

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

*Giuseppina Corso**

La lettura di questo caso mi ha messa davanti ad una sfida interessante, quella, cioè, di muovere un confronto al di là di un metodo conosciuto e condiviso e provare a ri-conoscere Luca tentando di intessere una lettura plurale del lavoro.

Non potendo, e non volendo, muovere alcuna critica all'approccio usato, ho deciso, a tal proposito, di provare a fornire una visione del caso secondo il nostro approccio, mettendo in rilievo i punti che mi sono sembrati importanti nel processo clinico, per cercare di ampliare la prospettiva, già ricca, che il collega ci ha offerto.

Il lavoro proposto segue una sua linearità impeccabile, siamo accompagnati punto per punto nel percorso terapeutico con spiegazioni circa le tecniche sia teoriche sia operative. Luca dal canto suo pare giovarne ed esce dal periodo complicato che stava attraversando, riappropriandosi di un sé nuovo.

Proviamo a ripartire allora non dal lavoro fatto ma da Luca. Ci viene presentato un giovane uomo molto attivo. Le notizie che abbiamo ci parlano di una persona che si mostra determinata e sempre in movimento "i continui weekend fuori, l'iperattività, il non fermarsi mai", con una vita relazionale abbastanza ricca e in pieno controllo, anche troppo, delle proprie emozioni, tanto da tentare di negarsi la possibilità di provarle. Proprio questo suo modo di confrontarsi con la vita emotiva pare essere "il punto debole".

La vita familiare di Luca sembra essere stata caratterizzata da un'educazione implicita a non dare problemi: il collega ci racconta sia nato mentre probabilmente i genitori elaboravano ancora il lutto di un primogenito; la madre appare fredda e distaccata, il padre assente, ciò suggerisce un ambiente relazionale in cui le emozioni non potevano essere condivise o

*Psicologa e Psicoterapeuta, SIPRe, Italia. E-mail: giuseppinacorso89@gmail.com

elaborate. La teoria relazionale propone l'emersione del Sé all'interno di sistemi di reciprocità affettiva. Il Soggetto si auto-eco-regola e nella relazione primaria inizia a definire sé stesso e le sue modalità di stare al mondo: quando tali sistemi risultano impoveriti o difensivamente organizzati, il soggetto può sviluppare strategie di disconnessione emotiva per preservare la continuità del legame (Mitchell, 1988). In questo senso, l'apparente "assenza di emozioni" di Luca può essere letta come una forma di adattamento precoce a un contesto relazionale nel quale sentire troppo avrebbe potuto risultare destabilizzante o non riconosciuto.

Il sistema difensivo che Luca sviluppa nella vita adulta appare articolato ma coerente. Da un lato emerge una modalità di distacco emotivo e ritiro interno; dall'altro, un'iperattivazione costante della vita esperienziale, caratterizzata da ritmi intensi e da una ricerca continua di stimoli. Nella prospettiva relazionale queste configurazioni non sono soltanto difese intrapsichiche, ma modalità attraverso cui il soggetto regola la distanza dall'altro e gestisce la propria vulnerabilità: Luca non può permettersi di sentire le proprie emozioni e trova come soluzione lo stare "a mille", scelta che può essere interpretata come una strategia relazionale di regolazione affettiva, in quanto mantenere un livello costante di attivazione impedisce al ragazzo il contatto con stati emotivi più profondi e potenzialmente dolorosi.

Come giustamente sottolineato dal collega, questa modalità va in crisi quando il corpo obbliga Luca a fermarsi. Il trauma fisico e la conseguente immobilizzazione diventano l'evento che mette in crisi l'intero sistema difensivo, obbligando Luca a sentirsi, non solo fisicamente, ma anche, e soprattutto, emotivamente. Citando il collega, si "rompe l'illusione di controllo" e Luca è costretto ad incontrarsi, forse per la prima volta.

Crollata la difesa usuale di Luca e chiamato a questo punto a confrontarsi/incontrarsi con sé, arriva in terapia con un bagaglio importante di sintomi di gravità tale da invalidare la sua vita quotidiana e richiedere l'intervento farmacologico. Tra tutti la depersonalizzazione colpisce e confonde il collega, come biasimarlo, il quale tenta di trovarvi un senso anche cercando un'etichetta diagnostica che possa spiegare quanto stia accadendo.

