.

In questo ultimo livello organizzatore della personalità, il pensiero simbolico si deve tradurre in azione rappresentativa, e sia la parola incarnata che il movimento sono gli strumenti elettivi di tale fase, entrambi portatori di un'intenzione comunicativa.

Molti pazienti con funzionamento di personalità sostanzialmente nevrotico soffrono di questa mancanza di maturazione psichica. Essi hanno acquisito sia un senso della soggettività primario, che un pensiero simbolico, sono individui che hanno in se molte potenzialità creative ma faticano o ad esserne consapevoli o ad esprimerle nella vita reale. Sia la prima condizione, legata a meccanismi di rimozione, che la seconda, generata da vissuti di insicurezza ed impotenza, li portano a non riuscire a mettere una firma sulla loro esistenza, come quadri in cerca d'autore.

A questo livello, l'ansia, gli attacchi di panico, la depressione, il male di vivere sono segni e sintomi di un senso di frustrazione legato all'incapacità di autodeterminazione, di una piena realizzazione del sè.

Emerge il tipico conflitto nevrotico "vorrei ma non posso", un conflitto tra potenzialità e capacità realizzatrici, tra quello che si vorrebbe e potrebbe essere, e quello che non si riesce ad essere. Dunque, la natura dello stesso acquisisce un'altra sfumatura nella rilettura di oggi, il "non posso" non è solo l'espressione di un senso di colpa

derivato da istanze superegoiche ma anche quello di un senso di debolezza, disistima e sfiducia nei confronti della propria persona e della possibilità di incidere sulla realtà in cui si opera modificandola.

La psicoterapia in questa 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 soddisfazione dell’esistenza, o in altri termini, la pienezza del sè passa attraverso quanto l’individuo riesca a ritrovare nel mondo qualcosa di lui e quanto si riconosca una parte attiva e agentica in tale processo.

Il terapeuta PPI riprende le chiavi di lettura della dinamica transfert-controtransfert, co-costruite nella fase precedente, e cerca di espandere, attraverso il potere trasformativo della parola incarnata, lo stato di coscienza del sè del paziente, alternando nel susseguirsi delle sedute un lavoro più dinamico-interpretativo ad uno più educativo-comportamentale di messa in pratica di tali insight.

Più nello specifico, egli utilizza l’interpretazione di transfert come punto di partenza per analizzare a livello interpretativo il piano extra transferale e rendere consapevole lo stesso paziente quanto la sua vita di relazione presente sia condizionata da una particolare psicodinamica già messa a fuoco e molto simile a quella sperimentata all’interno del processo terapeutico.

Da qui, tenendo a mente il canovaccio interpretativo e la psicodinamica del paziente, il terapeuta PPI mette in campo una costante attività di scaffolding, attraverso la proposta di esperimenti dal vivo, esercizi e compiti per casa, test di realtà di progressiva difficoltà in cui si cerchi di sperimentare strategie alternative di relazione e la loro efficacia, in un’ottica di intervento più cognitivo-comportamentale di learning by doing, atto a consolidare gli apprendimenti delle fasi precedenti.

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.

Tutto questo cementifica sempre più il link tra pensiero e azione, quello che il paziente pensa e riesce a realizzare, permettendo la completa integrazione mente-corpo ed il conseguente raggiungimento di un senso di pienezza e realizzazione del sè,

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.

La terapia si conclude in questa fase quando sempre più l’integrazione tra emozione-pensiero-azione porta il paziente ad accorgersi della propria centratura, senso di agentività ed efficacia personale. Questo permette di lasciare il passato nel passato, aumentare la quantità e la qualità dei momenti presenti (o tempo interno) e costruire una capacità progettuale congrua e coerente rispetto agli altri piani temporali.

4. Il cambiamento nella PPI

Il cambiamento nella PPI consiste in un intervento di ristrutturazione dei livelli di organizzazione mentale compromessi, seguendo una linea di lavoro che parte da una ri-regolazione prima del piano emotivo e corporeo detto protomentale (fase dell'esperienza emozionale riparativa), poi di quello affettivo-cognitivo o anche chiamato pensiero simbolico (fase della mentalizzazione), infine del comportamento in quanto azione rappresentativa (fase dell'espansione dello stato di coscienza), in un'ottica di "limited reparenting".

Nell'ambito di queste diverse fasi, il terapeuta PPI, grazie ad una flessibilità della tecnica e della strategia terapeutica, cambia disposizione di setting e significato evolutivo per il paziente, da testimone empatico dei suoi bisogni più profondi, a collaboratore all'interno di un sistema cooperativo finalizzato alla costruzione di nuove trame narrative, fino a supporto educativo e supervisore delle nuove acquisizioni raggiunte.

La psicopatologia origina dal deficit che rende l'uomo ancora più ambivalente della sua stessa natura. Infatti, la dimensione conflittuale dell'essere umano, seppur ontologica, si esaspera nell'ambito di traiettorie evolutive disfunzionali, creando vuoti di struttura che si possono colmare solamente con la nascita di una nuova intersoggettività vitalizzante e ristrutturante come quella terapeutica.

Da qui, l'importanza della maturità affettiva e psicologica del terapeuta PPI che risulta un fattore determinante nel cambiamento in psicoterapia. Non possiamo chiedere ai pazienti quello che noi evitiamo di chiederci, non possiamo sperare che essi desiderino quello che noi abbiamo rinunciato a desiderare, non possiamo aspettarci da loro ciò che noi non siamo riusciti a realizzare. Tutto questo relega il singolo professionista ad un senso di responsabilità che prima di tutto è personale, e si traduce nella spinta ad un miglioramento continuo in cui non c'è spazio per iperadattamenti e falsi equilibri di vita.

Bibliografia

Allen J., Fonagy P., Bateman, A. (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Tr.it Raffaello Cortina, Milano 2009.

Allen, J., Fonagy P. (2006) (a cura di), *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Tr.it il Mulino, Bologna 2008.

Ammaniti M., Gallese V. (2014), *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sè tra psicodinamica e neurobiologia*. Raffaello Cortina, Milano.

Aron L. (2004), *Menti che si incontrano*. Raffaello Cortina, Milano.

Beebe, B., Lachmann F. (2001), *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Tr. It Raffaello Cortina, Milano 2002.

Bion, W. R. (1971), *Esperienze nei gruppi ed altri saggi*. Tr.it. Armando, Roma.

Bion, W. R. (1972), *Apprendere dall'esperienza*. Tr.it. Armando, Roma.

Bion, W. R. (1973), *Gli elementi della psicoanalisi*. Tr.it. Armando, Roma.

- Boston Change Process Study Group (2010), *Il cambiamento in psicoterapia*. Tr. It Raffaello Cortina Milano 2012.
- Bromberg P.M. (2001), *Clinica del trauma e della dissociazione*. Raffaello Cortina, Milano 2007.
- Bromberg P.M. (2011), *L'Ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Tr.it Raffaello Cortina, Milano 2012.
- Craparo G. (2017), *L'enactment nella relazione terapeutica. Caratteristiche e funzioni*. Raffaello Cortina, Milano.
- Damasio A.R. (1994), *L'errore di Cartesio*. Tr.it Adelphi, Milano 1995.
- Damasio A.R. (1999), *Emozione e coscienza*, Tr.it. Adelphi, Milano 2003.
- 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.
- Gallese V, Migone P, Eagle M. (2006), *La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi*. *Psicoterapia e Scienze Umane* XL; 3:543-80.
- Gallese V., (2006). *La molteplicità condivisa. Dai neuroni mirror all'intersoggettività*. Einaudi Torino.
- Hill D. (2015), *Teoria della regolazione affettiva: un modello clinico*. Tr.it Raffaello Cortina Milano 2017.
- Holmes J. (2014), *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. Tr.it Raffaello Cortina Milano 2017.
- Horvath A.O., Greenberg L.S. (1994), *The working alliance: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons, New York.
- Lago G. (2016), *Compendio di psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi*. Franco Angeli Editore, Milano 2016.
- Lingiardi V., McWilliams N. (2017), *Manuale diagnostico psicodinamico, seconda edizione (PDM-2)*. Raffaello Cortina, Milano 2018.
- Lichtenberg J.D., Fosshage J.L., Lachmann F. M. (2000), *Lo scambio clinico*. Raffaello Cortina, Milano.
- Merleau-Ponty, M. (1962), *Filosofia della percezione*. Tr.it. il Saggiatore, Milano 1980.
- Mitchell S.A. (2000), *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Mucci C. (2008), *Il dolore estremo. Il trauma da Freud alla Shoah*, Borla, Roma.
- Mucci C. (2013), *Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mucci C. (2022), *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina, Milano.

- Ogden, P., Pain, C., Fisher, J. (2006), A Sensorimotor Approach to the Treatment of Trauma and Dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29: 263-279.
- Safran J.D., Muran J.C. (2019), *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Laterza, Roma-Bari.
- Sander, L.W. (2007), *Sistemi viventi*. Raffaello Cortina, Milano.
- Schore A.N. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self. The neurobiology of Emotional Development*, Erlbaum, Mahwah (NJ).
- Schore A.N. (2003a), *La regolazione degli affetti e la riparazione del sè*, Astrolabio, Roma 2008.
- Schore A.N. (2003b), *I disturbi del sè. La disregolazione degli affetti*, Astrolabio, Roma 2010.
- Schore A.N. (2019), *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina, Milano 2022
- Selvini M. (2004), *Reinventare la psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Siegel D. (1999), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Tr.it Raffaello Cortina, Milano 2013.
- Stern D. N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr.it Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Stern D. N. (2004), *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Tr.it Raffaello Cortina, Milano 2005.
- Stern D. N. (2010), *Le forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*. Tr.it Raffaello Cortina Editore, Milano 2011.
- Tronick E. (2008), *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Tr.it Raffaello Cortina, Milano.
- Vygotskij Lev. (1990), *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche*. Laterza, Roma-Bari.
- Young J., Klosko J., Weishaar M.E. (2007), *SchemaTherapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. ECLIPSI, Firenze.

Articolo

Caratteristiche di struttura e meccanismi eziopatogenetici del funzionamento psicotico: un modello integrato tra psicodinamica e neurobiologia interpersonale

Structural characteristics and aetiopathogenetic mechanisms of psychotic functioning: an integrated model between psychodynamics and interpersonal neurobiology

Caporale R.³, Battisti V..⁴, Ricci F.⁵,

¹ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

² IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

³ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Riassunto

Il presente lavoro si propone di presentare un nuovo modello integrato di sviluppo del funzionamento psicotico che permetterà di comprendere meglio le sue caratteristiche di struttura ed i relativi meccanismi eziopatogenetici in un'ottica traumatico-ambientale. Il crollo dell'intersoggettività prima e della soggettività poi darebbe vita ad una forma di riorganizzazione patologica di un sé disincarnato e frammentato e, allo stesso tempo, ad una compensativa modalità di relazione oggettuale di tipo adesivo-imitativa, in sostituzione all'organizzazione di un sistema di attaccamento.

Parole chiave: sé disincarnato; sé frammentato; modalità di relazione oggettuale adesivo imitativa; funzionamento psicotico; eziopatogenesi delle psicosi.

Abstract

The present work aims to present a new integrated model of the development of psychotic functioning that will allow to better understand its characteristics of structure and its etiopathogenetic mechanisms in a traumatic-environmental perspective. The collapse of first intersubjectivity and then subjectivity would give rise to a form of pathological reorganization of a disembodied and fragmented self and, at the same time, to a compensatory mode of object relation of an imitative adhesive type, in place of the organization of an attachment system.

Keywords: disembodied self; fragmented self; imitative adhesive type object relationship mode; psychotic functioning; etiopathogenesis of psychoses.

I. Introduzione ed obiettivi del presente lavoro

Il contributo di questo articolo vuole essere quello di proporre un nuovo modello di sviluppo del funzionamento psicotico in un'ottica integrata, frutto della convergenza di osservazioni clinico-psicodinamiche e ricerca neuroscientifica.

Partiremo da una rivisitazione di alcuni contributi in letteratura psicanalitica come quelli di Esther Bick (1964; 1968; 1986), Donald Meltzer (1975) e Didier Anzieu (1985; 1990). Approfondiremo il pensiero di questi autori ed i loro concetti di identità adesiva, identificazione adesiva e Io-pelle, integrandoli da una parte con le recenti scoperte delle neuroscienze e della neurobiologia interpersonale (e.g. Schore, 2022; Mucci, 2020; Hill, 2017), e dall'altra con gli studi attuali sull'attaccamento e mentalizzazione (e.g. Fonagy et al. 2002; Fonagy e Target, 2003).

Tale lavoro di sintesi integrativa permetterà di comprendere meglio le caratteristiche di struttura ed i meccanismi eziopatogenetici del funzionamento psicotico in un'ottica traumatico-ambientale. Dal crollo dell'intersoggettività prima e della soggettività poi, prenderebbe forma una riorganizzazione patologica di un sé disincarnato e frammentato e, allo stesso tempo, una compensativa modalità di relazione oggettuale di tipo adesivo-imitativa, in sostituzione all'organizzazione di un sistema attaccamento.

2. Osservazioni e studi psicodinamici

2.1 La frammentazione psicotica

Il primo concetto dal quale partiremo nel presente lavoro è quello di frammentazione psicotica. In ambito psicoanalitico, tale termine è stato utilizzato da differenti autori con differenti accezioni. Bion (1957) l'ha utilizzata per riferirsi a parti della personalità patologica, Fenichel (1957) per specificare un certo tipo di riorganizzazione della personalità rispetto al processo psicotico. Altri autori, in letteratura, hanno fatto riferimento alla frammentazione con i termini di "dissociazione molecolare" (Janet, 1889), "dissociazione" (Bleuler, 1955), di "disintegrazione" o "disgregazione" (Rosenfeld, 1958).

Nel linguaggio della psicoanalisi classica (e.g. Freud, 1933), con il termine disgregazione psicotica ci si riferisce a quei fenomeni clinici di dispersione della personalità che stanno a significare una regressione ad una fase dello sviluppo primitiva di tipo narcisistico, quest'ultima responsabile di quei fenomeni tipici dell'esordio schizofrenico.

Altri autori nell'ambito delle relazioni oggettuali della Scuola Inglese (Glover, 1956; Rosenfeld, 1958; Bion, 1957), pongono più attenzione alle funzioni di sintesi ed integrazione dell'Io piuttosto che agli aspetti regressivi. La psicosi deriverebbe proprio dalla disintegrazione di tali funzioni.

Glover (1956) sostiene come nelle prime fasi di sviluppo della mente vi siano molteplici Io primitivi, la cui sintesi darebbe luogo alla formazione di un Io nucleare. Le difficoltà in questo processo iniziale, dovute ad esperienze relazionali disfunzionali, porterebbero ad una condizione di "dissociazione patologica", responsabile in termini evolutivi dell'organizzazione del processo psicotico.

Bion (1957) e Rosenfeld (1958) hanno messo in evidenza nel loro lavoro più gli aspetti di disorganizzazione e di confusione della mente. In rapporto ad esperienze negative caregiver-bambino, i prodotti mentali frammentati diverrebbero "oggetti bizzari", e non oggetti parziali come in uno sviluppo normale secondo la teoria kleiniana (e.g. Klein, 1978). Questi "oggetti bizzari" rappresenterebbero delle parti della personalità cristallizzate che si organizzerebbero in configurazioni specifiche a causa di dissociazioni più gravi ed anomale.

Infine, da sottolineare l'intuizione di Searles (1965), punto di partenza molto utile al nostro modello esplicativo delle psicosi, che mette in evidenza un aspetto specifico dell'organizzazione psicotica ovvero lo stato di indifferenziazione, un'impossibilità di giungere ad una separatezza psicologica tra caregiver e bambino, tra mondo interno e mondo esterno, una difficoltà nel distinguere il proprio sé dal non sé. Dunque, Searles (1965), nell'ambito della frammentazione psicotica, evidenzia la fusione tra caregiver e bambino, quella condizione simbiotica come modalità di investimento oggettuale che disconfermerà la famigerata "fase autistica" dello sviluppo come sosteneva la Mahler (1968; 1975).

2.2 La riorganizzazione psicotica

Un altro concetto, che vogliamo recuperare nel presente lavoro, elaborato dalla letteratura classica, in risposta ad una relazione caregiver-bambino gravemente disfunzionale, alla base del processo psicotico, è quello di una

sorta di nuova organizzazione per far fronte ad un mondo emotivo caotico (Fenichel, 1957). Essa è data dal recupero, dalla ricostruzione o dall'organizzazione che si stabilisce a partire dalla disgregazione psicotica. Per il fenomeno clinico della riorganizzazione psicotica, Fenichel (1957) utilizza il termine "restituzione psicotica", un concetto mutuato dalla metapsicologia. Essa sembra il risultato di un modo di far fronte ad una condizione di frammentazione interna.

All'interno delle riorganizzazioni psicotiche o restituzioni psicotiche per usare il termine di Fenichel (1957), vengono inclusi alcuni quadri psicopatologici classici che rientrano più nei disturbi di personalità ma anche nella schizofrenia conclamata. In questi termini, quando Bion (1957) parla di "oggetti bizzarri" all'interno di una personalità psicotica ci si può riferire proprio al fenomeno clinico della restituzione psicotica, ossia quando l'individuo cerca di gestire quello che Bion definisce il "terrore senza nome", quel caos emotivo che diviene intollerabile da un punto di vista psichico e a cui il soggetto cerca di far fronte con una nuova ricostruzione della realtà, con un nuovo senso della stessa come tentativo di guarigione. Ciò comporta un ritiro, in un mondo idiosincratico, in cui il caos emotivo diventa a questo punto più gestibile, nonostante una situazione sempre patologica. Nella concettualizzazione di Bion (1957), tale riorganizzazione psicotica non necessariamente può interessare tutta la personalità come nelle condizioni schizofreniche ma anche alcune parti della stessa, come per esempio nei funzionamenti limite.

In sintesi, con il concetto di riorganizzazione psicotica o restituzione secondo Fenichel (1957) si può intendere un nuovo rapporto con la realtà partendo da un ritiro psicotico dalla stessa. Tale fenomeno clinico ci aiuta a comprendere quelle manifestazioni, ovvero quei fenomeni curativi che cercano di gestire al meglio possibile le dissociazioni gravi alla base di una frammentazione psicotica. In questo tentativo di far fronte ad una condizione emotiva intollerabile, data dalla frammentazione, la riorganizzazione sarebbe una difesa per il soggetto rispetto alla realtà sempre però come risposta ad una condizione patologica. Nell'insieme, con questa modalità ricostruita si ha modo di recuperare un senso di coerenza interna riorganizzando tutti quegli elementi caotici che Bion definisce elementi beta (Bion, 1957), i quali altrimenti non potrebbero procedere in altro modo ad integrazione. In altri termini, la ristrutturazione patologica conferisce, seppur con costi di gestione psicologici alti, un senso di unità, così come vedremo nel pensiero della Bick (1964, 1968), di Meltzer (1975) e di Anzieu (1985).

2.3 I fenomeni di identità adesiva ed identificazione adesiva

Un'autrice psicodinamica che si è occupata dello studio delle psicosi infantili, attraverso l'Infant Observation, è Esther Bick (1964; 1968), il cui contributo maggiore è stato quello legato alle sue concettualizzazioni sulle funzioni protomentali della pelle, da cui poi si svilupperebbero gradualmente funzioni più complesse quali il pensiero.

L'esperienza della pelle come esperienza protomentale permetterebbe, attraverso sensazioni elementari, di iniziare a costruire un primitivo senso "di essere tenuti insieme", senza il quale il bambino potrà sperimentare altresì solo angoscia di frammentazione, "di cadere a pezzi", di essere preda di terrore senza fine.

Questa primitiva sensazione di essere tenuti è facilitata dalla capacità materna dell'handling. Attraverso le sequenze ripetute di interazioni tra madre e bambino, la funzione protomentale contenitiva della pelle fornirebbe gradualmente un confine corporeo, una prima differenziazione e discriminazione tra bambino e caregiver in una fase molto precoce dello sviluppo, in cui ancora non vi sarebbe una mentalizzazione del corpo. Questa fase molto precoce dello sviluppo sarebbe caratterizzata da quei fenomeni tipici di scissione ed identificazione protettiva tipici del modello kleiniano. Quando lo sviluppo è sostenuto da modalità funzionali nell'interazione caregiver bambino, questo favorirebbe la costituzione di una pelle psichica, base dei futuri processi di interiorizzazione. In questo modo, gradualmente, si genererebbero processi di differenziazione attraverso lo sviluppo di un'identificazione primaria e così la mente procederebbe verso una maggiore integrazione incorporando sempre più memorie sensoriali.

