



Mente e Cura  
Psicoterapie e Neuroscienze

Direzione Scientifica  
Valentina Battisti e Riccardo Caporale

DICEMBRE 2025

# Mente e Cura

ISSN 2611-0245

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

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

## SOMMARIO

### ARTICOLI

**La tripolarizzazione borderline: un nuovo modello dissociativo di funzionamento della personalità**  
Caporale R., Battisti V., Paoletti A., Andreola M.....3

**Gruppo: microcosmo sociale. La dinamica dei gruppi secondo il metodo di psicoterapia  
psicodinamica integrata** Battisti S., Scarpulla C.....19

### RUBRICHE

#### Cinema

**Recensione psicodinamica del film *Follemente* (2025) di Paolo Genovese, secondo la metodologia  
PPI** Ricci F. ....49

#### Congressi

**“Personalità, integrazione e crescita nella pratica clinica”** Daniel J. Siegel, Roma, 24-25 Ottobre 2025  
Paoletti A.....55

**Direzione scientifica:** Valentina Battisti e Riccardo Caporale

**Direttrice responsabile:** Carola Pulvirenti

**Coordinamento editoriale:** Simonetta De Petrillo

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

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

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

Articolo

## **La tripolarizzazione borderline: un nuovo modello dissociativo di funzionamento della personalità**

Borderline tripolarization: a new dissociative model of personality functioning

**Caporale R.<sup>1</sup>, Battisti V.<sup>2</sup>, Paoletti A.<sup>3</sup>, Andreola M.<sup>4</sup>**

<sup>1 2 3 4</sup> IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

### **Riassunto**

Il presente lavoro costituisce un aggiornamento della psicodinamica borderline come livello di funzionamento della personalità. Dalla disorganizzazione dell'attaccamento emerge una struttura dissociativa del Sé a tre poli che chiameremo tripolarizzazione borderline, derivata dall'interiorizzazione di una proto-relazione oggettuale traumatica vittima-persecutore e dalla conseguente formazione di una proto-rappresentazione idealizzata Sé-altro come salvatore. Gli stati dissociati del Sé vittima, Sé persecutore e Sé salvatore vengono gestiti attraverso modalità di pensiero preriflessive quali l'equivalenza psichica e continui meccanismi di identificazione proiettiva ed introiettiva, acting out, somatizzazione, controllo onnipotente ed idealizzazione. L'intervento secondo la psicoterapia psicodinamica integrata (PPI) permette l'elaborazione della relazione oggettuale traumatica e l'integrazione della dissociazione tra polarità protomentali persecutorie e polarità protomentali idealizzate, grazie al lavoro con gli enactment nel qui ed ora della terapia.

**Parole chiave:** *tripolarizzazione borderline; psicodinamica borderline; funzionamento borderline di personalità; dissociazione strutturale; disorganizzazione dell'attaccamento.*

### **Abstract**

This work provides an update of borderline psychodynamics as a level of personality functioning. From the disorganization of attachment emerges a dissociative structure of the three-pole Self that we will call borderline tripolarization, derived from the internalization of a traumatic victim-persecutor proto-object relationship and the consequent formation of an idealized proto-representation of Self-other as savior. The dissociated states of the victim Self, persecutor Self, and

savior Self are managed through pre-reflexive modes of thought such as psychic equivalence and continuous mechanisms of projective and introjective identification, acting out, somatization, omnipotent control, and idealization. Intervention according to integrated psychodynamic psychotherapy (PPI) allows the elaboration of the traumatic object relationship and the integration of the dissociation between persecutory protomental polarities and idealized protomental polarities, thanks to work with enactments in the here and now of therapy.

**Keywords:** *borderline tripolarization; borderline psychodynamics; borderline personality functioning; structural dissociation; attachment disorganization.*

## **1. Introduzione ed aggiornamento della categoria borderline secondo la Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI)**

Con il termine borderline intendiamo uno specifico livello di funzionamento della personalità derivato dagli effetti di uno sviluppo patologico del sistema di attaccamento che si pone al limite tra le polarizzazioni depressivo-narcisistiche e le frammentazioni psicotiche (Caporale e Battisti, 2023b; Caporale et al. 2023). La nostra concezione della categoria borderline condivide molti aspetti con quella ascrivibile al modello Kernberg (e.g. 1997) e, dunque, ai manuali diagnostici psicodinamici – PDM (e.g. 2015) ma se ne distanzia per alcune peculiarità che descriveremo nel presente articolo di aggiornamento.

Così come per tutti gli altri funzionamenti, anche per la *patologia di borderline di personalità* proponiamo un modo di fare diagnosi da una prospettiva psicodinamica multilivello che prenda in considerazione tre aspetti da indagare: la struttura, il funzionamento e l'organizzazione (Caporale, Battisti, 2024).

Più nello specifico, da un punto di vista dinamico-strutturale, la patologia borderline della personalità, caratterizzata dalla cosiddetta “stabile instabilità”, origina per noi da una disorganizzazione del sistema attaccamento e da un mancato sviluppo del sistema motivazionale esplorativo-assertivo.

Tale disorganizzazione dell'attaccamento, derivata da traumi relazionali precoci caratterizzati da violenze ed abusi, genera modelli operativi interni dissociati a tre polarità (stato del Sé vittima, stato

del Sé persecutore, stato del Sé salvatore) che, per loro natura e precocità d'insorgenza (primi due anni di vita), si cristallizzano come memorie implicite e non possono essere trasformati in ricordi autobiografici da recuperare per un'elaborazione simbolica di secondo ordine. In altre parole, la particolare tipologia e precocità del trauma e la conseguente specificità nella sua codifica a livello cerebrale produce una difficoltà di passaggio nello sviluppo da processi subsimbolici o protomentali a processi simbolici generando una dissociazione nei succitati sistemi di elaborazione dell'informazione emotiva.

Da ciò ne derivano i caratteristici deficit di mentalizzazione di tali pazienti. Mentre osserviamo da una parte la presenza di un livello *protomentale* in eccesso che racchiude la memoria della diade vittima-persecutore ed emerge nel comportamento sotto forma di affettività non mentalizzata, dall'altra rileviamo la presenza di un *proto-pensiero simbolico, deformato ed ipersemplicificato* in senso superlativo e idealizzato, frutto delle identificazioni buone residuali e libere dal trauma.

Le proto-rappresentazioni delle relazioni di attaccamento traumatico/persecutorie e le proto-rappresentazioni oggettuali idealizzate sono riproposte costantemente ed attualizzate attraverso *la modalità dell'equivalenza psichica* (Fonagy, 2002; 2008).

Inoltre, le dissociazioni tra proto-rappresentazioni traumatiche (polo vittima e polo persecutore) e tra proto-rappresentazioni traumatiche e proto-rappresentazioni idealizzate (polo salvatore) vengono mantenute attive da difese incentrate soprattutto sull'identificazione proiettiva, l'identificazione introiettiva, l'acting-out, la somatizzazione, il controllo onnipotente e l'idealizzazione.

## **2. Trauma, disorganizzazione dell'attaccamento, disregolazione dell'emisfero destro, deficit di mentalizzazione, Sé alieno**

Nella PPI consideriamo l'emergere della personalità con sanità di base come la conseguenza di una relazione di attaccamento sicura che si sviluppa nei primi due anni di vita fra il neonato ed il caregiver. Quest'ultimo, attraverso comunicazioni prima corporee e poi sempre più esplicite e verbali, interpreta lo stato affettivo e il livello di attivazione del piccolo, si sintonizza con lui, fornendogli regolazione sia dal punto di vista emotivo che neurocognitivo.

In particolare, è noto come le interazioni, risalenti al primo anno di vita del bambino, essenziali per lo sviluppo dello stile di attaccamento, stabiliscano sia in termini dinamici che in termini di processi neuropsicobiologici, i modelli di auto ed etero regolazione interattiva.

In merito al concetto di regolazione interattiva, da un lato intendiamo la *relazione intersoggettiva* costituita nel *contesto relazionale* nel quale avvengono interazioni e scambi (Beebe e Lachmann, 2003; Fonagy, 2008; Stern 1987; Trevarthen, 1998), dall'altro poniamo il focus sui concetti di *simulazione incarnata* (Gallese, 2003) e di *intercorporeità* (Gallese, 2007) nel fare riferimento ad aspetti del Sé corporeo e di cognizione motoria.

Mucci (2020) argomenta così: *“In questa relazione intersoggettiva di sviluppo, il corpo come sistema complesso è la base dello sviluppo futuro ed è profondamente influenzato a livello epigenetico dall’attuale interazione con il sistema corpo-mente-cervello dell’altro nella relazione “.*

Secondo Schore (2022), inoltre, il Sé soggettivo del bambino nasce da scambi continui fra l'emisfero destro del caregiver e l'emisfero destro in fase di formazione dell'infante, formulando quella che lui stesso definisce *“interazione fra emisfero destro-emisfero destro fra un Sé soggettivo ed un altro, che crea un campo interpersonale co-costruito”.*

In tale prospettiva l'impatto di una mancata sintonizzazione fra madre-bambino, specialmente nei *primi due anni di vita* e nelle prime fasi dell'accudimento, ha un effetto disintegrativo sulla formazione del Sé e le manifestazioni sintomatiche e caratteriali del disturbo di personalità si configurano come la complessa risposta bio-psico-mentale del soggetto agli elementi disfunzionali presenti nelle relazioni primarie (Mucci, 2020).

In una prospettiva evolutiva, dunque, un caregiver incapace di sintonizzarsi con il bambino per raggiungere un processo di regolazione affettiva ottimale e per effettuare le necessarie riparazioni delle normali rotture interattive, contribuisce a creare quello che Schore definisce con il termine di *trauma relazionale* (Schore, 2001a).

Molte ricerche nel campo della psicopatologia, studi longitudinali dell'Infant Research e, negli ultimi anni, anche la neurobiologia interpersonale, indicano la centralità dell'attaccamento insicuro e/o disorganizzato nell'eziopatogenesi dei principali disturbi di personalità. Nello specifico, ed in

accordo con Fonagy et al. (2002), riteniamo che nel paziente borderline l'attaccamento sia prevalentemente di tipo *disorganizzato* (Main e Solomon, 1990).

Così Bateman et al. (2010) approfondiscono tale eziopatogenesi: *“Esistono molte prove a sostegno dell'ipotesi che i pazienti con BPD abbiano sperimentato in passato un attaccamento disorganizzato, che si associa a problemi nella capacità di regolazione affettiva, attenzione e autocontrollo (Lyons-Ruth et al., 2002; Sroufe et al. 2005). La nostra ipotesi è che questi problemi dipendano anche dal mancato sviluppo di una solida capacità di mentalizzazione. Sebbene questi problemi caratterizzino in pieno il quadro psicopatologico del BPD, possono ritrovarsi in misura significativa anche in altri disturbi, come quelli legati al controllo degli impulsi o quelli caratterizzati principalmente da un disturbo dell'umore o dalla risposta ad un trauma [...]. La nostra comprensione degli altri dipende fondamentalmente dalla misura in cui i nostri stati mentali, da piccoli, sono stati adeguatamente compresi da adulti attenti, affettuosi e non minacciosi. La principale minaccia per la mentalizzazione è rappresentata da un trauma psichico, manifestatosi nella prima infanzia o anche in seguito, che compromette la capacità di riflettere sui propri stati mentali e formulare una descrizione narrativa delle proprie esperienze passate. [...] Una ridotta capacità di mentalizzare può essere presumibilmente attribuita a uno o più di almeno quattro processi. Primo, il bambino può difensivamente attivare la propria mente di fronte ad un'esperienza di forte ostilità da parte degli altri. Secondo, il bambino “identificandosi con l'aggressore” al fine di ottenere un controllo illusorio sull'abusante, può interiorizzare l'atteggiamento ostile dell'aggressore in una parte aliena (dissociata) del Sé. Benchè ciò possa essere temporaneamente d'aiuto, l'atteggiamento ostile dell'abusante finirà in tal modo per essere sperimentato non più come esterno ma come interno al Sé, alimentando un'insostenibile autodistruttività. [...] ogni trauma attiva il sistema di attaccamento, intensificando la ricerca della fonte di sicurezza e inibendo la capacità riflessiva. Quando la relazione di attaccamento è essa stessa traumatizzante, il livello di attivazione fisiologica è ancora maggiore perchè, ricercando la vicinanza della figura di attaccamento traumatizzante, il bambino potrebbe essere ulteriormente traumatizzato”.*

Concordiamo, dunque, con l'assunto che la traumaticità, più o meno manifesta e violenta, degli scambi intersoggettivi fra caregiver e bambino, diventi centrale nell' eziologia del disturbo borderline, con effetti soprattutto sull'emisfero destro in via di sviluppo del bambino (Schore, 2001a; 2001b; 2008a; 2008, b; 2009).

I sintomi che compaiono di fronte ad un trauma (fra cui reazioni di attacco/fuga, stati di freezing ed ipervigilanza) innescano reazioni da parte del sistema nervoso autonomo (specialmente a carico dei sistemi vagale ventrale, vagale dorsale del sistema nervoso parasimpatico e sistema nervoso simpatico-catacolaminergico); tali reazioni rimangono impresse nelle memorie implicite e, a causa degli alti livelli di cortisolo, non vengono codificate a livello dell'ippocampo, permanendo nel sistema limbico e con la possibilità di riattivarsi alla minima stimolazione (similmente ai re-enactment in corso di terapia).

In età evolutiva, la costante riattivazione incongrua delle modalità di attaccamento disfunzionali e disregolate, oltre a bloccare il processo di mentalizzazione, contribuisce alla formazione di un *Sé alieno*, cioè all'introiezione di parti malevole della figura abusante, necessarie a dis-identificarsi dall'aggressore; l'introiezione del *Sé alieno* farà, inoltre, esperire al soggetto esperienze continue di estraneità. L'impossibilità di svolgere la funzione riflessiva soprattutto nelle dinamiche interpersonali, costringerà il soggetto a ricorrere a *modalità prementali* ovvero le modalità di *equivalenza psichica*, *del far finta* e la *modalità teleologica*.

Nell'organizzazione borderline di personalità, tuttavia, le parti ostili internalizzate del caregiver possono anche essere estruse sul corpo altrui (Mucci, 2014; 2020) attraverso agiti, azioni dirette contro la sicurezza altrui e la società fino al compimento di azioni criminose di stampo antisociale. La violenza di alcuni agiti diretti al corpo, così come l'impulsività delle condotte autolesive di molti pazienti, mostrano che l'effetto di un accadimento aggressivo e violento si incarna nel bambino sotto forme di immagini di sé come persecutore e come vittima dislocate non solo nelle rappresentazioni mentali ma anche nel corpo (Mucci, 2020).

Anzichè favorire la formazione di un *Sé autentico*, il bambino viene quindi costretto ad introiettare e personificare in modo traumatico una parte del *Sé adulto* violento ed abusante. Così Bateman et al. (2010) intervengono: "*Gli individui con BPD possiedono una "normale" capacità di mentalizzazione eccetto che nel contesto delle relazioni di attaccamento, in cui tendono ad interpretare male gli stati mentali propri ed altrui, ciò accade nelle relazioni interpersonali più coinvolgenti e, soprattutto, negli stati di attivazione emotiva. In questo caso emergono modalità prementali di organizzazione della soggettività, che hanno l'effetto*

*di disorganizzare queste relazioni e minare la coesione dell'esperienza del Sé che, in condizioni normali, è sostenuto dalla narrazione promossa dalla mentalizzazione”.*

Partendo da tali considerazioni, quindi, concordiamo nel ritenere che l'attaccamento disorganizzato (dovuto alla mancata sintonizzazione dei caregiver e da aspetti traumatici) può portare ad immagini dissociate di sé (Liotti, 2004), insanabilmente non integrabili fra loro, le quali diventano responsabili di fenomeni dissociativi e della tipica diffusione d'identità che caratterizza l'assetto borderline (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2000). In tal senso, la disorganizzazione stessa del sistema di attaccamento può rappresentare l'effetto di un blocco del processo di *mentalizzazione* e di riflessione sugli stati mentali di sé e dell'Altro (Fonagy et al, 1995).

