



PIREP

PSICOTERAPIA INTEGRATA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA

Che cosa è la Psicoterapia Integrata della Regolazione Emotiva e Psicosomatica? (PIREP)

Caretti V, Fontana A, Schimmenti A, Manuale di Psicoterapia Integrata della regolazione Emotiva e Psicosomatica, Roma: Giovanni Fioriti Editore (2026)

È un modello clinico integrato che unisce le prospettive psicodinamiche basate sulla teoria dell'attaccamento, la neurobiologia interpersonale e la Teoria Polivagale, per promuovere la regolazione dell'arousal, l'integrazione mente-corpo e la co-regolazione interpersonale, attraverso l'alleanza terapeutica.



Che cosa è la Psicoterapia Integrata della Regolazione Emotiva e Psicosomatica? (PIREP)

Caretti V, Fontana A, Schimmenti A, Manuale di Psicoterapia Integrata della regolazione Emotiva e Psicosomatica, Roma: Giovanni Fioriti Editore (2026)

La PIREP mira a trasformare le difese psicosomatiche e le dissociazioni relazionali (Intimacy Dissociation) in **esperienze incarnate e integrate di connessione, presenza e sicurezza**, in cui il corpo non è più teatro della difesa, ma luogo della relazione e della co-regolazione.



DISREGOLAZIONE EMOTIVA/DISREGOLAZIONE PSICOSOMATICA

Disregolazione emotiva

- **Definizione:** difficoltà a modulare, integrare e esprimere in modo coerente gli stati affettivi all'interno dell'esperienza cosciente e del contesto relazionale.
- **Livello di funzionamento:** prevalentemente **psicologico e relazionale** (non integrazione tra mente e contesto interpersonale).
- **Meccanismo centrale:** alterazione dei **circuiti neuroregolativi limbico-prefrontali** e della **mentalizzazione affettiva**.
- **Manifestazioni cliniche:** impulsività, oscillazioni affettive, difficoltà di riconoscere o verbalizzare le emozioni, acting out, evitamento esperienziale.
- **Obiettivo terapeutico:** promuovere la **regolazione affettiva consapevole**, l'integrazione tra emozione e rappresentazione, e la co-regolazione nella relazione terapeutica.

Disregolazione psicosomatica

- **Definizione:** compromissione dell'integrazione tra processi fisiologici, interocettivi e affettivi, in cui il significato emotivo non emerge a livello mentale, ma si **scarica nel soma**.
- **Livello di funzionamento:** prevalentemente **neurofisiologico e incarnato** (non integrazione tra mente e corpo).
- **Meccanismo centrale:** alterazione della **neurocezione di sicurezza** e della **regolazione autonoma** (asse vagale, viscerale, endocrino).
- **Manifestazioni cliniche:** sintomi somatici funzionali, alessitimia, tensione cronica, disturbi psicosomatici, disconnessione interocettiva o iperattivazione corporea.
- **Obiettivo terapeutico:** ripristinare la **integrazione corpo-emozione**, migliorare l'**embodiment** e la **regolazione ventrovagale** attraverso interventi bottom-up e relazionali.

DISREGOLAZIONE EMOTIVA/DISREGOLAZIONE PSICOSOMATICA

Aspetto	Disregolazione Emotiva	Disregolazione Psicosomatica
Livello di disregolazione	Difficoltà a riconoscere e ad esprimere emozioni, compromissione del <i>decision making</i> (<i>Agency</i>) e della connessione interpersonale (<i>Intimacy</i>)	Neurocezione di pericolo a livello neurofisiologico-corporeo, relazionale
Processo compromesso	Difficoltà nella mentalizzazione e della modulazione affettiva (scarsa mentalizzazione/ipermentalizzazione) nella co-regolazione (ToM ruminativa persecutoria)	Compromissione della consapevolezza interocettiva e della neurocezione di sicurezza
Sistema coinvolto	Limbico-prefrontale, DMN, ToM	SNA (Simpatico/dorsovagale), asse HPA, sistema enterico
Manifestazione comportamentale	Acting out, agitazione/rallentamento, congelamento emotivo, diffusione dell'identità, sfiducia relazionale (sospettosità, perseverazione, distraibilità)	Sintomi somatici, tensione cronica, iper-arousal/ipo-arousal
Esperienza soggettiva	Emozioni non integrate o travolgenti, alessitimia, autosabotaggio dell'autostima, dell' <i>Agency</i> e dell' <i>Intimacy</i>	Disembodiment, sensazioni corporee senza significato emotivo (disconnessione mente-corpo-relazione)
Approccio terapeutico PIREP	Co-regolazione top-down e relazionale, riattivazione del sistema di attaccamento, neurocezione di sicurezza, connessione	Regolazione bottom-up, integrazione corpo-mente, neurocezione di sicurezza, connessione

Disregolazione emotiva: incapacità di modulare e integrare gli stati affettivi entro l'esperienza cosciente e relazionale, con perdita della coerenza tra emozione, pensiero e comportamento.

Disregolazione psicosomatica: rottura dell'integrazione tra corpo ed emozione, in cui l'attivazione fisiologica non si traduce in significato affettivo ma si esprime attraverso il soma.

Nel modello **PIREP** (Psicoterapia Integrata della Regolazione Emotiva e Psicosomatica):

La disregolazione emotiva rappresenta un fallimento dei processi **top-down**, in cui le emozioni non vengono mentalizzate né regolate all'interno della relazione, generando instabilità affettiva e difese relazionali.

La disregolazione psicosomatica riflette invece un fallimento dei processi **bottom-up**, in cui il corpo perde la capacità di integrare e modulare l'attivazione fisiologica, dando origine a sintomi somatici e disturbi dell'embodiment.