La Bick (1964) descrive altresì che, quando la paura intensa, legata al senso di dispersione, è causata da sensazioni e percezioni non organizzate, ossia non contenute da un'ottimale manipolazione della madre attraverso adeguati scambi corporei, il bambino metterebbe in atto, grazie l'uso della muscolatura, fenomeni di irrigidimento corporeo o stereotipie motorie con funzioni di auto contenimento, utili a difendersi da tali sensazioni

intollerabili. La Bick (1968) definisce tale processo di compensazione la “formazione di una seconda pelle difettosa”. Tale meccanismo sarebbe un processo riorganizzativo di tipo patologico messo in atto dal bambino per gestire al meglio angosce primitive. A questa difesa intrapsichica, la Bick ne individua un'altra di tipo più relazionale e, che noi riteniamo molto importante recuperare, chiamata “identità adesiva”. In tale modalità, il bambino aderirebbe alla superficie dell'oggetto per acquisire un rudimentale grado di sicurezza e contrastare angosce massive nei confronti di catastrofiche rotture della coesione del proprio sé, dettate dal rischio di una dispersione in uno spazio senza fine. Tale concettualizzazione prende spunto dalle idee di Imre Hermann (1976) sull'istinto ad aderire e sulla descrizione dell'adesione agli oggetti, caratteristica degli stati onofilici, espressa da Michael Balint. Questa teorizzazione anticiperà le idee che più tardi saranno sviluppate da John Bowlby e dalla sua teoria dell'attaccamento (e.g. 1969; 1973).

Un altro autore che ha ripreso il pensiero della Bick sull'identità adesiva è Donald Meltzer (1975) con i suoi studi di osservazione sistematica sui bambini autistici. Meltzer individua il meccanismo dello smantellamento all'interno di uno stato indifferenziato e di fusione in cui si trova il bambino con il caregiver in una fase precocissima di sviluppo. Tale meccanismo per Meltzer è un processo passivo, non un meccanismo attivo di difesa, che deriva dalla sospensione del processo attentivo, quest'ultimo considerato da Meltzer come un vero e proprio organo mentale, fondamentale nell'elaborazione degli stimoli sensoriali. La capacità attentiva del bambino si correla con quella della madre in relazione. Il bambino ha modo attraverso una relazione sicura di organizzare in maniera ottimale le sue sensazioni, percezioni ed emozioni. Dunque, una relazione funzionale renderebbe al bambino più facile l'integrazione attraverso l'attenzione delle diverse percezioni derivanti dai differenti e distinti canali sensoriali. Questo progressivo processo di integrazione mentale permetterebbe di passare da uno stato indifferenziato ad una maggiore differenziazione nella percezione di sé e dell'altro diverso da sé.

In una relazione disfunzionale, lo smantellamento si tradurrebbe in un processo di frammentazione sensoriale in elementi protomentali basilari. Nello smantellamento, l'oggetto sarebbe parcellizzato in frammenti sensoriali ciascuno dei quali avrebbe una sua qualità specifica senza la possibilità però di un'integrazione degli stessi. Di conseguenza, il pensiero non avrebbe possibilità di svilupparsi, poiché lo smantellamento non permetterebbe l'organizzazione dell'esperienza sensoriale, emotiva e, quindi, mentale, dando così luogo ad un disturbo del pensiero.

Lo smantellamento come processo psichico favorirebbe l'emergere di un conseguente meccanismo chiamato “identificazione adesiva” (1975). Mentre la Bick parla di identità adesiva, Meltzer conia il termine di identificazione adesiva sottolineando l'abolizione di ogni confine corporeo tra il bambino e il caregiver, tra il sé e l'oggetto, dove si instaura una modalità relazionale adesiva di tipo fusionale e non vi è possibilità di separatezza in termini simbolici. La fenomenologia dell'identificazione adesiva è rappresentata da un comportamento mimetico in cui l'appoggiarsi all'altro, imitandolo in maniera passiva senza alcun tipo di elaborazione della relazione, porterebbe quindi ad una dipendenza materiale, poiché non vi sarebbe lo sviluppo di un pensiero che possa garantire un processo di separazione. Meltzer (1975) descrive i meccanismi di smantellamento e di identificazione adesiva nell'ambito dell'osservazione dei bambini autistici, in cui tali condizioni patologiche sono più evidenti. Il bambino rimane così in uno stato di adesione all'altro in modo passivo dove lo smantellamento e l'imitazione dell'altro prevalgono come processi.

L'identificazione adesiva, in altri termini, è una modalità di relazione che oggi chiameremo anche “disincarnata” (Gallese, 2006), in cui non vi è intersoggettività, ma imitazione passiva dell'altro e del mondo esterno. Dunque, la modalità adesiva rappresenta un sistema di imitazione passiva senza evoluzione, caratterizzato da quelli che possiamo definire dei manierismi.

Dunque, sia nella Bick che in Meltzer vediamo un'importanza strutturale e strutturante data all'elaborazione sensoriale, in uno stato iniziale di indifferenziazione simbiotica, che procede attraverso fasi di una maggiore elaborazione ed integrazione di informazioni fino a giungere allo sviluppo di un pensiero simbolico, come ritroveremo anche nelle teorizzazioni di Didier Anzieu (1985; 1990).

2.4 Lo sviluppo dell'Io-pelle

Come per la Bick (e.g 1964) e Meltzer (1975), anche per Anzieu (1985; 1990) la pelle ha un ruolo fondamentale nella costituzione di una prima organizzazione mentale. Il concetto di "Io-pelle" risponde, secondo Anzieu, al "*bisogno di un involucro narcisistico e assicura all'apparato psichico la certezza e la costanza di un benessere di base*" (1985). La pelle assume fin da subito una grande importanza poiché fornisce all'apparato psichico le rappresentazioni che costituiscono l'Io e le sue funzioni. L'Io-pelle è "*una rappresentazione di cui si serve l'Io del bambino, durante le fasi precoci dello sviluppo, per rappresentarsi sé stesso come Io che contiene i contenuti psichici, a partire dalla propria esperienza della superficie del corpo*" (Anzieu, 1985).

All'inizio dello sviluppo, è presente la fantasia di una pelle comune, una comunicazione diretta tra corpi, mantenendo così caregiver e neonato in una reciproca dipendenza di natura simbiotica. È necessario, dunque, arrivare al riconoscimento dell'esistenza di una propria pelle e di conseguenza di un proprio Io. Tale acquisizione evolutiva non è semplice poiché si attivano nel neonato angosce primitive di separazione e lacerazione quasi fisica. L'esperienza di una superficie corporea e, dunque, della propria separatezza può avvenire grazie ad esperienze positive di holding, di handling e di presenting object (Winnicott, 1965). Tali memorie implicite strutturanti possono permettere di elaborare le angosce provenienti da una possibile separazione e di costituire il proprio Io-pelle, grazie ad un processo di doppia interiorizzazione. Anzieu (1985; 1990) parla d'interiorizzazione dell'interfaccia, che andrà a costituire un involucro psichico in grado di contenere i contenuti psichici, e d'interiorizzazione dell'ambiente materno, che andrà invece a generare il mondo interno dei pensieri, degli affetti e delle immagini.

L'Io-pelle permette la nascita di una serie di funzioni. La prima è quella di fornire un sostegno della vita psichica, grazie all'interiorizzazione dell'holding. Anzieu asserisce: "*l'Io-pelle è una parte della madre, in particolare le mani, che è stata interiorizzata e che mantiene la vita psichica in condizione di funzionare, almeno durante la veglia, proprio come durante lo stesso tempo la madre mantiene il corpo del bambino in uno stato di unità e solidità*" (1985). Il bambino mentre sperimenta il corpo del caregiver, può conquistare il proprio, a patto che egli stesso sia sicuro di avere un contatto stretto e stabile con la sua pelle. È quindi necessario che ci sia un'identificazione primaria con un oggetto di supporto che stringe e regge il bambino, più che un'incorporazione del seno che nutre come teorizza la scuola kleiniana. Una seconda importante funzione dell'Io-pelle è quella di contenimento, favorita dall'handling, e legata alla capacità del caregiver di fornire attraverso le cure al bambino la sensazione del "corpo come sacco". Una terza funzione dell'Io-pelle è quella di para-eccitazione, ossia di difesa da sovra stimolazione ambientale.

Se non vi è contenimento fisico ed emotivo, il bambino eviterà la frustrazione attaccando i pensieri stessi come oggetti cattivi, ed i legami fra i pensieri, in modo tale che la realtà sia aggredita e distrutta. Il risultato è un processo di pensiero frammentato che può diventare psicotico ed un bisogno molto intensificato di ulteriore identificazione proiettiva e scissione per contenere la frustrazione (Fonagy e Target, 2003).

Dunque, anche in Anzieu vi è un'attenzione nel cogliere lo sviluppo mentale partendo da elementi sensoriali come la pelle per arrivare in maniera gerarchica a funzioni più complesse come le capacità simboliche. Allo stesso modo, quando la diade è fortemente disfunzionale, in termini di difficoltà di contenimento, queste possono favorire lo sviluppo di un funzionamento psicotico con frammentazione ed il permanere di modalità adesive nelle prime relazioni.

3. Gli studi su trauma, attaccamento e psicosi

I lavori su trauma, attaccamento e psicosi sono studi correlazionali che mettono in evidenza il ruolo centrale del trauma relazione precoce (Schore, 2022; Mucci, 2020) come fattore di rischio sia nella patogenesi del funzionamento psicotico sia nell'insorgere dell'esordio (e.g. Varese et al., 2012).

La ricerca mette in evidenza come gli eventi traumatici rappresentino un importante fattore di rischio nello sviluppo delle psicosi, soprattutto quelli legati alle prime relazioni con le figure di attaccamento, sottolineando anche l'importanza della precocità del trauma (Varese et al., 2012; Bechdolf et al., 2010; Van Os et al., 2008; Cutajar et al., 2010; Thompson et al., 2014).

Nell'ambito dell'attaccamento, Varese e colleghi (2012) hanno pubblicato una importante meta-analisi, rilevando la presenza di traumi quali il neglect, gli abusi fisici, sessuali ed emotivi, e i lutti precoci nelle storie di pazienti affetti da sindromi psicotiche, anche se non tutte le ricerche siano concordi. In particolare, gli abusi sessuali sembrerebbero essere gli eventi che più degli altri influenzino la transizione da uno stato ad alto rischio ad un disturbo franco (Cutajar et al., 2010; Thompson et al., 2014). Malgrado gli studi in questo ambito siano pochi, essi sembrano andare nella direzione di un modello condiviso di trauma-dissociazione-psicosi.

Bechdolf et al., (2010) mostrano come, oltre la presenza di esperienze costantemente disempatiche legate alle relazioni di attaccamento, anche altri tipi di traumi come il coinvolgimento o l'aver assistito a eventi incontrollabili quali incidenti, attentati, catastrofi naturali e guerre, risultino fattori predisponenti ad uno stato ad alto rischio per i disturbi psicotici. Allo stesso tempo, Van Os (2008) sottolinea come ad incrementare la vulnerabilità psicotica possano essere determinanti alcuni fattori precipitanti quali l'uso di sostanze, che sembrino slantizzare il disturbo.

La ricerca nell'ambito dell'attaccamento, inoltre, mette in evidenza la presenza di meccanismi dissociativi in vari disturbi psicopatologici ed anche nella psicosi. Ad esempio, la ricerca mostra come vi sia una frequente associazione tra i disturbi post-traumatici da stress (PTSD) e lo sviluppo successivo di sintomi psicotici (e.g. Bechdolf et al., 2010; Kline et al., 2016), tollerando l'importanza a livello terapeutico di evidenziare eventi traumatici nella storia di vita di pazienti ad alto rischio. Interessante notare è che tali ricerche mettano in evidenza gli elementi comuni della dissociazione tra PTSD, disturbi dissociativi dell'identità e psicosi come ad esempio le dispercezioni, il ritiro sociale (Bailey et al. 2018). Gli stessi autori hanno trovato correlazioni tra PTSD e sintomi ad alto rischio in adolescenti evidenziando come di fatto le esperienze traumatiche possano portare alla comparsa di deliri e allucinazioni (Bailey et al. 2018).

In sintesi, gli studi nell'ambito dell'attaccamento riportano correlazioni tra attaccamento disorganizzato, sintomi dissociativi simili a quelli riscontrati nei PTSD e vulnerabilità allo sviluppo di una condizione psicotica (e.g. Van Winkel et al., 2013; Bentall et al., 2014).

All'interno del paradigma dell'attaccamento, il recente filone di ricerca sulla mentalizzazione (e.g. Fonagy et al. 2002; Fonagy e Target, 2003), ha approfondito i deficit della funzione riflessiva soprattutto nel disturbo borderline di personalità. Malgrado ciò, in questo ambito, iniziano ad implementarsi lavori scientifici che studiano le correlazioni tra attaccamento disorganizzato, deficit nella metacognizione e sviluppo di disturbi psicotici. Le caratteristiche centrali del trauma relazionale e di traumi più gravi favoriscono l'esposizione ad intensità imprevedibili ed estreme di disregolazione emotiva e di dissociazione che potrebbero indurre ad un terrorizzante ed insolubile dilemma di attaccamento, quale il "terrore senza nome" di Bion (1957), tipico delle psicosi con paure prive di qualsiasi pensabilità e significato.

Williams et al. (2018) in uno studio recente, hanno indagato l'impatto di mediatori specifici nelle esperienze avverse nell'infanzia associate a psicosi. Tra le famiglie di variabili emergono, oltre i sintomi post-traumatici, la disregolazione affettiva, i processi cognitivi e metacognitivi e i deficit di mentalizzazione.

Attualmente, benché il paradigma dell'attaccamento e della mentalizzazione rappresenti una modellistica che ben si coniuga con i dati neuroscientifici nella comprensione dello sviluppo delle psicosi, gli stessi studi non hanno ancora gettato luce sui meccanismi specifici alla base della sua patogenesi.

4. La ricerca nel campo della neurobiologia interpersonale

I meccanismi specifici che differenziano i disturbi psicotici dai disturbi di personalità sono dunque a tutt'oggi da chiarire. Anche nel campo della ricerca in neurobiologia interpersonale, sebbene alcuni paradigmi di riferimento attuali quali quelli della regolazione affettiva di Schore (e.g. 1994; 2022) o della teoria basata sulla mentalizzazione (e.g. Fonagy et al. 2002; Fonagy e Target, 2003) aggiungano qualcosa in più rispetto alla comprensione della psicopatologia grave, essi stessi nascono, nello specifico, come modelli esplicativi soprattutto dei disturbi di personalità e non delle psicosi. In particolare, essi non si focalizzano sui meccanismi eziopatogenici specifici e non spiegano le modalità attraverso le quali i fenomeni dissociativi possano condurre allo sviluppo di psicosi.

Nel modello neuro-psico-traumatologico di Schore (e.g. 1994; 2022), i caregiver disorganizzati a livello di attaccamento, soggetti a imprevedibili eccessi di iperarousal e di ipoarousal e a stati di profonda dissociazione, e a loro volta vittime di eventi traumatici come abusi sessuali e gravi maltrattamenti (e.g. Carlson et al., 1989; Cicchetti e Toth, 1995; Van der Kolk, 1994), sono incapaci di processare e regolare le emozioni dei loro figli. Sotto stress possono diventare caregiver spaventati/spaventanti, inducendo nel bambino stati di intensa paura e terrore. Il risultato è un ambiente di attaccamento disorganizzante con difficoltà a gestire le emozioni. Secondo Schore (1994), in questo quadro di attaccamento disorganizzato precoce, si produrrebbero una serie di alterazioni neurochimiche alla base dei due sistemi principali autonomici, simpatico e parasimpatico, responsabili entrambi nel moderare gli stati di attivazione dell'organismo sul piano corporeo ed emotivo. In un modello operativo disorganizzato, i due sistemi entrerebbero in funzione simultaneamente generando profondi meccanismi dissociativi e, di conseguenza, creando una vulnerabilità a disturbi psicopatologici gravi incluse probabilmente anche le psicosi. Nello specifico, Schore (e.g. 1994; 2022) mette in evidenza come gli affetti dissociati nel corso delle relazioni primarie precoci di attaccamento non possano essere integrati in un senso del sé più simbolico e di come l'intersoggettività si indebolisca, portando le strutture del sistema primario di regolazione emotiva a non essere più integrate, dunque, a livello cerebrale, a non scambiarsi più informazioni in maniera bilanciata in termini interemisferici. Ne deriverebbe che l'informazione affettiva non sia processata nell'emisfero corticale destro in maniera corretta, non riceva, dunque, un processamento primario nella memoria implicita ed, infine, non possa essere trasferita all'emisfero sinistro per una valutazione di secondo ordine cosciente più articolata.

Schore (e.g. 1994; 2022) sostiene che una regolazione affettiva disturbata, derivata da un attaccamento disorganizzato, sia il difetto centrale sotteso a diversi disturbi di personalità e anche a molti disturbi clinici. Nello specifico, il pattern disorganizzato risulterebbe soprattutto associato a disturbi di personalità borderline (e.g. Fonagy et al. 2002).

In sintesi, l'esposizione a ripetute relazioni disempatiche, o a traumi tipo abusi sessuali e maltrattamenti, darebbe luogo a fenomeni di dissociazione più grave, in genere presenti nell'attaccamento disorganizzato, favorendo la vulnerabilità allo sviluppo di disturbi dissociativi e a psicopatologie gravi, come anche le psicosi.

Partendo dal pensiero di Schore (e.g. 1994; 2022) ed integrandolo con la teoria basata sulla mentalizzazione (e.g. Fonagy et al., 2002; Fonagy e Target, 2003), Hill (2017) mette in evidenza come le profonde alterazioni del sistema primario di regolazione emotiva influenzino il sistema secondario, rappresentato dalle capacità di mentalizzazione, dove sono coinvolte funzioni più complesse sul piano evolutivo anche in termini neurobiologici. I profondi deficit di mentalizzazione, causati da traumi di tipo umano e non (Mucci, 2020), nello sviluppo anche precocissimo (primi 6 mesi di vita), creerebbero il terreno fertile per l'emergere di psicopatologia grave inclusa la psicosi.

5. Revisione del modello eziopatogenetico e nuove caratteristiche di struttura psicotica

Dopo attenta rilettura delle osservazioni e teorizzazioni psicanalitiche della Bick (1964; 1968), Meltzer (1975) e Anzieu (1985), e alla luce del paradigma attaccamentista e delle recenti ricerche della neurobiologia interpersonale (e.g. Schore, 2022; Mucci, 2020; Hill, 2017), proponiamo in questo lavoro una visione più integrata della patogenesi del funzionamento psicotico.

In linea con il modello eziopatogenetico di Schore (2022), Mucci (2020) e Hill (2017), il trauma da mano umana che si consuma con le primissime figure di attaccamento rappresenta uno dei fattori di rischio che più contribuisce ad organizzare il potenziale psicotico. Sempre gli stessi Autori mettono in evidenza, inoltre, due caratteristiche chiave del trauma relazionale, la tipologia di trauma (neglect, scarsa sintonizzazione, abusi ect.) e la precocità con la quale esso impatta sul periodo critico di sviluppo. Infatti, i modelli psicotraumatologici di Schore (2022) e Mucci (2020) riconoscono come l'esposizione precocissima (entro i primi tre/sei mesi di vita) a relazioni di caregiving improntate all'estrema trascuratezza e violenza possano orientare il funzionamento mentale del bambino verso i disturbi più gravi della personalità, quali ad esempio quelli antisociali.

Anche se, come avevamo già sottolineato, tali modelli neurobiologici dello sviluppo psichico e della psicopatologia non diano conto di come si strutturi la patologia psicotica nello specifico, queste considerazioni teorico cliniche a nostro avviso sono molto importanti come punto di partenza nella comprensione della sua eziopatogenesi. Concordiamo, infatti, che soprattutto la trascuratezza in termini di relazioni totalmente disempatiche possano determinare un crollo dell'intersoggettività primaria (Ammaniti e Gallese, 2014) con conseguenze molto gravi nella strutturazione di un proto-se (Damasio, 1995).

Infatti, tutti gli studi osservativi dell'Infant Research restituiscono la fotografia di un bambino attivo, responsivo, connesso a livello relazionale e con una rudimentale soggettività fin dalla nascita (Beebe e Lachmann, 2002; Stern 1986), disconfermando una possibile fase autistica (Mahler, 1968; Mahler et al., 1975). Tale propensione alla relazione risulterebbe funzionale alla costruzione di un'intersoggettività primaria con la figura di

attaccamento, a propria volta strutturante per la mente nei termini dello sviluppo di una soggettività, di un sé più coeso e integrato a livello mente-corpo.

A nostro avviso, tale mancata sintonizzazione pervasiva, cronica, presente fin già dalla nascita e legata soprattutto al mancato contatto fisico (*handling*) ed emotivo (*holding*) del caregiver primario, si innesterebbe in un momento evolutivo critico nello sviluppo della funzione proto-mentale dell'Io-pelle psichico (Anzieu, 1985; 1990). L'esperienza della pelle contribuisce ad organizzare una delle più primitive sensazioni di essere tenuti insieme passivamente, senza la quale saremmo preda dell'angoscia di cadere a pezzi. L'internalizzazione di questa funzione fornisce al neonato la primitiva sensazione di un confine corporeo, di una distinzione fisica e, allo stesso tempo, quella di essere un contenitore, quest'ultimo necessario precursore della scissione e dei meccanismi proiettivi ed introiettivi, ossia di quelle tipiche dinamiche primitive teorizzate dal modello delle relazioni oggettuali. L'internalizzazione delle funzioni contenitive della pelle avverrebbe durante uno stadio precoce di apparente non integrazione ed indifferenziazione tra psiche e soma, quando l'identificazione proiettiva esisterebbe come primitivo meccanismo di difesa (Bick, 1964; 1968).

