

Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto alessitimico

*Enrico Scappatura**

SOMMARIO. – Luca, 30 anni, consulente commerciale, giunge alla mia osservazione nell'autunno 2022 inviato da un collega. Si presenta in grave stato di scopenso: depersonalizzazione persistente da cinque mesi, ansia invalidante, disconnessione emotiva profonda, pensieri intrusivi di morte, paura di impazzire. Parla velocemente, la narrazione è confusa. Però la mimica facciale è rigida, poco espressiva. Nelle prime sedute questa dicotomia tra la sofferenza riportata a parole e la scarsa espressività mi porta a considerare varie ipotesi diagnostiche, che vanno dallo spettro autistico a quadri di disturbi di personalità, anche di quelli schizofreniformi, poi progressivamente escluse.

Parole chiave: terapia cognitivo comportamentale, corpo, trauma, trauma relazionale.

Scopenso

L'esordio sintomatico risale a maggio 2022: durante un weekend con amici, Luca ha una caduta accidentale, con trauma vertebrale ignorato per diversi giorni. Quando viene diagnosticata la frattura, viene immobilizzato con busto ortopedico per oltre un mese. È durante questa immobilizzazione forzata che il quadro psicopatologico esplose: depersonalizzazione continua, attacchi di panico, insonnia grave, importante calo ponderale.

Segue un percorso farmacologico complesso nel servizio pubblico, condito anche con diversi cambi di psichiatra: prima la prescrizione di antipsicotici atipici, poi un ricovero breve in psichiatria, successivamente la stabilizzazione con trazodone e benzodiazepine ad alto dosaggio e infine i tentativi di scalaggio, resi però difficili dalla comparsa di ansia acuta (spesso al terzo giorno di scalaggio Luca si presentava in pronto soccorso lamentando ansia, con conseguente ritorno alle dosi precedenti o altre volte iniziando ansiolitici).

*Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva; Associazione italiana per lo studio del Trauma e della Dissociazione/European Society for Trauma and Dissociation, Italia. E-mail: enrico.scappatura@gmail.com

Quando Luca arriva nel mio studio, assume ancora terapia massiva e riferisce di sentirsi “emotivamente spento”, incapace di connettersi con la propria vita passata e presente.

Anamnesi: una famiglia emotivamente fredda e lutti multipli

La storia familiare di Luca è segnata da lutti precoci e deprivazione emotiva. Alcuni anni prima della sua nascita, la famiglia aveva perso un figlio per cause congenite. Luca viene concepito poco dopo. Dalla scarsa descrizione familiare, mi faccio l’idea di una mamma distante, ma anche con tratti ansiosi/ipocondriaci, e di una famiglia nel complesso emotivamente fredda, con difficoltà nell’espressione emotiva.

All’inizio del percorso decido di incontrare anche la madre, per raccogliere informazioni e per contenerla (comprensibilmente è molto in ansia per il figlio, diventando così anche un fattore di mantenimento). Lei descrive Luca come “sempre chiuso in camera, non racconta mai nulla”. Riferisce di non essere sorpresa dal collasso: “Era tutto troppo intenso – i continui weekend fuori, l’iperattività, il non fermarsi mai”. Impressione confermata più avanti anche da un’amica stretta: “Prima eri emotivamente blindato, ora sei più presente”.

La madre riferisce che Luca non ha mai pianto in vita sua, non ha mai dato problemi, si è sempre arrangiato.

Il padre è descritto invece come figura periferica. Nell’infanzia i genitori infatti si separano. Durante l’adolescenza e la prima età adulta, Luca subisce poi ulteriori perdite relazionali significative: la morte accidentale di una coetanea, alcune rotture sentimentali vissute come abbandoni, la perdita di una figura di riferimento familiare durante la pandemia.

La formulazione del caso: vulnerabilità e difese

Per settimane, forse mesi, brancolo nel buio. Non riesco a “sentire” emotivamente Luca, mi sento travolto dalle sue domande ansiose, dalla sua fretta di “tornare a funzionare”. Le mie ipotesi diagnostiche iniziali si susseguono senza consolidarsi: trauma acuto? Esordio psicotico? Disturbo dello spettro autistico? Bipolarità? Effetti iatrogeni prolungati dei farmaci? Somministro alcuni test per aiutarmi, ma non arrivo ad una conclusione per me soddisfacente. Porto il caso in supervisione. Tra le cose illuminanti, la supervisora mi dice una cosa che si rivelerà per me fondamentale: “La sua emotività potrebbe essere stata compromessa dagli psicofarmaci; potrebbe perciò aver bisogno di diversi mesi per ripulirsi dai loro effetti”. Questo mi aiuta a tollerare l’incertezza e a non aspettarmi cambiamenti rapidi.