Entrambe convergono in un medesimo obiettivo terapeutico PIREP: **ripristinare l'integrazione tra mente, corpo e relazione**, attraverso la co-regolazione e la riattivazione del sistema ventrovagale di sicurezza.

In sintesi, la **disregolazione emotiva** riguarda la difficoltà nel riconoscere e gestire le emozioni, al servizio della consapevolezza e delle relazioni interpersonali, mentre la **disregolazione psicosomatica** riguarda l'incapacità di tradurre gli stati corporei in consapevolezza emotiva, con il risultato che il corpo diventa la principale scena in cui si esprimono le emozioni non mentalizzate.

TEORIA POLIVAGALE NEUROCEZIONE

Teoria Polivagale

Elaborata da Stephen Porges, descrive come il **sistema nervoso autonomo** regoli le risposte di sicurezza, connessione o difesa attraverso tre circuiti vagali gerarchici: ventrovagale (connessione), simpatico (attacco/fuga) e dorsovagale (congelamento).

Neurocezione e Disregolazione della Neurocezione

La **neurocezione** è il processo attraverso cui il **sistema nervoso autonomo** rileva automaticamente segnali di sicurezza o minaccia nell'ambiente e nel corpo, modulando di conseguenza gli stati fisiologici e le risposte emotive senza passare per la consapevolezza.

Quando è **disregolata**, segnala pericolo anche in contesti sicuri, mantenendo l'individuo in stati difensivi cronici (iperarousal o ipoarousal) che ostacolano la connessione e la regolazione emotiva.



I 2 FONDAMENTI NEUROFISIOLOGICI DELLA PIREP

DMN DEFAULT MODE NETWORK

ToM THEORY OF MIND

RUMINAZIONE

DMN – Default Mode Network

Rete neurale che si attiva quando la mente è a riposo o non è impegnata in compiti esecutivi. È una rete pre-razionale e pre-conscia, implicata nei processi autoriflessivi e auto-referenziali, più legata al *sentire* e al *ricordare* che al *ragionare*. Sostiene l'immaginazione spontanea al servizio della coerenza e la continuità del Sé, della memoria autobiografica, e della costruzione di un senso di identità nel tempo.

ToM – Theory of Mind

Rete neurale profondamente interconnessa con la Default Mode Network (DMN), in cui si generano in modo spontaneo e intuitivo le rappresentazioni mentali di sé e degli altri. Permette di anticipare e comprendere gli stati mentali propri e altrui - come intenzioni, emozioni e credenze - costituendo la base implicita dell'empatia, della mentalizzazione e della regolazione relazionale.

Ruminazione

Processo mentale ripetitivo e involontario, centrato su pensieri negativi, autocritici o svalutanti. Rappresenta una compromissione della rete Theory of Mind (ToM). La mente, invece di generare rappresentazioni coerenti di sé e dell'altro, rimane intrappolata in un ciclo autoriferito di rappresentazioni instabili e persecutorie. Mantiene un arousal di minaccia che ostacola la regolazione emotiva e frammenta l'integrazione del Sé e il funzionamento interpersonale.

IL SABOTATORE INTERNO

Sabotatore Interno

Organizzazione di personalità che rappresenta una parte del Sé di origine traumatica, che ha interiorizzato l'oggetto rifiutante e che ridirige la rabbia contro di sé. Si manifesta come una voce critica, ruminativa o persecutoria che ostacola l'autostima, il desiderio e la capacità di intimità, alimentando autosvalutazione, vergogna, colpa e distacco relazionale. E' collegato alla ToM persecutoria e ruminativa.

LA DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY

I 3 PILASTRI CLINICI DELLA PIREP

Dissociazione dell'Intimacy

Condizione in cui il contatto emotivo e corporeo con l'altro viene interrotto o frammentato per proteggersi dal dolore relazionale. Si manifesta come distanza affettiva, sfiducia relazionale o anestesia corporea e riflette la scissione tra il bisogno di vicinanza e la paura della connessione.

LA DISREGOLAZIONE PSICOSOMATICA

Disregolazione Psicosomatica

Alterazione dell'integrazione tra stati emotivi e fisiologici, in cui le emozioni non vengono mentalizzate ma si esprimono attraverso il corpo e i disturbi psicosomatici. Riflette una disconnessione tra mente, affetto e sensazioni corporee, con difficoltà a trasformare l'attivazione fisiologica in *agency* e *intimacy* sicure.

IL SABOTATORE INTERNO E I SUOI DERIVATI



DISTURBI PSICOSOMATICI

SABOTATORE INTERNO

IO ANTILIBIDICO

Attacca la sicurezza
nella separazione, sabota
l'identità (*Identity Diffusion*)
e l'autodirezionalità
(*Self-direction*)

Incentiva
la permalosità, la sospettosità,
la paranoia, la gelosia, l'invidia,
la vergogna e il senso di colpa nelle
relazioni interpersonali

Aumenta
le angosce di frammentazione
e i pensieri di rovina

Attacca i legami
e le relazioni
di dipendenza aumentando
l'angoscia del dipendere
da qualcun altro o
dalle circostanze della vita

Incentiva le reazioni psicosomatiche
di attacco - fuga – immobilizzazione,
i Disturbi Funzionali (psicosomatici),
i Disturbi da sintomi somatici

Dissocia il desiderio
e la capacità di vicinanza
(Dissociazione dell'*Intimacy*)

Distrugge
la fiducia e la speranza
di poter cambiare e
migliorare la propria vita

Mette in atto le reazioni
terapeutiche negative
e le rotture
dell'alleanza terapeutica