In considerazione di quanto detto, quindi, ci troviamo in accordo nuovamente con il modello clinico di Mucci e Schore (Mucci 2014, 2017a, 2017b, 2020; Schore 1994, 2001a, 2001b, 2008a, 2008b, 2009) secondo il quale la *precocità e la tipologia del trauma* (cioè esperienze interpersonali traumatiche nei primi due anni di vita) correla con la *gravità del disturbo di personalità*.

Per quanto riguarda lo sviluppo del disturbo borderline, i traumi relazionali intercorsi fra il periodo perinatale (primi 2-3 mesi) e i 9-12 mesi del bambino, nei quali prevalgono gravi livelli di disregolazione ed attaccamento insicuro, possono collegarsi a disregolazione del cingolato anteriore e, conseguentemente, a difficoltà nello sviluppo della corteccia orbitofrontale.

Secondo tale impianto teorico, dunque, attaccamenti sicuri prevedono un efficiente funzionamento dei circuiti simpatico e parasimpatico orbitofrontali, attaccamenti insicuri ansiosi presentano iperattività del sistema simpatico, attaccamenti evitanti sono caratterizzati da iperattività dell'inibizione parasimpatica, attaccamenti disorganizzati, sottoposti a importante stress, non hanno accesso a nessuno dei due sistemi per cui la capacità empatica è completamente compromessa.

### **3. Nuova riorganizzazione diagnostica della personalità borderline secondo il modello PPI**

La psicodiagnosi secondo il modello della PPI (Caporale e Battisti, 2024) indaga differenti livelli della personalità:

- il personologico che misura la qualità e la quantità dei tratti caratteriali derivati dai processi difensivi;

- il funzionamento che valuta l'adeguatezza dei processi di mentalizzazione come funzione sovraordinata connessa allo sviluppo delle principali funzioni psichiche (es. le rappresentazioni del Sé e dell'altro, la capacità di investimento oggettuale, la tolleranza degli affetti, la regolazione emotivo-affettiva, la coscienza morale);
- lo strutturale che studia lo sviluppo e l'integrazione dei differenti sistemi motivazionali intersoggettivi attivi.

Dunque, in base a tale impostazione diagnostica psicodinamicamente orientata, vedremo come riorganizzare la categoria borderline da un punto di vista della struttura, del funzionamento e dell'organizzazione personologica.

### 3.1 *Struttura dissociativa a tre poli: stati del Sé vittima, persecutore e salvatore*

La personalità borderline prende vita da un sistema di attaccamento disorganizzato che non permette il sano sviluppo nel bambino dei successivi compiti evolutivi di esplorazione in autonomia ed assertività. Anche la sessualità derivante da tali asset motivazionali presenterà alterazioni strutturali quali la disinibizione, la compulsiva ricerca del piacere, la perversione e l'esibizionismo con tratti manipolativo-perversi.

Il particolare stile disorganizzato genererebbe una caratteristica struttura dissociativa del Sé a tre poli che chiameremo da ora in avanti *tripolarizzazione borderline*, costituita dai differenti stati di vittima, persecutore e salvatore.

Gli stati del Sé di vittima e persecutore, che definiremo *poli persecutori*, sono proto-rappresentazioni cosiddette "cattive", memorie implicite, angosciose ed intollerabili, di natura subsimbolica, derivate dall'interiorizzazione di una relazione oggettuale traumatica primitiva e dall'identificazione con uno stato del *Sé alieno*. I poli vittima e persecutore vanno dunque a formare una prima dissociazione e nascono da esperienze di accadimento in cui è presente, nei primi due anni di vita ed in maniera continuativa, abuso fisico, sessuale e/o psicologico.

I due stati del Sé si alternano continuamente tra loro, attraverso movimenti di identificazione proiettiva e di identificazione con l'aggressore, mettendo in atto per mezzo delle dinamiche di transfert tutte le differenti configurazioni possibili della relazione persecutoria di attaccamento.

Da tale diade oggettuale traumatica si andrebbe a costituire una terza polarità o cosiddetto *polo* idealizzato, comprendente tutte quelle proto-rappresentazioni cosiddette “buone”, frutto dell’interiorizzazione di esperienze Sé-altro idealizzate ed onnipotenti. Tali memorie, anch’esse di natura implicita, sono responsabili dunque di una seconda forma di dissociazione tra aspetti idealizzati ed aspetti persecutori; esse si formerebbero dall’iper valutazione di vissuti di accudimento basati sulla sintonizzazione e sul soddisfacimento di bisogni all’interno della matrice di attaccamento, ed andrebbero a costituire uno stato del Sé-altro salvatore come tentativo di risposta compensatoria proprio alle stesse memorie traumatiche.

Questa configurazione di un Sé onnipotente e di una relazione con l’altro idealizzata è il prodotto inevitabile di una distorsione percettiva primaria, un deficit strutturale di elaborazione derivato a propria volta dall’interiorizzazione di una realtà d’attaccamento estremamente negativa perchè traumatica.

Nel corso del tempo, tali memorie protomentali iperpositive vengono rinforzate prima dallo sviluppo di aspettative grandiose sulle capacità di autonomia e competenza del bambino all’interno della matrice d’attivazione del sistema esplorativo-assertivo, poi dal rispecchiamento imitativo dei modelli socio-culturali, evolvendo da proto rappresentazioni a relazioni oggettuali idealizzate (*Sé ideale onnipotente*). A questo livello maggiormente evoluto di sviluppo, la relazione oggettuale idealizzata diviene propriamente “salvifica” e dunque assume la funzione di difesa dinamica e sopravvivenza psichica da una relazione d’attaccamento traumatica.

Dunque, a livello strutturale, avremo due poli persecutori, derivanti dall’interiorizzazione della diade vittima-persecutore che alimentano il continuo switch tra identificazioni protomentali con la vittima e con l’aggressore, ed un polo idealizzato costituito da rappresentazioni ipersemplicate del Sé e dell’esperienza con l’altro, che vanno a formare una relazione oggettuale distorta in senso superlativo, che via via diviene contraltare salvifico proprio alla stessa relazione d’accudimento traumatica.

Dunque, sarebbe più corretto descrivere il mondo interno del paziente borderline composto da relazioni oggettuali tripolarizzate in cui si alternano stati del Sé-vittima, stati del Sé-persecutore e

stati del Sé-salvatore, gestite attraverso continui movimenti d'identificazione proiettiva e d'identificazione introiettiva.

### 3.2 *Livello di funzionamento pre mentale dell'equivalenza psichica*

Tale tripolarizzazione strutturale determina anche l'arresto del processo di mentalizzazione ad una modalità preriflessiva quale quella dell'*equivalenza psichica*. La prevalenza dell'equivalenza psichica come livello evolutivo primitivo di pensiero porta un'importante cecità nella lettura della mente propria ed altrui: la persona percepirà la realtà esterna come filtrata unicamente dai propri stati mentali distorti che produrranno idee rigide ed inscalfibili (Bateman, Fonagy, 2019).

Questa modalità preriflessiva favorisce da parte del paziente borderline l'attivazione di meccanismi d'*identificazione proiettiva ed introiettiva* necessari per gestire le relazioni oggettuali traumatiche ed il Sé alieno in particolare.

Dunque, l'equivalenza psichica rinforza l'esistenza di una configurazione tripolarizzata della personalità costituita da rappresentazioni dissociate con stati emotivo-affettivi a loro volta polarizzati, dunque, non regolati.

La disregolazione a propria volta non permette un'adeguata tolleranza degli affetti ed inficia l'esame di realtà con scivolamenti di natura disintegrativa. La coscienza morale può mostrare aspetti d'immaturità dato che il Sé ideale qui per il suo carattere peculiare di onnipotenza non permette di integrare il concetto di confine e di regola; quest'ultima potrebbe essere percepita come persecutoria oppure non percepita proprio.

### 3.3 *Meccanismi di identificazione proiettiva, identificazione introiettiva, controllo onnipotente e idealizzazione dell'oggetto*

La tripolarizzazione che caratterizza l'organizzazione borderline è alimentata da assetti difensivi primitivi specifici incentrati su tale dissociazione strutturale. Le polarità di vittima e persecutore sono sostenute o da *processi di identificazione proiettiva* per il controllo dall'esterno del Sé alieno o da *processi di identificazione introiettiva* a favore di un'*identificazione con l'aggressore*.

Inoltre, il Sé alieno e la diade vittima-persecutore possono essere anche gestiti attraverso l'acting-out e la somatizzazione, rendendo il corpo allo stesso tempo contenitore ed ostaggio della violenza. Autolesionismo, ipocondria, disturbi alimentari e disturbi psicosomatici di vario genere sono le manifestazioni paradigmatiche di tali funzionamenti di personalità.

Altresì, il polo idealizzato del salvatore viene sostenuto o da *meccanismi di controllo onnipotente* che possono interessare il Sé portandolo ad un sovrainvestimento in senso narcisistico, o da *meccanismi di idealizzazione* che possono favorire lo sviluppo di forme di dipendenza affettiva nei confronti dell'oggetto.

Rispetto al sovrainvestimento narcisistico del Sé, è importante distinguere una *componente narcisistica patologica* associata a tale strutturazione borderline da una *componente falso Sé* derivata più da un funzionamento depressivo-narcisistico. Nel primo caso il narcisismo è secondario ad una dinamica persecutoria, nel secondo caso il narcisismo è una dimensione più strutturale legata ad una dinamica depressiva. Ciò spiega la trasversalità del tratto narcisistico sia nel funzionamento borderline che in quello depressivo-narcisistico ma allo stesso tempo la diversa natura qualitativa.

Rispetto, invece, all'idealizzazione della relazione con l'altro, è importante anche qui fare una giusta distinzione tra una vera e propria modalità dipendente dall'oggetto reale delle personalità borderline, che apre la comorbilità con tutto il mondo delle *addiction* e delle *dipendenze patologiche*, ed una modalità dipendente esclusivamente dall'oggetto ideale delle personalità depressive-narcisistiche, legata quindi solo ad alcune caratteristiche grandiose e virtuose dell'oggetto.

#### **4. Intervento PPI come riparazione della dissociazione tra implicito ed esplicito**

In accordo con gli approcci teorici che vedono il paziente borderline in terapia impegnato in una ripetizione inconscia di modelli operativi interni disfunzionali con affettività disregolata (MOI disorganizzati), iscritti implicitamente a livello delle regioni limbiche (amigdala, gangli della base, cervelletto) e di alcune aree associative temporo-occipito-parietali, nella PPI il processo d'intervento è caratterizzato dallo sforzo del terapeuta di validare empaticamente affetti alternati di sé vittima e Sé persecutore nel dispiegarsi delle sedute, tramite una continua interconnessione e scambio fra l'emisfero destro del paziente e quello del terapeuta.

In questo modo, gli affetti traumatici incapsulati nel sistema limbico e mai processati a livello ippocampale, possono trovare spazio nella sicurezza della relazione con il terapeuta che, in una posizione di intersoggettività non solo mentale ma anche corporea, gestisce e modula una serie di comunicazioni inconsce e non verbali mutate da emisfero destro ad emisfero destro; il clinico avrà la funzione di regolare gli affetti traumatici primitivi, inelaborati, non consci, dissociati (elementi protomentali in eccesso derivati dall'attaccamento disorganizzato) che si presenteranno attraverso re-enactment, tramite funzioni proprie prima dell'emisfero destro (empatia, attitudine non giudicante ed affettiva) e poi di quelle dell'emisfero sinistro (linguaggio e riflessività), e attraverso un percorso che integri anche la dimensione corporea della relazione (prossemica, respiro, comportamento non verbale).

In quest'ottica, durante la prima fase dell'esperienza emozionale riparativa (fase 1 del dispositivo di cura nella PPI), con il paziente che presenta una tripolarizzazione borderline, non è necessario effettuare un mirroring a specchio, bensì risulta essenziale che il terapeuta incarni con il corpo e la postura, la prossemica e l'eloquio, il corretto correlato affettivo e lo restituisca elaborato, consentendo un riequilibrio della quota protomentale di base. Schore, in tal senso afferma: *“Rispetto all'approccio psicodinamico classico del lavorare con le successive funzioni simboliche e metaforiche di relazioni oggettuali completamente sviluppate e l'inconscio rimosso, si vede ora uno spostamento ad una forma di ascolto e di interazione con le espressioni fisiologiche preverbalì dei primi livelli inconsci della personalità”* (cit. Schore, 2022)

Dunque, possiamo riconsiderare la prima fase del dispositivo di cura della PPI come il più significativo processo di cambiamento (di tipo implicito) soprattutto nei casi di funzionamento borderline, poichè strettamente correlato alla modulazione del protomentale in eccesso, frutto dell'interiorizzazione della diade vittima-persecutore.

Il protomentale, in quota di base nella personalità con sanità di base, risulterà nelle personalità tripolarizzate a livello borderline in eccesso, disregolato, caratterizzato da cortocircuiti emozionali ed acting out, incapace di accedere a processi di mentalizzazione e di funzionamento riflessivo; l'affettività conseguentemente espressa in seduta potrà essere estrema, disorganizzata, instabile, pronta ad essere agita attraverso forme primitive di transfert (o cosiddetti enactment) che

riporranno la ripetizione di schemi relazionali disfunzionali improntati alla manipolazione ed alla violenza, oppure sotto forma di materiale onirico.

In accordo con le indicazioni di Schore (2022), il terapeuta che utilizza un approccio psicodinamico integrato dovrà concentrarsi, dunque, sulle narrazioni non verbali, inconsce e implicite (connessione fra emisfero destro ed emisfero destro) per sintonizzarsi con il paziente in seduta e fornire un'esperienza emozionale rielaborata o come da noi proposta *esperienza emozionale riparativa*, basata sulla regolazione interattiva fra emisferi coinvolti.

Quindi, questo tipo di comunicazione non verbale, corporea, implicita appare di fondamentale importanza con quei pazienti in cui il vissuto emotivo può presentarsi incongruo al verbale perchè colpito da tale dissociazione tra memorie implicite ed esplicite o in altri termini tra processi dell'inconscio rimosso (dinamico) e non rimosso.

Nello specifico, gli stati emotivi inconsci disregolati del paziente si incontrano con quelli psicobiologicamente regolati del terapeuta in un contesto sicuro (alleanza terapeutica) e assumono salienza nelle reazioni di transfert e controtransfert (Battisti e Caporale, 2025).

Il terapeuta, quindi, monitorando le proprie reazioni controtransferali anche in termini di *risposte psicobiologiche ed enterocettive*, restituisce nella stanza di terapia, una cornice di senso al tono affettivo della comunicazione, soprattutto in momenti *affettivamente intensi* o *momenti di rottura interattiva*.

Il controllo e il monitoraggio degli affetti controtransferali, infatti, appare fondamentale soprattutto nei momenti di re-enactment spontanei in corso di terapia, nei momenti di regressione e di rottura dell'alleanza terapeutica.

L'attualizzazione del trauma, o meglio dell'affettività disregolata ad esso associata, in corso di terapia (ovvero delle rappresentazioni inconsce fortemente negative e di memorie implicite e procedurali immagazzinate nell'emisfero destro) costituisce uno dei principali attacchi al setting terapeutico e all'alleanza co-costruita; in considerazione di ciò l'interpretazione, quindi, va posposta così come la verbalizzazione diretta, fintanto che permangono nella mente del paziente elementi dissociativi o inaccessibili.