Premettendo che lo stesso atto di fare diagnosi è nella SIPRe un atto relazionale, ritengo utile riprendere quanto affermato da Corbelli e Piazzalunga (2025) nel loro articolo *Sentirsi esistente e stare al mondo a certe condizioni. La diagnosi riletta secondo una prospettiva psicoanalitica relazionale*: "La patologia e la sua definizione diagnostica altro non sono che il modo che quell'essere umano ha trovato per sentirsi esistente". Stando a questo, già l'interrogarsi senza sosta del collega circa quale sia la diagnosi nosografica corretta per i sintomi e la sofferenza di Luca è un movimento verso il voler conoscere la persona che porta quei sintomi e, al contempo, un movimento di Luca stesso per tentare di farsi conoscere attraverso il suo peculiare modo di soffrire.

Se avviciniamo ai sintomi di Luca guardandoli come a uno dei modi che ha trovato per farsi conoscere e per “sentirsi esistente”, la depersonalizzazione, per esempio, può essere compresa come una forma estrema di regolazione dell’esperienza soggettiva. Bromberg (1998, 2006) descrive la dissociazione come un processo che consente al soggetto di “non essere completamente presente” a stati emotivi che minacciano la coesione del Sé. In altre parole, la depersonalizzazione può funzionare come un rifugio psichico quando la continuità dell’esperienza interna diventa intollerabile.

Nel caso di Luca, la dissociazione sembra emergere proprio quando le strategie difensive abituali non sono più disponibili. L’immobilizzazione fisica e l’angoscia di perdita di controllo producono una rottura nella continuità della sua identità esperienziale. La sensazione di “spegnimento” descritta dal paziente può essere letta come una forma di auto-protezione psichica che permette di ridurre l’impatto emotivo di un’esperienza percepita come ingestibile.

Che cosa fare a questo punto? Abbiamo davanti una persona sconvolta, confusa, che non conosce più, in un certo qual senso, il suo mondo e che ha trovato come unico nuovo rifugio una sintomatologia debilitante. Come lo aiutiamo a dare senso a tutto ciò e ricostruire un senso nuovo? Immagino che il collega si sia fatto le medesime domande e pare che proprio porsi questi interrogativi ammettendo di non avere le risposte sia stato di fondamentale aiuto, al terapeuta *in primis*.

Nel tentativo di trovare risposte, inizia nella stanza di terapia un “ballo” relazionale tra due Soggetti obbligati ad abbandonare ognuno le proprie certezze. Il paziente non può utilizzare il suo conosciuto modo di stare al mondo, non funziona più ed i sintomi glielo rendono evidente e il terapeuta deve accogliere il socratico “sapere di non sapere” ed utilizzare anche la propria soggettività per conoscere l’Altro.

Al di là del metodo, al di là anche della formulazione clinica, l’aspetto interessante di questo caso credo sia proprio nella riflessione che ci obbliga a fare ancora una volta sull’importanza della relazione terapeutica. Il terapeuta scrive ad un certo punto “...branco nel buio” e non esiste forse vissuto più estraniante per una persona che è investita nella fantasia del paziente, e a volte anche dello stesso terapeuta, di una sorta di potere taumaturgico. L’idea che richiama alla cultura medica occidentale, che vi sia un esperto che è lì pronto a darti le risposte giuste e a guarirti, può sembrare secondaria ma spesso permea anche l’aspettativa che, come terapeuti, possiamo avere sul nostro lavoro. Il collega, facendo un grande dono di umiltà, ci descrive la sua confusione e il soggiacente sentimento di inadeguatezza che tutti, almeno una volta, abbiamo provato e continueremo a provare, di fronte a “quel” paziente, quello che non risponde all’approccio solito, alle tecniche, al metodo e che ci costringe ad ammettere che in fondo non sappiamo nulla, o ben poco.

Soprattutto in queste situazioni, possiamo fare affidamento su un elemento fondante la teoria relazionale: la qualità del campo relazionale co-costruito. (Ri-)scopriamo ciò che sottolineava Mitchell (1997) e cioè che l'influenza reciproca terapeuta-paziente è inevitabile e che il lavoro che si farà è tra due menti in interazione e negoziazione costante.

La sensazione di confusione, di non riuscire a “sentire” emotivamente il paziente e di non avere una formulazione diagnostica chiara diventa un elemento clinicamente rilevante.

Nella prospettiva relazionale, l'esperienza emotiva del terapeuta non viene considerata come un semplice ostacolo tecnico, ma come parte integrante del campo intersoggettivo che si crea nella relazione terapeutica (Aron, 1996).

Il senso di smarrimento del terapeuta può essere interpretato come una forma di partecipazione al mondo interno del paziente, caratterizzato da disorientamento e disconnessione emotiva.