**IL SABOTATORE INTERNO
NELLA
DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY**

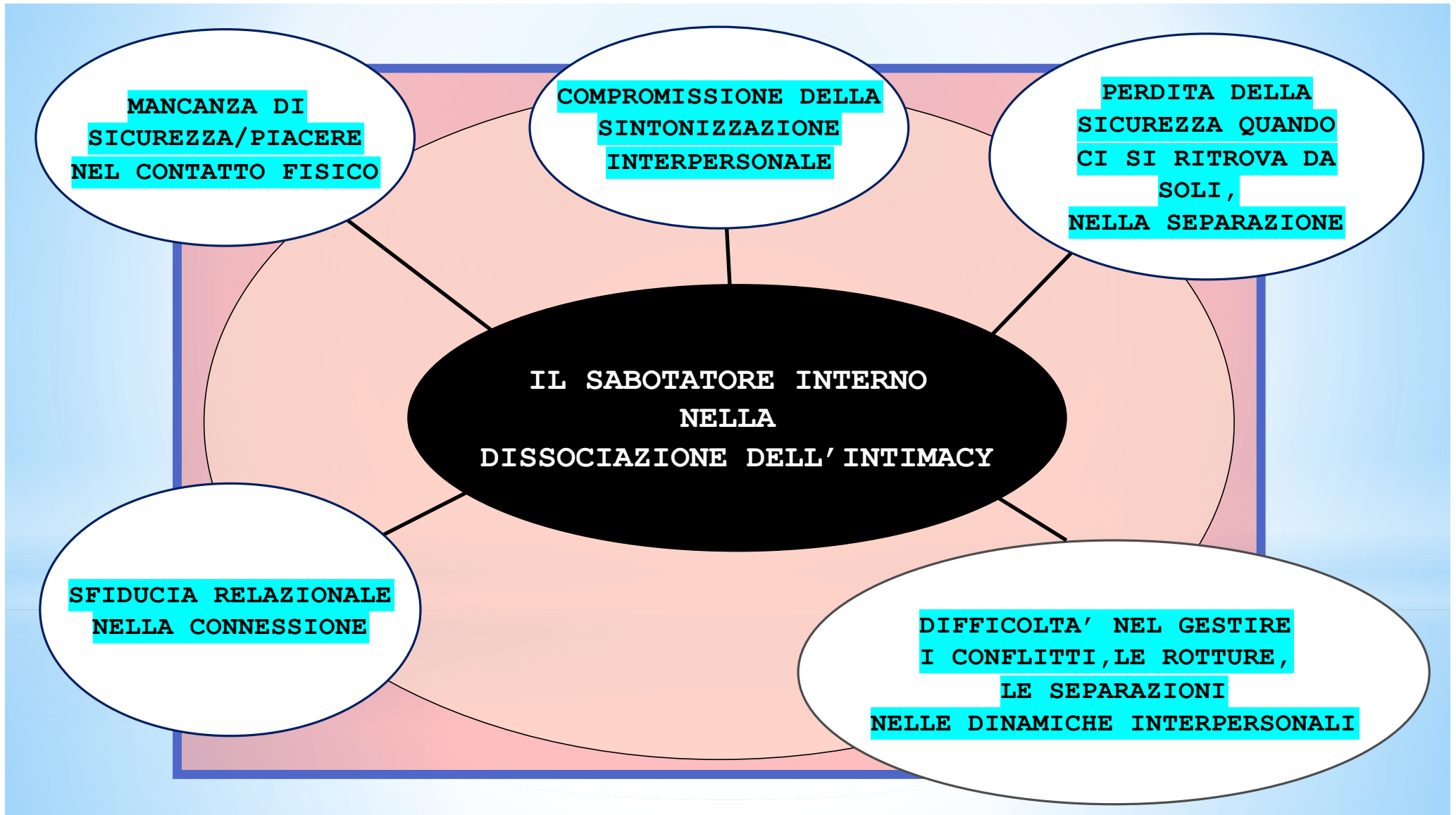
**MANCANZA DI
SICUREZZA/PIACERE
NEL CONTATTO FISICO**

**COMPROMISSIONE DELLA
SINTONIZZAZIONE
INTERPERSONALE**

**PERDITA DELLA
SICUREZZA QUANDO
CI SI RITROVA DA
SOLI,
NELLA SEPARAZIONE**

**SFIDUCIA RELAZIONALE
NELLA CONNESSIONE**

**DIFFICOLTA' NEL GESTIRE
I CONFLITTI, LE ROTTURE,
LE SEPARAZIONI
NELLE DINAMICHE INTERPERSONALI**



***L'ALLEANZA TERAPEUTICA
COME CAMPO DELLA
CO-REGOLAZIONE
NELLA COSTRUZIONE DELL'ALLEANZA
E NELLE FASI DI ROTTURA-RIPARAZIONE
DELL'ALLEANZA***

Alleanza terapeutica e co-regolazione

È il campo relazionale in cui terapeuta e paziente co-regolano i propri stati emotivi e corporei. Nelle fasi di costruzione, rottura e riparazione dell'alleanza, la co-regolazione permette di trasformare l'esperienza della disconnessione in fiducia, sicurezza e presenza reciproca.

***LA REGOLAZIONE
AUTONOMICA DEL
TERAPERUTA
IL CONTROTRANSFERT SOMATICO
COME REGOLATORE
DELLA NEUROCEZIONE
DI SICUREZZA DEL PAZIENTE***

Regolazione autonoma del terapeuta

È la consapevolezza e la modulazione degli stati autonomici del terapeuta, fondamentale per mantenere una presenza regolativa nel setting. Il **controtransfert somatico** diventa così uno strumento di co-regolazione che modula la **neurocezione di sicurezza** del paziente, facilitando la connessione e la fiducia nel processo terapeutico.