L'impossibilità di esercitare tale funzione da parte del caregiver, frutto di un crollo dell'intersoggettività, potrebbe lasciare il bambino in una simbiosi indifferenziata, con confini corporei labili ed una mente disincarnata (Meltzer, 1975; Anzieu, 1985; Gallese, 2006), frutto di esperienze emotivo-sensoriali non riconosciute, creando anche una possibile vulnerabilità a tutte quelle psicopatologie di natura dissociativa con particolare interessamento del corpo come i disturbi somatoformi.

Riassumendo, in questo lavoro di sintesi teorico clinica, asseriamo che nella strutturazione di un funzionamento psicotico intervenga un particolare fattore di rischio traumatico ambientale, in una primissima fase dello sviluppo, quale quello della trascuratezza fisica ed emotiva della prima figura di attaccamento. Tale crollo dell'intersoggettività in un periodo così critico dello sviluppo in cui si costituiscono le funzioni protomentali della pelle come prima percezione di un confine corporeo, porterebbe a due conseguenze.

La prima riguarderebbe l'esposizione della mente ad un grave e costante stato dissociativo di non integrazione o frammentazione del sé, in cui il neonato sarebbe chiamato a contrastare angosce massive nei confronti di catastrofiche rotture della propria coesione interna, conseguenza della dispersione del sé in uno spazio senza fine (Bick, 1964; 1968). Per far fronte a tale mondo emotivo caotico, la mente attiverebbe di conseguenza una sorta di riorganizzazione o nuova organizzazione patologica (Fenichel, 1957). Tale riorganizzazione si tradurrebbe nello sviluppo di un pensiero tutto proprio, governato da regole e contenuti idiosincratici tipici di quella sintomatologia positiva espressa dalle psicosi.

Il secondo effetto interverrebbe, a livello relazionale, nella costruzione di una particolare modalità d'investimento oggettuale patologica compensativa. Il crollo dell'intersoggettività primaria genererebbe, al posto dell'attivazione di un sistema attaccamento, un meccanismo di identificazione adesiva senza evoluzione (Meltzer, 1975), attraverso cui il bambino, potenziale psicotico, "si appoggierebbe" all'altro in una modalità diremmo oggi

“disincarnata” (Gallese, 2006). In un sistema in cui non vi è intersoggettività, vi è l’imitazione passiva dell’altro e del mondo esterno. Dunque, la modalità adesiva ed un conseguente sistema di imitazione passivo contraddistinguerebbe il funzionamento psicotico, e si sostituirebbe all’attivazione di un sistema di attaccamento.

Infine, possiamo concludere che, a differenza dei funzionamenti borderline anche gravi, la qualità sia della struttura del sé che della relazione oggettuale sia diversa. Nei casi di funzionamento psicotico abbiamo a che fare con un crollo dell’intersoggettività prima e della soggettività poi. Dunque, a livello intrapsichico, non possiamo parlare di organizzazione ma di non integrazione o indifferenziazione di un sé frammentato e disincarnato, e a livello oggettuale non possiamo parlare di organizzazione di un sistema attaccamento ma di un patologico meccanismo adesivo imitativo.

Bibliografia

- Ammaniti, M., Gallese, V. (2014). *La nascita dell’intersoggettività*. Lo sviluppo del Sé tra psicodinamica e neurobiologia. Raffaello Cortina Editore. Milano 2014.
- Anzieu, D. (1985), *L’Io pelle*, tr.it. Borla, Roma, 1987.
- Anzieu, D. (1990) “ L’epidermide nomade e la pelle psichica”, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.
- Bailey, T., Alvarez-Jimenez, M., Garcia-Sanchez, A.M., Hulbert, C., Barlow, E., Bendall, S. (2018). *Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Schizophrenia Bulletin, 44, 1111-1122.
- Beebe, B., Lachmann, F., (2002). *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Raffaello Cortina Editore. Milano 2002.
- Bentall, R.P., De Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M., Read, J., (2014), *From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 49 (7): 1011-22.
- Bick, E., (1964), *Notes on infant observation in psychoanalytic training*, “Int. J. Psychoanal.”, 45: 558-566.
- Bick, E. (1968), *L’esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1974.
- Bick, E., (1986), *Further considerations on the function of the skin in early object relations: finding from infant observation integrated into child and adult analysis*, “Brit. J. Psychother.”, 2: 292-299.
- Bion, W. R., “*Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities*”, International Journal of Psycho-Analysis, 1957.

- Bechdolf, A., Thompson, A., Nelson, B., Cotton, S., Simmons, M.B., Amminger, G.P., Leicester, S., Francey, S.M., McNab, C., Krstev, H., Sidis, A., McGorry, P.D., Yung, A.R., (2010). *Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group*. Acta Psychiatr. Scand. 121 (5), 377–384.
- Bleuler, E., *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia*, Nueva York, International Universities Press, 1955.
- Bowlby, J. (1969) *Attaccamento e perdita, Vol. I: Attaccamento alla madre*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- Bowlby, J., (1973), *Attaccamento e perdita, vol.2: separazione dalla madre*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., Braunwald, K., (1989). *Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants*. Developmental Psychology, 25, 525- 531.
- Cicchetti, D., & Toth, S.L., (1995). *Developmental psychopathology and disorders of affect*. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 2, pp. 369-420). New York: Wiley & Sons.
- Cutajar, M.C., Mullen, P.E., Ogloff, J.R., Thomas, S.D., Wells, D.L., Spataro, J. (2010). *Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children*. Arch. Gen. Psychiatry 67 (11), 1114–1119.
- Damasio, A., (1995) *L'errore di Cartesio*. Adelphi editore, 1995.
- Fenichel, O., *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Nova, 1957.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Tr.it Raffaello Cortina, Milano 2005.
- Fonagy, P., Target, M. (2003) “Psicopatologia evolutiva”, Raffaello Cortina Editore, 2005.
- Freud, S. (1933), *Introduzione alla psicoanalisi*, in *Opere cit.* vol.XI.
- Gallese, V., (2006). *La molteplicità condivisa. Dai neuroni mirror all'intersoggettività*. Einaudi Torino, 2006.
- Glover, E., *On the Early Development of Mind*, Londres, Imago, 1956, capítulos 8, 11, 12, 13 y 20.
- Hermann, I., (1976) *L'Istinto Filiale* Casa Editrice: Feltrinelli - Psicologia e Psiconalisi
- Hill, D. (2017). *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Janet, P., (1889), *L'automatismo psicologico*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2013.
- Kline, E., Millman, Z.B., Denenny, D., Wilson, C., Thompson, E., Demro, C., Connors, K., Bussell, K., Reeves, G., Schiffman, J. (2016). *Trauma and psychosis symptoms in a sample of help-seeking youth*. Schizophrenia Research 175; 174–179.
- Klein, M., (1921-1958), *Scritti*. Tr. Iy. Boringhieri, Torino 1978.

- Mahler, m., (1968), *Infantile Psychosis*, New York: International Universities Press, trad. it. *Psicosi infantili*, Bollati Boringhieri, 1975.
- Mahler, M., PINE, F., BERGMAN, A., (1975), *The Psychological Birth of the Human Infant Symbiosis and Individuation*, Basic Books, New York, trad. it. *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, 1978, p. 75.
- Meltzer, d., Bremner j., Hoxter, s., Weddel, d., Wittenberg, i., (1975), *Explorations in Autism*, Clennié, Perth, trad. it. *Esplorazioni sull'autismo: studio psicoanalitico*, Boringhieri, Torino, 1977.
- Mucci, C., (2020). *Corpi Borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore. Milano 2020.
- Rosenfeld, H., *Algunas consideraciones sobre la psicopatología de la esquizofrenia*, Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 1958, IV, 2.
- Schore, A., (2022). *Psicoterapia con l'emisfero destro*. Raffaello Cortina Editore, 2022
- Searles, H. F., *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, Londres, Hogarth Press, 1965, capítulos 10 y 18.
- Stern, D.N. (1986), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Thompson, A.D., Nelson, B., Yuen, H.P., Lin, A., Amminger, G.P., McGorry, P.D., Wood, S.J., Yung, A.R., (2014). *Sexual trauma increases the risk of developing psychosis in an ultra high-risk "prodromal" population*, Schizophr. Bull. 40 (3), 697–706.
- Van Os, J., Rutten, B.P., Poulton, R. (2008). *Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions*. Schizophr. Bull. 34 (6), 1066–1082.
- Van Winkel, R., Van Nierop, M., Myin-Germeys, I., Van Os, J., *Childhood Trauma as a Cause of Psychosis: Linking Genes, Psychology, and Biology*. The Canadian Journal of Psychiatry. 2013; 58 (1), 44-51.
- Van der Kolk, B.A., (1994). *The behavioral and psychobiological effects of developmental trauma*. In A. Stoudemire (ed.), *Human behavior: An introduction for medical students* (pp. 328-343). New York: Lippincott.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J., Bentall, R.P. (2012). *Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies*. Schizophr. Bull. 38 (4), 661–671.
- Williams, J., Bucci, S., Berry, K., Varese, F. (2018) *Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: A systematic review*. Clinical Psychology Review 65; 175–196
- Winnicott, D. (1965), *Sviluppo affettivo ed ambiente*. Tr. It. Armando, Roma 2002.

Articolo

La co-terapia come dispositivo di intervento nelle coppie in psicoterapia psicodinamica integrata

Cosenza F.⁶, Mentuccia M.⁷, Battisti V.⁸, Caporale R.⁹.

¹ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

² IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

³ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

□ IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Riassunto

La co-terapia è un dispositivo clinico nato nell'ambito della terapia sistemica familiare. Nel presente studio su caso singolo si procede ad adattare tale approccio al lavoro di psicoterapia psicodinamica integrata applicato alle coppie. Si introduce, inoltre, una variante di setting che vede la proposta ai singoli partner di svolgere sedute individuali come propedeutiche alla costruzione del dispositivo di co-terapia. Numerosi i vantaggi in termini di gestione dei transfert, contenimento della conflittualità, efficacia ed accelerazione del processo terapeutico.

Parole chiave: co-terapia; psicoterapia psicodinamica integrata; terapia di coppia.

Abstract

Co-therapy is a clinical device born within family systemic therapy. In this case study this approach is adapted to the work of integrated psychodynamic psychotherapy applied to couples. It also introduces a setting variant that sees the proposal to the individual partners to perform individual sessions as a preliminary to the construction of the co-therapy device. Numerous advantages in terms of transference management, containment of conflict, effectiveness and acceleration of the therapeutic process.

Keywords: co-therapy; integrated psychodynamic psychotherapy; couples therapy.

I. Psicoterapia psicodinamica integrata applicata alla coppia

Laddove esiste una coppia che richiede l'intervento terapeutico, è opportuno assumere come riferimento un modello integrativo intersistemico, per cui devono essere simultaneamente considerati tre sistemi: quello individuale, quello relazionale e quello intergenerazionale (Weeks, 1989).

Questo si traduce in un'attenzione alla psicodinamica e alla psicopatologia di ciascun individuo, al suo ciclo di vita, alle sue dinamiche interpersonali derivate da schemi precoci interiorizzati. Il sistema intergenerazionale è un'altra componente che entra in gioco. Ogni partner ha una storia radicata nella sua famiglia di origine, un «lessico familiare» che comporta una visione soggettiva delle cose, basata sulle esperienze affettive pregresse. Tutti questi elementi vanno calati nel contesto della relazione di coppia poiché sono proprio questi a determinare un incastro unico e irripetibile.

Nell'ottica che caratterizza il nostro modello di psicoterapia psicodinamica integrata (PPI), la terapia, anche quella di coppia, dovrebbe essere "su misura". Le tecniche utilizzate possono derivare da differenti approcci terapeutici, al fine di gestire differenti problemi attraverso differenti livelli di profondità. L'adattamento al caso specifico è dunque indispensabile per proporre un piano terapeutico alla coppia in consultazione.

Alla luce di quanto premesso, la consulenza iniziale dovrà incentrarsi su raccolta anamnestica e psicodiagnosi di sistema. In linea con alcuni gruppi di lavoro (Malagoli Togliatti, Angrisani, Barone, 2004), proponiamo la strutturazione dell'iter valutativo in quattro incontri: uno di coppia, due individuali e un colloquio di restituzione congiunto.

In accordo con quanto espresso da Gottman e Gottman (2017), prima di iniziare una qualsiasi terapia di coppia, è necessario:

- Condurre dei colloqui individuali di approfondimento;
- Mantenere una politica di intervento priva di segreti per evitare di colludere con l'uno o l'altro partner;
- Assicurarci che eventuali rapporti extraconiugali siano finiti;
- Escludere la presa in carico nei casi in cui sia presente violenza domestica;
- Valutare uso di alcol e droghe da parte di uno o di entrambi i partner;
- Conoscere informazioni sull'infanzia di ciascuno e su stili di attaccamento;
- Conoscere eventuali quadri psicopatologici di interesse psichiatrico.

Molto spesso, sulla base delle nostre esperienze cliniche, le coppie giungono in consulenza con un sistema individuale abbastanza compromesso su cui è indispensabile lavorare per approdare poi al lavoro di coppia.

Un terapeuta, che segua i membri della coppia individualmente e anche in coppia, compie a nostro avviso un errore metodologico e deontologico non da poco poiché la commistione di setting individuale e di coppia potrebbe distorcere il transfert, creando fantasie ed emozioni dissonanti nei pazienti, i quali non sentirebbero come esclusivo il loro spazio terapeutico.

D'altro canto, anche l'invio di ciascun partner ad un terapeuta diverso da quello che li accompagnerà nel percorso di coppia, non è a nostro avviso la scelta ottimale, sebbene dal punto di vista deontologico applicabile, poiché il coordinamento tra tre terapeuti potrebbe essere complesso e contro il principio di economicità. Inoltre, le fantasie di ciascun terapeuta riguardo i differenti setting rischierebbero di creare troppa differenza tra realtà clinica co-costruita e realtà di quanto osservato, con la possibilità di creare bias a catena attraverso l'attivazione di controtransfert differenti.

2. La co-terapia come metodologia di intervento applicata alle coppie

Il gold standard, secondo il nostro modello di psicoterapia psicodinamica integrata (PPI), è la co-terapia. Tale approccio fu introdotto da Carl Whitaker, psichiatra statunitense, tra i pionieri della terapia sistemica familiare. Secondo Whitaker il metodo di intervento prevede che due professionisti assistano il paziente insieme ed in collaborazione per il raggiungimento di un obiettivo comune ossia il miglioramento delle sue condizioni e del suo disturbo o problema. È dunque un lavoro che richiede integrazione e sinergia, condivisione di un metodo e capacità di intervizione tra i professionisti (Napier A. e Whitaker, 1981). Whitaker affermava: *«mi ero convinto da molto che non potevo fidarmi di me stesso e che avevo bisogno di un co-terapeuta che si adattasse al mio modello; un co-terapeuta non avrebbe sicuramente costituito un limite, ed ero certo che dare una nuova forma al mio modello era il modo migliore»* (Whitaker, 1984).

La presenza di un altro terapeuta rappresenta quindi la possibilità di incrementare la propria capacità di entrare in rapporto e di superare una certa tendenza all'autoreferenzialità. Inoltre, applicando tale setting alla terapia di coppia, si garantisce a ciascun partner di vivere le sedute sentendo bilanciate le rappresentanze delle proprie istanze individuali e di integrare in maniera flessibile i contenuti di un lavoro su sé stessi con quello di coppia.

In questi casi la scelta del terapeuta con cui potenzialmente collaborare, è opportuna farla prima di proporre alla coppia questo tipo di setting. Tecnicamente, è a nostro avviso ideale scegliere colleghi con lo stesso approccio teorico, in quanto questo permetterebbe di condividere in maniera chiara e immediata un linguaggio e un metodo comune.

Riguardo la questione del genere dei terapeuti, in questo specifico caso si è optato per un terapeuta donna e un terapeuta uomo ma questa non deve essere la regola. Il potenziale terapeutico che la coppia di clinici porta con sé e che mette a servizio del processo di cambiamento è determinato non da caratteristiche fisiche ma, soprattutto, dalla proposta di un modello transattivo dei rapporti e dei conflitti affettivo-sentimentali riparativo, dunque valido dal punto di vista cooperativo, e disponibile all'interiorizzazione.

Questo si realizza meglio se i clinici coinvolti hanno modi di funzionamento e stili di personalità compatibili tra loro, hanno esperienza pregressa di dispositivi di co-terapia, sono aperti all'intervisione e alla supervisione, hanno alle spalle un training di analisi didattica personale cospicuo, oltre che lo stesso background scientifico-culturale. Molte di queste condizioni spesso si ritrovano nei terapeuti formati presso la nostra scuola di specializzazione IRPPI, la quale investe molto nella costruzione di tali sinergie umane e professionali.

3. Il dispositivo di co-terapia applicato al caso clinico

Una coppia composta da donna e uomo, rispettivamente di 37 e 39 anni, è arrivata in consultazione per una crisi scaturita da una relazione extraconiugale intrapresa da lei. All'epoca la coppia era sposata da 9 anni e fidanzata da altri 4. La coppia ha un bambino di 5 anni di età. La donna viveva una relazione extraconiugale da un anno con un ragazzo di anni 32, dipendente presso la sua attività di famiglia. La relazione è stata scoperta dal marito, il quale, insospettendosi, ha iniziato a seguire la moglie fino a coglierla in flagranza. Al momento della telefonata da parte dell'uomo al terapeuta per chiedere il primo appuntamento, la coppia viveva in due abitazioni distinte e l'attivazione emotiva era estremamente alta e di difficile contenimento.

La richiesta viene presentata come urgente al punto da dimostrare qualche insistenza rispetto l'anticipazione dell'appuntamento.

Il giorno del primo colloquio, la coppia si presenta presso il centro clinico del nostro Istituto di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI). La gestione della loro conflittualità è il primo elemento di difficoltà, per cui, dopo aver raccolto informazioni sulla coppia, senza dilungarsi sulla storia della relazione, e dopo aver ascoltato il racconto dei fatti, espresso principalmente dal paziente, il terapeuta che li ha presi in carico rimanda loro la necessità di due colloqui anamnestici individuali ed una seduta di restituzione al fine di stabilire la fattibilità di un lavoro congiunto in un momento di così elevata conflittualità.

3.1 colloqui di valutazione anamnestica

Colloquio con la donna:

La paziente è la secondogenita di una famiglia di estrazione sociale medio alta.

Il padre, medico di base di un piccolo centro abitativo di provincia, ha 61 anni ed è prossimo alla pensione.

La madre, anche lei di anni 61, ha sempre lavorato come imprenditrice di piccole attività ricettive o di ristorazione. Da circa 10 anni, ha rilevato una sala ricevimenti molto grande alla cui gestione ha inserito la figlia, ma di fatto è lei a dirigere il tutto in maniera molto rigida e dominante, lasciando alla figlia lo spazio di una semplice dipendente.

Tale condizione è una scelta che la paziente dichiara di aver subito dietro molte pressioni psicologiche. Di fatto lei viveva e studiava a Roma dove ha conseguito una laurea triennale in scienze politiche e stava mirando alla professione di giornalista iniziando come pubblicitista. Dietro insistenza della famiglia e del marito, all'epoca suo fidanzato, rimasto a lavorare nella piccola città, la paziente rientra nella città di origine, si sposa e lavora presso la sala ricevimenti, rinunciando dunque alla sua emancipazione per una vita che le sembrava rassicurante.

La sorella maggiore di anni 39, è medico igienista e lavora presso un'azienda ospedaliera della Capitale, ha un compagno con cui convive in un appartamento di famiglia di cui è intestataria e desidera un figlio.

La paziente, racconta di un'infanzia caratterizzata da una grande disparità tra lei e la sorella. Disparità che dichiara essere ancora molto presente, sia sul piano emotivo che materiale. Afferma, infatti, di essere sempre stata etichettata come la figlia "non brillante", svampita, troppo vulnerabile, da seguire passo passo. Questa percezione che si ha di lei ha contribuito ad una distribuzione di beni materiali molto sbilanciata, affidando alla sorella immobili di gran valore e lasciando a lei immobili più piccoli o ubicati in zone disagiate. Afferma inoltre che alcune cose, le sono state intestate solo per motivi di agevolazioni fiscali, ma che di fatto non ne gode, come ad esempio il ricavo di pannelli solari a lei intestati.