Sarà necessario piuttosto utilizzare gli enactment e le regressioni emotive ad essi associate, non come rotture insanabili dell'alleanza terapeutica costruita nella fase 1, ma come promotori della crescita o come attivatori di una possibile fiducia epistemica (Schoore, 2022).

La possibilità di promuovere interventi di coterapia, come ad esempio l'affiancamento alla PPI di una psicoterapia di gruppo, consente, durante il dispiegarsi della fase interpretativa o nei momenti di enactment e ri-attualizzazione del trauma, il mantenimento del setting, limitando proiezioni ed attacchi al legame, e prevenendo così anche i drop out, sempre possibili nei casi di tripolarizzazione borderline.

### **Bibliografia**

Bateman A., Fonagy P., Allen J. G. (2009) *Teoria e pratica basata sulla mentalizzazione*. In Glen O. Gabbard (a cura di), *Le Psicoterapie. Teorie e modelli d' intervento*. Raffaello Cortina, Milano, 2010.

Bateman A. W., Fonagy P. (2016) *Mentalizzazione e disturbi di personalità. Una guida pratica al trattamento*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2019

Beebe B., Lachmann F. M. (2002) *Infant Research e trattamento degli adulti: un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Raffaello Cortina, Milano, 2003

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

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

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

Clarkin J. F., Yeomans F. E., Otto F. Kernberg (2000) *Psicoterapia della personalità borderline*, Raffaello Cortina Editore

Fonagy P., Steele M., Steele H., Leigh T., Kennedy R., Matton G., Target M. (1995) "Attachment, the reflective self, and borderline states." In Goldberg S., Muir R., Kerr J. (a cura di), *Attachment Theory. Social, Developmental, and Clinical Perspective*. Analytic Press, Hillsdale (NJ).

- Fonagy P. (2001) *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano, 2002
- Fonagy P. (2006) *L' approccio allo sviluppo sociale mirato alla mentalizzazione*. In Allen J.G., Fonagy P. (2006) *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Il Mulino, Bologna, 2008.
- Gallese V. A. (2003) *The manifold nature of interpersonal relations: the quest of a common mechanism*. Phil. Trans. R. Soc. Lond. B. 358: 517-528.
- Gallese V. A. (2007) *Before and below "theory of mind": embodied simulation and the neural correlates of social cognition*. Phil. Trans. R. Soc. B., 362: 659-669.
- Kernberg O. F. (1996) *Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità*. In Clarkin J. F., Lenzenweger M.F., *I disturbi di personalità*. Raffaello Cortina, Milano, 1997.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (a cura di), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520–554). New York: Guilford Press.
- Lingiardi V., McWilliams N. (2015) *The psychodynamic diagnostic manual – 2nd edition (PDM-2)*, World Psychiatry, 14
- Liotti G. (2004) "Trauma, dissociation and disorganized attachment. Three strands of a single braid." In *Psychotherapy. Theory, Research, Practice, Training*, 41, 4, p. 472.
- Main M., Solomon J. (1990) "Procedure for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth strange situation". In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, M. (a cura di), *Attachment In the Preschool Years. Theory, Research, and Intervention*. University of Chicago Press, Chicago (IL), pp.121-160.
- Mucci C. (2013) *Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014

- Mucci C. (2017a) “*Implicit memory, unrepressed unconscious, and trauma theory. The turn of the screw between contemporary psychoanalysis and neuroscience.*” In Capraro G., Mucci C. (a cura di), *Unrepressed Unconscious, Implicit Memory, and Clinical Work*. Karnac Books, London, pp. 99-129.
- Mucci C. (2017b) “*Ferenczi’s revolutionary therapeutic approach*”. In *American Journal of Psychoanalysis*, 77, pp. 239-254
- Mucci C. (2018) *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2020, p.4
- Schore A. N. (1994) *Affect Regulation and the Origin Of the Self. The Neurobiology Of Emotional Development*. Erlbaum, Mahwah (NJ).
- Schore A. N. (2001a) “The effects of secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health”. In *Infant Mental Health Journal*, 22, pp.7-66.
- Schore A. N. (2001b) “The effect of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health”. In *Infant Mental Health Journal*, 22, 1-2, pp. 201-269.
- Schore A.N. (2003a) *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Tr. it. Astrolabio, Roma, 2008.
- Schore A.N. (2003b) *I disturbi del Sé. La disregolazione degli affetti*. Tr. it. Astrolabio, Roma, 2008.
- Schore A. N. (2009) “Attachment trauma and the developing right brain. Origin of pathological dissociation”. In Nell D. F., O’Neil J. A. (a cura di) *Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-V and Beyond*. Routledge, New York (NY), pp. 107-141.
- Schore A. N. (2019) *Psicoterapia con l’emisfero destro*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2022, p. 8; p. 52
- Sroufe L.A., Egeland B., Carlson E., Collins W.A. (2005) *The development of the person: The Minnesota Study of risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. Guilford Press, New York.
- Stern D. N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Trevarthen C. (1998) *The concept and foundations of infant intersubjectivity*. In Bråten S. (ed.) *Intersubject Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge University Press, Cambridge (UK), pp.15-46.

Articolo

**Gruppo: microcosmo sociale. La dinamica dei gruppi secondo il metodo di psicoterapia psicodinamica integrata**

Group: social microcosm. Group dynamics through the method of integrated psychodynamic psychotherapy

**Battisti S. <sup>1</sup>, Scarpulla C. <sup>2</sup>**

<sup>1-2</sup> IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

**Riassunto**

In questo articolo viene messo in luce l'approccio della psicoterapia psicodinamica integrata, applicata all'intervento con il gruppo. Viene particolarmente evidenziata la flessibilità della metodologia e l'approccio multifasico applicato al gruppo come *campo multi-soggettivo*. La multi-soggettività amplifica le dinamiche relazionali, spesso spontanee, che vengono sviluppate all'interno del gruppo. In questo spazio, in cui il tempo presente diventa dimensione fondamentale, trovano espressione il singolo, "gli altri" e un "terzo" attore protagonista, ovvero il *sistema* stesso in cui essi sono inseriti, che acquista una centralità, diventando un altro elemento chiave di osservazione e valutazione, durante il processo di "lavoro" con e nel gruppo. La concezione di una mente squisitamente relazionale (Caporale e Battisti 2023), rappresenta la chiave di lettura della qualità delle dinamiche che si attivano nel gruppo. *Uno spazio espressivo*, un luogo *bio-psico-sociale*, dove *ri-pensare* il corpo, le proprie modalità relazionali per migliorare schemi affettivo-relazionali-sociali, critici, disfunzionali, anche di natura traumatica. Particolare evidenza delle autrici alla trasversalità dello strumento, alle metodologie *inter-attive* ed integrate in modo graduale e mirato rispetto agli obiettivi, allo stile personale dei conduttori, che debbono saper utilizzare un approccio multifocale, che permetta loro di "leggere" la dinamica del gruppo, come una sorta di libro che viene narrato e scritto a più mani, la cui storia si dipana strada facendo, in una logica progressiva e sequenziale e di *learning by doing*.

**Parole chiave:** Dinamica dei gruppi, campo multi-soggettivo, metodologie attive, metodologie di gruppo, setting gruppale, conduzione di gruppo.

### **Abstract**

This article highlights the approach of integrated psychodynamic psychotherapy applied to group interventions. Emphasis is placed on the methodology's flexibility and the multi-phase approach applied to the group as a multi-subjective field. Multi-subjectivity amplifies the often-spontaneous relational dynamics that develop within the group. In this space, where the present becomes a fundamental dimension, the individual, "others," and a "third" protagonist find expression, namely, the system itself in which they are inserted. This third protagonist takes on a central role, becoming another key element of observation and evaluation during the process of "working" with and within the group. The concept of an exquisitely relational mind (Caporale and Battisti 2023) represents the key to understanding the quality of the dynamics activated within the group. An expressive space, a bio-psycho-social place, where one can rethink the body and one's relational modalities to improve affective-relational-social, critical, and dysfunctional patterns, even those of a traumatic nature. The authors emphasize the transversality of the tool, the interactive and gradually integrated methodologies targeted to the objectives, and the personal style of the leaders, who must be able to use a multifocal approach that allows them to "read" the group dynamics, like a sort of book narrated and written by many people, whose story unfolds along the way, in a progressive and sequential logic of *learning by doing*.

**Keywords:** Group dynamics, multi-subjective *field*, active methodologies, group methodologies, group setting, group therapy, group leadership, learning by doing.

## **1. Introduzione alla psicoterapia di gruppo secondo il metodo della psicoterapia psicodinamica integrata (PPI)**

Può la dimensione grupitale fornire un valore aggiunto nella comprensione di chi siamo? In che modo un percorso terapeutico di gruppo può favorire meccanismi di cambiamento? E, in tal caso, quanto possono rilevarsi importanti, rispetto a fasi specifiche della propria vita? Con la nostra esperienza in questo ambito, proveremo a dare un contributo in tal senso, specificando le tipologie d'intervento, le fasi della metodologia PPI applicata al gruppo, la "terapeuticità" del dispositivo e la sperimentazione sul campo. Mettere in chiaro il dispositivo, ovvero lo strumento da noi utilizzato, negli interventi di gruppo, è di fondamentale rilevanza e propedeutico per chi volesse avvicinarsi al lavoro con i gruppi. Questo lo è ancor di più in un set/setting multiforme come quello del gruppo terapeutico, dove la complessità della tipologia dei fattori relazionali e di "campo" psichico è maggiormente rilevante.

È necessario, dunque, circoscrivere il concetto di intervento terapeutico di gruppo in riferimento all'approccio che utilizziamo, agli obiettivi, alle caratteristiche del dispositivo, alle competenze del terapeuta e alle metodologie integrative adottate durante il percorso.

Nello specifico:

- l'approccio: facciamo riferimento al modello psicodinamico integrato e multifasico, che ha come obiettivo l'ampliamento della consapevolezza di sé e del proprio modo di relazionarsi con il mondo circostante, lo sviluppo di risorse personali, il superamento di modalità relazionali disfunzionali, problematiche psicopatologiche e legate a traumi, e il miglioramento di eventuale sintomatologia.
- Le caratteristiche del dispositivo: comprendono l'integrazione e il bilanciamento tra osservazione, valutazione e intervento vero e proprio. Si riferisce a fattori individuali, che nel gruppo vengono sollecitati, a fattori relazionali e interpersonali, e a fattori legati alla specificità della dinamica del gruppo siano essi espliciti o impliciti.
- Competenza di ruolo: vanno sviluppate attraverso una formazione teorico-esperienziale mirata alla conoscenza delle dinamiche relazionali, dei processi di gruppo, dello studio e

approfondimento delle problematiche psicologiche e psicopatologiche. Inoltre, sono fondamentali l'esperienza sul campo e un intenso e costante lavoro personale, perchè il gruppo è, infatti, un potente attivatore di istanze interne non solo dei membri del gruppo ma anche per dei conduttori stessi.

- Metodologie integrative adottate durante un percorso di gruppo: ci riferiamo a tecniche di provenienza diversa, ad esempio a metodologie di taglio psicodinamico e sistemico-relazionale (Selvini et al. 1988; Selvini, 2004), ma anche a tecniche terapeutiche attive e formative come lo psico-socio-dramma che integra l'attivazione emotiva e sensoriale alla riflessione critica *in e di* gruppo (J. L. Moreno, 1920), al gioco, per un lavoro sulle capacità del *come se* (Winnicott D., 1974) ed enactment (Novak E. T., 2022; Jacobs T., 1986), alle tecniche narrative e autobiografiche (Bruner 2001, D. Demetrio 1996; Hillman 1983); Si possono utilizzare tecniche psico-corporee (J. Schultz 1932; Lowen 1956) e provenienti dalla mindfulness (J. K. Zinn 2017); metodologie di pensiero laterale (De Bono 1988) e metodologie che utilizzano immagini e fotografie (C. Vacheret 1984; J. Weiser 2013); anche tecniche cognitivo-comportamentali (A. Beck 1967; A. Ellis 1962), possono essere inserite durante il percorso di gruppo. Nell'approccio gruppale, la "cassetta degli attrezzi" del conduttore, acquisisce maggiore evidenza, in quanto sia per le fasi specifiche e sia per il tipo di gruppo e di obiettivo, il pool di tecniche, di tools e metodologie di vario tipo, diventano bagaglio necessario.

L'approccio relazionale ed intersoggettivo consente un'interessante e ampia applicazione. La sua metodologia multifasica e flessibile permette una conduzione e un monitoraggio costante, in tutte le fasi del processo e del percorso di un gruppo, attenzionando in ogni specifica fase la graduale evoluzione del "lavoro" *con e nei* gruppi. Il plurale in questo caso è necessario visto l'ampio ventaglio di possibilità applicative, sia in contesti pubblici che privati, sia in ambito clinico e terapeutico, sia nella formazione, nell'apprendimento e nello sviluppo in ambito organizzativo, questo secondo la tipologia, il profilo dei membri, degli obiettivi di "lavoro" e della richiesta di un'eventuale committenza. La multi-soggettività, amplifica le dinamiche all'interno del gruppo, dove sono presenti sia l'individuo, sia "gli altri" e sia il "terzo" attore protagonista, ovvero il *sistema* stesso in cui essi

sono inseriti e, a loro volta, parte attiva nella sua costruzione. La concezione di una mente squisitamente relazionale rappresenta la chiave di lettura delle dinamiche che si attivano nel gruppo, che diviene *spazio espressivo* dell'individuo, della propria storia e delle prime relazioni di attaccamento. Luogo "sociale", dove *ri-pensare* le proprie modalità relazionali, e *ri-vederle* sotto un'altra luce. L'obiettivo, infatti, è *ri-co-costruire* e *ri-parare* schemi affettivo-relazionali critici, disfunzionali, anche di natura traumatica.

Nei tanti anni di esperienza di lavoro con i gruppi, in diversi contesti e ambiti di applicazione, abbiamo avuto modo di "toccare con mano" le sue potenzialità, come strumento per attivare cambiamenti funzionali, per lo sviluppo di risorse, del benessere personale e del potenziamento di capacità trasversali e interpersonali. Nel gruppo si può creare quel *micro-cosmo* sociale dove è possibile sperimentare la nostra vita di relazione quotidiana, vederne le caratteristiche, i punti di forza e criticità e le possibili aree di miglioramento. Viviamo costantemente in situazioni sociali, prendiamo decisioni comuni, lavoriamo su compiti e progetti che spesso richiedono di lavorare in team, siamo immersi nelle relazioni in piccoli e grandi gruppi e oggi, anche, attraverso *canali* comunicativi e *spazi* di condivisione alternativi. Dalla famiglia alla scuola, dal mondo del lavoro agli amici, dalle reti sociali alle reti virtuali. Il gruppo, quindi, inteso non solo come rete di scambio relazionale tra individui, ma come struttura e organizzazione sociale, come dinamica tra l'individuo e l'ambiente.

Proprio l'ambiente, il sociale vengono messi sotto la lente d'ingrandimento. Foulkes (1964), sottolineava come l'individuo all'interno di un gruppo diventi il nodo in cui si intersecano le reti di comunicazione e l'immagine della matrice può assomigliare al diagramma dell'analisi sociometrica, metodo quantitativo usato per misurare le relazioni sociali: "*la scienza che studia la dinamica dell'interazione e della socialità nei gruppi*" (F. Ferrarotti, 1968). Proprio il sociogramma e le tecniche sociometriche, così come il sociodramma, lo psicodramma e la psicoterapia dei gruppi, hanno portato un cambiamento e delle innovazioni nel lavoro con i gruppi, trasformando problematiche e disagi del singolo, in dinamiche conflittuali e di ruolo tra individui e tra l'individuo e il suo gruppo di appartenenza. Per certi versi non è più il singolo ad avere comportamenti disfunzionali ma il suo ambito relazionale e il rapporto tra lui e il suo contesto sociale, scarsamente equilibrato e integrato.