**I 2 PRINCIPI
PSICOTERAPEUTICI
DELLA PIREP**

Qual'è il ruolo dell'alleanza terapeutica nella PIREP?

Caretti V, Fontana A, Schimmenti A, Manuale di Psicoterapia Integrata della regolazione Emotiva e Psicosomatica, Roma: Giovanni Fioriti Editore (2026)

Attraverso l'alleanza terapeutica, il processo clinico della PIREP permette di integrare i processi top-down e bottom-up, per favorire la regolazione emotiva e psicosomatica, promuovendo la riparazione della sintonizzazione e della connessione nel funzionamento interpersonale.



Indicatori dell'Alleanza Terapeutica nel modello PIREP

Livello di osservazione	Indicatori osservabili	Significato clinico / regolativo
1. Relazionale (Legame)	- Clima di fiducia e rispetto reciproco- Espressione spontanea di emozioni- Sguardo, postura e voce congruenti- Tono caldo e sintonico- Riduzione dell'ipercontrollo relazionale	Indica attivazione del sistema ventrovagale: sicurezza neurocettiva, base della co-regolazione e del legame terapeutico.
2. Affettivo-Emotivo (Sintonizzazione)	- Capacità del paziente di verbalizzare gli stati emotivi- Rispecchiamento empatico del terapeuta- Momenti di riconoscimento reciproco ("mi sento capito")- Emozioni condivise ma tollerabili	Segnala una crescente integrazione emotiva; l'affetto diventa comunicabile e mentalizzabile, con diminuzione di risposte difensive (dissociazione, evitamento).
3. Operativo (Obiettivi e Compiti)	- Aderenza agli obiettivi concordati- Partecipazione attiva alle sedute- Continuità nel tempo- Esplicitazione del senso del lavoro comune	Attiva la funzione cortico-prefrontale di organizzazione e previsione; favorisce la continuità tra regolazione bottom-up e top-down.
4. Corporeo e Neurofisiologico (Co-regolazione)	- Respirazione più fluida- Postura meno difensiva- Micro-sincronizzazioni ritmiche (respiro, pause, voce)- Riduzione di tensione somatica e agitazione- Variazioni positive nella prosodia vocale	Indice di co-regolazione autonoma: il corpo del paziente si sincronizza al sistema ventrovagale del terapeuta; la relazione diventa un campo di regolazione reciproca.
5. Narrativo e Semantico	- Narrazione più coerente e meno frammentata- Uso di un linguaggio affettivo ("mi sento...")- Ricostruzione condivisa del significato delle esperienze	Riflette la riattivazione del Default Mode Network e della Theory of Mind: la mente può rappresentare sé e l'altro in modo integrato.
6. Rottura dell'Alleanza	- Evitamento o ostilità improvvisa- Silenzio rigido o svalutazione del terapeuta- Agitazione o chiusura, sguardo evitante	Indica attivazione di neurocezione di minaccia (simpatica o dorsovagale). Segnale di dissociazione o difesa.
7. Riparazione dell'Alleanza	- Riconoscimento esplicito dell'incomprensione- Ristabilimento del contatto emotivo- Tono corporeo più morbido dopo la rottura- Espressione di sollievo o gratitudine	Momento chiave di integrazione affettiva e ristrutturazione della fiducia: la riparazione è il vero fattore terapeutico trasformativo.

L'alleanza terapeutica nella PIREP

L'alleanza terapeutica non è soltanto un accordo cognitivo o affettivo, ma un processo di co-regolazione incarnata, in cui terapeuta e paziente modulano reciprocamente i propri stati di arousal e di presenza.

Attraverso questa danza regolativa, la neurocezione di minaccia si trasforma progressivamente in neurocezione di sicurezza, rendendo possibile la fiducia, la connessione e la mentalizzazione condivisa.

Il corpo rappresenta il primo spazio dell'alleanza — luogo in cui si fonda la sicurezza implicita — mentre la mente ne costituisce la traduzione simbolica e narrativa, capace di dare significato all'esperienza vissuta insieme.

Perché nella PIREP il controtransfert del terapeuta è anche somatico?

Caretti V, Fontana A, Schimmenti A, Manuale di Psicoterapia Integrata della regolazione Emotiva e Psicosomatica, Roma: Giovanni Fioriti Editore (2026)

Nella PIREP il **controtransfert del terapeuta** è anche **somatico** perché il corpo del terapeuta è parte integrante del campo di co-regolazione in cui si svolge la relazione terapeutica.

In altri termini, nella PIREP il controtransfert non è solo una risposta emotiva o rappresentazionale, ma anche una **risposta neurofisiologica** che riflette la sintonizzazione o la dis-regolazione del sistema autonomico del terapeuta in relazione allo stato del paziente.

Nella PIREP, il controtransfert è anche somatico perché **il corpo del terapeuta partecipa attivamente alla regolazione reciproca con il paziente.**

Attraverso la consapevolezza e la modulazione del proprio stato autonomico, il terapeuta trasforma le risonanze corporee in strumenti di comprensione e di cura.