Rispetto alla relazione con il marito, racconta che lui le faceva il filo già ai tempi del liceo, tuttavia lei non ne era attratta e, inoltre, andando a studiare fuori, si era invaghita di un ragazzo, più grande, con il quale ha avuto una relazione mai ufficializzata, che a suo dire l'ha fatta molto soffrire, al punto di sentirsi depressa ed aver avuto anche un periodo in cui abusava di alcol quando la relazione si è interrotta definitivamente per volere di lui. Dichiara di essere uscita fuori da quel periodo a fatica, rimanendo concentrata sugli studi e non chiedendo aiuto a nessuno. Proprio in quel periodo, il marito la contattava e le chiedeva di iniziare a frequentarsi. Lei afferma di aver accettato perché le dava sicurezza, conforto e senso di familiarità.

Il matrimonio non è stato ben accolto dalla famiglia di lei: il marito infatti è stato sin da subito identificato come non all'altezza della loro figlia. Le opposizioni più esplicite sono state espresse dalla sorella, che a detta della paziente ha sempre fatto da intermediario tra lei e le intenzioni dei genitori. Nonostante ciò la paziente, sebbene spaventata, convola a nozze all'età di 28 anni. Si stabiliscono in uno degli appartamenti di famiglia e dopo 4 anni nasce il loro bambino.

L'arrivo del neonato è stato anch'esso gestito in maniera particolare: la paziente ha vissuto un attaccamento simbiotico con il figlio, non voleva che i nonni sia materni che paterni se ne occupassero e dichiara che faceva difficoltà anche a lasciarlo con il neo papà, il quale dal canto suo si è sempre defilato rispetto alla gestione del piccolo. L'allattamento è stato protratto a lungo, anche in assenza del latte e, nel 2019, il bambino dormiva ancora nel letto con i genitori, manifestando sintomi tipici da disturbo dell'attaccamento. Il marito della paziente si è sempre posto in una modalità competitiva rispetto al bambino, accusandolo duramente di essere "mammone" e lamentoso.

La relazione di coppia negli anni è diventata sempre più insoddisfacente. La paziente lamenta il fatto che i suoceri sono invadenti e limitanti. Lamenta inoltre che il marito è ossessionato dal lavoro e dai soldi e che questo ha ripercussioni enormi sulla coppia in quanto lui non è molto disponibile a viaggi, cene fuori, concerti, tutte attività che la paziente ama molto e che vengono puntualmente boicottate.

A livello sessuale, dichiara che il partner è freddo e poco attento alle sue esigenze, al punto che lei negli anni ha iniziato a registrare un netto calo del desiderio sessuale nei suoi confronti.

A livello lavorativo, l'esperienza con la madre si è rivelata asfissiante e demolitiva in termini di autostima. Afferma di essere trattata come una bambina e che lo stesso coniuge a volte fa lo stesso con lei, esonerandola da semplici mansioni o facendosi carico anche delle sue incombenze lavorative.

Il padre della paziente, a suo dire, anch'esso vittima della madre dominante, ha una posizione di inettitudine. Non interviene mai a sua difesa e si limita, con modalità manipolative di pietismo, a condurre la figlia ad assecondare il volere della madre.

L'incontro con l'amante lo scorso anno ha rappresentato per lei uno svincolo da una frustrante vita di oppressione, "un'isola di leggerezza" per citare le sue parole. Non è intenzionata a vivere una relazione ufficiale con lui ma fa fatica ad immaginarsi di allontanarlo perché è l'unica persona, a suo dire, che la fa sentire stimata. Al momento del primo colloquio si dichiara tuttavia remissivamente disposta a tutto purché il marito torni a casa da lei e il figlio, il quale non è stato per nulla tutelato, essendo consapevole dei motivi della rottura dei

genitori. Durante il colloquio piange di continuo, il suo sguardo chiede aiuto in maniera molto eloquente. La ricostruzione anamnestica è stata molto faticosa perché confusa e connotata da tanta emotività.

Colloquio con l'uomo:

Il paziente proviene da un contesto familiare molto diverso da quello della moglie: il padre di anni 69, è in pensione dopo aver prestato servizio presso una fabbrica metalmeccanica come operaio.

La madre, di anni 65, si è sempre dedicata alla vita di campagna, coltivando la terra e allevando qualche animale. Il paziente è l'ultimogenito di quattro figli, tutti maschi. A differenza dei fratelli, è l'unico che ha deciso di continuare gli studi dopo il liceo. Si è laureato in ingegneria informatica con grandi sacrifici, viaggiando come pendolare tutto il periodo universitario. La sua attitudine allo studio è sempre stata oggetto di scherno da parte dei fratelli maggiori, i quali lo incitavano ad occuparsi di lavori di casa, a suo dire, anche in maniera coercitiva. La sua infanzia è dunque stata sempre caratterizzata da uno spirito familiare poco conciliante alle sue esigenze e molto poco affettivo. Si definisce come uno che si è "fatto da solo", che ha sempre dovuto sgomitare tra i fratelli prepotenti e che ha dovuto duramente imporre i suoi desideri di emancipazione con la famiglia che lo ha sempre trattenuto nelle scelte importanti della sua vita.

Attualmente lavora per una nota società di scommesse con un ruolo dirigenziale a suo dire sotto pagato.

Racconta di aver subito bullismo anche a scuola perché era poco incline a far copiare i compiti ai compagni e dunque etichettato come "secchione". Ha sempre avuto poche amicizie e durante l'adolescenza è stato molto solo.

L'ultimo anno di liceo, ha iniziato a sentirsi molto ansioso, non dormiva bene la notte, aveva problemi di colon irritabile, pensieri intrusivi e piccoli rituali ossessivi scaramantici, tutti sintomi che sono continuati sempre con andamento irregolare ma per i quali non ha mai chiesto aiuto.

Quando inizia la relazione con la moglie, dichiara che era solito chattare con tante ragazze, una di queste l'ha poi ricontattato in un momento di crisi con l'allora fidanzata e attuale moglie, ma non si è sentito di incontrarla di persona nonostante si sentissero quotidianamente da mesi anche con scambio di fotografie e dialoghi erotici. La crisi con la partner era scaturita dalla forte sofferenza che lui provava nel saperla distante a Roma. Fantasticava che lei potesse tradirlo perché era sempre circondata da tante persone con interessi affini ai suoi. Di fatto la moglie in quel periodo si era da poco laureata e frequentava sezioni di partito politico, cineforum ed era molto attiva per procacciarsi possibilità di pubblicazioni nell'ambito giornalistico.

In quel periodo il malessere del paziente è aumentato a dismisura finché non viene ricoverato in ospedale per accertamenti relativi a problemi intestinali insistenti e gravi per i quali non riceve nessuna diagnosi di tipo medico. Viene dunque dimesso con indicazione di una consulenza psichiatrica che non farà mai, limitandosi ad assumere una blanda terapia farmacologica a base di benzodiazepine, prescritta dal MMG, che tutt'ora assume al bisogno nonostante siano passati circa dieci anni.

Il paziente durante il colloquio è molto infastidito dall'esplorazione anamnestica, la sua urgenza è quella di discutere del tradimento, ponendosi nella posizione di colui che ha subito senza aver nessuna responsabilità di quanto accaduto. Tende ad essere logorroico, pretende letteralmente di continuare a parlare oltre il tempo concesso in seduta, risultando pignolo sui dettagli del tradimento e ribadendo in maniera nettamente narcisistica che lui non lascerà spazio al perdono anche se dovessero tornare insieme per amore del figlio. Per rientrare a casa, come la moglie chiede, pone delle condizioni molto rigide al limite della legalità. La sua impulsività è dirompente e minaccia di presentarsi presso la sala ricevimenti e fare una sceneggiata davanti a tutti se l'amante della moglie non viene licenziato immediatamente. Non mancano commenti offensivi anche nei confronti dei suoceri che lui, in maniera paranoica, definisce complici di lei e che hanno tacitamente consentito che la figlia lo tradisse per allontanarlo.

3.2 Colloquio di restituzione e costruzione del dispositivo di co-terapia di coppia

La situazione appare evidentemente difficile da gestire come una terapia di coppia «semplice». E' sin da subito chiara l'esigenza di una terapia individuale da proporre ad entrambi con una graduale introduzione dei colloqui di coppia qualora la conflittualità tra i due si riducesse.

Per casi come questo, è auspicabile un percorso di co-terapia. La scelta è ricaduta dunque su un collega psicoterapeuta di sesso maschile per il percorso individuale di lui, e su una collega psicoterapeuta di sesso femminile per il percorso individuale di lei, stesso approccio teorico, entrambi appartenenti al centro clinico del nostro Istituto di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI). Ovviamente, i due terapeuti si sono resi già disponibili alle future sessioni di coppia e alle cadenzate videocchiamate di intervizione e scambio di informazioni salienti.

La coppia viene ricevuta presso il centro per il colloquio di restituzione dove viene rimandato l'esito dell'osservazione clinica ponendo molta attenzione al setting di coppia e al segreto professionale circa la rivelazione di elementi emersi nei colloqui individuali (è buona norma chiedere sempre ai coniugi se c'è qualcosa di quanto detto che preferiscono non venga condivisa, valutandone le motivazioni).

Quando viene comunicato ai coniugi il programma della co-terapia, motivandolo e descrivendolo, la reazione è molto differente tra i due.

Lui è risultato infastidito dalla proposta terapeutica, è apparso incontenibile in un momento iniziale, dichiarando che lui non avrebbe nulla da dire in una terapia individuale. Il terapeuta rimanda invece la sensazione del bisogno di lui di dialogare sull'accaduto al punto da aver richiesto un tempo extra nel loro incontro individuale. Lo sollecita inoltre sulla necessità di contenere alcune emozioni molto forti che lo attivano anche sul piano dei sintomi, mai trattato, ma da lui ben descritti e che per anni, gli hanno provocato molta sofferenza.

Tale intervento empatico ha generato una reazione emotiva nel paziente, il quale, sentendo il terapeuta sintonizzato sulle sue emozioni, l'ha portato su un focus diverso e messo in contatto con la sua sofferenza che, seppur con resistenza e imbarazzo, ha comunicato attraverso un pianto liberatorio.

Lei, dal canto suo, ha dichiarato sin da subito di essere disponibile al trattamento ma chiede esplicitamente di poter continuare le sue sedute individuali. L'uomo, in maniera oppositiva dichiara di voler anche lui lo stesso. Questo è un classico esempio di strumentalizzazione della terapeuta che rischia di scivolare in una lusinga narcisistica e di non cogliere la triangolazione che stanno cercando di agire su di lei, rendendola oggetto di contesa.

In questi casi, può essere strategico rimandare la decisione al secondo colloquio di restituzione che avverrà in presenza del Collega prescelto, specificando che si valuterà insieme quello che in termini terapeutici è più adatto al caso loro.

Nell'incontro a quattro, i terapeuti hanno sin dal primo contatto con la coppia, attivato le buone prassi di comportamento tipiche delle terapie di coppia, con lo sforzo aggiuntivo di una coordinazione reciproca come se fosse la guida di un tandem.

La percezione dell'equilibrio da parte dei partner, è essenziale in una situazione complessa come quella del setting di co-terapia in fase empatica, per consentire loro di vivere l'esperienza in maniera profonda ed esporsi di più.

È indispensabile che ci sia una buona alleanza con entrambi i terapeuti. È dimostrabile infatti una significativa associazione tra alleanza e outcomes terapeutici tanto quanto nel setting terapeutico individuale. Nello specifico, il livello di alleanza di ciascun membro della coppia con il terapeuta, deve essere adeguatamente condiviso dai due partner. Le coppie che riportano alti livelli di condivisione di questo senso di fiducia nei confronti di chi li guida, hanno maggiori possibilità di esperire un percorso terapeutico soddisfacente (S.T. Fife, C. D'Aniello, D. Eggleston, J. Smith, D. Sanders, 2022). Questo a nostro avviso viene facilitato in un setting di co-terapia.

Dunque sono indispensabili interventi bilanciati, linguaggio inclusivo, domande rivolte alla coppia o ad entrambi i partner in maniera alternata ed equilibrate in termini di intensità e profondità, un arbitraggio equamente assertivo sui turni della comunicazione o sulle de-escalation delle dinamiche conflittuali (Weeks e Treat, 2016).

Una delle regole relative all'equilibrio più intuitive, riguarda la sistemazione della stanza e le posizioni dei terapeuti e dei pazienti. Infatti, le possibilità di alleanze e coalizioni possono essere colte osservando i segnali non verbali, come la direzione degli sguardi e la vicinanza fisica (Minuchin e Fisherman, 1982).

In una seduta iniziale come questa, è consigliabile collocare le sedie in maniera che ognuno possa stabilire un contatto visivo con gli altri interlocutori. La posizione tra i terapeuti dovrebbe essere più distante rispetto a

quella dei due partner per comunicare un'individualità di ciascun professionista e non incrementare nei pazienti fantasie di complotto e alleanze a loro discapito. Anche l'equilibrio del contatto visivo è molto importante; non mantenere mai un contatto visivo troppo prolungato con solo uno dei due partner e abbassare lo sguardo quando questi comunicano tra di loro per facilitare la loro interazione (Weeks e Treat, 2016). Inoltre è importante evitare lo sguardo prolungato con il coterapeuta, con il quale ci si limita a scambiare brevi cenni per garantire ritmo nella conversazione senza sovrapposizioni. Può essere invece utile riprendere le parole e i concetti espressi dal/dalla collega per lasciar percepire ai pazienti un approccio integrato e coerente.

L'osservazione di queste attenzioni ha permesso una seduta lineare. L'intento nella stanza era comune: la ricerca di obiettivi terapeutici funzionali e la ridefinizione della domanda della coppia. Il clima empatico si è stabilito sin da subito anche con il terapeuta subentrato in seguito che non ha manifestato particolari difficoltà ad inserirsi nel setting, al punto che si è verificato un naturale sbarramento del tentativo di triangolazione della terapeuta contattata per prima e un'assegnazione dei ruoli terapeutici molto spontanea e aderente alle disposizioni soggettive paziente-terapeuta, ritenuta dunque idonea al raggiungimento degli obiettivi.

Il dispositivo terapeutico ha visto dunque la psicoterapeuta iniziare un percorso individuale con la donna e lo psicoterapeuta con l'uomo e l'appuntamento di coppia schedato a distanza di 8 settimane per valutare la possibilità di iniziare un percorso di coppia affiancato a quello individuale.

3.3 Inizio della co-terapia e fase empatica

A seguito delle otto settimane di trattamento individuale, si sono venute a creare condizioni ottimali per iniziare un lavoro sulla coppia. Di fatto, l'eccessiva conflittualità legata alla prossimità temporale del tradimento, la relazione extraconiugale che al momento del primo contatto era ancora non conclusa, come dichiarato dalla donna nel colloquio individuale, non predisponavano per un inizio immediato del lavoro di coppia.

I due terapeuti si sono coordinati con telefonate ogni due settimane circa, per chiarire gli obiettivi di ciascun intervento individuale e il processo di elaborazione di quanto successo, da parte di entrambi i coniugi.

Nel frattempo, la coppia, a un mese circa dall'accaduto è tornata a convivere sotto lo stesso tetto con l'impegno di rimandare ogni discorso relativo all'accaduto, all'inizio del percorso di coppia (iniziato dopo circa due settimane).

Le sedute individuali hanno permesso alla coppia di avere qualche strumento di regolazione emotiva, ma soprattutto la comprensione del senso di un percorso di coppia.

Molto spesso infatti, le aspettative dei pazienti al riguardo sono errate; è bene chiarire che si tratta di un intervento che mira al benessere psichico individuale, dentro o fuori dal sistema di coppia. Non c'è dunque fallimento della terapia quando l'outcome è una separazione. L'obiettivo del trattamento non è mantenere la coppia sentimentalmente unita ma condurre ciascun partner alla consapevolezza dei propri bisogni emotivi e di quelli del partner, a costruire una comunicazione funzionale, a una capacità di negoziazione civile e all'accettazione del volere dell'altro in maniera libera anche quando il desiderio di separazione o di unione non coincidano tra i due. Inoltre, è importante evitare che i partner confondano la stanza della terapia con un'aula di tribunale in cui ottenere condanne o assoluzioni ed è bene che questo sia chiaro al terapeuta stesso che può cadere vittima di proiezioni e dinamiche collusive.

È bene tenere a mente che tale aspetto psicoeducazionale è una componente da includere durante tutta la durata della fase empatica.

I primi colloqui sono infatti spesso di difficile gestione. I terapeuti, in questo caso, hanno dovuto spesso riprendere in maniera assertiva i coniugi che, quando immersi nelle loro dinamiche conflittuali, hanno spesso rischiato di ignorare la presenza dei terapeuti. In una delle sedute in particolare, si è toccata la tematica delle accuse reciproche delle famiglie di origine: la paziente accusava la suocera di essere troppo richiedente nei confronti del figlio e di cercare di ingabbiare anche lei in tali dinamiche invischiate. Il paziente ha alzato il tiro accusando la moglie di essere proprio come la sua di madre: una donna viziata e non in grado di dare amore disinteressato. L'apice viene toccato quando il marito accusa la moglie di essere simbiotica con il bambino, anche in quel caso per il suo tornaconto. Si può facilmente immaginare l'escalation di offese reciproche. I tempi a volte

sono così rapidi che i terapeuti non riescono a fermare lo scambio e ad utilizzare in maniera funzionale le comunicazioni espresse in maniera errata, che sarebbero invece ottimo materiale di lavoro per la coppia.

A quel punto essere visti dai pazienti era complesso, la loro voce era così alta che stavano disturbando certamente anche i colleghi delle stanze attigue. Dopo vani tentativi uno dei due terapeuti abbandona la stanza. Ovviamente, tale agito strategico non lascia indifferenti i due, al punto che si zittiscono immediatamente permettendo l'intervento dell'altro terapeuta che li fa riflettere su quanto possa essere violento uno scontro nelle mura domestiche se dinanzi a loro non sono stati in grado di fermarsi. Al rientro in stanza del clinico è stato importante raccogliere le sensazioni di entrambi dinanzi alla sua uscita: la donna ha pianto pensando a quanto deve essere difficile per il figlio assistere a tutto ciò, l'uomo ha provato imbarazzo.

Quanto appena descritto è particolarmente denso di elementi tipici della fase empatica: costruzione di una comunicazione efficace nel setting terapeutico, fiducia, condivisione delle emozioni, equità di trattamento verso i pazienti, osservazione delle dinamiche comportamentali e restituzione.

Con il passare del tempo, le sedute hanno iniziato ad avere un clima meno conflittuale e, sulla scorta delle valutazioni effettuate, sono stati stabiliti degli obiettivi del trattamento che ben si sposavano con quelli delle terapie individuali.

Nel caso specifico della coppia, gli obiettivi messi sul tavolo sono stati:

- La riparazione della fiducia nel sistema coppia e il conseguente ripristino di una sessualità. In parallelo, il percorso individuale di lui lavorava sulla ferita narcisistica, sul confronto con l'altro, sulle immagini intrusive relative al tradimento e sulla messa a fuoco delle responsabilità condivise con la moglie circa l'accaduto;
- La costruzione di una comunicazione funzionale attraverso l'introduzione di esercizi di espressione empatica, linguaggio non distanziante, ascolto non reattivo caratterizzato da interruzioni e imposizione della propria soggettività;
- L'integrazione all'interno dei sistemi familiari l'uno dell'altra con relativi obiettivi individuali di costruzione di confini ed emancipazione dai modelli familiari; La paziente a tal proposito, dopo meno di 10 mesi dall'inizio del trattamento, ha interrotto il suo rapporto lavorativo con la famiglia e nonostante la decisione abbia portato a gravi reazioni da parte dei familiari (ha ricevuto una lettera da parte degli avvocati di famiglia che la intimava a rinunciare a tutti i beni a lei intestati; il padre ha provato a fare irruzione nel setting attraverso telefonate segrete nelle quali chiedeva di «far ragionare la figlia»), ha mantenuto duro e ha ripreso gli studi per conseguire la laurea specialistica. Il paziente invece ha imparato a limitare le richieste pressanti della madre, dedicandosi maggiormente al rapporto con il figlio;
- Riattivazione di una progettualità di coppia basata sulla negoziazione di alcuni bisogni reciproci;
- Introduzione di un maggior equilibrio relazionale con il bambino.

3.4 Proseguimento della co-terapia e fase interpretativa

Il proseguimento della terapia ha permesso il raggiungimento della fase interpretativa sia nel setting di coppia che in quello individuale.

In entrambi i pazienti sono evidenti dei tratti di personalità profondamente disfunzionali.

Lui, corrisponde perfettamente ad un modello di polarizzazione depressivo narcisistica (Caporale R. e Battisti V., 2023). Gli viene spesso rimandato il suo massiccio ricorso a meccanismi di difesa tipicamente narcisistici che fanno da contraltare ad una spiccata vulnerabilità che è connotata da protomentale in eccesso (corteo di sintomi ansioso depressivi e psicosomatici), e una continua oscillazione dell'asse timico. Molto chiare le quote Alessitimiche che accompagnano un suo pensiero verbale estremamente concreto. La relazione con le figure

familiari denota l'ambivalenza conflittuale tra dipendenza e desiderio di emancipazione, tipico di uno stile di attaccamento insicuro.

