

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 sublimico, 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 neurodinamica 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 psicomotricità 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, fondamento 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 confronto 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 esteroceettivi, 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 mutate 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 riscrittura 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.