Mente e Cura

IRPPI

IRPPI
ISTITUTO ROMANO PSICOTERAPIA
PSICODINAMICA INTEGRATA

Mente e Cura
Psicoterapie e Neuroscienze

Direzione Scientifica
Valentina Battisti e Riccardo Caporale

Edizione numero 17, anno 2026

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

Relazione di transfert, relazione terapeutica e processi di cambiamento in psicoterapia psicodinamica integrata

Caporale R., Battisti V. p.3

I fenomeni di resistenza come momenti di rottura: pattern clinici e strategie di intervento in Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Caporale R., Battisti V. p.22

Progettazione e creazione di un gruppo terapeutico. Criteri, norme e indicazioni secondo l'approccio di Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Battisti S., Scarpulla C. p.40

Psicoterapia e psicofarmaci. una proposta metodologica

Martellotti S. p.57

La brochure informativa sulla terapia integrata (appendice)

Martellotti S. p.132

Il caso di Carlo, dall'ipercontrollo ai processi di regolazione affettiva e mentalizzazione

Di Somma G. p.139

RUBRICHE

Cinema

Dimenticare un figlio: la frattura del quotidiano in *Father* (2025).

Leone A. p.175

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

Relazione di transfert, relazione terapeutica e processi di cambiamento in psicoterapia psicodinamica integrata

Transference relationship, therapeutic relationship and change processes in psychodynamic psychotherapy

Caporale R., Battisti V.

IRPPI - Istituto Romano Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Riassunto

Il cambiamento in psicoterapia psicodinamica va sempre più ricercato non solo nella relazione di transfert ma anche all'interno della relazione reale con il terapeuta, costituita da comunicazioni affettive inconsce che viaggiano ad un livello subsimbolico, e nel continuo intreccio tra le due. Nel registro implicito della relazione terapeutica dobbiamo individuare e trovare gli elementi riparativi che possano sanare quelle rotture intersoggettive manifestate dal paziente e derivate dai suoi traumi precoci dello sviluppo. Riparare nel mondo inconscio dell'implicito vuol dire far fronte ad una doppia forma di dissociazione e disregolazione post-traumatica: una dissociazione strutturale di processo ed una dissociazione strutturale fenomenologico-esistenziale. La Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI) rappresenta un metodo avanzato multifasico di intervento nato proprio per lavorare a questi livelli di profondità psichica e, dunque, con psicopatologie di personalità gravi in cui il corpo rappresenta l'unica memoria accessibile.

Parole chiave: relazione di transfert, relazione terapeutica, cambiamento in psicoterapia, dissociazione strutturale di processo, dissociazione strutturale fenomenologico-esistenziale, psicoterapia psicodinamica integrata.

Abstract

The shift in psychodynamic psychotherapy must increasingly be sought not only in the transference relationship but within the real relationship with the therapist, consisting of unconscious affective communications that travel at a subsymbolic level, and in the continuous intertwining of the two. In the implicit register of the therapeutic relationship we must identify and find the restorative elements that can heal those intersubjective ruptures manifested by the patient and resulting from his early developmental trauma. Repairing the implicit in the unconscious world means coping with a dual form of post-traumatic dissociation and dysregulation: a structural process dissociation and a phenomenological-existential structural dissociation. Integrated Psychodynamic Psychotherapy (PPI) represents an advanced multiphasic intervention method created precisely to work at this level of psychological depth and, therefore, with psychopathologies of severe personalities in which the body represents the only accessible memory.

Keywords: transference relationship, therapeutic relationship, change in psychotherapy, structural process dissociation, phenomenological-existential structural dissociation, integrated psychodynamic psychotherapy.

1. Il cambiamento in psicoterapia psicodinamica integrata: da rendere conscio l'inconscio a fare esperienza reale di riparazione affettiva

Fin dai suoi albori, la psicoanalisi ha fatto coincidere il cambiamento analitico con lo sviluppo e la maturazione di adeguate capacità di rappresentazione simbolica e pensiero verbale. L'uso dell'interpretazione è stato lo strumento elettivo per generare insight e rendere conscio l'inconscio (Freud, 1914; 1912).

Con la scoperta dell'esistenza di funzionamenti più primitivi della mente e diagnosi sempre maggiormente orientate a psicopatologie della personalità derivate da traumi relazionali precoci, la psicoterapia psicodinamica ha cercato di spostare il suo focus clinico sull'analisi di un registro subsimbolico, con l'obiettivo di dare significato e parola a quelle memorie sensoriali e procedurali radicate nel corpo (Schore, 2019; Mucci, 2018; Craparo, 2023).

Malgrado da oltre quattro decenni si è avviata questa profonda rivoluzione sul modo di intendere il cambiamento psichico, fino ad oggi però la psicoterapia psicodinamica non ha promosso modalità di

intervento nuove e strutturate che partano da ciò che non è ancora stato pensato, accumulando un ritardo metodologico significativo.

Espresso in un linguaggio tecnico, la psicoanalisi o psicoterapia orientata psicoanaliticamente/psicodinamicamente, nata come trattamento talking cure di tipo top-down, e centrata su un'elaborazione simbolico verbale, non è riuscita ancora ad integrare, in maniera valida e sistematica, nella propria prassi modalità bottom-up utili ad intercettare livelli di organizzazione mentale più primitivi.

Questo sta rappresentando, nel vasto panorama delle psicoterapie, un rischio di marginalizzazione per gli approcci psicodinamici che rimarrebbero interventi mirati alle nevrosi, dunque, all'analisi del mondo simbolico, e non a quadri psicopatologici basati sulla dissociazione strutturale e la disregolazione.

La dissociazione strutturale, a cui assistiamo nella psicotraumatologia odierna, infatti, nasce proprio dagli effetti dei traumi relazionali precoci e si sostanzia in fenomeni di disorganizzazione neuro-dinamica dei codici emozionali primitivi che noi chiameremo anche dissociazione strutturale di processo.

In particolare, la dissociazione strutturale di processo è:

a) Una disorganizzazione del codice subsimbolico al suo interno (chiamato anche livello di elaborazione protomentale)

b) Una non integrazione tra codice subsimbolico e codice simbolico non verbale.

Riteniamo, inoltre, che la dissociazione strutturale sia la causa anche di un'altra forma di disorganizzazione più di tipo fenomenologico-esistenziale che consisterebbe in un disallineamento del tempo interno e, dunque, della corretta percezione dei piani temporali, dimensioni importanti alla base del senso di continuità e coesione del Sé.

Quest'altro tipo di dissociazione da noi chiamata dissociazione strutturale fenomenologico-esistenziale sarebbe responsabile di una doppia frattura temporale interna: a) tra percezione del passato e percezione del presente con una riproposizione ed appiattimento post-traumatico della prima sulla seconda, b) e di conseguenza tra percezione del presente e percezione del futuro con difficoltà da parte del paziente sia a cogliere l'esperienza del qui ed ora che a costruire un valido senso di progettualità e direzionalità nella propria vita.

La difficoltà nel lavorare clinicamente a livello subsimbolico da parte della psicodinamica nasce dal non aver preso in considerazione per tempo come su questo piano il vero fattore di cambiamento in psicoterapia non sia l'accurata elaborazione della relazione di transfert ma l'esperienza di una relazione reale nuova e riparativa.

Fare terapia sui traumi muti ed incistati nelle profonde ragioni del corpo vuol dire saper riconoscere le strutture implicite delle relazioni affettive e a livello di metodo clinico esser consapevoli da parte del terapeuta di lavorare con le parti più profonde e autentiche di sé stessi. Questa ormai è stata riconosciuta non solo una valida ragione del ritardo accumulato dalla psicoterapia psicodinamica su questo argomento ma ha anche rappresentato una sottile forma di resistenza.

Il nostro metodo di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI) nasce proprio con l'obiettivo di approfondire in modo più clinico-scientifico possibile il mondo dell'elaborazione subsimbolica e, quindi, le regole delle strutture implicite delle relazioni interpersonali con i suoi principi organizzatori alla base del funzionamento di personalità normale e patologico.

Questo sta permettendo alla PPI di riscrivere il modo di fare psicoterapia psicodinamica in termini di procedure, strategie e tecniche d'intervento per arrivare ad una nuova modalità più standardizzata di processo a fasi (e.g. Caporale e Battisti, 2023a).

Nei prossimi paragrafi, partendo dalla comprensione delle memorie delle relazioni affettive, descriveremo come il processo di cambiamento in psicoterapia nella PPI sia dato dal continuo intrecciarsi tra relazione di transfert e relazione terapeutica prima ad un livello implicito (fase 1) e dopo ad un livello esplicito (fase 2).

Approfondiremo, inoltre, gli effetti psicopatologici dei traumi relazionali precoci sul funzionamento di personalità sia sul versante dissociativo di processo che dissociativo fenomenologico e descriveremo come il metodo PPI intervenga innanzitutto ad un livello implicito nel riparare tali deficit evolutivi in un'ottica integrativa.

2. Relazione di transfert e relazione terapeutica: meccanismo di rottura e riparazione e cambiamento nella struttura implicita degli schemi relazionali

Il transfert può essere considerato una relazione distorsiva su un piano temporale, ove il passato si ripropone in maniera rigida sul presente non lasciando troppo spazio al cambiamento.

In un'accezione più tecnica e rivista in chiave contemporanea, il transfert consiste in una riattualizzazione e spostamento sul terapeuta di quelli che sono contenuti psichici quali sentimenti, credenze, aspettative, desideri (ricordi o memorie esplicite) ma anche schemi relazionali precoci di essere con o modelli operativi interni (memorie implicite).

Per tale motivo, possiamo osservare sia transfert più evoluti che viaggiano su una modalità maggiormente simbolica che transfert più primitivi che sono attivi ad un livello subsimbolico.

In clinica, le tipologie di transfert osservabili derivano dal livello di funzionamento della personalità corrispondente. Nella storia della psicanalisi, il transfert viene scoperto e concettualizzato da Freud come meccanismo nevrotico grazie al famoso caso di Anna O. trattato in Studi sull'isteria (1895). Nel caso di strutture personologiche su base traumatica e dissociativa, oramai molte correnti psicodinamiche non parlano più di transfert ma di enactment (Craparo, 2017).

Il termine transfert solitamente si riferisce alla riattualizzazione e spostamento di una dinamica affettivo-interpersonale costituita da fantasie e rappresentazioni di natura simbolica. L'enactment, invece, può essere inquadrato come una forma di traslazione di natura somatica, e dunque subsimbolica, derivata da memorie traumatiche precoci.

Da ora in poi, in questo articolo utilizzeremo sempre il termine transfert nella sua accezione ampia, a volte sottintendendo la sua forma più evoluta a volte quella più primitiva.

A prescindere dalle differenziazioni, il transfert, in quanto fenomeno di ripetizione automatica, può assumere una doppia valenza, da una parte meccanismo che favorisce il cambiamento, dall'altra, qualora non intercettato ed interpretato, forma principale di resistenza (Caporale e Battisti, 2026).

Nel passato, se l'emergere del transfert ha da sempre rappresentato l'inizio auspicabile di un processo terapeutico di stampo psicanalitico/psicodinamico, l'interpretazione di transfert é stata riconosciuta come il fulcro centrale imprescindibile per qualsiasi risultato di cura (Freud, 1914; 1912).

Il transfert si palesa fin dall'inizio in maniera spontanea (automatica) nel processo terapeutico come in tutte le altre relazioni di vita significative. Dunque, anche in quella che noi chiamiamo prima fase o fase dell'esperienza emozionale riparativa della psicoterapia psicodinamica integrata (PPI), il terapeuta osserva da subito l'emergere di tale dinamica (Caporale e Battisti, 2023a).

Nel mentre il transfert si palesa in modo più o meno simbolico, allo stesso tempo, il paziente fa esperienza di un altro tipo di relazione, chiamata alleanza terapeutica (Zetzel, 1956) o di lavoro (Greenson, 1967). Quest'ultima ha le caratteristiche di una relazione reale che si nutre di empatia, fiducia, speranza, autenticità, disponibilità ed onestà psicologica, oltre che di un obiettivo, riconoscibile e condiviso, quello clinico della cura e del benessere psicologico del paziente.

Relazione di transfert e relazione terapeutica non devono essere considerati mai fenomeni contrapposti ma complementari. La continua intercorrelazione che si va dipanando tra relazione di transfert e relazione reale rappresenta, infatti, l'essenza stessa del processo terapeutico ed il vero motore del cambiamento in psicoterapia.

Il lavoro clinico-dinamico si dovrebbe basare sul far "fare esperienza" al paziente delle due realtà relazionali in modalità alternata e continuativa. In gergo tecnico PPI, potremmo tradurre tutto questo nell'abilità del terapeuta di muovere il processo clinico da fase 1 a fase 2 e viceversa, più e più volte lungo il corso della terapia, in base ai bisogni peculiari del paziente e alle sue esigenze di vita (Caporale e Battisti, 2023a). La PPI può essere concettualizzata quindi come un processo circolare in cui relazione di transfert e relazione terapeutica si alternano in modalità figura/sfondo.

Perché il continuo passaggio da relazione di transfert a relazione terapeutica e viceversa rappresenta il cuore della psicoterapia psicodinamica e si configura come fattore importante di cambiamento psichico? La risposta sta nella struttura implicita delle relazioni interpersonali, alla base della costituzione dei legami affettivi, e nel principio organizzatore universale implicito chiamato Match–Mismatch–Repair (Tronick, 1998; Beebe et al., 2002).

Per la PPI, il principio di rottura e riparazione, fondamenta delle prime interazioni significative madre-bambino con attaccamento sicuro, rappresenta un meccanismo che rimane centrale in tutte le relazioni in età adulta e, quindi, caratterizzante anche la relazione terapeutica. La riparazione è ciò che determina il risultato finale in termini di cambiamento migliorativo.

La relazione di transfert è una relazione che può riproporre, a livello sensoriale e procedurale, un momento di rottura del passato (quindi un mismatch iniziale), vissuto in maniera traumatica e responsabile di sintomatologie e schemi relazionali maladattivi riproposti nel presente. Per osservare e favorire l'emergere del transfert, sarà importante che il terapeuta utilizzi il classico atteggiamento di neutralità ed astinenza derivato dalla psicoanalisi freudiana.

Allo stesso tempo, la relazione terapeutica è invece una relazione reale del qui ed ora, è un nuovo esserci nel presente, è un'esperienza potenzialmente riparatrice (repair) di ciò che non ha funzionato nello sviluppo e che viene riproposta proprio con il fenomeno della traslazione. Il transfert si palesa, infatti, nella speranza che il terapeuta non colluda con esso e venga a costituirsi come un nuovo modello di affettività, moralità e comportamento, diverso dal passato. Affinché la relazione terapeutica diventi riparatrice del transfert di rottura, il paziente dovrà fare esperienza di un atteggiamento terapeutico affettivamente diverso da quello precedente, fatto di apertura e spontaneità, attenzione e cura, sicurezza e protezione, empatia e sintonizzazione affettiva.

In un'altra terminologia, l'emergere del transfert aprirebbe alla nascita di una nuova relazione reale più sicura in termini di attaccamento, ed allo stesso tempo, la costante costruzione di una relazione reale più sicura, sempre nell'accezione dell'attaccamento, favorirebbe la risoluzione del transfert attraverso la sua elaborazione.

Tradotto in termini di processo PPI, prima in fase 1 si "fa esperienza" sensoriale e procedurale dello schema relazionale disfunzionale attraverso l'emergere del transfert assieme alla percezione di un altro tipo di relazione, quella terapeutica; poi con la fase 2 lo stesso schema passato viene rielaborato ad un livello più simbolico e, dunque, maggiormente differenziato da quello attuale.

Questo meccanismo di confrontazione e differenziazione, prima in fase 1 più implicito e poi in fase 2 più esplicito, permette di codificare (interiorizzare) un nuovo schema, quello terapeutico di cui si sta facendo esperienza fin dall'inizio della psicoterapia.

Così il lavoro implicito ed esplicito di confronto e differenziazione sia emotivo che cognitivo tra le due tipologie di relazioni, l'una di rottura e l'altra di riparazione, attraverso l'alternanza delle due fasi, si verrebbe a creare un cambiamento strutturale soprattutto negli schemi di essere con (Stern, 1987) o anche chiamati modelli operativi interni (Bowlby, 1988), o conoscenza relazionale implicita (Lyons-Ruth e Jacobvitz, 1999), generando nuovi imprinting prima di memorie sensoriali e procedurali poi di ricordi in psicoterapia.

Riassumendo, la riparazione della struttura implicita delle relazioni affettive avverrebbe prima e soprattutto attraverso meccanismi embodied, ossia comunicazioni inconsce di natura implicita da parte del terapeuta, costituite da schemi esterocettivi, propriocettivi, emozionali e motori (elaborazione implicita di fase 1), e solo dopo, ed in quota parte minoritaria, veicolati da processi di

ordine simbolico verbale come gli interventi interpretativi in psicoterapia (elaborazione esplicita di fase 2).

3. Dissociazione strutturale di processo e riorganizzazione dell'implicito delle memorie affettivo-relazionali

Dal punto di vista neuro-dinamico dei differenti codici di elaborazione ed immagazzinamento delle memorie affettivo-relazionali (Bucci, 1997; 2001; 2002; 2005; 2013), il continuo confronto tra relazione di transfert e relazione reale si ripropone attraverso la costante dialettica tra registro implicito e registro esplicito, ossia tra modalità subsimboliche e simboliche, rispettivamente nelle fasi 1 e 2 del processo PPI.

La relazione di transfert, come già affermato, essendo la riproposizione di un momento di rottura nello sviluppo, può riattualizzare facilmente scene modello traumatiche immagazzinate a livello della memoria implicita di natura protomentale e separate da un immagazzinamento più fisiologico da parte della memoria autobiografica. In particolare, questo determinerebbe a nostro avviso una dissociazione strutturale di processo che porterebbe con sé sia una disorganizzazione interna del codice subsimbolico che la conseguente non integrazione tra codice subsimbolico e codice simbolico non verbale.

Di contro, la relazione terapeutica reale essendo un momento potenziale di riparazione, rappresenta una relazione nuova, costituita da schemi o modelli operativi interni in cui i codici subsimbolico, simbolico non verbale e simbolico verbale si mostrerebbero maggiormente integrati. Infatti, uno schema di relazione affettivamente sicuro, come quello terapeutico, porterebbe con sé un più equilibrato rapporto tra quota protomentale di base e rappresentazioni sia di tipo simbolico non verbali (mentalizzazione implicita) che di tipo simbolico verbali (mentalizzazione esplicita).

Quindi, sullo sfondo dell'emergere di una dinamica transferale che ripropone rigidamente uno schema disfunzionale del passato, muoverebbe una nuova relazione reale di valenza affettiva opposta a quella precedente con funzioni di riparazione attraverso modalità di costruzione implicite (processi di riorganizzazione del protomentale e mentalizzazione implicita); e, dall'esperienza di una nuova relazione affettivamente sicura e riparatrice, si attiverebbe un'elaborazione più simbolico-

rappresentativa del transfert attraverso un processo di maggiore riflessività ed accettazione (processi di mentalizzazione esplicita).

Dunque, tale differenza sostanziale tra relazione di transfert e relazione reale permette da una prospettiva neuro-dinamica di comprendere meglio e più a fondo un altro livello del cambiamento psichico rappresentato dalla relazione terapeutica che si configura come fattore di riparazione ad una dissociazione strutturale di processo.

Quindi, la riparazione in psicoterapia psicodinamica a livello di elaborazione delle memorie affettivo-relazionali consisterebbe in a) una riorganizzazione del codice emozionale subsimbolico del paziente attraverso la ri-sintonizzazione con il codice subsimbolico organizzato del terapeuta b) e nella trasformazione del codice subsimbolico del paziente prima in codice simbolico non verbale mediata dalla funzione di pensiero o di mentalizzazione implicita del terapeuta, e poi in codice simbolico verbale grazie alle capacità di mentalizzazione esplicita e di pensiero verbale espresse dallo stesso clinico.

L'incontro tra le impronte primitive di natura sensoriale e procedurale, derivate dalla storia traumatica del paziente, e le rappresentazioni simboliche fornite dalle chiavi di lettura del terapeuta permetterà un maggior livello di integrazione tra registro implicito ed esplicito e, dunque, di intervenire a riparare livelli di psicopatologia gravi di personalità basati sulla clinica del vuoto e della mancanza di significazione.

4. Dissociazione strutturale fenomenologico-esistenziale e riallineamento dei piani temporali

Da una prospettiva più fenomenologica, possiamo reinterpretare i processi di cambiamento alla base della psicoterapia psicodinamica e, della PPI nello specifico, appena descritti, anche come un costante lavoro clinico di riallineamento dei piani temporali interni che sono stati desincronizzati dai traumi precoci dello sviluppo.

Il riallineamento, nella concettualizzazione PPI, consiste in una operazione di differenziazione e di integrazione delle due principali forme di dissociazione temporali compromesse da traumi subsimbolici: a) quella tra percezione del tempo passato e percezione del tempo presente b) e quella tra percezione del tempo presente e percezione del tempo futuro.

Il passato costituisce innanzitutto la storia implicita radicata nel corpo e alla base dei primissimi processi identitari, il presente è la dimensione fenomenologica dell'esserci nel mondo con la percezione di coerenza e coesione del sé, il futuro rappresenta la potenzialità realizzativa e la progettualità volte al fine ultimo dell'espansione dello stato di coscienza, ossia al mantenimento della continuità della propria individualità nel tempo.

I traumi precoci dello sviluppo creano dissociazione strutturale e disregolazione a vari livelli. Dal punto di vista fenomenologico, la prima forma di desincronizzazione (disallineamento) è appunto nel rapporto tra percezione del piano temporale passato e percezione del piano temporale presente.

Nel vissuto post-traumatico, il passato continua incessantemente e rigidamente a riproporsi nel presente con i propri schemi, relegando il presente stesso ad una ripetizione automatica senza gradi di libertà. Dunque, in questa condizione patologica, la linea del passato si appiattisce su quella presente venendo quasi a coincidere.

La costruzione di un rapporto più funzionale tra passato e presente passa anche qui attraverso l'alternarsi terapeutico tra prima fase (fase dell'esperienza emozionale riparativa) e seconda fase della PPI (fase della mentalizzazione). Il cambiamento avviene nel momento in cui il passato viene ricollocato nel passato, attraverso una differente esperienza affettivo-relazionale nel qui ed ora (procedurale ed implicita) e di significazione simbolica (dichiarativa ed esplicita), permettendo al presente di aprirsi ad uno spazio o delta potenziale in cui accogliere qualcosa di nuovo.

Solo dal corretto ricollocamento del passato nel passato (fase 1) e da un presente liberato e disponibile per essere riscritto (fase 2), si potrà passare a riparare la seconda frattura fenomenologico-temporale ossia quella tra senso temporale presente e senso temporale futuro. Il lavoro svolto, teso ad aumentare sempre più nel paziente quei gradi di libertà nel presente con una riconquistata percezione dell'esserci nel mondo, sarà il nuovo punto di partenza per poi, solo successivamente, focalizzare l'attenzione terapeutica sul potenziamento delle sue capacità realizzative in termini di produttività.

In linea con quest'ultimo obiettivo, nella PPI consideriamo fondamentale l'introduzione di una terza fase terapeutica il cui focus si concentrerebbe proprio sulla costruzione di una nuova prospettiva futura attraverso lo sviluppo di adeguate capacità progettuali sostenibili ed un ritrovato senso di direzionalità.

Questa terza fase più psico-educativa e cognitivo-comportamentale, che chiamiamo "fase dell'espansione dello stato di coscienza" (Caporale e Battisti, 2023a), rappresenta un'integrazione innovativa della psicoterapia psicodinamica tesa a sottolineare l'importanza nel fine ultimo delle terapie non solo della consapevolezza ma anche dell'acquisizione di una maggiore capacità intenzionale e d'azione finalizzata.

La consapevolezza freudiana con l'accettazione passiva dei nostri limiti umani ci ha insegnato a vivere una vita nella nevrosi ansiosa e depressiva senza coltivare una qualche forma di via d'uscita. L'affannosa e continua ricerca di ideali narcisistici è stata l'unica risposta che la società post-moderna del nuovo millennio ha dato alla depressione del secolo scorso.

La nevrosi da una parte ed il narcisismo dall'altra non possono però rappresentare soluzioni della psicoterapia in grado di guidare l'uomo verso una propria sanità di base ed un ritrovato benessere psicologico perchè entrambe non contemplano al proprio interno una dimensione relazionale ed intersoggettiva.

La terza via è infatti rappresentata proprio dalla relazione e dalla sua capacità di generare struttura psichica in termini di motivazioni umane e modi di essere nel mondo (Caporale e Battisti, 2025).

Rispetto a questo ultimo punto, il vero mind set che può permettere all'individuo di raggiungere una percezione soggettiva di vera pienezza del sé e, dunque, di reale e duraturo benessere sono proprio le ritrovate capacità psicologiche, favorite dalla psicoterapia, di generare continuamente intenzioni ed azioni rappresentative ispirate e coerenti rispetto alla propria storia, vive e percepite nello scorrere del momento presente, durature nel tempo e nella vita degli altri dopo di noi.

In altre parole, per essere soddisfatti e risolti nella propria vita bisognerebbe aver prodotto opere rispettose della propria storia, che rispecchino la nostra personalità e che lascino una traccia visibile nella società.

5. **Lavorare con l'implicito in psicoterapia psicodinamica integrata**

Riassumendo, riparare l'inconscio implicito del paziente vuol dire:

a) a livello neuro-dinamico di processo, riorganizzare o ri-regolare la quota protomentale dell'esperienza emotivo-relazionale del paziente e, allo stesso tempo, lavorare sullo sviluppo e sull'integrazione di registri più simbolici o mentalizzati di funzionamento mentale (codice simbolico non verbale e simbolico verbale);

b) a livello fenomenologico-esistenziale, riallineare i piani temporali attraverso il fare esperienza di momenti presente nel qui ed ora terapeutico che permetteranno anche una maggiore ri-contestualizzazione (differenziazione emotiva e cognitiva) del passato e la costruzione di un senso di direzionalità che comprenda lo sviluppo di motivazioni più mature legate all'accudimento ed al senso di appartenenza.

Entrambi gli obiettivi riparativi si possono soddisfare attraverso la maturazione da parte del terapeuta di nuove competenze relazionali ed intersoggettive differenti da quelle tradizionali di neutralità, astinenza ed analitico-interpretative.

Fino ad oggi, in un ambito così tecnico come quello della psicoterapia psicodinamica, si continuano ad utilizzare genericamente i concetti di empatia psicoanalitica, ascolto rispettoso, autenticità o sincera disponibilità senza comprenderne fino in fondo i meccanismi alla base, e divenendo così fattori vaghi ed aspecifici di cambiamento.

Anche se ormai parte del mondo dinamico concordi come tali qualità umane siano realmente trasformative, la stessa comunità professionale non mostra essere in possesso di una cornice teorico-clinica forte sulla quale poggiare il razionale di tali concetti. Questo non porterà mai la stessa psicoterapia psicodinamica a creare procedure e prassi, in parte anche standardizzate, per soddisfare un adeguato livello di scientificità come altri approcci.

La PPI, invece, si è data proprio l'ambizioso obiettivo di sistematizzare questo ambito di competenze emotivo-relazionali per creare una strutturata metodologia di lavoro che viaggi ad un livello implicito di skillature, guidata dal principio guida organizzatore della rottura e riparazione, alla base del cambiamento in psicoterapia, e per far questo ha implementato un'intera prima fase del suo intervento chiamata "fase dell'esperienza emozionale riparativa".

La fase 1 della PPI, infatti, rappresenta una fase di elaborazione implicita ossia di comunicazioni soprattutto sub-simboliche tra terapeuta e paziente in cui i meccanismi embodied da parte del terapeuta, costituiti da schemi somatosensoriali, emozionali e motori, diventano fattori di riparazione rispetto ai meccanismi sempre embodied ma disorganizzati (disembodied) del paziente.

Questo vuol dire, innanzitutto, che il livello subsimbolico o cosiddetto protomentale del terapeuta deve essere ben organizzato, quindi ben regolato, dimostrando, dunque, una sana struttura implicita

del sé e degli schemi relazionali, priva di traumi precoci dello sviluppo attivi e caratterizzati da massicci meccanismi dissociativi.

Per avere queste garanzie, la PPI ritiene indispensabile il lavoro clinico personale e che i suoi terapeuti in formazione, come quelli già formati sostengano, dunque, dei validi percorsi di analisi personale di tipo esplorativo e di supervisione individuale, portati avanti da didatti esperti nel metodo, mirati a lavorare sulle loro possibili aree protomentali disorganizzate da traumi relazionali precoci. Insomma, quello che si diceva degli psicoanalisti che a moderati gradi di conflittualità non risolta avrebbero comunque potuto svolgere terapie analitiche con pazienti nevrotici, questo non lo si ritiene possibile qualora il terapeuta stesso dovesse mostrare aree protomentali disorganizzate ed abbia a che fare con pazienti affetti da dissociazione strutturale.

Per tale motivo, i training clinici che i futuri terapeuti seguono per acquisire il metodo PPI presso la nostra scuola consistono nell'apprendimento di una solida formazione analitica al monitoraggio interno di tipo somato-sensoriale, interocettivo ed emozionale; un attento lavoro sull'analisi del proprio controtransfert somatico che si unisce all'approfondimento del linguaggio corporeo sia del paziente che dello stesso terapeuta, soprattutto per quanto riguarda segni e sintomi espressione del sistema nervoso autonomo e della sua capacità regolativa.

I canali subsimbolici su cui si dovrebbe poggiare l'attenzione terapeutica sono: l'espressione del volto, il tono ed i cambi vocali, la postura, la gestualità, i movimenti e gli impulsi a muoversi, la respirazione, i livelli di attivazione fisiologica oltre che le sensazioni corporee quali tensione, peso, calore, battito cardiaco, pressione, qualsiasi malessere fisico o dolore che compare o scompare all'improvviso.

Vi sono marcatori somatici più stabili e strutturali che indicano la fisiologia della memoria procedurale, quindi la conoscenza relazionale implicita alla base dello stile interpersonale di ogni individuo, e marcatori più contingenti e funzionali che informano circa l'esistenza di un particolare schema traumatico del paziente riproposto nel qui ed ora attraverso un momento di rottura della relazione.

È importante saper rilevare entrambe le fattispecie di informazioni anche se l'obiettivo terapeutico, molto spesso ricavato dall'approfondimento dell'analisi della domanda, ci porta a considerare le sole

memorie traumatiche come i veri target dell'intervento. Sicuramente analizzare lo stile procedurale degli schemi emotivo-relazionali è comunque una base sulla quale poggiarsi.

Un buon metodo per distinguere indicatori che mettano in luce i più generali modelli operativi interni da indicatori che informano riguardo specifici punti di rottura della struttura implicita o cosiddette memorie traumatiche è quello di distinguere il livello osservativo da quello controtransferale delle informazioni a disposizione.

Solitamente, tutto ciò che il terapeuta coglie con l'osservazione in termini di non verbale va a rilevare quella conoscenza relazionale implicita specifica di quel paziente. Ciò che, invece, il terapeuta coglie con il suo controtransfert anche somatico va ad individuare uno specifico punto d'urgenza traumatico su cui dover subito intervenire.

Insomma, potrebbe non essere troppo difficile distinguere, in materia di relazioni interpersonali, la struttura ritmica da note chiaramente stonate.

6. Tecniche di lavoro sull'implicito di fase 1

Riguardo al lavoro di riparazione dell'implicito del paziente in termini di riorganizzazione del codice subsimbolico e di integrazione dello stesso con il codice simbolico non verbale, la PPI da un punto di vista tecnico propone tre tipologie di interventi progressivi ed integrabili tra loro: la ri-regolazione psiconeurobiologica, la ri-sintonizzazione affettiva ed il rispecchiamento primario.

La ri-regolazione psiconeurobiologica è un intervento psicorporeo, quindi di tipo bottom-up, avente la finalità di far rientrare la quota protomentale di base del paziente, disregolata in upregulation o downregulation, in una finestra di tolleranza emotiva. Il disequilibrio del sistema nervoso autonomo (SNA) nasce molto spesso proprio dall'immagazzinamento di memorie traumatiche ad alto potenziale dissociativo. Ritornare in uno stato psicobiologico di giusta attivazione del SNA permette al paziente di far sperimentare quella percezione di sicurezza all'interno di una relazione, base per il riavvio di un sano processo di sviluppo e di integrazione psichica (Porges, 2007). A questo primo livello d'intervento, le tecniche che la PPI fa proprie sono derivate dalle terapie somatiche e vengono impiegate proprio per ripristinare una più funzionale regolazione del SNA. Esse consistono nell'osservazione e nella modifica di quelle sensazioni corporee ed emozioni legate alle memorie traumatiche e sono mutuate da approcci quali il Biofeedback (Schwartz e Andrasik, 2016), la

Somatic Experiencing (Levine, 1997), la Terapia Sensomotoria (Ogden e Fisher, 2015), il Training Autogeno (Schultz e Luthe, 1965) e la Mindfulness (Kabat-Zinn, 1982).

La ri-sintonizzazione è l'intervento non verbale strutturale che, all'interno di una relazione sicura, permette la riscrizione di un codice subsimbolico nuovo ossia di una nuova memoria sensoriale e procedurale nel qui ed ora terapeutico. Sintonizzarsi vuol dire allinearsi in termini di ritmo, intensità e qualità sugli stati affettivi del paziente. È una condivisione/risonanza dell'esperienza emotiva che permette un primo senso di "essere sentiti dall'interno", quindi di riconoscimento primario. Le memorie traumatiche, infatti, producono un vuoto di struttura, un buco nell'impalcatura primaria implicita costituita da schemi o reti di rappresentazioni subsimboliche di sé e degli altri generando un'assenza di imprinting primario tra mente e corpo (disembodied). La ri-sintonizzazione avviene attraverso i canali del tono e del timing della voce, della prosodia, della postura e dei silenzi e rappresenta la prima forma di esistenza del sé. In altre parole, la risintonizzazione favorisce la nascita in terapia di quelli che sono i momenti presenti o ancora più specificatamente i cosiddetti momenti incontro che possono essere considerati unità strutturali per la nascita di un primo senso di sé (Stern, 2004; 2010).

La ri-regolazione psiconeurobiologica e la ri-sintonizzazione sono interventi di riorganizzazione del codice subsimbolico del paziente attraverso il codice subsimbolico organizzato del terapeuta.

Il rispecchiamento, invece, rappresenta l'azione del riconoscere e restituire già ad un livello più simbolico, quindi più integrativo, lo stato interno del paziente in relazione a sensazioni, emozioni e bisogni primitivi. È un primo intervento mentalizzante di consapevolezza emotiva per mezzo del quale il paziente può riconoscere meglio ciò che sente o prova. Quando ci riferiamo al rispecchiamento pensiamo sempre ad un tipo di intervento che agisca sul codice subsimbolico del paziente attraverso il codice simbolico verbale del terapeuta. Molto spesso però un rispecchiamento che utilizzi capacità di mentalizzazione esplicita da parte del terapeuta con pazienti portatori di traumi relazionali precoci e, dunque, di blocco delle capacità rappresentazionali risulta un salto quantico che non considera l'importanza di un precedente passaggio intermedio. Infatti, una delle dissociazioni da sanare in questi pazienti, come già argomentato nei paragrafi precedenti, è tra codice subsimbolico e codice simbolico non verbale. Per tale motivo, la PPI, al fine di un più efficace intervento di rispecchiamento, propone modalità di mentalizzazione del paziente che prendano in

considerazione strumenti quali la similitudine, la metafora e l'analogia, tutte figure retoriche con base il comune denominatore dell'immagine come prima forma di pensiero.

Tali interventi sui codici di elaborazione permettono, al contempo, di lavorare per riparare anche le dissociazioni temporali, da noi chiamate fenomenologico-esistenziali, e di recuperare un maggior allineamento del senso interno tra passato, presente e futuro. Questo è possibile grazie al fatto che la ri-regolazione psiconeurobiologica e la ri-sintonizzazione amplificano il lavoro sul momento presente mentre il rispecchiamento favorisce lo sviluppo di quella riflessività che ricontestualizza le memorie del trauma ed apre il paziente ad un ragionamento più prospettico sul futuro.

Bibliografia

Battisti, V., Caporale, R. (2025). Riflessioni sul transfert nella psicoterapia psicodinamica integrata. Mente e Cura – Psicoterapie e Neuroscienze, 15, pp. 22–42.

Beebe, B., Lachmann, F. M. (2002). Infant Research and Adult Treatment: Co-Constructing Interactions. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. Boston Change Process Study Group. (2010). Change in psychotherapy: A unifying paradigm. W. W. Norton & Company.

Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. London: Routledge.

Bucci, W. (1997). Psychoanalysis & Cognitive Science: A Multiple Code Theory. New York: Guilford Press.

Bucci, W. (2001). "Pathways of the Referential Process: The Case of the Italian Connection." Psychoanalytic Inquiry, 21(1), 40–56.

Bucci, W. (2002). "The Referential Process, Consciousness, and the Sense of Self." Psychoanalytic Inquiry, 22(5), 766–793.

Bucci, W. (2005). “The Interpersonal Theory of Therapeutic Action: A Cognitive-Affective Perspective.” Psychoanalytic Dialogues, 15(3), 329–348.

Bucci, W. (2013). “The Referential Process as a Common Factor Across Therapeutic Modalities.” Psychotherapy, 50(3), 275–285.

Caporale R., Battisti V. (2023), La psicoterapia psicodinamica integrata: basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità di intervento, Mente e Cura, n. 12, pp. 3-12.

Caporale, R., Battisti, V. (2025). Alterazioni delle dimensioni tempo, spazio e linguaggio, dissociazione iperadattiva e nuove psicopatologie del momento presente. Mente e Cura n. 15, pp. 3–21.

Caporale, R., Battisti, V. (2026). I fenomeni di resistenza come momenti di rottura: pattern clinici e strategie di intervento in Psicoterapia Psicodinamica Integrata. Mente e Cura – Psicoterapie e Neuroscienze, n. 17, pp. 3-21

Craparo, G. (2023). Inconscio non rimosso e memoria implicita. Dialogo tra psicoanalisi e neuroscienze. Milano: Giunti Psicologia.

Craparo, G. (2017). L’enactment nella relazione terapeutica. Caratteristiche e funzioni. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Freud, S. (1914). Ricordare, ripetere e rielaborare. In Tecnica della psicoanalisi. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1912). Dinamica della traslazione. In S. Freud, Opere, vol. 6. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S., e Breuer, J. (1895). Studi sull’isteria. In S. Freud, Opere (Vol. 1). Bollati Boringhieri.

Greenson, R. R. (1967). The Technique and Practice of Psychoanalysis. New York: International Universities Press.

Levine, P. A. (1997). Waking the Tiger: Healing Trauma. North Atlantic Books.

Lyons-Ruth, K., e 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.

Ogden, P., & Fisher, J. (2015). Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment. W. W. Norton.

Mucci C. (2018) Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità. Tr. it., Milano: Raffaello Cortina, 2020, p. 4.

Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. Biological Psychology, 74(2), 116–143.

Stern D.. (1987). Il mondo interpersonale del bambino, Torino, Bollati Boringhieri editore.

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

Stern D. (2010). Le forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo, Milano, 2011.

Schwartz, M. S., & Andrasik, F. (Eds.). (2016). Biofeedback: A Practitioner's Guide (4th ed.). Guilford Press.

Schultz, J. H., & Luthe, W. (1965). Autogenic Training. Grune & Stratton.

Tronick, E. Z. (1998), Dyadically Expanded States of Consciousness and the Process of Therapeutic Change.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. International Journal of Psycho-Analysis, 37, 369–376.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. General Hospital Psychiatry, 4(1), 33–47.

Articolo

I fenomeni di resistenza come momenti di rottura: pattern clinici e strategie di intervento in Psicoterapia Psicodinamica Integrata

Resistance Phenomena as Alliance Ruptures: Clinical Patterns and Intervention Strategies in Integrated Psychodynamic Psychotherapy

***Caporale R.*[1], *Battisti V.*[2]**

[1-2] *IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata*

Riassunto

Il presente articolo esamina l'evoluzione teorico clinica del concetto di resistenza a partire dalle prime intuizioni freudiane fino agli ultimi sviluppi relazionali ed intersoggettivi, con particolare attenzione alla riformulazione proposta dalla Psicoterapia Psicodinamica Integrata. La resistenza per il modello PPI si configura come un momento di rottura più o meno inconscia della relazione tra paziente e terapeuta che apre la possibilità a momenti d'incontro riparativi. Vengono descritte le diverse forme di resistenze e i principali interventi per la loro elaborazione.

Parole chiave: resistenza, psicoterapia psicodinamica integrata, transfert, meccanismi di difesa, momenti d'incontro riparativi.

Abstract

This article examines the clinical theoretical evolution of the concept of resistance from the early Freudian intuitions to the latest relational and intersubjective developments, with particular attention to the reformulation proposed by Integrated Psychodynamic Psychotherapy. For the PPI model, resistance is configured as a more or less unconscious moment of rupture in the relationship between patient and therapist that opens the possibility of restorative moments of encounter. The different forms of resistance and the main interventions for their development are described.

Keywords: resistance, integrated psychodynamic psychotherapy, transference, defense mechanisms, meeting moments of repairing.

1. **Introduzione**

La resistenza è stata storicamente definita come un qualsiasi processo nella psicoterapia in grado di ostacolare il cambiamento e l'elaborazione di contenuti emotivi significativi. Ad oggi, però la sua concezione è cambiata ed essa non rappresenta più un'impasse del trattamento, bensì un fenomeno intrinseco e funzionale al lavoro clinico, in quanto valido indicatore di una rottura della relazione paziente/terapeuta a cui dover far fronte e riparare. Comprendere e lavorare con le resistenze rappresenta, dunque, il nuovo motore del cambiamento e pertanto uno degli obiettivi centrali della clinica psicodinamica.

2. Origini psicoanalitiche del concetto di resistenza: prima topica, modello strutturale e sviluppi post-freudiani

Il concetto di resistenza venne introdotto da Sigmund Freud nel 1914 con il saggio *Ricordare, ripetere, rielaborare*. Era, dunque, evidente all'osservazione delle pazienti, allora definite isteriche, la presenza di fenomeni che sembravano ostacolare il lavoro associativo come dimenticanze, repentini cambi di argomento, ritardi, atteggiamenti e comportamenti ostili verso il terapeuta. Tutto ciò veniva interpretato dallo stesso padre della psicoanalisi come l'espressione di forze psichiche inconsce che avrebbero avuto la finalità di impedire l'accesso alla coscienza di contenuti rimossi.

Con il passaggio dalla prima alla seconda topica e l'introduzione del modello strutturale in L'Io e l'Es (1923), Freud sviluppò il concetto individuando molteplici fonti di resistenza in rapporto alle nuove e differenti istanze psichiche teorizzate. Dunque, le forme di resistenza prendevano il nome dall'aggiornata mappatura psichica: resistenza dell'Io, resistenza del Super-Io, resistenza dell'Es ed una quarta legata al già osservato fenomeno della traslazione, ossia la cosiddetta resistenza di transfert.

Soffermiamoci ora sulla natura e sulla finalità di ogni singola resistenza così come Freud le aveva sistematizzate. La resistenza dell'Io, importata e riproposta dalla prima topica, rimaneva la forma più comune di opposizione derivata dall'attivazione dei meccanismi di difesa, volta a mantenere

l'omeostasi, ossia l'equilibrio psichico, e a proteggere il paziente dall'angoscia connessa all'emergere di contenuti dolorosi. Alcuni esempi clinici dai quali poter inferire tale resistenza erano il dimenticare eventi significativi da riportare in terapia (rimozione), il verbalizzare in modo teorico senza contatto emotivo (razionalizzazione), la minimizzazione di emozioni intense (negazione) o l'evitamento sistematico di determinati argomenti parlando sempre di altro o chiudendosi nel silenzio (spostamento).

La nuova resistenza del Super-Io, invece, veniva presentata come una forma di autosabotaggio inconscio legata al senso di colpa e al bisogno di punizione morale. La coscienza morale poteva diventare così severa da impedire il benessere ed il miglioramento a causa della sofferenza psichica che veniva vissuta come minacciosa o meritata. A prova di ciò, Freud aveva osservato che alcuni pazienti si sentivano costantemente in colpa senza motivo apparente, avevano la tendenza a sabotare relazioni positive e non riuscivano ad accettare successi o momenti di felicità. In taluni casi, l'istanza superegoica agiva proprio come una voce interna che recitava così "Non te lo meriti" o "Devi pagare per qualcosa".

Diversamente, la resistenza dell'Es, introdotta nel 1920 con il saggio *Al di là del principio del piacere*, fu associata da Freud al fenomeno della coazione a ripetere, ossia la tendenza pulsionale a mantenere schemi relazionali o comportamentali disfunzionali anche in presenza di insight. A differenza della resistenza dell'Io che difendeva dall'angoscia, la resistenza dell'Es aveva origine dal fatto che l'Es tendeva alla ripetizione e al soddisfacimento pulsionale, sebbene questo fosse causa di sofferenza. Il paziente continuava inconsciamente a ripetere lo stesso pattern anche se comprendeva razionalmente il proprio problema, desiderava cambiare, collaborava in terapia. Qui la resistenza non venne concettualizzata come difensiva in senso stretto ma inerziale e pulsionale perché il cambiamento terapeutico era vissuto come una minaccia alla modalità abituale di scarica pulsionale. Dunque, la resistenza dell'Es mostrava la sua funzione protettiva e conservativa di un equilibrio psichico, anche se patologico, dato che il prendere contatto diretto con impulsi primitivi avrebbe potuto portare ad una maggiore destabilizzazione. Esempi di resistenza dell'Es potevano essere la ripetizione di relazioni distruttive, le ricadute nonostante gli insight chiari, gli acting-out, la persistenza di sintomi anche dopo interpretazioni corrette. Un'espressione tipica di pazienti con tale resistenza era "So perché lo faccio ma continuo a farlo".

Infine, la resistenza di transfert, già presente nella prima topica, fu riproposta tout court da Freud nei casi in cui fosse stato il transfert stesso a divenire una difesa contro la presa di coscienza. In questa fattispecie, il paziente agirebbe nella relazione terapeutica schemi affettivi passati al fine di evitare il contatto con conflitti più profondi. Esempi che si interpretavano come resistenze di transfert erano tipicamente il paziente che si arrabbiava con il terapeuta, ogniqualvolta che vi era il rischio che emergessero temi di dipendenza per evitare il proprio senso di vulnerabilità oppure quando lo stesso paziente idealizzava il terapeuta per scacciare gli stessi sentimenti aggressivi.
In questa nuova prospettiva, dunque, la resistenza non appariva più solamente come un ostacolo terapeutico ma diveniva altresì una manifestazione clinica da osservare ed interpretare al fine di superarla.
Ricapitolando, nella seconda topica la resistenza assunse le seguenti funzioni cliniche:

a) l'avvicinamento ad un'area focale problematica a livello emotivo su cui dover lavorare;
b) l'individuazione dei meccanismi di difesa e del loro livello evolutivo di sviluppo;
c) il lavoro sul transfert;
d) la valutazione dell'adeguatezza o meno dell'istanza superegoica.