Lei, corrisponde invece ad un modello di sdoppiamento isterico (Lago, 2016), caratterizzato da un protomentele in eccesso ed un'espressività emotiva esasperata. Lo stile di personalità dipendente l'ha condotta a modalità seduttive tuttavia scariche di erotismo (dichiara che spesso non raggiunge il piacere sessuale ma che la vicinanza con l'altro è per lei la cosa più importante. Inoltre la ricostruzione postuma che fa di quanto accadeva con l'amante, la vede turbata e disgustata). Il suo stile di attaccamento è insicuro. Il trauma, che ha sperimentato nell'ambito della relazione con le figure di attaccamento, si è ripetuto nelle successive relazioni significative, sdoppiando la posizione della paziente e rendendola labile nell'equilibrio della personalità. Questa instabilità si manifesta attraverso il conflitto tra l'autonomia e la dipendenza, e quindi attraverso l'insicurezza, dovuta alla dipendenza dalle figure di attaccamento che non gli riconoscono l'identità sessuale e quindi la dimensione adulta. La conseguenza è che la paziente si difende separando attaccamento e sessualità, scindendo una dimensione infantile/ingenua da una esplorativa. Di fatto, il marito stesso contribuisce a mantenere la moglie bloccata e insicura, intervenendo spesso al posto suo, rimandandole spesso la sua inefficienza, limitandola nella socialità con la sua gelosia e nel suo desiderio di esplorazione ed emancipazione.

Lo stile di attaccamento di entrambi i partner è molto predittivo anche dei livelli di conflittualità raggiunti. È stato infatti restituito come la propria capacità di mentalizzazione è stata influenzata dalle problematiche presenti nel loro attaccamento. È difficile essere riflessivi quando si subisce un tradimento, un'offesa. La capacità di comprendere la mente di un partner in una relazione, infatti, diminuisce quando ci si difende da sentimenti di critica, abbandono, tradimento, rifiuto e aumenta quando ci si sente sicuri, protetti e compresi. Questo spiega perché è quasi impossibile che il partner che ha subito il tradimento mentalizzi ma è anche facile comprendere come la mentalizzazione sia mancata anche nel partner infedele che non ha calibrato l'impatto emotivo delle sue scelte comportamentali. Partendo da questo assunto entrambi hanno potuto attingere ad una valutazione obiettiva dei vissuti reciproci e di conseguenza regolare le emozioni.

Nel corso della terapia di coppia sono stati condivisi alcuni sogni riportati nelle sedute individuali. Ecco la selezione di un paio di sogni, uno della donna e uno dell'uomo, esemplificativi di quanto emerso in fase interpretativa.

Sogno donna: *Sono in metropolitana a Roma con mio figlio, ad un certo punto i vagoni si bloccano, è il panico, le porte si aprono e ci riversiamo tutti sul binario. È buio, stretto, tutti si aiutano facendosi luce con le torce del telefono ma il mio cade e perdo di vista mio figlio. Decido di rientrare in uno dei vagoni mentre tutti provano a raggiungere la banchina, io mi arrendo, mi accuccio a terra e piango, le luci stanno per fulminarsi, ho la sensazione che dovrei mettermi in salvo perché sono in pericolo ma mi sento come paralizzata. Passa qualcuno, mi aggrappo alla sua caviglia e chiedo il telefono per chiamare mio marito ma non mi ricordo il numero. La persona in questione perde la pazienza e mi chiede i soldi per avermi prestato il telefono, dicendomi che non è colpa sua se sono così sbadata da non ricordare le cose importanti. Non ho soldi per pagarlo, mi abbandona nei guai. Sono disperata e spero che mio figlio sia più sveglio di me e possa cavarsela.*

Interpretazione: Il sogno rimanda al vissuto di conflittualità tra l'esplorazione e il senso di inefficienza, è a Roma, di esempio al figlio, lo porta con sé ad esplorare la città dalle mille possibilità. Quando tuttavia si presenta l'imprevisto ed è chiamata ad essere resiliente, si arrende, cerca aiuto, nel marito, nella famiglia che le ricordano che è buona a nulla, che sono delusi, che lei deve restituire anche le poche risorse che le sono state messe a disposizione. La proiezione di speranza nel figlio è l'elemento di raccordo con il lavoro terapeutico, di un futuro connotato dalla possibilità di salvezza ed emancipazione, rappresentato simbolicamente dal bambino che potrebbe cavarsela.

Sogno uomo: *Entro in un noto negozio di abbigliamento, provo un bellissimo abito sartoriale, mi sta veramente bene. Decido di comprarlo e lasciando l'abito addosso vado a pagarlo e chiedo uno sconto perché il costo è veramente eccessivo. Alla fine faccio io il prezzo. La commessa che mi ha servito prima di farmi uscire dal negozio mi ferma e mi propone qualche ultimo aggiustamento. Dice che sono eccessivamente elegante. Prende*

un paio di forbici e inizia ad apportare le modifiche, accorciando le maniche eccessivamente e squarciando il pantalone fino a farmi sembrare in mutande. Sono furioso e imbarazzato.

Interpretazione: Lo smacco della ferita narcisistica è ben rappresentato. Il paziente viene attaccato sul piano dell'autostima dalla commessa che in maniera passiva aggressiva lo sorprende mettendolo in ridicolo e comunicandogli una sorta di dissenso per quella insistenza e dominanza che ha manifestato nel decidere quanto pagare l'abito. Il comportamento della commessa sembra chiaramente simboleggiare l'agito della moglie che lamenta un marito centrato su sé stesso e spesso definito anche «manica corta» rispetto alla gestione economica molto ansiosa e limitante riguardo le aspettative esplorative di lei.

3.5 Valutazione degli outcomes

Gli incontri quindicinali, alternati alla terapia individuale, si sono protratti per circa 16 mesi. Per altri 6 mesi la cadenza è stata invece mensile, fino alla sospensione.

La coppia è rimasta insieme, imparando a prendere le misure anche per affrontare una serie di situazioni complesse a livello familiare.

Sebbene ancora con qualche difficoltà, la moglie ha riacquisito la fiducia del marito, il quale ha smesso sin da subito, dietro suggerimento dei terapeuti, di utilizzare il tradimento per attaccare la moglie anche su questioni altre. Un lavoro di terapia sessuologica ha inoltre aiutato la coppia ad un ritrovamento intimo e ad una esplorazione giocosa.

La comunicazione nella coppia è migliorata. Sebbene alcuni schemi accusatori siano ancora spesso attivi, sono in grado di riconoscerli e regolarsi a vicenda, permettendo così l'interruzione di una comunicazione distruttiva e la sostituzione con una più funzionale.

A fatica il paziente lascia spazio di autogestione alla partner per quanto riguarda le sue scelte: a negoziato con lei, raggiungendo l'accordo per cui l'avrebbe aiutata nel proseguimento degli studi, a patto che scegliesse un percorso telematico. La paziente ha accettato chiedendo però di ricevere sostegno per poter andare a dare gli esami in presenza e frequentare eventuali seminari e tirocini. Il marito ha accettato sebbene non riesca a nascondere la sua agitazione quando la moglie parte, spesso usando i bisogni del figlio come alibi e manovre di manipolazione.

Per quanto riguarda la gestione dei confini con le famiglie di origine, entrambi faticano a lasciare al partner il controllo delle decisioni al riguardo. In particolare il paziente è il più risentito con la famiglia della moglie, le chiede infatti di non far più entrare i genitori in casa e non far vedere loro il bambino. È stato molto complicato l'intervento su tale controllo da parte di lui, il quale sembrava trovare più un varco vendicativo per il rifiuto che ha sempre sentito da parte loro che non una strategia di tutela della moglie.

Rispetto alla rinegoziazione dei bisogni della coppia, è stato affrontato il tema dell'importanza di una componente ludica, evasiva e progettuale. I due hanno raggiunto l'accordo di viaggiare più spesso, limitando gli spostamenti aerei non graditi dall'uomo. Hanno infatti acquistato un camper e iniziato a programmare spostamenti sempre più distanti. Hanno inoltre deciso di adottare un cane di taglia piccola per invogliare sé stessi a fare qualche passeggiata in più e ad avere uno stile di vita meno sedentario. La passeggiata della sera con il cane è così diventata anche appuntamento di condivisione di famiglia.

Abbiamo inoltre suggerito alla coppia di ampliare la loro cerchia di amicizia, risultando entrambi ancora molto isolati a livello sociale.

Per quanto riguarda la relazione con il bambino, a seguito dell'osservazione familiare attraverso il Lausanne Trilogue Play (LTP; Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warney, 2000), i due terapeuti hanno suggerito loro degli incontri di parent training con un'altra professionista. Non solo la coppia, ma anche il bambino, ne ha tratto beneficio. Il rapporto tra i coniugi è migliorato molto al punto che il bambino ha iniziato a provare sentimenti di colpa verso la madre, i quali sono stati oggetto di intervento degli incontri con la collega che ha preso in carico la situazione. Al momento della chiusura della terapia, un maggior equilibrio familiare era finalmente presente sebbene abbiamo comunque sollecitato la coppia a procurare al figlio momenti di scambio con il gruppo dei pari, anche fuori gli orari scolastici, poiché ci sembrava infatti ancora troppo coinvolto nelle attività dei genitori.

Le terapie individuali sono ancora in corso in modalità follow up.

4. Conclusioni e discussione finale

Alla luce dei risultati raggiunti, i vantaggi della scelta di un setting di co-terapia, associati a dispositivi di psicoterapia individuale, sono stati molteplici.

Un primo vantaggio è stato quello di aver riequilibrato le dinamiche transferali che sin dai primi incontri risultavano compromesse. Ad esempio, la triangolazione di due terapeuti rappresenta un rischio più ridotto, soprattutto alla luce della duplice prospettiva di inquadramento delle dinamiche relazionali che si muovono nel setting, data appunto dalla prospettiva di due terapeuti differenti, che possono mettersi in guardia vicendevolmente e operare manovre di aggiustamento dettate dall'attivazione di trappole collusive.

Altri vantaggi sono stati in termini di contenimento emotivo del campo terapeutico. La gestione di una coppia altamente conflittuale è particolarmente complessa, tale azione rimane più semplice quando viene svolta da due terapeuti. Un protomentale in eccesso rischia di chiudere lo spazio di riflessione ed il lavoro di mentalizzazione utile per scardinare i circoli viziosi relazionali che la coppia stessa rinforza inconsciamente.

Infine, abbiamo osservato come il setting integrato, individuale e coppia, abbia favorito la comprensione profonda dei mondi interni di ciascun partner e, dunque, permesso di accelerare il processo terapeutico, servendosi vantaggiosamente della raccolta di informazioni, ottenute da ciascun terapeuta nelle sedute individuali, e rimandando, oltretutto, alla coppia una circolarità ed integrazione dei diversi piani di lavoro, difficilmente ottenibili in breve tempo in un percorso di sola terapia di coppia. In altri termini, tutto questo si traduce in una maggiore efficacia terapeutica poiché le sedute individuali vengono svolte con l'obiettivo di preparare i partner, in maniera più lucida e centrata emotivamente, agli incontri di coppia, orientandoli ogni qualvolta all'elaborazione di temi conflittuali focali e circoscritti.

Bibliografia

Augustus Y. Napier, Carl A. Whitaker (1981) *Il crogiolo della famiglia*, Astrolabio.

Battisti V. Caporale R. (2023), *La polarizzazione depressivo-narcisistica-Il caso clinico*. Mente e Cura.

Caporale R., Battisti V. (2023), *Polarizzazione depressivo-narcisistica. Livello autonomo di funzionamento della personalità*; in Mente e Cura.

Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery A. (2000), *Il triangolo primario: le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*; Raffaello Cortina Editore.

Gerald R. Weeks, Stephen Treat (2016), *Terapia di coppia. Tecniche e strategie per una pratica terapeutica efficace*; Franco Angeli.

Julie Schwartz Gottman, John M. Gottman (2017), *Dieci principi per una terapia di coppia efficace*; Raffaello Cortina Editore.

Lago G. (2016), *Compendio di Psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi*; Franco Angeli.

Marisa Malagoli Togliatti, Patrizia Angrisani, Maurizio Barone (2004), *La psicoterapia con la coppia. Il modello integrato dei contratti. Teoria e pratica*; Franco Angeli.

Salvador Minuchin, Charles H, Fishman (1982), *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*; Astrolabio.

Stephen T. Fife, Carissa D'Aniello, Dane Eggleston, Jesse Smith, Daniel Sanders (2022), *Refining the meta-theory in common factors in couple and family therapy: A deductive qualitative analysis*; in Contemporary family therapy.

Weeks G. (1989), *Treating couples: The intersystem model of the Marriage Council of Philadelphia*; New York: Brunner/Mazel.

Whitaker C. A. (1984), *Il gioco e l'assurdo. La terapia esperienziale della famiglia*, Astrolabio Ubaldini.

Articolo

La neuropsicanalisi: un nuovo paradigma per lo studio della mente umana

Castrucci L.¹

¹ Medico specialista in psicologia clinica responsabile struttura estensiva per deficit cognitivi e disturbi comportamentali Villa Albani Anzio Asl RM
H (lucillacastrucci@gmail.com)

Riassunto

È attualmente in corso un acceso dibattito che ha per oggetto la neuropsicanalisi, la cui nascita si può far risalire al 2001, quando Mark Solms con Jaak Panksepp e ad altri neuroscienziati e psicoanalisti, fondano la The Neuropsychoanalysis Association e la rivista Neuropsychoanalysis.

La comprensione dell'eziologia della patologia psichica potrebbe divenire maggiormente chiara e completa attraverso il dialogo tra psicoanalisti e neuroscienziati. La neuropsicanalisi rappresenta un approccio interdisciplinare e contemporaneamente può essere indicata come il superamento della dicotomia storica che ha determinato, per lungo tempo, una contrapposizione tra scibile umanistico e sapere scientifico. L'interrelazione esistente tra il sapere umanistico e quello scientifico può essere il nuovo paradigma con cui interpretare la mente umana.

Questo articolo si propone, attraverso una revisione dei contributi presenti in letteratura, di illustrare quanto la neuropsicanalisi possa aiutare, in ambito clinico, a sostanziare e dettagliare i meccanismi che sostengono la possibilità individuale di sperimentare determinati affetti ed emozioni.

Parole chiave: psicoanalisi, neuroscienze, mente, emozioni.

Abstract

There is currently an ongoing heated debate regarding neuropsychoanalysis, the birth of which can be traced back to 2001, when Mark Solms with Jaak Panksepp and other neuroscientists and psychoanalysts founded The Neuropsychoanalysis Association and the journal Neuropsychoanalysis. The understanding of the etiology of mental pathology could become clearer and more complete through dialogue between psychoanalysts and neuroscientists. Neuropsychoanalysis represents an interdisciplinary approach and at the same time can be indicated as the overcoming of the historical dichotomy which has determined, for a long time, a contrast between humanistic knowledge and scientific knowledge. The interrelationship between humanistic and scientific knowledge can be the new paradigm with which to interpret the human mind. This article aims, through a review of the contributions present in the literature, to illustrate how neuropsychoanalysis can help, in the clinical field, to substantiate and detail the mechanisms that support the individual possibility of experiencing certain affects and emotions.

Keywords: psychoanalysis, neuroscience, mind, emotions.

Introduzione

La comprensione del rapporto tra mente e cervello e la cognizione della patologia psichica avviene attraverso il riferimento a modelli teorici che generalmente si contrappongono. Un esempio è dato, da un lato, dalle teorie della mente, proprie della psicoanalisi, e dall'altro dalle nuove conoscenze sul funzionamento cerebrale acquisite grazie allo sviluppo delle neuroscienze. Questa rigida divisione tra i due approcci può essere considerata un limite alla comprensione più profonda dei meccanismi che legano cervello e mente ed alla comprensione dei processi alla base dei fenomeni patologici. Attraverso l'analisi dei contributi presenti in letteratura ci si propone di illustrare quali siano i punti di contatto tra le neuroscienze e la teoria analitica, che è alla base della psicoterapia dinamica. Così da stabilire quanto la neuropsicanalisi possa aiutare, in ambito clinico, a sostanziare e dettagliare i meccanismi che sostengono la possibilità individuale di sperimentare determinati affetti ed emozioni.

Metodo

La ricerca degli articoli scientifici e dei testi che hanno come argomento la definizione neuroscientifica del funzionamento cerebrale, la teoria psicoanalitica, i suoi sviluppi e le sue applicazioni è avvenuta utilizzando la banca dati pubmed ed il database medline. Si è focalizzata l'attenzione sui lavori che illustrano la nascita della neuropsicanalisi, il possibile parallelismo tra strutture cerebrali ed istanze psichiche, il concetto di plasticità cerebrale, i meccanismi delle emozioni e della memoria, i processi mentali consci ed inconsci ed il concetto di empatia. I lavori selezionati sono in numero superiori a quelli citati nel testo ed in bibliografia, si è scelto di riportare le fonti bibliografiche ritenute maggiormente significative ed esplicative rispetto agli argomenti trattati e di evitare duplicazioni.

La nascita della neuropsicanalisi

Nel 2000 il primo Congresso, svoltosi a Londra, che ha tentato di dare una definizione neuroscientifica alle emozioni ed agli affetti, ha gettato le basi per la nascita di un nuovo movimento: la neuropsicanalisi. Nel 2001, con l'obiettivo di trovare un paradigma interdisciplinare, Mark Solms con Jaak Panksepp e ad altri neuroscienziati e psicoanalisti, fondano la The Neuropsychoanalysis Association e la rivista Neuropsychoanalysis.

Nel 2013 Solms pubblica su Neuropsychoanalysis l'articolo dal titolo "The conscious id" in questo lavoro illustra i meccanismi del tronco encefalico e sostiene che la parte superiore del tronco encefalico e le strutture limbiche ad esso associate, hanno le stesse funzioni che Freud riteneva essere le funzioni dell'ES, mentre la corteccia cerebrale e le strutture ad essa associate svolgono le funzioni che il padre della psicanalisi pensava essere dell'Io.

Nei primi anni della sua professione Freud rimane legato alla propria esperienza di neurologo e nel 1895 in "Progetto di una psicologia", scritto inedito fino agli anni '50, scrive: "Un giorno sarà possibile rappresentare il funzionamento psichico negli elementi organici del Sistema Nervoso". Con il passare del tempo, il pensiero Freudiano si avvicina, all'ipotesi formulata da J. H. Jackson secondo la quale tutto ciò che è tra il sistema cerebrale e la coscienza è sconosciuto, l'eventuale localizzazione dei processi della coscienza non aiuterebbe a comprenderli meglio. (Freud S. 1938.). Gli psicoanalisti, successori di Freud, da Karl Abraham e Carl Gustav Jung alla figlia Anna, a Melanie Klein fino a Winnicott e Lacan hanno esteso il campo di applicazione della tecnica

psicoanalitica, precedentemente riservata ai disturbi nevrotici, al trattamento della schizofrenia, delle psicosi e ai disturbi antisociali anche per l'età infantile. In epoca più recente sono state elaborate, in ambito psicoanalitico, nuove teorie e nuove tecniche che vengono applicate anche nel trattamento di pazienti neurologici (Kaplan-Solms K., Solms M. 2000). La principale differenza tra patologia neurologica e psichiatrica consiste nel fatto che la prima è generalmente correlabile a danni presenti in specifiche aree cerebrali, mentre la seconda può riconoscere, tra i fattori eziologici, un'alterazione di una particolare rete o circuito neuronale.

Il cervello di Mclean e la seconda topica di Freud

Negli anni precedenti la nascita della neuropsicoanalisi Paul McLean, neurologo americano, propose un modello di cervello tripartito. McLean ebbe come punto di partenze le ricerche, di James Papez che descrisse, da un punto di vista neuroanatomico, le strutture cerebrali coinvolte nei processi emotivi (Papez J.W., Thomas Y. Crowell 1929). Il neurologo americano aggiunse al "circuito di Papez" l'aspetto evolutivo, proponendo un modello secondo il quale il cervello è formato da tre differenti parti anatomiche che presentano uno stadio evolutivo differente. Secondo questo modello la parte più antica o cervello rettiliano, ha il compito di gestire le funzioni vitali dell'organismo quali frequenza cardiaca e respiratoria, temperatura corporea ed equilibrio. Il sistema limbico è in grado di elaborare emozioni e sentimenti e la neocorteccia permette di essere coscienti di esistere, di formulare pensieri astratti e di portare a termine progetti complessi (MacLean 1984). Secondo alcuni neurobiologi la teoria di McLean è criticabile poiché il cervello non si è evoluto secondo i tre stadi rettile, limbico, neocorteccia ma ha nel tempo ha presentato uno sviluppo di alcune sue strutture (Wnuk A. 2015). Nonostante le critiche, il modello del cervello tripartito ha riscosso un certo successo nella comunità scientifica ed ha sollevato l'idea che potesse esistere un parallelismo tra il cervello di McLean e l'apparato psichico concepito da Freud, esposto nel 1920 nella seconda topica, e costituito dalle tre istanze: Es, Io e Super-Io (Nardino E. 2021). Il parallelismo non è privo di criticità, infatti mentre l'Es può identificarsi con il cervello rettiliano, Io e Super-Io potrebbero invece entrambe rifarsi alla nozione di cervello neocorticale (D'Aliesio M. 2017).