Indicatori di Regolazione Autonoma del Terapeuta

Livello	Indicatori osservabili nel terapeuta	Significato clinico / regolativo (modello PIREP)
1. Fisiologico / Neurovegetativo	• Respirazione calma e regolare • Frequenza cardiaca stabile • Prosodia vocale calda e modulata • Microespressioni coerenti • Assenza di segni di iperattivazione (tachicardia, sudorazione, agitazione)/assenza di segni di shutdown	Predominanza del sistema ventrovagale → stato di sicurezza, apertura e capacità di co-regolare il paziente.
2. Corporeo / Posturale	• Postura centrata e flessibile • Movimenti fluidi • Radicamento corporeo (grounding) • Occhi vivi, sguardo morbido e presente	Il corpo come strumento regolativo e contenitore affettivo: comunica calma, sicurezza e affidabilità implicita.
3. Emotivo / Affettivo	• Tolleranza emotiva • Espressione empatica ma calibrata ai bisogni del paziente • Capacità di rispecchiare senza invischiarsi • Riconoscimento dei propri segnali interni di attivazione	Indica autoregolazione affettiva: il terapeuta ascolta, è curioso e resta presente e sintonizzato pur di fronte all'emozione intensa del paziente.
4. Cognitivo / Riflessivo	• Attenzione flessibile e fluttuante • Linguaggio chiaro e coerente • Capacità di riflettere su sé e sull'altro • Adattamento ai bisogni del momento della relazione	Integrazione top-down della regolazione: la mente del terapeuta organizza l'esperienza emotivo-corporea della relazione terapeutica
5. Intersoggettivo / Relazionale	• Coerenza tra corpo, parola e intenzione • Sintonizzazione ritmica (respiro, voce, tempi di risposta) • Riparazione delle micro-rotture • Clima di calma e fiducia reciproca	Campo di co-regolazione ventrovagale reciproca: la regolazione del controtransfert somatico funge da regolatore esterno del sistema autonomo del paziente, favorendo una neurocezione di sicurezza

Indicatori di Disregolazione Autonoma del Terapeuta

Iper-arousal (attivazione simpatica)	Ipo-arousal (attivazione dorsovagale)
Tensione muscolare, respiro corto, fretta per chiudere la seduta, voce tesa, voce dalla gola, ritmo accelerato, eccessiva attività mentale, tendenza a interrompere il paziente, ipercontrollo.	Collasso posturale, voce spenta, scarsa modulazione melodica, rallentamento, distacco emotivo, noia, sonnolenza, compiacenza passiva, emotional shutdown, stordimento.

La regolazione autonoma del terapeuta nella PIREP

La regolazione autonoma del terapeuta costituisce il cuore neurofisiologico dell'alleanza terapeutica.

Quando il terapeuta mantiene uno stato ventrovagale integrato, il suo corpo diventa un segnale implicito di sicurezza: la voce, lo sguardo e il respiro comunicano al sistema nervoso del paziente che non c'è pericolo.

In questo campo regolativo condiviso, l'arousal e la neurocezione di minaccia possono trasformarsi in esperienza di sicurezza e connessione, aprendo lo spazio per la mentalizzazione incarnata, l'intimità terapeutica e il cambiamento profondo.

Perché il paziente mette alla prova, ovvero '*testa*', il terapeuta?

Nella prospettiva **PIREP (Psicoterapia Integrata della Regolazione Emotiva e Psicosomatica)**, il paziente mette alla prova, “*testa*”, il terapeuta perché la relazione terapeutica rappresenta il primo campo in cui vengono riattivate — e quindi messe alla prova — le **memorie implicite di attaccamento e di trauma relazionale**.

Il paziente testa il terapeuta per accertarsi che il campo terapeutico sia un luogo di sicurezza fisiologica e relazionale.

Ogni test è un tentativo, spesso inconscio, di verificare se la relazione può sostenere il peso del trauma, senza collassare né invadere. La risposta regolata e incarnata del terapeuta (il superamento del test) trasforma il test in fiducia e il dubbio in connessione.

Nella **PIREP (Psicoterapia Integrata della Regolazione Emotiva e Psicosomatica)**, il paziente “testa” il terapeuta perché la relazione diventa il luogo in cui vengono riattivati e messi alla prova gli schemi traumatici e le credenze inconscie di pericolo relazionale. Questo processo è interpretato sia in chiave neurofisiologica (Porges), sia relazionale (Fairbairn, Weiss).

1. **La neurocezione di sicurezza**

Ogni paziente valuta inconsciamente se l'altro è sicuro o minaccioso (Porges). “Testare” significa esplorare – con il corpo e con la mente – se il terapeuta rimarrà regolato, empatico e non difensivo, il test è superato per riconfermare l'alleanza. Il test è quindi una forma di *indagine neurocettiva*: il corpo del terapeuta viene osservato per capire se può essere un riferimento di co-regolazione.

2. **Ripetizione e riparazione delle relazioni interne**

Secondo Fairbairn, i modelli relazionali interiorizzati vengono riattivati nel transfert. Il paziente mette in scena l'antico conflitto tra bisogno di attaccamento e paura del rifiuto, testando se il terapeuta reagirà come l'oggetto originario traumatizzante o offrirà una risposta nuova e riparativa.

3. **La prospettiva della Control-Mastery Theory (J. Weiss)**

Per la CMT, il paziente possiede inconsciamente un “*piano terapeutico*” volto a disconfermare le credenze patogene formatesi nell'infanzia.

Ogni test è un tentativo di verifica:

“Posso fidarmi di te senza essere punito, umiliato o abbandonato come allora?”

Il terapeuta, mantenendo una presenza regolata e coerente, aiuta il paziente a smentire la credenza patogena, consentendo l'emergere di nuove rappresentazioni di Sé e dell'altro.

4. **La funzione regolativa e incarnata del test**

Il test è anche un processo somatico: il corpo del paziente osserva la postura, il tono, il respiro del terapeuta. Solo un terapeuta con regolazione ventrovagale stabile può trasformare il test in un'esperienza di fiducia incarnata, in cui la minaccia diventa connessione.