Gli psicoanalisti post-freudiani ampliarono la comprensione della resistenza. Anna Freud (1936) la collegò in modo sistematico ai meccanismi di difesa dell'Io, mentre Wilhelm Reich (1933) introdusse il concetto di resistenza caratteriale ritenendo che l'intera struttura di personalità potesse avere funzioni di difesa aprendo la strada al concetto di nevrosi del carattere. Melanie Klein (1952) reinterpretò la resistenza come difesa in rapporto alle angosce primitive schizoparanoidi e depressive legate ad un mondo psichico popolato da oggetti interni buoni e cattivi.
Malgrado l'originalità degli autori, tutti i contributi descritti mantenevano però una concezione della resistenza come difesa intra psichica, rimanendo ancorati ad una teoria del conflitto che considerava una parte di sé opporsi ad un'altra parte di sé.

3. **La prospettiva relazionale ed intersoggettiva della resistenza**

Con l'introduzione dei modelli relazionali ed intersoggettivi, la resistenza è stata progressivamente reinterpretata come fenomeno co-costruito tra paziente e terapeuta. In tale prospettiva, essa non ha

più rappresentato solo una difesa intrapsichica, ma soprattutto una forma di comunicazione inconscia riguardante la qualità della relazione terapeutica in atto e, quindi, l'andamento della psicoterapia.

Donald Winnicott (1965) è stato un autore chiave che ha facilitato la svolta relazionale in psicoanalisi attraverso l'introduzione di concetti come spazio ed oggetto transizionale, falso se, ambiente di holding, aprendo il campo ad una vera e propria psicodinamica delle relazioni oggettuali che contemplasse anche un nuovo concetto di resistenza come difesa dalla possibile dipendenza relazionale nei confronti dell'analista. La resistenza, dunque, non sarebbe patologia per Winnicott ma segno di vitalità e spontaneità del paziente. L'adulto come il bambino "resiste" perché è un soggetto vivo e autentico. La resistenza proteggerebbe il "vero sé" dall'appiattimento nel "falso sé", quest'ultimo espressione di accondiscendenza e desiderabilità interpersonale, quindi anche di passività ed acriticità rispetto ai contenuti delle interpretazioni stesse dettate dal terapeuta.

Tale posizione è stata ripresa da Mitchell (1988) che ha sempre criticato la concezione freudiana della resistenza come difesa patologica considerandola una legittima espressione di autonomia del paziente e di protezione di aspetti autentici del sé.

Daniel Stern (1997) ha rivisto il fenomeno della resistenza come *unformulated experience*. In terapia non tutto può essere oggetto di verbalizzazione o interpretazione e per il paziente appare, invece, indispensabile mantenere aree private di sé non soggette al disvelamento all'altro. La resistenza proteggerebbe, dunque, l'integrità della persona dall'interpretazione troppo invasiva o addirittura selvaggia.

In maniera ancora più chiara dal punto di vista intersoggettivo, Jessica Benjamin (2017) considera la resistenza come fenomeno che emergerebbe dal bisogno di riconoscimento reciproco. Il paziente che mette in atto una resistenza percepirebbe nella relazione uno squilibrio di potere sentendosi troppo "oggettivato" dal terapeuta e dalle sue interpretazioni e, quindi, si opporrebbe a tale condizione.

Anche Thomas Ogden (1994) guarda alla resistenza dal punto di vista del contributo del terapeuta con i suoi possibili punti ciechi o anche chiamati blindspot. La resistenza può essere alimentata da un accordo terapeutico collusivo con il paziente volto a non voler analizzare specifici nuclei complessuali problematici per entrambi. In questo caso, la resistenza porterebbe ad uno stallo

terapeutico e l'analisi del controtransfert rappresenterebbe l'unico strumento per uscire da tale impasse.

Dunque, si riconosce nell'approccio intersoggettivo sempre più il ruolo centrale del terapeuta nel possibile sviluppo dei fenomeni di resistenza malgrado la sua funzionalità ancora non venga colta nell'interezza.

4. **La concettualizzazione della resistenza nella Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI)**

L'approccio PPI (Caporale e Battisti, 2023a; Caporale e Battisti, 2024) propone una nuova lettura e classificazione dei fenomeni di resistenza riprendendo le prime intuizioni freudiane ed integrandole con a) le recenti prospettive derivate dalle correnti relazionali/intersoggettive (Mitchell, 1988; Aron, 1996; Stolorow et al. 2002); b) gli studi dell'Infant Research (Beebe e Lachmann, 2002); c) le applicazioni cliniche di Stern (1985) e del Boston Change Process Study Group (2010).

Come già discusso in precedenza, gli approcci intersoggettivi negli ultimi decenni hanno affermato che i fenomeni emergenti dal processo di terapia, come transfert e controtransfert, derivino da una co-costruzione da parte di paziente e terapeuta. Nel mentre, gli studi sperimentali sulle interazioni caregiver/bambino hanno chiarito i principi regolatori impliciti alla base dello sviluppo delle prime relazioni individuando nella rottura e riparazione un meccanismo chiave dei processi interattivi oltre a quelli di sintonizzazione affettiva e di momenti affettivi intensi. Stern (1985) ed il Boston Change Process Study Group (2010) traslano tali scoperte alla relazione terapeutica attraverso concetti illuminanti quali momenti presente, momenti ora e momenti incontro, e riconoscendo soprattutto in questi ultimi i processi alla base dell'ampliamento della conoscenza relazionale implicita e, dunque, del cambiamento in psicoterapia.

Tali avanzamenti nello studio della struttura implicita delle relazioni possono permettere di ridefinire oggi la natura della resistenza come fenomeno intersoggettivo fisiologico utile alla co-costruzione in terapia di nuovi schemi di *essere con* o rappresentazioni di interazioni generalizzate, alternativi a quelli di origine traumatica, responsabili della psicopatologia. Questo significa, in linea con le recenti scoperte sulla regolazione primaria delle interazioni, che il cambiamento in psicoterapia prima che sulle memorie esplicite avviene sulle memorie implicite, ossia sulla modifica (più precisamente nuova nascita) di schemi precoci di ordine non simbolico. Qui si inserisce ad hoc

il nostro modello di psicoterapia PPI che dà al lavoro sull'implicito (fase 1 o fase dell'esperienza emozionale riparativa) nel qui ed ora della relazione terapeutica un'importanza centrale e propedeutica rispetto a momenti maggiormente interpretativi (fase 2 o fase della mentalizzazione).

Dunque, le resistenze sarebbero dei momenti di rottura della relazione che aprirebbero ad una potenziale occasione o delta di cambiamento della memoria relazionale implicita. Se il terapeuta coglie questa come un'opportunità, dando la possibilità al paziente di fare esperienza emotiva differente dal passato all'interno di una matrice intersoggettiva nuova, seguirà un momento di riparazione. Fare esperienza affettivamente nuova del terapeuta vuol dire "sentire" la sua disponibilità, la sicurezza nelle sue emozioni, la neutralità nel giudizio, l'autenticità delle risposte.

Per tale motivo, in qualsiasi fase del processo si può sviluppare un fenomeno resistenziale e così la resistenza, dunque, come il transfert, si rivela ubiquitaria. L'esistenza della stessa è garanzia di un buon andamento terapeutico e, di conseguenza, deve avere necessariamente la priorità d'attenzione clinica sempre e comunque.

Lo sforzo della coppia terapeutica nel lavoro con e sulla resistenza permetterà al paziente di acquisire quegli apprendimenti emotivi per accrescere con soluzioni più funzionali il suo repertorio relazionale implicito, compromesso dal trauma, e recuperare quel senso di agentività ed efficacia personale perso.

Di contro, la non individuazione o la gestione non adeguata dei fenomeni di resistenza da parte del terapeuta porterà ad una riproposizione della dimensione traumatica, dunque ad una nuova ritraumatizzazione. Agire la resistenza e non mentalizzarla rappresenta spesso la causa di molti drop-out o interruzioni della terapia. Dunque, come in qualsiasi relazione, anche in quella terapeutica, la rottura che segue una riparazione determina il cambiamento, la rottura che non segue una riparazione produce invece una nuova coazione a ripetere di natura traumatica. Condizione necessaria affinché questo avvenga è lo sviluppo di una connessione sincera e autentica tra paziente e terapeuta di natura emotiva, percettiva e motoria.

La resistenza è di solito attivata inconsciamente dal paziente e nel continuo sviluppo della dinamica interattiva viene poi alimentata da entrambi, quindi co-costruita. Vi sono, altresì, momenti del lavoro terapeutico in cui, se il paziente mostra difficoltà a generare resistenze, riteniamo che sia proprio il terapeuta a "provocarle" per favorire un momento di rottura e promuovere di

conseguenza una possibile riparazione (o nuovo momento di incontro). Dunque, l'agire una rottura nel setting o nella relazione con il paziente non vuol dire necessariamente una macchia cieca nello psichismo del terapeuta dettata da una carenza nella sua formazione personale. Generare una resistenza da parte del clinico potrebbe voler significare una strategia inconscia funzionale a promuovere un avanzamento della relazione terapeutica a patto che la stessa venga subito dopo lavorata ed elevata ad un registro psichico più mentalizzato. Quindi, la vera maturità ed abilità clinica del terapeuta è rappresentata dal trovare il timing giusto affinché la resistenza venga analizzata e trasformata in una conoscenza di ordine simbolico, rendendola maggiormente integrabile per il paziente, ossia più congrua e coerente con la sua memoria autobiografica.
Distinguiamo cinque principali forme di resistenza osservabili in psicoterapia. Le resistenze, come già detto, possono emergere in qualsiasi momento del processo e mostrano molteplici forme espressive in funzione delle differenti fasi del lavoro clinico:

Resistenza difensiva o adattiva dell'Io, legata ai meccanismi di difesa volti a mantenere un'omeostasi, ossia a preservare una stabilità interna a qualsiasi costo anche quando l'equilibrio possa essere disfunzionale ed il cambiamento migliorativo.

Resistenza di transfert, associata a dinamiche collusive nella relazione terapeutica e, dunque, alla non individuazione e mentalizzazione del transfert.

Resistenza inerziale degli schemi, derivante dalla coazione a ripetere e dalla persistenza di schemi relazionali maladattivi e/o traumatici.

Resistenza morale o autosabotante, connessa al senso di colpa inconscio ed alla difficoltà di accettare il benessere psichico raggiunto e dunque a riconoscere i miglioramenti.

Resistenza di fine terapia, che evidenzia la difficoltà di separazione dal percorso terapeutico e dal terapeuta stesso.

5. **Implicazioni cliniche e strategie di intervento nei fenomeni di resistenza**

Quando emerge una qualsiasi forma di resistenza, il terapeuta dovrà procedere nella seguente maniera:

- Individuare la forma specifica di resistenza attiva;
- Verbalizzare al paziente che siamo di fronte a qualcosa che sta emergendo come ostacolo alla relazione e, dunque, al processo di terapia;
- Mettere in campo una strategia terapeutica in termini riparativi di registro implicito o esplicito per il paziente in base al tipo di resistenza presente;
- Mentalizzare il tutto collegandolo ad un possibile schema relazionale disfunzionale centrale passato e/o attivo nel presente;

La resistenza si manifesta attraverso qualsiasi modalità clinica quali pensieri e parole espresse dal paziente in terapia, comportamenti ed atteggiamenti, fantasie ad occhi aperti e produzione onirica.
Le strategie di intervento varieranno in funzione della forma di resistenza in atto, della fase terapeutica e del livello di funzionamento del paziente.

5.1 Resistenza difensiva o adattiva dell'Io

Le resistenze difensive o adattive dell'Io si manifestano maggiormente nella fase iniziale della terapia (fase 1 della PPI). Malgrado il paziente abbia iniziato un percorso da poche settimane o mesi, il terapeuta osserva una repentina inversione di tendenza che si sostanzia in molteplici attacchi al setting o alla relazione nelle seguenti modalità: a) dubbi espressi riguardanti i vantaggi di continuare un percorso ad un'età ormai adulta; b) sfiducia manifesta nel poter cambiare situazioni di disagio psicologico e/o relazionali ripetute negli anni; c) lamentele sulla distanza territoriale o nel trovare lo spazio per la seduta all'interno dell'organizzazione settimanale; d) problematiche economiche che vengono palesate subito dopo le prime sedute o i primi mesi di terapia.
Ciò che porta a tali resistenze iniziali nel lavoro terapeutico, causa poi un vero e proprio drop out anticipato, è l'attivazione del cosiddetto Io, un'istanza più cognitiva deputata a valutare quanto il cambiamento richiesto dalla psicoterapia sia più vantaggioso rispetto al preservare una sorta di stabilità interna, data fino a quel momento da un equilibrio patologico dettato dagli schemi del

passato. Il cambiamento per essere percepito una possibilità migliorativa rispetto alla stabilità deve quindi essere oggetto di un'attenta valutazione nel merito.

Per tale motivo, la strategia inconscia di molti pazienti, soprattutto quelli con specifici modi di funzionamento o in particolari fasi di vita, è rappresentata dal mettere a punto una sorta di test o prove atte a saggiare la validità e l'affidabilità (tenuta mentale) del terapeuta rispetto alla propria problematica emotiva. Questo è più evidente quando abbiamo di fronte gli adolescenti in perenne conflitto tra autonomia e dipendenza, gli anziani o le persone con malattie croniche che vivono tutti i giorni il riproporsi di circoli viziosi ed una costante alessitimia, i pazienti cosiddetti "difficili" con disturbi di personalità che hanno affrontato ripetuti insuccessi terapeutici, trascinandosi negli anni le loro psicopatologie senza trovare soluzioni.

Tali test psicologici sono come studi di fattibilità preventivi che stimano con un determinato grado di errore la probabilità che quel dato percorso di terapia sia vantaggioso in termini di cambiamento migliorativo. Per ottenere un semaforo verde, il paziente inconsciamente mostra una parte del problema emotivo o schema relazionale centrale disfunzionale, quanto basta per comprendere se il terapeuta sia all'altezza della situazione portata in psicoterapia. Dunque, il terapeuta dovrà superare le prove inconsce generate ad hoc dal paziente che potremo anche chiamare pre-transferali, dimostrando di riuscire a "sopravvivere" alle emozioni e ai giochi di identificazione proiettiva attivati.

In termini più operativi, il terapeuta dovrà saper far "fare esperienza" al paziente di una genuina disponibilità emotiva e di un ascolto rispettoso che promuova sintonizzazione e rispecchiamento senza passare subito a fasi più cognitivo-interpretative. Questo permetterà di comprendere come le emozioni siano fenomeni che possono essere regolati, trasformati in qualcosa che abbia un significato, se pensati prima insieme con il terapeuta. Una delle più grandi paure dei pazienti è quella di essere sopraffatti dal protomentale e dai conseguenti circoli viziosi relazionali. La coppia terapeutica dovrà "entrare nel pantano" delle emozioni primitive e traumatiche, senza paura, faticando insieme alla scoperta che si può sopravvivere.

Il terapeuta può mettere in campo alcune strategie ed utili interventi per infondere fiducia nel paziente riguardo il cambiamento, rimanendo con pazienza un tempo più lungo sull'analisi della

domanda e presentando la terapia come un'opportunità ad obiettivi e non come un obbligo prescrittivo:

a) Valutare con il paziente costi/benefici in termini evolutivi della psicoterapia. Esempio di verbalizzazione ad una paziente di 60 anni in prima accoglienza:*"A differenza di quando i suoi figli erano piccoli ed aveva richiesto un aiuto terapeutico familiare che coinvolgesse tutti, ora a distanza di molti anni sente l'esigenza di intraprendere un percorso di terapia individuale oggi che è rimasta in casa sola con suo marito. Dovremmo riflettere su questo, su cosa significhi ora per lei in termini di obiettivi ed impegno questo percorso che vorrebbe portare avanti"*;

b) Sottolineare l'incongruenza tra la scelta espressa di fare un percorso e l'accettazione ora delle regole del setting: *"Quello che notavo è che malgrado tutto quello che mi sta dicendo, la distanza, le problematiche economiche, l'organizzazione quotidiana che la mette in difficoltà, Lei comunque ha chiesto aiuto, ha iniziato questo percorso ed è ancora qui con me. Come possiamo spiegare questo?"*;

c) Rinforzare la sua richiesta d'aiuto come nel seguente esempio proposto: *"Malgrado i problemi che mi sta portando, ha comunque voluto chiedere aiuto proprio in questo momento. Come possiamo leggerlo?"*.

Insomma, esplorare di più e più a lungo la domanda di terapia e farsi trovare pronti a riformularla più e più volte con il paziente, all'interno di una matrice intersoggettiva empaticamente responsiva, rappresenta la sola ed unica strategia a disposizione del terapeuta per superare tali resistenze iniziali e portare nuova linfa alla relazione.

5.2 Resistenza di transfert

La resistenza di transfert emerge in piena fase 2 della PPI o anche chiamata della mentalizzazione ed è stata la prima forma di resistenza individuata da Freud nel 1914, definita come l'ostacolo centrale all'analisi e considerata come strettamente intrecciata al concetto di transfert. Dunque, per il padre della psicoanalisi, i due fenomeni non sono mai stati separabili a tal punto da ritenere il transfert una forma di resistenza e viceversa. Nel classico modello freudiano, l'agire il transfert equivaleva ad una forma di difesa inconscia dalla consapevolezza dello stesso, un evitamento dai

propri conflitti. La ripetizione (e non la rielaborazione) di schemi relazionali del passato, spostati e riattualizzati sulla figura dell'analista, permetteva così di non affrontare emozioni disfunzionali e/o desideri, e in ultima istanza, di evitare il cambiamento. Da quanto teorizzato da Freud, ne deduciamo che in realtà non ci sia uno specifico contenuto affettivo che si possa chiamare resistenza anziché transfert (esempio l'innamoramento o l'aggressività che un paziente prova nei confronti del suo terapeuta); tutto potrebbe essere resistenza o transfert e non esisterebbe un'intenzionalità inconscia da parte del paziente nel decidere quando mettere in campo l'una o l'altra. Concordiamo con tale chiave di lettura. Risulta, però, discriminante tra i due fenomeni il modo in cui vengono lavorati nella relazione terapeutica: se il transfert viene agito, poi analizzato ed interpretato, lo stesso viene sciolto favorendo un delta di cambiamento, se il transfert viene agito tout court, il transfert si trasforma in resistenza aprendo il campo alla coazione a ripetere.

Tali considerazioni mettono in evidenza la natura intersoggettiva della resistenza di transfert ed in particolare la responsabilità del terapeuta nel saper intercettare e mentalizzare il transfert in un tempo utile affinché questo non possa divenire prima una resistenza, poi un drop. Insomma, anche in questo caso, il paziente genera con il transfert una rottura nella relazione e sta al terapeuta saper riparare mentalizzando o non riparare agendo (Battisti e Caporale, 2025).

A tal proposito, gli strumenti a disposizione del clinico nel lavoro di mentalizzazione che riguarda la resistenza di transfert sono l'analisi del controtransfert e l'utilizzo della self-disclosure; entrambe permettono di sanare la rottura generando sempre più insight riparativi. Per potenziare le proprie capacità riflessive, il terapeuta ha a disposizione la sua analisi personale, i training formativi di specializzazione e la supervisione clinica. Nei percorsi analitici o di psicoterapia ad orientamento psicodinamico, il clinico fa esperienza dentro di sé di tutta una serie di dinamiche interne che permettono a specchio di sintonizzarsi meglio e sviluppare empatia con il mondo interno del paziente, individuando anche eventuali aree conflittuali ancora non risolte. Nei training di formazione si allena la tecnica attraverso gli esercizi di role playing, simulate ed altre tecniche attive. Nella supervisione si affina il proprio controtransfert che nella clinica psicodinamica moderna rappresenta un importante strumento di lavoro, base poi della self-disclosure.

5.3 Resistenza inerziale degli schemi

La resistenza inerziale dell'inconscio prende vita dal meccanismo della coazione a ripetere, già introdotto dal primo Freud, e rappresenta uno dei tipici momenti di rottura che si manifesta anch'esso solitamente nella fase centrale (o fase 2) della PPI. In questo passaggio terapeutico, il lavoro clinico si focalizza sull'analisi interpretativa dei pattern emotivo-comportamentali disfunzionali, molto spesso di origine traumatica, che il paziente ripropone ogniqualvolta nelle sue relazioni significative. La particolarità di tale resistenza sta nel fatto che il paziente sembra comprendere tutto in terapia, accetta le trame interpretative del terapeuta, mostra insight cognitivi ma malgrado questo i modelli operativi interni patogeni continuano ad essere agiti nel contesto di vita generando circoli viziosi interpersonali. Tali schemi relazionali sono spesso memorie implicite, pattern emotivi, percettivi e motori appartenenti ad un registro sub-simbolico che mostrano caratteristiche di automaticità nell'attivazione e rigidità nella modalità d'espressione (corto circuiti emozionali). Tali proprietà danno agli schemi stabilità nel tempo la quale può tradursi in un'intrinseca resistenza d'inerzia al cambiamento. Allo stesso modo, però la continua e ripetuta messa in atto dei pattern mantiene viva la possibilità di aprire un delta di modifica delle memorie implicite, attraverso momenti d'incontro significativi come quelli esperiti nel qui ed ora della relazione terapeutica. Così, nell'automatismo disfunzionale dei modelli operativi interni, alcuni pazienti sperimentano dentro di sé un forte senso di frustrazione esternalizzando nel contesto terapeutico tale disagio fino ad arrivare a mettere in discussione la validità del percorso stesso intrapreso. Tale vissuto, se espresso insistentemente dal paziente, può rivelarsi una comunicazione nei confronti del terapeuta sull'importanza, arrivati a questo punto del processo, di esplorare particolari tipi di emozioni quali l'impotenza, la vergogna, la frustrazione connesse al ripetersi degli schemi, spesso dovuti anche al fatto di non aver ricevuto feedback autentici dal mondo esterno. Di contro, la non esplorazione di tali vissuti porterà piano piano ad una rottura nel lavoro di terapia.

Nel caso della resistenza inerziale dell'inconscio è di fondamentale importanza che il terapeuta, per riparare con momenti d'incontro nuovi, normalizzi le ricadute riformulandole come parte integrante del percorso di apprendimento e di cambiamento. Normalizzare vuol dire sensibilizzare e validare, attraverso interventi psicoeducativi mirati a far comprendere:

a) che le abituali modalità relazionali disfunzionali non verranno a modificarsi completamente con la psicoterapia ma convivranno con le nuove strategie apprese;

b) che il lavoro clinico si debba orientare anche nel saper gestire meglio i circoli viziosi emozionali quando riemergeranno a fronte di possibili crisi future e per tale motivo importante sarà l'individuazione e la desensibilizzazione dei trigger point;

c) che bisogna lavorare per accettare la persona nella propria interezza costituita da punti di forza e punti di debolezza, una nuova gestalt che fa leva ora su un ampliamento della conoscenza relazionale implicita ed una maggiore flessibilità del repertorio emotivo-comportamentale.

Si possono utilizzare interventi del tipo:
"*Ogni due passi in avanti ne possiamo fare uno indietro, in questo modo noi tutti riusciamo comunque a migliorare rispetto a dove siamo partiti*";
Oppure: "*È normale, tutti quanti noi ritorniamo a mettere in atto vecchie modalità problematiche in momenti di stress, la differenza la fa come gestiamo tutto questo e il fatto che nel frattempo siamo diventati anche qualcos'altro*";
O più tecnicamente: "*Dobbiamo comprendere come di fronte a certe situazioni attivanti che ci riportano ad un passato difficile non potremmo mai pensare di esserne indifferenti perché le stesse hanno lasciato in noi delle cicatrici, le cicatrici non fanno male ma si vedono e ci ricordano in parte chi siamo e la nostra storia. Il tempo ed il percorso che stiamo facendo ci deve portare ad accettare anche questo*".

5.4 Resistenza morale o autosabotante

Le resistenze morali possono comparire in quei pazienti che se da una parte mostrano di aver messo in atto reali miglioramenti nella loro vita, grazie agli apprendimenti acquisiti in terapia, dall'altra da un determinato momento in poi negano gli stessi progressi ottenuti lamentandosi insistentemente con il terapeuta e mettendo in discussione il prosieguo del trattamento stesso. La resistenza morale è dunque la testimonianza di un intrinseco conflitto tra il cambiamento effettivo della propria vita dettato dal lavoro terapeutico e la capacità di saperlo riconoscere ed accettare.

Il senso di colpa gioca un ruolo centrale in tale resistenza e quello che riscontriamo è come solitamente prenda vita da un vissuto d'inadeguatezza intrinseco alla storia evolutiva del paziente che lo ha visto spesso lottare contro la costante sensazione di non essere meritevole di star bene ed essere felice. Il controtransfert del terapeuta si sostanzia in un forte senso di impotenza e paralisi dell'azione terapeutica. Insomma, qualsiasi cosa si faccia non porterà risultato.

Solitamente, questa specifica resistenza può emergere in una fase 2 avanzata del processo PPI evidenziando quindi una parte autosabotante del modo di funzionare del paziente rispetto alla terapia. Un senso di colpa che può arrivare ad essere molto aggressivo e che tende a voler distruggere gli sforzi ed i miglioramenti ottenuti dallo stesso paziente. È come se il paziente cercasse di mettere in scena tutto questo e "sperare" che il terapeuta sopravviva al senso di impotenza generato.

In queste situazioni, gli interventi riparativi da parte del terapeuta dovranno essere orientati a:

a) Rinforzare i progressi ottenuti in terapia;

b) Rendere consapevole il paziente dell'emergere di un nuovo ostacolo al lavoro che si chiama senso di colpa inconscio;

c) Validare il senso di colpa stesso come parte di sé che va esplorata e compresa alla luce della propria storia ma non più funzionale oggi.

Non interpretare mai la resistenza morale come un lato masochistico della personalità, ossia una parte di sé che prova piacere nello stare a vedere un'altra parte di sé che prende scelte sbagliate, ma altresì come un semplice lato passivo della propria persona.

Una buona metafora da fornire al paziente che renda l'idea di questa particolare dinamica potrebbe essere: "*Provi ad immaginarsi di avere dentro una parte di sé che è come se stesse a guardare passivamente un'altra parte di sé che nel frattempo va avanti nella vita e cerca di migliorarsi … c'è l'una e c'è l'altra*".

5.5 Resistenza di fine terapia

La resistenza di fine terapia si riscontra quando, nella fase avanzata del processo terapeutico e dunque dopo aver raggiunto determinati risultati clinici (fase 3 della PPI), si osserva, all'interno delle sedute, uno svuotamento di contenuti portati dal paziente, accompagnato da un più o meno evidente senso di imbarazzo provato anche dal terapeuta. Silenzi, discorsi ridotti al racconto di singoli eventi, numerose domande tendenti a cercare materiale analitico che scarseggia sono esempi di una

possibile collusione inconscia di entrambi i membri della coppia terapeutica nell'eludere un compito tipico di questa fase, quello della separazione e dell'autonomia psicologica dalla terapia e dal terapeuta stesso.

È necessario, da parte del professionista, comprendere in tempo utile ed interrompere tale dinamica collusiva, promuovendo interventi che vadano a:

a) Riformulare il lavoro terapeutico fino ad ora svolto in termini di obiettivi raggiunti;

b) Ridefinire eventuali obiettivi ancora da raggiungere;

c) Valutare il rapporto costi/benefici sul proseguo o meno della terapia;

d) Gestire la possibile chiusura della terapia affrontando timori ed aspettative per il futuro nella consapevolezza di non avere più la seduta settimanale.

Nel caso in cui il terapeuta porti con sé difficoltà nei temi separativi o una fragilità narcisistica, queste non permetteranno al paziente di elaborare la fase di svincolo dalla terapia e, dunque, di interiorizzare la funzione della stessa come bagaglio di strumenti sempre disponibili da richiamare, instillando timori ed insicurezze rispetto alla propria autonomia psicologica ed alla tenuta dei cambiamenti ottenuti anche dopo la fine del percorso.

6. **Conclusioni**

Le resistenze costituiscono un pool di fenomeni complessi e multidimensionali che vengono costantemente co-costruiti dalla coppia terapeuta-paziente nelle diverse fasi della psicoterapia.

L'evoluzione nel modo di intendere la resistenza da una concezione intrapsichica di difesa nei confronti di pulsioni inaccettabili ad una relazionale di comunicazione inconscia ha permesso di comprenderne meglio la natura intersoggettiva e, di conseguenza, il suo ruolo centrale nei meccanismi di rottura e riparazione interattiva, alla base del cambiamento psichico. Nel modello PPI, la nuova riformulazione dei fenomeni di resistenza e l'attenzione alla loro gestione nelle diverse fasi del processo, attraverso specifiche strategie cliniche, permette di promuovere la crescita individuale del paziente attraverso l'ampliamento della propria conoscenza relazionale implicita (sistema di regolazione primario) ed il potenziamento delle capacità di mentalizzazione (sistema di regolazione secondario). Spesso le resistenze, provocate dal paziente o dal terapeuta, attraverso l'agire e la messa in atto nel setting, sono quindi indicatori di un andamento positivo della

psicoterapia. La pressione esercitata dalle resistenze presuppone uno stato di affidamento e di speranza nell'altro e nel cambiamento ancora presenti, un lasciare la porta aperta ad una possibile nuova relazione sicura, come quella terapeutica, che ripara e ristruttura.

Bibliografia

Aron, L. (1996). A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Battisti, V., Caporale, R., (2025), Riflessioni sul transfert, Mente e Cura n.15.

Benjamin, J. (2017). Beyond Doer and Done To: Recognition Theory, Intersubjectivity and the Third. New York: Routledge. Trad. it.: Il riconoscimento reciproco. L'intersoggettività e il Terzo. Milano: Raffaello Cortina, 2019.

Beebe, B., Lachmann, F. M. (2002). Infant Research and Adult Treatment: Co-Constructing Interactions. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Boston Change Process Study Group. (2010). Change in psychotherapy: A unifying paradigm. W. W. Norton & Company.

Caporale R., Battisti V. (2026), I fenomeni di resistenza come momenti di rottura: pattern clinici e strategie di intervento in Psicoterapia Psicodinamica Integrata, Mente e Cura – Psicoterapie e Neuroscienze n. 17 pp. 22-39

Caporale R., Battisti V. (2023), La psicoterapia psicodinamica integrata: basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità di intervento, Mente e Cura n.12, pp 3-12

Freud, A. (1936). The Ego and the Mechanisms of Defence. London: Hogarth Press. Trad. it.: L'Io e i meccanismi di difesa. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1914). Ricordare, ripetere e rielaborare. In Tecnica della psicoanalisi. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1977). Al di là del principio di piacere. In Opere (Vol. 9). Torino: Bollati Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 1920).

Freud, S. (1977). L'Io e l'Es. In Opere (Vol. 9). Torino: Bollati Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 1923).

Klein, M. (1952). The Origins of Transference. In M. Klein, Envy and Gratitude and Other Works 1946–1963 (pp. 48–56). London: Hogarth Press, 1975.

Mitchell, S. A. (1988). Relational concepts in psychoanalysis: An integration. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ogden, T. H. (1994). "The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts". International Journal of Psychoanalysis, 75, 3–19.

Reich, W. (1933). Charakteranalyse (Analisi del carattere). Copenhagen: Sexpol Verlag.

Stern, D. N. (1985). The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. New York, NY: Basic Books.

Schore, A. (2019). *Right brain psychotherapy*. WW Norton & Company.

Stern, D. B. (1997). Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Orange, D. M. (2002). Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Winnicott, D. W. (1965). The Maturational Processes and the Facilitating Environment. London: Hogarth Press. Trad. it.: Sviluppo affettivo e ambiente.

Articolo

Progettazione e creazione di un gruppo terapeutico. Criteri, norme e indicazioni secondo l'approccio di psicoterapia psicodinamica integrata

Design and creation of a therapeutic group. Criteria, rules, and guidelines according to the integrated psychodynamic psychotherapy approach

Battisti S. [1]**, *Scarpulla C.*** [2]

[1-2] *IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata*

Riassunto

In questo articolo, entriamo nel vivo dell'ideazione, creazione e progettazione, macro e micro, di percorsi psico-terapeutici, attraverso la metodologia gruppale. Partendo dalla descrizione di casi, da dettagli operativi, dalle diverse modulazioni e dalle evidenze di campo, proveremo a mettere in luce i punti di forza dello strumento, con particolare attenzione a quei casi in cui lo psicologo conduttore/terapeuta può disporre di un certo grado di libertà, nella pianificazione, durata e composizione dei partecipanti.

L'approccio psicodinamico integrato, applicato al gruppo, permette una flessibilità nell'intervento, rispondendo in modo sartoriale e mirato alle richieste, esigenze, obiettivi di *lavoro* specifici. Struttura, fasi, tempi, metodologie attive da utilizzare e obiettivi del percorso di gruppo, saranno al centro di questo articolo, sulla scia degli articoli precedenti e dei capitoli dedicati nel compendio di prossima uscita, sperando possa fornire un riferimento di base per approcciarsi in modo efficace per chi si avvicina al lavoro con i gruppi.

Quando parliamo di dispositivo gruppale, ci riferiamo non solo ad un contenitore di persone ma, un *mezzo* dotato di un proprio motore e di una sua strumentazione di bordo. *Veicolo* che si muove in una direzione stabilita e che, tra varie oscillazioni, fermate e ripartenze, attenzionate costantemente dal conduttore, si dirige verso mete prefissate e condivise, in una danza armonica tra individuo e contesto, tra sé e gli altri, dal *me* al *te*, al *noi*. Sia nella formazione, sia nella

psico-educazione o psicoterapia, così come nei casi di sostegno e supporto psicologico, il gruppo può rappresentare uno strumento privilegiato per facilitare efficacemente, cambiamento, apprendimento e sviluppo di risorse personali e relazionali.

Parole chiave: dinamica dei gruppi, campo multi-soggettivo, psicologia dei gruppi, metodologia di gruppo, progettazione attività di gruppo, psicoterapia di gruppo, struttura di un gruppo terapeutico, dispositivo gruppale, setting gruppale, conduzione di un gruppo.

Abstract

In this article, we delve into the conceptualization, creation, and design, both macro and micro, of psychotherapeutic programs using group methodology. Starting with case descriptions, operational details, various modulations, and field evidence, we will attempt to highlight the tool's strengths, with particular attention to those cases in which the psychologist/therapist has a certain degree of freedom in planning, duration, and participant composition. The integrated psychodynamic approach, applied to groups, allows for flexibility, responding in a tailored and targeted manner to requests, needs, and work objectives through the group. Structure, phases, timing, possible active methodologies, and objectives of the group program will be the focus of this article, which we hope will provide a solid foundation for effectively approaching this type of intervention.

The group, therefore, is not just a container of people, but a vehicle with its own engine and on-board instrumentation. An autonomous vehicle that moves in a predetermined direction and, through various oscillations, stops, and starts, constantly monitored by the leader, heads toward predetermined and shared goals. In a harmonious dance between individual and context, between self and others, from "me" to "you," to "we." Whether in training, psychoeducation, or psychotherapy, as well as in cases of psychological support and counseling, the group approach can be a valuable tool for effectively facilitating change, learning, and the development of interpersonal skills.

***Keywords*:** Group dynamics, multi-subjective field, Group psychology, group methodology, group activity planning, group psychotherapy, therapeutic group structure, group structure, group setting,

group leadership, group methodologies, group setting, active training methodologies, interpersonal skill.

Luogo privilegiato

Il gruppo, come spazio dove *ri-vedere* e *ri-narrare* vissuti personali e intrecci relazionali, attraverso rispecchiamenti, risonanze emotive, conflitti, complicità, alleanze, silenzi condivisi, comunicazioni e interazioni. *Campo* privilegiato, che si trasforma in un dispositivo d'intervento vitale, dinamico e capace di sviluppare consapevolezza e risorse personali.

Gruppo come laboratorio? Sì, nell'apprendimento e nella formazione esperienziale, in cui le competenze *interpersonali* non si limitano solo ad essere trasmesse in modo unilaterale ma, attraverso le attività *in* gruppo, vengono sperimentate, messe in gioco e negoziate con l'altro. Le suddette *interpersonal skill* possono, così, avere un *campo di Applic-Azione* , per potersi sviluppare attraverso la partecipazione attiva, facilitando processi di apprendimento più profondi e duraturi, rispetto alla semplice acquisizione individuale e frontale.

Gruppo in psicoterapia? Si, il gruppo, in questo caso, amplifica e rende osservabili dinamiche che, nel setting individuale, possono rimanere talvolta implicite. Può capitare, che durante il percorso di terapia individuale, il professionista si trovi nella necessità di far fare un salto in avanti, alla persona seguita, e coinvolgerla in un contesto multi-soggettivo.

Un luogo protetto e sicuro, dove ogni partecipante porta la propria storia, ma è soprattutto nella relazione con gli altri membri del gruppo, che possono emergere schemi relazionali ricorrenti e talvolta disfunzionali, modalità affettive, bisogni e vissuti emotivi che possono essere espressi e *ri-co-regolati*.[1]

In gruppo: intervento multifasico ad assetto variabile

[1] *Ri-Co-Regolati*: termine creato dalle autrici, a significare un processo relazionale che viene messo in atto allo scopo di "calibrare" meglio la gestione emotiva. Azione inter e multi-soggettiva reciproca, che può consentire di passare da uno stato di attivazione non funzionale a uno più equilibrato, riconosciuto dalla persona e dagli altri membri attraverso i fattori specifici di rispecchiamento e risonanza.

La flessibilità dell'approccio ci permette di intervenire in percorsi gruppali, non adottando una serie di stratagemmi rigidi o preconfezionati. Non c'è una ricetta giusta o sbagliata, e le domande che ci potremmo porre, ad esempio, se *la composizione del gruppo dovesse essere fissa per tutta la durata del gruppo? Oppure se con il trascorrere del tempo ci potrebbe/dovrebbe essere un ricambio di alcuni dei membri? O ancora se i membri sono volontari o prestabiliti? Sono gruppi di sola parola oppure si possono introdurre attività interattive?* La nostra risposta è che dipenderà dal tipo di gruppo, dalla fase dei singoli membri in cui ci troviamo, dalle caratteristiche dei partecipanti, dal progetto condiviso con tutti gli attori in gioco, dagli obiettivi raggiunti e quelli ancora da percorrere. Teniamo presente che l'approccio PPI assicura, per le sue caratteristiche metodologiche, un intervento*"multifasico ad assetto variabile" e una flessibilità delle tecniche"*, questa precisazione è valida per qualsiasi aspetto dell'intervento sia individuale che di gruppo, con il risultato di rendere l'esperienza terapeutica integrata, personalizzata e co-costruita e il gruppo come *luogo* di crescita e cambiamento.

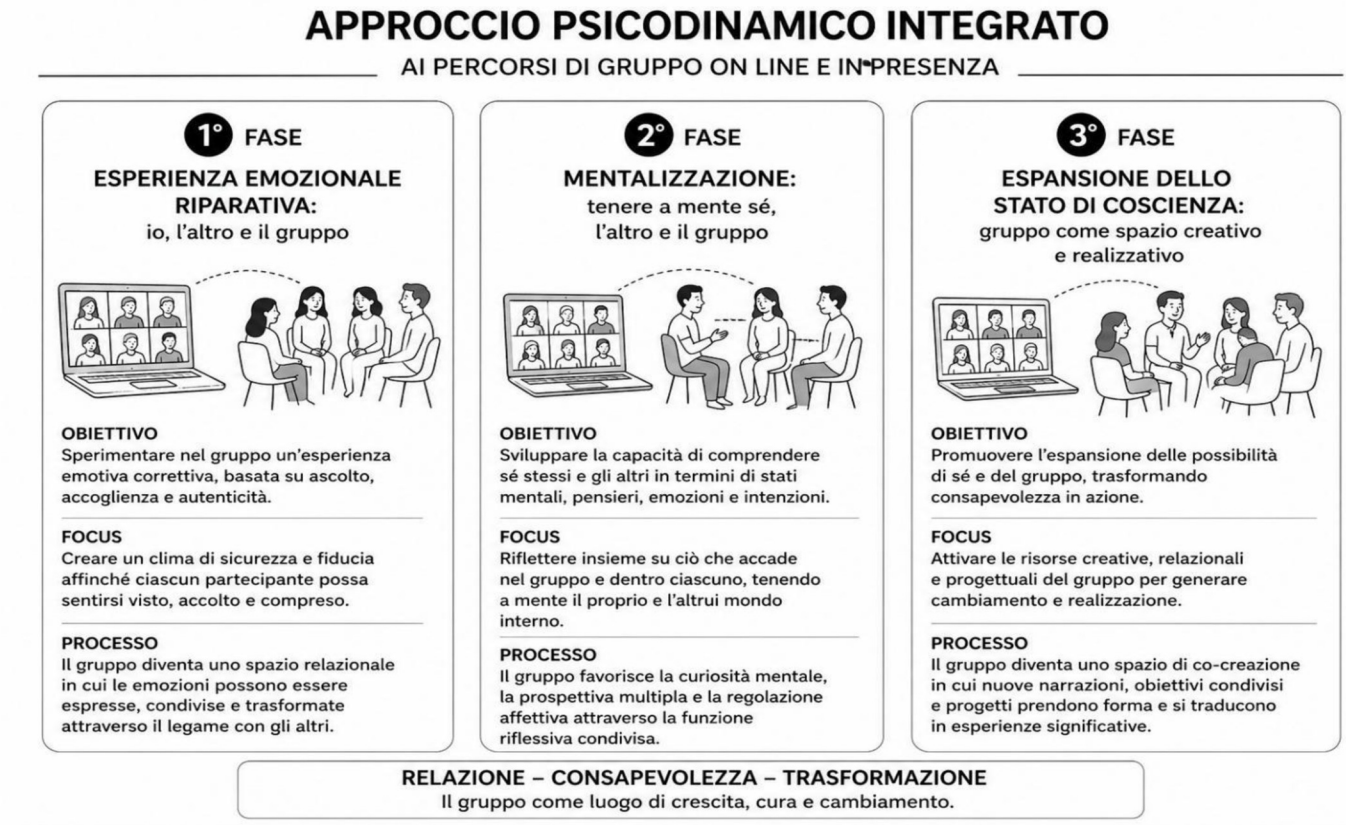


Figura 1: Approccio psicodinamico integrato ai percorsi di gruppo

Nei casi di percorsi di gruppo, la discontinuità della presenza/assenza dei partecipanti potrebbe diventare una variabile critica importante, che va ad incidere sulla qualità relazionale dell'esperienza e sull'assetto del gruppo, mettendo a rischio l'eventuale prosecuzione dell'intero percorso. Di questi aspetti vedremo più avanti le caratteristiche e come affrontarli quando si progetta un intervento di questo tipo che, come per tutti i progetti, può avere un termine prestabilito. La *dimensione temporale*, lo affermavano già allora, Alexander (1946) e Rank (1929), è un fattore determinante e può incidere sull'andamento. Stabilire, infatti, sin dall'inizio il limite temporale, potrebbe evitare di cadere nella involutiva dinamica di dipendenza e al contrario, invece, potrebbe favorire l'evoluzione dei pazienti. Rimangono comunque evidenti limiti e possibilità in entrambi i casi, ragion per cui non esiste una regola universale, ma indicazioni variabili e flessibili in base al progetto d'intervento e alle considerazioni non solo cliniche, nei casi di altre tipologie di gruppo, dei terapeuti conduttori.

Protagonisti e set-*ing*

In che modo possiamo organizzare un percorso evolutivo, attraverso il gruppo? Pensando alla progettazione, quali sono i primi step da tenere a mente?

È buona prassi tener conto dell'importanza di una prima fase in cui è necessario valutare e analizzare l'idoneità dello strumento, per uno specifico contesto e soprattutto per i suoi obiettivi, aspetto focale per ogni avvio concreto dell'intervento. Questa fase è particolarmente delicata, perché non sempre gli obiettivi sono espliciti e, infatti, l'analisi della domanda iniziale, deve essere accurata e dettagliata, basata su un ascolto attivo ed empatico. Questo rappresenta un approccio fondamentale per esplorare aspettative, bisogni e reali possibilità di intervento, soprattutto in fase di selezione dei futuri membri del gruppo.

Potrebbe capitare, infatti, che alcune persone non risultino idonee ad essere coinvolte in un progetto di questo tipo e, in tal caso, sarà buona norma, orientarle verso attività alternative e più indicate al loro reale bisogno e profilo personale.

Nell'ideazione, progettazione e composizione di un gruppo, sono molte le possibilità di combinazione tra *approccio*, *set-ing* e tecniche utilizzate.

Nella nostra esperienza, abbiamo rilevato quanto importante ed efficace sia un intervento "*sartoriale*", cucito su misura come un abito adattato alle specifiche esigenze. Contenuti e obiettivi di lavoro, infatti, possono incidere, anche di molto, sulle caratteristiche del percorso e sulla riformulazione delle richieste ed esigenze sul progetto, sia che si tratti di una autonoma scelta del professionista (come accennato sopra), oppure nel caso in cui giunga richiesta da una committenza esterna (organizzazioni, strutture pubbliche o enti privati, sia di ambito sanitario, o scolastico, di comunità, così come Associazioni di pazienti), per cui la *forma gruppale* venga prescelta come dispositivo principale di intervento. Questo, per non cedere alla banalizzazione inefficace della *taglia unica* per tutti che, se da un lato può rispondere ad una domanda più ampia, dall'altro può rischiare di generalizzare e non soddisfare esigenze specifiche. E, per questo, è importante mantenere una relazione costante, con tutti i *protagonisti* in gioco.

Il dispositivo d'intervento: regia, scenografia e fase di montaggio

Di seguito, le varie fasi progettuali nell'ottica della metodologia psicodinamica integrata applicata ai gruppi.

Analisi del contesto, della domanda e delle risorse

Secondo Bateson (1976), "*Senza l'identificazione del contesto non si può capire nulla* ", ciò che il terapeuta/conduttore, andrà ad analizzare non può essere concepito come separato e autonomo rispetto al contesto, perché esso rappresenta la matrice dei significati, come per un regista, la creazione di coerenza tra contenuto e forma artistica.

Porsi le domande giuste è il primo punto di partenza:

- Si tratta di un contesto pubblico o privato o entrambi?
- Si tratta di un intervento da costruire ex novo o si aggiunge ad interventi già in essere?
- Quale l'investimento concreto, in termini di risorse materiali e attori coinvolti?