Dal locazionismo al concetto di plasticità cerebrale

La strada dello studio neuroanatomico cerebrale basata sul locazionismo applicato alla psicoanalisi comincia ad essere abbandonata quando il progresso tecnologico permette, attraverso studi di neuroimaging, di indagare gli aspetti peculiari dei circuiti e delle reti neuronali. Eric Kandel, neuroscienziato, insignito del premio Nobel nel 2000, per gli studi che hanno contribuito a definire il concetto di neuroplasticità, pubblica nel 1999 su *American Journal of Psychiatry*: "Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for Psychiatry" proponendo ed auspicando una convergenza tra psicoanalisi e neuroscienze così da sviluppare un nuovo approccio allo studio della mente.

Il concetto di plasticità cerebrale rappresenta nell'ambito delle neuroscienze e dello studio della mente una rivoluzione copernicana. L'assunto che sia impossibile per il cervello modificarsi, nel corso della vita, poiché una volta terminato il processo di neurosviluppo il numero di neuroni rimane stabile e le cellule danneggiate non possono in alcun modo essere sostituite, viene scardinato. Grazie ad una serie di meccanismi che riguardano: lo smascheramento di sinapsi latenti, la gemmazione dendritica, la rigenerazione assonale, la neurogenesi e la modificazione dell'eccitabilità neuronale, il cervello si può modificare anche nella vita adulta (Wagner H., Siber K. 2006). Le strutture cerebrali, come tutte le strutture dell'organismo umano, sono geneticamente determinate.

Storicamente il genoma è stato considerato come fisso ed immutabile, trasmesso da una generazione alla successiva senza alcun cambiamento, fatta eccezione per gli errori di trascrizione che possono anche generare patologie (Nelson D.L., Cox M.M. 2002). Lo sviluppo dell'epigenetica ha dimostrato che in realtà i geni posseggono dei meccanismi aggiuntivi, questi permettono che un determinato gene si esprima o no in funzione degli stimoli ambientali e culturali (Bottaccioli A.G., Bottaccioli F. 2023). Le esperienze che possono modificare l'espressione genica sono molteplici: fisiche, psicologiche, di apprendimento, di stress (Dooidge N. 2007). Le cellule cerebrali comunicano tra loro grazie ad impulsi chimico-elettrici in parte predeterminati geneticamente, ma gli input ambientali sono decisivi per la selezione delle risposte che le cellule possono dare, tra tutte quelle geneticamente previste (Bottaccioli A.G., Bottaccioli F. 2023). Questo meccanismo epigenetico è alla base della creazione e modificazione dei circuiti e delle mappe neurologiche. (Frauenfeld E., Santoianni F. 2002). La plasticità cerebrale è quindi la predisposizione del sistema nervoso a modificarsi in funzione dell'esperienza (Siegel, 2012). Woollett, K. e Maguire nel 2011 hanno pubblicato i risultati di uno studio sperimentale che dimostra come l'esperienza sia in grado di modificare il numero di collegamenti tra neuroni in specifiche aree cerebrali.

Plasticità cerebrale, memoria ed emozioni

Nel momento in cui si vive e si memorizza un'esperienza, questa lascia una traccia a livello cerebrale. Numerosi comportamenti umani, normali e patologici, sono legati alla capacità di memorizzazione delle esperienze e delle informazioni (Colucci D'Amato L., Di Porzio U. 2011). Nei processi di memorizzazione un ruolo fondamentale è rivestito dalle emozioni. L'esistenza di un legame tra esperienze emotive, processi di memorizzazione e comportamenti umani patologici è, in qualche modo, stato anticipato da Freud, quando nel 1909 in una delle cinque conferenze sulla psicoanalisi tenute per il ventesimo anniversario di fondazione della Clark University di Worcester, Massachusetts sostiene: "i nostri malati isterici soffrono di reminiscenze. I loro sintomi sono residui e simboli mnestici di determinate esperienze".

Le neuroscienze hanno, negli ultimi anni, chiarito il legame esistente tra stato emotivo e memoria. Sono stati identificati i circuiti neuronali coinvolti nei meccanismi della memoria e si è arrivati a dimostrare l'esistenza di "filtri", localizzati nelle strutture sottocorticali, in particolare ippocampo ed amigdala, in grado di effettuare una selezione di tipo emotivo dell'esperienza che deve essere memorizzata (Mcgaugh J.L., McIntyre C.K., Power E.A. 2002; Traetta T. 2009). Agli inizi degli anni '90 LeDoux ed altri autori documentano come le esperienze traumatiche avvenute nell'infanzia possano indurre, a livello cerebrale, modificazioni strutturali e metaboliche che condizionano le esperienze future (LeDoux et al., 1989; LeDoux et al., 1990). I lavori di Jaak Panksepp (2006, 2014) rivelano che le esperienze emozionali avute in tenera età possono influire sullo sviluppo cerebrale e sulla formazione della personalità. Huether (2013) sottolinea come l'esperienza emozionale sia in grado di rimodellare i circuiti cerebrali e gli schemi di pensiero e comportamento ad essi collegati.

Damasio (2003), seguendo una prospettiva evuzionista, ipotizza che le emozioni precorrono i sentimenti. L'autore aggiunge che è possibile pensare che le risposte agli input, che generano la comparsa di emozioni e sentimenti, siano determinate da mappe presenti nel soma che hanno un corrispettivo nelle configurazioni neuronali cerebrali. Infine, sostiene che le emozioni primarie possono essere legate a circuiti cerebrali innati. Secondo Davidson (2013) ogni individuo ha un particolare profilo emozionale e reagisce agli stimoli in modo differente. Le emozioni determinano il colore dell'esperienza percettiva e danno una spinta evolutiva all'esistenza di ogni singolo uomo. (Fabbri M. 2013 – 2014).

Le acquisizioni delle neuroscienze si possono considerare in sintonia con i principi e la pratica della psicologia dinamica, come dimostrato anche dalla pubblicazione di lavori sperimentali effettuati sulle esperienze ed i vissuti traumatici infantili. Nel 2013 viene pubblicato, su *Psichiatria e psicoterapia*, un articolo della psicoanalista Alessandra Stringi. Si tratta del report di un lavoro, effettuato in ambito penitenziario, che si pone l'obiettivo di proporre un modello esplicativo dell'eziologia delle tossicodipendenze, dimostrando che le origini delle addictions sono imputabili a vissuti traumatici infantili. Inoltre, la Stringi, grazie alla conduzione di un gruppo analitico, giunge alla conclusione che: "il contatto intersoggettivo dei processi relazionali e l'esperienza di mentalizzazione possano contribuire ad attivare processi trasformativi di cura".

Come affermato da Carlo Umiltà (2012) in un suo articolo dal titolo *Maffei ha ragione: "...la psicoterapia, ed in particolare la psicoanalisi, rientrano nei processi di stimolo e di arricchimento cerebrale..."*, questo concetto indica come "le terapie della parola" sono in grado di modificare il funzionamento cerebrale. Questo può essere considerato uno dei punti d'incontro tra psicoanalisi e concetto neuroscientifico di plasticità cerebrale.

Conscio ed inconscio tra psicoanalisi e neuroscienze

Negli ultimi anni gli studi neuroscientifici hanno in parte spostato il loro focus dall'indagine dei processi mentali consci, allo studio empirico dei processi mentali inconsci, cercando di identificare i circuiti cerebrali che si attivano quando accade qualcosa di cui il soggetto non è consapevole.

Ricerche neuroscientifiche, che utilizzano i metodi di brain imaging, hanno accertato che la capacità di controllo cosciente è limitata (Dehaene, Stanislas 2014). Inoltre, hanno stabilito l'esistenza di processi di memorizzazione emozionale non consapevole, tra questi processi vi sono quelli legati al condizionamento emotivo ed ai vari aspetti della memoria implicita o procedurale. Le strutture cerebrali che sottendono la memoria implicita sono l'amigdala ed altre regioni limbiche, i nuclei della base, la corteccia motoria e la corteccia percettiva (Lucci V.2019). Secondo Siegel (1999) fin quando non si sviluppa l'ippocampo il cervello è in grado di utilizzare soltanto la memoria implicita, i ricordi si formano grazie allo sviluppo di nuove connessioni cerebrali in risposta alle esperienze. La generalizzazione delle esperienze porta alla formazione di schemi, compresi quelli delle reazioni automatiche. Le strutture cerebrali coinvolte nei meccanismi di memoria implicita sono già sviluppate alla nascita ed è l'unica memoria di cui l'essere umano è fornito fino ai due anni di età. È la memoria procedurale che, grazie anche alla sua dimensione emotivo-affettiva, permette al bambino di conservare traccia delle prime esperienze. Inoltre, la memoria procedurale rende possibile memorizzare abilità, abitudini e movimenti assimilati nel tempo, cui non è possibile accedere consapevolmente. Secondo Pirrongelli (2019) la memoria implicita ha una importante rilevanza in ambito psicoanalitico poiché rappresenta il collegamento tra memoria emotiva ed inconscia.

Durante l'elaborazione del "L'Interpretazioni dei sogni", l'attenzione del padre della psicoanalisi si focalizza sulla dimenticanza delle esperienze e dei fatti della vita dei primi anni dell'infanzia. Freud attribuisce un ruolo fondamentale, proprio a queste dimenticanze, rimosse perché in grado di lasciare un segno incancellabile nella mente del soggetto (Freud, 1899). L'opinione di Mauro Mangia è che il pensiero Freudiano sembra intuire l'esistenza della memoria implicita (Mancia M. 2000). Attualmente, in ambito psicoanalitico l'intuizione freudiana ha trovato uno sviluppo, è lo stesso Mancia, che è in Italia uno dei maggiori sostenitori dell'idea che esiste la possibilità di un'integrazione tra psicoanalisi e neuroscienze, ad introdurre il concetto di "inconscio non rimosso". Secondo Mauro Mancia, la memoria implicita può essere messa in relazione con l'inconscio non

rimosso. Questo concetto è sostenuto da alcuni aspetti neuroscientifici. Perché avvenga il processo di rimozione occorre che ippocampo, corteccia orbito-frontale e temporale, strutture necessarie per i meccanismi della memoria esplicita, siano integri e raggiungano uno stadio di maturità. La rimozione che è collegata alla memoria esplicita che non è presente nel bambino piccolo. Prima dei due anni di età, tutto ciò che è memorizzato, viene fissato nella memoria implicita e si colloca nell'inconscio non rimosso (Mancia 2008).

Empatia in psicoanalisi e nelle neuroscienze

Negli scritti di Freud si trova il termine *empathie* che può essere tradotto con immedesimazione, questo concetto è verosimilmente assimilabile a quello di empatia (Pinotti A. 2011). Freud nel 1912 scrive: “il medico deve rivolgere il proprio inconscio come un organo ricevente verso l'inconscio del malato che trasmette”. Etimologicamente il termine empatia deriva dal greco *em – pathos* cioè sentire dentro, l'empatia è la “capacità di porsi nella situazione di un'altra persona o, più esattamente, di comprendere immediatamente i processi psichici dell'altro” (Enciclopedia online Treccani). Jaspers (1912) differenzia la capacità di comprendere razionalmente, dalla comprensione empatica che si realizza quando, al di là delle regole della logica, vengono compresi gli stati d'animo ed i desideri dell'altro. L'empatia non esprime valutazioni né prevede un giudizio morale, comporta la possibilità di percepire il mondo emotivo dell'altro senza fondersi con questo, riuscendo a mantenere e distinguere le proprie emozioni ed il proprio punto di vista (Fornaro M. 2000). L'empatia non ha un potere terapeutico, però fa sì che l'analista possa comprendere il problema dell'analizzato e capire qual è il proprio vissuto rispetto a ciò che ha compreso (Pirrongelli C. 2019). Secondo Bolognini (2002) l'empatia non può essere definita come un fenomeno inconscio ma nemmeno pienamente conscio. Questo autore ritiene che, in ambito psicanalitico, l'empatia permetta l'elaborazione del controtransfert, proteggendo così l'analista da narcisismo ed onnipotenza. Alberto Lorenzini (2004) ipotizza che empatia e controtransfert presentino una complementarità. Secondo questo psichiatra, che fa riferimento alla psicologia del sé, nella relazione terapeutica il controtransfert si presenta quando il rapporto empatico tra terapeuta e paziente si interrompe, ed è l'elaborazione del controtransfert che permette di arrivare alla “intuizione empatica” in grado di riavviare il processo terapeutico.

Una importante scoperta delle neuroscienze è stata quella dell'esistenza di neuroni specchio, ritenuti il correlato neurobiologico dell'empatia, ad opera del gruppo di Giacomo Rizzolatti dell'Università di Parma. Questo team di ricercatori si stava occupando dello studio della corteccia premotoria quando, come un aneddoto racconta, notò che, mentre uno sperimentatore prendeva una banana, nella scimmia che era monitorata ed aveva assistito alla scena alcuni neuroni si attivarono (Simonetti M. 2009). Lo studio e l'approfondimento di questo fenomeno portò Rizzolatti ed il suo gruppo ad individuare un insieme di neuroni, che denominarono specchio, che si attivava nel cervello delle scimmie, non solo quando compivano una determinata azione, ma anche quando vedevano compierla. Lo stesso gruppo, nel 1995, dimostrò l'esistenza dei neuroni specchio anche nell'uomo (Rizzolatti et. al. 1996). Grazie alle tecniche di brain imaging si è potuto stabilire che nell'uomo i neuroni specchio sono localizzati al livello del lobo frontale compresa l'area di Broca, nel lobo parietale e nell'insula, dove avviene la rielaborazione delle informazioni provenienti dal sistema limbico, che a sua volta è coinvolto nelle funzioni relative alle emozioni. Si ritiene che i neuroni specchio siano alla base dell'empatia e che quelli localizzati nella giunzione temporo-parietale si attivano quando occorre valutare una risposta emotiva. La giunzione temporo-parietale è un'area cerebrale indispensabile nel riconoscere ciò che appartiene a sé e quello che appartiene all'altra persona (Rizzolatti 2006).

Gli studi neuroscientifici sull'empatia, in caso di dolore, hanno portato allo sviluppo di un nuovo modello che si differenzia da quello che prevede, per i neuroni specchio, un'attivazione stimolo correlata. Nel caso del dolore l'empatia può essere spiegata seguendo due modelli: il primo riguarda la mappatura somatotopica del dolore, il secondo la risonanza affettiva che è influenzata da meccanismi top-down legati alla valutazione cognitiva. Questo porta ad ipotizzare che attraverso un percorso razionale e culturale sia possibile inibire l'attivazione dei neuroni specchio (Fan Y, Han S. 2008).

Gli studi neuroscientifici sull'empatia e sulle emozioni rappresentano un cambiamento di ottica per le neuroscienze. A differenza di quanto accade per lo studio degli aspetti cognitivi, quando vengono indagati gli aspetti affettivi e motivazionali della mente umana, il focus dell'indagine è rappresentato dall'esperienza soggettiva (Panksepp, J. 1998). Le neuroscienze affettive aprono così il confronto con la psicoanalisi che fonda la sua teoria e prassi sulla soggettività dell'esperienza che è possibile condividere grazie alla parola ma anche all'empatia.

Conclusioni

Il confronto tra neuroscienze e psicanalisi può generare un nuovo paradigma per l'interpretazione dei legami esistenti tra mente e cervello. Le attuali ricerche indicano che l'approccio psicoanalitico e quello neuroscientifico non sono necessariamente in contrasto. Sono propri della psicoanalisi e della psicologia del profondo alcuni contenuti che fino a pochi anni fa, non essendo misurabili, sfuggivano all'osservazione richiesta dal metodo scientifico, inoltre la psicoanalisi fonda parte della sua ricchezza sulla dimensione soggettiva. L'evoluzione delle neuroscienze sembra rendere sempre maggiormente possibile il superamento della dicotomia mente-cervello (Mundo E. 2010)

La neuropsicanalisi non può essere semplicemente considerata come un modello che ha lo scopo di confermare le ipotesi freudiane attraverso le nuove acquisizioni neuroscientifiche. Dalle origini ad oggi la psicoanalisi è progredita e si è arricchita e differente è la formazione dei terapeuti. Le neuroscienze offrono oggi un aiuto alla possibilità di revisionare e rifondare le teorie psicoanalitiche. Come affermato da Gentili, Crestea e Petrini (2013) è buona cosa che il dialogo tra neuroscienze e psicoanalisi prosegua, ma questo deve avvenire senza che si tenti di legittimare ogni affermazione di Freud e senza rinunciare al rigore della metodologia scientifica.

Attualmente le ricerche neurobiologiche hanno evidenziato i meccanismi biopsicologici di alcuni processi non coscienti e dei meccanismi legati all'empatia. Hanno validato l'efficacia della psicoterapia, Glen Gabbard (2000) in un articolo pubblicato sul *British Journal of Psychiatry* sottolinea come, le esperienze relazionali vissute nell'ambito di una psicoterapia, siano in grado di modificare alcuni circuiti cerebrali. Si può ipotizzare, partendo dal presupposto che le anomalie tra le interazioni delle reti neuronali possano essere alla base di disturbi psicopatologici, che studi futuri possano giungere a identificare dei marcatori utili sia scopo diagnostico che terapeutico. Bisogna tener presente, per procedere in questa direzione, che agli strumenti d'indagine tipici delle neuroscienze è necessario aggiungere paradigmi sperimentali appropriati allo studio della soggettività che permettano una interpretazione dei dati adeguata alla complessità della mente umana.

Occorre superare delle difficoltà, che ad oggi permangono, quali la metodologia ed il linguaggio profondamente differenti in ambito neuroscientifico e psicoanalitico. È necessario eliminare la frammentarietà delle conoscenze per giungere ad un sapere unitario (Oliviero A. 2009).

Bibliografia

- Bolognini S. (2002) *L'empatia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri ed.
- Bottaccioli AG., Bottaccioli F. (2023) *Epigenetica una overview*. Franco Angeli editore
- Carey JR, Bhatt E, Nagpal A. (2005) Neuroplasticity promoted by task complexity. *Exerc Sport Sci Rev.* 2005 Jan;33(1):24-31.
- Cassano, (1999). *L'evoluzione della psichiatria: dalla psicopatologia alle neuroscienze ad un nuovo umanesimo*, in *Journal of Psychopathology*, vol. 5, nr. 1,
- Cena Imbasciati, (2014). *Neuroscienze e teoria psicoanalitica. Verso una teoria integrata del funzionamento mentale*. Springer
- Cimatti, (2007). *La scienza e le scienze. Una nota su psicoanalisi e cervello*. *Rivista di Psicoanalisi*, 2007, LIII, 3
- Colucci D'Amato L., Di Porzio U. (2011) *Plasticità, Apprendimento e Memoria in Introduzione alla neurobiologia*. Jan 2011 pag 105-118 Raffaello Cortina Editore
- D'Aliesio M. (2017) *La Teoria del Cervello Tripartito di MacLean e le possibili connessioni con: la Piramide dei Bisogni di Maslow & la Seconda Topica di Freud*. Tesi Master II livello Neuropsicologia e neuroscienze cliniche. Consorzio Univrsitario Humanitas
- Damasio A. R. (2003). *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*. Adelphi Edizioni
- Davidson R.J. (2013) *La vita emotiva del cervello. Come imparare a conoscerla e a cambiarla attraverso la consapevolezza*. Ponte delle Grazie
- Dehaene, Stanislas (2014), *Consciousness and the brain: Deciphering how the brain codes our thoughts*, Penguin Books, London.
- Enciclopedia online Treccani <https://www.treccani.it/enciclopedia/empatia/>
- Fan Y, Han S. (2008) Temporal dynamics of neural mechanisms involved in empathy for pain: an event related brain potential study. *Neuropsychologia* 46:160-73.
- Gabbard G.O. (2000) «A neurobiologically informed perspective on psychotherapy», *British Journal of Psychiatry*, n. 177 pp. 117-122.
- Gentili C., Cristea I. A., Pietrini P. (2013). *Would neuropsychoanalysis ever be possible?* *Br.J. Psych.*, published online October 13, 2013.

