

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

*Enrico Scappatura\**

Ringrazio ciascun collega per la generosità delle riflessioni offerte. E vorrei ringraziare qui anche tutta la redazione della rivista *Ricerca Psicoanalitica* e, *in primis*, Laura Corbelli, per questa bella occasione. Senza di lei, sicuramente non avrei fatto questa simpatica incursione nel mondo psicodinamico.

Leggere i tre commenti al mio caso clinico è stato piacevole e decisamente interessante. Mi colpisce innanzitutto la convergenza trasversale, seppur da approcci teorici diversi, sull'idea che la qualità della relazione sia centrale nel processo trasformativo.

Questa convergenza non mi sorprende. Se storicamente la relazione terapeutica è stata centrale negli approcci psicodinamici, non si può dire lo stesso del cognitivismo classico (o "standard").

Però il cognitivismo italiano moderno, grazie a padri come Giovanni Liotti e Antonio Semerari, ha compreso come la relazione terapeutica sia non solo utile ma fondamentale, passando da variabile aspecifica a variabile specifica dell'efficacia terapeutica, rendendo così il cognitivismo nostrano particolarmente interessante e fecondo, anche nel panorama internazionale.

Tra i loro numerosi e preziosissimi insegnamenti, non riassumibili in poche righe, citerei qui come Liotti ci abbia insegnato l'importanza dell'attivazione in seduta del sistema cooperativo (Liotti & Monticelli, 2014), mentre Semerari ci abbia insegnato ad osservare e riparare le rotture relazionali (insegnandoci la lezione che fu già di Safran e Muran).

Ma come non citare anche i contributi internazionali, dalla *Schema Therapy*, che pone il *limited reparenting* al centro del lavoro clinico come esperienza relazionale correttiva, alla *Compassion-Focused Therapy* (CFT),

---

\*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

che descrive invece la postura compassionevole del terapeuta come attivazione del sistema affiliativo di regolazione emotiva.

Inoltre la psicoterapia cognitivo-comportamentale sta attraversando un momento di profonda evoluzione integrativa: la *Process-Based Therapy* propone di superare i protocolli diagnostici a favore dei processi di cambiamento transdiagnostici, la *Contextual Schema Therapy* integra il modello degli *schema mode* con tecniche *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) e CFT.

Il cognitivismo moderno è in costante evoluzione, e di sicuro non è più un approccio che ignora la relazione a favore della tecnica.

*Giulia Cavalli e Cristina Crippa*

Bellissimo commento. Ringrazio molto le colleghe per le gentili e acute parole. Colgono molto bene tanti aspetti, molti dei quali probabilmente nemmeno a me erano chiari (e credo neppure al paziente). Tra i vari, il senso della nostra relazione terapeutica, e il mio tentativo di seguire un “senso” più che un protocollo prestabilito, e di stare (anzi, “so-stare”) col paziente. Coi suoi tempi, anzi, coi nostri tempi.

Le colleghe fanno un punto che sento molto vicino: la Presenza come qualcosa di distinto dall’applicazione pedissequa di un modello. Nel mio caso, le tecniche sono arrivate dopo la Presenza, non al posto di essa. È una sequenza che ritrovo nei principi della psicotraumatologia e nella terapia sensomotoria, dove il tracking dei segnali corporei precede qualsiasi elaborazione cognitiva. Ma è anche ciò che descrivono Liotti e Monticelli: fondare l’alleanza sul sistema cooperativo prima di lavorare sugli aspetti traumatici, perché entrare troppo presto nel sistema di attaccamento, con un paziente che ha vissuto il trauma proprio lì, rischia di riattivare la frammentazione.

Non credo che Presenza e tecnica siano incompatibili: la tecnica funziona solo quando è sostenuta dalla Presenza. Ma l’ordine conta: prima il “terreno” relazionale, poi la “semina”.

Mi piace anche la metafora delle colleghe sulle cime. Credo che il nostro sia un lavoro che trasforma e fa crescere anche noi insieme ai nostri pazienti, cui sono sempre molto grato.

Molti dei miei pazienti mi dicono però che avrebbero scambiato volentieri la loro saggezza con un minor grado di sofferenza. Io rispondo che questa scelta probabilmente non l’abbiamo mai davvero avuto davanti a noi ma che, data quella condizione, possiamo solo scegliere cosa fare delle nostre cicatrici. Per incoraggiarli, cito spesso un semplice aforisma: “Non c’è saggezza senza cicatrici”.

*Alessandro Cavelzani*

Il collega coglie bene il sistema familiare di Luca. Non poteva sentire le emozioni, perché non era adattivo per lui: sentirle avrebbe significato gestirle da solo o mandare in affanno una mamma già sofferente. Liotti e Farina

descrivono proprio questa dinamica: quando il caregiver è al tempo stesso fonte di protezione e di indisponibilità emotiva, il bambino può sviluppare un attaccamento disorganizzato, trovandosi in una situazione di paura senza soluzione (*fright without solution*). L'alessitimia, in questa prospettiva, non è un'incapacità biologica ma un esito della dimensione traumatico-dissociativa: il bambino impara a non sentire perché sentire sarebbe troppo pericoloso.