Se ci troviamo, ad esempio, in un contesto pubblico, l'attenzione è posta soprattutto sulla tipologia di richiesta, sui vincoli temporali, logistici, strumentali, ma anche di risorse umane interne, ed

eventuali altri elementi di contesto da tener presente per la progettualità dell'intervento. La capacità del professionista sarà proprio nella raccolta dettagliata di tali informazioni che vanno a definire una prima cornice di riferimento. Le domande esplorative, in questo senso, ci aiutano a raccogliere informazioni preziose, sia sulla conoscenza del "luogo" in cui ci troveremo ad operare, degli eventuali altri attori coinvolti, ruoli e soprattutto valori e *cultura* di riferimento. Questo ci porterà a costruire le relazioni interne con i committenti, responsabili e figure laterali, a definire le caratteristiche dell'accordo di collaborazione, i tempi, gli obiettivi ed elaborare fattivamente la o le proposte progettuali. Nei contesti pubblici, ad esempio, può capitare che il percorso di gruppo si inserisca in un progetto già avviato e lo psicologo si potrebbe trovare a collaborare con tutte le figure interne e strutturate (medici, infermieri, psicologi, operatori sanitari, insegnanti, ecc.), con le quali sarà importante creare una sinergia d'azione e un costante allineamento. È importante, dunque, presidiare la qualità della comunicazione, dell'ascolto parametrato al linguaggio degli interlocutori.

Organizzazione dell'assessment e il monitoraggio dell'esperienza di gruppo

- **Assessment e colloqui preliminari**

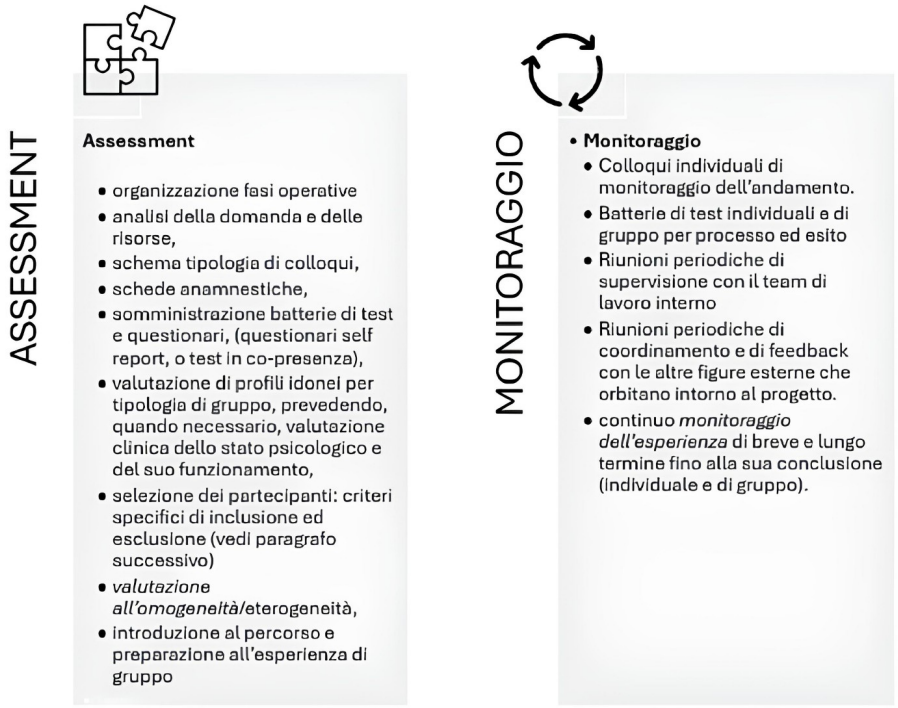
Anche nel gruppo, è fondamentale dedicare uno spazio per iniziare a costruire una prima conoscenza e una potenziale alleanza terapeutica con il conduttore, costituisce una *esperienza ponte*, protettiva per il paziente, rispetto a quello che potrebbe evocare l'incontro reale fra lui e il gruppo (Gans, Counselman, 2010). È una metodica che si serve di diversi strumenti e tecniche individuali e di gruppo, quali colloqui, somministrazione test, questionari, prove situazionali, momenti di osservazione.

L'obiettivo è quello di raccogliere elementi utili sul profilo della persona, dal punto di vista clinico, delle sue capacità e risorse che potranno essere sviluppate durante il percorso. È un processo valutativo che rimanda alla formulazione psicodinamica del profilo della persona che potrebbe partecipare ad un gruppo e anche un momento di condivisione con la persona, di scambio e di confronto in merito alla prospettiva dell'esperienza.

- **Monitoraggio**

Secondo le linee guida dell'AGPA (American Group Psychotherapy Association) Bernard et al. (2008), sottolineano come " *Il monitoraggio del percorso dei gruppi è connesso all'etica della cura*", in quanto permette al terapeuta di verificare l'andamento del percorso di gruppo, prevenendo per quanto possibile, eventuali esiti avversi, risultati scarsi e criticità su cui poter intervenire in tempo utile durante lo svolgimento dello stesso. Gli autori evidenziano come questo possa essere misurato attraverso test e strumenti di valutazione standardizzati e colloqui individuali, che attenzionano le diverse fasi del processo, in termini sia evolutivi individuali e sia riguardo all' attivazione dei fattori specifici e terapeutici del gruppo. L'utilizzo accurato del monitoraggio come strumento di lavoro nei gruppi potrà aiutare il superamento del rischio di onnipotenza da parte del terapeuta, favorire la centralità del paziente *in* gruppo, in termini di cambiamenti durante tutto il percorso. Monitorare attentamente l'andamento del gruppo, dunque, permette anche di dare rilevanza ad un decentramento osservativo rispetto al proprio lavoro, anche grazie ad osservazioni che provengono dal team che lavora con lui, dai membri del gruppo, in una costante bilanciamento tra contenuto e processo. Ogni esperienza di gruppo, inoltre potrà evidenziare nuovi dati utili ai fini di nuove prospettive di ricerca.

Figura



2: Visualizzazione schematica dei focus point relativi alle fasi di assessment e monitoraggio (Battisti S. Scarpulla C.2026)

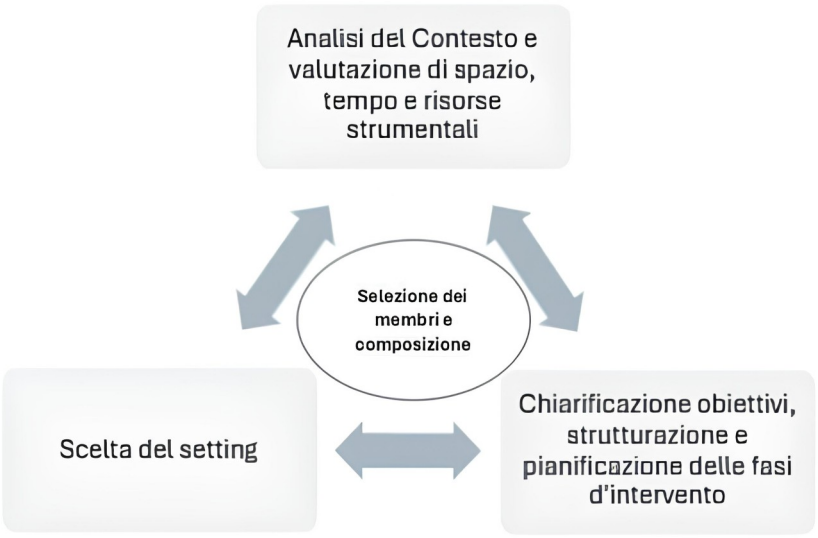


Figura 3: Organizzazione e composizione del gruppo

I criteri della composizione dei gruppi, tema ampiamente trattato nella letteratura di riferimento (I. Yalom 2016; Vasta, F. N., et al., 2019; A. Tangolo; A. Massi, 2021) aiutano ilterapeuta/conduttore/trainer a comprendere il *p"rocesso"* presente all'interno di ciascun gruppo con l'obiettivo di pianificare il lavoro sulle necessità dei partecipanti.

L'orientamento alla composizione dovrebbe essere permeato dalla *comprensione dei compiti del gruppo* (I. Yalom 2016). Le ricerche sui gruppi non offrono delle linee guida specifiche sulla selezione delle persone, ma dimostrano che il procedimento della composizione del gruppo, parte dalla premessa di immaginare, con una certa precisione, il comportamento di una persona, nel gruppo, dato che l'aspetto più importante dei gruppi è proprio l'interazione tra i membri.

I criteri per comporre un gruppo che "lavorerà" insieme, sono applicabili a tutte le tipologie di gruppo, tenendo conto dello specifico intervento e della scelta metodologica, sia che si tratti di psicoterapia, sia che si tratti di supporto psicologico o di altre forme di gruppo di taglio più psico-educativo o gruppi di apprendimento e formazione. Le indicazioni, in merito alla composizione, si riconducono soprattutto alla necessità di evidenziare il profilo della persona, sia in

termini di personalità, sia di salute psicofisica, sia in termini di differenti dimensioni interpersonali,cognitive, culturali e di stato socio-economico, o secondo casi, a caratteristiche di ruolo e target di riferimento che permettono al conduttore o trainer di adattare contenuti, tecniche e obiettivi. Gran parte del risultato del lavoro dipenderà dalla composizione di gruppo, dalla disposizione dei partecipanti a quel tipo di percorso, agli obbiettivi e alle eventuali attività previste per quella tipologia d'intervento. A seconda delle possibilità, è buona prassi effettuare colloqui preliminari con i potenziali partecipanti:

- ➢ Per fornire loro informazioni relative al progetto in corso di avvio,
- ➢ Perché è un momento, più o meno strutturato, dedicato alla conoscenza e valutazione delle caratteristiche della persona,
- ➢ Per valutare la loro motivazione e soprattutto se l'esperienza con quel tipo di percorso potrà essere funzionale per la persona e per il gruppo stesso.

Un altro aspetto importante su cui è necessario focalizzare l'attenzione riguarda la costruzione del gruppo e l'equilibrio nella composizione dei suoi membri.

È fondamentale, infatti, trovare un adeguato bilanciamento tra omogeneità ed eterogeneità dei partecipanti, prendendo in considerazione diversi aspetti, tra cui:

- Fascia d'età e dati anagrafici;
- Funzionamento cognitivo;
- Eventuali patologie o condizioni cliniche presenti;
- Tratti e peculiarità della personalità.

Alcune persone, infatti, potrebbero non essere idonee per queste caratteristiche o fasi della loro vita. L'importanza della *composizione e selezione* dei membri di un percorso strutturato di gruppo, non è, dunque, basata semplicemente su variabili organizzative, legate alla disponibilità dei singoli membri o numeriche, sebbene aspetti necessari per la gestione del percorso. Entrano, invece, gioco, elementi specifici che riguardano la loro motivazione, il mantenimento della stessa

anche durante momenti difficili e particolarmente critici, alle aspettative e agli obiettivi espliciti/ impliciti di quel gruppo specifico.

Ultimo aspetto, non per importanza è il ruolo del conduttore, esso stesso membro del gruppo. Foulkes (1976) definì, l'analista come "*primo paziente del gruppo*" e la psicoterapia di gruppo, come "*una forma di psicoterapia praticata dal gruppo nei confronti del gruppo, ivi incluso la sua partecipazione con il suo mondo interiore* ", gestendo distanze e confini ottimali tali da rendere il suo ruolo efficace, non solo professionalmente ma anche umanamente.

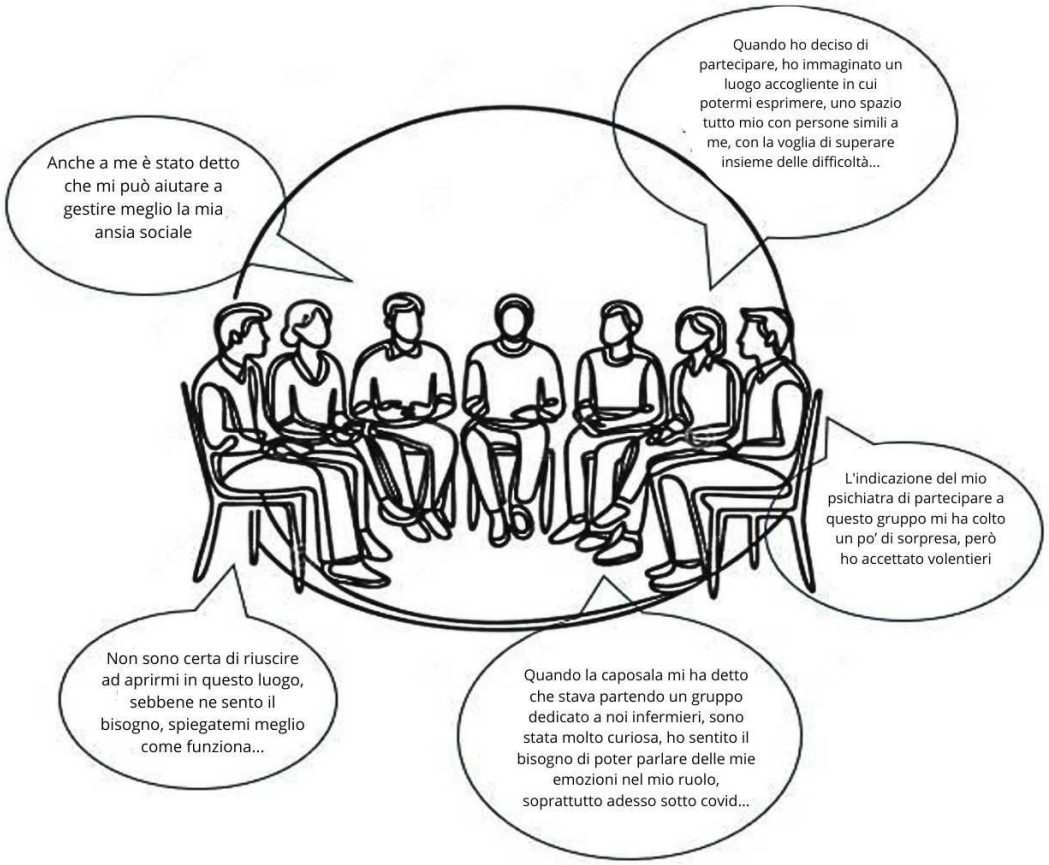


Figura 4: Estratti di colloqui preliminari da diverse tipologie di gruppo tra il 201G e il 2021

Selezione e composizione: indicazioni operative

In accordo con vari autori di matrice psicodinamica, come Foulkes (1975), Berne (1986), Yalom (2016), la maggior parte delle persone possono essere ammesse alla terapia di gruppo, purché:

- Si possa far precedere un ragionamento clinico, per definire quegli elementi che porteranno il terapeuta a comporre un tipo di gruppo con alcuni pazienti piuttosto che altri, (S. Battisti; C. Scarpulla, 2025)
- Vi sia un accordo preliminare e le basi per un lavoro in sinergia nei casi di co-conduzione
- Sia resa possibile la conoscenza clinica del soggetto e soprattutto il grado di motivazione (Seligman, M.E.P. 1995)
- Venga fornita loro un'adeguata preparazione all'esperienza terapeutica (S. Battisti; C. Scarpulla, 2025)

Con la parola *preparazione* intendiamo un insieme di valutazioni specifiche, in questo caso relativo alla selezione dei pazienti**.** La domanda, quindi, che il terapeuta dovrà porsi sarà: *Quali persone potranno partecipare e a quale tipo di gruppo*?

I principi di selezione che utilizzeremo dipenderanno fortemente dalla tipologia di gruppo che si vuole creare. È opinione abbastanza concorde dei clinici che si tratta di *un'operazione di scarto* più che d'inclusione (Yalom, 2016). Tuttavia, l'approccio metodologico prevede di poter ragionare intorno ad alcuni parametri d'inclusione per agevolare l'esito dell'esperienza terapeutica. Di seguito riportiamo alcuni contributi raccolti, a cui facciamo riferimento, ed altri emersi dalla nostra esperienza diretta. Non vuole essere uno schema rigido, ma una bussola che può orientare il terapeuta nel campo d'azione e portarlo a riflettere sull'importanza di *creare* gruppi in linea con le caratteristiche del paziente, con il contesto di riferimento, con gli obiettivi del progetto e con le caratteristiche di conduzione. Inoltre, *immaginare* di volta in volta modalità originali, soluzioni alternative, per stimolare i singoli e il gruppo; una buona dose di creatività, accanto ad una disciplinata costruzione del percorso. Vediamo ora le caratteristiche che è importante rilevare al

momento della composizione di un gruppo e, a seguire, per chi è indicato un gruppo con un focus terapeutico:

- Sufficienti capacità di sostenere una relazione terapeutica (Berne 1986, Foulkes 1975),
- Sufficiente capacità di predisporre un'alleanza terapeutica (Bernard et al., 2008)
- Gradi di competenze relazionali sufficientemente compatibili per avere uno scambio paritario (M. Tirelli; A. Mosconi; M. Gonzo 2016)
- Caratteristiche ego distoniche (riconoscere e sentire il desiderio di risolvere le proprie problematiche (Yalom, 2016)
- Sufficienti aspettative positive all'esperienza terapeutica (molte ricerche sostengono l'importanza dell'aspettativa positiva sull'esito che diventa un importante criterio inclusivo) (Yalom, 2016).
- Un sufficiente livello di curiosità e disponibilità ad affrontare situazioni nuove anche quando, non è la persona ad aver avuto l'iniziativa di partecipare, ma le sia stato indicato dal proprio terapeuta o da conoscenti (S. Battisti; C. Scarpulla)
- Sufficiente disponibilità di riflessione e messa in gioco (G. Lago 2006)
- Sufficiente grado di accettazione di un lavoro di esplorazione ed elaborazione sui propri vissuti e stati emotivi (S. Battisti; C. Scarpulla)
- Grado sufficiente di forza dell'io, ovvero la sintomatologia non deve essere così grave da comprometterne le capacità esecutive, di giudizio e di esame di realtà (A. Lemma, 2012).

E per chi è indicato?

- Persone che hanno la tendenza a somatizzare, in quanto sarebbero facilitate ad esprimere e verbalizzare i propri stati emotivi conflittuali, anziché manifestarli tramite il corpo. In questo caso il gruppo diventa strumento che permette l'integrazione di aspetti diversi di sé, stimolando un costante equilibrio relazionale tra mente e corpo.

- ➢ Persone con vissuti di inadeguatezza e bassa autostima proprio perché, attraverso la relazione e i contributi degli altri, potranno sviluppare maggiore consapevolezza, individuare l'origine di tali disagi e rivedersi con occhi nuovi.
- ➢ In tutti quei casi in cui l'immagine di sé risulti alterata in modo più o meno patologico, il gruppo, attraverso i fattori specifici come la risonanza, la coesione e il rispecchiamento elaborerebbero più efficacemente i passaggi fondamentali della propria storia e una più equilibrata immagine di sé.

Di seguito riportiamo schema riepilogativo delle domande chiave utili al momento della definizione della struttura del gruppo che andremo a formare.

Domande chiave al momento della definizione della struttura di un gruppo rispetto agli obiettivi:

- Un gruppo aperto o chiuso?
- Percorsi brevi o di lungo termine?
- Durata e frequenza dei singoli incontri?
- Tipologia di set o setting più adeguati?
- Numero effettivo dei partecipanti?
- Omogeneo o eterogeneo?

Entrare in *campo*: regole del *gioco*

- Definizione dei tempi e calendarizzazione,
- Possibile creazione di canali di comunicazione durante il percorso (chat WhatsApp e /o altre piattaforme di condivisione e norme interne per loro utilizzo),
- Norme di comportamento,
- Condivisione del contratto di adesione al percorso (obbligo presenza, comunicazione e motivazioni delle assenze, norme legate ai ritardi etc.,

Nello specifico:

- **Gruppo Aperto** : si intende quella tipologia di gruppo organizzato in modo che il conduttore, potrà decidere, consapevolmente e contestualmente, di far entrare nuovi membri o sostituendo membri che interrompono il percorso, con dimensioni costanti prestabilite a durata flessibile, il tutto a percorso già avviato e allo stesso tempo ognuno potrà concludere, appunto, l'esperienza terapeutica in tempi diversi, sempre previa valutazione del terapeuta-conduttore che deciderà l'adeguatezza dei cambiamenti che essi comporteranno.
- **Gruppo Chiuso**: s'intende, invece, una forma di gruppo che, in genere è maggiormente indicata per favorire un intervento efficace. É un'organizzazione gruppale in cui si bloccano le entrate di nuovi, dopo al massimo 3 sedute e si definiscono sin da subito:

- un certo numero d'incontri calendarizzati e condivisi con i partecipanti,

Per riassumere gli aspetti trattati e, certamente, da approfondire nel Compendio, nella sezione dedicata ai gruppi, ci teniamo a ribadire la responsabilità che il terapeuta/conduttore, deve assumere prima di avviare concretamente un gruppo, utilizzando la metodologia psicodinamica integrata. Sia che si tratti di gruppo in presenza o in remoto, il terapeuta deve tenere conto della fase più importante quanto delicata, ovvero la fase di progettazione.

Immaginando e avendo chiarezza concreta su come si realizzerà il progetto, considerando tutte le variabili che entreranno in gioco e per dotarsi di adeguati strumenti di gestione. Sarà necessario prendere delle decisioni importanti, prima di convocare il futuro gruppo, presidiando le variabili, nell'articolo sopra descritte, a cui deve porre molta attenzione, al fine di garantire un *contenitore sicuro*, per i membri. Creare, quindi, quelle condizioni di *base*, che potranno orientare le persone verso una zona di sperimentazione e successivo consolidamento degli apprendimenti avvenuti, in cui il pensiero diventa azione concreta e lo spazio di gruppo si trasforma in una vera zona di sviluppo prossimale. Il gruppo svolgerà, in questo modo, una vera e propria funzione di *ponte* per il singolo soggetto, che si sentirà: *assecondato nel provare e sperimentare*; *fiducioso nelle proprie capacità e conquiste*; *sostenuto nei momenti critici e di smarrimento*; *validato nel cambiamento avvenuto*.

Bibliografia

Alexander, F. (1946). *Psychoanalytic therapy*: *Principles and application*. Ronald Press.

Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi.

Berne, E. (1986). *Principi di terapia di gruppo*. Astrolabio Ubaldini.

Bernard, H. S., Burlingame, G. M., Flores, P. J., Greene, L. R., Joyce, A. S., Kobos, J. C., & Feirman, D. (2008). *Clinical practice guidelines for group psychotherapy*. Guilford Press.

Battisti S., Scarpulla C. (2025). Gruppo microcosmo sociale. La dinamica dei gruppi secondo il metodo di Psicoterapia Psicodinamica Integrata. Mente e Cure - Psicoterapie e Neuroscienze n. 16 pp. 4-19

Foulkes, S. H. (1969). *Analisi terapeutica di gruppo*. Boringhieri.

Foulkes, S. H. (1975). *Group-analytic psychotherapy*. Routledge.

Foulkes, S. H. (1976). *La psicoterapia gruppoanalitica*: *Metodo e principi*. Cap.1, p.29. Astrolabio. (Opera originale pubblicata nel 1975).

Foulkes, S. H. (1983). *Group analytic psychotherapy selon Foulkes et psychanalyse selon Lacan*. *Bulletin de Psychologie*.

Gans, J. S., & Counselman, E. F. (2010). Patient selection for psychodynamic group psychotherapy: Practical and dynamic considerations. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(2), 191–210.

Lago, G. (2006). *La psicoterapia psicodinamica integrata*: *Le basi e il metodo*. Alpes Italia.

Lemma, A. (2012). *Terapia dinamica interpersonale breve*: *Una guida clinica*. Raffaello Cortina.

Rank, O. (1929). *The trauma of birth*. Harcourt, Brace.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.

Tangolo, A., & Massi, A. (2021). *Terapia di gruppo con l'analisi transazionale*: *Teoria e pratica*. FrancoAngeli.

Tirelli, M., Mosconi, A., & Gonzo, M. (2016). *Manuale di psicoterapia sistemica di gruppo*. FrancoAngeli.

Vasta, F. N., Gullo, S., & Girelli, R. (2019). *Psicoterapia psicodinamica di gruppo*: *Una guida per il clinico*. Alpes Italia.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2016). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo* (M. Biondi, Trad.; 5ª ed., ristampa). Bollati Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 2005).

Articolo

Psicoterapia e psicofarmaci. una proposta metodologica

Psychotherapy and Psychopharmacology: A Methodological Proposal for Integrated Treatment

***Martellotti S.*[1]**

[1] *IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata*

Riassunto

La psicoterapia integrata alle cure psicofarmacologiche è una pratica diffusissima, che riguarda una frazione ormai considerevole di pazienti. Eppure, in proporzione, appaiono scarne le proposte metodologiche chiare e applicabili che guidino a pratiche d'integrazione capaci di rendere davvero sinergici i due interventi. Il presente capitolo mira proprio a colmare questo gap: il tentativo è di chiarire il tema e l'applicazione della terapia integrata da diverse prospettive d'osservazione. Il "cosa": quali parametri definiscono la terapia integrata rispetto a pratiche che semplicemente sommano i due interventi; il "chi": quali sono le competenze tecniche e trasversali che i due partecipanti (psicologo-psicoterapeuta e psichiatra) sono chiamati ad acquisire; il "perché": quali sono gli effettivi vantaggi del trattamento combinato e integrato e come psicofarmaci e psicoterapia possono aiutarsi a vicenda; il "quando": in quali casi e in quale momento del percorso psicoterapeutico inviare il paziente per un consulto psichiatrico; il "come": i paragrafi successivi si occuperanno di chiarire le buone pratiche, ossia il "che fare" consigliabile per rendere possibile e maggiormente efficace l'integrazione.

Infine, cercheremo di presentare le condizioni in cui gli psicofarmaci possono potenzialmente ostacolare la psicoterapia, senza tralasciare i possibili rimedi a queste insidie. In appendice, viene presentata la brochure informativa destinata ai pazienti in psicoterapia candidati all'integrazione con psicofarmacoterapia, che cerca di tradurre in un linguaggio accessibile ai non addetti ai lavori i principi più importanti espressi nel capitolo.

Abstract

The integration of psychotherapy with psychopharmacological treatment has become widespread in contemporary clinical practice and now involves a considerable proportion of patients. Nevertheless, clear and practically applicable methodological frameworks capable of fostering genuine synergy between these two interventions remain relatively scarce. This chapter aims to address this gap by providing a comprehensive methodological proposal for integrated treatment from multiple perspectives. It examines what distinguishes integrated therapy from the mere combination of psychotherapy and medication; who, namely the technical and interpersonal competencies that psychologists, psychotherapists and psychiatrists should acquire to work collaboratively; why integrated treatment may offer significant clinical advantages and how psychotherapy and psychopharmacology can mutually enhance their therapeutic effects; when patients should be referred for psychiatric consultation during the course of psychotherapy; and how effective collaborative practice can be implemented through practical recommendations designed to maximise treatment integration. Finally, the chapter discusses the circumstances in which psychotropic medication may interfere with the psychotherapeutic process, together with possible strategies for preventing or overcoming these difficulties. An appendix includes an information leaflet for patients undergoing psychotherapy who are candidates for integrated psychopharmacological treatment, presenting the key principles of the proposed methodology in language accessible to non-specialists.

1. **Definizione di terapia integrata**

In questo capitolo si farà principalmente riferimento al caso di trattamenti che implicano una collaborazione tra uno psicoterapeuta che conduce la terapia psicologica e uno psichiatra che somministra i farmaci, modalità che in letteratura viene definita “split/collaborative”.

Il termine “terapia integrata”, che verrà citato più volte in questo capitolo, può essere definito come una metodologia di combinazione tra psicoterapia e psicofarmaci, nel cui contesto i due clinici:

a) Riescono a sviluppare un'idea comune della diagnosi, della formulazione del caso e degli obiettivi di trattamento;

b) Hanno una visione chiara delle differenze fondamentali tra i principali target della psicoterapia e degli psicofarmaci, collocabili, rispettivamente, nelle dinamiche stabili di personalità (e sviluppo di competenze mentali) e nella sintomatologia emergente;

c) Sono in grado di restituire in modo efficace tale visione al paziente;

d) Collaborano fattivamente sia tra loro che con il paziente, sapendolo reclutare sapientemente nel "team di lavoro";

e) Sanno monitorare l'impatto del trattamento in tutte le sue fasi cogliendo sul nascere i segnali di scompenso, anche in virtù della capacità di coinvolgere attivamente il paziente come "esperto della sua esperienza interna" (cfr. Miller & Rollnick, 2013), nella rilevazione dei segnali interni "sentinella";

f) Sanno affrontare e discutere le preoccupazioni e le fantasie del paziente rispetto ai farmaci mutandole da possibili fonti di rottura a opportunità d'insight e riparazione dell'alleanza terapeutica.

In questo capitolo, cercheremo di delineare una metodologia che aspira a superare la mera logica sommatoria delle terapie combinate (implicita in gran parte della letteratura sull'argomento), potenziando gli effetti terapeutici, limitando acting-out e drop-out, contrastando le triangolazioni tra i diversi attori del percorso, migliorando la compliance e restituendo al paziente un senso realistico e "integrato" delle proprie problematiche e della logica stessa del percorso. La metodologia di questa forma d'integrazione pone l'accento sul coinvolgimento proattivo e consapevole del paziente, limitando il rischio che questi sviluppi una passività regressiva rispetto a figure terapeutiche e terapie.

2. **Competenze necessarie ai clinici in terapia integrata**

Le competenze nei rispettivi campi applicativi sono necessarie ma non necessariamente sufficienti alla gestione della terapia integrata. In questo paragrafo divideremo, a scopo illustrativo, le competenze da acquisire in due categorie: le competenze relazionali e le competenze tecnico-procedurali.

2.1. **Competenze relazionali-trasversali**

Partiamo dalle competenze relazionali e trasversali. Una prima competenza relazionale-trasversale è costituita dalle buone abilità negoziali. I due clinici coinvolti devono possederle nell'ambito dei rapporti professionali, ma più in generale un po' in tutti i contesti relazionali. Divergenze tra punti di vista, malintesi, dubbi sul trattamento condotto dal collega sono molto comuni. In questi casi, è bene non saltare alle conclusioni, provando a esporre con calma e chiarezza le proprie percezioni e riflessioni al collega, senza toni supponenti o cattedratici. Le abilità negoziali vedono in una sana assertività e in un'apertura a punti di vista divergenti le proprie fondamenta funzionali. Le capacità di discernimento sociale (identificazione del significato interpersonale dei comportamenti propri e altrui) e di discernimento cognitivo (distinguere i fatti dalle interpretazioni) sono indispensabili alla creazione di collaborazioni funzionali in terapia integrata.

Un'altra competenza è l'umiltà epistemica; concetto collegato a quello di discernimento cognitivo, può essere definita come la capacità di sottoporre ad un accurato vaglio critico le proprie impressioni e convinzioni. Tale qualità si sostanzia nella capacità di porsi domande socratiche, di riconoscere e depotenziare bias cognitivi come quello di conferma, di selezione e della disponibilità (Kahneman, 2012), nonché di sopportare la tensione del dubbio e la sospensione del giudizio.

Una terza competenza relazionale-trasversale è l'ascolto attivo (Rogers & Farson, 1957; Gordon, 2002). Questa competenza, tutt'altro che scontata, è essenziale per favorire l'espressione dei vissuti e dei pensieri che ruotano attorno alla questione farmaco e alle rotture della compliance; tale competenza si può considerare centrale tanto per lo psicoterapeuta quanto per lo psichiatra prescrittore. La pratica dell'ascolto attivo limita il rischio di scivolare in atteggiamenti verticali *ex cathedra* o paternalistici. L'empatia e gli interventi verbali connessi (come domande aperte, prompt, riflessioni del sentimento e riformulazioni del contenuto) incoraggiano il paziente a far emergere

l'eventuale disagio o i dubbi sui trattamenti, senza che ciò evochi critica o giudizio da parte del clinico (Unconditional Positive Regard: Rogers, 1957).

Un'ulteriore competenza relazionale che vorrei citare riguarda le tendenze antagonistiche e competitive. La gestione di queste istanze è fondamentale per contenere la spinta a intestarsi il successo, quando le cose vanno bene, o a esternalizzare l'origine dei problemi quando vanno male. Rendersi consapevoli dello switch da un dialogo fondato sul sistema motivazionale cooperativo ad uno influenzato dall'attivazione del sistema di rango (Liotti, 2008) è una dotazione professionale chiave sia nei colloqui clinici che negli scambi comunicativi tra colleghi. In termini psicodinamici, la percezione del proprio controtransfert consente di evitare agiti non mentalizzati o di cadere in trappole relazionali quali identificazioni proiettive, collusioni e triangolazioni. La corretta identificazione del proprio controtransfert è essenziale anche nei dialoghi tra professionisti. Possono esserci idealizzazioni, svalutazioni, sensazione di essere squalificati o trattati in modo sbrigativo. Non di rado, subentrano anche dinamiche legate alle differenze di ruolo o all'anzianità di servizio che possono gradualmente erodere la qualità della collaborazione tra clinici (Kahn, 1991). In ultimo, ma non in ordine d'importanza, se uno o entrambi i clinici sono condizionati da un'aderenza di tipo ideologico al proprio orientamento, il rischio di "scissione terapeutica" conflittuale è ancora più accentuato.

È interessante notare che le competenze relazionali sin qui esposte coincidono con le qualità personali del modello di salute relazionale-comunicativa che si vorrebbe trasmettere al paziente. Mettere in atto il modello di salute che si sta proponendo può facilitarne l'integrazione e, dunque, promuovere la cura. Questa affermazione è suffragata da una vasta schiera di contributi teorico-metodologici come quelli sul modeling (Bandura, 1977), sull'esperienza emozionale correttiva (Alexander, 1946) e sull'alleanza terapeutica (Bordin, 1979; Safran e Muran, 2003).

2.2 Competenze tecnico-procedurali

È necessario che i due clinici coinvolti nella terapia integrata siano in possesso di una serie di competenze specifiche di tipo tecnico e procedurale.

Una delle competenze cardine è la capacità di uscire dal gergo ristretto del proprio orientamento teorico attraverso l'adozione di un linguaggio comune fondato su terminologie diagnostiche diffuse, come il DSM-5 (APA, 2022), inclusa la scala dei livelli di funzionamento della personalità (LPFS), o il PDM-3 (Lingiardi & McWilliams, 2025). Per riuscire nell'intento, non è sufficiente possedere e conoscere i manuali, serve anche integrarli in modo fluido nella propria pratica, senza per questo abbandonare la prospettiva del proprio metodo di riferimento.

È dunque necessario effettuare una diagnosi su tre livelli: il livello dei quadri clinici sindromici (ad esempio, disturbo persistente dell'umore, disturbo di panico, disturbo bipolare II, ecc.), il livello del funzionamento della personalità, valutabile attraverso la LPFS (Levels of Personality Functioning Scale) del DSM-5 AMPD (APA, 2022) o il PDM-3 (Parte I dell'asse P) (Lingiardi & McWilliams, 2025), il livello dei fattori di stress e delle risorse esterne. La tendenza dei sintomi a persistere o aggravarsi è inversamente proporzionale al livello di funzionamento della personalità e al supporto sociale; per converso, i quadri clinici sintomatici sono spesso complicati o resi resistenti al trattamento dalla gravità/persistenza dei fattori di stress. Per queste ragioni, quadri clinici sintomatici, livello di funzionamento della personalità, fattori di stress e risorse esterne sono elementi di un approccio diagnostico multisistemico finalizzato all'efficacia e sicurezza dei trattamenti. Pur considerando i limiti intrinseci a qualsiasi manualizzazione categoriale dei disturbi mentali, non possiamo aggirare l'adozione di un linguaggio convenzionale nella fase di definizione diagnostica.

Un'altra competenza, strettamente collegata alle prime due, risiede nella conoscenza da parte dei due clinici dei principali strumenti psicodiagnostici. La conoscenza dell'ambito dovrebbe estendersi a tutte le diverse fasi di una valutazione psicodiagnostica: somministrazione, scoring, interpretazione, restituzione. Inoltre, i due dovrebbero possedere una sufficiente confidenza con strumenti orientati a valutare una singola area sintomatologica (ad esempio, BDI-II per la depressione), con quelli che consentono valutazioni più estensive (come SCL-90r, PAI, MMPI) e, ancora, con quelli orientati allo studio della personalità (MCMI-III e PID-5). I risultati alle valutazioni psicodiagnostiche si esprimono a tutti gli effetti con un linguaggio comune a chiunque ne possieda i rudimenti. Un'ulteriore conoscenza, inseparabile da quella appena descritta, consiste nella capacità di inserire in

modo fluido nel dialogo clinico alcuni dei risultati ottenuti dalle valutazioni diagnostiche, per scopi di approfondimento collaborativo e psicoeducazione ai disturbi psichici e al processo di cura.

Rimaniamo per un momento nell'ambito delle competenze linguistiche. Psichiatri e psicologi psicoterapeuti devono avere una tale confidenza con la cornice neurobiologica e metodologica che unisce i due interventi da saperla restituire in modo chiaro ai propri pazienti, impiegando un lessico prossimo all'esperienza interna di questi ultimi. Esiste infatti la possibilità che una divergenza nei linguaggi dei due curanti si traduca in confusione e disorientamento nella mente del paziente; il disorientamento conduce a una difficoltà nel riconnettere le parti della propria esperienza interna in una narrazione coerente e funzionale all'integrazione dei diversi insight. La premessa necessaria di un buon lavoro psicoeducativo sul trattamento integrato è rappresentata dalla capacità dei clinici di riconoscere quali tessere del puzzle terapeutico complessivo appartengano al proprio intervento e quali siano più caratteristiche dell'intervento del collega. Entrambi devono, quindi, disporre di un buon livello di conoscenza relativo alle componenti del lavoro terapeutico della controparte.

La frequente compartimentazione dei linguaggi esita in una disorganizzazione dei processi di psicoeducazione, con la conseguente difficoltà per il paziente di integrare la storia del disturbo e delle cure in una visione integrata di sé. È come se nella mente del paziente si riproducesse tutta la fuorviante faziosità del dualismo tra "cura della mente" e "cura del cervello", gravemente responsabile del ritardo nell'acquisizione di protocolli terapeutici integrati funzionali e aggiornati al modello bio-psico-sociale (Engel, 1977). Se un paziente non comprende quale parte della propria esperienza interna venga modulata dai farmaci, quali competenze personali vengano promosse dalla psicoterapia e, infine, quali siano le intersezioni evidenziabili tra i due livelli d'intervento, come farà a comprendere il senso di continuare a investire in un trattamento integrato? Come riuscirà a comprendere le comunicazioni dei due clinici quando proporranno l'eventualità di ridurre uno dei due trattamenti e proseguire con uno soltanto dei due? Come potrà mettere a fuoco quali aspetti della propria esperienza interna dovranno essere monitorati quando, ad esempio, si sospenderà un farmaco? Come farà a integrare le conoscenze maturate in psicoterapia per regolare quegli stessi stati emotivi, impulsi, schemi maladattivi che prima venivano moderati dalla presenza del medicinale? La scarsa consapevolezza dei clinici del punto d'ingresso del proprio intervento nel complesso psico-biologico del paziente rende improponibile una buona opera divulgativa nelle

sedute e, come conseguenza finale, limita l'integrazione delle conoscenze maturate nel percorso e la loro traduzione in strumenti autonomi di conoscenza e regolazione del mondo interno e interpersonale.

Come già accennato, non è affatto trascurabile che entrambi i clinici conoscano il razionale, i metodi e le finalità del trattamento svolto dal proprio collega, per comprendere più a fondo le comunicazioni di quest'ultimo e del paziente stesso. Solo a titolo d'esempio, va ricordato quanto sia difficile differenziare la misura in cui il disagio del paziente verso uno dei due trattamenti sia dovuto a un problema di relazione con il collega o faccia parte integrante e prevedibile del percorso di cura stesso. È il caso degli effetti collaterali dei farmaci, da differenziare rispetto all'effetto nocebo (condizionato anche dalla qualità della relazione medico-paziente). Per fare invece un esempio relativo al campo contrapposto, alcuni pazienti potrebbero riferire allo psichiatra la sensazione di uscire da alcune sedute di psicoterapia con più dubbi o turbamenti di quando vi erano entrati; lo psichiatra in quel caso sarà chiamato a non ricondurre automaticamente quei vissuti a errori tecnici del collega o all'incompatibilità del paziente con quella forma di trattamento, trattandosi piuttosto di un fenomeno assolutamente naturale che si verifica al termine di sedute che hanno affrontato per la prima volta tematiche dolorose oppure a seguito di temporanee e fisiologiche rotture dell'alleanza. Per non parlare della difficoltà nel differenziare quanto una variazione nella sintomatologia, positiva o negativa, sia da ricondurre a un intervento psicoterapeutico o piuttosto all'impatto di un farmaco di recente introduzione.

Non va infine dimenticata una competenza sempre più necessaria considerando lo scenario lavorativo contemporaneo. Ritmi forsennati di lavoro e l'elefantiaca mole di adempimenti amministrativi e burocratici in cui sono immersi psichiatri e psicologi rendono difficile riservarsi del tempo per lunghe conversazioni telefoniche a proposito dei casi comuni. Salvo, come vedremo, in fasi delicate, come la presa in carico, il retest, le variazioni significative del regime farmacologico, ecc., un'alternativa elegante e parsimoniosa alla comunicazione telefonica consiste nel redigere report via mail caratterizzati da brevità, chiarezza ed essenzialità, senza rinunciare a trasmettere l'essenziale (Riba et al., 2018). Una buona capacità di sintesi, associata a una sufficiente densità informativa, è una delle competenze tecnico-procedurali utili a costruire un percorso integrato degno di questa definizione. Nel paragrafo sul monitoraggio condiviso, forniremo un modello

schematico degli aspetti essenziali da trasmettere via mail, per favorire rapidità di stesura del report unita ad efficacia comunicativa. Ulteriore tempo può essere risparmiato impiegando gli stessi appunti come punto di partenza delle note cliniche da inserire in cartella: una sola stesura, due funzioni, due documenti.

L'atto di spiegare con chiarezza al paziente come avverranno gli scambi di informazioni tra clinici, è parte del processo di formazione della necessaria alleanza triadica (Kahn, 1991) terapeuta-psichiatra-paziente che fa da sfondo e presupposto al trattamento, influenzandone l'esito. L'alleanza a tre non va intesa come una dichiarazione d'intenti o un principio astratto; l'intenzione dei paragrafi successivi sarà proprio quella di trasmettere una metodologia applicativa piuttosto definita, per quanto flessibile e adattabile alle caratteristiche speciali di ogni singolo paziente.

Competenze relazionali-trasversali	Competenze tecnico-procedurali
Abilità negoziali e assertività	Linguaggio diagnostico comune (DSM-5, PDM-3)
Discernimento sociale e cognitivo	Diagnosi multisistemica (sindromica; strutturale/funzionale; contestuale)
Umiltà epistemica	Somministrazione e interpretazione di strumenti psicodiagnostici (per accuratezza diagnostica+ lessico condiviso)
Ascolto attivo ed empatia	Psicoeducazione su terapia integrata al paziente
Gestione delle istanze competitive	Redazione di report sintetici ed essenziali
Riconoscimento del controtransfert verso il paziente e il collega	Consenso informato agli scambi di informazioni tra clinici
Prevenzione di collusioni e triangolazioni	Conoscenza di base del trattamento del collega

3. Terapie combinate e integrate. Evidenze e meccanismi

Per quali ragioni dovremmo impegnarci così tanto nella terapia integrata? Ci sono degli effettivi vantaggi? Quali le prove e quali i possibili meccanismi d'azione che spiegano come i farmaci possano entrare in sinergia con la psicoterapia? Parleremo insomma dei "perché". Ossia, di quali sono le evidenze empiriche e quali le ragioni fondate sull'esperienza e sulla coerenza teorico-clinica.

3.1 Terapie combinate. Davvero superiori alla monoterapia?

Nell'ambito della ricerca empirica si parla quasi esclusivamente di terapia combinata, ossia di una forma di trattamento duale, nel cui contesto non è necessario che i due clinici condividano il medesimo framework psicologico, neurobiologico e metodologico. Non sono reperibili ricerche in cui specifici protocolli di cooperazione tra clinici e alleanza triadica siano stati sottoposti a verifica in contrapposizione a modalità di lavoro più tradizionali.

Le ricerche, praticamente senza eccezioni, confrontano la monoterapia con la combinazione dei due interventi, trattati, però, come una pura somma aritmetica, in assenza di alcun riferimento a pratiche d'integrazione.

Si contano numerose evidenze a favore della superiorità in termini di efficacia per la depressione maggiore, ricavate anche da studi meta-analitici (Pampallona, S., et al., 2004; Cuijpers et al., 2014 e 2015; Karyotaki et al., 2016; Dunlop, 2016). La superiorità del trattamento combinato non si limita alla percentuale di pazienti che rispondono alla cura. I risultati durano di più: nei follow-up, i rami di terapia combinata mostrano una persistenza degli effetti superiore alla sola farmacoterapia (Hollon et al., 2005; Guidi & Fava, 2021). Stiamo citando numeri senz'altro interessanti che, tuttavia, rischiano di riflettere un effetto diluizione: l'eterogeneità del costrutto 'depressione maggiore' porta a raggruppare nello stesso campione soggetti clinicamente molto distanti.

Ma per quale motivo la terapia combinata dovrebbe fornire risultati migliori sul lungo termine rispetto alla sola farmacoterapia? Il fenomeno è stato rilevato in diversi contesti e potrebbe spiegarsi attraverso le abilità psicologiche sviluppate dai pazienti in psicoterapia, quali nozioni psicoeducative, strumenti di regolazione emotiva e nuove modalità di coping. Per la depressione maggiore, va tuttavia specificato che i vantaggi sono molto più evidenti nei casi moderati-severi rispetto alle fasce

lievi-moderate. La gravità dei sintomi depressivi è dunque uno dei criteri proposti per decidere se orientare i pazienti verso un trattamento combinato o una monoterapia. Colpisce che i campioni non vengano mai suddivisi per "anni di malattia" oppure per numerosità episodi depressivi maggiori in anamnesi. È assai probabile che queste due variabili, se sistematicamente rilevate, indichino una propensione alla recidiva o alla resistenza ai trattamenti maggiore in virtù del consolidamento della predisposizione allo scompenso su un piano organico. Ciò li rende ottimi candidati all'integrazione farmacologica perché è meno probabile che il solo trattamento psicoterapico produca cambiamenti sostanziali. Tanto ovvio sul piano clinico, quanto poco indagato su quello empirico.

Estesi e solidi sono anche i dati sul disturbo bipolare. Il disturbo bipolare è forse il caso in cui la letteratura parla più chiaramente: la psicofarmacoterapia viene generalmente affiancata a pratiche psicoeducative individuali, gruppali e per familiari. In queste condizioni, infatti, nella stragrande maggioranza dei casi, la coscienza di malattia tende a essere particolarmente fragile; pertanto, la prescrizione farmacologica rischia facilmente di evaporare in un vuoto motivazionale: "sto benissimo, perché dovrei fare cure così impegnative?" Ciò non dovrebbe sorprendere considerando che la mancata percezione dei propri limiti è parte integrante della psicopatologia maniacale.