L'Altro diventa una sorta di specchio deformante che accoglie la nostra immagine e ce la restituisce passando attraverso la propria. In questo senso, la scelta di operare una *self-disclosure*, svelamento cosciente e voluto, da parte del terapeuta di aspetti di sé, diventa un modo per aiutare entrambi a cercare un senso nuovo a quel che sta accadendo.

Il collega si sfida, abbandona la *comfort zone* del suo lavorare strutturato ed *evidence-based*, come ci dice lui stesso, e si lascia guidare dall'incertezza. Questo movimento diventa fondamentale quando entriamo nella stanza di terapia e ci accorgiamo che non c'è nessun Esperto ma due Soggetti che devono mettere a disposizione dell'Altro le poche certezze che credono di avere.

Quello che il collega chiama “intervento di *limited reparenting*”, l'offrire cioè un'esperienza relazionale nuova al paziente ammettendo la propria confusione, cito: “Sono anch'io confuso e preoccupato [...] 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”, costituisce, dal punto di vista del modello SIPRe, un potente atto relazionale. Mostrando a Luca questa sua confusione e al contempo la volontà e la possibilità di dipanarla insieme senza dovervi fuggire, viene introdotta un'esperienza nuova rispetto alle configurazioni interiorizzate del ragazzo: madre ansiosa e intrusiva, padre ritirato e assente e continue richieste di prestazione.

In termini SIPRe, il terapeuta contribuisce alla costruzione di una nuova configurazione relazionale che permette l'emersione dell'emozione, la possibilità di dipendere senza che questo diventi umiliante e l'idea, del tutto nuova per Luca, che la vulnerabilità non produce abbandono e che, anzi, possa essere strumento di conoscenza.

La *self-disclosure* nel modello SIPRe non è uno strumento informativo e autoreferenziale ma funzionale alla trasformazione relazionale e alla co-costruzione di significati nuovi per il benessere del paziente. Essa si configura come un atto relazionale intenzionale che interviene sul campo analitico co-costruito. Se, come sostiene Minolli (2009), il Sé è l'esito dinamico di configurazioni relazionali interiorizzate, allora ogni intervento del terapeuta partecipa inevitabilmente alla riorganizzazione di tali configurazioni. In questa prospettiva, la comunicazione al paziente della propria incertezza non rappresenta uno scarico emotivo, ma un'offerta trasformativa: nel caso presentato, assume la funzione di ampliare la simbolizzazione e permette a Luca di mettere in discussione l'idea che l'Altro non possa reggere un suo fermarsi nella confusione. La *self-disclosure* può, dunque, favorire la costruzione di una reciprocità asimmetrica (Aron, 1996), in cui il terapeuta resta responsabile del processo ma non si pone come istanza onnisciente e contribuisce alla creazione di quello che Ogden (1994) chiama "terzo analitico": uno spazio condiviso in cui l'incertezza diventa pensabile e l'affetto tollerabile.

Concludendo, il caso di Luca mostra come il collasso di un sistema difensivo possa rappresentare, paradossalmente, l'inizio di un processo trasformativo. Da una prospettiva relazionale, il cambiamento non deriva esclusivamente dall'elaborazione cognitiva o dall'interpretazione dei sintomi, ma dalla possibilità di vivere nella relazione terapeutica nuove forme di esperienza emotiva.

La presenza stabile del terapeuta, la tolleranza dell'incertezza e la disponibilità a condividere l'esperienza affettiva del paziente hanno contribuito alla creazione di un campo relazionale in cui Luca ha potuto progressivamente recuperare il contatto con le proprie emozioni.

In questa prospettiva, la terapia non si limita a ridurre i sintomi, ma favorisce la possibilità di costruire una relazione più autentica con sé stessi e con gli altri. Il percorso di Luca testimonia come l'incontro terapeutico possa diventare uno spazio in cui esperienze emotive rimaste a lungo inesprimibili trovano finalmente riconoscimento e integrazione.

BIBLIOGRAFIA

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bromberg, P. (1998). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bromberg, P. (2006). *Awakening the Dreamer*. Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Corbelli, L., & Piazzalunga, F. (2025). Sentirsi esistente e stare al mondo a certe condizioni. La diagnosi riletta secondo una prospettiva psicoanalitica relazionale. *Ricerca Psicoanalitica*, 36(s1).

- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: Franco Angeli.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influenza e autonomia in psicoanalisi*, Torino: Bollati Boringhieri Ed.
- Ogden, T. (1994). The analytic third: working with intersubjective clinical facts. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 75(Pt 1), 3-19.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 7 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:1169

doi:10.4081/rp.2026.1169

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.