Sul piano diagnostico, il quadro che progressivamente prende forma è

quello di un disturbo evitante di personalità, con tratti ossessivo-compulsivi. L'alessitimia, la depersonalizzazione e il successivo collasso difensivo non rappresentano sintomi isolati, ma espressioni di un pattern di attaccamento disorganizzato con strategie controllanti (iperattività, perfezionismo, autosufficienza compulsiva) che, una volta crollate, lasciano emergere la frammentazione sottostante.

La formulazione che emerge gradualmente – non al sesto incontro come faccio di solito, ma quasi due mesi dopo, quando Luca è più stabilizzato – si basa sull'integrazione tra *Schema Therapy* (Young *et al.*, 2003) e *Trauma-Informed Stabilization Treatment* (TIST; Fisher, 2017), nel quadro concettuale della dissociazione strutturale della personalità (Van der Hart *et al.*, 2006). Luca sembra aver sviluppato schemi di privazione emotiva e standard severi, in una famiglia che non permetteva l'espressione emotiva e richiedeva autonomia precoce. La Parte Bambina Vulnerabile, che avrebbe avuto bisogno di piangere ed essere consolata, è stata sistematicamente negata.

In risposta, Luca costruisce un sistema difensivo articolato: una Parte Evitante/Distaccata (ritiro emotivo, alessitimia), una Parte Iperstimolante/Maniacale (vita velocissima e pienissima, necessità di “riempire” ogni momento “perché se la vita è piatta, non vale la pena”), e una Parte Perfezionista/Controllante (grandi numeri al lavoro, mai un giorno di malattia, controllo rigido su ogni aspetto, fisico e mentale). Questo sistema, pur rigido, garantisce un equilibrio precario.

Però l'incidente del 2022 manda in cortocircuito tutte le difese: l'immobilizzazione fisica impedisce la fuga, il busto costringe Luca a stare fermo con se stesso, la paranoia rompe l'illusione di controllo. Come dirà lui stesso: “Prima la mia vita andava a mille, ora va al rallentatore. Non so stare fermo, ho paura del tempo vuoto”. La depersonalizzazione, probabilmente favorita dagli psicofarmaci, sembra emergere come difesa (dissociativa) di ultimo livello, quando tutto il resto crolla. Nel modello della dissociazione strutturale, questa dinamica corrisponde a un restringimento estremo della finestra di tolleranza (Ogden *et al.*, 2006; Siegel, 1999): la Parte Apparentemente Normale si svuota progressivamente di contenuto emotivo, producendo quella sensazione di “spegnimento” che Luca descrive.

Il lavoro terapeutico: presenza nella nebbia

Per uno psicoterapeuta cognitivo-comportamentale come me, formato a lavorare in modo strutturato ed *evidence-based*, puntando ad essere rapido ed efficace, questo caso rappresenta una sfida gigantesca. Non ho risposte chiare per molto tempo. La mia Parte Perfezionista si agita, il mio Bambino ha paura di non essere abbastanza competente. Mi ricordo però alcuni insegnamenti sulla relazione terapeutica come fattore curativo primario: guardare il

Bambino del paziente, provare a soddisfare i suoi bisogni emotivi, mentre si insegna all'Adulto a farlo.

Decido anche di usare una *self-disclosure*. Dico a Luca: "Sono anche io confuso e preoccupato, come lo sei tu. Ma anche se non ho ancora capito tutto di come funzioni e di quello che ti sta succedendo, anche se non tutto mi è chiaro, io voglio aiutarti. E resterò con te finché non starai bene". Questa comunicazione ha un effetto stabilizzante: non lo agito (come la madre ansiosa), non lo abbandono (come il padre assente). Resto presente nell'incertezza. È un intervento di *limited reparenting* che offre un'esperienza relazionale correttiva rispetto allo schema di Deprivazione Emotiva: una figura significativa che resta, che tollera il non sapere, che non chiede prestazioni. È anche un lavoro di co-regolazione: calmando me stesso, posso calmare anche lui.