- Jaspers K. L'indirizzo fenomenologico in psicopatologia (1912). In: Jaspers K, editor. Scritti psicopatologici. Napoli: Guida 2004, pp. 27-50.
- Doidge N. (2007) *The Brain That Changes Itself*. Penguin Books
- Fabbri M., "Tra emozioni e conoscenza: dal dissidio all'integrazione negli orizzonti dell'empatia", in *Formazione e insegnamento*; n°3, 2013
- Fabbri M., "La mente emotiva. Narrazioni e sfide evolutive nella civiltà della cura e dell'empatia" *METIS*, vol. 1°, 2014
- Fornaro M. (2000) L'empatia da Jaspers a Freud e oltre. *ATQUE* 22 PP43-62
- Frauenfeld E., Santoianni F. 2002. *Le scienze bioeducative, prospettive di ricerca*. Liguori, Napoli
- Freud S. 1895 Progetto di una psicologia
- Freud S. (1899), *Ricordi di copertura*. O.S.F., 2.
- Freud S. (1909) Cinque conferenze sulla psicoanalisi tenute per il ventesimo anniversario di fondazione della Clark University di Worcester, Massachusetts
- Freud, S. (1912). *The Dynamics of Transference*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works, 97-108
- Freud S. (1912). *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. In *Tecnica della psicoanalisi*. O.S.F., 6. Pag. 536
- Freud S. (1938) *Compendio di Psicoanalisi*, tr.it. in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, vol.II
- Huether G., *Il cervello compassionevole*, Castelvechi, Roma 2013
- Kandal E. (1999) *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for Psychiatry*. *Am J Psychiatry* 156: 505-24
- Kaplan-Solms K., Solms M. (2000). *Psychoanalytic observations on five cases of right perisylvian damage: failure of mourning*. In: *Clinical studies in Neuro-Psychoanalysis*, Karnac, London, 148-199.
- LeDoux, J. E., Romanski, L., Xagoraris, A., & Romanski, L. M. (1989). *Indelibility of subcortical emotional memories*. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 1, 238-43.
- LeDoux, J. E., Cicchetti, P. O., & Xagoraris, A. (1990). *The lateral amygdaloid nucleus: Sensory interface of the amygdala in fear conditioning*. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4, 1062-1069.

- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain*. New York, NY: Simon & Schuster. (trad. it. *Il cervello emotivo*. Milano: Baldini & Castoldi, 1998)
- Lazzerini L. Cammarata M. (2015) *La plasticità neurale e i cambiamenti prodotti dalla psicoterapia nel cervello*. STATE OF MIND PUBBLICATO il 15 Ott. 2015 Aggiornato il 09 Set. 2019
- Lorenzini A. (2004) *Il legame fra empatia e controtransfert: Kohut e alcuni orientamenti attuali*. *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XV, n. 2, pp. 177-192.
- Lucci V. (2019) *Una riflessione sul cambiamento nell'ottica costruttivista intersoggettiva. Un contributo delle neuroscienze*. *Costruttivismi*, 6: 71-84
- Mancia M. (2000) *Sulle molte dimensioni della memoria: neuroscienze e psicanalisi a confronto*. *Psiche*, (2), pp. 181 – 192
- Mancia M. (2008), *Psicoanalisi e Neuroscienze*, Springer Verlag,
- Manica M. (2022) *Ascoltare l'inconscio*. Alpes ed.
- Mcgaugh J.L. (1989) *Modulation of memory storage processes*, in *Memory. Interdisciplinary approaches*, ed. P.R. Soloman et al., New York, Springer, pp. 33-63
- Mcgaugh J.L., McIntyre C.K., Power E.A. (2002) *Amygdala modulation of memory consolidation: interaction with other brain system*. *Neurobiol. Learn Mem.* Nov;78(3):539-52
- McLean. (1984). *Evoluzione del cervello e comportamento umano*. Einaudi
- Mundo E. (2010) *relazione Psicoanalisi e Neuroscienze un dialogo possibile in: Atti Convegno SIPISIA Napoli 17/4/2010*. Frenis Zero Ed.
- Nardino E. (2021) *Le psicosi e l'organizzazione della mente secondo McLean e Freud: il ruolo della neuropsicanalisi*. STATE OF MIND Pubblicato il 08 Feb. 2021 Aggiornato il 12 Feb. 2021 01:43
- Nelson D.L., Cox M.M. (2002), *I Principi di Biochimica di Lehninger*, 3^a ed., Bologna, Zanichelli
- Oliviero A. (2009) *Psicoanalisi e Neuroscienze*. Febbraio 2009 pp 21-25
- Panksepp, J. (1998) *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press
- Panksepp, J. (2006), "Emotional endophenotypes in evolutionary psychiatry". *InProgress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 774–784.
- Panksepp, J., Biven, L. (2012). *Archeologia della mente*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.

- Papez J.W., Thomas Y. Crowell (1929) *Comparative Neurology, A Manual and Text for the Study of the Nervous System of Vertebrates*. Company,
- Pinotti A. (2011) *Questione di carattere. Empatia, espressione, analogia*. Rivista di Estetica. 48 p133-151
- Pirrongelli C. (2019) *Memoria implicita*. Spi Web
- Pirrongelli C. (2019) *Cristiana Pirrongelli fa il punto sull'empatia*. Spi Web
- Rizzolatti, G. et al.1996, *Premotor Cortex and the Recognition of Motor Actions*, "Cognitive Brain Research", 3: 131-141
- Rizzolatti, G. e Fink, G.R.2007, *Prefrontal Involvement in Imitation Learning of Hand Actions: Effects of Practice and Expertise*, "Neuroimage", 17
- Rizzolatti, G. e Sinigaglia, C.(2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Milano, Raffaello Cortina
- Sasso, (2005). *Psicoanalisi e neuroscienze*. Astrolabio Ubaldini
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford. (trad. it. *La mente relazionale, Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina, 2001)
- Siegel, D. (2012). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Simonetti M. (2009) *Filosofia della mente e neuroscienze: il caso dei neuroni specchio*. Relazione SFI, Novara, 28.10.2009 *Phenomenology, Philosophy of Mind and Cognitive Science*.
- Singer, T. et al.2004, *Empathy for Pain Involves the Affective but not the Sensory Components of Pain*, "Science", 303: 1157-1162
- Solms M. (2013) *The conscious id* *Neuropsychanalysis* 15 (1) Woollett, K., & MAGUIRE (2011) *Acquiring "the Knowledge" of London's Layout Drives Structural Brain Changes* *Curr. Biol.* Dec 20; 21(24-2)
- Stringi A. (2013) *Traumi infantili, tossicodipendenza e regolazione affettiva in un gruppo analitico in ambito penitenziario*. *Psichiatria e Psicoterapia* 32, 1, 3-17
- Traetta T. (2009) *Neurofisiologia delle emozioni*. Armando ed.
- Umiltà C. (2012) *Maffei ha ragione*. *Giornale italiano di psicologia*. Fascicolo 3 pp 541-544
- Wagner H., Siber K. (2006) *Psicologia fisiologica*. Il mulino

Wnuk A. (2015) Brain evolution: Searching for what makes us human. Aprile Brain Fact.org

Ricerche

Emozioni alla diagnosi di Pemfigo: un progetto di ricerca multidisciplinare

Battisti S.¹, Battisti V.², Caporale R.³, Silla C.⁴, Leone A.⁵

¹ Docente IRPPI

² Direttrice IRPPI

³ Direttore IRPPI

⁴ Allieva IRPPI

⁵ Allievo IRPPI

Abstract

Da alcuni anni l'Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata collabora con l'Associazione Nazionale Pemfigo Pemfigoide per offrire servizi di psicoterapia alle persone affette da queste rare malattie della pelle. Nell'ambito di tale collaborazione, è emersa la necessità di raccogliere dati riguardo la salute psicologica di queste persone con malattie rare. È stato pertanto avviato un progetto di ricerca in collaborazione con l'Istituto Dermatologico dell'Immacolata, da sempre centro di riferimento per le patologie dermatologiche rare. Il progetto, denominato Stato di salute psicologica nelle persone affette da malattie bollose autoimmuni e valutazione preliminare di un intervento di sostegno di gruppo, verrà presentato in questo articolo.

Il progetto multidisciplinare

Pemfigo e Pemfigoide sono un insieme eterogeneo di patologie bollose autoimmuni in cui il sistema immunitario aggredisce la cute, provocando bolle od erosioni. Queste malattie della pelle e delle mucose hanno un forte impatto sulla qualità della vita dei pazienti, condizionando l'aspetto fisico e lo stato emotivo. La ricerca condotta dall'Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI), l'Associazione Nazionale Pemfigo Pemfigoide Italy (ANPPI) e l'Istituto Dermatologico dell'Immacolata (ANPPI), aveva l'obiettivo di raccogliere dati per individuare i bisogni di salute insoddisfatti, e gli aspetti emotivi e psicologici coinvolti nella manifestazione di queste patologie cutanee autoimmuni, nonché l'impatto della patologia organica sulla psiche. Si tratta di tematiche particolarmente importanti per la qualità di vita dei pazienti, tuttavia le pubblicazioni su questi temi sono scarse. La pubblicazione "Emotions at diagnosis in patients with bullous diseases" (2023), di Sampogna F., Battisti S., Scarpulla C., Battisti V., Cosenza F., Pulvirenti C., Formato G., e Abeni D., è derivata dai dati raccolti all'interno della ricerca sullo Stato di salute psicologica nelle persone affette da malattie bollose autoimmuni.

Metodi e risultati

I ricercatori dell'IDI-IRCCS e dell'IRPPI hanno condotto una revisione sistematica ed una meta-analisi sulla qualità della vita nei pazienti affetti da malattie bollose autoimmuni, mostrando che la maggiore compromissione è riscontrata nelle dimensioni "sintomi e sentimenti" e "attività quotidiane" del Dermatology Life Quality Index (DLQI). Mentre il maggiore deterioramento è stato riportato nelle dimensioni "ruolo-fisico", "ruolo-emotivo" e "vitalità" del medesimo questionario.

I pazienti adulti affetti da patologie bollose sono stati reclutati attraverso l'Associazione italiana pazienti con Pemfigo e Pemfigoide (ANPPI). I criteri di inclusione erano: avere aver ricevuto una diagnosi di patologia bollosa autoimmune da parte di un medico; età ≥ 18 anni; fornire consenso informato firmato. La maggior parte dei pazienti aveva il Pemfigo Volgare, mentre la seconda condizione più comune era il Pemfigoide. La popolazione in studio era composta da 105 pazienti con le caratteristiche descritte in tabella I.

TABLE I.—*Sociodemographic characteristics of the study population of 105 patients with bullous diseases.*

Variable	N.	%
Sex		
Male	38	36.2%
Female	67	63.8%
Age		
18-35 years	5	5.9%
36-44 years	33	38.8%
46-55 years	27	31.8%
56-70 years	9	10.6%
>70 years	10	12.9%
Marital status		
Single	10	9.5%
With partner	78	74.3%
Separated/divorced	12	11.4%
Widow/er	5	4.8%
Educational level		
Primary/secondary	27	25.7%
High school	42	40.0%
University	36	34.3%
Has children		
Yes	77	73.3%
No	28	26.7%
Smoker		
Yes	12	11.4%
No	76	72.4%
Previous	17	16.2%

Le emozioni al momento della diagnosi

Com'è noto, il momento della diagnosi di una malattia potenzialmente letale è un evento particolarmente delicato per il paziente, in cui possono emergere emozioni diverse, come tristezza, disperazione, paura, confusione, rabbia o rifiuto. Per tale ragione, è stato chiesto al paziente quali emozioni provasse al momento della diagnosi. L'emozione più frequentemente provata al momento della diagnosi è stata la confusione (47,6% dei pazienti, Figura 1). Inoltre, più del 30% dei pazienti ha riferito di aver provato tristezza e paura, il 12,5% rabbia e il 10,5% disperazione. Una minore prevalenza è stata osservata per l'isolamento, il disprezzo, l'evitamento e la sfida.

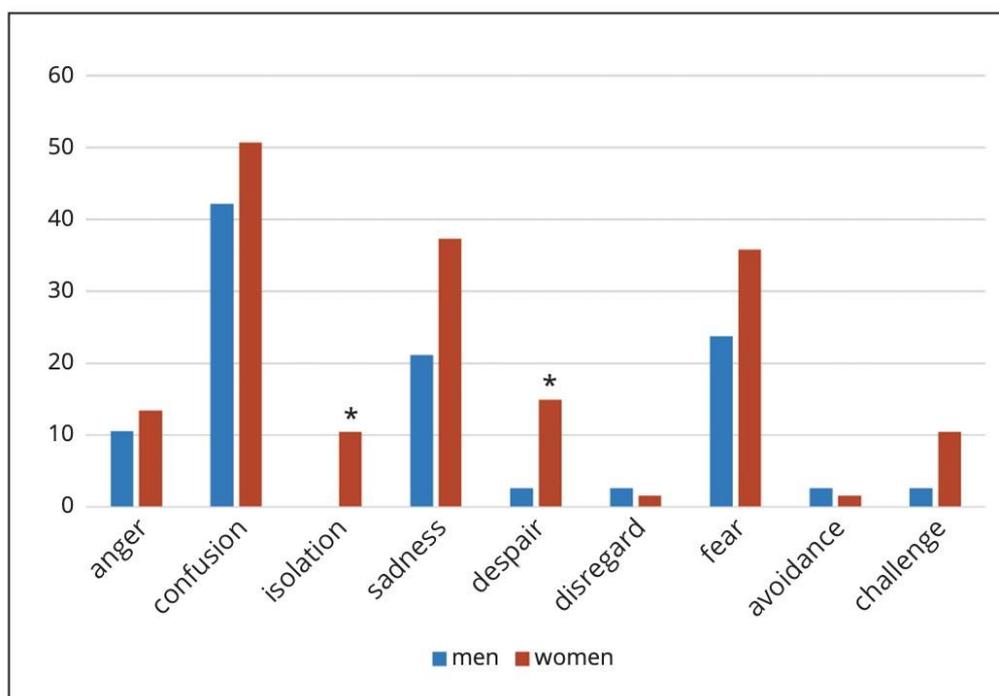


Figure 1.—Prevalence of emotions at diagnosis in men and women with bullous disease. * $P < 0.05$ (Chi-square Test).

Gli effetti della patologia sull'umore

In accordo con Kouris, Platsidaki e Christodoulou (2016), i pazienti faticano a gestire le malattie bollose autoimmuni nella vita di tutti i giorni, in quanto esse influiscono su attività come camminare, trasportare oggetti e salire le scale. Possono risultare complicate anche attività quotidiane specifiche, come la gestione della casa, del giardino, il vestiario, la necessità di cambiarsi spesso l'abbigliamento. I pazienti provano quindi grande frustrazione a causa di una routine quotidiana passiva e poco soddisfacente.

Gli effetti negativi della patologia sull'immagine di sé (sentirsi impuri e fisicamente poco attraenti), la natura cronica della malattia e la difficoltà nel controllare i sintomi possono spiegare gli alti punteggi registrati della scala HADS-depressione, una scala di valutazione sviluppata da Zigmond e Snaithand per rilevare gli stati d'ansia e di depressione originari dei pazienti ospedalizzati e non.

I sintomi più comuni della malattia, come il dolore, il prurito e il disagio, possono avere un impatto negativo sul sonno, sull'umore e sul piacere di vivere, rappresentando un'ulteriore causa di depressione nei pazienti.

I pazienti sono stati valutati anche per la Solitudine, secondo la scala UCLA (versione 3). Si tratta di un questionario di 20 item, che misura la percezione personale della solitudine e dell'isolamento sociale; punteggi UCLA più alti indicano sentimenti più forti di solitudine e isolamento. I risultati della scala di solitudine UCLA indicano che anche le relazioni personali con parenti e amici possono essere compromesse.

Rabbia, paura e tristezza

Le lesioni cutanee generano un sentimento di inadeguatezza, di disgusto; di conseguenza, i pazienti riducono i contatti sociali, sentendosi soli e socialmente isolati. Secondo Paul Ekman, ci sono sei emozioni di base: rabbia, disgusto, paura, tristezza, sorpresa e piacere. Nel presente studio sono state analizzate tre di queste emozioni primarie, che potrebbero avere origine al momento della diagnosi di una patologia grave, ossia rabbia, paura e tristezza (Sampogna, Battisti et al., 2023).

L'isolamento sociale, la disperazione ed il senso di solitudine sono emozioni secondarie alla tristezza, le quali possono rinforzarla, mantenendo nel tempo questi stati in un circolo che andrebbe compreso e analizzato insieme al paziente. Per questo è importante la presa in carico del paziente in un'ottica integrata, bio-psico-sociale, che possa accogliere la sua unità di mente e corpo.

L'immagine corporea nei pazienti con malattie bollose autoimmuni

Il corpo è il luogo in cui si intrecciano la Natura, come genetica e patrimonio biologico, e la Cultura come ambiente fisico e relazionale. Il corpo, preso nelle sue costruzioni legate all'ambiente, alle relazioni e alla cultura, sancisce, in modo visibile, interno ed esterno, inclusione ed esclusione, accettazione e rifiuto. Il corpo quindi è il mezzo tramite il quale è possibile costruire la relazione umana in un campo bipersonale. L'immagine corporea è concettualizzata come un'auto-rappresentazione interiorizzata (schemi rappresentazionali di Sé e del Sé in relazione all'Altro) che guida il comportamento e influenza l'elaborazione delle informazioni.

Come abbiamo visto, il corpo di questi pazienti, viene trasformato e deturpato dalle tipiche lesioni cutanee della malattia bollosa. Questo porta a stati affettivi e mentali in cui il soggetto si percepisce sfigurato e ripugnante e di conseguenza i pazienti riducono i contatti sociali, sentendosi soli e socialmente isolati.

La percezione negativa della propria immagine corporea ha quindi delle importanti conseguenze Intra e Inter-personali. Questi pazienti potrebbero avere maggiori difficoltà nella regolazione emotiva e dell'autostima e questo potrebbe provocare un aumento dell'insoddisfazione dell'immagine corporea e della disforia, andando a rinforzare i comportamenti di ritiro sociale, e le emozioni ad esso associate, che inciderebbero, a loro volta, su una varietà di componenti della risposta immunitaria a livello sistemico e cutaneo.

Conclusioni

L'impatto emotivo delle diagnosi di malattie gravi e condizionanti l'intera vita del paziente - come nel caso delle malattie bollose autoimmuni - è enorme e necessita di delicatezza e attenzione da parte del team curante. In particolare occorre considerare le emozioni di confusione, tristezza, paura e l'immagine corporea alterata che tali malattie provocano. L'attenzione degli operatori sanitari a questi aspetti psicologici del paziente migliora la gestione della cura e l'adesione del paziente al trattamento in corso. Lo stato di salute dei pazienti con Pemfigo può essere migliorato se i loro problemi psicologici sono adeguatamente valutati, riconosciuti e trattati con un approccio multidisciplinare.

Bibliografia

- Hurst H. G. (1970). Pemphigus and pemphigoid: some current concepts. *Canadian Medical Association journal*, 103(12), 1279–1282.
- Mazzotti, E., Mozzetta, A., Antinone, V., Alfani, S., Cianchini, G., & Abeni, D. (2011). Psychological distress and investment in one's appearance in patients with pemphigus. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 25(3), 285–289.
- Mucci, C. (2020). *Corpi Borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Milano, Raffaello Cortina.
- Calabria, E., Adamo, D., Leuci, S., Pecoraro, G., Coppola, N., Aria, M., & Mignogna, M. D. (2021). The health-related quality of life and psychological profile in patients with oropharyngeal Pemphigus Vulgaris in complete clinical remission: A case-control study. *Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*, 50(5), 510–519.
- Ekman P., (1992), Are there basic emotions?, *Psychol Rew*, 99:550-553
- Kouris, A., Platsidaki, E., Christodoulou, C., Armyra, K., Korkoliakou, P., Stefanaki, C., Tsatovidou, R., Rigopoulos, D., & Kontochristopoulos, G. (2016). Quality of life, depression, anxiety and loneliness in patients with bullous pemphigoid. A case control study. *Anais brasileiros de dermatologia*, 91(5), 601–603.
- G. Lago, (2018), *Il disturbo del pensiero nella depressione*, Roma, Mente e Cura 2018
- Pourali, S. P., Gutierrez, Y., Kohn, A. H., Rajkumar, J. R., Jones, M. E., Ortiz, I., David, M., & Armstrong, A. W. (2021). Bullous Dermatoses and Depression: A Systematic Review. *JAMA dermatology*, 157(12), 1487–1495.
- Sampogna, F., Battisti, S., Scarpulla, C., Battisti, V., Cosenza, F., Pulvirenti, C., Formato, G., & Abeni, D. (2023). Emotions at diagnosis in patients with bullous diseases. *Italian journal of dermatology and venereology*, 158(4), 328–333.

Novità

Di passioni e altre storie: la libroterapia in adolescenza

A cura di Francesca Carubbi*

*psicologa - psicoterapeuta. Autrice. Centro Studi e Clinica Psicologica Daimon Fano (PU)

dr.francesca.carubbi@gmail.com

Abstract

Con il termine libroterapia intendiamo l'utilizzo della narrazione (White, 1992) letteraria in ambito clinico e di promozione del benessere. In tal senso, le neuroscienze (Uboldi, 2013) hanno dimostrato quanto la narrazione sia connaturata al nostro funzionamento cerebrale: la lettura, sia essa ascoltata che attivamente promossa, promuove un'identificazione con i personaggi grazie al processo della simulazione incarnata (Gallese, 2005).