5. **La rottura come opportunità evolutiva**

Ogni test comporta una rottura dell'alleanza. Nella PIREP, la riparazione regolativa che segue la rottura è il momento clinico in cui il sistema del paziente apprende che la relazione può restare integra anche dopo il conflitto. È così che il superamento del test e la co-regolazione diventano *cura del trauma relazionale*.

I test del paziente che testa il terapeuta nella PIREP

Dimensione	Descrizione	Autori di riferimento	Funzione clinica	Risposta terapeutica nella PIREP
1. Neurocezione di sicurezza/minaccia	Il paziente valuta inconsciamente, attraverso il corpo, se il terapeuta è percepito come sicuro o minaccioso.	S. Porges (Teoria Polivagale)	Garantire la sopravvivenza relazionale; proteggersi dal rischio di riattivare il trauma.	Mantenere una regolazione ventrovagale stabile; trasmettere sicurezza tramite voce, postura e sguardo.
2. Ripetizione delle relazioni interne	Si riattivano le rappresentazioni interiorizzate dell'oggetto e del Sé ferito. Il test ripropone l'antico conflitto tra bisogno e paura del rifiuto.	W. R. D. Fairbairn; D. W. Winnicott	Verificare se l'altro ripeterà l'esperienza traumatica o offrirà una nuova risposta.	Accogliere il transfert come ripetizione regolativa, non come resistenza; offrire una risposta "nuova e buona".
3. Piano terapeutico inconscio	Il paziente possiede un piano inconscio orientato alla guarigione: mette alla prova il terapeuta per disconfermare le sue credenze patogene.	J. Weiss - Control-Mastery Theory	Cercare conferma che l'altro non punirà né umilierà la sua autonomia o vulnerabilità.	Rispondere in modo coerente e non punitivo; favorire la disconferma della credenza patogena.
4. Funzione regolativa del test	Il test è anche un atto di regolazione: il paziente osserva la stabilità emotiva e fisiologica del terapeuta.	S. Porges (Teoria Polivagale), PIREP	Misurare la capacità del terapeuta di restare presente e incarnato.	Mantenere la presenza somatica e regolata; modulare il controtransfert corporeo.
5. Rottura e riparazione	Ogni test provoca una micro-rottura dell'alleanza. La riparazione diventa l'esperienza correttiva.	J. Weiss; S. Porges	Trasformare la minaccia in fiducia, la difesa in connessione.	Usare la riparazione co-regolativa come momento di apprendimento e integrazione.

Sintesi

I test del paziente, nella PIREP, rappresentano un processo neurointerpersonale con valore diagnostico e trasformativo. Attraverso il test, il paziente verifica se la relazione terapeutica può offrire un campo di **sicurezza incarnata** in cui disconfermare le credenze patogene e sperimentare una nuova regolazione del Sé, del corpo e della relazione interpersonale.

La VOCE DEL TERAPEUTA è considerata un veicolo primario di regolazione autonoma e neurocettiva.

Aspetto	Voce tesa (disregolata)	Voce prosodica (regolata)	Significato clinico nella PIREP
Tono	Alto, rigido, metallico	Medio-basso, morbido, melodico	Il tono teso indica attivazione simpatica o ansia; il tono prosodico segnala presenza ventrovagale e sicurezza.
Ritmo e velocità	Accelerato, spezzato, poco ritmato	Fluidico, ritmico, con pause respirate	Il ritmo teso comunica urgenza e controllo; il ritmo fluido favorisce la sincronizzazione fisiologica.
Timbro e risonanza	Secco, "dalla gola", poco corporeo	Caldo, "dal corpo", risonante nel torace	Il timbro corporeo trasmette contenimento; il timbro teso trasmette allerta o distanza.
Respirazione	Superficiale, trattenuta	Profonda, diaframmatica	La respirazione del terapeuta regola quella del paziente (co-regolazione respiratoria).
Attivazione autonoma	Prevalenza simpatica o inizio dorsovagale	Attivazione ventrovagale ottimale	La voce tesa riflette controtransfert somatico o difensivo; la voce prosodica sostiene la regolazione reciproca.
Effetto sul paziente	Aumento dell'arousal, diffidenza implicita	Sensazione di sicurezza e apertura relazionale	La voce diventa il primo segnale neurocezionale di "campo sicuro" o "campo minaccioso".
Funzione terapeutica	Comunica tensione e controllo	Comunica presenza, accoglienza, fiducia	Il terapeuta regola la voce per sostenere la connessione e la mentalizzazione incarnata.