Alcune metanalisi mostrano con chiarezza i vantaggi di associare trattamenti psicosociali (psicoterapia, psicoeducazione, interventi su famiglia e congiunti) alle cure farmacologiche (Bond, K., & Anderson, I. M., 2015; Oud et al., 2016; Miklowitz et al., 2021). L'intervento farmacologico rende i pazienti accessibili a interventi psicoeducativi e psicoterapici mentre questi ultimi favoriscono una compliance che diversamente sarebbe conseguibile solo per una quota esigua di pazienti. In estrema sintesi, nel disturbo bipolare, nessuno dei due interventi è pensabile in assenza dell'altro e il trattamento combinato migliora l'aderenza, riduce l'incidenza di ricoveri, attenua le fasi depressive e migliora il funzionamento sociale. Il disturbo bipolare costituisce il disturbo prototipico in cui una terapia combinata è una conditio sine qua non per avviare piani di trattamento che abbiano una qualche probabilità di andare a buon fine. Una delle due linee d'intervento in assenza dell'altra semplicemente non sta in piedi. In molti sistemi sanitari pubblici, ma anche in contesti privati, questo semplice principio non è ancora stato integrato nelle pratiche cliniche.

Un discorso similare può essere fatto per la schizofrenia, sebbene mediante interventi psicosociali di natura diversa. Nessuna pubblicazione o linea guida considera separabili le due categorie di intervento nel trattamento della schizofrenia. Spesso il cardine degli interventi psicosociali, quelli che forniscono vantaggi rispetto alla sola terapia farmacologica, sono gli interventi sulla famiglia (Pharoah, 2003). L'intervento di psicoterapia (CBT per psicosi) e la psicoeducazione/psicoterapia familiare hanno dimostrato di ridurre il tasso di ricaduta e ospedalizzazione in un numero molto vasto di ricerche raccolte in un'ampia metanalisi (Bighelli, 2021). Non mancano, poi, metanalisi sulla capacità della *cognitive remediation* (traducibile approssimativamente con "riabilitazione cognitiva") di migliorare il funzionamento dei pazienti con schizofrenia (Wykes, 2011). Molto diffusa è anche l'integrazione con le tecniche di Social Skill Training, risultata in grado di stabilizzare l'impatto dei trattamenti farmacologici (Kurtz et al., 2008) sul lungo termine.

Il mito che vede nell'antipsicotico l'intervento principe per la cura della schizofrenia non è altro che una buona novella, comoda comoda, che consente di "dimenticare" la complessità delle esigenze di cura di sindromi così invalidanti e di non investire in servizi psicologico-psichiatrici con personale adeguatamente formato (non solo con i titoli "a posto"). Si preferisce risparmiare a monte, autorizzando indirettamente emorragie di spese a valle a causa del triste fenomeno del revolving-door (molti costosissimi ricoveri in SPDC all'anno da parte dello stesso paziente), della disabilità lavorativa, del maggiore tasso di comorbidità mediche in pazienti non adeguatamente trattati (ulteriori spese), dell'aumento dei costi per polifarmacoterapia e del dramma umano di pazienti e famiglie. Risparmio 1 euro a monte, per buttarne dalla finestra 10 più a valle, tutto ciò mentre il paziente continua a peggiorare o a cronicizzarsi e le famiglie sono sempre più in ginocchio.

Per quanto concerne il disturbo ossessivo-compulsivo, le ricerche rappresentano uno scenario leggermente diverso. In una vasta metanalisi, la psicoterapia (più spesso la ERP -esposizione con prevenzione della risposta) ha garantito un'efficacia maggiore rispetto ai farmaci (Skapinakis et al., 2016). Gli autori, però, hanno evidenziato che la maggior parte dei trials sugli interventi psicoterapeutici presi in esame consentiva l'arruolamento di pazienti che assumevano farmaci antidepressivi. Inoltre, nell'articolo citato, veniva affermata l'elevata probabilità che la terapia combinata sia superiore alla sola psicoterapia, specialmente nei casi gravi, sebbene la natura dei disegni sperimentali non autorizzasse conclusioni definitive in merito. La mancanza del drug-free

come criterio d'inclusione ha determinato risultati terapeutici difficilmente ascrivibili al solo intervento psicoterapeutico. In ambito clinico, si preferisce generalmente proporre la combinazione dei trattamenti in presenza di scarso insight, intensità e pervasività della sintomatologia DOC e comorbidità depressiva.

Una problematica psichiatrica molto diffusa è il disturbo di panico. Su tale disturbo, sono state ampiamente indagate diverse forme di trattamento farmacologico, psicoterapeutico e combinato. Evidenze meta-analitiche (Furukawa et al., 2006) sembrano attribuire dei vantaggi alla terapia combinata nella fase acuta. Tuttavia, sul lungo termine, l'efficacia sembra dipendere dalla capacità del modulo psicoterapeutico di condurre il paziente all'assimilazione di strategie autonome di gestione dell'ansia, per impedire al farmaco di trasformarsi in uno "scudo di sicurezza" che impedisce la reale estinzione della risposta di paura. Ma di questo torneremo a parlare nel paragrafo sulle possibili ricadute negative dell'impiego di farmaci nel contesto della psicoterapia.

Un caso a parte è quello del disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Una metanalisi condotta su 12 RCT (Randomized Controlled Trials) indica che la combinata non può attualmente considerarsi in modo certo superiore alla sola psicoterapia nei follow-up di lungo termine (Merz et al., 2019). Un risultato similare è stato ottenuto in una metanalisi successiva (Storm et al., 2021), basata sull'esame congiunto di sette ricerche. Nell'articolo gli autori affermano che sia gli psicofarmaci che la psicoterapia sono efficaci nel PTSD, pur rilevandosi una maggiore efficacia e persistenza dei risultati nei soggetti sottoposti al trattamento psicologico. In ogni modo, se la personalità premorbosa viene valutata come sufficientemente evoluta, non sono presenti comorbidità significative e l'anamnesi risulta negativa per altri disturbi psichici, nel mondo clinico si tende a prediligere il solo intervento di psicoterapia. Il fatto che sul lungo termine la terapia combinata non riesca a dimostrarsi superiore agli interventi psicoterapici non esclude che, in acuzie, si preferisca comunque intervenire anche con i farmaci per non ritardare troppo l'insorgenza di effetti clinici significativi, data la bassissima qualità di vita cui espone un disturbo di questa portata. Generalmente, se i criteri clinici e anamnestici esposti in precedenza suggeriscono una prognosi benigna, si prediligono trattamenti psicofarmacologici di durata breve-media.

Chiudiamo questa breve carrellata, ponendoci la stessa domanda a proposito del disturbo borderline di personalità. Si tratta di una problematica in qualche modo differente dalle precedenti. Per questo disturbo della personalità, infatti, non vi sono farmaci ufficialmente indicati per il suo trattamento. Il cardine della cura di questi pazienti è la psicoterapia basata su protocolli manualizzati e finemente strutturati quali, ad esempio, DBT (Dialectical Behavioral Therapy), TFP (Transference-Focused Therapy) e MBT (Mentalization-Based Therapy). Tali forme di psicoterapia sembrerebbero dunque rappresentare il "gold standard" per il trattamento di questo disturbo. Tuttavia, secondo un importante studio metanalitico (Cristea et al., 2017), l'impatto dei trattamenti "brandizzati" rispetto a trattamenti più generici ma ben strutturati sarebbe sopravvalutato a causa di un bias di pubblicazione. Le ricerche che non raggiungono un'evidenza significativa resterebbero "nel cassetto" per il timore che i risultati "negativi" diluiscano l'effetto positivo dei trattamenti ufficiali. L'impatto di questi protocolli, sempre secondo Cristea e colleghi, si attenuerebbe ulteriormente nelle rivalutazioni di follow-up. Se la ricerca stenta nel dimostrare in modo incontrovertibile l'impatto degli stessi trattamenti psicoterapici, va da sé che anche i dati sul confronto con il trattamento combinato vadano presi con il beneficio d'inventario. Secondo un'altra metanalisi (Gartlehner et al., 2021), l'aggiunta di psicofarmaci non aumenterebbe in modo significativo l'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici. Anche in questo caso, però, il dato andrebbe letto in controluce. Molti pazienti che presentano una sintomatologia intensa ed acuta vengono trattati farmacologicamente proprio per essere messi nelle condizioni di aderire ai trials psicoterapeutici. Inoltre, non risulta che le terapie farmacologiche vengano interrotte una volta avviato il programma di psicoterapia rendendo difficile discriminare l'impatto del solo trattamento psicologico. Un'ulteriore riflessione riguarda i tassi di comorbidità del disturbo borderline di personalità. La frequenza di disturbi trattabili con una certa efficacia mediante psicofarmaci (depressione maggiore, disturbo bipolare II, disturbo di panico, ecc.), quelli che tendono a svilupparsi con un'alta probabilità proprio in virtù della fragilità personologica del borderline, è talmente elevata da poter considerare discutibile l'esistenza di un ideale "puro borderline" che risponde di più o di meno alla terapia psicologica o alla terapia combinata. Insomma, campioni composti da quadri clinici molto diversi gli uni dagli altri determinano risultati di ricerca che difficilmente possono essere interpretati in modo univoco.

Com'è noto a chiunque abbia una certa dimestichezza clinica, per i disturbi psichiatrici di una certa severità, è in genere più efficace un approccio individualizzato che consideri diagnosi principale, comorbidità, dimensioni psicopatologiche prevalenti, profilo di funzionamento interno, variabili psico-sociali. Piani di trattamento fondati su algoritmi terapeutici lineari, sul modello: "alla diagnosi X far corrispondere il trattamento evidence-based Y", procurano risultati piuttosto parziali o provvisori su pazienti di una certa complessità. La proposta di un approccio modulare ai disturbi di personalità come quello di Livesley, Clarkin e Dimaggio (2015; cfr. anche Links, Mercer & Novick, 2015), secondo il quale i diversi approcci terapeutici andrebbero scelti e praticati in base alla fase del trattamento e agli specifici deficit funzionali del paziente, suggerisce una strada per superare la scissione tra pratica clinica quotidiana e trials standardizzati, nettamente avvertita da quasi tutti gli operatori esperti del settore. In altre parole, Livesley e colleghi espongono una metodologia basata su una valutazione idiografica del paziente, opposta alla visione nomotetica cui si ispirano i ricercatori criticati da Cristea e colleghi.

Proviamo a riassumere brevemente le impressioni ricavabili da questa carrellata di ricerche. La terapia combinata sembra essere la forma d'intervento più efficace per quasi tutti i disturbi psichiatrici maggiori. Gli interventi psicofarmacologici in assenza di terapia psicologica combinata sembrano produrre risultati modesti nelle rivalutazioni di follow-up. La principale lacuna nella ricerca sul campo parrebbe consistere nella costituzione di campioni disomogenei, condizionata dalla negligenza di variabili estremamente rilevanti come le comorbidità, i tratti (o i disturbi) di personalità e il livello di funzionamento della stessa. Il campione nella grande maggioranza dei casi non viene stratificato e suddiviso in sottocategorie. Ciò conduce ad una specie di annacquamento dell'entità dei risultati, a causa dell'aggregazione di tipologie di disturbi e di persone sostanzialmente diverse le une dalle altre. Nella pratica clinica, la questione della terapia combinata vs monoterapia è divenuta una delle molte false dicotomie che hanno caratterizzato l'evoluzione della nostra scienza. I difensori strenui della superiorità di un trattamento sull'altro conducono battaglie di retroguardia, risultando sempre più isolati e schierati su basi ideologiche. Permane, tuttavia, l'assenza di una vera e propria cultura dell'integrazione che si fondi sul superamento del dualismo mente-corpo; sul versante operativo, poi, sembra carente il dibattito su quali siano le metodologie d'integrazione in grado di promuovere l'implementazione reciproca delle cure. La mancanza di progetti terapeutici

individualizzati (ossia, di piani di trattamento che siano fondati sui principi di una psichiatria di precisione) non garantisce il reperimento di risposte al fondamentale quesito posto da Roth e Fonagy (1997) su "cosa funziona per chi". Questa carenza non ha risvolti negativi solo nella pratica clinica quotidiana, limitando anche la qualità costruttiva dei disegni di ricerca. Dati fondati su pratiche di arruolamento grossolane non sono in grado di orientare adeguatamente le scelte terapeutiche di istituzioni, gruppi di lavoro e dell'intera comunità internazionale di operatori della salute mentale (cfr. Gabbard & Kay, 2001).

Prima o poi verrà assimilato il concetto che le problematiche del paziente, collocabili sui tre livelli del modello bio-psico-sociale, debbano essere preliminarmente differenziate (scomposizione delle diverse componenti), per poi essere debitamente integrate (identificazione dei nessi tra le componenti), al fine di comprendere la sequenza ideale dei differenti interventi terapeutici da destinare ai singoli pazienti. Sia le pratiche d'intervento nelle fasi di acuzie e post-acuzie che le condotte di monitoraggio clinico delle cure, nonché di follow-up, potrebbero essere affette dalla medesima carenza concettuale e procedurale.

Sin qui abbiamo passato in rassegna una carrellata di evidenze sulla terapia combinata; i meccanismi d'azione che seguono suggeriscono perché una vera integrazione possa fare ancora di più.

3.2 In che modo gli psicofarmaci aiutano la psicoterapia

Il premio Nobel Eric Kandel (1998, 1999) ha argomentato che la psicoterapia, come qualsiasi altra forma di apprendimento, agisce producendo cambiamenti strutturali nel cervello. Un'esperienza che non sia in grado di produrre modificazioni organiche stabili non potrebbe neppure provocare effetti funzionali durevoli. I processi connessi alla formazione di memorie a lungo termine si fondano su cambiamenti nell'espressione genica e sulle conseguenti modificazioni nella struttura di cellule e circuiti. Perché tali processi si realizzino è, però, indispensabile che il sistema non sia disorganizzato da forme di distress acute e croniche, tali da compromettere il trofismo cellulare e produrre fenomeni di vera e propria neurotossicità. La stabilizzazione farmacologica potrebbe riportare l'apparato neurale ad un coordinamento efficiente e a uno stato di protezione funzionale e anatomica di aree e circuiti cerebrali. Stahl (in Schwartz, Stahl & Reis De Oliveira, 2014) ha

affermato che il farmaco e la psicoterapia sono da considerarsi complementari nell'azione sul substrato neurobiologico. Gli psicofarmaci agiscono in modalità "bottom-up" sui recettori mentre la psicoterapia interviene "top-down" mediante una complessa stimolazione corticale. Per gli antidepressivi, ad esempio, è stato identificato come uno dei probabili meccanismi d'azione l'incremento dell'ormone neurotrofico BDNF (Castrén e Antila, 2017). È dunque possibile che essi agiscano, via incremento delle neurotrofine, migliorando il supporto trofico (organico) alle strutture coinvolte nei processi mnestici, proprio le medesime strutture che vengono danneggiate da condizioni di stress prolungate e disturbi psichiatrici cronici; secondo questo modello, la psicoterapia "guiderebbe" il percorso di riorganizzazione delle memorie e la formazione di nuovi assetti funzionali cortico-sottocorticali.

Ricorrendo a un'immagine, è come se gli psicofarmaci arassero e concimassero il terreno perché lo psicoterapeuta possa scegliere e piantare le sementi più adeguate in base agli scopi, alle condizioni ambientali e a quelle temporali, lavorando in seguito sull'accrescimento delle piante mediante le opportune cure e precauzioni.

Da un punto di vista psicologico, è noto che oltre un certo livello di attivazione, gli stati emotivi indeboliscono o disorganizzano i processi cognitivi. Già Yerkes e Dodson nel 1908 avevano dimostrato che esiste una configurazione a "U rovesciata" nei rapporti tra cognizioni e arousal. La performance cognitiva decade se lo stress (arousal) è troppo alto o troppo basso mentre risulta massima in condizioni intermedie di attivazione. Come detto in precedenza, la psicoterapia è una forma particolare di apprendimento. Non è dunque plausibile che, in presenza di affetti gravemente disregolati, così debilitanti per i processi cognitivi, il trattamento possa avere un impatto significativo e duraturo. La finestra di tolleranza teorizzata da Daniel Siegel (2021) è l'ambito (range) di funzionamento mentale nel cui contesto un soggetto può effettivamente elaborare informazioni ed emozioni in modo adeguato. Anche per Siegel, quindi, uno stato di eccessiva attivazione (iper-arousal) sopravanza le capacità integrative del soggetto mentre uno stato di attivazione troppo modesta (ipo-arousal) produce un'elaborazione incompleta, per via dell'eccessivo distacco dalle esperienze emotive. Sperare che la sola relazione terapeutica (l'holding di Winnicott) possa rendere accessibile un paziente gravemente disregolato, o inibito sul piano-psicomotorio, e che possa farlo in tempi ragionevoli, è un'ipotesi astratta mai concretamente suffragata da disegni sperimentali *ad hoc*.

È una delle condizioni in cui l'atteggiamento ideologico può essere facilmente smentito dalle esperienze dirette sul campo di chiunque abbia una certa esperienza con pazienti affetti da disturbo bipolare, episodio depressivo maggiore in atto o stati di scompenso nel contesto di disturbi di personalità moderati-severi.

Un altro aspetto degno di menzione è la difficoltà presentata dal paziente con deficit strutturali della personalità ad aderire a piani di cura di medio-lungo termine, a causa del cronico stato di disregolazione emotiva e comportamentale. Il rischio di drop-out è talmente elevato da rendere i dati sui "trattamenti puri" condizionati da un bias di selezione del campione clinico di riferimento. Drew Westen (2004) sembra esprimere una riserva similare a quella appena espressa. Secondo l'autore, le comuni comorbidità riscontrabili nei pazienti con patologia moderata-severa vengono spesso neglette nei trials clinici controllati. Per tale ragione, l'efficacia dei trattamenti "puri" (sempre che esistano nella realtà), ossia l'"Efficacy", viene spesso sovrastimata per importanza rispetto alla loro ricaduta effettiva negli ambiti clinici operativi di cui tutti facciamo esperienza quotidiana (Effectiveness). Una ricerca su modelli moderni d'integrazione psicoterapia-psicofarmaci, finalizzati a ottenere aderenza e praticabilità dei protocolli, è necessaria e urgente per creare un terreno realistico d'incontro tra dati empirici e bisogni reali di persone sofferenti.

L'integrazione tra psicofarmaco e psicoterapia non deve essere intesa come un compromesso tra modelli contrapposti (Busch & Sandberg, 2007), bensì come la risposta pratica, indispensabile e modulare, alle vulnerabilità di persone reali che si dibattono tra le alte muraglie di sofferenze soggettive indicibili (connesse a modificazioni disfunzionali stabili del substrato neurobiologico) e desideri individuali di crescita e affrancamento dai limiti.

Sin qui abbiamo esaminato la relazione tra affetti intensamente disregolati e limitazione delle risorse cognitive necessarie alla psicoterapia. Ora entreremo nel campo del rapporto tra disregolazione emotivo-impulsiva e capacità relazionali o di "contatto interpersonale". Tra le condizioni indispensabili per la riuscita di una psicoterapia, spiccano per importanza, la possibilità concreta, da parte del paziente, di comunicare in modo comprensibile e coerente e di ascoltare le comunicazioni del terapeuta, senza fraintenderle continuamente e iper-reagire. Pensiamo, ad esempio, ad un paziente con rilevanti tratti paranoidei nel contesto di un disturbo borderline di personalità. Le

affermazioni di quest'ultimo risulteranno in genere marcatamente difensive o accusatorie e si tradurranno in continue rotture da confronto dell'alleanza terapeutica (Safran e Muran, 2003), quasi impossibili da riparare, proprio a causa della loro intensità e numerosità. Pensate a quanto le sue competenze mentalizzanti sono rese precarie dal continuo ricorso a meccanismi di difesa primitivi come scissione e proiezione. Tali pazienti hanno perso lungo il proprio percorso di sviluppo la capacità di leggere in modo appropriato le comunicazioni degli esseri umani, terapeuta incluso, almeno nella maggior parte delle situazioni. Non riescono più a sopportare l'incertezza e quella naturale tendenza al fraintendimento insita in una parte consistente delle comunicazioni umane; hanno un bisogno insopprimibile di saltare alle conclusioni perché hanno un'impellente necessità di catalogare persone e affermazioni nelle due categorie "tutto buono"-"tutto cattivo". Devono distinguere in modo molto rapido le persone cui affiliarsi acriticamente rispetto a quelle da rifuggire o contrattaccare, i salvatori dai nemici. Un po' come faremmo tutti noi incontrando degli estranei in uno scenario di guerra, dinnanzi a persone, conosciute o meno, che potrebbero tradirci per un tozzo di pane e consegnarci al nemico. Proviamo a pensare alla probabilità di mantenere in trattamento un paziente afflitto da un tale assetto interpretativo delle intenzioni altrui. A volte, la paura, la rabbia, il senso di minaccia indotte dal contatto con l'altro risulteranno così insopportabili da condurli a considerare la fuga come l'unica uscita d'emergenza sicura. Questo è uno degli esempi in cui la "disabilità relazionale", dovuta alla presenza di processi morbosi di una certa rilevanza, impedisce di fatto il percorso psicoterapeutico poiché esso si fonda proprio sulla "possibilità di arrivare a capirsi" e di "restare in contatto" nonostante le inevitabili rotture dell'alleanza.

Il risultato più comune consiste in un blocco del processo di apprendimento, sia implicito (esperienza emozionale correttiva) che esplicito (capire, saper descrivere e percepire in presa diretta i propri schemi maladattivi), rendendo l'intervento psicologico un esercizio spesso improduttivo o dagli effetti transitori. La stabilizzazione biochimica è funzionale a ripristinare, almeno parzialmente, i prerequisiti funzionali della comunicazione.

Immaginiamo ora di andare a colloquio con un medico. Se fossimo afflitti da un forte mal di denti o da un'intensa emicrania, quanto sarebbe integra la nostra capacità di parlare di noi in generale o di ciò che fa da sfondo al nostro problema? E quella di ascoltarlo mentre tenta di farci riflettere su

quanto le nostre abitudini e lo stile di vita abbiano favorito il nostro problema? Riusciremmo ad assimilare e trattenere nella memoria i contenuti del dialogo sino all'incontro successivo?

Usando una similitudine, gli psicofarmaci sarebbero l'antinfiammatorio (o il miorilassante) del medico che consente al fisioterapista di praticare in modo sapiente quelle tecniche di mobilitazione e riabilitazione funzionale delle articolazioni che altrimenti sarebbero impedite dall'eccessivo dolore e dalla rigidità muscolare.

In continuità con le metafore appena proposte, passiamo al tema del focus delle sedute e della necessità di una psicoterapia come processo continuativo (Yalom, 2014). Molti diversi indirizzi di psicoterapia sono accomunati dall'intento di arrivare alla modifica dei sintomi passando attraverso un lavoro sui meccanismi di fondo che ne sono responsabili o che li mantengono. Le terapie cognitivo-comportamentali intervengono su credenze di fondo, distorsioni cognitive e pensieri automatici ritenuti alla base di spirali emotive intense e problematiche. Le terapie psicodinamiche rintracciano e cercano di rendere i pazienti più consapevoli dei propri meccanismi di difesa, delle tendenze transferali e delle motivazioni/paure condizionanti inconsce. La schema therapy guida al riconoscimento dei propri schemi maladattivi. La terapia basata sulla mentalizzazione promuove lo sviluppo di quella competenza mentale, detta funzione riflessiva, il cui deficit è ritenuto responsabile della disregolazione emotiva e dei problemi relazionali dei pazienti. Il punto è che i pazienti affetti da una sintomatologia molto disturbante, per intensità e continuità, tendono a monopolizzare la seduta attorno alle proprie urgenti sofferenze. Poco spazio per l'esame dei processi di fondo che hanno favorito e stanno favorendo quelle forme di disagio, poco spazio per trovare un filo rosso tra i diversi incontri. Ogni singola seduta sembra riportare al punto di partenza del percorso, in un estenuante gioco dell'oca che rende simili molte diverse sedute. Poca disponibilità all'approfondimento, alla visione d'insieme, agli "homeworks". Non faremmo altrettanto in un pronto soccorso, presi da dolori insopportabili? Non imploreremmo un analgesico? Non parleremmo solo di quel sintomo? L'intervento farmacologico in questo senso può divenire un facilitatore di quello spostamento di focus, dal sintomo ai processi che lo determinano, indispensabile al lavoro di psicoterapeuti dei più diversi orientamenti. Il motto potrebbe essere: "attenua il sintomo per riuscire a parlare di ciò che lo determina".

In conclusione, la psicoterapia si avvantaggia della presenza dei farmaci rendendo accessibile il paziente e consentendogli di affrontare sé stesso e le proprie difficoltà con un livello di disagio o di attivazione emotiva più moderati. I trattamenti farmacologici vengono guardati con sospetto da alcuni ambienti dell'universo psicoterapia per il timore che "spengano" il paziente ad un livello tale da portare la sua naturale reattività emotiva al di sotto della soglia percettiva. In sostanza, si sostiene che un paziente reso ipo-reattivo smetterebbe di portare in seduta materiale "vivo" su cui lavorare o perderebbe rapidamente la motivazione a farlo. Sebbene, come vedremo più avanti, ciò possa costituire una preoccupazione realistica in alcune situazioni specifiche, è bene ricordare che molto raramente i farmaci riescono a condurre i pazienti ad un totale annullamento della sintomatologia o ad un grave appiattimento emotivo e motivazionale, in special modo in quei pazienti cronicamente disregolati di cui si è discusso in precedenza. Più realisticamente, gli psicofarmaci aiutano la psicoterapia moderando impulsi, stati emotivi problematici o distorsioni dell'esame di realtà nei nostri pazienti, per condurli a lavorare su di sé in condizioni di attivazione/disorganizzazione meno problematiche. Solo in una fase più avanzata, si potrà eventualmente rivedere al ribasso la terapia farmacologica per verificare l'impatto degli apprendimenti acquisiti in psicoterapia, con livelli progressivamente minori di copertura farmacologica. Il motto che può riassumere il senso di un simile percorso d'integrazione suonerebbe così: "impara innanzitutto a camminare, poi dedicati alla corsa". I farmaci sostengono l'incedere incerto dei nostri pazienti, lungo l'impervio percorso verso una sempre maggiore autonomia.

Ultimo vantaggio (non certo ultimo in ordine d'importanza) è la possibilità della terapia integrata di creare una più solida cornice di sicurezza attorno al paziente (Livesley, Clarkin e Dimaggio, 2015). L'azione dei farmaci sulla sintomatologia può giocare un ruolo chiave nell'arginare i rischi di derive psicopatologiche e comportamentali quali atti aggressivi auto/eterodiretti, scompenso psicotico, sintomi dissociativi e comportamenti avversi alla salute. L'incremento del livello di sicurezza, però, non è unicamente da riferirsi all'azione biochimica dei farmaci, ma anche, e forse soprattutto, alle attività di monitoraggio condotte da due operatori che si scambiano informazioni e riflessioni, secondo le modalità strutturate descritte più avanti nel capitolo.

Un accenno lo merita anche l'aiuto che la psicoterapia può fornire nei riguardi della terapia farmacologica. Il percorso psicoterapeutico comprende un lavoro sulla consapevolezza delle proprie

vulnerabilità e sull'accettazione delle stesse. È il campo relazionale privilegiato in cui la consapevolezza di malattia può svilupparsi e la psicoeducazione può attecchire con maggior facilità. Per questi motivi, il trattamento psicologico è la forma d'intervento ideale per facilitare il difficile traguardo della compliance farmacologica, a condizione naturalmente che il terapeuta stesso non abbia pregiudizi o ansie competitive rispetto al versante medico della cura. Senza consapevolezza dei propri limiti o della propria tendenza alla crisi che senso potrebbe avere per un paziente assumere psicofarmaci ancora oggi così vituperati a livello culturale?

La tabella seguente riassume tutte le possibili ricadute positive del trattamento psicofarmacologico sulla psicoterapia, appena discusse nel paragrafo

Vantaggi dei farmaci per la psicoterapia	Ostacoli alla psicoterapia dovuti a sintomatologia moderata-severa	Meccanismi dell'aiuto farmacologico e procedurale	Obiettivi terapeutici in terapia integrata
Facilitazione dei processi di recupero e riorganizzazione nel SNC	Deficit di plasticità e blocchi dei processi mnestici. **Danno neurotossico** da stress cronico e iper-cortisolemia.	Neuroprotezione: protezione e recupero dal danno strutturale, tramite BDNF e altri fattori	Ripristinare l'integrità del substrato neurale su cui si basano memoria e facoltà integrative necessarie alla psicoterapia.
Promozione apprendimento	Attivazione sopra-soglia che blocca le funzioni corticali.	Riporta l'arousal nella zona di efficacia (Legge di Yerkes-Dodson).	Rendere i contenuti della seduta assimilabili e non traumatici.

Vantaggi dei farmaci per la psicoterapia	Ostacoli alla psicoterapia dovuti a sintomatologia moderata-severa	Meccanismi dell'aiuto farmacologico e procedurale	Obiettivi terapeutici in terapia integrata
Miglioramento accessibilità relazionale	Inaccessibilità e discontinuità relazionali per eccessiva reattività.	Riduce le barriere difensive e le distorsioni proiettive.	Aumentare le probabilità che la relazione terapeutica si consolidi e venga interiorizzata come "base sicura". Favorire l'alleanza terapeutica. Ridurre il tasso di drop-out e di stagnazione terapeutica
Facilitazione dello spostamento di focus	Sedute monopolizzate dall'urgenza dei sintomi o dei comportamenti problematici	Stabilizza il tono dell'umore e il controllo degli impulsi, consentendo la riattivazione delle potenzialità introspettive	Passare dalla gestione dell'urgenza al lavoro sui processi di fondo

Vantaggi dei farmaci per la psicoterapia	Ostacoli alla psicoterapia dovuti a sintomatologia moderata-severa	Meccanismi dell'aiuto farmacologico e procedurale	Obiettivi terapeutici in terapia integrata
Creazione delle condizioni per una psicoterapia continuativa	Frammentazione dell'esperienza e compromissione della capacità di assimilare gli insights	Garantisce la continuità Biochimica necessaria al consolidamento e riduce la dipendenza passiva dalla relazione terapeutica	Trasformare la Terapia da una serie di eventi isolati a un percorso evolutivo integrabile nella mente del paziente.
Facilitazione apprendimento Step-by-Step (Imparare prima a camminare, poi a correre)	Incapacità strutturale a esplorare profondamente sé stessi e mettere in pratica nuovi modelli di pensiero e coping (dentro e fuori dal setting)	Fornisce la "protesi" iniziale per la riabilitazione funzionale progressiva.	In fasi avanzate, verificare l'autonomia acquisita in psicoterapia, riducendo gradualmente il supporto farmacologico
Miglioramento nella gestione del rischio	Sintomi psicotici, mania, atti auto/eterolesivi, automedicazioni.	Contenimento psicopatologia + monitoraggio a due.	Continuità e sicurezza del trattamento

4. **Quando pensare all'integrazione con psicofarmaci**

4.1 L'assessment e i criteri diagnostici per l'integrazione

Come decidere in quali casi procedere con la sola psicoterapia e in quali pensare alla terapia integrata? Semplice, effettuando un buon assessment. Dunque, la domanda si sposta subito diventando: come si effettua una valutazione accurata e attendibile tramite colloqui clinici (i primi 4-6) e psicodiagnostica integrata? Anche in questo caso il termine integrazione si pone in difformità e contrasto a una logica meramente sommatoria di due modalità valutative. Si tratta di combinare in modo sapiente colloqui clinici, questionari diagnostici ed eventualmente interviste strutturate, cercando di evocare le capacità collaborative di pazienti spesso ambivalenti verso le cure e i percorsi diagnostici. In sostanza, il suggerimento è quello di integrare alcuni principi dell'assessment terapeutico di Stephen Finn (2009 e 2012). Concordare attraverso una lista di domande aperte alcuni obiettivi della valutazione, a partire dalle idee del paziente stesso, riguardanti la natura delle sue difficoltà può costituire un buon punto d'inizio. Tale pratica, come ricordano Finn e colleghi, guida la stesura di una scaletta per la restituzione, stabilita mettendo in primo piano le informazioni più egodistoniche per poi muoversi gradualmente verso informazioni che mettono in discussione il modo abituale del paziente di guardare a sé stesso.

Il principio fondamentale è quello di non strafare nella selezione degli strumenti e, ancor meno, nella quantità di informazioni da trasmettere nel colloquio di restituzione. Alcune buone pratiche di restituzione dei risultati sono: evitare un gergo troppo tecnico, attendere sempre un feedback del paziente dopo ogni affermazione e chiedere esempi pratici che riconnettano le impressioni diagnostiche ai vissuti e alle esperienze del diretto interessato (Abbate, 2009). Potrà sembrare scontato, ma non è mai superfluo ricordarlo, che l'empatia dovrebbe infiltrare ogni passaggio dei colloqui e della somministrazione degli strumenti diagnostici. Detto in termini più pratici, i risultati e gli item critici dovrebbero essere impiegati a mo' di pretesto per avvicinarsi all'esperienza soggettiva del paziente e per condividerla nella misura del possibile. Quando citiamo risultati e item critici nel colloquio deve risultare chiaro a chi ascolta che stiamo formulando ipotesi e cercando spunti di riflessione, una cosa del tutto diversa dalla lettura asettica di un referto pieno di termini

inquietanti. Una modalità di restituzione cooperativa dovrebbe sempre far sentire il paziente autorizzato a smentire o precisare le affermazioni.

Passando ad aspetti più protocollari, è consigliabile che la scelta degli strumenti da impiegare in una prima sessione di assessment sia orientata al minimalismo. Si può, ad esempio, somministrare un SCL-90r o uno strumento analogo, con il fine principale di saggiare lo "stile di risposta" del paziente e osservare eventuali discrepanze tra status psicopatologico, sintomatologia riferita (colloquio) e risultati numerici al test. In base al grado di somiglianza tra dati ottenuti al colloquio e dati ottenuti con il test, si deciderà come e quanto a fondo procedere in seconda battuta. Ci sono circostanze in cui è necessario costruire gradualmente un'alleanza e un clima di fiducia prima di approfondire l'esame psicodiagnostico. Si tratta spesso di situazioni in cui un paziente, mediamente espressivo nel corso dei colloqui, compila questionari in una modalità minimizzante, per vergogna o per paura di essere considerato "malato". Una discussione paritaria ed empatica su eventuali discrepanze status/sintomi riferiti/test può rappresentare il punto di partenza per creare il campo relazionale adatto a esplorazioni successive.

In una fase immediatamente successiva al primo colloquio/SCL-90r, è opportuno passare a strumenti che indagano più specificamente le dimensioni psicopatologiche emerse nelle prime fasi della valutazione. A titolo d'esempio, si potrebbero somministrare, negli incontri successivi al primo, il questionario DOCS (Dimensional Obsessive Compulsive Scale) in caso di sintomatologia ossessivo-compulsiva, sospettata al colloquio o emersa al SCL-90r, la BDI-II (Beck Depression Inventory-II) in caso di sintomatologia depressiva, il Mood Disorder Questionnaire in caso di sospetta ciclotimia o disturbo bipolare o, ancora, la DES-II (Dissociative Experiences Scale-II) in caso di possibili segni di tendenze dissociative allo status o di risposta positiva all'item 80 del SCL-90r. L'elenco di tutti gli strumenti specifici (o di livello 2, per usare un linguaggio vicino al DSM-5) sarebbe davvero troppo esteso per essere rappresentato qui, ma ritengo raccomandabile che il clinico disponga di un set di strumenti specifici sufficientemente ampio da coprire una gamma di dimensioni psicopatologiche che aspiri ad essere completa.

Nell'incontro successivo, se l'alleanza diagnostica sarà stata adeguatamente mantenuta (desumibile anche dallo stile di compilazione degli strumenti), può essere indicato un primo strumento che

esplora l'assetto di personalità, pur nella consapevolezza delle possibili interferenze tra sintomatologia attiva e auto-valutazione dei tratti.

In questa fase non è indispensabile, né opportuno, pretendere una precisione diagnostica chirurgica, avendo come target piuttosto una preliminare scrematura delle ipotesi potenziali, restringendo il campo delle possibilità a 3-5 diagnosi (tra diagnosi sindromiche e di personalità). Una valutazione su cui invece non sono ammesse troppe approssimazioni sin dai primi incontri è quella del livello di rischio cui è esposto il paziente a causa della sua vulnerabilità strutturale. Incrociando una serie di informazioni quali anamnesi, status, intensità/tipologia della sintomatologia, risultati ai questionari, risposte ai fattori di stress, sostegno sociale percepito, tratti di personalità, intensità del controtransfert, funzionamento nelle differenti aree (scuola/lavoro, coppia, famiglia, relazioni amicali, ecc.), possiamo stimare il livello evolutivo o di compromissione funzionale della personalità del paziente. Possono venire in aiuto del clinico l'asse P (limitatamente ai livelli di organizzazione della personalità, ossia la parte I) o la scala dei livelli di funzionamento della personalità (LPFS) del DSM-5 (Alternative Model for Personality Disorders) per sistematizzare le impressioni cliniche.

Indici clinici suggestivi di un'organizzazione di livello borderline (alto, medio, basso) o di compromissione maggiore-uguale a 2 sulla LPFS, ricavabili da colloqui clinici e anamnesi, sono riassunti nella tabella seguente:

Dominio	Indici clinici suggestivi
Psicopatologia	– Sintomatologia paranoide strutturale: attribuzione ostile pervasiva, stabile attraverso i contesti, non reattiva – Sintomatologia pseudo-psicotica/dissociativa: fragilità del test di realtà, disorganizzazione sotto-stress – Ostilità come modalità relazionale pervasiva (non irritabilità situazionale) – Labilità affettiva rapida: oscillazioni ore-giorni slegate da eventi, distinte da depressione episodica

Dominio	Indici clinici suggestivi
	– Condotte d'abuso (alcol, sostanze), sessualità compulsiva/promiscua, dipendenze comportamentali, risk-taking ricorrente
Funzionamento esterno	– Compromissione in ≥2 domini (lavoro/studio, relazioni, cura di sé, autonomia), non spiegabile da evento acuto – Cronicità del deficit di funzionamento (≥2 anni, non episodico, non reattivo) – Rotture relazionali brusche e ricorrenti (lavoro e/o affetti), pattern non isolato – Isolamento pervasivo o dipendenza relazionale estrema
Modalità della domanda e fruizione dell'aiuto	– Domanda ambivalente: gravità dichiarata unita a rifiuto determinato del piano di cura – Relazione di cura fortemente ambivalente sin dalle prime fasi: oscillazioni idealizzazione/svalutazione del clinico, ricerca compulsiva di contatti con il terapeuta – Compliance discontinua sin dalle prime fasi: variazioni/spostamenti/dimenticanze/ritardi frequenti rispetto agli appuntamenti concordati – Incapacità a mantenere obiettivi condivisi con evidenti atteggiamenti di delega, sabotaggio, spostamento continuo del focus
Controtransfert	– Tendenza a uscire dalla "postura clinica" già nei primi contatti (prolungare sedute, rispondere fuori orario, spiegazioni sovrabbondanti) – Controtransfert intenso e disorganizzante: oscillazioni iper-coinvolgimento/distanza/frustrazione

Dominio	Indici clinici suggestivi
	– Senso di impotenza precoce e sproporzionato, che non si riduce raccogliendo e organizzando dati clinici – Reazione di fascinazione o timore insolite (organizzazioni narcisistiche gravi, paranoidi, antisociali)

Per tradurre questa serie di segni in qualcosa di più procedurale, può essere utile costruire una check-list che preveda possibilità di risposta "presente/assente/incerto" ad ogni singolo indice presentato in tabella. Il clinico potrà autosomministrarsi la check-list spendendo pochissimi minuti, a seguito di alcuni incontri con il paziente.

Tornando all'area degli strumenti psicometrici, ulteriori dati possono provenire da test "personality-oriented" come il MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III), un self-report che produce una serie di indici indicativi del grado di compromissione/disorganizzazione della personalità. Alcune scale e combinazioni di scale orientano verso i livelli evolutivi borderline: l'elevazione di una o più scale di patologia grave di personalità (borderline, paranoide, schizotipica), un punteggio marcato alla scala disturbo del pensiero (suggestivo di fragilità del test di realtà anche senza psicosi franca oppure di uno stato di disorganizzazione cognitiva sotto stress) e il cosiddetto profilo "a pettine", con numerose scale cliniche di personalità simultaneamente elevate, configurazione poco probabile in presenza di un'organizzazione nevrotica stabile. Anche le elevazioni sulle scale "Bipolar" e "Alcohol Dependence", specie quando si accompagnano a elevazioni sulle scale di patologia grave di personalità, riducono nettamente la probabilità di un'organizzazione di livello nevrotico (LPFS 1); Magnavita (2005), che a queste stesse configurazioni guarda dal punto di vista del rischio, le segnala come profili "potenzialmente letali".

Con l'avanzare della valutazione, nei casi dubbi, si può ricorrere all'impiego di interviste strutturate come la SCID-5-CV o la SCID-5-PD, per intero o limitatamente ai moduli corrispondenti alle diagnosi sospette.

Dopo 6 sedute[2], il clinico può auto-somministrarsi la SWAP-200, uno strumento clinician-rated che consente di "disciplinare l'intuito clinico" (Shedler, Westen & Lingiardi, 2014) e di prodursi in ipotesi sull'assetto di personalità (e sugli eventuali disturbi) più solide, oltre a facilitare l'identificazione del grado di maturità/compromissione del funzionamento interno. La SWAP-200, infatti, riesce a estrarre indici funzionali sulla personalità, ossia il PHI (Psychological Health Index) e il RADIO (Reality testing and thought processes; Affect regulation and tolerance; Defensive organization; Identity integration; Object relations), che guidano il clinico nel processo di attribuzione del livello evolutivo complessivo e nella costruzione di un profilo multidimensionale delle diverse funzioni interne, considerando il livello di sviluppo di ciascuna. A proposito del livello di funzionamento, merita una menzione il self-report LPFS-BF 2.0 (solo 12 item), uno strumento in qualche modo complementare al clinician-rated SWAP-200. Il questionario LPFS-BF 2.0 è stato costruito sulla scala dei livelli di funzionamento presente nell'AMPD (Alternative Model for Personality Disorders) del DSM-5 e possiede una validazione italiana (Gritti et al., 2025); lo strumento consente di attribuire un livello complessivo di compromissione del funzionamento di personalità, combinando item che rappresentano equamente i 4 domini: "Identity", "Self-directedness", "Empathy", "Intimacy". L'integrazione di valutazioni cliniche (tabella), clinician-rated (come la SWAP-200) e di self-report (LPFS-BF 2.0 e MCMI-III) fa sì che i difetti dell'una forma di valutazione vengano corretti, almeno in parte, dai pregi dell'altra, in modo vicendevole. Valutazioni più approfondite sulla personalità sono consigliabili una volta conseguito un livello accettabile di compenso clinico. Nei casi dubbi, ad esempio, può essere utile studiare in modo ancora più attendibile il livello di sviluppo funzionale di ciascuna delle 4 aree appena citate, tramite il modulo I dell'intervista SCID-5-AMPD (Bender et al., 2018). Le aree più sviluppate saranno da considerare alla stregua di risorse interne su cui far leva, quelle meno evolute come target di sviluppo funzionale adeguati a costituire degli obiettivi della psicoterapia. In questo modo, risulterà più naturale abbandonare la logica del contenimento sintomatologico, parziale e ingannevole, in favore di un'attitudine terapeutica orientata all'accrescimento di competenze esplorative e adattive.

Ora il lettore si starà domandando: ma perché tutta questa insistenza su strumenti diagnostici ufficiali?

[2]Soglia minima di sedute raccomandata dagli autori dello strumento; cfr. https://swapassessment.org/faq/ (consultato il 10.06.2026).

Non si tratta semplicemente di un aiuto in termini di accuratezza del processo valutativo, né primariamente di una cautela medico-legale. Quando si opera tra colleghi di diverso orientamento o diverso percorso formativo, è di fondamentale importanza che i due clinici impieghino un gergo comune sia riferendosi a manuali diagnostici internazionali sia usando e condividendo strumenti validati come il LPFS-BF 2.0, l'MCMI-III, la SWAP-200, l'SCL-90r, il DOCS o la BDI-II, che sono basati su costrutti trans-teorici.

A questo si aggiunge una precisa ragione clinica e prima ancora etica. La diffidenza verso gli strumenti, a lungo coltivata in nome di una relazione idealizzata che tutto dovrebbe comprendere e risanare, non è una forma di cautela, ma una rinuncia all'accuratezza che aumenta il rischio di diagnosi tardive, comorbidità non riconosciute, invii mancati e trattamenti mal calibrati. Dietro la scelta di un assessment basato sia su strumenti standardizzati che sulla qualità della relazione diagnostica, c'è il diritto del paziente a essere conosciuto per intero. Una posizione similare viene autorevolmente sostenuta dall'APA nelle sue linee guida per la valutazione psicologica (American Psychological Association, 2020).

Una volta generate tutte le ipotesi diagnostiche più probabili (principale e comorbide) e assegnato un certo livello evolutivo o di funzionamento di personalità, si può procedere. L'esperienza clinica, le linee guida internazionali e la letteratura scientifica sulle terapie combinate ci portano a questo elenco di diagnosi e condizioni cliniche che rendono consigliabile l'integrazione psicofarmacologica della psicoterapia, già nella sua prima fase:

- Episodio depressivo maggiore in atto o depressione maggiore propriamente detta
- Sintomi psicotici
- Ideazione anticonservativa
- Impulsività grave e rischiosa
- Eccitamento maniacale o ipomaniacale; disturbi bipolari in fase intercritica
- Disturbo ossessivo-compulsivo severo, in particolare se con scarso insight
- Disturbo di panico con attacchi severi, frequenti e ravvicinati

- PTSD cronico e severo
- Disturbi dissociativi
- Comorbidità multiple
- Qualsiasi disturbo se in comorbidità con disturbi della personalità di cluster A e B o con livello di compromissione del funzionamento di personalità maggiore o pari a 2 sulla scala LPFS del DSM-5 (organizzazione di personalità borderline o psicotica per il PDM-3)

Come recita l'ultimo punto, per altre situazioni cliniche ove possa esserci dubbio sull'appropriatezza dell'invio si suggerisce di valutare il livello di funzionamento (o evolutivo), la gravità e la modificabilità dei fattori di stress, l'entità delle risorse e la rilevanza anamnestica dei precedenti clinici in termini di cronicità e numerosità delle ricadute. Sono i criteri da adottare dinnanzi a tutta una lunga serie di altri disturbi e condizioni cliniche quali disturbo persistente dell'umore, disturbi d'ansia diversi dal caso descritto in precedenza, disturbi da sintomo somatico, lutto complicato e molti altri.

4.2 In quale fase del trattamento proporre l'integrazione psicofarmacologica

La domanda è apparentemente semplice: in quale momento di una psicoterapia già avviata, o vicina ad esserlo, è opportuno introdurre la componente farmacologica? Nella pratica gli scenari possibili sono in genere questi tre: a) la valutazione iniziale orienta fin da subito verso un trattamento integrato; b) l'indicazione emerge durante il percorso; c) la necessità si presenta nelle fasi avanzate o terminali della terapia, una tipologia di situazioni che, come vedremo, rende un po' più complessa la gestione.