Nel mondo lavorativo, ad esempio, la qualità del rapporto dei singoli con l'ambiente diventa una condizione che impatta fortemente sulla qualità dei risultati raggiunti dai membri del gruppo e dall'organizzazione stessa. In questo caso, infatti, essi devono interagire direttamente "faccia a faccia" e la condivisione dei contenuti dell'attività lavorativa non sempre è sufficiente per portarla avanti ed ottenere risultati soddisfacenti. Sono, infatti, necessarie anche la conoscenza tra i membri, la partecipazione, lo scambio di competenze, le interazioni continue e la motivazione. Variabili fondamentali che permettono la creazione di quel *clima* senza il quale l'attività stessa farebbe molta fatica a procedere e a dare esiti attesi. Anche nell'intervento terapeutico di gruppo, abbiamo un *lavoro* da portare avanti, solo che in questo caso, tale contenuto è proprio la qualità dello stile relazionale tra i membri: comunicazione, collaborazione, fiducia, *clima*, che si trovano sotto la lente d'ingrandimento e che favoriscono quella *psico-dinamica* di gruppo che permette l'elaborazione e l'apprendimento. Bion (1961) nelle sue *Esperienze con i gruppi*, sottolineava proprio come la cooperazione possa essere raggiunta anche con strumenti *razionali* e soprattutto quando siano state condivise regole, tempi e procedure. Ogni gruppo, per quanto casuale, si riunisce per "fare qualcosa" e nello svolgere questa attività, ogni membro mette a disposizione la propria personale capacità, la motivazione e un certo grado di abilità cognitiva ed intellettuale. Il compito in questo caso mantiene il rapporto con la realtà, prevede organizzazione e concentrazione, ma anche tolleranza delle frustrazioni e controllo delle emozioni. La partecipazione prevede comunque un addestramento e la disponibilità ad apprendere dall'esperienza (Bion, 1961), permettendo al gruppo di superare momenti critici, di stallo, di confusione, di disorganizzazione.

Il gruppo permette di "allenare" le competenze relazionali personali, di sperimentarle, di arrivare ad un maggiore grado di consapevolezza e di cambiamento delle stesse. Un *luogo*, potremo dire, privilegiato, dove i processi d'interazione diventano essi stessi il focus dell'osservazione e dell'interpretazione in termini di modalità più o meno funzionali e di messa in gioco e di efficacia. I due poli fondamentali sono, dunque, la "persona", il singolo, la sua mente, la sua storia, i suoi vissuti emotivi, i suoi processi cognitivi ed affettivi e l'altro polo "gli altri", la relazione con essi, il sociale, la molteplicità. Riprendendo la definizione di Amerio (1982) "*Il gruppo è il perno tra l'individuo anonimo e il sociale indifferenziato, spazio intermedio tra la vita singola e la vita sociale e che consente di ripensare i*

*legami tra individuo e società*". Nei gruppi si attivano costantemente queste dinamiche psico-sociali, che possiedono una loro certa ripetitività e stabilità anche se non sono immutabili. È possibile, dunque, attenzionare "certe" strutture di gruppo, all'interno delle quali si svolge la vita stessa del gruppo e le cui regole e norme interne sono più o meno esplicite. Il gruppo non potrebbe esistere se non vi fossero queste regole che lo rendono organizzato, ordinato, prevedibile, controllabile, permettendo la gestione di quel grande flusso di scambi interattivi tra le persone, che si incontrano per i motivi più diversi. Per questo motivo, "stare" nel gruppo è più complesso delle semplici interazioni uno a uno. Leggere i fenomeni gruppali in chiave PPI, permette di comprendere e intervenire in termini di acquisizione di capacità relazionali, di costruire reti e modalità comunicative funzionali e alternative, migliorare la propria qualità di vita, regolare le proprie emozioni e raggiungere obiettivi personali. Il gruppo, quindi, si muove come un *sistema unico*, facilitando importanti processi di cambiamento, emancipazione ed espressione di sé.

In ambito psico-terapeutico è spesso un intervento parallelo alla psicoterapia individuale, anche come consolidamento di un lavoro psicologico personale. È possibile anche attivare percorsi specifici di gruppo di tipo:

- supportivo e a tempo variabile
- percorsi "brevi" e focalizzati
- gruppi psicoeducativi e di auto-aiuto
- percorsi formativi e dove il "saper fare e stare in gruppo" è l'obiettivo e la capacità da acquisire.

L'intento di questa parte dedicata al gruppo è soprattutto portare evidenza concreta della nostra esperienza nell'applicazione del metodo applicato in contesti gruppali, evidenziare la flessibilità del dispositivo, la matrice teorica e l'integrazione pratica di diverse tecniche e metodologie. Imparare ad indossare un "occhiale" psicodinamico integrato applicato al gruppo significa saper "leggere" le dinamiche gruppali in ottica *multi-livello*, attenzionando i diversi livelli del *sistema* in termini di contenuti e di relazioni. Ultimo punto, ma non per importanza, la formazione, l'esperienza, il lavoro su di sé, lo stile di leadership del conduttore e la sintonia e l'allineamento nel caso di due conduttori

o l'integrazione di altre figure professionali, su cui ci focalizzeremo nel capitolo dedicato alla conduzione.

## 2. Il dispositivo e le fasi della psicoterapia di gruppo secondo il metodo PPI

Durante un percorso di psicoterapia di gruppo, le persone stabiliscono legami più articolati rispetto al contesto individuale. L'intera organizzazione di personalità, nei suoi livelli, già descritti in questo compendio, viene messa alla prova, ampliando, così, il campo che comprende non più solo l'intersoggettività ma sviluppa una dimensione multi-soggettiva. Nello specifico, il dispositivo permetterà la creazione di un *luogo* dove ognuno porterà Sé stesso, il proprio *background* di vita, l'idea di sé, le proprie esperienze, le rappresentazioni mentali costruite nei gruppi primari e secondari di cui ha fatto parte, il personale modo di relazionarsi e lo *ri-penserà* con un occhiale nuovo, ri-parando, se necessario, meccanismi disfunzionali, grazie a fattori specifici e aspecifici propri del gruppo. Un vero e proprio "circolo degli specchi", in cui i fattori di risonanza e rispecchiamento assumono una funzione centrale, stimolando il processo riflessivo su aspetti di sé, *ri-conosciuti* o addirittura *inediti*. Quindi il contesto *nuovo* in cui si troveranno i membri non sarà solo un semplice luogo di incontro interattivo e di conoscenza, sebbene questi siano entrambi fattori presenti in ogni situazione di aggregazione. L'intervento ripercorrerà le tre fasi della metodologia PPI:

- fase di esperienza emozionale riparativa,
- fase di mentalizzazione,
- fase psicoeducativa,

corrispondendo ai passaggi già evidenziati nelle fasi d'intervento individuale, tenendo presente, però, che la peculiarità del contesto gruppale crea condizioni uniche e, per certi versi, *stra-ordinarie* dell'esperienza psichica. Il dispositivo PPI gruppale, dunque, necessita di un adattamento in base alle esigenze specifiche di un determinato gruppo, alla naturale evoluzione di elementi originali e a volte imprevisti, attivi, naturalmente, nella dimensione gruppale stessa. Foulkes (1964, in Correale, Neri, 1999), sottolineava questo punto, che riteniamo molto importante, cioè, di quanto possa essere rischioso utilizzare l'approccio teorico metodologico della psicoterapia individuale e applicarla

direttamente al gruppo come una “scontata” operazione di immediata replicabilità di un dispositivo terapeutico, perchè questo trascurerebbe quelli che egli chiamò “*gli aspetti originali della situazione*” di gruppo.

### ***Fase 1 e l’esperienza emozionale riparativa: io, l’altro e il gruppo***

L’importanza dell’esperienza emozionale, come principio cardine alla base della terapia individuale, descritta ampiamente nei capitoli precedenti, è ugualmente fondamentale e decisiva per l’esperienza terapeutica di gruppo. Nel contesto gruppale, le occasioni di esperienze emotive correttive si amplificano per via del maggior numero di opportunità, date dalla condizione relazionale del campo multi-soggettivo. I cambiamenti sul comportamento e, più intimamente, nel profondo delle rappresentazioni mentali interiorizzate delle proprie relazioni passate, si verificano nell’ “*hic et nunc*” dell’esperienza gruppale. Queste nuove esperienze relazionali ed emotivamente significative ritrattano e, spesso, smentiscono le credenze disfunzionali e patologiche dei pazienti (Fonagy, Moran e altri, 1993; Weiss, 1993). Il gruppo, come *micro-cosmo sociale*, riattiva modalità relazionali e schemi comportamentali appresi in esperienze pregresse, permettendo la focalizzazione sulle stesse e la preziosa possibilità che il passato e il presente possano coesistere in una nuova dinamicità, in una prospettiva che definiamo *riparativa*. Yalom, in proposito, cita le parole di Fonagy: “*Il recupero dell’esperienza passata può essere utile, ma la comprensione del modo in cui ci si relaziona oggi con l’altro è la chiave per il cambiamento. Per questo potrebbe essere necessaria una trasformazione nella rappresentazione di sé e dell’altro e ciò può essere compiuto efficacemente solo nel processo del “qui e ora”*” (Fonagy, Kachele, Krause, Jones, Perron e Lopez, 1999).

Nella nostra pratica clinica abbiamo potuto riscontrare come il dispositivo gruppale, nella sua applicazione graduale, permetta alle persone di aprirsi al loro mondo emotivo sia del presente, sia legato ad esperienze ed eventi di vita passata, ritenuti significativi quanto ancora problematici. La gradualità è data dal presidio di fasi metodologiche, tempi personali e tempi del gruppo, temi specifici affrontati di volta in volta e con la costante costruzione di un *clima di fiducia e di coesione*. Questi ultimi tra i fattori fondamentali, terapeutici e favorenti il cambiamento. L’esplorazione e l’attribuzione di nuovi significati, creerà quella consapevolezza che arricchirà il senso di sé e porrà le

basi per un proficuo “lavoro” di gruppo in una prospettiva nuova. Perchè questo sia possibile, il terapeuta/conducente, lavorerà *con/nel* gruppo per un primo obiettivo basilare, che una volta raggiunto e monitorato, getterà le basi e le condizioni necessarie, per un graduale processo evolutivo e riparativo di riconoscimento e convalida della sofferenza di esperienze relazionali disfunzionali. L’obiettivo basilare di cui stiamo parlando, è la costruzione del gruppo come una *base sicura* (Bowlby 1976), ed è proprio l’attaccamento al gruppo un altro importante fattore terapeutico. Il gruppo stesso, infatti, può diventare una figura di attaccamento, in quanto i singoli membri del gruppo creano legami fra di loro che favoriscono la scoperta di nuove modalità di essere con gli altri. L’attenzione al processo, nel tempo presente, pone il focus proprio su tali legami tra i membri e con il gruppo stesso ed è nel rapporto inter e multi-soggettivo che è possibile attuare il cambiamento.

Il gruppo è immerso e vive contrasti e disaccordi che affondano le radici in esperienze relazionali antiche: dalla famiglia, ai conflitti tra fratelli, alla competitività, al bisogno di attenzioni dai genitori, alle differenze, ma anche allo status sociale, la lotta per il potere, l’istruzione e i valori. Affinchè si possa fare un’esperienza emozionale riparativa e non una semplice, per quanto importante, espressione delle proprie emozioni, il terapeuta deve lavorare alla costruzione di un clima relazionale, che crei la “base” in cui vi siano quelle condizioni relative alla possibilità di sentirsi parte di un gruppo, che fornisce quella *sicurezza* e quel sostegno autentico e *basilare*, e un sufficiente impegno a dare feedback sinceri per produrre un efficace esame di realtà. Prendiamo a prestito il concetto di “campo”, già accennato ad inizio capitolo, facendo riferimento al prezioso contributo di K. Lewin, intendendo, quel “luogo” dove, forze diverse e caratteristiche delle interazioni tra la persona e le situazioni sociali e ambientali, influenzano il comportamento della persona stessa che lo influenzerà a sua volta. Il *campo multi-soggettivo* rappresenta, dunque, le *fondamenta*, dove la dimensione empatica condivisa costituirà, progressivamente, la *base sicura*, intesa come una rete solida che non avrà solo funzioni di accoglienza e contenimento, ma svilupperà risorse personali, permetterà di elaborare e superare problematiche e/o eventi passati, che ancora possono incidere nel presente e limitare lo sviluppo di prospettive future. Inoltre, permetterà di avviare quel processo di sperimentazione di nuove e più funzionali modalità di relazione con l’ambiente, stimolare il senso di self-efficacy e self-empowerment, necessari a gestire ogni fase di cambiamento.

La gradualità e la flessibilità dell'approccio permettono al conduttore di *tenere a mente* la fase in cui si trova il gruppo e questo permette l'adattamento graduale alla *spinta immersiva* nell'esperienza grupale stessa e il passaggio alla fase successiva. Nel gruppo, ciascun componente, inevitabilmente, esibirà il proprio sistema di attaccamento. Nulla è lasciato al caso, ma il conduttore saprà cogliere, nell'*hic et nunc*, le occasioni date dalla *casualità* di eventi relazionali che il gruppo stesso farà emergere spontaneamente, contestualmente a fasi conflittuali, resistenze, momenti di stallo ed eventuali altre criticità: *“Il terapeuta di gruppo PPI sarà il primo referente delle istanze di attaccamento, che si metteranno in atto nella relazione terapeutica. Il gruppo, nel suo insieme, progressivamente, andrà ad occupare il posto assegnato al terapeuta da parte di ciascun partecipante”* (Lago 2016). Abbiamo potuto riscontrare, infatti come i membri del gruppo, se in una prima fase dimostrano di dipendere dal conduttore come base sicura, ognuno con un proprio stile di attaccamento, nelle fasi successive, la suddetta base sicura, diventerà il gruppo stesso. Il conduttore faciliterà proprio questo processo di crescita e autonomia portando il gruppo a traghettare nella seconda fase, definita *mentalizzazione*.

Nel breve estratto clinico, riportato di seguito, si può osservare come uno dei membri di un gruppo di supporto psicologico integrato (nello specifico, gruppo composto da persone con malattia cronica autoimmune, percorso con cadenza quindicinale e della durata di un anno nel periodo 2021/22), *usi* il gruppo come *entità unica* e come strumento per ampliare i significati e le riflessioni rispetto ad un evento personale legato alla malattia, attraverso primi tentativi di *mentalizzazione*, grazie all'attaccamento *sicuro* che sta sviluppando con il gruppo. Ci troviamo al quarto mese del percorso, all'8° incontro e nello specifico proprio alla fine della prima fase (esperienza emozionale riparativa).

### **Estratto**

La persona (che chiameremo Sofia) è una donna di 55 anni, ex negoziante, ha lasciato il lavoro per dedicarsi alla famiglia. Ha sempre descritto la relazione con il marito insoddisfacente in quanto lui è sempre stato descritto schivo, di poche parole e poco attento ai suoi bisogni e desideri. Sofia afferma di aver avuto sempre difficoltà ad esprimere il suo sentire. Il marito ha spesso banalizzato ciò che lei timidamente tentava di esprimere e nei pochi loro momenti di interazione, lo scambio finiva con sensi di colpa e inadeguatezza e con il tempo la donna ha rinunciato ad esprimersi. Dal canto

nostro, abbiamo potuto valutare quanto le caratteristiche della loro relazione abbiano messo a fuoco alcune caratteristiche della personalità di Sofia, con evidenti comportamenti ambigui, stile comunicativo poco maturo, atteggiamenti passivo aggressivi e silenzi punitivi, di cui si è resa poi consapevole nel corso dell'esperienza di gruppo, parallelamente all'integrazione di un suo percorso individuale.