Nell'articolo ho preferito non sottolineare tutte le difficoltà dei genitori, separati da diversi anni. Questo ha verosimilmente aumentato la necessità di adattarsi all'unico genitore rimasto.

Su questo aspetto mi ha aiutato la concettualizzazione in chiave *Schema Therapy e Trauma-Informed Stabilization Treatment* (TIST) per dare a Luca una lettura compassionevole del suo funzionamento. Nella TIST, le "parti" vengono infatti presentate come risposte difensive normali a situazioni anormali: un invito a entrare nel sistema cooperativo, osservando insieme, fianco a fianco, come funzionano le sue parti.

Fuga e iperattività erano probabilmente strategie evitanti per gestire la vulnerabilità emotiva. Abusava di dopamina, credendo fosse serotonina. Eccitazione invece di serenità. In termini di CFT, viveva nel sistema di *drive* con il sistema di *soothing* cronicamente disattivato. Il collasso difensivo ha paradossalmente creato le condizioni per attivare, nella relazione terapeutica, quel sistema affiliativo che la sua storia gli aveva negato.

Un aspetto su cui ho riflettuto molto riguarda il passaggio dal "ce la faccio/non ce la faccio" al "voglio/non voglio." Mi sembra ricalchi il passaggio da scopi prestazionali a valori personali, presente nell'ACT, che li distingue chiaramente: gli scopi si raggiungono o si falliscono, i valori sono direzioni di vita che guidano il comportamento, indipendentemente dal risultato. Con Luca questo passaggio è avvenuto gradualmente: la relazione terapeutica gli ha permesso di scoprire che "vivere" non coincide con "fare una prestazione".

Con lui ho rallentato, e ho poi accompagnato lui a fare altrettanto. Non sapevo questo si chiamasse *Moving Along*, perciò ringrazio il collega perché ho imparato una cosa nuova. Sono d'accordo che sia stata soprattutto la connessione emotiva costante e rassicurante a fare la differenza: il *limited reparenting* non è stato solo un insieme di tecniche, ma la qualità che ho provato a ricreare nella relazione stessa. Andrò a leggermi i libri che cita il collega, a cominciare da quello di Ito e colleghi.

*Giuseppina Corso*

Anche qui, che dire? La collega ha visto e letto molte cose del processo terapeutico che dalle sue righe assumono una nuova e interessante forma. La sua rilettura in chiave psicoanalitica relazionale del mio muovermi col paziente dà un piacevole nuovo vestito a qualcosa che indosso spesso.

Mi ha colpito quando, riprendendo Corbelli e Piazzalunga, descrive la

diagnosi come “atto relazionale” e i sintomi come il modo che una persona ha trovato per “sentirsi esistente”. Il mio “brancolare nel buio” diagnostico non era solo confusione clinica: era il mio modo di avvicinarmi alla persona, prima che al quadro nosografico. Anche nella Terapia Metacognitiva Interpersonale, il processo diagnostico si costruisce nella relazione, e il terapeuta può usare se stesso come strumento di conoscenza, oltre che di cura.

Luca mi ha messo in difficoltà anche perché lo stabilizzatore dell’umore aveva appiattito la sua mimica facciale più intensamente e più a lungo di quanto mi aspettassi. Ho scelto di portarlo in supervisione per venirme a capo. Inutile dire quanto mi siano stati utili questi confronti. A conferma che la supervisione serve sempre, soprattutto coi casi complessi. Anche se, devo dire, qualche volta noi cognitivisti la sottovalutiamo.

### Nota finale

Presentare un caso a colleghi di formazione diversa è stato un atto di fiducia reciproca. Ciascuno ha saputo vedere nel mio lavoro qualcosa che io, dall’interno del processo, non sempre riuscivo a nominare e talvolta neppure a vedere. È il privilegio dell’incontro tra sguardi diversi: non si tratta di scegliere chi abbia ragione, ma di riconoscere che la complessità dei nostri pazienti richiede la complessità dei nostri pensieri. E che, alla fine, ci troviamo tutti dalla stessa parte: quella di chi cerca di stare con l’altro nella sua sofferenza, con rispetto, con onestà, e con la speranza che qualcosa di buono possa nascerne.

### BIBLIOGRAFIA

- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (a cura di) (2014). *Teoria e clinica dell’alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Semerari, A. (a cura di) (2024). *La relazione terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.

### BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A Treatment Manual*. London: Routledge.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (a cura di) (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Farina, B., Liotti, M., & Imperatori, C. (2019). The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Frontiers in Psychology, 10*, 933.
- Fisher, J. (2017). *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors: Overcoming Internal Self-Alienation*. New York: Routledge.

- 
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. London: Constable & Robinson.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.) (2018). *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- 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: 15 marzo 2026.

Accettato: 22 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:1171

doi:10.4081/rp.2026.1171

*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.*