



# 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 il teatro della difesa, ma il 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 NEL  
RITROVARSI 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, la PIREP permette di integrare i processi top-down e bottom-up, per favorire la regolazione emotiva e psicosomatica, promuovendo la sintonizzazione, la riparazione delle rotture relazionali e la connessione nel funzionamento interpersonale.



## **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.

## 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 delle emozioni- Sguardo, postura e voce congruenti con l'affettività positiva- 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 ( <i>'mi sento capito'</i> ), ( <i>'quello che lei sta dicendo mi sembra un passo importante nel nostro lavoro'</i> ) - Emozioni condivise e 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 e collaborativa alle sedute - Continuità nel tempo dei compiti finalizzati al cambiamento - 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, sguardo) - 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 ( <i>"mi sento..."</i> ) - Ricostruzione condivisa del significato delle esperienze                                                                                                                                 | Riflette la riattivazione positiva 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, tensione nella voce                                                                                                                                                  | Indica attivazione di neurocezione di minaccia (simpatica o dorsovagale). Segnale di dissociazione o difesa.                                                           |
| 7. Riparazione dell'Alleanza                    | Riconoscimento esplicito dell'incomprensione - Condivisione della reciproca intenzionalità - 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.                                 |

## IL CICLO DINAMICO DI REGOLAZIONE RECIPROCA NELL'ALLEANZA TERAPEUTICA

Nella PIREP, l'alleanza terapeutica si sviluppa come un **ciclo dinamico di regolazione reciproca**, in cui il terapeuta e il paziente attraversano progressivamente diverse fasi di sintonizzazione, rottura e riparazione.

Questo ciclo comprende **il transfert, l'enactment, i test del paziente e il controtransfert (incluso quello somatico)**, che rappresentano momenti specifici di attivazione e trasformazione nel campo interpersonale.

- \* **Il transfert** esprime il modo in cui il paziente trasferisce nel terapeuta le memorie relazionali traumatiche, rendendo visibili le sue strategie difensive e i bisogni di attaccamento non integrati.
- \* **L'enactment** è la scena incarnata in cui terapeuta e paziente, inconsapevolmente, agiscono nel corpo e nella loro relazione gli schemi affettivi e neurofisiologici del trauma relazionale.
- \* **I test del paziente** (Weiss, 1993) sono il tentativo implicito di verificare se il terapeuta sia in grado di rimanere regolato e affidabile di fronte alla ripetizione del trauma, offrendo così una nuova esperienza di sicurezza.
- \* **Il controtransfert**, e in particolare **il controtransfert somatico**, diventa lo strumento principale attraverso cui il terapeuta riconosce nel proprio corpo le risonanze autonome del campo relazionale e le utilizza per orientare la co-regolazione.

Questo **ciclo di regolazione reciproca nell'alleanza terapeutica** non è lineare ma spiraliforme: ogni passaggio conduce a un livello più profondo di fiducia incarnata e di integrazione tra corpo, emozioni e rappresentazioni interpersonali, trasformando la relazione terapeutica in un'esperienza neuropsicocorporea di connessione sicura.

## Il Transfert nella PIREP

- . Il transfert del paziente è primariamente corporeo e neurofisiologico, più che rappresentazionale: il corpo del paziente riattiva nel qui e ora del setting gli stati di connessione o minaccia legati all'attaccamento e alle memorie traumatiche.
- . Il terapeuta diventa il regolatore autonomico del setting, trasformando l'arousal in sicurezza attraverso la prosodia, il respiro e la postura.
- . La lettura polivagale del transfert consente di distinguere se la relazione terapeutica è percepita dal paziente come spazio di protezione (ventrovagale), minaccia (simpaticotonica) o impotenza (dorsovagale).
- . Nella PIREP, ogni momento di transfert non è solo la riedizione del trauma, ma è una prova della fiducia implicita del paziente nei riguardi del trattamento.
- . Il terapeuta non interpreta subito il transfert, ma *resta presente* per permettere al corpo del paziente di riscrivere il significato del trauma nell'intimità sicura dell'alleanza terapeutica e nella connessione.