**Terapeuta 1:** *Nell'ultimo incontro, abbiamo toccato con mano quanto in questo gruppo si sia raggiunto un clima di fiducia e una solida base che vi ha permesso di esprimervi anche su temi molto intimi. è stato un incontro impegnativo ma è stato bello poter vedere insieme il grande sostegno e l'ascolto reciproci e la motivazione a riflettere sui significati dei vissuti legati al tema trattati nell'ultimo incontro...Come state? Come vi troviamo dopo l'ultimo incontro? Chi vuole iniziare?*

**Sofia si rivolge al gruppo:** *Posso iniziare io? Oggi ho bisogno di voi... In questa settimana vi ho pensato tanto e dopo l'ultimo incontro vi ho sentiti vicini e le vostre emozioni sono state anche un po' le mie...Mi sono rivista in Cecilia quando parlava dei casini che aveva avuto con il marito. Ti ricordi quando hai raccontato la tua paura di chiedergli di coinvolgerti di più nelle sue cose, perchè spesso ti senti esclusa? Beh, anche io provo la stessa cosa quando mio marito parte all'estero per lavoro e io vorrei andare con lui, almeno qualche volta, ma soprattutto più volte ho sperato che me lo chiedesse... e lui niente... Sì forse una volta ma avevo i bambini piccoli...*

**Cecilia:** *Ma ti ricordi che ci avevi raccontato che te lo aveva chiesto anche quando la grande era andata in gita con la scuola e ti aveva proposto di chiedere ai suoi di aiutarvi?... Ma tu ci hai detto che non ti fidavi dei suoi perchè erano anziani e non cucinavano come te, per i ragazzi. Mi sto chiedendo: ma non è che per caso tuo marito non ha ben capito che cosa realmente vuoi?! Forse dubita che sei interessata ad andare, visto che hai spesso messo delle scuse davanti?... No, te lo dico perchè con mio marito mi sembra di fare la stessa cosa...e ci sto pensando adesso, forse anche lui non mi conosce bene!...*

**Sofia:** *Eh sì, infatti, solo ora mi rendo conto delle occasioni perse e non vorrei perdere anche questa...Volevo raccontarvi proprio delle mie paure di chiedere di andare con lui a Madrid...Sarà via una settimana e io*

*potrei benissimo andare con lui. Vorrei riuscire a dirglielo ho tanta voglia di andare, ma mi vergogno e temo di essere rifiutata...Quindi forse non glielo chiederò...Oddio sono confusa non so che fare e non so cosa dirgli...entro la settimana dovrei decidere....*

**Paolo:** *Ma scusa Sofia, cosa intendi quando dici rifiutata? In che senso? Nel gruppo mi sembri così diretta a volte, io penso proprio che tu possa dire a tuo marito semplicemente che hai voglia di partire con lui...*

**Davide:** *Certo Sofia che se non provi a dirglielo avrai sempre il dubbio! Se poi ti dice di no, organizziamo un viaggio tutti insieme a Madrid! (Risata liberatoria).*

**Marina:** *Mi sembra la stessa cosa che è successa quando temevi di dirmi la tua, perchè pensavi che a me non interessasse il tuo parere. Invece quando lo hai fatto per me sei stata preziosa, non mi sono sentita affatto giudicata e per di più ho proprio provato a fare quello che mi hai detto che avrei potuto fare! Dire a mia cugina che volevo fosse presente alla mia prima esibizione di canto... nonostante i precedenti tra noi... Infatti poi è venuta e per il nostro rapporto è stato molto importante.*

**Sofia:** *A che bello! Quindi avete riallacciato i rapporti?! Mi fa piacere se ti sono stata d'aiuto..Almeno con gli altri sono efficace ma per me sono una frana...Ma voi mi date tanta forza! (Sofia si commuove)*

**Terapeuta 2 (attenzionando il processo):** *Forza è proprio il termine giusto, che ci aiuta anche a capire cosa sta accadendo. State continuando a testare e consolidare con forza e motivazione le vostre relazioni, qui, all'interno del gruppo. Proprio una rete che continua sostenervi e vi permette di esprimervi e iniziare a vedervi con altri occhi...*

A questo punto, i conduttori approfittano della dinamica in atto tra i membri del gruppo (circularità espressiva, fiducia nell'aiuto del gruppo, autenticità comunicativa, contributi mentalizzanti e clima caldo e coeso) e propongono una tecnica attiva, attraverso un gioco di ruolo, di taglio psicodrammatico, "mettendo in scena" la narrazione di Sofia tra lei e il marito, nella modalità più fedele possibile alla realtà. Questo perchè, nella fase in cui ci troviamo, Sofia attraverso il gruppo, sta gradualmente modificando la sua immagine interna, cercando di "ripararla", grazie ai

rispecchiamenti ricevuti. Come vediamo, si rivolge al gruppo con un “voi” come fosse un'unica entità, e con un “noi” esprimendo il suo senso appartenenza.

I conduttori, attraverso l'attenzione alla fase delicata in cui ci troviamo, consolidano questo passaggio evolutivo importante con una tecnica che permette a Sofia di sperimentare dal vivo, la situazione in cui si trova bloccata, ovvero, esprimere il desiderio al marito di partire con lui. La metodologia prevede l'utilizzo di un'attività psicodrammatica, avente l'obiettivo di creare consapevolezza sui vissuti emotivi, correlati alle caratteristiche della relazione con il marito, esplorare nuove forme di comunicazione ed espressione, collocarsi rispetto ai propri desideri, concretizzando scelte più funzionali al proprio benessere.

### ***Fase 2 e la mentalizzazione: tenere a mente Sé, l'altro e il gruppo***

La fase di mentalizzazione nel gruppo, come per i percorsi individuali, ha come focus la capacità delle persone di pensare e verbalizzare pensieri ed emozioni, monitorando tale capacità attraverso l'approfondimento degli stessi e le interazioni comunicative con gli *altri* membri del gruppo, facilitati dal conduttore. In questa fase, infatti, il terapeuta avrà l'obiettivo di sostenere i soggetti provando a mettere in atto le capacità relazionali date dalla funzione riflessiva di un soggetto, che diventerà come la pallina di un flipper, ovvero potrebbe generare reazioni a catena nei singoli e nel gruppo stesso, che diventerà esso stesso *riflessivo*. Obiettivo di questa fase è portare i partecipanti a potenziare la capacità del *saper stare* nel gruppo, con i propri stati emotivi e con quelli dell'altro, con l'attenzione ai segnali del proprio corpo, provando a sentire il *clima* del gruppo, ragionando e comprendendo insieme la situazione che, nell'*hic et nunc*, sta accadendo. È la fase in cui i membri possono esercitarsi ad integrare la capacità empatica acquisita con la capacità di immaginare la mente degli altri, i loro pensieri, comprendere le loro azioni e i significati sottostanti, in un costante processo dove si impara a tradurre sentimenti e stati mentali propri e altrui, esplicitamente o implicitamente.

Qui di seguito è riportato l'estratto di un percorso di gruppo eterogeneo per sesso, omogeneo per sintomatologia (problematiche ansioso-depressive), gruppo chiuso e della durata di 1 anno e mezzo circa. L'estratto che segue è relativo al passaggio del gruppo nella seconda fase (6° mese). È un

momento cardine in cui i membri del gruppo stanno attivando e sperimentando capacità riflessive, provando ad approfondire ed elaborare attraverso collegamenti di senso, propri e altrui e attivando degli insight spontanei.

### Estratto

La persona che chiameremo Giovanna è una donna di 48 anni lavora come impiegata in un laboratorio analisi. Giovanna, ha una sintomatologia ansioso depressiva e il suo psicoterapeuta, nonché nostro collega, la invia, sapendo del progetto di gruppo che avevamo in mente circa l'omogeneità della sintomatologia. L'integrazione di un'esperienza di gruppo poteva aiutare Giovanna ad uscire da una tendenza diadica ed esclusiva delle sue relazioni sociali, con scarso confronto esterno, una disregolazione emotiva e alcune difese narcisistiche. Nel percorso individuale, il collega aveva osservato una situazione di stallo, di mancato avanzamento del processo di mentalizzazione e nelle sue relazioni e ha ben pensato di fornirle questa opportunità per favorire un lavoro di *decentramento* ed *etero-osservazione*.

Giovanna per i primi 3/4 mesi, nel gruppo, è stata molto silente, poco partecipativa, appariva poco interessata alla storia degli altri, quasi annoiata e se interpellata tendeva a *disempatizzare* e infastidirsi. Avevamo attenzionato questa sua modalità, soprattutto, quando emergevano tematiche affettive e relative a sottomissioni e fragilità con gli uomini da parte delle donne.

**Terapeuta 1:** *Giovanna te la senti di esprimere quello che stai provando? C'è qualcosa nelle parole di Alessia che ti ha risuonato particolarmente? Queste lacrime ci stanno comunicando qualcosa e sarebbe importante poterne parlare in questo momento* (qui il terapeuta coglie l'occasione per poter sottolineare l'importanza di elaborare il vissuto emotivo di Giovanna, in quel particolare momento. Inoltre, l'espressione corporea osservata, la sua mimica facciale, i suoi gesti, i suoi sospiri, evidenziavano un'attivazione emotiva, pensieri ed emozioni, per la prima volta, espressi in gruppo, sembravano viaggiare nella stessa direzione in modo integro, coerente e funzionale. Qui il conduttore ha potuto

marcare e rafforzare quanto di significativo stava accadendo in termini di presenza relazionale e possibilità di potenziare la mentalizzazione attraverso il gruppo).

**Alessia:** *Oddio Giovanna, non ti ho mai vista piangere, che ti è successo?*

**Giovanna:** *Scusate, non so se riuscirò ad esprimermi bene, ma posso solo dire che mi sto rendendo conto solo adesso, che l'assenza di protezione di cui stanno parlando Alessia e Marica, è esattamente quello che sento io nella mia relazione con il mio compagno... non ci avevo mai pensato, ma credo proprio sia questo ciò che mi manca e mi è sempre mancato anche nel rapporto con mio padre... non sono poi così Wonder Woman come credevo...non è facile, per me, ammettere di aver bisogno di qualcuno che mi dica che è tutto ok, che ci sono io per te... mi sento molto fragile e mi vergogno (Sara fa una lunga pausa, il gruppo resta in ascolto silenzioso e i terapeuti lasciano spazio a questo momento, rispettandone i tempi di recupero, la funzione di contenimento, di accettazione dell'emozioni e di rinforzo, che il gruppo stava assumendo in quel momento).*

**Sara:** *...Mi sento anche svuotata, mi sto rendendo conto che non sono stata chiara su ciò di cui avrei avuto bisogno e per rabbia di non essere capita e anticipata, l'ho massacrato di colpe e silenzi... però anche lui lo ha fatto spesso con me... Forse siamo molto simili in questo? Caspita quanto è difficile per me vedere queste cose e raccontarle qui... (qui si evidenzia la capacità di Giovanna di pensare e verbalizzare pensieri ed emozioni, creando collegamenti di senso su di sé e gli altri attraverso fattori specifici attivati in questa fase del gruppo).*

**Terapeuta 2:** *Giovanna capiamo quanto sia difficile per te, ancor di più esprimerlo qui, in gruppo, ci sta arrivando una coerenza sul tuo sentire e sul tuo agire ed è importante perchè possiamo vedere insieme quanto, riflettere su ciò che ci accade, ci aiuta a comprenderci, conoscerci e avanzare nei nostri obiettivi ...*

**Paolo:** *Si, infatti, Giovanna, se può esserti utile... io non ti sento affatto fragile, anzi la tua apertura mi fa sentire che abbiamo costruito una rete in cui possiamo sentirci sinceri e approfittarne per capire meglio noi stessi e magari cominciare ad esprimere i nostri bisogni alle persone con cui stiamo tutti i giorni...*

**Marica:** *Grande Giovanna, sono certa che il tuo compagno comprenderà, ma certo sarà importante dirglielo, se te la senti, così come lo hai detto a noi...magari anche lui ti confermerà o meno quello che pensi... parlatene, però in modo sereno, pacifico... vedi che esce fuori e poi ci dici...*

Non parliamo, dunque, di semplice socializzazione ma di qualcosa di molto diverso. È necessario che i partecipanti riescano a concepire una forma anche rudimentale di mentalizzazione, intesa come accettazione di un lavoro interpretativo sui propri e altrui stati mentali (Lago 2016). Il processo di mentalizzazione viene portato avanti dal terapeuta durante il percorso di gruppo: *“convogliando la mentalità di gruppo verso obiettivi di lavoro interni al gruppo”* (Bion, 1952).

Il “lavoro”, in questa fase, si focalizza sulla componente interpersonale, Stern (2004), in proposito, parla di co-costruzione con l’altro, come nutrimento per la nostra vita, un dialogo continuo con le menti degli altri, che egli definisce *matrice intersoggettiva*; due menti creano l’intersoggettività e l’intersoggettività modella le due menti: *“Il centro di gravità si è spostato dall’intrapsichico all’intersoggettivo”*. Dall’intersoggettivo al multi-soggettivo, dove il grado di intelligenza emotiva e sociale può trovare lo spazio giusto e si possa diffondere tra i membri il senso del *prendersi cura* dell’altro. L’empatia, dunque, intesa come capacità di immedesimarsi e “mettersi nei panni dell’altro”, viene qui regolata in modo da non confonderla con il contagio emotivo o la compassione. Viene, di fatto, sollecitata la capacità di regolazione della componente affettiva mantenendo la *giusta* distanza tra il Sé e l’altro, in termini di confini interpersonali. Quindi, quando la capacità di mentalizzare viene a mancare, può accadere che la comunicazione e il comportamento risultino incoerenti, le relazioni perdano di significato, ci sia un deficit nella capacità di empatia e il processo dinamico ed evolutivo si arresta. Fonagy descrive la mentalizzazione come la capacità di immaginare la mente dell’altro, che è, infatti, qualcosa di più dell’empatia. Ovvero *“la capacità di avere un pensiero sugli stati mentali come condizioni distinte, anche se potenziali determinati del comportamento”* (Bateman & Fonagy, 2004). Nel gruppo questo aspetto è oltremodo marcato, in quanto stimola l’auto-monitoraggio e l’auto-consapevolezza sui propri stati mentali e i propri vissuti emotivi. La persona, attraverso la relazione con gli altri, ha uno spazio per riflettere sul proprio pensiero e sul proprio comportamento. È quel tipo di esperienza che Bandura (2001) definiva di *self agency* e *self regulation*,

cioè la capacità di riconoscere Sé stessi come individui responsabili e attori protagonisti delle proprie azioni e decisioni e come soggetti che possiedono capacità creativa, trasformativa e realizzativa. Il soggetto, quindi, potrà attivare comportamenti più funzionali, “giocare” le sue carte in termini di risorse, in quanto stimolati e sviluppati prima e rinforzati e monitorati nelle fasi successive, in una sorta di *consolidamento* di quanto appreso e raggiunto.

In questa fase l’attenzione è sul “saper stare” nel gruppo, in cui gli *stati* mentali, i vissuti emotivi sono centrali. Il corpo, è l’altro attore protagonista, in quanto la presenza è *anche presenza* corporea. Il corpo come voce, immagine ed espressione di sé, gesti, postura, mimica, sguardo, atteggiamenti, somatizzazioni. Elementi pienamente integrati che diventando espressione comunicativa, parola, verbalizzazione e, dunque, interazione funzionale e creativa.