La fase dell'assessment

Il momento tecnicamente più favorevole e sensato per proporre l'integrazione psicofarmacologica è proprio la fase valutativa. Quei primi 4-10 incontri (numero orientativo), condotti con gli strumenti descritti nel paragrafo precedente, sono generalmente adeguati a produrre una stima diagnostica

multilivello: quadro sindromico, livello di funzionamento della personalità, fattori di stress e risorse contestuali. Se ad un operatore occorrono uno o due mesi di osservazione clinica per rilevare un episodio depressivo maggiore in atto o un livello di funzionamento della personalità significativamente compromesso o, ancora, la presenza di comorbidità che rendono l'integrazione indicata, vuol dire che c'è un problema a monte di natura formativa o una scarsa propensione o capacità di integrare strumenti diagnostici validi. I criteri per decidere se inviare o meno emergono da colloqui clinici strutturati, dagli strumenti psicodiagnostici, dall'anamnesi, dall'esame della relazione diagnostico-terapeutica iniziale. L'idea che si debba attendere che tali elementi emergano spontaneamente durante il percorso è arbitraria e retriva, una posizione che gli stessi Roose e Cabaniss (2006), pur da una prospettiva psicoanalitica, criticano osservando come la valutazione iniziale tende a privilegiare l'"analizzabilità" del paziente a scapito di un inquadramento diagnostico. Per lo stesso motivo, l'argomentazione secondo la quale un assessment accurato in fase iniziale "allontani" il paziente o lo faccia sentire come un oggetto di studio da "etichettare" si è trasformata nel tempo in un postulato mai sottoposto a un'effettiva rielaborazione, salvo rare eccezioni, come la tradizione dell'assessment terapeutico e collaborativo (Fischer, 1985/1994; Finn, 2009, 2012) e i modelli di restituzione (Graham, 2006; Abbate, 2009). I rischi paventati in relazione all'assessment possono certamente manifestarsi in alcuni casi, ma si verificano quando l'operatore non è stato formato al punto da riuscire a integrare, in modo fluido, principi tecnici e capacità di condivisione empatica. In ogni modo, per un clinico resta ferma la necessità di conoscere una serie di aspetti fondamentali dell'organizzazione psichica del paziente, già dalle prime fasi, per pianificare il trattamento, pur mettendo in conto e imparando ad accettare una naturale quota d'incertezza che può essere, sì, compressa dall'abilità diagnostica, ma mai completamente eliminata.

Una formulazione teorica, più specifica e vicina al proprio orientamento (psicodinamico, cognitivo-comportamentale, sistemico, ecc.), getta luce sul "perché" il paziente stia manifestando le forme di disagio che lo hanno condotto alla nostra osservazione. L'identificazione delle sindromi cliniche attive, del grado di maturità vs fragilità strutturale della personalità, dei precedenti anamnestici, del supporto sociale e dei fattori di stress è invece tutto ciò di cui abbiamo bisogno per definire la cornice di sicurezza da costruire attorno al caso (Livesley, Clarkin, Dimaggio, 2015). La decisione di

inviare per una valutazione/prescrizione farmacologica, dunque, non necessita di archi temporali d'osservazione prolungati, se non in una minoranza dei casi.

In sintesi, non siamo dinnanzi a due livelli diagnostici incompatibili: comprendere i "perché" del disagio rispetto a stabilire di quale disagio si tratti, stimare il livello di funzionamento di personalità e collocare il tutto in un contesto biografico e contestuale sono semplicemente stratificazioni di profondità diversa. Saper ricavare i dati inerenti al paziente e alla relazione diagnostico-terapeutica delle prime fasi è una competenza che migliora l'attendibilità delle previsioni e la consapevolezza dei processi di decision-making, con un aumento della sicurezza dei trattamenti e della loro efficacia, ma anche con una riduzione dei tassi di drop-out.

Senza una conoscenza estesa degli aspetti sintomatici e sindromici, inoltre, rinunciamo ad avvicinarci all'esperienza soggettiva del disagio personale dei pazienti, un atteggiamento che chiude alla condivisione empatica; tutto il contrario rispetto a quanto paventato da chi sostiene che diagnosticare ostacoli l'autenticità dell'incontro umano terapeuta-paziente.

Trattare la formulazione teorica approfondita come sostituto della diagnosi è un errore logico prima ancora che clinico, in linea con quanto sostenuto da Roose e Cabaniss, 2006, per i quali le decisioni sulla gestione farmacologica poggiano su dati fenomenologici prima che dinamici. Identificare e lavorare in seduta su una serie di bias cognitivi o di meccanismi di difesa caratterizzanti prima di aver stabilito se un paziente abbia oscillazioni dell'umore tipiche dello spettro bipolare, è come scendere in profondità prima di essersi accertati che il quadro sia sufficientemente stabile da poter sostenere un lavoro del genere. I livelli di conoscenza non sono alternativi; tutti gli strati del percorso sono indispensabili, ma alcuni sono più urgenti di altri o, semplicemente, vengono prima su un piano metodologico. Ignorare l'importanza di un inquadramento iniziale che tenga conto delle sindromi, della personalità (compromissione strutturale e funzionale) e del contesto psico-sociale equivale a mettere tra parentesi secoli di ricerca psichiatrica, psicodiagnostica e di psicologia clinica, in nome di una fedeltà d'orientamento ideologica, priva di alcuna giustificazione epistemica. Sul piano pratico le conseguenze possono essere molto severe.

Non possiamo continuare a pretendere dai nostri pazienti che sviluppino consapevolezza di sé e dei propri bias, se noi stessi, per primi, seguiamo una metodologia piena di abbagli e salti logici.

Se l'assessment ha condotto a identificare una o più condizioni tra quelle elencate nel paragrafo 4.1, l'invio allo psichiatra dovrebbe essere proposto subito e presentato come parte integrante della proposta terapeutica. Non si tratta solo di un modo di procedere metodologicamente corretto, ma di un ineludibile obbligo deontologico.

Il "mini-contratto" nei casi di confine

Molti pazienti restano scettici o respingono nettamente l'invio per un trattamento psicofarmacologico, nonostante restituzioni svolte con accuratezza e sensibilità. In altri casi, la decisione sull'integrazione resta sospesa nonostante la valutazione iniziale sia stata adeguata e approfondita. Se la situazione clinica non è tanto instabile da richiedere una valutazione psichiatrica immediata, nelle due circostanze sopra citate si può procedere a stabilire un accordo temporaneo con il paziente che preveda di lavorare per un tempo contenuto, tra i 2 e i 4 mesi, con la sola psicoterapia, per stimare la "trattabilità" psicologica. Una rivalutazione in itinere, magari effettuata integrando indicatori clinici presenti nelle conversazioni terapeutiche e rivalutazioni tramite questionari di livello 2 (ossia orientati a valutare le dimensioni psicopatologiche chiave per quel paziente), consentirà di affrontare la questione dell'opportunità di un trattamento integrato senza spiazzare troppo il paziente, già informato al momento della presa in carico di questa possibilità. Vale la pena di aggiungere che, nel caso in cui il paziente abbia manifestato preconcetti, resistenze e fantasie disfunzionali nei riguardi delle cure farmacologiche, vi sarà stato il tempo di discuterne in un clima paritario e non competitivo, a condizione, naturalmente, che il terapeuta stesso sia formato alla logica dell'integrazione e abbia affrontato a propria volta l'eventuale ambivalenza nei riguardi di tali trattamenti.

Evitare di discutere o continuare a riflettere per il timore di spaventare il paziente, irritarlo o rischiare di perderlo costituisce una condotta che dimostra scarsa autostima professionale oppure un atteggiamento ideologicamente o inconsapevolmente ostile al mondo della psicofarmacologia.

L'invio tardivo: un rischio clinico, relazionale e deontologico

Generalmente, se i dati sulla psicopatologia emergente, sul livello di funzionamento della personalità e quelli psico-sociali vengono adeguatamente integrati, la decisione di orientare il paziente ad un trattamento integrato scaturisce entro poche settimane, salvo nei casi appena citati. Esistono tuttavia situazioni in cui le condizioni di vita del paziente sono diventate molto più destabilizzanti a causa di problemi di salute, life events o fattori di stress di una certa importanza, in una fase successiva a quella iniziale della psicoterapia. Altre volte una protezione maggiore del compenso emotivo si rende necessaria in fasi di transizione terapeutiche molto delicate e complesse, come, ad esempio, quando riemerge un trauma maggiore o la necessità di affrontarlo.

Cionondimeno, è comunque necessario discutere delle ragioni per cui sconsigliare, nella maggior parte dei casi, un invio in una fase centrale o tardiva della terapia. Non è raro che il paziente manifesti dubbi e un certo disorientamento dinnanzi a una proposta tardiva, soprattutto quando nei mesi o anni precedenti si era costruita una buona alleanza di lavoro fondata sulla concordanza intorno a un metodo esclusivamente psicologico. Questo cambiamento di prospettiva nella direzione del setting duplice viene spesso interpretato dal paziente come una sfiducia nelle capacità della coppia terapeutica di produrre un progresso terapeutico oppure come un "errore di calcolo" da parte del terapeuta, con la conseguente crisi della percezione di autorevolezza.

Roose e Cabaniss (2006) riferiscono di un caso emblematico. La signora R sviluppò un vero e proprio episodio di depressione maggiore dopo tre anni di un trattamento esclusivamente psicoanalitico. L'analista si era convinto che la depressione fosse una risposta ai sentimenti connessi al transfert negativo, a sua volta provocato dalle vacanze estive del clinico. Dopo aver tentato per alcune settimane di esplorare la sintomatologia di nuova insorgenza in linea con la cornice teorico-tecnica consueta, l'analista decise di inviare la paziente per una consulenza psichiatrica, che esitò in una diagnosi formale di depressione maggiore e nella prescrizione di un antidepressivo. Raggiunta la remissione, la signora R interruppe il trattamento: gli autori riferiscono esplicitamente che era arrabbiata per il tempo che l'analista aveva impiegato prima di inviarla per un consulto psichiatrico.

Un assessment approfondito condotto nei primi uno-due mesi di trattamento avrebbe quasi certamente rilevato un rischio di sviluppare sindromi depressive di una certa rilevanza e un livello di funzionamento della personalità parzialmente compromesso. Il ritardo non era giustificato su un

piano clinico, bensì indotto dall'applicazione schematica di una cornice teorico-pratica che escludeva diverse prospettive di osservazione e inquadramento della psicopatologia della paziente. Una pericolosa unidimensionalità interpretativa.

L'ironica paradossalità del caso è che la preoccupazione di intaccare la fiducia della paziente nel trattamento aveva generato il suo opposto. L'adesione rigida ad un proprio protocollo introduce una nota di freddezza nella relazione terapeutica. In genere, lo scompenso non deriva dalle bizze del destino, bensì da una dinamica prevedibile e circolare: "life events-organizzazione interna-sindromi cliniche", indagabile o, almeno, ipotizzabile già nelle prime settimane/mesi di valutazione e trattamento.

Tra le preoccupazioni più comuni che spingono i clinici ad un invio tardivo possiamo elencare: il timore di essere percepiti come insufficienti, una cieca lealtà all'orientamento teorico, la paura che il paziente si senta ferito dalla proposta o che abbandoni il trattamento. La comprensibilità di questi timori merita di essere riconosciuta, ma ciò non equivale a legittimare la condotta che ne deriva. Il bias di conferma e il bisogno di convalida possono essere razionalizzati come cautela terapeutica.

La proposta d'integrazione in corso d'opera è possibile, ma richiede prudenza rispetto alla cornice narrativa in cui s'inserisce, sia nella mente del clinico che nei dialoghi terapeutici. La proposta farmacologica nelle fasi mediana e avanzata della psicoterapia non dovrebbe essere intesa come la prova di un fallimento terapeutico, né tanto meno come un'alternativa alla cura psicologica; andrebbe piuttosto concepita (e rappresentata al paziente) come un ampliamento delle risorse e della sicurezza in un dato momento del percorso. Nei paragrafi che seguono, ci addentreremo nelle modalità di presentazione della proposta al paziente e di come organizzare le pratiche d'invio.

5. **Le modalità d'invio**

Nel paragrafo precedente, abbiamo proposto i criteri clinici che rendono consigliabile o mandatorio l'invio per la valutazione psichiatrica. Questa sezione si occupa delle procedure d'invio: ovvero, della sequenza di azioni attraverso cui lo psicoterapeuta esplora i vissuti del paziente sul tema, gestisce le

resistenze e fornisce informazioni al collega psichiatra, in modo da garantire maggiore sicurezza al paziente e ridurre il tasso naturale d'errore dello psichiatra quando opera sulla singola valutazione. Per limitare gli errori valutativi e la possibilità di scelte cliniche approssimative da parte dello psichiatra, lo psicoterapeuta, come verrà chiarito oltre, dovrà essere formato a trasmettere informazioni adeguate in termini di completezza, organizzazione e universalità del gergo tecnico impiegato. Verranno in seguito esposte le modalità d'invio più indicate per difendere e migliorare l'alleanza terapeutica con il proprio paziente in questa delicata fase di transizione. Insomma, cercheremo di passare dalla domanda sul "quando" a quella sul "come".

I malintesi più comuni sul tema dell'invio riguardano l'attribuzione del ruolo di diagnosta: il fatto che lo psichiatra sia un medico non implica che questi sia la "cassazione della diagnosi". La delega diagnostica avviene spesso su un piano implicito, ma contiene in sé una contraddizione in termini. Se è vero che il medico è qualificato ad effettuare diagnosi differenziali rispetto a problematiche mediche diverse da quelle psichiatriche e a verificare la sicurezza di una prescrizione, è altrettanto lampante che uno psicologo-psicoterapeuta, opportunamente formato, può effettuare diagnosi di disturbi psichiatrici con il medesimo livello di attendibilità. Non vi è nulla di così specifico nella formazione medica che porti a costruire migliori descrizioni dello status, migliori anamnesi (ad eccezione di quella strettamente medica), migliori scale di valutazione, interviste cliniche strutturate più attendibili, né, tanto meno, migliori somministrazioni e interpretazioni di strumenti psicometrici (anzi, in genere è vero il contrario). Spesso dietro questa delega nella definizione diagnostica si nasconde una preoccupazione rispetto alle responsabilità connesse all'inquadramento clinico e alle potenziali tensioni indotte dalla restituzione. Ma chi meglio dello psicoterapeuta può creare o contare su un alveo relazionale sicuro, nel cui contesto comunicare contenuti delicati sia sicuro, non traumatizzante e terapeutico? Formulare diagnosi attendibili (sindromi e personalità) in psicoterapia non ha ricadute terapeutiche di minor rilievo rispetto al trattamento psichiatrico. La parola psicoterapeuta comprende il suffisso terapeuta nella propria denominazione; può dunque un professionista di questo tipo procedere ragionevolmente senza un chiaro orientamento diagnostico? Che si fa? Si somministra una terapia a prescindere dalla diagnosi? La diagnosi non dovrebbe guidare il trattamento, avere ricadute sul piano di cura, sulla verifica dell'efficienza dei trattamenti? Il paziente, prima o dopo, non ha il pieno diritto di conoscere le caratteristiche della sindrome di cui

soffre (e che molto spesso tenderà a recidivare nel tempo) e dei tratti di personalità maladattivi che ne condizionano l'emersione, la recidiva e ne ostacolano il trattamento? Come mai i pazienti che hanno affrontato precedenti percorsi di terapia (integrata o no) ricordano così poco circa le dinamiche psichiche che li caratterizzano identificate e affrontate, degli obiettivi terapeutici perseguiti e dei piani anti-recidiva predisposti prima del termine delle terapie stesse?

Dalla pur necessaria diagnosi si dovrà passare poi alla fase d'invio vera e propria. Un invio non adeguatamente condotto, ossia privo della necessaria esplorazione paritaria dei vissuti, delle fantasie e dei pregiudizi verso i farmaci, può essere vissuto dal paziente come un abbandono, un giudizio di irrecuperabilità e l'idea di essere portatori di una "tara" organica cerebrale immodificabile. Una trasmissione delle informazioni grossolana e tecnicamente povera al collega psichiatra può risultare nella frustrazione del paziente legata al dover "rispiegare tutto da capo"; la sensazione di delega passiva contribuirà alla spiacevolezza dell'esperienza complessiva: il paziente si sentirà come fosse stato messo su una specie di nastro trasportatore procedurale, come una scatola di fagioli in preparazione per i supermercati. Non si tratta di dettagli irrilevanti perché la cura nella preparazione e nella conduzione dell'invio creerà le basi, assieme ad altri fattori, per una buona aderenza al trattamento farmacologico, con riduzione del tasso di drop-out precoce e di effetti nocebo. Un invio ben condotto potrà tradursi in un vero e proprio atto terapeutico perché farà sentire il paziente pienamente considerato nelle proprie sofferenze e dilemmi, ma anche seguito da una squadra integrata e organizzata, in grado di modulare il senso di caos interiore attraverso una procedura comprensibile e trasparente.

5.1 La preparazione all'invio

Prima ancora di nominare la possibilità di un invio, il terapeuta dovrà già aver svolto un assessment di senso compiuto e illustrato, seppure in modo essenziale, l'inquadramento delle principali difficoltà psicologiche, all'interno di un framework bio-psico-sociale, espresso in un linguaggio non-gergale.

Non si tratta di una seduta unica, ma di un processo di alcune sedute (salvo in situazioni di emergenza), ispirato, come affermato in precedenza, al metodo dell'assessment terapeutico di Stephen Finn (2009 e 2012). È di assoluto rilievo spiegare in termini semplici come una

significativa disregolazione emotiva renda davvero ardua qualsiasi elaborazione/presa di consapevolezza delle dinamiche determinanti di fondo e delle caratteristiche della persona (tratti maladattivi e risorse interne da sviluppare in terapia). Andrà chiarito che l'intervento farmacologico potrà svolgere un ruolo di contenimento di emozioni e impulsi dirompenti, collocandosi in un ruolo che non sostituirà in alcun modo quello della psicoterapia, ma la supporterà, la faciliterà ed entrerà in sinergia con essa; i farmaci insomma non dovranno essere presentati come sostituti della terapia, bensì come agenti che operano al suo servizio.

Già Lago (2006) segnalava il rischio che, nella dislocazione dei trattamenti tipica di una terapia condotta da più clinici non adeguatamente integrata, il paziente avverta a sua volta una "dislocazione" dei propri problemi, mantenendo una scissione latente tra mente e corpo, ossia tra parti di sé ("parte" esperienza interna vs "parte" cervello). Per evitare che questo accada, è necessario, sin dall'avvio della terapia integrata, che entrambi i clinici maturino una chiarezza che si articola su due assi: cosa-fa-cosa (quale parte dell'esperienza del paziente è modificata dai farmaci, quale dal lavoro psicoterapico, quale da entrambi) e chi-fa-cosa, ossia i rispettivi ruoli e competenze. Questa chiarezza dei clinici non è però una qualità acquisita attraverso titoli di studio: è essa stessa il prodotto di un lavoro di differenziazione e integrazione applicato alle conoscenze e alla pratica della terapia integrata. Prima di poter trasmettere al paziente la capacità di distinguere cosa modificano i farmaci, cosa modifica la psicoterapia e come le due azioni si connettono, i clinici devono aver già percorso quel tragitto interiormente ed essersi esercitati a tradurre questi concetti in parole vicine all'esperienza. È da questa elaborazione che scaturiscono dialoghi effettivamente psicoeducativi.

Il modo di parlare dei due clinici dovrebbe aiutare il paziente a sviluppare le due macro-competenze necessarie al suo coinvolgimento attivo e consapevole:

- Differenziazione: abituare il paziente a riconoscere e apprezzare la diversità tra le varie componenti della propria esperienza interna. Riconoscere le differenze tra motivazioni, emozioni, impulsi, pensieri e, di conseguenza, riuscire a comprendere l'impatto di farmaci e psicoterapia sulle diverse componenti della sua vita psichica sono i presupposti necessari alla capacità di integrare.

- Integrazione: dopo aver adeguatamente differenziato, ricomporre quelle parti una volta distinte, cogliendo come si influenzino a vicenda (ad esempio, attraverso dei pattern caratteristici), fino a costruire una mappa coerente del proprio funzionamento interno. Laddove il paziente tenda di suo a dislocare le parti, a causa del ricorso sistematico a meccanismi di difesa pervasivi, questo lavoro sarà più arduo e richiederà tempi più lunghi.

In altri termini, più evoluti risulteranno i processi di differenziazione e integrazione nelle menti dei due clinici, più fluidi ed efficaci saranno i dialoghi psicoeducativi con il paziente.

A livello operativo, l'analogia dell'antinfiammatorio che rende possibile la fisioterapia, già illustrata nel capitolo, è quasi sempre compresa con facilità e senza attivare resistenze ideologiche, rinforzando piuttosto l'efficacia comunicativa di aspetti più tecnici.

È buona pratica esplorare sistematicamente i vissuti, le fantasie e i preconcetti del paziente rispetto ai farmaci nella fase d'invio; per essere sistematici in tale indagine, può essere utile riferirsi all'elenco dei dubbi più comuni esposti nella brochure informativa posta in appendice. In altri termini, dovrà essere concesso uno spazio in cui il paziente possa dire «ho paura di dipenderne» o «mio padre li ha presi ed è diventato uno zombie, senza migliorare». In esso, il disagio e le ansie del paziente rispetto ai farmaci dovranno essere validati, senza frettolose rassicurazioni verticali. La psicoeducazione senza un'adeguata esplorazione preliminare di vissuti, fantasie e preconcetti produce molto spesso clamorosi fallimenti terapeutici. Solo dopo aver ascoltato, validato e poi confrontato il senso e la logica di quelle preoccupazioni diviene praticabile l'esposizione di una cornice alternativa, possibilmente impiegando le parole del paziente stesso come punto di partenza.

Qualora le resistenze siano significative, un protocollo morbido (inadatto a situazioni d'urgenza indifferibili) prevede la possibilità di una sorta di mini-contratto, secondo le modalità già esposte nel paragrafo precedente. Non stiamo parlando di una concessione tattica, ma di un atto negoziale, accompagnato dalla trasparenza metodologica. Se, ad esempio, fosse necessario un po' più di tempo per esplorare, elaborare e condividere il dolore per i mancati miglioramenti del "padre-zombie", la capacità del terapeuta di non divenire immediatamente direttivo produrrà un significativo incremento dell'alleanza terapeutica e della probabilità che il paziente si avvicini al consulto psichiatrico con maggiore fiducia e apertura.

5.2 La relazione clinica e la brochure

Se il paziente accetta la valutazione psichiatrica, è essenziale che il terapeuta rappresenti adeguatamente allo psichiatra l'insieme di preoccupazioni e cognizioni del paziente rispetto agli psicofarmaci. Si tratta di un elemento (spesso trascurato) in grado di guidare lo psichiatra alla calibrazione del tono del colloquio e alla prevenzione di rotture precoci nel processo di formazione dell'alleanza con il nuovo clinico, rotture che, rapidamente, si tramuterebbero in deficit di compliance o in effetti nocebo. Lo psichiatra, a sua volta, dovrà mantenere un atteggiamento sensibile a tali problematiche e mostrarsi autorevole ma, allo stesso tempo, non cattedratico nel fornire rassicurazioni o spiegazioni al paziente riguardo all'introduzione dei farmaci. Anche nel caso del colloquio psichiatrico, lo schema "ascolto-validazione-psicoeducazione" non dovrà mai essere aggirato in nome dell'impazienza e dell'insofferenza alla critica. È comprensibile che gli psichiatri siano esasperati dai preconcetti e dal discredito che vengono loro gettati addosso ogni giorno dall'opinione pubblica e dai singoli pazienti (e famiglie); tuttavia, ciò non può autorizzare atteggiamenti altrettanto ideologici, autoritari, sbrigativi o condiscendenti.

Sul versante delle altre informazioni cliniche da trasmettere, è il momento di elencare quali punti dovrebbero essere inclusi in una breve relazione finalizzata all'invio; il senso è quello di una rappresentazione schematica che risulti al contempo completa, efficace e parsimoniosa in termini spazio-temporali:

- Status psicopatologico e sintomatologia riferita (una raccolta che può essere supportata e organizzata in pochi minuti da strumenti come la CPRS — Comprehensive Psychopathological Rating Scale, Åsberg et al., 1978 —);
- Principali fattori di stress in atto e loro cronicità o reversibilità;
- Livello di funzionamento esterno nelle aree rilevanti (lavoro, relazioni, vita sociale, cura di sé);
- Stima del livello di compromissione strutturale e funzionale della personalità secondo la scala LPFS o la parte I dell'asse P del PDM-3;
- Principali risultati ai test psicometrici già somministrati: non relazioni infinite (per carità!), ma punteggi e items critici maggiormente degni di attenzione;

- Obiettivi della psicoterapia già concordati o auspicabili. La condivisione degli obiettivi è preziosa per lo psichiatra perché lo aiuta a capire in quale punto del percorso si inserisce il suo intervento, quali aspetti del funzionamento del paziente costituiscono i target dell'intervento psicoterapeutico e come i farmaci possano sostenere tale piano di sviluppo della persona, senza involontariamente inibirlo.

Una relazione strutturata in questo modo informa il collega dei dati clinici essenziali e, al contempo, lo mette nella posizione di interlocutore consapevole, riducendo il rischio che la valutazione psichiatrica proceda in modo scisso rispetto alla psicoterapia.

In parallelo, è consigliabile consegnare al paziente la brochure informativa allegata in appendice a questo capitolo per poi confrontarsi sui suoi contenuti nella seduta successiva. La brochure non è naturalmente un sostituto del processo di psicoeducazione, rappresentandone piuttosto un complemento. La brochure anticipa i dubbi più comuni quali dipendenza, effetti collaterali, timore della sedazione e della spersonalizzazione, e li affronta in un linguaggio accessibile, coerente con la cornice psicoeducativa già illustrata nel capitolo.

Dopo la visita psichiatrica, il debriefing nella seduta successiva è un passaggio irrinunciabile.

Lo psichiatra, a sua volta, dovrà fornire, dopo la visita, una mail sintetica in cui illustri le proprie impressioni cliniche, le ipotesi diagnostiche, il razionale delle scelte prescrittive e i segni clinici che desidera siano monitorati nel corso delle sedute del periodo successivo.

6. **Modalità di collaborazione tra clinici e coinvolgimento del paziente**

6.1 La comunicazione tra clinici durante il trattamento

La collaborazione tra psicoterapeuta e psichiatra è una pratica regolare, che richiede un'architettura comunicativa riconoscibile e costruita per essere d'aiuto al paziente. Il rischio opposto, quello di una comunicazione improvvisata o, peggio, attivata solo nelle crisi, è uno degli errori tecnici più diffusi nella pseudo-integrazione. La probabilità di aiutare un paziente già in piena fase di crisi, e di farlo in tempi ragionevoli, è ridotta quando il riconoscimento dei segnali di avvicinamento allo scompenso

clinico avviene in modo tardivo. Un confronto continuo tra clinici può attivare il riconoscimento dei sintomi sentinella tipici di una rottura incipiente e condurre ad un piano tempestivo d'intervento anti-crisi. Nel campo dei disturbi mentali, la gravità del quadro clinico è spesso inversamente proporzionale alla consapevolezza di malattia e alla capacità di fornire una cooperazione efficace da parte del paziente. Rendersi conto del problema quando lo scompenso è già florido può ridurre in modo drammatico la capacità del paziente di collaborare.

Il formato comunicativo tra clinici preferibile è la telefonata breve o una mail sintetica, ma al contempo completa, delle informazioni fondamentali; una lunga riunione clinica è molto difficile da organizzare sistematicamente.

Però qual è la reale copertura informativa richiesta per questi scambi? Eccone una breve lista, in parte sovrapponibile a quella vista per l'invio:

- La sintomatologia emergente e i principali segni rilevabili allo status;
- I life events e i fattori di stress sopravvenuti;
- Il livello di funzionamento esterno nelle aree rilevanti;
- L'andamento della relazione terapeutica;
- Le impressioni che il paziente ha condiviso sul lavoro del collega (confidenze allo psichiatra su tensioni o fonti di disagio nella relazione psicoterapeutica, e viceversa);
- I dati psicometrici di rilievo;
- I segni clinici o comportamentali su cui si chiede al collega di prestare attenzione nel prossimo incontro (alert che richiedono un follow-up);
- La data del prossimo appuntamento

Quest'ultimo punto suggerisce il momento ideale per sentirsi o scriversi: alcuni giorni prima della visita psichiatrica. Contattare il collega a ridosso dell'appuntamento consente di sintonizzare i due clinici sugli elementi più rilevanti del momento, evitando che la visita psichiatrica avvenga "a cielo coperto" rispetto a quanto accade in psicoterapia.

6.2 La frequenza delle visite psichiatriche

L'intervallo tra le visite psichiatriche di controllo non può essere prefissato. Nello stabilirne la frequenza è necessario considerare una serie di diversi fattori: grado di compenso sintomatologico del paziente, solidità strutturale della personalità, gravità della diagnosi sindromica, intensità dei fattori di stress e degli eventi di vita in corso, fase del trattamento farmacologico (acuta, mantenimento, sospensione), risultati più recenti ai test psicodiagnostici, solo per limitarsi a quelli più rilevanti.

Sicuramente, la rilevazione quantitativa ricorrente con strumenti diagnostici, oltre ad aumentare la sicurezza del trattamento, costituisce un parametro rilevante poiché molto spesso aggiunge spunti e dati che gli strumenti tradizionali d'indagine non sempre riescono a catturare.

A questo proposito, è doveroso ricordare che il monitoraggio sistematico dell'andamento clinico tramite strumenti standardizzati (il cosiddetto *measurement-based care*) non è una proposta originale di chi scrive, trattandosi piuttosto di una raccomandazione presente in molte diverse linee guida internazionali. Ad esempio, linee guida canadesi lo pongono tra i principi fondamentali della gestione dei disturbi depressivi (Lam et al., 2024). Quelle statunitensi estendono la raccomandazione a strumenti rivolti al livello di funzionamento esterno e della qualità di vita (American Psychiatric Association, 2016), aggiunta che appare tutto fuorché fine a sé stessa. Le linee guida britanniche, infine, prevedono il monitoraggio ricorrente dell'outcome mediante strumenti standardizzati e validati (NICE, 2022).

Va sottolineato un aspetto che smentisce i pregiudizi secondo i quali la misurazione oggettivante sarebbe pratica fredda, tecnicista e distanziante. Le stesse linee guida canadesi raccomandano che i punteggi vengano rivisti assieme al paziente e impiegati per prendere decisioni condivise sui passi successivi del percorso, facendo della misura un'opportunità psicoeducativa, di rinforzo dell'aderenza e di rifinitura collaborativa degli obiettivi trattamentali condivisi (Lam et al., 2024). Lo strumento, insomma, non è inteso come sostituto della valutazione clinica e della relazione terapeutica, mettendosi piuttosto al loro servizio.

In alcuni sistemi sanitari, la documentazione standardizzata degli esiti è addirittura un requisito: nei servizi pubblici di salute mentale australiani la raccolta routinaria di misure di esito, a intervalli

regolari, è prevista come parte del monitoraggio nazionale (Pirkis et al., 2005). Nascondersi dietro un dito non è più un'opzione.

In linea orientativa, una cadenza di visite psichiatriche di controllo compresa tra due settimane e due mesi copre la maggior parte delle situazioni cliniche attive. Nelle fasi iniziali del trattamento farmacologico (titolazione, verifica della tollerabilità, aggiustamento del dosaggio) la frequenza tende ad essere più ravvicinata. Nelle fasi di mantenimento, con paziente compensato e quadro stabile, si può allungare l'intervallo sino a due mesi, o anche tre nei follow-up caratterizzati da buona e prolungata stabilità. Quando invece si avvia una semplificazione o una sospensione del farmaco, la frequenza torna ad aumentare: si tratta di una fase ad alto rischio di ricaduta, spesso sottovalutata, in cui il monitoraggio ravvicinato non è un eccesso di prudenza ma una condizione di sicurezza. È una fase preziosa anche per identificare e psicoeducare il paziente agli Early Warning Signs (EWS), ossia quei sintomi e comportamenti che anticipano di qualche tempo le ricadute nelle fasi critiche (sul costrutto degli Early Warning Signs cfr. Birchwood et al., 1989; Herz & Melville, 1980; per l'applicazione alle ricadute affettive e l'uso di checklist, Perry et al., 1999; Lobban et al., 2011; per i prodromi depressivi, Fava et al., 1990; Benasi et al., 2021). Parleremo più estesamente di questa forma di monitoraggio nel paragrafo seguente.

Un elemento che modifica la frequenza in modo trasversale rispetto alle fasi è l'accumulo di fattori di stress: un lutto, una separazione, la perdita del lavoro, un trasloco in un periodo di fragilità strutturale non compensata possono richiedere un'intensificazione temporanea dei contatti psichiatrici indipendentemente dalla fase farmacologica.

In ogni caso e per entrambi i clinici, la promozione del progresso e della sicurezza dei percorsi terapeutici è influenzata in modo decisivo dall'accuratezza metodologica e dall'investimento sul caso. Documentazione efficace e scambi adeguati di informazioni, né sovrabbondanti né poveri di dati chiave, sono una dimostrazione della cura e della vicinanza al caso. Non è un approccio ossessivo al dato, è un gesto di cura e attenzione che viene invariabilmente percepito dagli stessi pazienti.

6.3 Ruoli e mansioni

Un problema frequente, e spesso sottovalutato, è l'uso che alcuni pazienti fanno delle visite psichiatriche o delle sedute di psicoterapia. Spesso, consciamente o inconsciamente, alcuni le vedono come l'ambito in cui ottenere una "second opinion" su quanto detto, concordato o interpretato nell'altro contesto. Il paziente che riferisce allo psichiatra di sentirsi incompreso dal terapeuta, o che porta in psicoterapia un'affermazione dello psichiatra per metterla in discussione, non sta necessariamente mentendo o manipolando in senso consapevole: sta spesso mettendo in atto le proprie dinamiche oppositive e passivo-aggressive, i propri schemi familiari o, più semplicemente, un deficit di comunicazione assertiva. La risposta clinicamente corretta non consiste nel prendere per buona la versione del paziente, ma neppure nello squalificarla: è indispensabile invitare il paziente a discutere apertamente il problema percepito con il collega anziché farlo per interposta persona. Nelle note scritte o telefoniche sarà comunque compito del professionista, come già accennato, introdurre il marker di rottura manifestato nel proprio contesto ma relativo all'area d'intervento del collega.

Non è un mistero che spesso insorgano dinamiche competitive tra clinici: l'intestarsi i successi, l'esternalizzare le responsabilità quando qualcosa va storto, il commentare in modo lapidario le scelte del collega dinnanzi al paziente, e simili. È a questo livello che entrano in gioco le qualità personali e trasversali esposte nel paragrafo sulle competenze degli operatori. Il rischio è che i clinici colludano con la triangolazione involontariamente favorita o inconsciamente desiderata dal paziente. Questi fenomeni o, meglio, questi agiti di controtransfert, sono il segnale forte e chiaro di un'incrinatura nell'alleanza triadica. Se un clinico si sente eccessivamente spinto a commentare o criticare il lavoro del collega, dovrebbe sempre chiedersi *chi* realmente voglia fargli esprimere determinati contenuti. Diversamente, ci si esporrà al rischio di restare intrappolati in una rete di traslazioni di schemi familiari.

La tempestività nel confrontarsi con il collega spesso consente di dissipare quasi istantaneamente il gioco di ruoli sotteso alle tensioni avvertite dalla triade.

La chiarezza diagnostica, terapeutica e nella lettura delle dinamiche relazionali consente di non essere trascinati in un gioco di specchi confusivo tanto per i clinici, quanto per il paziente. Alcune doti favoriscono il mantenimento della necessaria congruenza comunicativa. Il riferimento è alla

chiarezza metodologica, alla consapevolezza di sé e del proprio controtransfert, nonché all'abilità di riflettere sulle proprie motivazioni prima di verbalizzare i propri interventi. Fortunatamente, si tratta di qualità personali e tecniche allenabili, benché piuttosto sofisticate.

In definitiva, la chiarezza rispetto a funzioni e ruoli deve essere innanzitutto nella testa dei due clinici, prima ancora che nelle parole rivolte al paziente. Se i due non hanno una visione coerente e condivisa di "chi fa cosa e perché", non potranno trasmetterla in modo fluido nei dialoghi terapeutici.

In termini operativi, i due ambiti di pertinenza si distinguono (o dovrebbero distinguersi) con sufficiente nitidezza. Lo psichiatra è incaricato di:

- Monitorare lo status psicopatologico;
- Verificare la compliance farmacologica e gli effetti collaterali;
- Condurre diagnosi differenziali rispetto a possibili componenti organiche;
- Fornire psicoeducazione sui disturbi e sul razionale d'impiego dei farmaci (contenuti da condividere con il terapeuta, affinché non si instaurino cortocircuiti e malintesi comunicativi);
- Studiare i fattori di stress e il funzionamento esterno;
- Verificare la compatibilità tra terapia psicofarmacologica e altre patologie mediche / altri trattamenti farmacologici
- Somministrare scale cliniche e questionari orientati principalmente alle aree sintomatologiche chiave del paziente.

Lo psicologo psicoterapeuta, dal canto suo, monitora ugualmente lo status, ma il suo fuoco è collocato su:

- I vissuti e le fantasie connesse al farmaco e al percorso di cura;
- Le dinamiche strutturali che fanno da sfondo e presupposto allo sviluppo dei sintomi;
- Un lavoro più attivo e continuo sull'alleanza terapeutica;

- L'impiego ricorrente di test psicometrici (in particolare quelli personality-oriented), che richiedono un contesto relazionale consolidato per essere somministrati e restituiti in modo produttivo;
- L'applicazione di tecniche specifiche del proprio indirizzo teorico.

La distinzione non è una separazione a compartimenti stagni dei due territori di cura. Ci sono aree di sovrapposizione inevitabili e potenzialmente feconde; due esempi sono il monitoraggio dello status ed il percorso di psicoeducazione. Ma la sovrapposizione produttiva è diversa dalla confusione dei ruoli. La prima arricchisce, la seconda disorienta il paziente, e, non di rado, anche i clinici.

6.4 La trasparenza e il coinvolgimento del paziente

È importante che il paziente sia informato del flusso comunicativo tra clinici senza sentirsi braccato e controllato da questa duplice prospettiva di verifica. Lo scopo delle comunicazioni non è di smascherare il paziente, bensì di restituirgli gradualmente il senso dell'integrazione dei percorsi e degli eventi relazionali che coinvolgono la triade. Anche quando i clinici si scambiano le confidenze che il paziente ha fatto sull'uno o sull'altro, non lo fanno per riferirle alle sue spalle, ma per invitarlo a trattarle direttamente con il diretto interessato, con l'intenzione di trasformare una disfunzionale ripetizione di pattern relazionali in un esercizio di comunicazione assertiva.

Quando si afferma di voler coinvolgere il paziente in modo trasparente e proattivo, non si allude alla sola necessità di ottenere un consenso formale (che pure è necessario e va acquisito); si tratta piuttosto di costruire una comunicazione limpida e diretta che prevenga la formazione di «segreti a due» tra i clinici, vissuti dal paziente come escludenti, in analogia con quanto può essere accaduto in passato rispetto a certi "segreti di famiglia", trattati solo tra gli adulti di casa. Il modo in cui il paziente reagisce alla comunicazione tra i clinici può raccontare molto del suo assetto. Allo stesso modo, l'opposizione mentalizzata ai tentativi inconsci di triangolazione consente al paziente di

reintegrare in una forma verbalizzabile il gioco di ruoli di origine familiare che prima poteva solo mettere in atto.

Un'ultima indicazione operativa: evitare che il paziente sia "incaricato" di recare messaggi al collega che non ci si è presi cura di presentargli in modo più diretto. In tal modo, non si fa altro che fornirgli un modello di triangolazione comunicativa disfunzionale che tenderà inesorabilmente a interiorizzare. Predicare in un modo e razzolare in maniera opposta costituisce un esempio di doppio legame comunicativo imbarazzante per due clinici che dovrebbero, al contrario, manifestare una maturità psicologica e una levatura etica capaci di prevalere sui propri narcisismi.

7. **Monitoraggio, segnali precoci di crisi e fasi avanzate del trattamento**

7.1 Il monitoraggio condiviso e i segnali precoci

Nei momenti di transizione, la struttura integrativa dimostra in modo ancora più lampante di essere un valore aggiunto. Il potere della sinergia tra trattamenti diventa innegabile in tutte le fasi di passaggio in cui il monitoraggio clinico assume un ruolo ancora più centrale. Due clinici osservano lo stesso paziente mentre il paziente stesso va acquisendo sempre di più la capacità di segnalare le variazioni nel proprio umore, nel modo di stare in relazione o nello stile di vita: tre persone che, da punti di vista differenti, osservano lo stesso fenomeno cogliendo ciascuna una sfumatura diversa. La capacità del paziente di fornire un contributo decisivo è stata molto a lungo sottovalutata, perché esposta a molti bias. Un paziente potrebbe dichiararsi del tutto privo di vissuti difficili o blocchi funzionali per compiacere i clinici o perché desidera voltare pagina e lasciarsi alle spalle definitivamente un brutto periodo di malattia, a causa della dinamica detta "fuga nella guarigione" o per il persistere di meccanismi di difesa come la razionalizzazione. Altre volte, al contrario, può fornire resoconti sintomatologici molto accentuati proprio nel momento in cui è prossimo a poter fare un salto evolutivo, per il timore di essere "abbandonato" dai clinici o per la paura di tornare a sperare ed essere ancora una volta disilluso. Al netto di tutti questi fattori confondenti tipici, un paziente ben addestrato può cogliere sul nascere le difficoltà e contribuire alla visione d'insieme sulla propria condizione di compenso ed evolutiva.

Come già anticipato nel paragrafo sulla definizione di terapia integrata, il paziente è il massimo "esperto della propria esperienza interna" (Miller & Rollnick, 2013) e, quasi sempre, testimone unico delle proprie giornate. Il calo della qualità del sonno, l'irritabilità, la difficoltà a provare piacere e coinvolgimento, le somatizzazioni, le ruminazioni sono tutti segnali sfumati. È in questo passaggio che le razionalizzazioni possono intervenire annullando il potenziale informativo di questa sintomatologia, specie se i sintomi si presentano isolati: la razionalizzazione e l'intellettualizzazione entrano come una lama nel burro dello storytelling, suggerendo spiegazioni di superficie come "sarà un po' di stanchezza primaverile", "sono meteoropatico", "oggi le condizioni di lavoro sono troppo alienanti", "la benzina costa 2 euro al litro e oggigiorno chi non è preoccupato per i soldi?", "saranno gli orrori delle guerre che ci propinano continuamente in TV e su internet". È qui che entra in gioco un lavoro clinico specifico: trasformare il paziente da ricettacolo passivo di sintomi a sentinella sensibile e formata a riconoscere i problemi sul nascere.

La maggior parte degli scompensi clinici non esordisce improvvisamente, basti pensare alle crisi depressive, ipomaniacali, dissociative o disforiche. Come visto nel paragrafo precedente, una serie di segnali precoci le precede; si tratta degli Early Warning Signs (EWS), sintomi spesso di carattere più sfumato o isolato che anticipano le crisi di settimane o, a volte, persino mesi. Gli EWS hanno due caratteristiche: a) i segnali ci sono quasi sempre nel periodo precedente alla manifestazione completa della crisi; b) ciascuna sindrome presenta sintomi sentinella caratteristici e l'ordine con cui si presentano è ricorrente. Per quanto concerne il disturbo bipolare, ad esempio, la progressione dei sintomi tende ad essere la seguente: sonno come primo segnale, variazioni dell'umore in senso ansioso-irritabile, poi componenti cognitive e comportamentali. Questa progressione può fornirci una mappa generale, ma quello che più conta, nel singolo caso, sono gli EWS specifici di quel paziente (Birchwood et al., 1989; Perry et al., 1999). Esiste infatti uno schema individuale di ricaduta, un pattern personale che si ripete di episodio in episodio. Ciascun paziente manifesta i propri caratteristici EWS, in parte sovrapponibili e in parte no a quelli più comuni della sindrome principale di cui soffre.

Da qui l'esigenza di costruire assieme al paziente una lista di segnali sentinella che caratterizzano le sue fasi pre-critiche. Il momento ideale per costruire un documento condiviso di questo tipo sono le fasi di compenso clinico, in cui si riscontri un buon livello di alleanza terapeutica.

Alcune delle seguenti domande possono fare da guida all'esplorazione: "quali segnali ha lanciato il suo corpo nelle crisi precedenti?"; "come sono cambiati i suoi pensieri, il suo sonno, i suoi sogni, il suo modo di stare con gli altri?"; "quali buone abitudini ha abbandonato per prime?". Si tratta di un lavoro che ha un doppio valore: produce uno strumento di monitoraggio concreto e su misura, e, al contempo, è esso stesso terapeutico perché restituisce al paziente un senso di competenza e di empowerment sul proprio percorso; esattamente il contrario della passività regressiva che la terapia integrata vuole prevenire. L'osservazione dei propri schemi tipici '*stimolo ambientale-concatenazione di pensieri ed emozioni-manifestazione EWS-crisi*' costituisce forse l'effetto più prezioso di queste pratiche perché aiuta i pazienti a operare una defusione rispetto ai propri disturbi. Così facendo si promuove lo sviluppo dell'Io osservante, ossia di quella parte sana del paziente con cui allearsi e che troppo spesso soffoca schiacciata dal peso della sintomatologia attiva e delle difese.

A questo lavoro ideografico, però, è sempre bene associare un monitoraggio con strumenti standardizzati, che hanno la duplice finalità di contrasto ai bias dei tre membri coinvolti e, ancora una volta, di favorire o rafforzare l'apprendimento dei propri EWS.

Vi è poi un dato che gli strumenti standardizzati faticano a catturare: il sogno. Il materiale onirico dà espressione all'implicito e all'indicibile e aggira i bias delle fonti autodichiarative (sintomi riferiti, self-report). Il fenomeno sogno si colloca, accanto alla semeiotica e ai pattern comportamentali e relazionali agiti, nell'area di ciò che il paziente non sa, non vuole o non riesce a raccontare di sé. In questo senso, esso resta una "via regia" anche nel senso del risk management clinico, purché letto attraverso parametri formali e contenutistici operazionalizzabili, quali variazioni nella tonalità/intensità emotiva in un dato periodo, ruolo che il sognatore assume rispetto ai problemi che si presentano nei diversi scenari onirici (passivo-proattivo, efficace-inefficace, reattivo-strategico, ecc.), variazioni nella natura delle interazioni con altri personaggi (% interazioni aggressive vs % interazioni amichevoli) (Hall & Van de Castle, 1966). Si tratta di un approccio decisamente diverso da quello classico interpretativo. La ricerca empirica comincia a riportare dati riguardanti il valore prodromico di sogni d'angoscia (*bad dreams*) e degli incubi (Sheaves et al., 2023; Geoffroy et al., 2023).