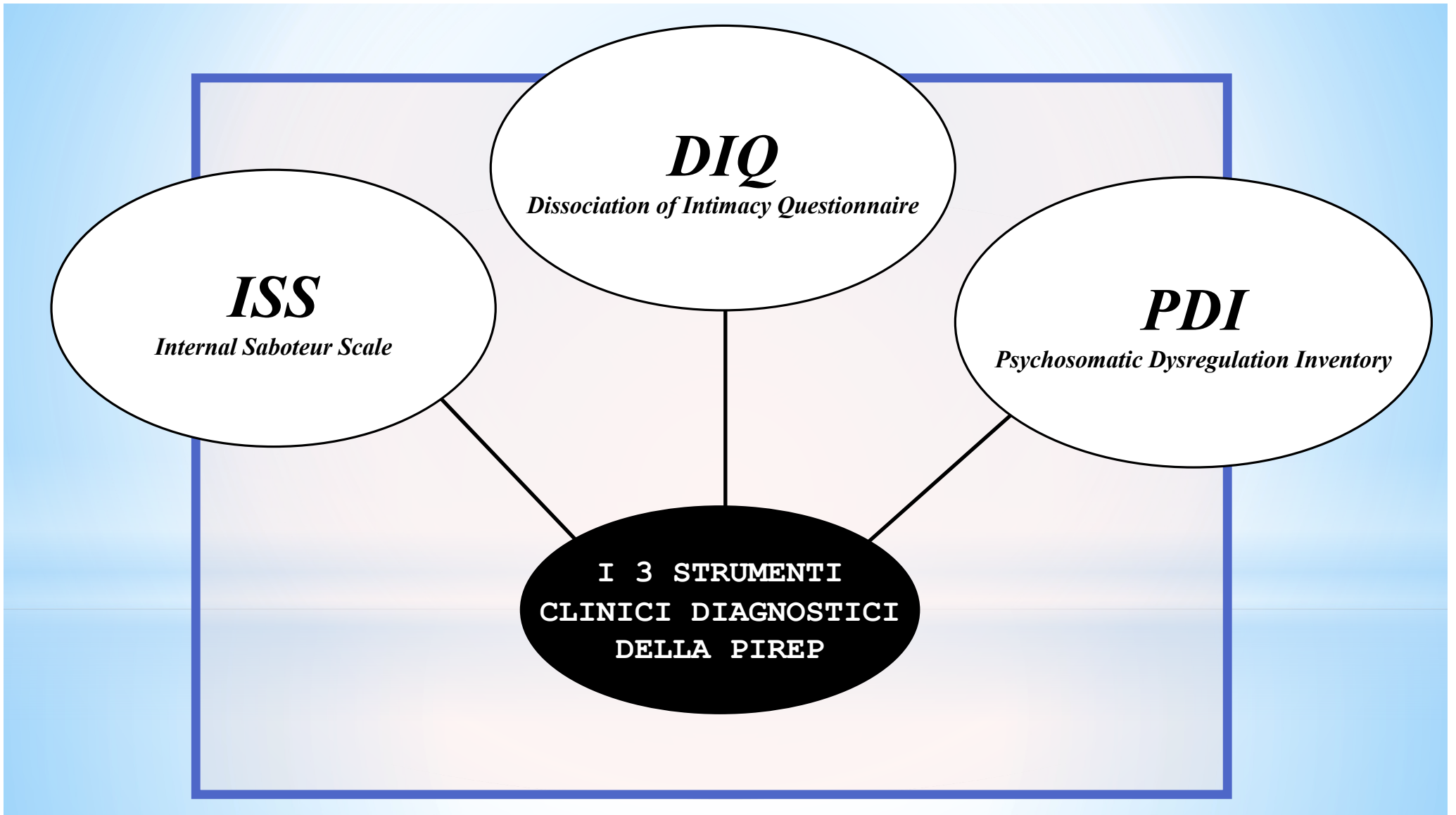
Sintesi: La voce del terapeuta è un indicatore diretto dello stato autonomico e del controtransfert somatico. Quando la voce è tesa, la neurocezione del paziente percepisce minaccia; quando è prosodica e regolata, diventa uno strumento di co-regolazione incarnata e di riparazione relazionale.

ISS
Internal Saboteur Scale

DIQ
Dissociation of Intimacy Questionnaire

PDI
Psychosomatic Dysregulation Inventory

I 3 STRUMENTI
CLINICI DIAGNOSTICI
DELLA PIREP



Internal Saboteur Scale (ISS)

(Caretti V., Fontana A., Gori A., Schimmenti A., 2025)

Le frasi che seguono descrivono pensieri ricorrenti, voci interne e modalità di dialogo interiore che ciascuno può sperimentare rispetto a sé stesso e alle proprie relazioni. L'attenzione non è quindi rivolta ai comportamenti esterni, ma a ciò che accade dentro la mente, sotto forma di idee, commenti, giudizi o rimuginii che possono emergere spontaneamente nella vita quotidiana. Le chiediamo di indicare con quale frequenza tali pensieri o voci interiori si sono presentati nelle ultime quattro settimane, scegliendo la risposta che meglio rappresenta la sua esperienza.

Utilizzi per favore la seguente scala di risposta:

0 = Mai · 1 = Qualche volta · 2 = Spesso · 3 = Sempre

Item	0	1	2	3
1. Nella mia mente ritorna il pensiero che gli altri mi possano giudicare per le mie debolezze o difetti.				
2. Una voce dentro di me continua a dirmi che non sono all'altezza nelle relazioni sociali.				
3. Penso sempre che il mio corpo sia motivo di delusione per l'altro.				
4. Mi sento sempre in colpa per come mi comporto.				
5. Ogni volta che penso alle mie esperienze sessuali passate, mi giudico negativamente.				
6. Mi sento arrabbiato immaginando che gli altri possano ferirmi ingiustamente.				