Mi viene in aiuto anche un altro "maestro" che ho avuto la fortuna di incontrare nella mia strada formativa: una volta ci ha detto che la fiducia del terapeuta nel buon esito della terapia è essa stessa un fattore che favorisce il buon esito di tale percorso. Perciò vado avanti, confuso ma fiducioso.

L'approccio: il cognitivismo moderno

L'approccio che ho utilizzato integra prevalentemente la terapia cognitivo-comportamentale, la *Schema Therapy* e la TIST, e in generale quello che ho imparato in questi anni sulla relazione terapeutica, sul trauma, sull'attaccamento e sulla personalità.

Parlo da subito di "parti", utilizzando un linguaggio comune sia alla *Schema Therapy* che alla TIST, ma formalizzo la concettualizzazione solo dopo quasi due mesi, quando lo vedo più stabile.

Utilizzo anche i pennarelli colorati per rappresentare visivamente le sue Parti, un intervento concreto che lo aiuta a mentalizzare e dare senso al caos interno.

Uso poi anche tecniche di *mindfulness* quando lo vedo sovraattivato, cercando di stabilizzarlo, di calmarlo, di regolarlo, e al contempo di allargare la sua finestra di tolleranza, anche per gli interventi futuri.

A un certo punto gli chiedo: "Mi sembra di notare che stai parlando molto velocemente. È possibile? Succede spesso? Ti va di provare a regolarti con la mia lentezza?". Un intervento di co-regolazione somatico-relazionale che nasce come un *tracking* e poi diventa un *grounding* "condiviso".

Diversamente da altri pazienti, con lui ho invece usato pochissimo l'imagery. Ricordo solo di una volta, in cui l'ho usata per esplorare la rabbia, emozione particolarmente inibita per lui. L'imagery in tal caso ci ha permesso di trovare un ricordo infantile significativo, che poi elaboriamo ad occhi aperti nelle sedute successive.

Ho invece usato abbastanza il *role-playing* e il lavoro con le sedie. Credo

di averlo fatto perché sentivo che con Luca servisse più contenimento verbale che tecniche esperienziali, almeno nella prima fase. Ho aspettato ad usarle finché non l'ho sentito più stabile. È una scelta che credo rifletta anche una postura compassionevole del terapeuta (Gilbert, 2009): rispettare i tempi del paziente, offrire sicurezza prima di chiedere esplorazione. Ma anche i principi del modello trifasico: prima stabilizzare, poi rielaborare, infine integrare (Herman, 1992; Janet, 1919).

Temi centrali: il tempo, la malattia e la morte

Un tema centrale per Luca è sempre stato il rapporto con il tempo e con la morte. Ha sempre voluto vivere la vita “a pieno”, riempiendola di emozioni intense e continue. Quando l'incidente lo costringe a fermarsi, o comunque a rallentare drasticamente, ha la sensazione di stare sprecando la vita. Contemporaneamente, quel passato così intenso ora gli sembra pesante e incomprensibile: “Come facevo a fare tutte quelle cose?”.

La paura della morte è sempre stata presente, come sottofondo esistenziale mai elaborato. Uno degli obiettivi che Luca mi pone esplicitamente è: “Voglio tornare quello di prima ma con la testa di adesso”. Vuole cioè recuperare la vitalità senza però perdere la consapevolezza acquisita attraverso la sofferenza. Io gli propongo una riformulazione: “E se invece di considerare l'eccitazione come sinonimo di felicità, la sostituissimo con la serenità? E se rallentare fosse un modo per vivere più a pieno, invece di accelerare continuamente?”. Inizialmente questa prospettiva lo spaventa: teme che la calma, pur comprendendone l'utilità, possa farlo annoiare. La noia resta a lungo uno dei suoi spauracchi più grandi.

La trasformazione: da robot a persona

Circa sei mesi dopo l'incidente (come aveva previsto la supervisora), accade qualcosa di straordinario: Luca piange per la prima volta in trent'anni. Lo racconta con stupore: “Non avevo mai pianto in vita mia. Ora piango quando ne ho bisogno e poi sto meglio”. Questo evento segna uno spartiacque. La madre mi riferisce: “Ho ritrovato mio figlio. È più profondo, più tranquillo”. La mimica facciale, prima così rigida, ora si è animata.

Nel corso dell'anno successivo i progressi si consolidano. Luca riesce finalmente a ridurre e poi eliminare le benzodiazepine, mantenendo solo un antidepressivo a basso dosaggio. Riprende gradualmente attività che aveva abbandonato. Le crisi di panico si diradano fino a scomparire. La depersonalizzazione, sintomo così angosciante e persistente, si risolve completamente.