La somministrazione periodica (ogni tre mesi, o più ravvicinata se siamo in fase di recupero da uno scompenso o di sospensione) di questionari mirati sulle aree sintomatologiche più caratterizzanti del paziente offre un dato oggettivabile, confrontabile nel tempo e condivisibile tra i clinici e con il paziente stesso. Strumenti come BAI (Beck Anxiety Inventory), BDI-II (Beck Depression Inventory-II), HCL-32 (Hypomania Checklist-32) e altre scale specifiche per il quadro in questione non sostituiscono l'occhio clinico: lo correggono, lo arricchiscono e trasformano le impressioni in un lessico condiviso e meno idiosincratico. Solo così il monitoraggio diventa parte di un piano di prevenzione delle ricadute condiviso dall'équipe delle tre persone coinvolte nella terapia integrata.

7.2 Le fasi avanzate e la semplificazione/sospensione

Una certa quota di pazienti è candidabile alla sospensione o, quanto meno, alla semplificazione del trattamento psicofarmacologico. È però di cruciale importanza che i criteri per progredire verso questa fase non siano limitati al semplice miglioramento clinico né, tanto meno, puramente sintomatologici. Siamo in un ambito forse non altrettanto dibattuto e sottoposto al vaglio della ricerca clinica quanto altre fasi del trattamento.

Il primo principio, benché non assoluto, riguarda la sequenza di semplificazione/sospensione. In linea generale, è considerabile più razionale sospendere prima il farmaco e concludere dopo la psicoterapia, non viceversa. È proprio nella fase di semplificazione e sospensione del trattamento farmacologico che la verifica degli apprendimenti maturati in psicoterapia può procedere. Le strategie di regolazione emotiva, le nuove modalità di coping, la consapevolezza dei propri schemi devono superare lo "stress-test" dell'incontro con gli stati emotivi non più modulati (o modulati in misura minore) dall'azione dei farmaci. È come se la psicoterapia dovesse rimanere come campo intersoggettivo sicuro, in cui verificare le competenze adattive nel momento del collaudo. Eventuali difficoltà potranno essere studiate in quella sede per comprendere se effettivamente alcuni problemi di fondo siano stati affrontati in modo parziale oppure se ci sia nel paziente una difficoltà ad accettare anche livelli fisiologici di stress e reattività emotiva. Tutto ciò è possibile, naturalmente, solo a condizione che la sospensione o semplificazione del regime farmacologico sia fatta con tutta

la gradualità del caso, seguendo le linee guida in materia. Se tale condizione non verrà soddisfatta, sarà estremamente difficile distinguere tra recidiva e sintomi da sospensione.

Ma veniamo ora ai criteri per avviare la sospensione o semplificazione dei farmaci. Occorre da subito precisare che non è sufficiente che ne sia soddisfatto uno soltanto. L'assenza di uno solo dei criteri qui sottoelencati suggerisce di procedere con estrema cautela o di rinviare la decisione.

- Assenza di diagnosi che precludono la sospensione. Alcune sindromi cliniche richiedono il mantenimento a lungo termine, a prescindere dal prosieguo della psicoterapia o dalla sua interruzione. Eccone alcuni esempi: disturbi bipolari I e II, storia di episodi psicotici, depressione maggiore grave ricorrente con almeno tre episodi severi in anamnesi, gravi disturbi della personalità (schizotipico, paranoide, borderline di basso funzionamento con comorbidità multiple). In questi casi la sospensione non può costituire un obiettivo realistico e la cosa, con i modi dovuti e la tempistica adatta, dovrebbe essere comunicata al paziente, per non creare fenomeni di disillusione e per avviare un lento percorso di accettazione.
- Remissione completa o subtotale stabile da almeno sei mesi. Un tempo inferiore o la presenza di sintomi residui devono far ritenere elevata la probabilità di una ricaduta. Anche in questo caso, il dato va oggettivato con strumenti psicometrici; molti pazienti potrebbero non dichiarare sintomi residui per compiacenza o per il timore che non ci si possa emancipare dai farmaci nei tempi previsti o, ancora, per una collusione tra clinico e paziente nel costruire una narrazione epica della propria *restitutio ad integrum*.
- Assenza di fattori di stress di rilievo o cambiamenti esistenziali imminenti. Un cambio di lavoro, un trasloco, l'arrivo di un figlio, la laurea, il pensionamento e altre transizioni significative consigliano molta cautela perché la domanda adattiva è prossima ad aumentare. Vale anche per le fasi di ristrutturazione psichica intensa: materiale traumatico in elaborazione non ancora consolidata, tematiche forti aperte di recente.
- Funzionamento di personalità con livello di compromissione prossimo a 1 sulla LPFS. Non stiamo affermando che un LPFS ≥ 2 precluda la stabilizzazione in senso assoluto, né la semplificazione del regime farmacologico; il criterio invita piuttosto a considerare il livello di compromissione funzionale della personalità come una misura della vulnerabilità strutturale

alla crisi. Deficit funzionali non adeguatamente affrontati in psicoterapia (o magari non superabili mediante terapie) lasciano il paziente privo delle risorse interne necessarie a reggere la sospensione, rendendo la ricaduta più probabile. Certamente, vanno anche considerate la direzione e l'entità del cambiamento prodotto dal percorso psicoterapeutico. Un paziente che entra con LPFS 3 e arriva a 2 ha fatto un percorso reale, ma ciò non può sollevare il clinico dall'obbligo di considerare che la sua organizzazione di personalità lo stia mantenendo in una condizione particolarmente suscettibile allo stress.

- Condizioni di salute generale accettabili. L'ex-asse III (del DSM-IV) non è uno sfondo neutro: una patologia medica attiva o instabile è di per sé un fattore di stress rilevante. I dati relativi alla salute non costituiscono un dato separato di competenza esclusivamente internistica.

- Il desiderio non troppo ambivalente e la capacità effettiva di prendersi cura di sé. Lo stile di vita deve evidenziare questa competenza centrale. Condotte di vita che espongono a rischi per la salute mentale o fisica, auto-sabotaggi, scelte che sembrano perpetuare vecchi schemi disfunzionali, il disinteresse per la propria crescita e il proprio cambiamento sono atteggiamenti che dovrebbero essere trattati come delle "red flags" relative alla difficoltà del paziente di considerarsi degno della propria stessa protezione e presa in carico.

La conclusione della psicoterapia ha criteri propri, che solo in parte sono sovrapponibili a quelli sopra indicati per la farmacoterapia. Il primo e più ovvio, ma mai abbastanza sottolineato, è che gli obiettivi concordati con il paziente siano stati almeno in buona parte conseguiti. Questo criterio è operazionalizzabile solo nei casi in cui gli obiettivi siano stati definiti in forma scritta e condivisi tra paziente e terapeuta già dalle prime fasi e con successive revisioni periodiche. Non si tratta di un passaggio burocratico tipo consenso informato (anche se può essere terapeutico l'atto di contrattualizzarli); stiamo parlando di una condizione che rende il paziente più simile ad un contraente consapevole piuttosto che a un destinatario passivo di una valutazione/trattamento unilaterale da parte del clinico.

Oltre al raggiungimento degli obiettivi, il funzionamento interno deve mostrare segni tangibili di crescita quali un'identità più solida, un'auto-direttività più chiara, una migliore regolazione emotiva

e degli impulsi, una capacità di mentalizzazione più sviluppata, il superamento di schemi interpersonali maladattivi. Nessuno dovrebbe pretendere un'evoluzione clamorosa su tutti questi piani, definitiva e totalmente priva della possibilità di incappare in regressioni future. Un'evoluzione significativa rispetto alla condizione iniziale dovrebbe però risultare evidente; un funzionamento interno ancora compromesso rende sostanzialmente scontate ricadute e deficit adattivi cronici. Oltre a quello interno, anche il funzionamento esterno deve essere almeno parzialmente ripristinato.

L'attenuazione di tratti maladattivi e lo sviluppo di funzioni interne, documentati in fase di retest da strumenti *personality-oriented* (come MCMI-III, LPFS-BF 2.0, SCID-5-AMPD Modulo I), offrono una conferma oggettivabile del successo terapeutico, meno esposta ai bias tipicamente umani connessi a desideri e paure inconfessate anche a sé stessi. La documentazione dell'avvenuto sviluppo nelle aree di funzionamento interno suggerisce una minore vulnerabilità alla crisi e dunque una più probabile persistenza dei risultati terapeutici.

Una chiusura graduale, che includa un diradamento progressivo delle sedute, trasforma un po' alla volta la figura del terapeuta da professionista che ha in carico il paziente a supervisore di un ex-paziente che sta imparando a prendersi cura di sé. La verifica dell'autonomia è la premessa necessaria per salutarsi e consente alla conclusione del percorso di elevarsi a modello di una separazione sana e necessaria all'evoluzione personale. Può essere utile in questa fase congedarsi con una brochure dedicata alle modalità di monitoraggio dei propri EWS, nella quale saranno stati inclusi i triggers e gli stessi EWS tipici della fase pre-critica (sintomi, segnali corporei, variazioni abitudini e stile di vita, variazioni caratteristiche e contenuti dei sogni, ecc.), rilevati nel corso della terapia, nonché chiare procedure da attivare nel caso in cui il paziente riscontri un insieme di segnali sospetti.

8. **Potenziali fonti di attrito tra farmaci e psicoterapia**

I farmaci psichiatrici sono stati a lungo demonizzati, non solo nell'ambito dell'opinione pubblica, ma persino da psicoterapeuti, sia psicologi che medici, che hanno improvvidamente perorato la falsa credenza del "farmaco come droga" che annebbia la mente e spegne l'energia pulsionale che

servirebbe come molla per far lavorare su traumi e conflitti intrapsichici. Come abbiamo già ampiamente discusso, questa visione non ha alcun fondamento scientifico e si può già considerare ampiamente superata. Ciò nonostante, i dubbi e le remore sull'integrazione restano vivi e interferenti, conducendo molti pazienti a restare in una condizione sintomatica che abbatte la loro qualità di vita e limita il tasso di successo dei percorsi psicoterapeutici. Come in molti pregiudizi e luoghi comuni, però, ci potrebbe essere un fondo di verità nell'idea che i farmaci possano, almeno potenzialmente, essere d'ostacolo al trattamento psicologico, ma ciò avviene solo in casi specifici e attraverso una cattiva gestione dei trattamenti sia psicofarmacologici che integrati. Proviamo a vedere alcuni casi in cui ciò potrebbe accadere.

8.1 Il farmaco come facilitatore dell'evitamento

Tra i contributi teorici più universalmente applicabili della schema therapy, il gruppo di Jeffrey Young ha identificato le principali manovre attraverso le quali i pazienti aggirano l'attivazione dei propri schemi maladattivi e degli stati emotivi ad essi correlati. L'evitamento, in quest'ottica, non è solo di tipo comportamentale, non riguarda soltanto le situazioni evitate, ma si estende al piano cognitivo (non pensare, non ricordare, minimizzare), emotivo (non sentire, distaccarsi, intellettualizzare) e compensatorio (sovra-controllare, compiacere, dominare per non sentirsi vulnerabili). Gli item del Young-Rygh Avoidance Inventory e dello Young Compensatory Inventory descrivono con precisione clinica questa varietà: bere per tranquillizzarsi, tenersi costantemente occupati, lasciarsi alle spalle il prima possibile le esperienze spiacevoli, non farsi coinvolgere emotivamente (Young et al., 2007).

In pazienti caratterizzati da questo stile di gestione delle proprie emozioni, effettivamente, potrebbe fare la propria comparsa un rischio farmacologico piuttosto sottile: un farmaco che attenua efficacemente l'arousal emotivo può diventare, nelle mani di un paziente con forti tendenze evitanti e compensatorie, un ulteriore strumento di aggiramento. Una terapia farmacologica, adeguatamente dosata, non annulla le reazioni emotive, ma le modula; tuttavia, una volta conseguito questo effetto di attenuazione, almeno dei picchi emotivi più disturbanti, la riduzione del disagio potrebbe "allearsi" con le strategie di evitamento/ipercompensazione, spegnendo la spinta motivazionale a

guardare oltre la punta dell'iceberg dei sintomi, per addentrarsi nello studio delle dinamiche sottostanti. Per chi già ha un assetto rivolto a mascherare o dimenticare, il farmaco può essere impiegato inconsciamente come un'ulteriore freccia all'arco dell'evitamento, una freccia piuttosto potente in alcuni casi. Il farmaco, inoltre, essendo prescritto da un medico, è in qualche modo ufficialmente autorizzato, non è come una dipendenza da alcol, da sigarette o altro. Senza volerlo, in casi come questo, il farmaco sta legittimando quel porsi a distanza dal mondo di contenuti mentali "sottostanti" al dolore, sino ad allora tenuti ben stipati in cantina, ove il paziente vorrebbe lasciarli.

In molti disturbi di area fobica, come agorafobia, ansia da separazione o fobia sociale, molti pazienti potrebbero schermarsi dietro l'azione di SSRI + benzodiazepine, per evitare di esporsi gradualmente a ciò che più li spaventa. In fondo, non percependo più il disagio delle proprie limitazioni, o avvertendolo con sensazioni d'accompagnamento meno penose, che bisogno c'è di darsi tanta pena nell'uscire dall'area di comfort o di perdere questo scudo rassicurante di natura chimica? "Tutto sommato campo decentemente anche così". "Non vivo come una pena, né la manifestazione del sintomo, né l'evitamento. Perché, dunque, provare a fare un passo in avanti e affrontare ciò che mi spaventa, con il rischio di ricadere nel problema?". La crescita psicologica si arresta, quella finestra di opportunità di cambiamento si chiude subito dopo essere stata spalancata dai venti del temporale sintomatologico.

La stessa logica si può estendere agli schemi maladattivi: qualunque farmaco che riduca sufficientemente il disagio può rendere tollerabile uno stile di vita controllato da quegli stessi schemi. Per fare un esempio, una persona che tende a permanere in relazioni maltrattanti potrebbe essere aiutata a tollerare la situazione con un antidepressivo e un farmaco per l'insonnia. A quel punto, lo schema continuerebbe ad attivarsi, ma il corrispondente disagio rimarrebbe ad un livello quasi accettabile. Verrebbe a mancare l'esasperazione che porta a dire "basta!". L'effetto finale, per quanto indesiderato, sarà quindi di rafforzare lo schema stesso e di lasciarlo indisturbato a erodere qualità di vita, danneggiare progressivamente il senso d'identità e negare opportunità esistenziali.

In questi casi, naturalmente, il rimedio non è evitare i farmaci, né di eliminarli bruscamente, bensì costruire una cornice psicoeducativa che renda esplicito questo rischio, possibilmente prima che si materializzi. Come già accennato, la chiarezza mentale sui ruoli differenziali di farmaci e

psicoterapia, sui limiti dell'uno e dell'altra, guida i clinici ad essere efficaci e limpidi nella presentazione del trattamento integrato, limitando sin da subito la possibilità che si manifestino malintesi e altri disastri. Il paziente ben informato saprà che il farmaco non è un sostituto del cambiamento, ma un facilitatore temporaneo; ciò potrà concretamente proteggerlo dal rischio di rimanere impantanato in uno stato di comfort momentaneo, in grado di arrestarne lo sviluppo psichico. Anche qui, la qualità del lavoro preparatorio all'invio, descritta nel paragrafo 5, si rivela determinante a posteriori.

8.2 La riduzione della motivazione alla ricerca dei nessi

Questo secondo caso costituisce un corollario e un approfondimento di quanto descritto nel passaggio precedente, ma c'è una differenza sostanziale: mentre il primo riguardava pazienti con una struttura evitante preesistente, il fenomeno qui presentato è trasversale potendosi manifestare indipendentemente dall'assetto di personalità, ogni volta che il disagio scende al di sotto di una certa soglia. Il farmaco non è che uno dei possibili agenti scatenanti. La stessa dinamica si osserva ogni volta che il disagio si attenua in modo evidente a causa di un'oscillazione naturale del disturbo, di un periodo di vita favorevole o dell'effetto della relazione terapeutica. Si tratta di un fenomeno clinicamente rilevante e sistematicamente sottostimato.

Ci stiamo riferendo ad una forma particolare di evitamento mentale: la perdita di motivazione del paziente a esplorare le concatenazioni causali tra i propri tratti maladattivi, lo stile di vita e la sintomatologia. La psicoterapia, a prescindere dall'orientamento, si fonda sull'assunto che i sintomi non nascano dal nulla, ma siano l'espressione visibile di processi di fondo che li determinano e li mantengono (credenze, distorsioni cognitive, meccanismi di difesa, schemi maladattivi, transfert, desideri e paure rimossi ecc.). Trovare quei nessi è il cardine del lavoro terapeutico. Per impiegare una metafora cara a molti psicoanalisti, il terapeuta è come il rabdomante che con la sua bacchetta cerca il dolore (i sintomi) per trovare il punto in cui andare a scavare. Gli stati emotivi disfunzionali, o semplicemente molto intensi, non vanno trattati come mere espressioni sintomatologiche, bensì come segnali, ossia potenziali porte d'accesso a tematiche più generali o dinamiche limitanti non ancora riconosciute. È possibile, sebbene abbastanza raro nella pratica, che il farmaco affievolisca

quei segnali o che faccia smettere di vibrare la bacchetta del terapeuta-rabdomante. È anche teoricamente possibile che molti pazienti perdano la motivazione a ricercare assieme al terapeuta, ora che finalmente hanno ritrovato una specie di omeostasi.

Vero, ma molto più spesso il dolore, lungi dal farsi propulsore alla ricerca delle ragioni di fondo e dei fattori di mantenimento, finisce per paralizzare e sequestrare le risorse cognitive e attentive, dirottandole nella gestione di un costante "alert-state". Qui sta il punto di caduta di ogni semplificazione: non è il farmaco in sé ad aiutare o a ostacolare l'esplorazione, ma il quanto. Attenuare il dolore quel tanto che riconduce lo stato mentale entro la finestra di tolleranza (par. 3) restituisce al paziente le risorse per guardarsi dentro, sbloccandolo dalla superficie sintomatologica. Azzerarlo del tutto (ammesso che sia possibile e auspicabile) rischia invece di spegnere proprio quei segnali interni che indicano dove scavare per trovare le cause scatenanti e le dinamiche che mantengono vivo il problema: si toglie la bacchetta al rabdomante. È, in fondo, la stessa lama a doppio taglio già incontrata: il farmaco ben dosato apre una porta, il farmaco usato come anestetico totale può chiuderla a chiave.

Quando un'area dei nostri contenuti evoca troppo dolore, è quasi inevitabile che il faro della consapevolezza tenda a muoversi verso altre zone o a restringere l'alone di luce che proietta sul palcoscenico della mente. Non è la stessa cosa che avviene dinnanzi ad un dolore fisico? Farsi palpeggiare un addome molto dolente è diverso da un esame medico condotto su una pancia rilassata. Se ci sono problemi di una certa rilevanza agli organi addominali, è naturale che la parete muscolare dell'addome si contragga, rendendo così impossibile l'indagine del medico tramite palpazione, cui non rimarrà che constatare la rilevanza della difesa e cambiare metodo d'indagine. Certamente, poi, il paziente sarà meno collaborativo con un'appendicite acuta rispetto ad una persona scarsamente sintomatica.

Uscendo dalla metafora, il risultato del dolore mentale eccessivo in una psicoterapia è che il discorso si incentri sulla gestione del quotidiano, sullo sfogo, sulle lamentele, su "come è andata la settimana", sulla psicologia di qualcun altro (in genere il partner/coniuge), perdendo così la spinta verso la comprensione dei propri meccanismi di fondo caratterizzanti e penalizzanti.

Cionondimeno, il terapeuta che lavora con pazienti evitanti e difesi che assumono farmaci è chiamato a monitorare attivamente questa possibile deriva che porta lontano dal focus del trattamento, esplicitando le proprie impressioni a paziente e psichiatra. Insieme, poi, si deciderà se semplificare con cautela il trattamento farmacologico, in alcuni casi mediante una riduzione del dosaggio o il passaggio dall'impiego di due farmaci ad una monoterapia, sempre che il momento storico e la solidità strutturale complessiva della personalità del paziente lo consentano.

8.3 Il farmaco e il paziente somatizzante/alessitimico

Esiste una categoria di pazienti che porta in seduta, in modo preferenziale, il proprio disagio attraverso il corpo. La presentazione di elenchi estenuanti di sintomi algici, di faticabilità, gastro-enterici, mal di testa, ecc. spesso si sostituisce alla narrazione emotiva, e il compito, in seduta, di inserire quel sintomo (o quei sintomi) dominante in un flusso di eventi, rapporti, pensieri e stati emozionali può divenire davvero arduo.

Conviene leggere la somatizzazione non come un tipo di personalità, ma come un canale espressivo del disagio, che attraversa organizzazioni diverse. Il somatizzare cronicamente non prova affatto l'assenza di una struttura, e dove si va a cercare la personalità sotto il sintomo somatico la si trova; frequenti tratti di accompagnamento sono quelli dipendenti, narcisistici, evitanti, masochistici, talora borderline e negativistici. Il "somatizzatore puro" tende ad apparire solo là dove l'indagine sulla personalità non è stata condotta a fondo, interrompendo la valutazione una volta raggiunta la diagnosi principale. Lo stesso vale per l'alessitimia, ossia la difficoltà a identificare, differenziare e descrivere verbalmente le proprie emozioni, che alla somatizzazione fa spesso da sfondo senza coincidervi: non tutti i somatizzatori sono alessitimici, né viceversa. Entrambe sono modi di funzionare trasversali, compromissioni funzionali, qualcosa di molto più parziale dell'assetto di personalità complessivo. Quando la somatizzazione è cronica e pervasiva (non solo un quadro sintomatologico reattivo ad un periodo di stress) essa tende a suggerire livelli evolutivi medio-bassi, dove la rappresentazione del disagio mediante immagini e parole è meno disponibile e le manifestazioni corporee si prendono il palcoscenico in modo ingombrante, mettendo ai margini altre potenziali forme di comunicazione e condivisione autentiche.

Prima di parlare dell'impiego di psicofarmaci in questi pazienti, a scanso di equivoci, va sottolineato che la presenza di tendenze somatizzanti o alessitimiche non costituisce di per sé una ragione per rimandare o evitare del tutto la prescrizione. Non si tratta di una controindicazione in senso stretto. Il processo decisionale si fonda, come sempre, sul quadro nel suo insieme e in primo luogo sulle comorbidità sindromiche e personologiche, molto comuni, che restano il criterio dirimente.

Tuttavia, in una parte dei casi, l'introduzione di un farmaco può, in questi pazienti, aggravare paradossalmente le difficoltà. Il paziente, già orientato a interpretare la propria esperienza interna in termini fisici, prende a monitorare con attenzione crescente le variazioni somatiche indotte dal farmaco stesso; a seconda della sua diffidenza, ogni minima reazione fisica verrà ricondotta a un qualche insopportabile effetto collaterale e il discorso sul corpo può guadagnare centralità anziché perderla. Può anche verificarsi un altro problema: l'attenuazione delle somatizzazioni appaga il paziente e ne spegne l'interesse per l'esplorazione delle dinamiche sottostanti, cui già normalmente sono piuttosto "allergici". La remissione farmacologicamente indotta può condurlo a convalidare, attraverso il bias di conferma, la sua credenza di fondo: i sintomi somatici sono un problema del corpo, la medicina tratta il corpo per via biochimica, dunque, il lavoro psicologico è una chiacchierata un po' noiosa (e costosa!). Dal corpo al corpo: il by-pass del livello mentale è servito.

Più sottile è la relazione tra farmaco e arousal, che merita attenzione perché taglia in due direzioni opposte. In un paziente dotato di buone competenze riflessive, un principio attivo che abbassa l'arousal libera spazio per l'esplorazione; nel paziente alessitimico o fortemente somatizzante, lo stesso farmaco rischia di assottigliare un segnale affettivo già esile, rendendo ancora più inaccessibile ciò che andrebbe portato alla parola oppure spegnendo la motivazione ad ascoltare quel segnale. Ma vale anche il rovescio: dove l'attivazione emotiva è elevata e non riconosciuta (paziente in stato di allarme senza saperlo), riportarla con il farmaco entro una fascia mediana può rendere meno accidentato proprio il percorso di alfabetizzazione emotiva, collocando l'arousal nella zona in cui diventa leggibile e pensabile anziché travolgente. In questi casi il farmaco non sottrae segnale: lo rende processabile. Nei quadri francamente somatoformi, anzi, l'esperienza clinica fa propendere (pur senza la sicurezza che solo studi controllati potrebbero dare) per un farmaco che aiuta il paziente a emergere: a smettere di parlare soltanto di flatulenze, borborigmi ed eruttazioni, e a far affiorare, dietro l'estenuante elenco dei sintomi somatici, una persona e una storia. Lungi dal

sopprimere un segnale, qui il farmaco abbassa abbastanza il rumore somatico da lasciar sentire, finalmente, una realtà complessa e multiforme come solo un umano sa essere. Quale dei due esiti prevalga non è conoscibile a priori: si osserva nel decorso. Importante sottolineare quanto un'acuta e sistematica raccolta dei segnali non verbali di arousal, una buona psicodiagnostica e il meglio della tradizione semeiologica applicata possano distinguere somatizzatori con arousal modesto-moderato dalle persone che attraversano stati di attivazione ben più problematici. A volte, una bella stretta di mano (sgusciante? Umidiccia?) a fine seduta rivela più di mille parole.

Da tutto ciò discende un'indicazione operativa. Un paziente di questo genere richiede una psicoeducazione e una preparazione all'ingresso del farmaco particolarmente accurate, nonché la costruzione di una lista di obiettivi che copra aree diversificate della sua vita, decentrate dal puro sollievo sintomatologico. Sul versante dell'assessment, gli strumenti dedicati all'elaborazione emotiva (la TAS-20 (Bagby et al., 1994) per l'alessitimia, la DERS (Gratz & Roemer, 2004) per la disregolazione emotiva), uniti a test di performance, a estesi questionari sui sintomi e a scale di validità dei test psicometrici, non andrebbero intesi come stratagemmi per "stanare somatizzatori o alessitimici", come quando nel film dell'uomo invisibile ci si poteva accorgere della sua presenza gettandogli un lenzuolo addosso. Si tratta di far parlare la parte silenziata o priva delle competenze verbali per dire la propria. Un punteggio elevato alla TAS-20 o alla sottoscala "Clarity" della DERS, preso da solo, è cieco rispetto alla propria origine: non distingue un tratto stabile dall'ombra di una depressione o di uno stato d'angoscia negati.

8.4 Possibili rimedi: uno sguardo d'insieme

Dopo aver esplorato alcuni dei casi in cui l'attrito psicofarmaco-psicoterapia può costituire un ostacolo, passiamo all'esame di quali siano le procedure più efficaci per ridurre il conflitto tra le due forme di terapia.

Il primo è specifico dei casi a rischio visti nella sezione precedente. Una volta identificate tali situazioni, come già accennato, la psicoeducazione preventiva su vantaggi e svantaggi dell'impiego di farmaci può essere d'aiuto. Se ciò non è avvenuto in fase d'invio, anche restituire la propria impressione di un'eventuale "sterilizzazione" emotiva del campo terapeutico, qualora essa si

manifesti effettivamente dopo l'introduzione di farmaci, può consentire di "nominare l'elefante nella stanza", a condizione che tale self-disclosure sia svolta in modo non giudicante né insofferente nei confronti del paziente, ma neppure squalificante verso il farmaco. Un elemento di svolta potenziale è rappresentato dalla disponibilità del terapeuta a discutere apertamente la sensazione di uno scollamento dalla "postura psicoterapeutica" da parte del paziente e la puntuale metacomunicazione sui marker indiretti (da ritiro) dell'alleanza terapeutica; esempi di marker indiretti sono: risposte non esplorative agli interventi del terapeuta, risposte compiacenti, cambi d'argomento, intellettualizzazioni, dimenticanze, ritardi sistematici, sedute saltate, ecc. (Safran & Muran, 2003). Naturalmente, la segnalazione puntuale allo psichiatra di questo switch di atmosfera in seduta completa la necessaria circolarità nel passaggio d'informazioni.

Il secondo ribadisce l'importanza della psicoeducazione dei pazienti al (ai) disturbo/i di cui soffrono, all'azione differenziale di farmaci e psicoterapia (i primi più orientati al sintomo, la seconda alle dinamiche di fondo che ne favoriscono l'emersione) e al modo in cui essi possono diventare sinergici.

Il terzo, come anticipato, è relativo alla formazione di una lista scritta di obiettivi per la psicoterapia, non limitata all'estinzione dei sintomi, composta a partire dalle idee e dai desideri di cambiamento del paziente ed espressi in termini di crescita personale piuttosto che di cambiamenti esterni. La lista, purché spesso richiamata nelle sedute mentre si affrontano temi collegabili agli obiettivi, è in grado di abbattere il rischio che il paziente smarrisca la motivazione a lavorare su di sé in terapia una volta raggiunto un compenso sintomatologico mediante i farmaci.

Il quarto è il monitoraggio congiunto tra i clinici, con attenzione specifica a questi segnali: a) un paziente che ha smesso di portare materiale emotivo denso in seduta; b) fa affermazioni tipo "sto benissimo" in presenza di segni di disagio emotivo allo status, di fattori di stress evidenti, di compromissione del funzionamento esterno; c) spostamento dell'attenzione su terze persone, ad esempio: "mia moglie soffre di un problema d'ansia", "mio marito non mi capisce"; d) interruzione dell'abitudine a svolgere homework, portare sogni, problemi personali, richiamarsi agli obiettivi di fondo; e) compilazione stile "tutto bene" dei questionari sui sintomi o, addirittura, rifiuto di compilarli perché tanto "non ci sarebbe nulla da segnare come vero". Tutti questi casi meritano una

discussione tra terapeuta e psichiatra prima che il percorso si calcifichi in una routine confortevole ma improduttiva.

Il quinto principio è più strettamente farmacologico. Pur essendo di competenza psichiatrica, il razionale delle scelte farmacologiche mirate a ridurre i rischi d'attrito deve essere condiviso con il terapeuta come parte del progetto integrato.

Ecco le principali linee di condotta in farmacoterapia che limitano la probabilità di fenomeni di conflitto farmaci-psicoterapia: impiegare i farmaci al dosaggio minimo efficace, distinguendo con chiarezza tra la fase d'attacco della crisi (in cui la priorità è la stabilizzazione e una copertura farmacologica più robusta è giustificata) e la fase di mantenimento, in cui il dosaggio dovrebbe essere progressivamente riconsiderato al ribasso non appena le condizioni cliniche lo consentano. In questa seconda fase, e ancora più nella fase preparatoria alla sospensione, l'obiettivo non è un'utopistica (quanto talvolta controproducente) assenza di sintomi, bensì l'esposizione progressiva a stati emotivi via via più vividi, contenendo il numero e i dosaggi dei farmaci in modo da consentire al paziente di sperimentare, in condizioni di relativa sicurezza, la propria capacità di reggere e mentalizzare quegli stati senza la piena copertura biochimica. È esattamente in questo spazio che la psicoterapia ha il suo margine d'azione più prezioso.

In definitiva, buone procedure d'assessment, buona psicoeducazione, capacità di formalizzare obiettivi (condivisi) non limitati all'estinzione dei sintomi, capacità di riconoscere e intervenire sui marker di rottura dell'alleanza, modalità prescrittive dei farmaci informate da una consapevolezza dei vantaggi e dei possibili attriti dell'integrazione, l'abilità nel monitorare l'andamento delle terapie e nel comunicare tra professionisti sono le competenze che consentono di migrare da logiche terapeutiche meramente additive (nelle quali però 2+2 può non fare 4, bensì 1, 2, 0, -1!) a strategie integrative che uniscano evidenze scientifiche a comprensione profonda e idiografica del singolo paziente.

Bibliografia

Abbate, L. (2009). La restituzione della diagnosi testologica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & F. Gazzillo (A cura di), *La diagnosi in psicologia clinica*: *Personalità e psicopatologia* (pp. 255–260). Raffaello Cortina Editore.

Åsberg, M., Montgomery, S. A., Perris, C., Schalling, D., & Sedvall, G. (1978). A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57(S271), 5–27.

Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*: *Principles and application*. Ronald Press.

American Psychiatric Association. (2016). *Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults* (3rd ed.). American Psychiatric Association Publishing.

American Psychological Association. (2020). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale — I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall

Benasi, G., Fava, G. A., & Guidi, J. (2021). Prodromal symptoms in depression: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(6), 365–372.

Bender, D. S., Skodol, A. E., First, M. B., & Oldham, J. M. (2018). *Modulo I*: *Intervista clinica strutturata per la Scala del livello di funzionamento della personalità*. In M. B. First, A. E. Skodol, D. S. Bender, & J. M. Oldham, *SCID-5-AMPD Starter kit*. *Intervista clinica strutturata per il Modello*

Alternativo dei disturbi di personalità del DSM-5® (A. Fossati, S. Borroni, & A. Somma, A cura dell'ed. it.). Raffaello Cortina Editore, 2018.

Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, Siafis S, Wu H, Wang D, Salanti G, Furukawa TA, Barbui C, Leucht S. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2021 Nov;8(11):969-980. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00243-1. Epub 2021 Oct 12. PMID: 34653393.

Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F., Hogg, B., Prasad, R., Harvey, C., & Bering, S. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers. *Psychological Medicine*, 19(3), 649–656.

Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. Bipolar Disord. 2015 Jun;17(4):349-62. doi: 10.1111/bdi.12287. Epub 2015 Jan 16. PMID: 25594775.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*: *Theory*, *Research & Practice*, 16(3), 252–260.

Busch, F. N., & Sandberg, L. S. (2007). *Psychotherapy and medication*: *The challenge of integration* [Kindle edition]. Taylor and Francis Group.

Castrén, E., & Antila, H. (2017). *Neuronal plasticity and neurotrophic factors in drug responses*. Molecular Psychiatry, 22(8), 1085-1095.

Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(4):319–328.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56–67.

Cuijpers, P., de Wit, L., Weitz, E., Andersson, G., & Huibers, M. J. H. (2015). The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of adult depression: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 147–168.

Dunlop, B. W. (2016). Evidence-Based Applications of Combination Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depression. *Focus* (*American Psychiatric Publishing*), 14(2), 156–173.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196(4286), 129-136

European Psychiatric Association (EPA). (2024). *Position paper on the role of standardized assessment in clinical psychiatry*. European Psychiatry.

Fava, G. A., Grandi, S., Canestrari, R., & Molnar, G. (1990). Prodromal symptoms in primary major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 19(2), 149–152.

Fischer, C. T. (1994). *Individualizing psychological assessment*. Lawrence Erlbaum Associates. (Opera originale pubblicata nel 1985)

Finn, S. E. (2009). *Nei panni dei nostri clienti. Teoria e tecniche dell'assessment terapeutico* (F. Aschieri, F. Fantini, & V. Greco Scribani, Trad.). Giunti Psychometrics. (Opera originale pubblicata nel 2007)

Finn, S. E., Fischer, C. T., & Handler, L. (Eds.). (2012). *Collaborative/Therapeutic Assessment: A casebook and guide*. John Wiley & Sons.

Furukawa, T. A., Watanabe, N., & Churchill, R. (2006). Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003697.

Gabbard, G. O., & Kay, J. (2001). The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *The American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1956–1963.

Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, Fortman R, Wines R, Persad E, Viswanathan M. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. CNS Drugs. 2021 Oct;35(10):1053-1067.

Geoffroy, P. A., Borand, R., Ambar Akkaoui, M., Yung, S., Atoui, Y., Fontenoy, E., Maruani, J., & Lejoyeux, M. (2023). Bad dreams and nightmares preceding suicidal behaviors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 84(1)

Gordon, T. (2002). *Genitori efficaci: Educare figli responsabili*. La Meridiana. (Opera originale pubblicata nel 1970)

Graham, J.R. (2006). *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.

Gritti, E. S., De Carli, P., Hutsebaut, J., Simonelli, A., & Zimmermann, J. (2025). Validating the Italian version of the Level of Personality Functioning Scale - Brief Form 2.0 (LPFS-BF 2.0):

internal structure, temporal stability and construct validity. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 12, 16

Guidi, J., & Fava, G. A. (2021). Sequential Combination of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(3), 261–269.

Hall, C. S., & Van de Castle, R. L. (1966). *The content analysis of dreams*. Appleton-Century-Crofts.

Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137(7), 801–805.

Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Young PR, Haman KL, Freeman BB, Gallop R. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. Arch Gen Psychiatry. 2005 Apr;62(4)

Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457–469.

Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 505–524.

Kahn, D. A. (1991). Medication consultation and split treatment during psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19(1), 84–98.

Kahneman, D. (2012). *Pensieri lenti e veloci* (L. Serra, trad.). Mondadori. (Opera originale pubblicata nel 2011)

Karyotaki, E., Smit, Y., Holdt Henningsen, K., Huibers, M. J. H., Robays, J., de Beurs, D., & Cuijpers, P. (2016). Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *Journal of Affective Disorders*, 194, 144–152.

Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. J Consult Clin Psychol. 2008 Jun;76(3):491-504. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.491. PMID: 18540742.

Lago, G. (2006). *La psicoterapia psicodinamica integrata*: *le basi e il metodo*. Alpes Italia.

Lam, R. W., Kennedy, S. H., Adams, C., Bahji, A., Beaulieu, S., Bhat, V., et al. (2024). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 69(9), 641-687.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2025). *Psychodynamic Diagnostic Manual*: *Third edition* (*PDM-3*). Guilford Press.

Links, P. S., Mercer, D., & Novick, J. (2015). Establishing a treatment framework and therapeutic alliance. In W. J. Livesley, G. Dimaggio, & J. F. Clarkin (Eds.), *Integrated modular treatment for borderline personality disorder* (pp. 196–218). Guilford Press.

Liotti, G. (2008). *Sistemi motivazionali in psicoterapia*. Raffaello Cortina.

Livesley, W. J., Clarkin, J. F., & Dimaggio, G. (2015). *Integrated treatment for personality disorder*: *A modular approach*. Guilford Publications.

Lobban, F., Solis-Trapala, I., Symes, W., & Morriss, R. (2011). Early warning signs checklists for relapse in bipolar depression and mania: Utility, reliability and validity. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 413–422.

Magnavita, J.J. (2005). *Using the MCMI-III for treatment planning and to enhance clinical efficacy*. In R.J. Craig (a cura di), *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (*MCMI-III*) (pp. 165-184). Hoboken, NJ: Wiley.

Merz J, Schwarzer G, Gerger H. Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2019 Sep 1;76(9):904-913.

Miklowitz DJ, Efthimiou O, Furukawa TA, Scott J, McLaren R, Geddes JR, Cipriani A. Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2021 Feb 1;78(2):141-150. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2993. PMID: 33052390; PMCID: PMC7557716.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing*: *Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Depression in adults*: *treatment and management* (NG222). https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, Kupka R, Cuijpers P, Kendall T. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2016 Mar;208(3):213-22. doi: 10.1192/bjp.bp.114.157123. PMID: 26932483.

Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2004 Jul;61(7):714-9. doi: 10.1001/archpsyc.61.7.714. PMID: 15237083.

Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318(7177), 149–153.

Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2. PMID: 14583908.

Pirkis, J., Burgess, P., Coombs, T., Clarke, A., Jones-Ellis, D., & Dickson, R. (2005). Routine measurement of outcomes in Australia's public sector mental health services. *Australian and New Zealand Health Policy*, 2(1), 8.

Riba, M. B., Balon, R., & Weiss Roberts, L. (2018). *Competency in combining pharmacotherapy and psychotherapy* (2nd ed.). American Psychiatric Association Publishing.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.

Rogers, C. R., & Farson, R. E. (1957). *Active Listening*. Industrial Relations Center, University of Chicago.

Roose, S. P., & Cabaniss, D. L. (2006). Psicoanalisi e psicofarmacologia. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (A cura di), *Psicoanalisi*: *Teoria*, *clinica*, *ricerca* (F. Agostoni, R. Di Nola, A. Gilli, & C. Piccioni, Trad.; pp. 415–434). Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 2005)

Roth, A., & Fonagy, P. (1997). *Cosa funziona per chi: Una rassegna critica della ricerca in psicoterapia*. Il Mulino.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2020). *Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of mood disorders*. https://www.ranzcp.org/files/resources/practice_resources/clinical-practice-guidelines/cpg-mood-disorders-full-guideline.aspx

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2003). Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica. Una guida al trattamento relazionale (Trad. it. di A. Merenda). Bari-Roma: Laterza. (Opera originale pubblicata nel 2000).

Shedler, J., Westen, D., & Lingiardi, V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP*-200 (Nuova edizione; F. Gazzillo, a cura di). Milano: Raffaello Cortina. (Ed. orig. *Shedler-Westen Assessment Procedure*-200, © 1998 D. Westen, J. Shedler.)

Schwartz, T., Stahl, S. M., & Reis De Oliveira, I. (Eds.). (2014). *Integrating psychotherapy and psychopharmacology* [Kindle edition]. Routledge/Taylor and Francis Group.

Sheaves, B., Rek, S., & Freeman, D. (2023). Nightmares and psychiatric symptoms: A systematic review of longitudinal, experimental, and clinical trial studies. *Clinical Psychology Review*, 100

Siegel, D. J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* (3a ed., C. Marchetti, Trad.). Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 2020)

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016). Pharmacotherapy versus psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 730–739.

Storm MP, Christensen KS. Comparing treatments for post-traumatic stress disorder - a systematic review. Dan Med J. 2021 Aug 27;68(9):A09200643.

Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). *The empirical status of empirically supported psychotherapies*: *Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials*. Psychological Bulletin, 130(4), 631-663.

Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. Am J Psychiatry. 2011 May;168(5):472-85. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855. Epub 2011 Mar 15. PMID: 21406461.

Yalom, I. D. (2014). Il dono della terapia. Lettera aperta a una nuova generazione di psicoterapeuti e ai loro pazienti (Trad. it. di S. Orsucci). Vicenza: Neri Pozza. (Opera originale pubblicata nel 2002).

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. Journal of Comparative Neurology and Psychology, 18(5), 459-482.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2007). *Schema therapy*: *La terapia focalizzata sugli schemi* (A. M. Delcorno Ferrario, Trad.). Eclipsi. (Opera originale pubblicata nel 2003).

Appendice

Psicoterapia e Psicofarmaci - Per una cura più consapevole

La brochure informativa sulla terapia integrata

***Martellotti S.*[1]**

[1] *IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata*

Il tuo terapeuta ti ha proposto di consultare uno psichiatra per valutare l'eventuale integrazione di un percorso farmacologico con la psicoterapia già in corso. Alcune persone, di fronte a questa proposta, sviluppano dubbi e preoccupazioni. Questa brochure è pensata per aiutarti a comprendere meglio cosa sia realmente una terapia integrata, come si svolgerà e perché è importante che tu abbia un ruolo attivo nel percorso.

La consulenza psichiatrica è una valutazione aperta che non ha un finale già prestabilito: il medico potrebbe decidere per un trattamento psicofarmacologico, ma la parola finale resterà comunque la tua.

Perché i farmaci? Non basta la sola psicoterapia?

La psicoterapia ha la qualità specifica di aiutare le persone a sviluppare consapevolezza e competenze psicologiche funzionali all'adattamento e alla crescita interiore. In molti casi, però, forme di intenso disagio psichico o sintomi persistenti possono ostacolare questa ricerca, rendendo più opaca la percezione del proprio mondo interno, a causa della cortina fumogena alzata dal caos emozionale.

È qui che entrano in gioco gli psicofarmaci. Questi ultimi servono proprio a ridurre i sintomi più invalidanti: ansia intensa, insonnia grave, perdita del piacere e dell'interesse, pensieri ricorrenti e intrusivi, stati di iper-attivazione. La modulazione dei sintomi libera risorse cognitive e rende più tollerabile il disagio che, lasciato indisturbato, ostacolerebbe la capacità di guardare con onestà dentro di sé.

Prendere farmaci non è sinonimo di debolezza, né di incapacità. Al contrario, spesso implica l'inizio di un percorso di accettazione dei propri limiti; da questa piattaforma di consapevolezza diventa possibile dare avvio a un'altra fase di vita, nel corso della quale imparare ad affrontare le vulnerabilità interiori in modo più costruttivo ed efficace.

In sintesi: è come se fossi chiamato a diventare più autonomo nella gestione delle tue fragilità, attraversando preliminarmente una fase in cui sarai supportato nel percorso di apprendimento.

Per fare un'analogia, il farmaco è come il miorilassante o l'analgesico necessario a rendere possibile una fisioterapia che altrimenti, essendo basata sulla mobilitazione di articolazioni, può indurre dolore e rigidità eccessiva, con il risultato di diventare impraticabile.

I dubbi e le ansie più comuni sui farmaci

Dubbio-preoccupazione: "*se prendo farmaci vuol dire che sono davvero malato*"

Visione alternativa: non si tratta di malattie nel senso classico del termine. L'assetto funzionale che ti rende suscettibile a determinati sintomi potrebbe essersi stabilizzato nel corso degli anni attraverso modificazioni lente di reti neurali, a loro volta influenzate da esperienze e abitudini di pensiero. I farmaci controbilanciano questo assetto finché essi vengono assunti; tuttavia, neppure i farmaci sono in grado di modificare una volta per tutte quella vulnerabilità organica di fondo.

La psicoterapia farebbe fatica a restare tutto il tempo abbarbicata a quell'alto "muro biologico" e spesso s'interromperebbe a metà scalata oppure arriverebbe in cima solo dopo un periodo di tempo molto lungo. Il pregio maggiore della psicoterapia, non sostituibile dall'opera dei farmaci, è invece quello di indurre modificazioni di portata più vasta, affrontando le dinamiche stabili (modi di riflettere sull'esperienza, di relazionarti a te stesso e agli altri, di affrontare le sfide) che ti conducono ciclicamente a insoddisfazioni e blocchi personali. Essa lavora principalmente sui meccanismi di fondo, garantendo risultati sul lungo termine che in genere risultano più soddisfacenti sotto il

profilo della "prevenzione delle ricadute", ma anche dal punto di vista della consapevolezza e avvedutezza nelle scelte e nel modo di affrontare i problemi.

Se il cervello è come una band musicale, i farmaci possono aiutare i musicisti a suonare meglio, riducendo il rumore di fondo e aggiustando il suono degli strumenti, come farebbe un tecnico del suono; la psicoterapia invece aiuta a sviluppare competenze musicali, imparare nuovi brani e suonare in modo più coordinato.

L'intervento con dei farmaci non certifica che tu sia affetto da un disturbo organico irreversibile, né che la problematica di cui soffri sia per forza più grave di chi fa solo psicoterapia. Alcune problematiche rispondono meglio al trattamento integrato rispetto ad altre, ma più in generale, la scelta dei trattamenti dipende più dalle caratteristiche peculiari della tua situazione di vita e della tua personalità piuttosto che da schemi rigidi, tipo: "per la malattia X ci vuole il farmaco Y".