Gli interventi mentalizzanti nel gruppo permettono di far percepire la *forza* di tali segnali *deboli*, i *silenzi*, *gli sguardi*, le *assenze* fisiche dei partecipanti, i *non detti*, il *modo di stare seduti*, la prossemica. Ciò sarà occasione per apprendere un alfabeto emotivo nuovo, con l’obiettivo di sviluppare quella granularità emotiva, che rende capaci di sfumare ed esprimere i propri vissuti in modo coerente e preciso. La capacità narrativa acquisita (Pensiero Verbale), farà in modo di regolare i sensori del nostro “radar” emotivo e personale. Il conduttore co-costruisce con i membri nuove trame narrative: “*contrastando quella vaghezza identitaria contraltare di uno sviluppo traumatico e di un attaccamento disorganizzato*” (G. Lago 2006).

Consolidata la fase di mentalizzazione, la funzione del terapeuta si rivolgerà verso il mantenimento della *coesione*, intesa come esperienze relazionali funzionali, rinforzando l’autonomia del singolo e dell’intero gruppo, nella prospettiva di passare alla fase successiva. In questa terza fase gli aspetti psicoeducativi, l’espressione della maturità psicologica appresa durante il lavoro con gli “altri”, permetterà di trasformare e mettere a terra quanto appreso (R. Caporale; V. Battisti 2023).

### *Fase 3 e l’espansione dello stato di coscienza: il gruppo come spazio creativo e realizzativo*

Nella terza fase il lavoro del gruppo è focalizzato sulla messa in atto dei nuovi apprendimenti e sulla massima espressione della maturità psicologica e realizzativa del Sé, acquisite gradualmente durante tutto il percorso di gruppo.

Per entrare nel vivo della dinamica di gruppo e dell'approccio PPI, in questa fase, vi proponiamo di seguito un breve estratto di una delle registrazioni riguardanti un momento di gruppo in piena terza fase.

### **Estratto**

La trascrizione riguarda una verbalizzazione di un membro di un gruppo di pazienti soci di un'Associazione di malattie croniche dermatologiche, co-condotta nell'anno 2023/2024. Fin dalle prime battute si evidenzia come la paziente si trovi in un conflitto interno tra i nuovi comportamenti, messi in atto di recente di cui, sia lei che gli altri membri del gruppo, vedono attivati praticamente e soprattutto ne riconoscano l'efficacia. Allo stesso tempo possiamo notare il manifestarsi di uno stato di incertezza della paziente, nel continuare a procedere nella direzione in cui è già riuscita a concretizzare un cambiamento, ma sta comunicando timore di non farcela.

**Giorgia:** *“Mi fa piacere che mi vedete diversa e che, secondo voi, sia riuscita a superare le mie difficoltà, soprattutto con mio marito, ad impormi di più nell'esprimere i miei bisogni e desideri, questo è già tanto... Delle volte ho timore che quanto ho raggiunto possa sparire .... Effettivamente molte cose sono cambiate e anche la mia famiglia e le mie amiche me lo dicono. Mi sono sentita più sicura di me e più determinata, ho fatto scelte più adeguate ai miei tempi e necessità...Ma ho l'ansia sul futuro...Temo di non poter mantenere questo mio nuovo modo di essere, vorrei ma non credo di potercela fare..A differenza di quello che voi invece pensate di me...Mi piacerebbe pensarla così ma è difficile e delle volte mi ritorna in mente che potrei non farcela. Quando mi sento così insicura, anche il mio corpo me lo dice, come sempre ci siamo dette, mi comunica che ho un disagio. Infatti, da una settimana è riapparso il fastidioso prurito, ma adesso lo so, è solo che è difficile e forse ci devo lavorare ancora...Vorrei essere come Marina e Fabio, che sono di sicuro più costanti e fiduciosi di me...Vedrò cosa riesco a fare ancora...”*

Questo estratto è molto interessante perchè mette in evidenza come la paziente stia esprimendo quel “Vorrei ma non posso” che non le permette ancora di avanzare da sola, spedita e sicura, nonostante il

livello di consapevolezza dei suoi nuovi comportamenti e delle reali prospettive. Questa esitazione, ci fa capire quanto il proprio senso di autoefficacia, fondamentale in questa fase, vada rinforzato. La sensazione di non potercela fa sentire disorientata Giorgia, e ci dice che le credenze relative alle proprie potenzialità siano ancora scarse ma sulla strada buona. Fa ancora fatica a “vedersi” in questa nuova immagine di sé e, sebbene il senso di essere riuscita a cambiare alcuni atteggiamenti e schemi relazionali siano certi, ancora sembra portata ad autolimitarsi e accontentarsi: *“E’ già tanto che sono arrivata fino a qui”*. In termini di autoefficacia è, però, importante osservare che l’idea che ci sia un impegno da portare avanti, è considerato come una sorta di sfida da vincere: *“Vedrò cosa riesco a fare ancora”*, ci porta nella direzione di uno stimolo e un obiettivo concreto di cambiamento che in qualche modo, con la giusta perseveranza, con il giusto impegno, e non per magia, potrà realizzarsi. Come se, il “sottotesto” della sua espressione verbale, potesse significare *“Se mi do da fare forse riesco, con il vostro aiuto (rappresentazione interiorizzata del gruppo) non mi sentirò sola...”*. Tale momento è rappresentativo della fase psicologica in cui si trova Giorgia e il gruppo stesso e, come quest’ultimo, continui ad operare sul rispecchiamento e sul feedback costruttivo, attraverso il quale, la paziente, può ricostruire un’immagine di sé integrata tra passato e presente, tra credenze disfunzionali e piano di realtà e soprattutto possa percepire che la responsabilità dell’eventuale insuccesso non provenga da elementi esterni a lei, ma da un eventuale sforzo insufficiente. Il pensiero di non potercela fare non la sta più portando ad abbattersi o deprimersi, manifestazioni queste rilevate nei colloqui preliminari di avvio del percorso di gruppo, e nei primi incontri, anche se è presente ancora un senso di incertezza. In questa fase, i terapeuti stimolano e sostengono gli apprendimenti acquisiti e valorizzano i cambiamenti potenziali e quelli già messi in atto, in un’ottica psicoeducativa. è una fase importante quanto delicata, in quanto i membri del gruppo si apprestano a sperimentare e padroneggiare un “sentirsi in grado nel saper fare”, fatto di compiti specifici e situazioni concrete e correlate al contesto. Inoltre, l’incremento di buone convinzioni esplorative, la voglia di fare e la proattività, curiosità e capacità di cercare, valutare, selezionare le informazioni relative alle situazioni e a Sé stessi su cui i membri si “allenano”. Inoltre, tale apprendimento, permette di cogliere spunti, punti di vista innovativi e rimandi dagli altri componenti del gruppo. Ci troviamo nella fase in cui si crea una più integrata organizzazione della personalità, che nella PPI si riferisce al pensiero

simbolico e si traduce in azione rappresentativa. Parola incarnata e movimento sono gli strumenti elettivi di tale fase, entrambi portatori di un'intenzione comunicativa (V. Battisti; R. Caporale 2023), che diventa azione e realizzazione. È quel momento di scambio verbale del gruppo, dove si noteranno anche pensieri meno auto-sabotanti con interazioni comunicative più efficaci, maggiore tolleranza alla frustrazione e capacità di gestire le difficoltà o gli eventuali fallimenti e quelle insidie spesso presenti nei tentativi di provare nuove strategie comportamentali.

Fase di lavoro di “messa a terra” e verifica dell'apprendimento effettivo, attraverso:

I contributi autentici;

- gli “aiuti”;
- gli esempi e le esperienze degli altri;
- le possibili soluzioni alternative e divergenti;
- esperimenti dal vivo cogliendo l’“attimo”;
- esercizi e compiti per casa;
- test di realtà di progressiva difficoltà;
- attività del “come se”;
- esercizi immersivi;
- tecniche di enactment;

Fase di intervento attivo, anche di taglio cognitivo-comportamentale e di *learning by doing*, che vanno nella direzione di consolidare gli apprendimenti delle fasi precedenti. In questa fase i membri del gruppo potranno usufruire di “nuove lenti” per “leggere” meglio la propria realtà interna e quella esterna, mettere a fuoco possibilità progettuali concrete, in contatto con i propri bisogni.

Il gruppo è in piena *zona di sperimentazione e consolidamento*, in cui il pensiero diventa azione concreta e lo spazio di gruppo si trasforma in una vera e propria *zona di sviluppo prossimale* (Vygotskij 1990). In questa fase psicoeducativa i terapeuti attiveranno un processo di *scaffolding*, integrando il binomio prompting/fading (Wood, Bruner, & Ross, 1976), operando non solo sui processi cognitivi

e metacognitivi ma anche nello sviluppo di competenze emotive, attraverso il gruppo/laboratorio sperimentale, in cui i processi decisionali e motivazionali consolidano il senso di autoefficacia. Il terapeuta acquisisce in questo momento, quindi, una funzione di modeling, di supporto, affiancando, il paziente, in azioni di *observational on the job*, così da avviare un processo di cambiamento in linea con gli insight appresi. Bandura (2000), in proposito, definiva l'autoefficacia qualcosa che influenza in modo forte gli obiettivi che le persone stabiliscono per Sé stesse, i rischi che sono disposti ad affrontare e gli ostacoli oggettivi, ma soprattutto soggettivi da superare. Maggiore è l'autoefficacia tanto più ambiziosi e realistici saranno gli obiettivi che sceglieranno e tanto più intenso l'impegno e la determinazione per raggiungerli.

E' una fase in cui i conduttori stimoleranno:

- Comunicazione assertiva
- Potenzialità collaborative e interpersonali
- Espansione di una coscienza più operativa e attuativa.
- Verifica dei comportamenti nuovi
- Consolidamento del pensiero verbale

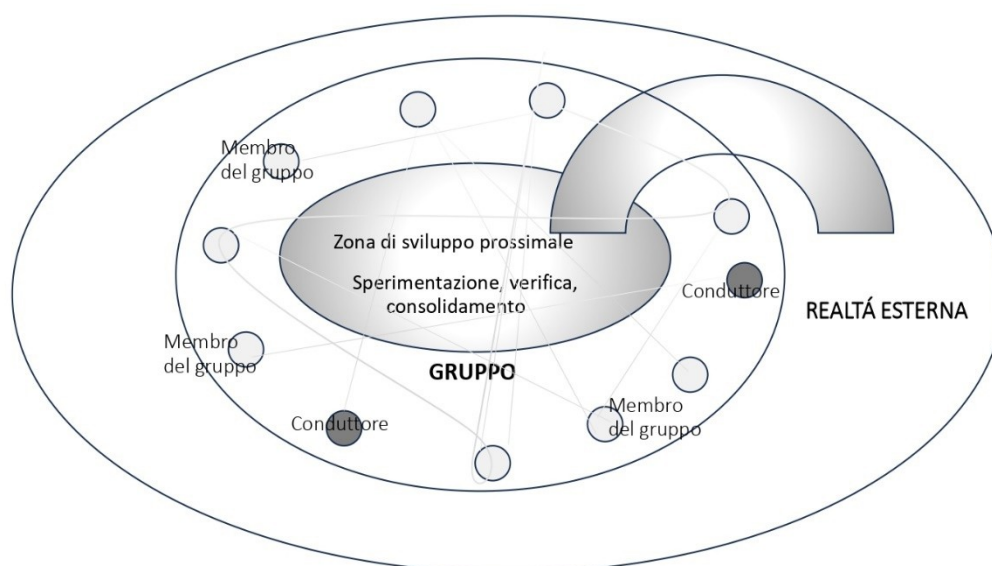


Figura 1: Visualizzazione del concetto di zona di sperimentazione e consolidamento (illustrazione di Battisti S., Scarpulla C., 2025)

La zona di sviluppo prossimale permette la verifica degli apprendimenti e diventa il “ponte” verso l'esterno, Fase psicoeducativa e verifica del cambiamento. Il gruppo diventa *luogo* di sperimentazione

Attraverso una narrazione fluida che si evolve in modo dinamico, il gruppo svolgerà una vera e propria funzione di “ponte” per il singolo soggetto, che si sentirà:

- assecondato nel provare e sperimentare
- fiducioso delle proprie capacità e conquiste
- sostenuto nei momenti critici e di smarrimento
- validato nel cambiamento avvenuto

Presidiare le fasi PPI, in un percorso di gruppo terapeutico, significa, dunque, aver cura di ogni momento e passaggio evolutivo, anche minimo, che il gruppo potrebbe manifestare, ad esempio, attraverso segnali deboli (mimica facciale, silenzi tollerati, pause riflessive, posizioni corporee, gesti, espressioni emotive, etc). Questo sarà possibile, tanto quanto siano state create condizioni opportune, descritte in merito alla prima fase, e attenzionare “fattori” strategici, *come condizione sine qua non*, per un gruppo che possa ritenersi “terapeutico”. Coesione, fiducia, senso di appartenenza, consapevolezza e autoefficacia, ma anche comunicazione e scambio di informazioni, che permetteranno, quindi, un'efficace e duratura terapia di gruppo.

Ci troviamo nella fase del processo evolutivo “*separazione- individuazione*” (M. Mahler 1977) in cui, in base al proprio stile di attaccamento, le persone potrebbero contattare nuovamente, sensazioni e schemi relazionali del passato legati ai propri vissuti di separazione. Nella nostra esperienza clinica di gruppo, abbiamo potuto osservare, come questi fenomeni, siano naturali quanto evidenti, proprio in questa fase di distacco, dove si avvia il lavoro di chiusura e /separazione, elaborazione di esso e apertura a nuovi orizzonti. Le possibili “ri-attivazioni”, comportano, infatti, il “ri-emergere” di immagini, memorie e vissuti emotivi che nel presente assumono una forma ambivalente. L'esperienza emozionale riparativa oramai compiuta accoglierà e permetterà di affrontare e superare

in modo più sano il conflitto tra dipendenza e autonomia, che questi stati portano con Sé. I terapeuti, quindi, sapendo l'importanza di questo passaggio, attenzioneranno il *processo in atto* e coglieranno l'opportunità di lavorare sulla separazione nell'*hic et nunc* e degli stati emotivi correlati. L'emersione di questi ultimi sarà, quindi, occasione di rilettura e di riconoscimento della propria maturità psicologica raggiunta. La piacevole scoperta della propria efficacia personale e la capacità di agire intenzionalmente nel contesto relazionale e sociale generativo di un cambiamento, l'*agentività* per Bandura (1977). È la fase in cui i terapeuti e il gruppo stesso, analizzano il problema in chiave psicodinamica e sistemica il gruppo, come *drive di cambiamento* effettivo. La terapia di gruppo che si conclude, prevede la facilitazione da parte del terapeuta ad un lavoro narrativo e di excursus storico sia personale e sia del gruppo, come una sorta di riscrittura della propria autobiografia, i cui capitoli arricchiti di *consenso e senso*, volgono ad aprire uno scenario prospettico attraverso l'immaginazione, al fine di aiutare a sviluppare una visione presente e futura più coerente e positiva di sé.

Nell'intervento fatto in co-conduzione, dell'estratto che segue, vengono poste domande specifiche per facilitare la riflessione sulla propria posizione attuale, rispetto al passato, e durante l'arco temporale di tutta l'esperienza di gruppo. Questo gruppo è formato da persone provenienti da contesti di terapia individuale, raggruppati per omogeneità sintomatologica. Gruppo co-condotto nell'anno 2022-2023. Vengono attenzionati gli eventi critici e momenti cardine di insight, insieme all'attivazione di restituzioni auto ed etero dirette. Grazie anche all'integrazione di metodologie attive, in questo caso psicodrammatiche. L'intervento va nella direzione di comprendere a che punto si trova il gruppo e il singolo membro, nella riesamina dell'esperienza e dei relativi passaggi di crescita personale.