Dopo poco più di un anno dall'inizio della terapia, Luca è una persona tra-

sformata. Descrive con lucidità il suo percorso: “Sono più consapevole di me stesso, affronto più cose. La consapevolezza all’inizio è spaventosa, poi la accetti. Ho imparato a rallentare, a stare con me stesso”. E aggiunge una frase che riassume la trasformazione del suo *locus of control*: “Prima era ‘ce la faccio/non ce la faccio’. Ora è ‘voglio/non voglio’”. Il passaggio dall’impotenza all’agency è compiuto.

Sul lavoro ottiene riconoscimenti importanti. Riprende viaggi e attività esperienziali, ma con moderazione e significato diverso. Instaura relazioni sentimentali più durature. E soprattutto, come mi dice nelle ultime sedute: “Mi sono messo il cuore in pace riguardo alla morte. Ora vivo più sereno”. La paura esistenziale di fondo si è trasformata in accettazione. Resta ancora un po’ di timore per la “calma” che potrebbe sembrare vuota, ma è un timore gestibile, non più paralizzante.

Riflessioni

La depersonalizzazione di Luca, seppur favorita dagli psicofarmaci, forse non era “solo” un sintomo dissociativo post-trauma. Forse era l’ultima difesa disponibile quando tutte le altre (evitamento emotivo, iperattività compensatoria, controllo perfezionistico) erano crollate simultaneamente. In questa lettura, il “collasso delle difese” diventa paradossalmente un’opportunità: per trent’anni Luca non aveva mai potuto piangere, sentire, stare. Il trauma ha rotto le difese e, per quanto doloroso, ha permesso l’emergere di una vita emotiva autentica.

La complessità farmacologica – con scalaggi ripetutamente sabotati dalla Parte Controllante/Ipocondriaca – sottolinea quanto sia importante un approccio integrato tra psicoterapia e farmacoterapia, pur nelle difficoltà organizzative dei servizi pubblici. La previsione della supervisora (“potrebbe servire sei mesi per ripulirsi”) si è rivelata preziosa per darmi pazienza e non interpretare l’assenza di miglioramenti come fallimento terapeutico.

Un’altra complessità, stavolta non clinica ma di “rete”, è stata il coordinamento con i servizi psichiatrici pubblici. Da un lato mi sono trovato in difficoltà nel gestire il complesso quadro farmacologico e i suoi ripetuti aggiornamenti, dall’altro, un po’ come Luca, avevo anche poco chiari gli effetti collaterali. Per fortuna gli psichiatri del servizio sono stati sempre disponibili e molto collaborativi. Ho cercato perciò di coordinarmi con loro quando possibile.

Grazie anche alla loro collaborazione scopro che, in almeno un paio di occasioni, tra una seduta e l’altra, Luca si è presentato al pronto soccorso psichiatrico per crisi d’ansia acute, soprattutto durante le fasi iniziali dello scallaggio farmacologico. Forse la sua Parte Controllante/Ipocondriaca lo ha mandato in agitazione alla prima sensazione “non prevista”? In ogni caso questo meccanismo ha sabotato per mesi ogni tentativo di diminuzione.

Conclusioni

Questo caso mi ha insegnato molto sulla centralità della relazione terapeutica e sulla co-regolazione, soprattutto quando si lavora con pazienti complessi. Per mesi non ho capito granché. Non avevo una formulazione chiara, le ipotesi diagnostiche si susseguivano senza consolidarsi, i sintomi sembravano non migliorare mai stabilmente. Eppure, il semplice fatto di restare presente, di tollerare la mia incertezza senza scaricarla sul paziente, di dirgli onestamente “non ho tutte le risposte, ma resto con te”, credo abbia creato un’esperienza relazionale correttiva fondamentale. E, onestamente, sento abbia fatto crescere anche molto me, come terapeuta e come persona.

BIBLIOGRAFIA

- Fisher, J. (2017). Trauma-informed stabilisation treatment: A new approach to treating unsafe behavior. *Australian Psychologist*, 52(1), 7-14.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. London: Constable & Robinson.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence — From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques* (3 voll.). Paris: Félix Alcan.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford Press.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton & Company.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 5 marzo 2026.

Accettato: 11 marzo 2026.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2026
Licensee PAGEPress, Italy
Ricerca Psicoanalitica 2026; XXXVII:1167
doi:10.4081/rp.2026.1167

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.