Dubbio-preoccupazione: "*voglio farcela solo con le mie forze*"

Visione alternativa: il farmaco non si sostituisce alle tue capacità, né alla tua combattività nei confronti dei problemi; esso rende nuovamente disponibili queste tue qualità perché possano ulteriormente svilupparsi attraverso il percorso di psicoterapia.

Dubbio-preoccupazione: "*ho paura di diventare dipendente dai farmaci*"

Visione alternativa: la maggior parte degli psicofarmaci (come antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, antipsicotici) non provoca dipendenza. L'unica vera eccezione è rappresentata dalle benzodiazepine. Questa categoria di calmanti richiede una certa cautela poiché l'uso prolungato e auto-gestito da parte del paziente può comportare rischi di assuefazione e dipendenza, specie se i dosaggi vengono arbitrariamente aumentati nel tempo. In genere, sono sufficienti un buon piano terapeutico prodotto da uno specialista e l'aderenza alle prescrizioni e alle visite di controllo per limitare al minimo (se non annullare del tutto) il rischio di assuefazione-dipendenza. Una precisazione utile: alcuni farmaci, come diversi antidepressivi, pur non dando dipendenza in senso proprio, vanno sospesi in modo graduale e concordato con lo specialista. Interromperli di colpo può

infatti provocare disturbi passeggeri (per esempio capogiri, irritabilità, sensazioni simili a piccole scosse): un fenomeno transitorio e gestibile, che è cosa diversa dalla dipendenza e che si previene semplicemente seguendo il piano di riduzione indicato dal medico.

Dubbio-preoccupazione: "*non voglio che il farmaco modifichi la mia personalità*"

Visione alternativa: la personalità è l'insieme delle nostre caratteristiche psichiche stabili: modi di interpretare l'esperienza, capacità di riconoscere e regolare le emozioni, modi di relazionarci a noi stessi e agli altri. I sintomi e gli stati emotivi difficili sono invece più transitori e oscillanti. I farmaci intervengono su questa seconda categoria, permettendo di osservare meglio il tuo modo di essere in condizioni basali, con la finalità di sviluppare consapevolezza e intervenire sugli aspetti della tua personalità che ti rendono vulnerabile.

Dubbio-preoccupazione: "*dovrò prenderli a vita*?"

Risposta: non necessariamente: molti trattamenti sono circoscritti a una fase di vita. La durata dipende dai disturbi di cui soffri e dalla tua risposta a farmaci e psicoterapia. Psichiatra, psicoterapeuta e tu stesso formerete una squadra a tre che valuterà insieme quale sia il momento più adeguato per semplificare o interrompere il trattamento farmacologico.

Dubbio-preoccupazione: "*ho paura che i farmaci mi spengano, che mi rendano simile a uno zombie*"

Visione alternativa: questa immagine deriva da preconcetti culturali e da rappresentazioni di trattamenti psichiatrici del passato ormai superati. Un trattamento ben calibrato attenua alcuni surplus emozionali senza interferire, se non transitoriamente, con le tue abilità cognitive e con la possibilità di provare interesse. Anzi, funziona spesso all'opposto: sintomi intensi, cronici e non trattati in modo adeguato, come ansia, insonnia e demoralizzazione, portano le persone a performare molto al di sotto del proprio potenzi

ale cognitivo, a detrimento della lucidità, dell'attenzione e della capacità di coinvolgimento in tutte le attività, psicoterapia inclusa.

Dubbio-preoccupazione: *"sono spaventato dagli effetti collaterali"*

Visione alternativa: fortunatamente, la maggior parte degli effetti collaterali comuni sono transitori e circoscritti alle sole fasi iniziali. Nel complesso, il profilo di rischio di questi farmaci è paragonabile a quello di molti altri trattamenti medici di uso comune, ed è oggetto di attento monitoraggio da parte dello specialista. L'organismo ha una capacità di "assuefarsi" a molti effetti avversi, ma quand'anche tali problemi dovessero persistere, sarà senz'altro cura del professionista proporre una sostituzione del medicinale in causa.

Dubbio-preoccupazione: "*l'ha preso un mio parente — o amico — ed è andata male*"

Visione alternativa: questa paura è del tutto comprensibile. Tieni però presente che ogni persona è diversa, e probabilmente lo è anche il disagio che hai affrontato rispetto a quello di chi conosci. La scienza medica ha fatto molti passi avanti, rendendo gli psicofarmaci via via più sicuri ed efficaci. Spesso le esperienze negative hanno più a che fare con una gestione scorretta del piano di cura che con le molecole in sé. Nel tuo caso c'è un elemento protettivo in più: la psicoterapia. Parlane apertamente con i tuoi clinici: questi dialoghi non solo ti saranno utili a elaborare le tue preoccupazioni, ma aiuteranno i professionisti a costruire una strategia ritagliata sulle tue caratteristiche individuali.

Come collaboreranno i clinici e quale sarà il tuo ruolo

Prima di consigliarti un professionista per la valutazione psichiatrica, il tuo psicoterapeuta avrà già avuto modo di ascoltare e rispondere alle tue perplessità, ti avrà spiegato la logica dell'invio e la ricaduta positiva sulla psicoterapia che è ragionevole aspettarsi dalla cura farmacologica.

Lo psicoterapeuta fornirà una relazione clinica allo psichiatra (verbale o scritta) nella quale metterà in evidenza: le ragioni della richiesta, le sue impressioni diagnostiche, i sintomi attualmente più evidenti, nonché le tue preoccupazioni relative all'introduzione di farmaci. Gli scambi di

informazioni tra psicoterapeuta e psichiatra dovranno verificarsi con il tuo consenso esplicito e non diverranno dei "segreti" tra i due clinici, potendo al contrario costituire materiale interessante da discutere direttamente con te in seduta.

Il tuo terapeuta ti accompagnerà nel processo sia di preparazione che di debriefing post-visita psichiatrica. Come già accennato in precedenza, le tue esperienze interne, i tuoi pensieri e le tue preferenze dovranno essere presi in considerazione per cucire in modo ancora più accurato il trattamento sul tuo caso e sulle tue esigenze di cura specifiche.

Alcuni segni e sintomi possono accompagnare, o in qualche caso anticipare, le fasi iniziali di una nuova crisi. È dunque di fondamentale importanza che tu sia coinvolto attivamente nella rilevazione di questi segnali, considerando che nessun altro può entrare altrettanto prontamente nella tua esperienza interna. Alcuni sintomi più di altri si rivelano utili a cogliere sul nascere le ricadute; eccone alcuni esempi: cambiamenti nel sonno e nella qualità dei sogni, somatizzazioni, variazioni nel livello di attività e coinvolgimento, irritabilità, accentuazione dei tuoi difetti caratteriali. L'identificazione di questi "sintomi sentinella", e di altri più caratteristici e specifici della tua persona, consentirà al gruppo di lavoro di intervenire prontamente sulla crisi nascente impedendone, nella maggior parte dei casi, il pieno sviluppo.

Nei periodi successivi alla consulenza, i contatti tra i clinici avranno una certa costanza. Quando in seduta si parlerà di questi scambi, ti verrà richiesto di esporre le tue sensazioni e opinioni in merito e fare tutte le domande che ritieni necessarie.

La consulenza psichiatrica: cosa aspettarsi

Il colloquio con lo psichiatra è sostanzialmente un dialogo caratterizzato da ascolto attento, osservazioni e domande reciproche. Non sarà un interrogatorio: l'obiettivo è costruire insieme un quadro della tua situazione attuale e del percorso che ti ha condotto alle tue difficoltà.

Allo psichiatra interesserà ascoltare anche la tua personale opinione sulle origini delle tue difficoltà. Nelle ultime fasi della visita, alcuni minuti verranno riservati alle tue domande.

Le tue domande sono importanti

Non esistono domande stupide o sbagliate. Ecco alcune che potresti voler fare allo psichiatra:

Perché proprio questo farmaco per me?

Quanto tempo prima di vedere i benefici?

Quali effetti collaterali potrei avere? E se succede, cosa facciamo?

Per quanto tempo dovrò assumerlo?

Posso sospenderlo se non mi trovo bene? E come?

Interferisce con altri farmaci che prendo? Con l'alcol?

Tutti i dubbi, perplessità o domande sono legittimi e meritano di essere ascoltati.

Parlane con il tuo terapeuta e, quando sarai pronto, con lo psichiatra.

Articolo

Il caso di Carlo, dall'ipercontrollo ai processi di regolazione affettiva e mentalizzazione

The Case of Carlo: *From Hypercontrol to Affective Regulation and Mentalization Processes*

Di Somma G. [1]

[1] *IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata*

"*Ogni uomo confonde i limiti del suo campo visivo con i confini del mondo.*" (A.Schopenhauer)

Riassunto

Il contributo presenta il caso clinico di Carlo, giovane adulto caratterizzato da un funzionamento di personalità di livello nevrotico ad alto funzionamento, con marcata tendenza all'ipercontrollo, difficoltà nella regolazione affettiva e vulnerabilità dei processi di mentalizzazione in condizioni di intensa attivazione emotiva. Attraverso la cornice della Psicoterapia Psicodinamica Integrata (PPI), il percorso terapeutico viene analizzato nelle sue diverse fasi: dalla costruzione di un'esperienza emozionale riparativa e di un campo relazionale sicuro, all'elaborazione simbolica degli affetti mediante mentalizzazione, fino alla progressiva traduzione delle acquisizioni interne in scelte e azioni maggiormente integrate. Particolare attenzione è dedicata al lavoro su sogni, metafore, transfert e self-disclosure, quali strumenti per favorire il passaggio dall'esperienza implicita a una maggiore consapevolezza e pensabilità degli stati interni. L'evoluzione clinica evidenzia una riduzione della rigidità difensiva, un miglioramento della regolazione affettiva e una maggiore capacità di riconoscere, nominare e mentalizzare le emozioni, insieme a una più realistica integrazione tra autonomia, bisogno dell'altro e progettualità personale. Il caso mostra come il consolidamento della funzione riflessiva possa favorire il passaggio dall'ipercontrollo a modalità più flessibili di autoregolazione e di relazione.

Parole chiave: Ipercontrollo, Regolazione affettiva, Mentalizzazione

Abstract

This paper presents the clinical case of Carlo, a young adult with a high-functioning neurotic personality organisation characterised by marked hypercontrol, difficulties in affect regulation, and vulnerability in mentalization processes under conditions of intense emotional activation. Within the framework of Integrated Psychodynamic Psychotherapy (PPI), the therapeutic process is examined across its different phases: from the development of a reparative emotional experience and a sufficiently secure relational field, to the symbolic elaboration of affect through mentalization, and finally to the progressive translation of internal changes into more integrated choices and actions. Particular attention is given to the use of dreams, metaphors, transference, and self-disclosure as clinical tools for facilitating the transition from implicit experience towards greater awareness and thinkability of internal states. The clinical evolution shows a reduction in defensive rigidity, improved affect regulation, and a greater capacity to recognise, name, and mentalize emotional states, together with a more realistic integration of autonomy, relational needs, and personal development. The case illustrates how the consolidation of reflective functioning may support a shift from hypercontrol towards more flexible forms of self-regulation and interpersonal functioning.

Key words: Overcontrol, Affect regulation, Mentalization

1. Presentazione del caso e raccolta anamnestica

"*Ti ricordi il motivo per cui io sono venuto da te? Perché ero incapace di sintesi — anche come è intitolato il mio diario della psicanalisi — 'Memoria dell'incapace di sintesi' ".* (Carlo, estratto da una seduta recente)

1.1 Contesto della richiesta

Carlo è un giovane studente di ingegneria meccanica di 23 anni che si presenta in consultazione dopo l'interruzione di una relazione durata due anni. La motivazione che lo spinge a intraprendere un percorso psicoterapeutico non è però direttamente riconducibile a quest'ultimo evento — frutto di una decisione che anzi definisce ponderata e convinta — quanto piuttosto a un senso di agitazione e irrequietezza emotiva che è improvvisamente emerso che viene vissuto come un'"intrusione" inattesa, qualcosa che perturba e infrange la linearità del suo abituale funzionamento mentale: "*Solitamente A dovrebbe portare a B, ed è sempre stato così per me. In questo caso non è così.*

Sebbene sia convinto delle mie scelte, mi stanno accadendo cose che non dovrei sentire, e non so cosa stia succedendo." (estratto dalla prima seduta).

Questi vissuti si manifestano, sia in seduta che nella vita quotidiana, come un "nervosismo" diffuso e costante che talvolta sfocia in episodi di rabbia disregolata, alternati a momenti di astenia e profonda frustrazione. Sono proprio questi "*eccessi di emotività*" inaspettati a costituire il primo nucleo della domanda terapeutica e il punto di partenza per la definizione degli obiettivi iniziali.

La domanda di Carlo viene dunque riformulata nel desiderio di attenuare quel senso di frattura interna che il paziente vive come la coesistenza di due modalità separate del Sé:

- Da un lato un pensiero logico, ordinato ma disincarnato, che fino a quel momento aveva guidato le sue scelte;
- Dall'altro un funzionamento più profondo e irrazionale (protomentale) di cui non conosce ancora linguaggi e meccanismi.

Il primo obiettivo terapeutico si configura dunque nella possibilità per Carlo di apprendere gli strumenti necessari a padroneggiare, regolare, definire questo "altro modo" di funzionare della mente.

Il percorso, avviato nell'ottobre 2023 con cadenza settimanale ha subito una breve sospensione nel mese di dicembre 2024 per poi riprendere nel mese di febbraio 2025. Il percorso al momento è in corso di chiusura attraverso incontri mensili di follow-up.

1.2 Storia familiare

Nel corso delle prime sedute, emerge fin da subito quanto la dimensione familiare rappresenti l'ambito forse più critico e problematico per Carlo, certamente quello in cui si muove con maggiore difficoltà.

Al momento dell'avvio del percorso, tutta la famiglia vive ancora insieme sotto lo stesso tetto: la madre di Carlo è un'infermiera, mentre il padre è impiegato in un'azienda. Carlo ha infine una sorella maggiore di quattro anni, studentessa di letteratura ancora non laureata.

Il contesto delle relazioni familiari è descritto fin da subito come connotato da dinamiche fortemente disfunzionali:

- **Il padre**, emotivamente assente e passivo, partecipa raramente alle discussioni in famiglia e non offre – a parere di Carlo – ascolto o sostegno emotivo (*"mio padre è come un termosifone: dove lo metti, lì lo trovi"*);

- **La madre,** al contrario, rappresenta la figura di attaccamento principale, sebbene sia oggetto di una relazione fortemente ambivalente: da un lato affettivamente più responsiva, dall'altro intermittente nella presenza poiché costantemente dedita ad accontentare gli altri. In particolare, Carlo riferisce spesso di percepire le attenzioni della madre come fortemente sbilanciate verso la sorella, suscitando vissuti di rancore e trascuratezza, nonché senso di incomprensione.

- **La sorella** è infine la figura su cui convergono gli aspetti maggiormente conflittuali. Carlo descrive la sorella con termini estremamente svalutanti (*"mia sorella è un verme parassita"*). Descritta come una persona fortemente dipendente dalla famiglia, poco responsabile e incline a voler attirare tutte le attenzioni su di sé, Carlo reputa la sorella come "la persona che non vorrebbe mai diventare". Per diverse sedute, questo tema costituirà un vero argomento *trigger*, che agita profondamente il ragazzo.

Nel complesso, fin dai primi colloqui emerge un profondo risentimento verso i genitori, soprattutto per la tendenza — che Carlo percepisce come costante nella sua storia — a sostenere la sorella a suo discapito. Nei confronti di quest'ultima permane uno stato di tensione. Al momento delle prime sedute, i due non si parlano da diverso tempo, e solo in una fase più avanzata emergeranno contenuti traumatici legati alla loro relazione che contribuiranno a ridefinire la visione di Carlo sulla sua famiglia capace di contenere gli aspetti più disregolati.

Fil rouge di queste complesse dinamiche relazionali è tuttavia un sentimento di incomunicabilità e incomprensione che accomuna tutti i componenti della famiglia. Da un lato Carlo sente che i familiari non riescono a capire le sue esigenze e i suoi stati emotivi, di contro anche i familiari rimandano a Carlo l'incapacità di mettersi in comunicazione con loro. Ciò che acuisce il suo senso di solitudine e inadeguatezza. In particolare, Carlo riporta molti episodi in cui viene etichettato come arrogante e difficile da comprendere, soprattutto per via del suo modo complesso e talvolta

arzigogolato di esprimersi. Questi elementi risultano tuttavia maggiormente comprensibili alla luce della storia di vita del ragazzo, che viene gradualmente ricostruita nel corso delle sedute.

1.3. Storia Remota

La storia infantile di Carlo emerge gradualmente e per frammenti nel corso di tutto il percorso di terapia. Inizialmente descrive quest'epoca della sua vita come priva di eventi significativi. Col tempo affiorano tuttavia dettagli importanti.

In generale, Carlo parla di sé come un bambino curioso e desideroso di esplorare (qualità ancora evidenti in lui oggi) ma con un rapporto familiare già da allora piuttosto conflittuale. In particolare, nei suoi ricordi di infanzia sono fortemente presenti episodi di rimprovero e critiche da parte dei genitori, dovuti al suo essere "*un bambino troppo lamentoso*". In questi ricordi, l'espressione emotiva viene etichettata come segno di debolezza e l'espressione di disagio o stanchezza è seguita da ferme svalutazioni e dall'invito a reagire piuttosto che "*lagnarsi*".

Questi episodi vengono inizialmente riportati da Carlo con senso d'orgoglio, come prova della sua capacità di resilienza e autonomia di fronte alle difficoltà. Solo successivamente, però, emergeranno anche vissuti di tristezza legati al mancato senso di validazione e a un sentimento di profonda incomprensione, inadeguatezza e insicurezza.

Accanto a questi vissuti, affioreranno poi ricordi di natura più esplicitamente traumatica. Il più importante riguarda un episodio avvenuto in età scolare, nel momento in cui Carlo viene a sapere che la madre ha subito l'aborto spontaneo di due gemelli un anno prima della sua nascita. Questo evento impatta profondamente sulla percezione che Carlo ha di sé, in particolare sulla percezione di essere nato come rimpiazzo ("*che coraggio ha avuto mia madre a fare un altro figlio dopo quello che è successo*).

Se l'infanzia è costellata di episodi di rimprovero e passiva ricezione, l'adolescenza rappresenta invece un periodo di parziale emancipazione: il rapporto con i pari diventa un importante elemento di supporto vicario. I legami nati in questo periodo, in particolare con due amici che definisce tuttora "fratelli" hanno un valore fortemente compensatorio, costituendo una sorta di seconda famiglia che riesce a rispondere ai bisogni di comprensione e inclusione insoddisfatti nell'ambito parentale. In questo periodo della sua vita non emergono episodi particolarmente significativi, ma

rappresenta un momento in cui Carlo comincia a strutturare una risposta alle mancanze percepite nell'infanzia. È difatti il periodo in cui comincia a costruire un proprio un senso di autonomia, attraverso la scoperta delle sue inclinazioni e un forte investimento nei processi di socializzazione.

1.4. Storia Recente

Nel presente, Carlo si descrive come una persona attiva e ricca di passioni: pratica sport (arti marziali), legge assiduamente ed è appassionato di cinema e fumetti, partecipa a diverse attività culturali (gestisce con un gruppo di amici un'associazione di promozione sociale dedicata all'educazione ambientale nel suo territorio).

L'università rappresenta per Carlo un ambito centrale, sia sul piano identitario che su quello progettuale. La scelta di intraprendere studi ingegneristici risponde al desiderio di costruire un futuro autonomo integrando le sue competenze tecniche con l'interesse che da sempre ha per i temi ambientali. Tuttavia, l'iniziale confronto con compagni più rapidi nell'adattarsi agli studi e ai ritmi della vita accademica e le prime difficoltà nello studio generano fin da subito un forte senso di inadeguatezza che culmina – nel corso del primo anno – in un vero e proprio blocco. Questo periodo viene vissuto come profondamente "umiliante". Tuttavia, proprio questa intollerabile percezione di sé sarà il movente per un recupero intensivo degli esami arretrati che lo porterà a chiudere la laurea triennale con un solo semestre di ritardo.

Questa reazione alimenta tuttavia un ideale di efficienza e resistenza che irrigidisce Carlo nella convinzione (in risonanza con i rimproveri subiti in infanzia) che non si debba lasciare spazio alla fragilità.

In questo scenario, le emozioni faticano a trovare canali espressivi e cominciano ad accumularsi come "scorie emotive", manifestandosi soprattutto nei piccoli momenti di stress accademico e relazionale. Ciò impatta infatti sul piano affettivo, dimensione in cui Carlo mostra difficoltà nell'affidarsi all'altro e ad assumere spesso un ruolo di guida o leader, anche nelle relazioni amicali e sentimentali. Nelle amicizie, pur vivendo relazioni profonde, tende ad assumere il ruolo di punto di riferimento, con un conseguente sovraccarico emotivo. Nel rapporto con L., durata due anni, la crisi subentra quando Carlo non riesce più a sostenere più emotivamente il suo ruolo di figura eccessivamente accudente ("*mi sono sentito come l'unica persona a trainare questo rapporto*").

2. Inquadramento diagnostico

L'inquadramento diagnostico è stato elaborato integrando il materiale emerso nel corso dei colloqui iniziali e dell'osservazione clinica con i dati derivanti dalla somministrazione della SWAP-200, effettuata a sei mesi dall'inizio del trattamento al fine di approfondire il funzionamento della personalità attraverso uno strumento empiricamente validato. Sul piano nosografico, la formulazione diagnostica ha fatto riferimento al DSM-5 e al PDM-2, oltre che al modello PPI (Caporale R., Battisti V., 2024a), impiegato per approfondire il funzionamento psicologico del paziente in una prospettiva psicodinamica integrata.

2.1. Diagnosi DSM-5

In riferimento alle categorie nosografiche del DSM-5, è possibile ipotizzare la conferma di un quadro ansioso-depressivo reattivo, accompagnato da tratti di personalità disfunzionali inquadrabili tuttavia all'interno di un funzionamento complessivamente buono. Gli elementi rilevati durante il percorso clinico possono essere ricondotti, in maniera parziale ma significativa, alle seguenti categorie:

- **Disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti (DSM-5: 309.28)**: coerente con l'esordio sintomatologico legato a eventi relazionali e di vita, e con la presenza di irritabilità, agitazione, tristezza, frustrazione e difficoltà di regolazione affettiva.
- **Tratti ossessivo-compulsivi di personalità (DSM-5: 301.4, forma sottosoglia)**: rigidità morale, perfezionismo, tendenza alla razionalizzazione e all'autocontrollo.
- **Aspetti paranoici non gravi (DSM-5 301.0 / F60.0)**, che emergono soprattutto nel materiale onirico e che nella quotidianità sono espressi attraverso ipervigilanza, diffidenza circoscritta e tendenza a interpretare segnali relazionali in modo difensivo.
- **Problemi relazionali in ambito familiare (V61.20 e V61.8)**: elevata emotività espressa, conflitti persistenti, scarsa responsività e difficoltà di comunicazione.
- **Problema relazionale tra fratelli (V61.8)**: relazione gravemente compromessa, caratterizzata da ostilità e vissuti traumatici.

Sulla base di tali elementi, risulta quindi più appropriato formulare l'ipotesi di **un tratto di personalità ossessivo-compulsivo in soggetto ad alto funzionamento**, con **componenti ansioso-depressive**.

2.2 Diagnosi psicodinamica (PDM-2 + SWAP-200)

L'utilizzo del PDM, integrato con l'autosomministrazione della SWAP-200 dopo i primi sei mesi di trattamento, ha consentito la definizione di un quadro diagnostico psicodinamico più articolato e coerente con il funzionamento globale di Carlo. Da questa prospettiva, emerge **un'organizzazione di personalità di livello nevrotico ad alto funzionamento**. Carlo presenta buone capacità cognitive, un Sé sostanzialmente coeso e una funzione riflessiva presente, sebbene soggetta a oscillazioni quando gli affetti si attivano intensamente. L'identità risulta solida, l'esame di realtà integro, e la capacità di instaurare relazioni significative buona. Più che una disorganizzazione strutturale, emerge una certa rigidità interna, con un forte investimento nel controllo, nel dovere e in standard morali elevati. Il profilo appare riconducibile a una **personalità ossessiva ad alto funzionamento, con sfondo depressivo introiettivo**: Carlo tende alla severità verso sé stesso, all'autocritica e ai vissuti di colpa, percependosi spesso responsabile per ciò che va storto. Sono presenti anche tratti controdipendenti (un bisogno di dipendenza mascherato da forte autosufficienza e dall'accudimento dell'altro), elementi ansioso - evitanti (preoccupazione, catastrofizzazione, timore di non essere all'altezza) e un narcisismo relativamente ben integrato, più ancorato all'ideale morale che alla grandiosità manifesta. Sfumature borderline e paranoidi emergono soprattutto sotto stress, attraverso vissuti di vulnerabilità, rabbia, incomprensione o ingiustizia, senza tuttavia compromettere stabilmente contatto con la realtà o funzioni riflessive.

Sul piano del funzionamento mentale, Carlo mostra buone capacità di mentalizzazione, introspezione e auto-osservazione: sa raccontarsi, collegare esperienze e riflettere sui propri e altrui stati interni. Le difese prevalenti sono di tipo nevrotico e maturo (rimozione, formazione reattiva, intellettualizzazione, sublimazione), ma nelle fasi di maggiore attivazione emotiva possono comparire forme più rigide come diniego, idealizzazione/svalutazione o un eccesso di controllo. La regolazione affettiva e dell'autostima è solitamente adeguata, ma vulnerabile: emozioni intense (rabbia, vergogna, paura di fallire o di essere rifiutato) possono ridurre temporaneamente il livello abituale di funzionamento, con incremento dell'ansia e vissuti di impotenza.

Accanto al nucleo introiettivo, compaiono **aspetti controdipendenti**: Carlo investe nel ruolo di autosufficiente, del "traino" relazionale, di colui che sostiene gli altri, ma dietro questa postura si muove un bisogno intenso di essere visto, riconosciuto e rassicurato — bisogno percepito come pericoloso e difficile da mentalizzare. Ne deriva un assetto oscillatorio: desiderio di vicinanza e paura della dipendenza, bisogno dell'altro e ricerca di distanza attraverso il controllo.

La mentalizzazione, pur buona, si indebolisce in presenza di vergogna, impotenza o esclusione: in tali momenti aumenta la rigidità cognitiva, il giudizio si polarizza e la percezione relazionale si fa dicotomica.

Sul piano delle dinamiche interne (Asse R del PDM-2), emergono modelli relazionali radicati nelle prime esperienze familiari: una madre affettuosa ma poco sintonizzata, un padre distante, una sorella vissuta come svalutante e competitiva. Questi elementi alimentano schemi di base centrati su paura della dipendenza, iper-responsabilizzazione precoce, sentimenti di inadeguatezza, timore di non essere compreso e bisogno di mantenere un'immagine invulnerabile. Tutto ciò orienta verso un lavoro terapeutico focalizzato sulla regolazione emotiva, sulla mentalizzazione degli affetti e sulla rielaborazione dei modelli relazionali interni.

3. Diagnosi secondo il modello PPI

In riferimento alla psicodiagnostica psicodinamica integrata promossa dal modello PPI (Caporale R. & Battisti V., 2024a), l'inquadramento si è focalizzato sulla valutazione di tre dimensioni: in primo luogo, un esame dell'integrazione e dello sviluppo tra i diversi sistemi motivazionali di Carlo (dimensione strutturale); successivamente un'analisi delle funzioni psicologiche e dei livelli di mentalizzazione (dimensione funzionale); infine, una valutazione dell'assetto difensivo osservato nel percorso clinico (dimensione personologica).

3.1. Analisi di Struttura

A partire dall'osservazione, la ricostruzione anamnestica e le informazioni emerse durante il percorso clinico, si è ritenuto come particolarmente rilevante l'analisi dei sistemi motivazionali di attaccamento, esplorativo-assertivo e sessualità, nonché la loro interazione:

a) Sistema di Attaccamento

Alla luce di quanto già descritto, il sistema di attaccamento di Carlo risulterebbe organizzato in

modo insicuro-ambivalente (Bowlby, 1989). Tale configurazione emerge in modo evidente nel rapporto con la madre, figura di riferimento affettivo più significativa e, al tempo stesso, fonte di frustrazione e vissuti di incomprensione.

Carlo percepisce la madre come la persona a cui più somiglia e verso la quale sente un'intensa esigenza di condivisione emotiva. Tuttavia, questa ricerca di sintonizzazione risulta spesso disattesa o parzialmente soddisfatta, lasciandolo nella sensazione dolorosa di essere frainteso o non pienamente riconosciuto.

L'ambivalenza si manifesta nella co-presenza di desiderio di vicinanza e spinte all'autonomia: Carlo alterna momenti di idealizzazione della madre e momenti in cui sperimenta un forte impulso a distanziarsi, vissuto come necessità di "evadere" da un nido percepito come limitante o invadente. Anche nei sogni, la casa familiare appare talvolta come luogo angusto, privo di confini, simbolo di una base sicura non pienamente interiorizzata.

Questa oscillazione — tipica degli stili di attaccamento insicuro-ambivalenti — caratterizza soprattutto il primo anno di terapia, emergendo nelle rappresentazioni di sé e dell'altro: Carlo tenta di mostrarsi forte, autonomo ed efficace, alternando però immagini idealizzate e svalutanti, che solo progressivamente iniziano a integrarsi (Fonagy et al., 2002). Queste dinamiche appaiono ancora più evidenti nelle relazioni sentimentali (Sistema sessualità), dove la difficoltà a stabilire confini interni stabili si intreccia ai bisogni di conferma e riconoscimento.

b) Sistema Esplorativo-Assertivo

Sebbene si sia in parte sviluppato in parte attraverso dinamiche compensatorie, il sistema esplorativo-assertivo rappresenta l'area motivazionale senz'altro più sviluppata e integrata (Caporale R. & Battisti V., 2024a). Fin dai primi colloqui emerge una forte spinta verso l'autonomia — economica, psicologica e di vita — e una curiosità costante verso la conoscenza e la realizzazione personale.

Ciò è evidente nella vasta gamma di interessi e passioni, nella realizzazione di progetti concreti (come la fondazione di un'Associazione di Promozione Sociale) e nella scelta autonoma del percorso universitario in ingegneria meccanica, sostenuta da una buona consapevolezza delle proprie capacità.

Carlo è in grado di affermare i propri bisogni ed esprimere la propria volontà, talvolta anche con

un'assertività che sfocia in atteggiamenti rigidi o ipercontrollanti. Tuttavia, la sua determinazione, il senso di efficacia personale e la capacità di trascinare gli altri lo collocano all'interno di un profilo esplorativo ricco e produttivo, anche se bisognoso di modulazione nei contesti interpersonali (Lichtenberg, 2012).

c) Sistema Sessualità

Il sistema della sessualità costituisce invece un'area critica e poco integrata. Questa valutazione si riflette soprattutto nella difficoltà di accedere a un'intimità psicologica stabile, che non si associ a paure abbandoniche, vissuti di inadeguatezza, dinamiche di dipendenza e contro-dipendenza.

Nella prima relazione con L., Carlo assume un ruolo accudente eccessivamente sbilanciato: percepisce la partner come fragile e bisognosa, quasi "figlia" più che compagna, configurando una relazione asimmetrica che segnala una mancata integrazione tra attaccamento e sessualità (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Nei mesi successivi, Carlo conosce un'altra ragazza, Anna, con cui invece riattiva schemi interni simili alla relazione con la madre: Anna appare svalutante, critica, sfidante, e Carlo sperimenta una dipendenza affettiva intensa che – sebbene sia segnale del suo tentativo di riaprirsi emotivamente all'altro – è accompagnata da momenti di forte disregolazione emotiva. Tuttavia, nel corso della terapia, tali esperienze verranno progressivamente mentalizzate, promuovendo una maggiore comprensione delle proprie reazioni affettive (Fonagy & Target, 2001).

Un passaggio cruciale avverrà quando Carlo espliciterà nelle ultime fasi di terapia - il bisogno di "centrarsi su di sé" e dedicarsi alla costruzione della propria identità adulta, sospendendo temporaneamente la ricerca relazionale.

Valutazione globale del livello strutturale

Secondo quanto analizzato, a livello strutturale è possibile individuare *lievi criticità intrasistemiche e alcune disarmonie intersistemiche*. Il nodo centrale riguarda probabilmente la mancata integrazione tra i sistemi attaccamento e sessualità, con difficoltà a costruire relazioni caratterizzate da intimità psicologica stabile e a immaginare un'autonomia adulta non puramente idealizzata o concreta ma internamente radicata. Tra la seconda e la terza fase del percorso, la terapia definisce obiettivi

specifici in queste direzioni, raggiungendo progressi significativi, in particolare nel modo in cui Carlo vive le relazioni intime e costruisce prospettive più realistiche di progettualità futura.

3.2. Analisi Funzionale

Come indicato nella psicodiagnostica del modello PPI (Caporale R. & Battisti V., 2024a), l'analisi del livello funzionale segue l'analisi delle diverse funzioni psicologiche di Carlo, a partire dai processi di mentalizzazione che rappresentano una funzione sovraordinata alle altre:

a) *Funzione sovraordinata: mentalizzazione*

La mentalizzazione appare complessivamente ben sviluppata. Se sollecitato, Carlo manifesta una buona capacità di riflessione su di sé e sulle proprie dinamiche interne. Ciò si evidenzia in una notevole propensione all'auto-osservazione e all'uso di metafore, immagini e narrazioni.

Queste capacità presentano tuttavia cadute significative quando l'attivazione emotiva è molto intensa: in tali fasi, Carlo tende a scivolare in modalità di "equivalenza psichica" che impediscono l'attivarsi di un pensiero riflessivo e la possibilità di auto-regolare gli aspetti affettivi più dirompenti, in favore di modalità più impulsive e protomentali.

È altresì possibile osservare anche la presenza di modalità del "far finta", presente nella tendenza (come modalità difensiva alternativa alla reazione rabbiosa) a fantasticare in maniera evasiva in risposta alle situazioni maggiormente stressanti (*vorrei scappare di casa*, *voglio essere totalmente autonomo*, *andrò a fare l'eremita*).

Il lavoro terapeutico di alfabetizzazione emotiva, la maggiore capacità di nominare gli stati interni e di collegarli a contesti e relazioni sostengono però un trend evolutivo positivo della mentalizzazione: Carlo si mostra progressivamente più capace di "pensare le emozioni" senza doverle agire o annullare, e ciò porterà, nelle fasi finali del percorso a centrare il lavoro clinico proprio sul riconoscimento dei confini tra se stesso e gli altri, con una maggiore capacità di comprensione altrui:

Carlo: (il cambiamento) sta nel fatto che riesco ad applicare un tipo di giudizio e di approccio alle altre persone, alle cose che succedono con le altre persone, di carattere un po' più paziente, un po' più tollerante"

b) Identità

L'identità è complessivamente coesa e continuativa: Carlo si riconosce in una serie di caratteristiche relativamente stabili (curiosità, impegno, senso di responsabilità, desiderio di autonomia, interessi culturali e politici, senso di giustizia). Il senso di Sé è ancorato a ruoli e contesti molteplici che risultano tra loro integrati. La storia suggerisce comunque la presenza di nuclei più vulnerabili che alimentano un'immagine interna di sé talvolta svalutata a cui si alterna, in risposta l'emergere di un'immagine di sé difensivamente grandiosa. In alcune fasi Carlo oscilla tra un Sé ipercompetente, "indistruttibile" che vuole celare un Sé impotente, insufficiente ed inefficace, soprattutto nei momenti di fallimento o frustrazione.

Nel complesso, però, queste oscillazioni non compromettono la continuità del Sé né la capacità di riconoscersi come lo stesso soggetto attraverso i diversi contesti di vita e, nel susseguirsi del percorso, sfumeranno sempre di più in ragione di una maggiore integrazione e stabilità.

Relazioni oggettuali

Sul piano delle relazioni oggettuali, Carlo è capace di instaurare legami profondi e duraturi: ha un gruppo di riferimento, una vita sociale attiva, due amici che considera "*fratelli*". Anche la sua partecipazione a realtà sociali (gestisce un'associazione di promozione sociale) così come le sue passioni suggeriscono capacità di cooperazione, investimento sul gruppo e senso di appartenenza.

Tuttavia, nelle relazioni di coppia e nei momenti di forte disregolazione tendono a ripetersi dinamiche squilibrate, in cui la tendenza ad assumere il ruolo di soccorritore o elemento trainante si associa ad una percezione minacciosa dell'altro, capace di riattivare sentimenti di inferiorità, vergogna e inadeguatezza. Il legame familiare appare storicamente il più problematico: il rapporto fortemente conflittuale con la sorella, oggetto di intensa svalutazione, il padre emotivamente assente, la madre che è figura di attaccamento centrale ma ambivalente. Solo in una fase successiva del percorso Carlo riuscirà ad introdurre sfumature, a comprendere parte della storia materna e a rivedere, almeno parzialmente, le proprie posizioni di rigidità. In generale, questi passaggi da un'ottica dicotomica (buono/cattivo, giusto/sbagliato) a una maggior complessità rappresentano un importante indicatore evolutivo sul piano delle relazioni oggettuali.

Tolleranza degli affetti

Inizialmente, la tolleranza degli affetti risulta parzialmente compromessa: Carlo riferisce un nervosismo costante, episodi di rabbia disregolata, alternanza tra agitazione e astenia, difficoltà a riconoscere e differenziare i vissuti interni. Le emozioni sono percepite come "eccesso" che disturba il funzionamento mentale abituale, più lineare e razionale.

Con l'andare del tempo, grazie al lavoro di alfabetizzazione emotiva, Carlo sviluppa una migliore capacità di nominare gli affetti, riconoscendone i fattori scatenanti e collegando i vissuti a eventi ambientali (crisi di coppia, conflitti familiari, cambiamenti). Questo lavoro consente a Carlo di tollerare stati emotivi dolorosi senza reagire immediatamente con acting, evitamento o annullamento cognitivo. Restano tuttavia momenti in cui l'intensità affettiva supera la soglia di tolleranza e produce crisi di rabbia, chiusura, vissuti di collasso ("stress test" legati a eventi multipli), seppur con una durata e un impatto via via minori.

Regolazione affettiva e degli impulsi

Sul piano della regolazione affettiva, si osserva un equilibrio precario tra ipercontrollo e perdita di controllo:

- Da un lato, il forte ricorso al pensiero logico, all'analisi, al controllo del setting, alla rigidità nelle aspettative verso sé stesso e gli altri rappresenta una forma di iper-regolazione difensiva degli affetti;
- Dall'altro, non mancano momenti di disregolazione (scoppi di rabbia, insofferenza, vissuti di impotenza agiti nel corpo e nel tono dell'umore), soprattutto nei periodi di accumulo di stress.

Nel corso della terapia, la regolazione affettiva migliora: Carlo riesce più spesso a fermarsi, riflettere, cercare significato, usare lo spazio terapeutico come luogo di elaborazione invece che di scarica. Inoltre, la sua decisione di riprendere il percorso dopo la sospensione indica una crescente capacità di riconoscere i propri limiti di autoregolazione e di chiedere aiuto senza modalità eccessivamente depresse né grandiosamente autosufficienti.

Coscienza morale e assetto superegoico

L'assetto morale di Carlo appare molto strutturato in una modalità per molti aspetti rigida. Carlo attribuisce grande valore alla coerenza, alla correttezza, all'impegno, alla giustizia; usando spesso

questi parametri come metro valutativo severo verso gli altri ("massa di caproni") e verso se stesso. L'istanza superegoica risulta quindi ben presente, ma con una marcata tendenza al perfezionismo e all'autocritica: non essere all'altezza dei propri standard comporta vissuti di vergogna, fallimento, disprezzo di sé o dell'altro, e ciò si vede in particolare nelle relazioni interpersonali.

Esame di realtà

In tutto il materiale clinico non emergono elementi relativi ad eventuali compromissioni dell'esame di realtà. Carlo mantiene un buon contatto con il mondo esterno, riconosce la natura psicologica dei propri stati interni, non presenta distorsioni francamente deliranti né confusione sui confini Sé/Altro. Anche nei momenti di maggiore sofferenza emotiva, il paziente non perde la capacità di distinguere tra fatti e vissuti, tra ciò che accade e il modo in cui lo interpreta, e riesce successivamente a rivedere i propri giudizi alla luce di nuove comprensioni.

Forza dell'Io e capacità adattive

La forza dell'Io di Carlo appare buona, seppur con alcune aree di vulnerabilità. Gli eventi stressanti (rotture affettive, cambiamenti abitativi, altri insuccessi accademici) determinano naturalmente cali di benessere e momenti di crisi, ma non portano mai a un collasso duraturo del funzionamento di Carlo. Il paziente mostra anzi una buona resilienza: la capacità di riprendere il filo del proprio progetto, di differire soluzioni radicali e di utilizzare relazioni significative come risorsa sono presenti in tutte le fasi del percorso.

Valutazione globale del funzionamento di personalità

Integrando i diversi domini funzionali poc'anzi descritti, si può ipotizzare un funzionamento globale prevalentemente rientrante in un quadro di ***sdoppiamento nevrotico*** (Caporale R., Andreola M., Battisti V., 2024b)**:**

- L'identità è coesa, seppur attraversata da conflitti tra ideali elevati e vissuti di inadeguatezza;
- La mentalizzazione è buona, con cadute in condizioni di alta attivazione emotiva;
- Le relazioni oggettuali sono significative e profonde, pur con tendenze a controllo, svalutazione e contro-dipendenza;

- La tolleranza e la regolazione degli affetti sono sufficienti, ma vulnerabili agli accumuli di stress;
- La coscienza morale è solida e talvolta eccessivamente rigida;
- L'esame di realtà rimane integro;
- La forza dell'Io consente una buona capacità adattiva, pur con oscillazioni in momenti critici.

Sul piano funzionale, Carlo manifesta lievi compromissioni che emergono in condizioni di stress elevato. Le risorse cognitive, affettive e relazionali, insieme alla buona risposta al trattamento, indicano tuttavia un quadro non eccessivamente compromesso e un potenziale evolutivo significativo.

3.3. Analisi personologica

Dai dati anamnestici e dal materiale clinico, l'organizzazione di personalità di Carlo presenta un quadro caratteriale dominato prevalentemente da tratti che possono rientrare nel cluster **"fight/di controllo"** descritto nel modello PPI (Caporale R. & Battisti V., 2024a).

Fin dai primi colloqui, Carlo tenta di controllare il setting, provando a deciderne tempi, temi e modalità e testando la preparazione del terapeuta mediante domande sulla tecnica. Questo atteggiamento riflette una modalità di fondo che pone Carlo nel ruolo che ricopre già nelle sue abituali relazioni: colui che sorregge, guida, organizza, pensa per sé e per l'altro, e fatica a tollerare l'idea di potersi affidare o mostrare fragilità. A ciò è legata la percezione di potersi permettere cedimenti, la scarsa tolleranza ai vissuti di impotenza e inadeguatezza, un'idealizzazione di sé di facciata che si esprime nella svalutazione dell'altro. Quanto detto lascia emergere anche la presenza di una componente evitante ("flight"). Queste oscillazioni, tuttavia, non assumono una qualità primaria di evitamento strutturale, ma sembrano piuttosto configurarsi come modalità difensive secondarie a servizio del nucleo di controllo. Non emergono invece elementi compatibili con un'organizzazione primaria di tipo "freezing/dissociativa": benché vi siano momenti di disregolazione affettiva, non si osservano fenomeni di dissociazione marcata, né gravi distorsioni del pensiero o dell'esperienza di sé.

3.3.1. *Le strategie difensive principali*

Sul piano difensivo, Carlo utilizza prevalentemente meccanismi nevrotici, con sporadici scivolamenti in modalità più primitive nei momenti di iper-attivazione emotiva.

Tra le difese più evidenti emergono:

- Intellettualizzazione e razionalizzazione;
- Formazioni reattive e idealizzazione del Sé competente;
- Controllo e perfezionismo;
- Proiezione e svalutazione.

Nei momenti di forte stress emotivo (rotture di coppia, crisi familiari, eventi improvvisi come l'incidente o i terremoti nell'area flegrea), questo assetto difensivo mostra però i suoi limiti, con episodi di intensa irritabilità e insofferenza e oscillazioni tra bisogno di iper-controllo e sensazione di "non farcela più".
Queste modalità che affiorano lasciano intravedere difese più primitive (equivalenza psichica, scarsa tolleranza della frustrazione, agiti) che tuttavia non si presentano come tratti stabili, bensì legati ad aspetti reattivi, contingenti con momenti di vita particolarmente stressanti e che, in ogni caso, non compromettono mai l'esame di realtà o la coesione identitaria.

In sintesi, è possibile definire l'organizzazione di Carlo come:

Organizzazione di personalità di livello nevrotico, con stile ossessivo–narcisistico ad alto funzionamento, prevalentemente inseribile nel cluster "fight/di controllo", con saltuarie oscillazioni in senso narcisistico–vulnerabile nelle relazioni intime.

Dal punto di vista clinico, questo assetto organizzativo ha due facce:

- Da un lato, offre a Carlo risorse importanti: capacità di mentalizzazione buona, forza dell'Io adeguata, investimento nella conoscenza, progettualità, senso di responsabilità, partecipazione sociale;

- Dall'altro, lo espone a un rischio di irrigidimento caratteriale: iper-controllo, severità superegoica, difficoltà a riconoscere e accettare la vulnerabilità propria e altrui, con conseguenti vissuti di solitudine, incomprensione e vergogna.

Questi elementi presentano un'organizzazione "fight" su cui è però possibile lavorare in direzione di una:

- Riduzione della rigidità superegoica e del perfezionismo;
- L'integrazione delle parti vulnerabili (vergogna, senso di non essere "abbastanza") con l'immagine competente di sé;
- Il consolidamento di modalità relazionali capaci di tollerare ambivalenza, dipendenza reciproca e limiti, senza dover ricorrere a difese di controllo, idealizzazione/svalutazione o ritiro.

3.4 Valutazione diagnostica complessiva secondo il modello PPI

La lettura integrata dei tre livelli previsti nella psicodiagnostica del modello PPI (Caporale R. & Battisti V., 2024a) permette di restituire un quadro complessivo coerente del funzionamento di Carlo e della sua evoluzione nel corso del percorso terapeutico:

- Sul piano **strutturale** emergono buone risorse nei sistemi esplorativo–assertivo e affiliativo, mentre la principale vulnerabilità riguarda lo sdoppiamento tra i sistemi di attaccamento e sessualità, visibile nelle oscillazioni tra bisogno di vicinanza e spinte all'autonomia, che nelle relazioni affettive assumono forme di dipendenza, idealizzazione o bisogno di conferma.
- Sul piano **funzionale**, Carlo presenta un funzionamento complessivamente nevrotico, con identità coesa, buon esame di realtà e discrete capacità autoriflessive. Le difficoltà emergono soprattutto nei momenti di intensa attivazione emotiva, in cui compaiono rigidità e controllo.
- Dal punto di vista **personologico**, le caratteristiche che emergono delineano uno stile di personalità riconducibile al profilo *fight/di controllo*. Questo stile difensivo, se da un lato sostiene le sue qualità — impegno, responsabilità, capacità progettuale — dall'altro lo espone a rigidità, autoesigenza e difficoltà a concedersi fragilità e dipendenza reciproca.