### **Estratto**

**Terapeuta 1:** *Nella fase in cui ci troviamo, può essere occasione per soffermarci a riflettere ed esprimere al gruppo come abbiamo vissuto questo viaggio insieme, dall'inizio ad oggi, quale esperienza porteremo con noi, se ci sentiamo cambiati e come ci immaginiamo la nostra vita dopo il gruppo? Chi vuole cominciare?*

**Marco:** *Se penso a come mi sentivo quando sono arrivato qui, dubbioso, scettico, impaurito e in seria difficoltà ad accettare e stare in questo gruppo, con persone sconosciute, mi vengono i brividi...Vi ricordate che personaggio che ero?... Adele, ti ricordi che mi dicevi che sembravo un muro di gomma?...*

**Adele:** *Ora mi viene da riderci su, ma adesso capisco, quanto era duro e complicato per te, vista la tua storia, ma se ti ricordi ci siamo scontrati, perchè a me facevi tanta rabbia, mi sembravi mio fratello a cui ho dovuto fare da mamma per dargli una smossa.*

*Io vi parlavo di me a ruota libera e senza peli sulla lingua e tu sembravi disinteressato e per niente accogliente...Mi sembravi svalutare e banalizzare quello che stavo dicendo. Di certo nulla a che vedere con la vicinanza e la comprensione che sento ora!... Sono felice per te perchè, con tanto sforzo, ti abbiamo visto superare le tue ansie che ti facevano chiudere in te stesso...". E io grazie alla consapevolezza, che quelle reazioni nei tuoi confronti mi toccavano da vicino perchè erano le cose mie con mio fratello. Di certo oggi è proprio diverso e ho recuperato un rapporto più paritario con lui... E va meglio...!!!*

**Terapeuta 2:** *Marco ti risuona quello che sta dicendo Adele? Cosa ti sta arrivando?*

**Marco:** *Mi sento grato e riconosciuto...Mi fa piacere Adele sapere che va meglio con tuo fratello...Dal gruppo loro ho sentito accoglienza e anche se a volte mi sono sentito giudicato ho poi capito che anche le altre persone era coinvolte personalmente...*

**Giovanni:** *A Ma...E ti credo che ti sentivi giudicato ... Tuo padre era sempre lì pronto a svalutarti in ogni cosa che facevi...Anche quelle belle! Ti ricordi quando le dottoresse ci hanno fatto fare quell'esercizio di psicodramma in cui dovevamo dire quale, in quel momento, era la cosa più temuta? Tu hai portato la paura di non riuscire a superare quell'importante colloquio di lavoro, perchè temevi di non poter dimostrare la tua bravura e voglia di avere quella promozione, di fronte a quel capo che ci hai descritto come svalutante e autoritario. Quando lo abbiamo messo in scena e io facevo il tuo capo, ho compreso perchè eri così in ansia... Mi ci sono sentito male a fare quella parte...*

**Terapeuta 2:** *Come ti sei sentito Giovanni?*

**Giovanni:** *Che dire? ... All'inizio dell'esercizio mi sono sentito che avevo il potere del ruolo e davanti a me un ragazzo quasi congelato. Poi piano piano durante l'esercizio, le dottoresse ti conducevano a tentare modi*

*diversi di esprimerti...Mi hai raccontato la tua grande esperienza e professionalità e hai espresso con sicurezza e motivazione il desiderio di ricoprire quell'avanzamento di ruolo...proprio quello che temevi di non saper fare.*

**Marco:** *è vero, all'inizio quasi mi sembrava di essere da un'altra parte e poi mi sono stupito anche io, di aver parlato in quel modo e di aver detto quelle cose che non pensavo mai di poter riuscire a dire. Me lo sono portato dietro per parecchi incontri...Vi ricordate che silenzi?... Poi il giorno del colloquio, nonostante l'enorme fatica e la paura sono riuscito ad esprimermi memore di quello che ero riuscito a dire. Il capo è stato comunque svalutante ma mi sono accorto che non mi stava ferendo più di tanto e ho comunque dimostrato interesse. Vi ricordate che gli ho addirittura corretto una norma relativa alla procedura di lavoro di cui io ero esperto e non certo lui!...*

Questi brevi scambi, riportati, danno prova di come si siano, nel tempo, consolidati gli apprendimenti e la possibilità di vedersi con le “lenti” di oggi, rilevando una maggiore centratura di sé, un maggiore empowerment e self-empowerment, inizialmente scarsi o bloccati. Il passato così resta nel passato e la quantità e la qualità dei momenti presenti (o tempo interno), aumentano e migliorano, favorendo la costruzione di capacità progettuali congrue e coerenti rispetto agli altri piani temporali.

### **Conclusioni**

In questo articolo l'obiettivo cardine è stato quello di presentare, una prima stesura, di un lavoro ben più ampio sugli interventi di gruppo secondo la metodologia PPI. Esso si conferma, uno strumento in grado di valorizzare i processi relazionali che prendono forma nel campo multi-soggettivo. Si mette in risalto come la dimensione terapeutica, in linea con il modello, non si esaurisca solo nell'applicazione di tecniche, ma sia profondamente radicata nella qualità del campo relazionale in progressiva e continua co-costruzione, trasformazione e flessibilità del metodo. Questo permette di “leggere” le dinamiche gruppalì non solo come espressione delle storie individuali, ma come fenomeni emergenti “del” e “nel” campo, attraverso l'esperienza diretta, nella dimensione *hic et nunc*. Il gruppo si configura come uno spazio di esperienza condivisa, in cui, il primo obiettivo terapeutico sarà la costruzione di una “base sicura”, dove, inizialmente, è il conduttore la prima istanza di

attaccamento: “*terapeuta come base sicura*”. Solo gradualmente e scientemente, il terapeuta potrà facilitare il passaggio al gruppo, che diventerà esso stesso “*base sicura*”.

In tale cornice, il gruppo diviene uno spazio di “cura” in cui il singolo, gli altri e il contesto relazionale interagiscono nel tempo presente, generando significati condivisi e possibilità trasformative. La multi-soggettività costituisce il tema centrale del dispositivo gruppale, sottolineando come le risonanze emotive e relazionali, vengano amplificate, offrendo un contesto privilegiato per la rielaborazione di schemi affettivo-relazionali disfunzionali, anche di natura traumatica.

La complessità dei fattori relazionali e di *campo* psichico, acquisterà, quindi, grande rilevanza, incidendo progressivamente sul comportamento e la regolazione emotivo-affettiva.

Inoltre, la possibilità di modulare gli interventi terapeutici in funzione degli obiettivi, delle fasi, del processo e delle caratteristiche specifiche di un gruppo, assume una valenza trasformativa centrale, più che una scelta meramente tecnica, coerente con una prospettiva integrata e coerente con il processo evolutivo individuale e del gruppo stesso come *microcosmo-sociale*.

Il metodo PPI offre uno spazio laboratoriale, sufficientemente strutturato e con un buon grado di apertura all’imprevisto, in cui le esperienze relazionali ed emotive emergenti, possano essere convalidate in tempo reale, riconosciute, elaborate e progressivamente integrate. Il ruolo di chi “conduce” un gruppo, tema che sarà sviluppato ampiamente in un capitolo dedicato nel manuale, di prossima uscita, risulta pertanto cruciale. I conduttori, infatti, non saranno solo garanti del setting e delle funzioni terapeutiche, ma partecipanti consapevoli del *campo gruppale*, sollecitati da un continuo flusso *lavorativo* di regolazione tra *presenza autentica*, *coordinamento* e *funzione riflessiva*, in tutte le fasi dell’esperienza gruppale. Funzioni, che necessitano di formazione teorico esperienziale mirata, aggiornamento continuo e un costante lavoro personale.

L’approccio PPI applicato al gruppo rimane sempre aperto a ulteriori possibilità di studio, approfondimento, integrazione e sperimentazioni sul campo. L’interesse alla comprensione delle dinamiche multi-soggettive e della funzione trasformativa del campo sta guidando e continuerà a farlo, future ricerche sull’efficacia di interventi integrati e sempre più trasversali, e in contesti

gruppali diversi, per tipologia e obiettivi di lavoro, orientando la ricerca in questo campo non solo alla misurazione di un'efficacia immediata, ma verso lo sviluppo in termini concettuali e operativi.

### **Bibliografia**

Amerio P., (1982), *Teorie in psicologia sociale*, Il Mulino

Anzieu D., (1989) *Il gruppo e l'inconscio*, Borla edizioni

Bandura A., (ed.it 2000), *Autoefficacia, teoria ed applicazioni*. Guide Psicologia, Erikson editore.

Bandura A., (1977), *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change*, Stanford University, Psychological Review

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004), *Mentalization-Based Treatment of BPD*. Journal of Personality Disorders, Oxford University Press.

Benson F. G., (1993), *Gruppi*, Sovera edizioni

Bertani B., Manetti M., (2016), *Psicologia dei gruppi. Teoria, contesti e metodologie d'intervento*, Franco Angeli

Beck J., (1967), *La terapia cognitivo-comportamentale*, Casa Editrice Astrolabio

Bion W. R., (1961) *Experiences in groups, and other papers*, Armando editore (ed it 1997)

Bowlby J., (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Bowlby J., (1982), *Attachment and loss: Retrospect and prospect.*, American Journal Orthopsychiatric

Bruner J.S., (1992) *La ricerca di significato, per una psicologia culturale*, Bollati e Boringhieri

Bruner J. S. (1991), *La costruzione narrativa della realtà; in Rappresentazioni e narrazioni*, a cura di M. Ammaniti e D. N. Stern, Bari, Laterza

Caporale R., Battisti V., (2024), *La psicoterapia psicodinamica integrata: Basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità di intervento*. Mente e Cura, Rivista e Organo ufficiale dell'Istituto IRPPI, Roma.

Capraro G., (2017), *L'enactment nella relazione terapeutica*, Raffaello Corina Editore, Milano

De Bono E., (1988) *Pensiero Laterale*, BUR ed.

Demetrio D., (1996) *Raccontarsi: l'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Engel G.L., (1977) *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, Science

- Ellis A., (1955, 2°ed. 1962), *New approaches to psychotherapy techniques*. Journal of Clinical Psychology.
- Ferrarotti F., (1968, rist 1971), *Trattato di sociologia*, UTET Torino
- Fonagy P., Moran G. S., et all., (1993), *The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action*, Psychoanalytic Study Child
- Foulkes S. H., (1996) *Analisi terapeutica di gruppo*, Boringhieri, 1969, Torino, p. 161.
- Hillman J., (1983); *Re-visione della psicologia*, Adelphi e-Book
- Yalom I. D., Leszcz (ed it 2022) M., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati e Boringhieri
- Jacobs T., (1986), *On Countertransference Enactments*, APsA
- Lago G., (2016), *Compendio di psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi*, Franco Angeli Milano
- Lewin K., (1990), *Lewin e la teoria del campo nello studio della dinamica di gruppo*, UPSEL Editor
- Lo Verso G., Raia T., (2008) *Il gruppo psicodinamico come strumento di lavoro*, FrancoAngeli, Milano.
- Lowen A., (1956), *Bioenergetica*, Universale economica Feltrinelli (ed it. 2015)
- Mahler M., (1977), *Separation-Individuation*, J Aronson Inc.
- Moreno J. L., (1920), *Manuale di Psicodramma, Il teatro come terapia*, Astrolabio Roma
- Novak, E.T., (2022), *Physical Touch in Psychoanalytic Psychotherapy; Transforming Trauma through Embodied Practice*, Taylor and Francis Group
- Neri C., (2021), *Il gruppo come cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Neri C., Correale A. (cur), (1999), *Psicoanalisi e gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Selvini M., (2004) *Reinventare la psicoterapia*, Raffaello Corina Editore, Milano
- Schutzemberge A. A., (1978), *Introduzione allo psicodramma e al gioco di ruolo*, Astrolabio
- Schutzemberge A. A., (1978), *Il corpo e il gruppo*, Astrolabio
- Schultz J., (1933), *Training Autogeno*, Ed. Feltrinelli.
- Vacheret C., (1984), *Image et représentation. Communication et Information*, Paris Dunod.
- Vacheret C., (2002), *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Paris, Dunod.
- WeiserJ., (2013), *Fototerapia, Tecniche e strumenti per la clinica e gli interventi sul campo*, Franco Angeli.
- Vygotskij L., Mecacci L. (cur), (1990), *Pensiero e linguaggio*, Edizioni Laterza

Wood D., Bruner J. S., Ross G., (1976), *The role of tutoring in problem solving*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, Pergamon Press, Great Britain

Weiss J., (1993), *How psychotherapy works: Process and technique*. Guilford Press.

Winnicott D. (1971), *Gioco e realtà*. Armando editore (rist 2020)

Zinn J. K., (2017), *Ovunque tu vada, ci sei già. In cammino verso la consapevolezza*, Edizioni Corbaccio

Cinema

**Recensione psicodinamica del film *Follemente* (2025) di Paolo Genovese, secondo la metodologia PPI**

Ricci.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>-IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Il nuovo film di Paolo Genovese, *Follemente* (2025), si presenta come una commedia brillante che intreccia narrazione sentimentale e rappresentazione psicologica delle parti interne della personalità. Il ritmo vivace, l'interpretazione corale e la struttura narrativa originale creano un'esperienza cinematografica piacevole e, al tempo stesso, complessa. Attraverso le vicende dei protagonisti Piero (Edoardo Leo) e Lara (Pilar Fogliati), il film diventa un'occasione fertile per una lettura psicodinamica basata sul modello Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI).

**La trama: un primo appuntamento tra emozioni, inibizioni e “voci interiori”**

Piero e Lara si incontrano per la prima volta a casa di lei dopo essersi conosciuti in un bar. Entrambi sono reduci da relazioni deludenti:

- Lara, restauratrice, ha appena chiuso una storia con un uomo sposato.
- Piero, cinquantenne e insegnante di liceo, è da poco divorziato e vive la genitorialità con un affido congiunto.

Fin da subito i due provano attrazione reciproca, ma appaiono trattenuti, impacciati, incapaci di esprimere liberamente interesse o desiderio. Ed è proprio negli spazi vuoti dell'imbarazzo che entrano in scena le parti della loro personalità, ciascuna incarnata da un attore: personificazioni delle loro spinte interne, conflitti, paure e desideri.

**Le “voci interne” come parti del Sé**

Il film mette in scena ciò che in psicodinamica viene descritto come parti del Sé (Bromberg, 2012): aspetti dissociati ma fisiologici, che coesistono in ognuno di noi e si attivano in funzione del

contesto.

Nel modello PPI, queste parti dialogano — o entrano in conflitto — tra loro, influenzando la regolazione emotiva, l'attaccamento e i comportamenti relazionali.

Ogni voce del film corrisponde simbolicamente a una funzione psichica:

- Trilli (E. Fanelli): la parte impulsiva e leggera.
- Scheggia (M.C. Giannetta): la ribellione reattiva, la modalità teleologica.
- Alfa (C. Pandolfi): il Sé razionale e controllante.
- Giulietta (V. Puccini): il Sé romantico idealizzato di Lara.
- Il Professore (M. Giallini): la razionalizzazione difensiva di Piero.
- Romeo (M. Lastrico): la spinta romantica di Piero.
- Valium (R. Papaleo): il ritiro emotivo, l'ipo-attivazione difensiva.
- Eros (C. Santamaria): pulsione sessuale e regolazione corporea.

Il risultato è un teatro interno che accompagna lo spettatore in una rappresentazione vivace delle dinamiche psicologiche del primo incontro.

### **Il modello PPI: attaccamento, mentalizzazione e regolazione emotiva**

Nel loro primo appuntamento, Piero e Lara mostrano tratti coerenti con due differenti stili di attaccamento:

#### • Piero

Tende al distacco, connotazioni evitanti, immagini interne più incoerenti e timore della vulnerabilità.