## Indicatori del Transfert nel modello PIREP

| Dominio del Transfert                       | Manifestazioni del Transfert                                                                                                                                                                                                     | Indicatori corporei e neurofisiologici del paziente                                                                                                    | Lettura e Intervento Regolativo PIREP                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Emotivo-Affettivo                        | Emozioni improvvise verso il terapeuta, intense e contraddittorie (idealizzazione, rabbia, vergogna, bisogno di fusione).                                                                                                        | Aumento dell'arousal; variazioni del tono della voce e della frequenza respiratoria; sguardo oscillante tra ricerca e fuga.                            | Le emozioni transferali segnalano la riattivazione di memorie implicite traumatiche. Il terapeuta mantiene tono ventrovagale e presenza calma per permettere la trasformazione dell'arousal in connessione.                       |
| 2. Cognitivo-Narrativo                      | Attribuzioni rigide o globali ('Lei non capisce' oppure 'Solo lei può aiutarmi'). Narrazione idealizzata o svalutante di sé e degli altri.                                                                                       | Iperattivazione del linguaggio, logorrea, silenzi carichi di tensione, pensiero concreto o confuso, appiattimento delle emozioni, ripetizioni verbali. | Il paziente tenta di dare forma simbolica a un vissuto non ancora mentalizzato. Il terapeuta decodifica le manifestazioni somatiche del transfert come espressione regolativa e promuove la mentalizzazione incarnata. (Focusing) |
| 3. Comportamentale-Relazionale              | Tentativi di compiacere, controllare o sfidare il terapeuta; acting-out e acting-in.                                                                                                                                             | Ipereccitazione motoria, cambi di postura, mimica intensa o chiusura fisica; variazioni improvvise nel ritmo narrativo. Sguardo evitante               | Il comportamento sostituisce la parola: il terapeuta risponde regolando il tempo e la distanza, senza reagire né ritirarsi. Il corpo del clinico diventa base sicura per la mentalizzazione.                                      |
| 4. Corporeo-Psicosomatico                   | Tensioni somatiche, sintomi corporei in seduta (mal di pancia, cefalea, blocco respiratorio).                                                                                                                                    | Contrazioni muscolari, arrossamento o pallore, modificazioni del respiro e della voce, cambi di temperatura.                                           | Il corpo parla il transfert prima della mente. Il terapeuta usa il proprio respiro e la prosodia per ristabilire la coerenza fisiologica. Il sintomo corporeo è letto come linguaggio dell'arousal.                               |
| 5. Temporale-Regressivo                     | Reazioni "come se" il terapeuta fosse una figura del passato; tono infantile, oscillazioni identitarie in cui emerge il timore di essere giudicato. La paura di frammentarsi, oppure la sfiducia dell'autenticità del terapeuta. | Movimenti regressivi (voce più acuta, postura chiusa), disorientamento temporale, rallentamento del discorso.                                          | Il paziente riattiva nel corpo il suo essere sato trascurato. Il terapeuta mantiene presenza coerente, aiutando a riconoscere l'esperienza come "qui e ora sicuro".                                                               |
| 6. Dissociativo-Difensivo                   | Confusione, ritiro improvviso, sensazione di 'vuoto' relazionale, o di non essere riconosciuti dal terapeuta.                                                                                                                    | Immobilità, respiro sospeso, sguardo assente, tono monotono; alterazioni del ritmo fisiologico.                                                        | L'arousal collassa in risposta a minaccia interna. Il terapeuta riconosce in se stesso questa risonanza somatica e interviene con voce lenta, tono caldo e sguardo ancorante per riattivare la connessione.                       |
| 7. Onirico e Simbolico (Sogni di Transfert) | Sogni ricorrenti sul terapeuta o ambienti simili allo studio; simboli di viaggio, di una nuova casa, di ricerca di protezione o di perdita di qualcosa. Sogni di vicinanza al terapeuta. Sogni erotici sul terapeuta.            | Attivazione emozionale durante il racconto, variazioni respiratorie, sguardo fluttuante. Emergono indicatori somatici della vergogna infantile.        | Il sogno segnala l'internalizzazione corporea della figura del terapeuta. Il clinico accoglie senza interpretare prematuramente, favorendo la traduzione del sogno in esperienza regolativa incarnata.                            |

## COME DIFFERENZIARE, DURANTE LA SEDUTA, CIO' CHE E' TRANSFERT DA CIO' CHE NON LO E'?

Nella prospettiva PIREP, il transfert non è un fenomeno astratto, ma un *campo incarnato di risposte affettive e neurofisiologiche* in cui il passato del paziente si riattiva nel presente della relazione.

Per differenziare ciò che è transfert da ciò che non lo è, occorre osservare tre livelli integrati: fisiologico, emotivo e narrativo.