Dalla sintesi di questi tre livelli è plausibile riconoscere un quadro di **sdoppiamento nevrotico** sostenuto da risorse evolutive significative e da un'organizzazione di personalità stabile, seppur rigida nei momenti di stress.

4. Modalità di intervento

Le modalità di intervento nel caso di Carlo si collocano entro la cornice del modello PPI (Caporale R., Battisti V., 2023). In riferimento a questa cornice, la prima fase si è concentrata sulla regolazione affettiva e sulla costruzione di un campo relazionale sufficientemente sicuro **(*Esperienza Emozionale Riparativa*)**; la seconda sull'elaborazione simbolica dell'esperienza - in particolare avvenuta attraverso metafore, sogni e self-disclosure selettiva **(*Mentalizzazione*)**; la terza (ancora in corso) sulla traduzione delle acquisizioni interne in azioni rappresentative e scelte di vita maggiormente integrate **(*Espansione dello Stato di Coscienza del sé*)**.

Elemento importante, trasversale alle tre fasi, è costituito dal lavoro con i sogni. Nel modello PPI i sogni rappresentano un importante strumento clinico perché costituiscono una forma organizzata di elaborazione psichica, definita pensiero onirico (Battisti V., Caporale R., 2024a). Il sogno consente pertanto di osservare come conflitti motivazionali, fasi evolutive o scelte di vita emergano nella coscienza del paziente, offrendo al terapeuta uno spazio di esplorazione condivisa e non direttiva.

4.1. Esperienza emozionale riparativa

4.1.1. Percorso clinico - Primi colloqui (Ottobre 2023 - Marzo 2024)

Carlo si presenta come un giovane curato, dall'aspetto maturo e sicuro di sé, dotato di buone capacità cognitive e di un linguaggio ricco e articolato. Fin dai primi colloqui emerge una forte tendenza al controllo: conduce il dialogo, mette alla prova il terapeuta e cerca di definire tempi, modalità e contenuti della relazione terapeutica. Il suo stile comunicativo appare inizialmente molto intellettualizzato, caratterizzato da ragionamenti complessi, citazioni e riflessioni astratte che sembrano avere anche la funzione di impressionare l'interlocutore e mantenere una posizione di superiorità e distanza emotiva.

Carlo manifesta inoltre una visione rigida e giudicante del mondo, fondata su ideali di giustizia, rigore e moralità. I coetanei, gli amici e le relazioni affettive vengono spesso svalutati e percepiti come inadeguati o deludenti. Tuttavia, proprio questa struttura rigida sembra attraversare una fase di crisi, che costituisce il principale punto di accesso al lavoro terapeutico.

Attraverso un atteggiamento empatico e non giudicante, diventa progressivamente possibile ridurre la tensione relazionale e favorire l'emergere di aspetti emotivi più autentici. Dietro l'immagine di sé forte e apparentemente inscalfibile emergono infatti vissuti profondi di rabbia, frustrazione, tristezza, vergogna e solitudine, accompagnati da una costante sensazione di incomprensione nelle relazioni significative.

Parallelamente si evidenziano importanti bisogni di controllo e guida nelle relazioni, vissuti come modalità difensive per evitare il rischio di dipendenza affettiva o abbandono.

4.1.2. Intervento PPI in Fase 1 - dimensione implicita e alleanza terapeutica

La prima fase, come previsto dal modello PPI, si è focalizzata sulla riorganizzazione dell'assetto affettivo di Carlo, finalizzata principalmente all'instaurarsi dell'alleanza terapeutica necessaria all'avanzamento del percorso. Per questo motivo, più che interventi interpretativi, si è rivelata centrale una progressiva sintonizzazione emotiva su piani impliciti, orientata alla funzione accogliente, regolativa e riparativa della relazione terapeutica (Caporale R. & Battisti V., 2024a).

La situazione iniziale di Carlo è caratterizzata da aspetti emotivi grezzi e "indigesti" (Bion, 1962), espressi spesso sotto forma di rabbia disregolata o senso di affaticamento, scarsamente integrati con la parola. I suoi discorsi iniziali sono caratterizzati da un linguaggio fatuo, a testimonianza di un pensiero verbale probabilmente poco integrato con i vissugi emotivi più profondi (pensiero inconscio e inconscio non rimosso). Di conseguenza, il lavoro ha richiesto un atteggiamento accogliente e contenitivo, capace di creare una risonanza implicita e di agire a— per citare Mauro Mancia (2022) — sulla dimensione "musicale" e profondamente inconscia della relazione. Marking emotivo, rispecchiamento, restituzioni e convalida hanno permesso di accompagnare lentamente questo processo, mostrando presto esiti significativi.

In questa fase è stato fondamentale ricoprire una funzione validatrice, capace di agire su aspetti che, nella storia evolutiva di Carlo erano stati accolti con atteggiamento svalutante e coartante,

impedendone non solo la libera espressione ma anche una piena integrazione. L'obiettivo, in termini PPI, è stato quindi quello di offrire un nuovo contesto di significazione affettiva a stati interni precedentemente disconfermati (Caporale R. & Battisti V., 2024a).

Un ulteriore aspetto importante riguarda la costruzione dell'alleanza terapeutica. Gli interventi descritti si sono rivelati funzionali a creare un setting capace di accogliere e "reggere agli urti" che Carlo agisce all'interno della relazione terapeutica e che riattualizzano dinamiche emotive profonde. Gli agiti vengono accolti come espressione di un bisogno che non può essere giudicato, e che ha effetti importanti sull'intolleranza che Carlo prova verso l'asimmetria percepita nella relazione clinica. La cornice del setting funge dunque da regolatore, luogo dove la negoziazione serena e accogliente diventano un importante veicolo relazionale che offre a Carlo la possibilità di sperimentare un modo diverso di confronto che disinnesca le quote di aggressività e di conflitto.

Ciò faciliterà l'emergere di contenuti emotivi e biografici sempre più autentici: cominceranno così ad affiorare immagini, ricordi e metafore che accompagneranno l'intero percorso e segneranno l'avvio della seconda fase di lavoro, nella quale, sulla base di tale fiducia, è stato possibile attivare un'elaborazione simbolica e "pensabile" dei contenuti precedentemente attraversati. Al contempo, emergono anche i primi contenuti onirici.

I sogni nella prima fase

Inizialmente Carlo non porta molti sogni in seduta. A suo dire ciò è motivato da un'incapacità di memorizzare quanto sognato la notte. Tuttavia, con il proseguire del percorso, e grazie anche a un lavoro in cui Carlo è stato gradualmente accompagnato in compiti di annotazione e memorizzazione, i sogni cominciano ad emergere, diventando un'importante fonte per il prosieguo della terapia.

L'emersione di contenuti onirici è probabilmente facilitata anche dall'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica che permette a Carlo di sentirsi al sicuro e potersi concedere di condividere aspetti che sente come molto intimi.

Di seguito, una raccolta di sogni che hanno caratterizzato i diversi passaggi del percorso terapeutico di Carlo:

Sogno 1 - dicembre 2023

"*Mi trovo in macchina con B* (*l'ex fidanzata di un mio amico stretto*). *Suddetta ragazza era incinta, e io stavo con lei in una casa. All'improvviso le si rompono le acque. Sono agitato ma le faccio praticamente da ostetrico, pur senza avere competenze. Andando per tentativi, faccio nascere il bambino. Ma Il bambino nasce morto. mi giro di spalle perché non ho il cuore di dare una notizia del genere. Istintivamente nascondo questo bimbo che però dopo qualche secondo di silenzio comincia a piangere. Sono felice e sollevato e a questo punto posso consegnarlo alla madre. Il sogno si chiude con la mia amica che dice di aver voglia di pennette con il sugo, contento le dico "ora te le vado a preparare*".

Interpretazione:

Questo appena descritto è uno dei primi sogni che Carlo porta in terapia, in un momento del percorso in cui l'alleanza è pienamente raggiunta e cominciano ad affiorare vissuti emotivi e affetti più autentici ma anche molto dolorosi. Dal punto di vista del modello PPI, si presenta coerente nell'ambito dei tre livelli: Percorso storico (PS), Espressione Armonica (EA) e Nota Sentimentale (NS) (Battisti V., Caporale R., 2024a).

In primo luogo, il sogno potrebbe essere descrittivo dello stato del sé di Carlo.
Da un lato, l'immagine del bambino nato morto potrebbe essere collegata sia all'assetto depressivo particolarmente emergente in questo momento del percorso, sia alla sua autobiografia (in riferimento al doloroso ricordo di essersi sentito un rimpiazzo nel momento in cui la madre, in età scolare, gli aveva raccontato dell'aborto subito appena un anno prima della sua nascita).

Dall'altro, così come nell'esperienza clinica, il sogno potrebbe descrivere il conflitto che Carlo percepisce su un piano inconscio tra la possibilità di portare alla luce qualcosa di profondo e le paure connesse a questa eventualità.

In questo senso, il sogno sembra proiettare Carlo in un contesto di improvvisa responsabilità emotiva e gestionale, dove il compito di "far nascere" il bambino, viene percepito - inizialmente - come eccessivo rispetto alle proprie competenze: la nascita inizialmente morta del bambino, seguita dal pianto, potrebbe simbolizzare proprio l'alternanza tra inadeguatezza percepita e possibilità di riparazione. Una dinamica interna che Carlo conosce bene: le sue esperienze precoci di cura sono state infatti spesso incoerenti o svalutanti, generando una forma di fiducia instabile nella propria capacità di far fronte agli eventi e di prendersi cura di sé.

Nel momento dell'interpretazione, Carlo riconosce però il bambino come una parte di sé che ha possibilità di rinascere.

Sebbene la NS evidenzi ansia, panico, nel sogno emerge anche la capacità di dare alla luce il bambino, indicativa forse di un processo di regolazione affettiva che si sta sviluppando insieme ad un'emergente capacità di assumersi responsabilità senza crollare emotivamente.

In secondo luogo, la figura dell'amica potrebbe essere letta come materializzazione della figura del terapeuta. B. è infatti la ex fidanzata di un suo amico stretto con cui "*si trovava molto bene a parlare*". Allo stesso modo, Carlo viene indirizzato da me tramite un suo amico, mio ex paziente.

In quest'ottica, la "rinascita" del bambino, che nel sogno è accompagnata da un sentimento di sollievo e fiducia, potrebbe quindi rappresentare la capacità percepita da Carlo di poter rivitalizzare - nello spazio clinico - certi aspetti di sé, attivare le proprie risorse interne, regolare l'angoscia, entrare in contatto con le proprie capacità "generative" e del prendersi cura di sé (va a preparare la pasta al sugo). Il sogno manifesta con molta chiarezza elementi diagnostici riguardanti il funzionamento di Carlo, ma anche la percezione di una rinascita simbolica, alla luce di una relazione di fiducia che ne può facilitare la possibile realizzazione

4.2. Fase 2 – mentalizzazione

4.2.1 Percorso Clinico - Alfabetizzazione emotiva e prime interpretazioni (Marzo 2024 – Febbraio 2025)

In questo periodo ha inizio un processo più strutturato di alfabetizzazione emotiva. Carlo comincia a familiarizzare con i propri stati affettivi e a sperimentare modalità alternative di contatto con il proprio mondo emotivo, rendendo possibile l'esplicitazione di conflitti, meccanismi di difesa, rappresentazioni di sé e dell'altro.

Emergono infatti con maggiore chiarezza le difficoltà familiari: il rapporto conflittuale con la madre, la percezione di esclusione emotiva da parte del padre e alcuni episodi dolorosi legati alla sorella maggiore. Particolarmente significativo è il vissuto connesso alla scoperta di essere nato dopo un aborto spontaneo della madre, esperienza che Carlo interpreta come il sentirsi "sostituto di un lutto". Tutti questi vissuti si connettono a un portato affettivo e traumatizzante per lungo tempo rimasto inaccessibile alla coscienza, la cui emersione permette di far affiorare adesso episodi

biografici che erano stati rimossi. Questa fase coincide inoltre con un periodo particolarmente stressante della sua vita, che lo porta a confrontarsi con vissuti di vulnerabilità e perdita di controllo.

In ambito sentimentale comincia a frequentare **A.** che, a differenza della sua ex fidanzata, è descritta come indipendente e molto carismatica. Tuttavia la relazione assume toni particolarmente ambivalenti e connotati da forti instabilità che proiettano Carlo in un'alternarsi repentino di stati affettivi diversi, momenti di grande fusionalità e piena comprensione e fasi di distanza emotiva e grande conflitto in cui Carlo contatta nuovamente la percezione di non sentirsi compreso, alimentando angosciosi vissuti di inadeguatezza, dipendenza e agitazione.

Ulteriori eventi stressanti sconvolgono la quotidianità di Carlo: un incidente d'auto che lo priva del suo scooter e della sua autonomia negli spostamenti; la ripresa di un'intensa attività sismica nella sua zona di residenza che costringe tutta la famiglia a trasferirsi temporaneamente in una zona poco collegata e lontana dai luoghi che abitualmente frequenta.

Il cumulo di tali eventi porta Carlo a un periodo di profonda crisi, segnato da vissuti depressivi di impotenza e da una rabbia talvolta disregolata. Tuttavia, proprio questa intensificazione emotiva diventa un'occasione preziosa: è il terreno attraverso cui possono essere riconosciuti, nominati e pensati aspetti emotivi più complessi e anche più radicati nella personalità di Carlo.

4.2.2. Intervento in Fase 2 - Dell'implicito all'esplicito: Transfert, Metafora, Sogni, Self-Disclosure.

Nella seconda fase, il focus dell'intervento si è spostato sul compito di "trasformare l'implicito in esplicito", in modo analogo a quanto descritto da Bion nel passaggio dagli elementi beta agli elementi alfa all'interno della funzione di rêverie (Bion, 1962). Si tratta del momento in cui la capacità di "*pensare i pensieri*" (Bion, 1962) si sviluppa ulteriormente e la capacità di mentalizzazione diventa l'obiettivo centrale dell'intervento (Fonagy et al., 2002; Caporale R. & Battisti V., 2024a).

In questo ambito, Carlo si muove – nei momenti di maggiore disregolazione emotiva -entro modalità di "equivalenza psichica" e "far finta" (Fonagy et al., 2002).

In tal senso, la possibilità di poter gradualmente portare su un piano di consapevolezza i meccanismi che sostanziano queste modalità ha rappresentato un importante step nella progressione

dell'esperienza clinica di Carlo.

Se nella prima fase il lavoro si era prevalentemente focalizzato sulle dimensioni implicite, nella seconda il focus si è concentrato sulla connessione tra livelli profondi e livelli consapevoli dell'esperienza di vita e relazionale di Carlo, facilitando lo sviluppo di una modalità di mentalizzazione più stabile ed evoluta (Fonagy et al., 2002).

Nel caso specifico, questo processo si è realizzato attraverso vari passaggi e tecniche di intervento: l'utilizzo della **metafora**, il lavoro sui **sogni**, l'impiego mirato della **self-disclosure** e – su tutti - l'analisi e l'interpretazione degli elementi di **transfert e controtransfert** hanno favorito lo sviluppo di un pensiero simbolico più efficace e - al contempo - il consolidamento dell'alleanza terapeutica e di un senso di comprensione profonda.

Nella terapia, attraverso un lavoro che non si limita più al solo contenimento, ma anche l'esplicitazione e interpretazione di queste dinamiche, Carlo comincia a riconoscere alcune tendenze che lo caratterizzano in condizioni di stress; su tutto la tendenza a compensare i vissuti di vulnerabilità con l'adesione a un'immagine di sé perfetta e indistruttibile, capace di sorreggere il mondo analogamente alla figura mitologica di Atlante.

Queste nuove consapevolezze avviano una fase trasformativa: Carlo inizia a considerare le relazioni non più solo come spazi in cui subire passivamente dinamiche dolorose, ma anche come luoghi di sperimentazione in cui poter osservare e comprendere le proprie dinamiche interne. Questo lavoro contribuisce a promuovere una maggiore tolleranza verso le emozioni negative e a vivere le diverse situazioni di vita come occasioni di apprendimento piuttosto che come segnali di fallimento. Ciò ha importanti ricadute nella vita di Carlo:

- Nel mese di giugno, la relazione con A. si conclude pacificamente e su sua decisione ("*è arrivato il momento di tutelare me stesso*").
- Carlo chiede alla famiglia e ottiene di poter tornare temporaneamente nel quartiere di residenza, al fine di poter riprendere le sue attività quotidiane.

Questi movimenti hanno l'effetto di portare nuove modalità di interazione con l'ambiente, che rafforzano un nuovo senso di efficacia e motivano ulteriormente Carlo nel lavoro clinico. I bisogni emotivi trovano un'espressione più chiara, le relazioni interpersonali risultano più equilibrate e

meno cariche di frustrazione.

Anche il desiderio - inizialmente irrealistico e onnipotente - di autonomia lascia spazio al desiderio di imbastire progettualità di vita maggiormente concrete: Carlo presenta domanda per un'esperienza Erasmus e pianifica il suo piano di studi per concludere la laurea magistrale. Riorganizza la sua quotidianità — senza scooter e nella sua casa di famiglia — con maggiore flessibilità e meno rigidità, dando il via a un periodo di vita in cui lo stesso Carlo percepisce un rinnovato senso di autoefficacia.

4.2.3. Analisi del Transfert e del controtransfert

Un aspetto centrale di questa fase clinica è costituita dall'analisi del Transfert e del Controtransfert, che ha consentito di formulare interventi più responsivi alla situazione e meno collusivi con gli agiti del paziente (Battisti V., Caporale R., 2025).

Secondo quanto scritto finora, in termini transferali, si potrebbe asserire che Carlo mi collochi inizialmente nel ruolo dell'oggetto "vecchio", proiettando elementi molto ricorrenti delle sue relazioni significative, in particolare caratterizzati da dinamiche di svalutazione e atteggiamenti fortemente critici e polemici, probabilmente nel tentativo di rovesciare la percezione di uno stato di asimmetria.

Sul piano controtransferale, ho spesso avvertito la sensazione di essere "sotto esame" (vissuto che Carlo stesso riconosce come tratto costante delle sue relazioni familiari) oltre che la percezione di aspetti di rabbia rispetto ai su citati attacchi al setting. La possibilità di osservare e cogliere questi elementi ha consentito di costruire gradualmente un rapporto di negoziazione con Carlo, che ha permesso di generare nuovi apprendimenti relazionali più funzionali, caratterizzati da modalità capaci di scardinare la percezione di una relazione esclusivamente come dinamica di potere e controllo.

Ciò ha permesso una trasformazione del legame clinico: da oggetto "cattivo" da attaccare, la mia posizione è andata così evolvendo verso quella di "testimone" della sofferenza di Carlo (Ferenczi, 1932): ruolo che ha inciso in modo significativo sulla sua capacità di riconoscere, accettare e integrare aspetti di sé precedentemente rifiutati.

4.2.4. I sogni nella seconda fase

In questa fase, i sogni ripropongono delle tematiche ricorrenti, legate a un'immagine dell'altro spesso

connotata di aspetti persecutori ma anche elementi trasformativi:

Sogno 2 - marzo 2024

Mi trovo in una grande metropoli imponente, con mura altissime e strade molto ampie. L'urbanistica è molto ordinata, con architetture neoclassiche e sorprendentemente geometriche. Sto camminando per le strade di questa città, so bene il luogo che devo raggiungere, ma non riesco ad orientarmi. Mi sento perso, ma la cosa non mi angoscia particolarmente. A un certo punto, mi rendo conto di essere arrivato - casualmente - nel luogo che volevo raggiungere: è un piccolo teatro costruito in un seminterrato, a cui si accede scendendo delle scale. Entro e mi sembra di essere in un altro luogo: sono felice di averlo trovato. il teatro è piccolo ma accogliente. In fondo vedo un palco con il sipario rosso aperto. Penso che qualcosa sta per andare in scena.

Interpretazione:

Il sogno potrebbe rappresentare una metafora della condizione in cui si trova Carlo nella seconda fase del percorso clinico. Torna il tema dello sdoppiamento tra la parte cosciente logico-razionale ed una parte inconscia-emotiva ancora poco integrata. Ciò si evince dalla difficoltà che Carlo ha nell'orientarsi in un ambiente "rigidamente" sì molto ordinato, ma anche molto alienante. La città potrebbe materializzare le modalità rigide che Carlo manifesta nelle relazioni e nei ragionamenti, ladodve il lavoro clinico potrebbe invece essere rappresentato dalla "discesa" verso il seminterrato e, dunque, dimensioni del sé più profonde e protomentali. L'arrivo in teatro è accompagnato da una sensazione di soddisfazione, che Carlo ricollega molto al sollievo che sente nel frequentare lo spazio clinico. Il teatro nel seminterrato rappresenterebbe in questo senso anche lo spazio interno sicuro in cui Carlo può contattare ed esplorare i propri vissuti, re-integrandoli. Sul piano della NS, l'assenza di agitazione nel momento dello smarrimento e la felicità finale potrebbero indicare la nascita di un sentimento di fiducia nella propria capacità di orientarsi emotivamente e cognitivamente, supportata dal setting terapeutico.

La seconda fase di intervento ha dunque svolto una funzione di **ristrutturazione dell'assetto difensivo**, con una riduzione della rigidità dei meccanismi di difesa e la costruzione di un'immagine di sé più coesa.

L'esito complessivo della fase è stato quindi, come anticipato, l'accesso a un livello più evoluto di mentalizzazione. I contenuti emotivi, ora simbolizzabili, divengono la materia viva per un lavoro di elaborazione che può dunque trasformarsi progressivamente in nuove possibilità d'azione ("*credo che buona parte del mio stato d'animo, un po' più tranquillo, sia in mano a me. Sto gestendo bene le cose negative, apprezzando ancora di più le cose positive.*").

Carlo: "Il fatto è che di pilastri li abbiamo tolti: una botta di martellate di qua e di là, portanti o meno. Una ristrutturazione — se non addirittura demolizione — è stata fatta. Si continua a fare tutti i giorni, no? Fare questo tipo di cosa, avere questo tipo di rapporto con se stessi in maniera più cosciente, sono dell'idea che mi possa portare, anzi che mi abbia portato, a un approccio più concreto... certo, così."

4.3. Fase 3 – Espansione dello stato di coscienza del se'

4.3.1. Percorso Clinico - Ripresa dell'intervento e sviluppi recenti (Febbraio 2025 - Ottobre 2025)

Il percorso con Claudio si interrompe temporaneamente nel mese di Luglio 2024, a seguito di una sua esplicita richiesta legata al desiderio di volersi sperimentare da solo, senza il sostegno della terapie. Tuttavia, nel mese di febbraio 2025 Carlo richiede di intraprendere la terapia, riferendo di non aver ancora pienamente consolidato le conquiste maturate durante il periodo precedente. Il percorso riprende quindi con cadenza settimanale. La concessione della pausa e l'accoglienza del rientro generano un ulteriore consolidamento dell'alleanza terapeutica, accompagnato da una motivazione più chiara e autentica da parte di Carlo a proseguire un lavoro clinico più approfondito.

La pausa, lungi dall'essere un fallimento, si rivela invece un'importante esperienza: Carlo riferisce con lucidità di aver potuto testare le proprie risorse e di non provare frustrazione per non essere riuscito a sostenersi completamente da solo. Questo vissuto contribuisce a rafforzare l'alleanza e la motivazione al lavoro clinico.

Gli obiettivi terapeutici vengono riformulati, e il lavoro riparte proprio da tali osservazioni: lo spazio diventa il luogo in cui Carlo può approfondire la conoscenza e la gestione degli aspetti di sé che percepisce ancora come difficili da controllare.

In questa fase, si affianca l'attuazione di interventi caratterizzati - come previsto nel modello PPI - da una matrice maggiormente psico-educativa e comportamentale che trova un corrispettivo nella pianificazione di scelte concrete, obiettivi da raggiungere e condotte (Caporale R. & Battisti V., 2024a). In questa cornice, il setting assume progressivamente la funzione di spazio di "verifica" e monitoraggio che Carlo definisce **fase dello "*stress test*"**, intesa come opportunità di mettere alla prova quanto acquisito nel percorso. Questo lavoro genera cambiamenti in diversi contesti di vita, consentendo a Carlo di muoversi in maniera sempre più funzionale:

- In ambito familiare compaiono letture più sfumate ed integrate, in cui Carlo comincia a riflettere su come egli stesso venga percepito dai suoi cari, ampliando così le sua capacità di mentalizzazione (Fonagy et al., 2002), riducendo la rigidità dei giudizi e favorendo un maggiore senso di vicinanza empatica. Ciò si accompagna alla sperimentazione di nuove modalità di interazione, fondati su una comunicazione più chiara e sull'istituzione di confini più stabili che aiutano Carlo a i conflitti con minore reattività e con una maggiore capacità di esprimere i propri bisogni. Un passaggio particolarmente rilevante è rappresentato dal tentativo di tentare una ricucitura del rapporto con la sorella.

- In ambito sentimentale, Claudio decide inizialmente di dare priorità ai suoi progetti di vita. Questa centratura getta tuttavia le basi affinché possano nascere nuovi modi di relazionarsi. Su questa base nasce la frequentazione con Greta, con cui Carlo riesce a instaurare un rapporto di maggiore reciprocità, stabilità emotiva e minore asimmetria ("*Mi sembra di avere a che fare con una persona priva di drammi, priva di crisi esistenziali…*) Per la prima volta, Carlo percepisce di non essere costretto a cercare approvazione o a mantenere un'immagine ideale di sé. Si tratta di un passaggio significativo verso la costruzione di una relazione più adulta, reciproca e non basata sulla fusionalità. In questa relazione riesce a negoziare confini chiari e – al contempo – sperimentare un senso di vicinanza e intimità entro cui sentirsi compreso e accolto, testimoniando in termini di assetti motivazionali una maggiore integrazione tra sistemi di attaccamento, sessualità ed esplorazione (Caporale R. & Battisti V., 2024a).

- Sul piano professionale e progettuale, Carlo avvia una riflessione più concreta sul suo futuro, ritagliandosi esperienze di autonomia extrafamiliare. In questo senso, è importante la candidatura e

la vincita di una borsa Erasmus che consente a Carlo di trascorrere un periodo di studio di sei mesi a Spalato — rappresenta un passaggio significativo in cui potersi sperimentare in modo pienamente autonomo, lontano dalle dinamiche familiari. Questo periodo assume per lui la forma di un equilibrio quasi ideale, mostrando però anche la necessità — clinicamente rilevante — di verificare la solidità delle conquiste al momento del ritorno a casa.

L' insieme di queste azioni contribuiscono a far emergere in Carlo un crescente senso di efficacia personale e relazionale, con un conseguente aumento dell'autostima. Carlo parte da una maggiore accettazione dei propri limiti e dei propri confini, e ciò gli consente di modulare meglio le proprie energie psichiche e fisiche. In questa fase Carlo comincia a riferire una maggiore solidità interna, una migliore capacità di autoregolazione e una consapevolezza più chiara dei propri bisogni affettivi e relazionali. Nei mesi successivi questi aspetti continuano a consolidarsi, portando naturalmente all'apertura di un discorso condiviso sulla pianificazione della chiusura dell'intervento, che porterà a una nuova fase di rielaborazione che troverà riscontro particolare nella produzione onirica.

4.3.2. I sogni nella terza fase

SOGNO 3 - OTTOBRE 2025

Il sogno è diviso in due parti. Nella prima sono con una mia ex che non piaceva a mia madre. Nel sogno, la sto aiutando a scappare. Lei ha una veste bianca, come se fosse scappata da un manicomio (la ragazza in questione è neurodivergente). *D'un tratto, mi accorgo che non stiamo più scappando da qualcosa. E ci ritroviamo praticamente sotto al mio palazzo di casa, in una zona del cortile dove giocavo da bambino e ricordo che mia madre era sempre affacciata al balcone a osservarmi e rimproverarmi. Anche nel sogno avevo la sensazione di essere osservato da lei, motivo per il quale cerco un nascondiglio. Alla fine mamma ci scopre*! *Spaventato, facico scappare via la mia amica. Mi ricordo di averle detto questa frase e da lì poi ci siamo separati. Cambia la scena*: *mi trovo in una sala. Davanti a me, sempre di spalle, c'è una persona che mi sta guidando lungo la stanza. Il tempo di fare due metri, il tizio che davanti a me si gira e mi spaventa. Il signore mi abbraccia e mi accompagna fino alla finestra, sempre guardandomi in volto. Io mi ricordo che urlo, pieno di paura per questa figura. Però lui continua a guardarmi con questa e mi accompagna vicino alla finestra, mi lascia intravedere fuori dalla finestra e poi mi butta giù. Questa persona mi butta e io cado. Urlo, ma non per chiedere aiuto, quanto per buttare fuori la mia paura. E anche l'uomo, non mi strattona,*

ma mi accompagna come un usciere che ti mostra la via che devi fare, come se volesse dirmi "va', via". Io, con le mie gambe, ho camminato verso la finestra nonostante il terrore di questa figura. ho assecondato il suo accompagnamento. Io sono arrivato lì ed è stata una cosa… direi fatta con grazia, con serenità. Mi sveglio con un senso di stranezza

Interpretazione:

Il sogno potrebbe rappresentare il momento clinico di quest'ultima fase di lavoro. Emerge in tal senso un conflitto tra le conquiste acquisite e la prospettiva, vissuta angosciosamente, di una futura separazione, nonché il conflitto tra il desiderio di autonomia e la paura dell'individuazione. Nella prima parte del sogno rimette evidentemente in campo aspetti del sistema di attaccamento e sessualità. La presenza della ragazza (sua ex) non approvata dalla madre potrebbe rappresentare un senso di incompatibilità tra i due sistemi motivazionali. L'azione di fuga e la percezione pienamente persecutoria e onnisciente della figura materna è intrusiva e totalizzante. Tutto questo potrebbe dunque indicare l'attualizzazione nel sogno di una dinamica abituale. Tuttavia, il fatto che Carlo lasci scappare la ragazza potrebbe essere interperetata come un possibile movimento di svincolo: un gesto che mette distanza tra il legame materno e l'espressione della propria vita relazionale e sessuale e segna un distacco più maturo e meno reattivo alla minaccia di dipendenza e invischiamento percepito in particolare nel contesto familiare.

Nella seconda parte del sogno, si ripropone con più forza il tema dell'individuazione-separazione. La guida vista di spalle potrebbe richiamare le figura del terapeuta: un "usciere" che accompagna - seppur gentilmente - verso un destino minaccioso. Il senso di alienazione, insito nel contrasto tra angoscia e gentilezza, potrebbe manifestare una riproposizione dei temi presneti nella prima parte del sogno. Questa volta la sorte non si conclude però con una fuga, bensì con una caduta che potrebbe indicare un processo di individuazione in fieri.

4.3.3. Note di intervento - Azioni Rappresentative, consolidamento degli obiettivi terapeutici, nuove prospettive

L'intervento si trova in un momento di progressivo avvicinamento ad una terza fase di lavoro, che non può considerarsi ancora pienamente compiuta.

In termini di modello PPI, questa fase comincia a promuovere l'espansione dello stato di coscienza e

dell'agentività, sostenendo una trasformazione interna che non resta confinata al mondo intrapsichico, ma si traduce in decisioni, posizionamenti e traiettorie di vita maggiormente coerenti con i bisogni e le aspirazioni di Carlo (Caporale R. & Battisti V., 2024a). Centrale è quindi la pianificazione e realizzazione di comportamenti e ***azioni rappresentative***, così definite in quanto connotate da un forte valore simbolico. Questi elementi impattano su tutti gli ambiti di vita di Carlo e hanno proprio l'effetto di fungere da feedback per questa fase di "*stress test*".

Riprendendo quanto scritto precedentemente, l'implementazione di azioni rappresentative permettono l'attuazione di importanti sviluppi.

La nota fondamentale di questa fase sta nel consolidamento dei cambiamenti ottenuti anche in un periodo molto critico come quello del rientro a casa. In questo caso, Carlo mostra una gestione dello stress significativamente più modulata rispetto al passato. Il consolidamento di questi risultati permette di inserire nel lavoro clinico anche la proposta di compiti da svolgere, e di interventi legati alla ricostruzione autobiografica: in particolare, viene proposta la stesura di un diario mirato a ricostruire il percorso compiuto, in cui Carlo annota e poi rielabora insieme in seduta gli elementi di cambiamento, gli snodi principali, le acquisizioni, le aree ancora aperte.

Parallelamente, questa è la fase in cui comincia a prefigurarsi l'ipotesi di una conclusione del percorso, dove la chiusura di questa esperienza non può coincide con una "guarigione" in senso assoluto, quanto con l'acquisita capacità di muoversi su una traiettoria evolutiva più funzionale e autonoma, sostenuta da una maggiore consapevolezza di sé, una più consolidata fiducia nelle proprie capacità di autoriflessione, una più efficace regolazione affettiva e resilienza, in poche parole: *promuovere nuove capacità di sintesi*.

Bibliografia

Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* (*DSM*-5). Washington, DC: APA.

Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds*: *Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Bateman A., Fonagy P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*: *A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.

Battisti V., Caporale R., (2025), *Riflessioni sul transfert nella psicoterapia psicodinamica integrata*, Rivista Mente e Cura, N. 15, 2025, pp. 22-42.

Battisti V., Caporale R., (2024a), *Il lavoro con i sogni nella Psicoterapia Psicodinamica Integrata*, Rivista Mente e Cura, N. 13, 2024, pp.19-26.

Battisti V., Caporale R., (2023), La Polarizzazione Depressivo-Narcisistica: il caso clinico, Rivista Mente e Cura, N. 11, 2023, pp.14-20.

Beebe, B., Lachmann, F.M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment*: *Co-Constructing Interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Bion, W.R. (1971–1973). *Cogitations*; *Elements of Psychoanalysis*; *Attention and Interpretation*. London: Karnac.

Boston Change Process Study Group (2010). *Change in Psychotherapy*: *A Unifying Paradigm*. New York: Norton.

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina.

Bromberg, P. (1998). *Standing in the Spaces*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Bucci, W. (2002). *The Referential Process*. Journal of Clinical Psychology, 58, 1–21.

Caporale R., Andreola M., Battisti V., (2024b), *Le nevrosi e la condizione di sdoppiamento tra sistemi attaccamento e sessualità. Resistenza al cambiamento, psicopatologia del desiderio e deficit di originalità*, Rivista Mente e Cura, N. 14, 2024, pp. 3-16.

Caporale, R., Battisti, V. (2024a). *La psicodiagnostica psicodinamica integrata: un modello multidimensionale della personalità*. Rivista Mente e Cura, N. 13, 2024, pp.3-18.

Caporale, R., Battisti, V. (2023). *La psicoterapia psicodinamica integrata: basi teorico-metodologiche, flessibilità della tecnica e finalità di intervento*. Rivista Mente e Cura, N.12, 3–15.

Caporale R., Battisti V., (2023), Polarizzazione depressivo-narcisistica: livello autonomo di funzionamento della personalità, *Rivista Mente e Cura*, N. 11, 2023.

Ferenczi, S. (1932). *Diario clinico*. Milano: Raffaello Cortina.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

Holmes, J. (2015). *Exploring in Security*. London: Routledge.

Horvath, A., Greenberg, L. (1994). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. New York: Wiley.

Kernberg, O. (1984). *Severely Borderline Patients*. New York: Basic Books.

Lago, G. (Ed.). (2016). *Compendio di psicoterapia*. *Per una psicoterapia senza aggettivi*: *Per una psicoterapia senza aggettivi*. FrancoAngeli.

Lichtenberg, J.D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Lichtenberg, J.D. (2012). *Sensuality and Sexuality Across the Divide of Shame*. New York: Routledge.

Lingiardi, V., McWilliams, N. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico – Seconda Edizione* (*PDM*-2). Milano: Raffaello Cortina.

Mc Williams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*: *Struttura della personalità e processo clinico*.

Mucci, C. (2022). *Trauma e riparazione*. Milano: Cortina.

Mucci, C. (2020). *Corpi Borderline*. Milano: Cortina.

Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Trauma and the Body*: *A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton.

Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. New York: Guilford Press.

Schore, A.N. (2003). *Affect Regulation & the Repair of the Self*. New York: Norton.

Shedler, J., Westen, D. (2007). *SWAP*-200 *Manual*. Denver: Personality Studies Institute.

Siegel, D.J. (1999). *The Developing Mind*. New York: Guilford Press.

Stern, D.N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton.

Tronick, E. (2007). *The Neurobehavioral and Social–Emotional Development of Infants and Children*. New York: Norton.

Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. (2007). *Schema Therapy*. New York: Guilford Press.

Cinema

Dimenticare un figlio: la frattura del quotidiano in *Father* (2025)

A cura di Alfonso Leone[1]

[1]*IRPPI - Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata*

Parole chiave: Dissociazione; Trauma relazionale

Riassunto: Una lettura psicodinamica della dissociazione in *Father* (*Otec*) mostra come il trauma possa fratturare il campo relazionale quotidiano.

Il nuovo film, *Othec* (*Father*), della regista slovacca Tereza Nvotovà, che vive tra Praga e New York, è vincitore di due premi al festival internazionale del film di Stoccolma. Il film affronta l'evento delicato della morte accidentale di una persona cara, un difficile tema da affrontare nella realtà ma che, attraverso il film, la regista è riuscita a narrare e, in qualche modo, ad esprimere e manifestare. Un lavoro non certo facile per la Nvotovà, impegnata a ricostruire un contenuto così complesso, scena dopo scena, in una forma accessibile e adeguata allo spettatore. È la storia di un genitore che distrattamente abbandona il proprio figlio in auto, con conseguenze tragiche, mettendo in luce una condizione che apre uno scenario ancora poco conosciuto all'interno della classificazione medica e della salute mentale.

Dove è Dominika?

Il film inizia con una solita routine mattutina, in una giornata ordinaria, di una famiglia normale. Michael, interpretato dall'attore slovacco Milan Onrik, è padre di Dominika una bambina di due anni interpretata da Dominika Zajcz, ed è dirigente di una casa editrice in crisi finanziaria e marito dì Zuzka (Dominika Morávková); la sua vita, con la piccola Dominika e la compagna, il lavoro e le altre cose, prosegue fino a questo momento seguendo il ritmo naturale delle cose.

In questo ripetersi di giornate tutte uguali e in apparenza intoccabili, iniziano ad affacciarsi le molte preoccupazioni: rate da pagare, l'ex-suocero malato, di cui ancora Michael si occupa, l'arrivo del

nuovo incaricato dell'azienda per evitare il fallimento, riunioni continue con i colleghi e con i suoi dipendenti; si iniziano a percepire, fin dalle prime battute, sensazioni di qualcosa che incombe senza possibilità di fermarla. Il protagonista è una persona impegnata, che non riesce a dire di no, senza fermarsi mai, incapace di prendersi un momento di pausa, di riflessione, di ricarica.

La prima scena mostra Michael correre, come spesso fa per tenersi in forma, salutare velocemente la famiglia ed entrare in doccia, controllando che il tempo a disposizione sia ancora sufficiente. Per un imprevisto, la compagna non può portare la piccola Dominika all'asilo, e Michael accoglie subito la sua richiesta di portarla al posto suo.

Mentre in radio scorrono le notizie, Michael intrattiene per un po' la bimba, la camera si ferma sul suo sguardo, è cupo, pensieroso, il sottofondo annuncia grandi ondate di calore previste in città.

Lasciata la bimba all'asilo, Michael raggiunge l'ufficio e subito la prima riunione, il clima è teso per la possibilità di licenziamenti e tagli al personale, data la crisi in cui versa la casa editrice. La sua assistente gli sottopone l'agenda del giorno e gli ricorda l'importanza della riunione, mentre la compagna al telefono ricorda le altre faccende della giornata da completare.

A un tratto una chiamata diversa rompe la scena: "*Michael mi hanno chiamato dall'asilo, dove è Dominika*?"- "*L'ho portata a scuola, dove dovrebbe essere*?". La prima risposta è chiara: "*ti stai sbagliando, l'ho lasciata io lì, ne sono sicuro, alle* 8.00 *come sempre*". "*Loro non l'hanno vista, dicono che non sei mai passato*".

Il clima della scena cambia, Michael inizia a farsi prendere dal dubbio e corre giù sempre più veloce, ma è tardi: grida di disperazione, intorno accorrono i colleghi e i passanti, poi la realizzazione dell'accaduto. Silenzio. Assordante.

Dopo il trauma

Le scene successive si sviluppano attorno al tragico evento e la regista riesce a rappresentare, in maniera puntuale, come la dissociazione non sia sempre sintomo di una psicopatologia strutturata e conclamata. È, in realtà, presente anche come "psicopatologia della vita quotidiana"; vite comuni sono caratterizzate da alti livelli di stress, denominatori del vivere moderno, che se non adeguatamente gestiti, possono sfociare in problematiche più complesse, difficili da elaborare. La persona si sente sopraffatta e non riesce a ricaricare, decomprimere, elaborare, il sintomo che si manifesta è di tipo dissociativo. Dopo l'evento, Michael si abbandona sul letto, la sua assistente cerca

di contattarlo per farlo tornare al lavoro, dove le cose non vanno bene; lui si alza, prende lo smartwatch per allenarsi ma è scarico: ricade quindi sul letto, addormendosi, per poi rialzarsi poco dopo e cercare in modo compulsivo una spiegazione all'accaduto.

Tempo sospeso

Nelle sequenze successive il tempo sembra sospeso come se tutto si fosse congelato in quel momento. Il notiziario in sottofondo racconta la vicenda di una bambina di due anni morta per l'esposizione al calore, ma è una notizia come le altre, e passa velocemente in secondo piano. A questo punto la scena si trasforma, quasi ci trovassimo in un prisma, dove la regista divide Michael in cucina, che prova a mettere fine alla sua vita, e Zuzka impegnata a lavare dei vestiti: tra di loro il corridoio che li separa. I disegni della bambina tappezzano le pareti, come immagini indelebili, gesti di bambina ad esprimere il dolore, il vuoto, segni innocenti eternamente presenti. Da qui in avanti il legame tra i due si incrina progressivamente.

Il sonno di Michael si riempie di incubi. Vede le proprie mani ustionate mentre corre nudo; la notte diventa rifugio alla ricerca di conforto su internet, cercando spasmodicamente notizie e documenti su precedenti avvenimenti simili, vuole capire cosa accade al cervello in quei momenti, come mai sia accaduto a lui. La ricerca di senso però non trova quella condivisione nel campo relazionale che ha perso la sua funzione contenitiva e di mentalizzazione dell'esperienza condivisa.

Forgotten baby syndrome

La sindrome del bambino dimenticato è una condizione non riconosciuta come patologia nel manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM 5 TR né in altre pubblicazioni scientifiche di rilievo. La classificazione che più si avvicina a questa condizione nell'ICD-10 potrebbe essere indicata come T74.02XA: Trascuratezza o abbandono di minore confermato (Child neglect or abandonment, confirmed), unitamente al codice X30: esposizione a calore eccessivo di origine naturale (utilizzato spesso per casi di temperature elevate all'interno di veicoli).

L'origine del fenomeno è da ricercarsi in un deficit della working memory (memoria di lavoro), nel momento in cui un periodo di stress acuto, la deprivazione di sonno e il carico di lavoro eccessivo compromette le normali funzioni esecutive. Quello che accade è che il cervello non registra alcune

informazioni, tra le tante processabili nella giornata e dimentica alcuni passaggi. Può capitare di lasciare le chiavi attaccate alla porta, di percorrere la solita strada nel giorno sbagliato, etc.

Il cervello inoltre crea falsi ricordi per ovviare a questo deficit. Il risultato è che, come nelle scene iniziali, la persona continua nello svolgimento della propria vita mettendo da parte alcuni aspetti, da quelli più semplici a quelli più tragici.

Dissociazione come frammentazione?

In ottica psicodinamica IRPPI, la dissociazione si ritrova principalmente come sintomo nei quadri di funzionamento più compromessi, di frammentazione psicotica.

Tuttavia, come evidenziato da autori quali McWilliams, stati momentanei di discontinuità dell'esperienza cosciente possono accadere anche in quadri di patologia normalmente meno compromessi, nel momento in cui gli stressor ambientali superano la capacità di integrazione del soggetto. Quello che avviene è allora un cedimento della capacità di mentalizzazione, che non investe solo il soggetto, ma l'intero campo relazionale. Nel film questo è rappresentato anche dalla lentezza delle scene successive, dal tempo sospeso, dai primi piani, ad indicare come l'evento traumatico abbia creato una spaccatura di campo.

Il trauma del quotidiano

Father mette, quindi, in scena l'impossibilità della riparazione, il trauma come elemento distruttivo della relazione e come elemento di frattura dell'intero campo relazionale. Il film mostra come il costrutto della dissociazione sia permeabile all'interno di dinamiche relazionali all'apparenza normali e per questo restituisce allo spettatore la difficoltà dell'evento e di come rendere quell'esperienza pensabile.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2023). *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore

Anselmi, N., Montaldo, S., Pomilla, A., & Maraone, A. (2020). *Forgotten baby syndrome: Dimensions of the phenomenon and new research perspectives*. *Rivista di Psichiatria*, 55(2), 112–118.

Caporale, R., & Battisti, V. (2025). *La psicodiagnostica psicodinamica integrata: un modello multidimensionale della personalità*. *Mente e Cura*, 15.

Caporale, R., & Battisti, V. (2025). *Alterazioni delle dimensioni tempo, spazio e linguaggio, dissociazione iperadattiva e nuove psicopatologie del momento presente*. *Mente e Cura*, 15

Diamond, D. M. (2019). *When a child dies of heatstroke after a parent or caretaker unknowingly leaves the child in a car: How does it happen and is it a crime? Medicine, Science and the Law*, 59(2), 115–126.

Lago, G. (Ed.). (2016). *Compendio di psicoterapia. Per una psicoterapia senza aggettivi*. FrancoAngeli.

McWilliams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica* (2ª ed.). Raffaello Cortina Editore.

Mucci, C. (2014). *Trauma e perdono: Una prospettiva psicoanalitica relazionale*. Raffaello Cortina Editore.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2011). *Fantasmi nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Raffaello Cortina Editore.

Van der Kolk, B. A. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore.

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.; ICD-11). World Health Organization.

Sitografia

Istituto Superiore di Sanità. (2026). *Stress post traumatico*. Epicentro – Epidemiologia per la sanità pubblica. https://www.epicentro.iss.it/stress/

Mente e Cura, *Rivista semestrale di psicoterapie e neuroscienze*

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

ISNN 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 redazionementeecura@gmail.com