#### • Lara

Teme l'abbandono, mostra un attaccamento ansioso-ambivalente e una forte iperattivazione emotiva.

Questi funzionamenti influenzano il loro modo di comunicare: esitazioni, malintesi, tentativi di compiacere l'altro o ritirarsi. Si tratta dei segnali di una scarsa coregolazione emotiva, che — come

mostra Schore (2022) — dipende dalla qualità della mentalizzazione reciproca e dall'integrazione tra sistemi motivazionali.

L'intero film mette in scena le tre dimensioni del modello PPI:

- Protomentale (livello corporeo e affettivo primario)
- Pensiero inconscio (immagini interne e rappresentazioni)
- Pensiero verbale (dialogo e comportamento)

### **Il conflitto tra parti interne: rigidità, impulsività, romanticismo, evitamento**

Il film mostra come i protagonisti oscillino tra stati del Sé diversi:

Valium – il ritiro evitante

Rappresenta l'ipo-arousal, la minimizzazione del coinvolgimento per proteggersi da potenziale dolore.

Scheggia e Trilli – l'impulsività ansiosa

Spinte ad agire subito, a parlare senza filtro, a colmare il vuoto della relazione attraverso l'azione anziché l'elaborazione.

Il Professore e Alfa – controllo cognitivo, pseudo-mentalizzazione

Intellettualizzazione, rigidità, standard elevati: difese che riducono la spontaneità e soffocano la connessione affettiva.

Giulietta e Romeo – idealizzazione romantica

Proiezioni positive, desiderio di un legame perfetto, rischio di disregolazione quando la realtà non coincide con l'ideale.

Eros – la dimensione sensuale-sessuale

Attrazione fisica intensa, regolazione emotiva tramite il corpo; talvolta disgiunta dai bisogni affettivi.

**La relazione come possibilità evolutiva: mentalizzazione, riparazione, integrazione**

Il cuore psicodinamico del film risiede nella possibilità di crescita dei personaggi: il primo appuntamento diventa un laboratorio relazionale.

Perchè la relazione funzioni, Piero e Lara devono:

- migliorare la funzione riflessiva,
- riconoscere le proprie parti interne,
- tollerare l'arousal fisiologico,
- integrare sistemi motivazionali in conflitto (attaccamento, sessualità, esplorazione, avversione),
- passare dalla rigidità alla flessibilità,
- trasformare immagini interne distorte in rappresentazioni più integrate.

La scena finale, in cui i due si lasciano andare a un'intimità sessuale più autentica, rappresenta simbolicamente il punto in cui attaccamento e desiderio riescono momentaneamente a integrarsi, dando vita a un Sé più vitale e completo.

**Un film come metafora della complessità psichica**

*Follemente* si presta non solo a una lettura cinematografica, ma soprattutto a un'interpretazione psicodinamica ricca e didattica.

Attraverso la personificazione delle parti del Sé, Genovese mette in scena il modo in cui le persone vivono i primi incontri: tra paure, desideri, fantasie, modelli operativi interni e tentativi di regolazione affettiva.

Il film diventa così un racconto clinico-popolare che illustra:

- la complessità delle relazioni umane,

- il ruolo dell'attaccamento,
- la necessità di mentalizzare Sé e l'altro,
- la possibilità di trasformazione tramite la connessione.

## **Bibliografia**

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

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

Beebe B., Lachmann, F.(2002), Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni. Tr. It Raffaello Cortina , Milano 2003.

Bromberg P. (2011), L'Ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale. Tr.it Raffaello Cortina Milano 2012

Mucci C. (2020), Corpi borderline : Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità. Tr.it.Raffaello Cortina Milano 2020.

Fonagy P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002), Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé. Tr.it Raffaello Cortina, Milano 2005.

Hill D. (2015) Teoria della regolazione affettiva: un modello clinico. Tr.it Raffaello Cortina Milano 2015

Lago G. (2016). Compendio di psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi. Franco Angeli Editore, Milano 2016.

Le Doux J. (2002), Il Sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo. Tr.it.Raffaello Cortina Milano 2002.

Lichtenberg J.D., Lachmann F.M., Fosshage J. (2000), lo scambio clinico. La teoria dei sistemi motivazionali e i nuovi principi della tecnica psicoanalitica, Raffaello Cortina, Milano.

Schore A. (2022) Psicoterapia con l'emisfero destro Tr.it Raffaello Cortina Milano 2022.

Siegel D. (1999), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Tr.it Raffaello Cortina, Milano 2013.

Stern D.N., (2004), *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano 2005.

Winnicott D.W., (1965), *Sviluppo affettivo ed ambiente*. Tr. It Armando, Roma 1970.

**Congresso*****“Personalità, integrazione e crescita nella pratica clinica”***

Daniel J. Siegel, Roma, 24-25 Ottobre 2025

***Paoletti A.***<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Il 24 e il 25 ottobre si è svolto presso il Centro Congressi di Piazza di Spagna, a Roma, il convegno *“Personalità, integrazione e crescita nella pratica clinica”* tenuto da Daniel J. Siegel. All’evento hanno partecipato numerosi professionisti del settore, tra cui una delegazione di didatti dell’Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI). Nella settimana successiva il convegno è proseguito con una serie di panel online che hanno visto il contributo di importanti relatori italiani, tra cui Maffei C., Moselli P., Mucci C., Filastro A., Montano A., Pugliese E., Ferraguzzi F., Salvatore G. e Ammanniti M.

Daniel J. Siegel è attualmente professore di psichiatria presso la University of California School of Medicine di Los Angeles, membro dell’American Psychiatric Association, fondatore e condirettore del *Mindful Awareness Research Center* ed è considerato uno dei maggiori esponenti nel campo della psicobiologia relazionale o neurobiologia interpersonale (IPNB).

L’IPNB rappresenta un approccio interdisciplinare innovativo che integra neuroscienze, psicologia, filosofia della mente, biologia, teoria dei sistemi complessi e teoria dell’attaccamento, con l’obiettivo di comprendere lo sviluppo e il funzionamento della mente umana attraverso una prospettiva consiliente, fondata, cioè, sui punti di convergenza e contatto tra discipline differenti (Siegel, PDP Group, 2024).

Il paradigma teorico presentato da Siegel in sede di convegno si basa su un ampio numero di riflessioni interpersonali raccolte in circa 50.000 narrazioni, sistematizzate e classificate attraverso il sistema di classificazione di personalità dell'*Enneagramma* che distingue nove "enneatipi" fondamentali.

Dall'analisi dei pattern di personalità e delle traiettorie evolutive, Siegel e collaboratori hanno elaborato, successivamente, un quadro teorico denominato *Pattern of Developmental Pathways* (PDP), volto a comprendere i pattern cognitivi, emotivi e comportamentali che definiscono il concetto di "personalità".

Il modello PDP si articola intorno a categorie chiave che integrano dimensioni motivazionali (agency, bonding, certainty), modalità attentive (orientamento interno, esterno e diadico) e processi neurobiologici (temperamento, attaccamento, sviluppo delle aree cerebrali, ecc.), fino a delineare una *palette di personalità* caratterizzata da nove pattern distinti ma interconnessi fra loro (Siegel, PDP Group, 2024).

All'interno dell'IPNB, il temperamento — inteso come insieme di predisposizioni neurobiologiche innate, quali reattività, soglia di attivazione fisiologica e ritmi regolatori di base — costituisce l'elemento soggettivo attraverso cui il bambino entra in relazione con l'ambiente. Questa base temperamentale, caratterizzata da neuroplasticità, viene modulata in senso diadico attraverso i processi di attaccamento con le figure di riferimento che ne permettono la regolazione.

L'attaccamento viene così definito nell'IPNB come la *matrice regolativa originaria* entro cui si forma la mente: l'esperienza relazionale coerente, responsiva e integrata modella lo sviluppo dei circuiti neurali che collegano strutture subcorticali implicate nei processi emotivi con aree corticali deputate

alla riflessione e alla regolazione affettiva. Tale esperienza consente alla persona di esperire un senso di integrità relazionale, dell'essere ed interiore (Siegel, PDP Group, 2024).

Il concetto di integrità, inteso come stato dell'essere armonico, coerente e ricettivo, assume nella teorizzazione IPNB un ruolo centrale e un valore organizzatore essenziale, con rilevanti implicazioni per la comprensione dei processi psicologici e relazionali. L'utilizzo clinico del modello PDP mira dunque a incrementare l'integrazione a livello neurobiologico e relazionale facilitando la connessione tra parti differenziate di un sistema complesso.

Di grande interesse risulta anche la proposta di Siegel riguardo al lavoro interiore che la persona può svolgere nella comprensione del proprio *pattern* di personalità: la descrizione delle caratteristiche di personalità non è più affidata principalmente al clinico — e quindi calata sul paziente secondo un modello nomografico — ma alla persona stessa, che diventa osservatrice oggettiva del proprio mondo interno. In un percorso di cambiamento e crescita, infatti, secondo Siegel assume centralità l'esperienza interiore: la comprensione della propria personalità nasce dall'ascolto delle istanze interne, più che dall'osservazione delle sole manifestazioni comportamentali. Molti temi discussi nel convegno si mostrano pienamente congruenti con i principali modelli psicodinamici, in particolare per quanto riguarda la centralità dell'attaccamento sicuro nello sviluppo di una personalità armonica e integrata, nella quale i processi di mentalizzazione e la capacità narrativa consentono una rappresentazione coerente dei propri e altrui stati mentali (Fonagy, 2001). L'interdisciplinarietà della neurobiologia interpersonale risulta inoltre coerente con l'approccio della PPI, la quale riconosce nell'approccio integrato uno dei suoi principali punti di forza teorici e applicativi (Lago, 2006; Lago, 2016; Caporale, Battisti, 2024).

La PPI considera, accanto alle motivazioni primarie evidenziate dall'IPNB (agentività, costruzione del legame e ricerca di certezza), anche un più ampio insieme di sistemi motivazionali — attaccamento, esplorativo-assertivo, sessualità, accudimento, affiliativo — i quali concorrono congiuntamente allo sviluppo del Sé attraverso un processo armonico e integrato (Caporale, Battisti, 2024).

Risulta particolarmente attuale la prospettiva del “cervello incorporato” (*embodied brain*), sostenuta da Siegel e da altri studiosi delle neuroscienze (Gallese 2003; 2007), secondo cui le memorie implicite si formano già negli ultimi mesi di vita intrauterina e persistono sotto forma di sensazioni corporee, stati emotivi, percezioni, modelli mentali, schemi e generalizzazioni dell'esperienza; tali assunti trovano conferma in studi che identificano specifici correlati neuroanatomici coinvolti nei processi relazionali e sottolineano il ruolo dello sviluppo dell'emisfero destro e le sue implicazioni nei processi di regolazione affettiva.

La teorizzazione di Siegel attribuisce inoltre un ruolo significativo all'intenzionalità e al pensiero conscio, che consentono di portare alla consapevolezza le dimensioni implicite della vita mentale, favorendo la comprensione dei meccanismi sottesi a pattern comportamentali persistenti. Concetti quali l'integrazione orizzontale e verticale tra diverse aree cerebrali si collocano in un quadro teorico prevalentemente “top-down”, parzialmente sovrapponibile al costrutto di mentalizzazione presente nella maggior parte dei modelli psicodinamici.

Pare utile, tuttavia, integrare tale prospettiva con modelli “bottom-up”, come quelli proposti da Schore e Bucci (Mucci, 2017, 2018; Schore 1994, 2001a, 2001b, 2003a, 2003b, 2009, 2019), che considerano lo sviluppo cerebrale come un processo emergente dalle strutture filogeneticamente più antiche — tronco encefalico e sistema limbico — e sottolineano come traumi relazionali precoci

possano compromettere lo sviluppo delle funzioni integrate superiori. In quest'ottica, il processo terapeutico viene compreso come un incontro tra stati emotivi disregolati del paziente e quelli psico-biologicamente regolati del terapeuta, configurandosi come un'esperienza correttiva e co-regolativa alla base del cambiamento clinico.

Tale prospettiva comporta, quindi, la necessità di considerare il transfert, il contro-transfert e i re-enactment come elementi intrinseci e strumenti fondamentali della pratica clinica.

In conclusione, risulta particolarmente rilevante la domanda posta da Siegel nel volume realizzato con il PDP Group, *Personality and Wholeness in Therapy: Integrating 9 Patterns of Developmental Pathways in Clinical Practice* (W. W. Norton, 2024; ed. it. Raffaello Cortina Editore, 2025): “È possibile identificare i disturbi di personalità (quelli diagnosticati ad esempio come borderline o narcisistico) come stati estremi di pattern di vie di sviluppo?” (Siegel, PDP Group, 2024). L'integrazione con una chiave di lettura che renda possibile per la clinica tradizionale l'iscrizione nella palette proposta di profili di personalità gravemente disfunzionali o limitanti, caratterizzati da meccanismi difensivi primitivi e/o traumatismo dell'attaccamento, risulta, dunque, essenziale.

L'elaborazione di studi di validità, ricerche longitudinali e meta-analisi a supporto del modello PDP potrebbe, infine, fornire una base empirica solida per la sua applicazione clinica; il consolidamento del paradigma, attraverso ulteriori evidenze scientifiche, rafforzerebbe la sua robustezza teorica e ne amplierebbe i criteri di applicabilità nella pratica terapeutica.

## **Bibliografia**

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

- Fonagy P. (2001), *Psicoanalisi e teoria dell' attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano, 2002
- Gallese V. A. (2003) *The manifold nature of interpersonal relations: the quest of a common mechanism*. Phil. Trans. R. Soc. Lond. B. 358: 517-528.
- Gallese V. A. (2007) *Before and below "theory of mind": embodied simulation and the neural correlates of social cognition*. Phil. Trans. R. Soc. B., 362: 659-669.
- Lago G. (2006) *La psicoterapia psicodinamica Integrata. Le basi e il metodo*, Alpes, Italia
- Lago G. (2016) *Compendio di psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi*. Franco Angeli Editore, Milano 2016
- Mucci C. (2017) "Implicit memory, unrepressed unconscious, and trauma theory. The turn of the screw between contemporary psychoanalysis and neuroscience." In Capraro G., Mucci C. (a cura di), *Unrepressed Unconscious, Implicit Memory, and Clinical Work*. Karnac Books, London
- Mucci C. (2018) *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2020
- Schore A. N. (1994) *Affect Regulation and the Origin Of the Self. The Neurobiology Of Emotional Development*. Erlbaum, Mahwah (NI).
- Schore A. N. (2001a) "The effects of secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health". In *Infant Mental Health Journal*, 22
- Schore A. N. (2001b) "The effect of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health". In *Infant Mental Health Journal*, 22, 1-2
- Schore A.N. (2003a) *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Tr. it. Astrolabio, Roma, 2008.
- Schore A.N. (2003b) *I disturbi del Sé. La disregolazione degli affetti*. Tr. it. Astrolabio, Roma, 2008
- Schore A. N. (2009) "Attachment trauma and the developing right brain. Origin of pathological dissociation". In Nell D. F., O'Neil J. A. (a cura di) *Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-V and Beyond*. Routledge, New York (NY)
- Schore A. N. (2019) *Psicoterapia con l' emisfero destro*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2022

Siegel, D. J., & PDP Group. (2024). *Personality and Wholeness in Therapy: Integrating 9 Patterns of Developmental Pathways in Clinical Practice*, W. W. Norton & Company tr. it *Personalità e benessere: Una terapia per scoprire se stessi attraverso 9 modelli di percorsi evolutivi*. Raffaello Cortina Editore (2025)

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

ISSN 2611-0245

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

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

Per informazioni e collaborazioni rivolgersi a [redazionementecura@gmail.com](mailto:redazionementecura@gmail.com)