ISS – *Internal Saboteur Scale*

*Valuta le voci persecutorie del Sabotatore Interno
che danneggiano l'agency e l'intimacy*

Valuta la ToM ruminativa nel dialogo interiore (Self Talk)

Dissociation of Intimacy Questionnaire (DIQ)

(Caretti V, Fontana A, Gori A, Schimmenti A, 2024)

Di seguito sono messe in evidenza alcune modalità che riguardano il modo di relazionarsi e di essere con le persone. Nella fattispecie queste affermazioni si riferiscono a come le persone percepiscono loro stesse e gli altri nelle relazioni strette o d'intimità. Nella prima parte può descrivere come lei si pone abitualmente con gli altri. Nella seconda parte può descrivere come gli altri si pongono abitualmente o si sono posti con lei (può considerare come riferimento temporale le ultime quattro settimane). Risponda con una crocetta a tutte le affermazioni esprimendo la sua preferenza scegliendo tra:

1) Per Niente - 2) Poco - 3) Abbastanza - 4) Molto - 5) Moltissimo

La preghiamo di completare per intero entrambe le parti.

a) Io con gli altri

1a	Nelle situazioni di intimità trovo difficoltà a parlare dei miei sentimenti	1 2 3 4 5
2a	Evito di coinvolgermi in relazioni sentimentali	1 2 3 4 5
3a	Mi viene difficile condividere con gli altri ciò che provo	1 2 3 4 5
4a	Mi viene difficile fidarmi degli altri	1 2 3 4 5
5a	Sono sempre sospettoso, anche con persone che conosco da tempo	1 2 3 4 5
6a	Quando sono innamorato temo di essere abbandonato	1 2 3 4 5

b) Gli altri con me

1b	Nelle situazioni di intimità ho l'impressione che gli altri abbiano difficoltà a parlare dei loro sentimenti con me	1 2 3 4 5
2b	Gli altri evitano di coinvolgersi in relazioni sentimentali con me	1 2 3 4 5
3b	Gli altri hanno difficoltà a condividere ciò che provano con me	1 2 3 4 5
4b	Gli altri hanno difficoltà a fidarsi di me	1 2 3 4 5
5b	Gli altri sono sempre sospettosi con me, anche coloro che mi conoscono da tempo	1 2 3 4 5
6b	Quando qualcuno è innamorato di me, teme di essere abbandonato	1 2 3 4 5

DIQ – Dissociation of Intimacy Questionnaire

Valuta l'evitamento nell'intimità, la compromissione del desiderio e della capacità di vicinanza, la sfiducia relazionale e il distacco nel comportamento sessuale

Psychosomatic Dysregulation Inventory (PDI)

(Caretti V, Baldoni F, A, Porcelli P, Schimmenti A, 2019)

Per favore, inserisci le seguenti informazioni.

Genere: Età:

Stato Civile:

Adesso segna con una X la risposta che più si adatta alla tua esperienza. Negli ultimi 6 mesi

Segna una sola risposta per ogni item.

0 = Mai · 1 = Qualche volta · 2 = Spesso · 3 = Molto spesso / Sempre

Item	0	1	2	3
1. Mal di testa				
2. Mal di pancia (per le donne, in giorni diversi dal ciclo mestruale)				
3. Nausea				
4. Vomito				
9. Urgente bisogno di defecare				
10. Diarrea				
11. Stitichezza				
12. Poco appetito				

PDI – ***Psychosomatic Dysregulation Inventory***

Valuta i disturbi psicosomatici, le alterazioni dell'immagine corporea, la compromissione nel comportamento sessuale, la disregolazione della neurocezione di sicurezza espressa nei sintomi somatici

RESPIRAZIONE MINDFULNESS

per la regolazione dell'arousal
per la regolazione della
neurocezione di pericolo
per l'incentivazione
del freno vagale



2 TECNICHE BOTTOM-UP
1 TECNICA TOP-DOWN
NELLA PIREP

FOCUSING

per aumentare l'Interocezione
per la mentalizzazione
della 'sensazione sentita' nel corpo
e delle emozioni correlate

ROLE PLAYING

per incrementare
l'assertività e la sicurezza
nella comunicazione interpersonale
la co-regolazione
e l'empatia nella gestione dei
conflitti e delle rotture
relazionali

QUALI SONO GLI OBIETTIVI DELLA PIREP?

Caretti V, Fontana A, Schimmenti A, Manuale di Psicoterapia Integrata della regolazione Emotiva e Psicosomatica, Roma: Giovanni Fioriti Editore (2026)

Regolazione emotiva e neurocezione di sicurezza – Promuovere la modulazione degli stati affettivi e neurofisiologici attraverso la consapevolezza corporea e i processi di co-regolazione interpersonale.

Integrazione dei processi mentali, corporei e relazionali – Ricostruire la continuità tra esperienze somatiche, vissuti emotivi e rappresentazioni mentali, favorendo un Sé incarnato, coerente e relazionale (*Agency*).

Trasformazione delle difese dissociative in funzionamento interpersonale sicuro – Riconoscere, accogliere e integrare le parti scisse e i vissuti traumatici, sostenendo la capacità di restare in contatto con sé e con l'altro (*Intimacy*).

Sviluppo dell'alleanza terapeutica per riparare le esperienze traumatiche intervenute nel sistema di attaccamento – Creare nel setting terapeutico un contesto sicuro e regolativo che riattivi il sistema ventrovagale e la fiducia nella relazione.

Sviluppo della capacità riflessiva, della mentalizzazione e della co-regolazione – Potenziare la comprensione incarnata degli stati propri e altrui, promuovendo una Theory of Mind integrata, non ruminativa, non persecutoria.

Benessere psicosomatico – Facilitare la simbolizzazione delle emozioni e la trasformazione dei sintomi corporei in esperienze affettive e relazionali condivisibili.



Vincenzo Caretti
Andrea Fontana
Adriano Schimmenti

Manuale di Psicoterapia Integrata della Regolazione Emotiva e Psicosomatica

Il modello PIREP nella pratica clinica

Prefazione di Stephen Porges

Giovanni Fioriti Editore



"La PIREP è una psicoterapia volta a ristabilire il dialogo interrotto dal trauma, tra mente, corpo e relazione. Lì dove il trauma ha spezzato la continuità dell'esperienza, la psicoterapia diventa il luogo in cui il paziente può tornare a sentirsi, a pensarsi e a riconnettersi."

Vincenzo Caretti