Da qui, il seguente articolo si prefigge di descrivere l'importanza della narrazione (con piccoli focus sullo stato della lettura in Italia e sulla nascita del romanzo moderno) come dispositivo di cambiamento, soprattutto per gli adolescenti, i quali non solo attraversano una fase delicata di pruning cognitivo, e quindi necessitano di strumenti che possano arricchire sia il loro apprendimento cognitivo, bensì possono trovare, nel libro, una feconda risorsa di alfabetizzazione emotiva, di passione verso la vita e, quindi, di comportamenti proattivi che possano scongiurare una chiusura narcisistica, contraddistinta da vuoto interiore e mancanza di empatia, come cercherò di mostrare attraverso cenni di un mio caso.

Parole chiave: libroterapia; narrazione; psicologia; adolescenza

Abstract

With the term book therapy, we mean the use of literary narration (White, 1992) in the clinical field and for the promotion of well-being. In this sense, neuroscience (Uboldi, 2013) has demonstrated how narration is inherent to our brain functioning: reading, whether listened to or actively promoted, promotes identification with the characters thanks to the process of embodied simulation (Gallese, 2005).

From here, the following article aims to describe the importance of narration as a device for change, especially for adolescents, who not only go through a delicate phase of cognitive pruning, and therefore need tools that can enrich both their cognitive learning, but rather they can find, in the book, a fruitful resource for emotional literacy and, therefore, proactive behavior.

Keywords: book therapy; storytelling; psychology; adolescence

Un'epoca di passioni vuote e di vocabolario scarno: l'adolescente, oggi.

Molti vissuti degli adolescenti sono contraddistinti da lande desolate, da vuoti incolmabili, dove il "buco" - per parafrasare un albo molto famoso (Llenas, 2016) - non è più quella salvifica frattura interiore (Rogers, 1961)

che permette l'inizio di un'interrogazione responsabile personale. Se un tempo il dolore psichico parlava di un conflitto sorto da un pressante senso di colpa, dal bisogno, per crescere, di ribellarsi al sistema (Borgioni, 2017), da qualche anno assistiamo a un altro tipo di sofferenza dove il Super Io non è più l'istanza morale, il limite da trasgredire, ma è un'istanza che ci vuole perfetti, socialmente adeguati (o social?), impeccabili nel nostro manifestarsi al mondo, pena una profonda ferita narcisistica e una vergogna annichilente.

Pietropolli Charmet (2008) li definisce spavaldi e terribilmente fragili. Perché? Perché i primi a essere fragili siamo noi a causa di uno stile educativo scisso (Carubbi; Albano, 2008), e "traditore" (Lancini, 2021), tra le sue componenti verbali e non e, quindi, non autentico, per il fatto che il fisiologico ritorno della pulsionalità conflittuale ci spaventa.

Per un nuovo patto educativo: la famiglia come luogo di cura e modello di assunzione di scelte libere e responsabili

Da qui, personalmente, mi trovo molto vicina alla posizione di Bowlby quando sostiene che per prendersi cura del bambino e dell'adolescente non possiamo dimenticare il sostegno al genitore. Freud (2003, post.), in tal senso, sosteneva che i mestieri più difficili sono sicuramente lo psicologo, il genitore e l'insegnante. Lacan (1966; 2006), da suo canto, sottolinea quanto l'educazione sia un mestiere impossibile. Perché? Perché, nonostante le nostre buone intenzioni, un terreno di crescita ben annaffiato, i nostri pargoli non risponderanno sempre alle nostre aspettative - e, per fortuna, sostengo io -; non sempre coglieranno i nostri sforzi. L'Altro, per definizione, è irriducibile a qualsiasi oggettivazione. Ci sarà sempre uno scarto, un buco tra noi e loro.

La questione, allora, è come vivificare questo spazio e questa distanza. Come muoversi, allora?

Per un'educazione congruente: il genitore tra affettività e norma

Nel mio primo libro¹⁰, dedicai buona parte alla spinosa questione educativa, definendo il genitore come un osservatore partecipante alla crescita del figlio. Un osservatore che sa quando e come intervenire, senza angosciarsi davanti agli inevitabili ostacoli che il ragazzo troverà inevitabilmente sulla strada. Come a dire: "Io, genitore, posso permettere a mio figlio di imparare a camminare sapendo che, probabilmente si sbuccerà le ginocchia?" e, ancora, "posso tollerare la sua frustrazione, il suo sconforto, i suoi inevitabili fallimenti?", senza dimenticare un'altra domanda fondamentale: "Posso mostrarmi, allo stesso tempo, fragile ma saldo, profondamente ferito ma anche una base sicura?".

Che cosa significa, allora, educare la famiglia?

Educare è un processo dinamico contraddistinto da tappe evolutive e familiari che non sono sempre lineari ma che rispondono del proprio equilibrio soggettivo.

Per questo motivo, ogni presa in carico del minore non può prescindere dalla cura del sistema famiglia e delle sue relazioni (Tardioli, 2022).

Quando il genitore è troppo concentrato su di sé ossia sul saper fare, tralasciando il saper essere, il giovane si trova smarrito, per il fatto che non può contare sull'autenticità del primo.

E allora arriva la rabbia, distruttiva. La rabbia di un Peter Pan che, a differenza del personaggio di Barrie, vuole crescere. Checché se ne dica, l'adolescente vuole un adulto che risponda al suo richiamo. Vuole appassionarsi, tendersi verso l'autorealizzazione, vuole la parola come testimonianza. Vuole una frattura che lo interroga nel profondo. Vuole un adulto autorevole che lo sostenga in questo difficile percorso di crescita.

¹⁰ F. Carubbi (2018). *Paco, le nuvole borbottone e altri racconti. L'uso della fiaba nell'infanzia per un'educazione centrata sul bambino.* Alpes Italia, Roma

Uno sguardo sul leggere in Italia: la lettura è ancora importante?

In questo panorama, anche la lettura ha perso il suo senso. E, con lei, le sue componenti morfologiche e sintattiche.

Non dimentichiamo che la lettura non è solo uno strumento di facilitazione cognitiva, bensì relazionale: leggere insieme, dibattere, argomentare permette un prezioso incontro transgenerazionale (Carubbi, 2009; 2018).

Ma come e quanto si legge? E, da qui, come ciò influisce sullo sviluppo sociolinguistico? ricerche linguistiche ci informano, infatti, di una costante perdita lessicale; di una difficoltà sempre maggiore nella comprensione, anche di un testo semplice. Per non parlare dell'uso dei tempi verbali: stiamo perdendo l'uso del tema del perfetto, del congiuntivo.

Si legge poco e male.

I dati ISTAT

Da una recente ricerca ISTAT (Noi Italia 2023), si evince come sia calato il numero di lettori in Italia: *“Nel 2022, rispetto all'anno precedente, diminuisce la quota di lettori di libri, pari al 39,3% della popolazione di 6 anni e più (40,8% nel 2021). Tra questi, il 44,4% legge fino a 3 libri l'anno, mentre i “lettori forti” (12 o più libri letti in un anno) sono il 16,3%.”* Ma, fortunatamente *“La lettura di libri è soprattutto prerogativa dei giovani nella fascia d'età tra gli 11 e 24 anni e delle donne”*.

I ragazzi si stanno di nuovo innamorando della lettura? Ancora è presto per dirlo ma occorre sottolineare che, a oggi, molti Istituti Scolastici ed enti di prossimità stanno mettendo in campo molte iniziative lodevoli di promozione della narrazione, intesa anche come autobiografia: laboratori di scrittura creativa, club del libro, biblioteche di classe... Senza dimenticare la preziosissima iniziativa nazionale *“Io Leggo perché”*.

“Homo narrator”: lo storytelling connaturato all'essere umano

Per l'antropologia e la psicoanalisi, l'uomo nasce con il linguaggio: la parola è la condizione sine qua non che ci differenzia dagli altri animali. Questo per il fatto che il dire ci umanizza e particularizza. La parola rende la persona soggetto, grazie alla cura amorevole.

Siamo fatti di parole. Come sostiene il biologo americano Stephen Jay Gould (1995, p. 24), noi esseri umani *“siamo creature che raccontano storie; la nostra specie avrebbero dovuta chiamarla Homo narrator”*.

Uomini narranti che hanno iniziato a divulgare con l'oralità (Sanga, 2020) per poi offrire testimonianze letterarie, dove *“i significati testuali escono dalla loro potenzialità, divengono significati in atto, solo durante la, e grazie alla, lettura [...]”*¹¹

È il lettore, allora, ad offrire possibilità di significati a significanti già offerti; significati unici e irripetibili.

La “nascita” della narritività

Le basi narrative risalgono alla Poetica di Aristotele, per cui la narrazione può avere carattere di mimesi o interpretazione - nel caso dell'epopea - o di diegesi alias in forma, appunto, narrativa. In questo ultimo caso, gli studiosi della narrazione utilizzano il termine *fabula*¹²: a interessarsi, per primi, alla narritività furono i formalisti russi, come ad esempio V. Propp (1926; 1948), il quale indicò nella fiaba - quale prodotto intermedio, come ci ricorda Italo Calvino (2021), tra la novella e il romanzo - il “prototipo” di ogni discorso narrativo, grazie alla

¹¹ Segre C. (1985). Avviamento all'analisi del testo letterario

¹² “I termini favola e fiaba, infatti, derivano [...] da una medesima voce verbale latina, *fari*, che significa parlare” (Boroni, 2020, p. 91)

scoperta della linearità e ripetibilità delle sequenze narrative e del loro declinarsi in azioni e funzioni ben definite e univoche al di là delle differenze culturali.

La fiaba, allora, grazie a una fabula ben chiara e definita, si ripete nel tempo e tende a rispecchiare il discorso dei parlanti e i significati che racchiude.

L'apporto delle neuroscienze nello studio dello storytelling

L'idea della narrazione come modello universale di precise sequenze d'azione/ funzione (Propp, 1926) è stata studiata scientificamente da Sara Ubaldi (Ubaldi, 2013), la quale ha scoperto una stretta "*convergenza tra l'architettura testuale del fiabesco e le strutture cognitive*": nello specifico, durante la narrazione, vengono attivati specifici neuroni, definiti mirror, la cui specificità è, appunto, quella di fungere da "specchio" nell'azione (Rizzolatti, 2004; Gallese, 2006); gli studi sulla fiaba, ad esempio, (Ubaldi, 2013) mostrano come il lettore grazie ai neuroni specchio può identificarsi con le azioni dei personaggi proprio per il fatto che le suddette funzioni (Propp, 1928) sono speculari ai suoi script e frames cognitivi. Ciò potrebbe spiegare il carattere universale della fiaba, fungendo, da qui, come "microsceneggiatura" (Ubaldi, 2013) delle azioni umane e, quindi, come proficua fonte di apprendimento cognitivo ed emozionale.

Se caratteristica fondamentale della fiaba è la sua linearità delle sequenze narrative e l'unità d'azione, da Aristotele, diverso è il discorso sul romanzo, il cui intreccio, è, al contrario, più complesso.

Focus: la nascita del romanzo

Il termine "romanzo" nasce nel Medioevo per designare le narrazioni che spaziavano dai temi ispirati all'epopea classica a quelle dell'amor cortese, i temi di avventura e cavallereschi (Meneghetti, 2010).

Con l'età moderna (1600 - 1700), nasce la nostra idea di romanzo, grazie alla pubblicazione di grandi opere, come Don Chisciotte di Cervantes (1605) in Spagna e Moll Flanders di Defoe in Inghilterra (1722).

Progressivamente, il romanzo si complessifica nei suoi intrecci: la narrazione amplifica dolori ed emozioni, bisogni di riscatto, come nelle sorelle Brontë, in Dumas e in Victor Hugo.

In Italia, Verga mostra come la lotta alla sopravvivenza non abbia eguali. Timidamente, si inizia a narrare anche di crescita e delle prime scoperte sessuali (romanzi di formazione), con Federico Tozzi (1919), in Italia, e Lawrence (1928), in Inghilterra.

Un discorso che meriterebbe un articolo a sé riguarda i romanzi fantasy (ad es. la saga di Twilight e di Harry Potter, solo per citarne i più famosi) e tutto il mondo Young Adult o i romanzi spicy a forte impatto psicologico.

"Il cavaliere inesistente". Antonio e il suo senso di vuoto interiore

Come accennato più sopra, molti clienti mostrano una percezione di sé priva di continuità e di confini; fragile e, soprattutto, con scarsa capacità di mentalizzazione e riflessione sui propri stati interni e quelli altrui. Come sostiene Elena Faini (Faini, 2023), i clienti di oggi hanno grande difficoltà a porre e sostenere un contatto psicologico con il terapeuta (Rogers, 1957), considerandolo, da qui, una prosecuzione del proprio bisogno narcisistico, per cui il clinico altri non è che colui che deve risolvere il problema, per il fatto che il cliente non riesce a prendere contatto con la sua sofferenza interna o cerca di proiettare le cause all'esterno.

Per quanto riguarda l'adolescenza, molti ragazzi non sanno proprio chi siano: non mostrano un'impalcatura conflittuale e, da qui, non potendo assumersi responsabilmente il proprio conflitto delegano il loro cambiamento al clinico. Il dialogo, da qui, diventa monologo sintomatico che gira su se stesso, senza via di uscita.

"Il cavaliere è una parte di me": lettura e empatia

Ecco, allora che il libro può permettere un nuovo discorso su di sé, una sua prima costruzione: grazie alla “simulazione incarnata” (Gallese, 2006), le sequenze narrative risuonano empaticamente in noi.

In tal senso, mi sovviene il caso di un adolescente che seguo da pochi mesi e che si presenta con una sensazione di vuoto interiore: per Antonio è tutto “normale”; non c’è sfumatura emotiva se non una fredda rabbia che lo coglie nei momenti di profonda frustrazione.

Nell’esempio concreto, il “Cavaliere inesistente” (Calvino, 1959) rappresenta quella parte vuota di sé e la sua sofferenza fa da eco a quella di Antonio. Lì, il monologo si spezza a favore dello stupore, della meraviglia e del risveglio: le parti vuote del Cavaliere sono anche le sue; tra di loro passa un invisibile filo rosso che li unisce. Il Cavaliere fa da specchio; il ragazzo può interrogarsi su chi sia, cosa ama e su chi vuol diventare. Inizia un barlume di assunzione di responsabilità.

“I tre moschettieri”. Antonio e la libroterapia come alleata nella costruzione di sé

Rogers (1957) sosteneva che la persona è un agente di scelta libero e responsabile e che, da qui, per cambiare deve rispondere necessariamente a ciò che il suo organismo sofferente gli comunica, affinché possa, in primis, appropriarsi del proprio conflitto interno (non è sempre colpa degli altri se sto male), per poi assumersi il desiderio di porre un vitale mutamento alla propria esistenza.

In tal senso, affinché possiamo provare un conflitto, occorre che, prima, abbiamo strutturato un’immagine di noi coerente ma rigida e inflessibile, fatta di valori, emozioni e costrutti che abbiamo ereditato e abbiamo fatto nostri, e che tende a soffocare la nostra congruenza che ancora non riusciamo a simbolizzare correttamente (Rogers, 1951).

Essere responsabili, allora, vuol dire rendersi consapevoli di questo bivio esistenziale, tra chi devo e chi vorrei, invece, essere: Antonio mi dice che sta leggendo di nuovo e che ha una nuova carica nello sport; pian piano inizia a emergere un germoglio di sé, in quanto inizia a sapere cosa vuole, su chi vuol essere. Si sta costruendo emotivamente. Ora è un moschettiere

E, ora, è un D’Artagnan (Dumas, 1844) che ama l’amicizia e la cooperazione.

Conclusioni

Con questo articolo, ho voluto porre una riflessione su una possibile integrazione tra saperi diversi - letteratura e psicologia - nel facilitare un’interrogazione personale.

Implicarsi, interrogarsi è, da sempre, una necessità per l’essere umano e ciò lo possiamo osservare nelle opere letterarie. Come abbiamo visto, la fiaba è stato il primo prodotto, insieme al teatro, a facilitare nella persona la sua tensione alla ricerca di significati e senso dell’esistenza.

Il conflitto psichico si nutre di queste interrogazioni esistenziali: “Chi sono?”; “Cosa voglio?”... Oggi, la sofferenza sta nel fatto che si vogliono eludere suddette questioni, con risposte certe e subitane, e il tempo per la riflessione non esiste quasi più. Gli adolescenti stessi tendono a ricercare un’esistenza priva di conflitto. ma senza conflitto il nostro sé tende a scomparire. Ecco a cosa serve la libroterapia: a riscoprire il valore del dialogo, soprattutto quello interno; a rispecchiarsi in qualcun altro che, prima di noi, ha vissuto le nostre azioni. Per riattivare, allora, la nostra narrazione esistenziale.

^[1] F. Carubbi (2018). *Paco, le nuvole borbottone e altri racconti. L’uso della fiaba nell’infanzia per un’educazione centrata sul bambino.* Alpes Italia, Roma

^[2] Segre C. (1985). *Avviamento all’analisi del testo letterario*

^[3] “I termini favola e fiaba, infatti, derivano [...] da una medesima voce verbale latina, fari, che significa parlare” (Boroni, 2020, p. 91)

Cinema

Il gioco di Gerald: le manette della psiche

A cura di Simona Galassi*

*psicologa

Parole chiave: psiche, erotismo, sessualità, sottomissione.

Ammanettata per un gioco erotico, Jessie provoca la morte del marito. Una storia che passa attraverso la psiche della protagonista alle prese con il suo passato.

La storia

Su Netflix è possibile vedere questo interessante film del 2017 girato da Mike Flanagan e ben interpretato da Carla Gugino e Bruce Greenwood dal titolo *Il Gioco di Gerald*, tratto da uno dei romanzi più belli, claustrofobici e intimamente psichici di Stephen King. La storia appare semplice: una coppia matura decide di raggiungere la loro isolata casa sul lago per un gioco erotico di cui lui soprattutto sente il bisogno. È così che Jessie ammanettata al massiccio letto di legno provoca involontariamente la morte del marito Gerald.

Le Manette della Psiche

Da qui il film si trasforma in un viaggio di introspezione psicologica, metafora di un risveglio che si apre attraverso l'inconscio della protagonista alle prese con i fantasmi del passato mentre lotta tra la vita e la morte. Le manette ai polsi della donna sono interpretabili come una resistenza psichica di chi cerca un cambiamento ma contemporaneamente, in modo inconsapevole, tenta di ripristinare le stesse modalità conosciute anche se sofferte e disfunzionali. Ma ciò che accade a Jessie è un cambiamento improvviso e quindi il confronto con sé stessa sarà inevitabile. I meccanismi di rimozione e negazione cadono ma perdurerà ancora una parziale cecità su aspetti di sé come riparo nel cercare di eludere la sua parte più fragile.

La bellezza del film, che nulla toglie al libro, è proprio nella capacità del regista di rendere convincente attraverso le immagini la membrana sottile che divide la realtà dall'immaginazione. La storia girata pressoché in un unico ambiente, rimane dinamica, come dinamici e veloci sono i movimenti della mente della donna che nel tentativo di sopravvivere popolerà la stanza di personaggi. Proiezioni della psiche o esseri reali?

La Stanza, la Voce Interiore, le Difese, il Trauma

Ritroviamo così in pochi metri quadrati tanti elementi che ricordano metaforicamente il mondo della analisi e della terapia. La crisi, il trauma, i ricordi d'infanzia, i sogni, i personaggi e le libere interpretazioni e infine la stanza come luogo dove tutto questo può avvenire, dove si intravedono nuove verità, dove vacillano le vecchie difese che si ha paura di abbandonare. Il momento traumatico diventa così il momento in cui per la prima volta Jessie riuscirà ad affrontare e pensare questi vissuti da troppo tempo sotterrati e tenuti nascosti alla coscienza. Ricostruirne un senso e dargli significato. Allora, e solo allora, potrà rinascere come una donna nuova.

L'Eclissi e il ricordo tra film e libro

Nel film ritroviamo i temi cari a Stephen King: il Maine, il luogo isolato, l'eclissi che diventa simbolo della nostra parte ombra. In un momento del libro come nella sceneggiatura si legge: *“Per un attimo ci andò vicino e capì che ce l'avrebbe fatta se veramente lo avesse desiderato. Il segreto di quel giorno non era mai veramente sprofondato del tutto nell'inconscio, era rimasto seppellito in una fossa non tanto profonda. Si era verificata una sorta di amnesia selettiva, di un genere assolutamente volontario. Se avesse desiderato ricordare che cosa era successo il giorno in cui si era spento il sole ne sarebbe stata in grado.”*

Ecco l'eclissi, culmine della storia di Jessie, dal greco Ekleipsis, che significa abbandonare, sparire. Quell'eclissi del cuore legata all'offuscamento di un ricordo inaccettabile.

La Catarsi, verso una nuova vita

Questa è certamente una storia dedicata al mondo femminile in un percorso di scoperta di sé. Assistiamo ad un percorso complesso che culmina nello scioglimento dei nodi personali una liberazione e quindi una rinascita. Una storia dove si guardano i propri demoni per affrontarli e ridimensionarli.

Il gioco di Gerald è un film del 2017 diretto da Mike Flanagan e tratto dall'omonimo romanzo di Stephen King.