### 1. **Livello fisiologico (neurocezione e arousal)**

#### **Transfert**

L'attivazione del sistema autonomico del paziente (ipervigilanza, collasso, evitamento, ipercontrollo) non è congruente al contesto reale della seduta.

Il corpo “ricorda” una minaccia antica: il terapeuta viene percepito implicitamente come figura potenzialmente giudicante, distante o rifiutante.



*Il corpo reagisce come allora, non come ora.*

#### **Non transfert**

L'attivazione è congruente alla situazione attuale (es. un tema doloroso, ma regolabile nel qui e ora).



*Il corpo è nel presente e risponde in modo proporzionato.*

## 2. Livello emotivo e relazionale

### Transfert

L'emozione espressa (rabbia, sfiducia, vergogna, bisogno di compiacere) ha una qualità relazionale arcaica o stereotipata, dissonante rispetto al contesto della seduta.

Il terapeuta viene sentito come “altro del passato”: distante, minaccioso, idealizzato o deludente. Il terapeuta sente una *pressione* da parte del paziente.

👉 *Si attiva un copione relazionale che appartiene alla memoria traumatica implicita.*

### Non transfert

L'emozione è situata, contestualizzata, mentalizzabile: non domina la relazione.

👉 *È una risposta affettiva attuale, integrata nella mentalizzazione e nella relazione.*

### 3. Livello narrativo e metacognitivo

#### Transfert

Il discorso è polarizzato o ripetitivo (“Tutti mi abbandonano”, “Nessuno mi capisce”).

Il paziente parla *al terapeuta come se fosse l'altro del trauma*.

Bassa capacità riflessiva, difficoltà a pensare l'esperienza mentre la vive.

#### Non transfert

Il paziente riflette su ciò che prova e lo espone al terapeuta insieme al carico emotivo, sperimentando la relazione come un contesto sicuro. C'è curiosità e apertura all'esperienza.

| Aspetto                 | Transfert                                    | Non Transfert                             |
|-------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Origine                 | Memoria implicita traumatica relazionale     | Esperienza attuale e contestuale          |
| Regolazione autonoma    | Arousal sproporzionato o difensivo           | Arousal modulato e regolato               |
| Risonanza del terapeuta | Controtransfert somatico intenso o confusivo | Presenza incarnata e co-regolata          |
| Funzione                | Ripetizione e verifica (test di sicurezza)   | Elaborazione e integrazione nel qui e ora |

#### Indicatore chiave nella PIREP

*Se l'attivazione fisiologica e relazionale del paziente è particolarmente intensa, e il corpo del terapeuta la risente, stai entrando in un campo di transfert.*

## **L'Enactment nella PIREP**

L'Enactment emerge quando paziente e terapeuta entrano, in modo inconscio, nello stesso campo di arousal e difesa, perdendo temporaneamente la distanza riflessiva e diventando entrambi parte della scena.

L'Enactment è un momento di disregolazione condivisa: il paziente riattiva e mette in atto uno schema relazionale disfunzionale di minaccia o di sfida, e il terapeuta, risuonando a livello somatico ed emotivo, tende a identificarsi con quello schema, sentendone il peso nel corpo e a livello emotivo.

Il compito del terapeuta è riconoscere i segnali precoci della co-attivazione, regolare il proprio stato autonomico e trasformare la ripetizione inconscia in presenza incarnata.

L'intervento regolativo consiste nel riconoscere, regolare e nominare l'esperienza condivisa, affinché la scena difensiva possa diventare un'esperienza riparativa di co-regolazione, sicurezza e autenticità relazionale.



## Indicatori e interventi regolativi dell' Enactment nel modello PIREP

| Livello                           | Azione / Indicatore del Paziente                                                                                                                                                                 | Reazione / Indicatore del Terapeuta                                                                                                                                                                                           | Intervento Regolativo del Terapeuta                                                                                                                                                                                                                                                        | Significato regolativo                                                         |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Corpo</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chiusura posturale, sguardo evitante</li> <li>- Immobilità, freezing o agitazione</li> <li>- Respiro trattenuto</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensione muscolare, respiro corto</li> <li>- Perdita di grounding o della sicurezza corporea, irrequietezza</li> </ul>                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riconoscere la propria attivazione (“Sento il mio corpo irrigidirsi... restiamo un momento in silenzio”)</li> <li>- Tornare al respiro e al radicamento</li> <li>- Usare micro-movimenti e sciogliere la postura</li> </ul>                       | Riporta il campo alla presenza incarnata e regola la neurocezione di minaccia. |
| <b>Voce e prosodia</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tono freddo, ironico, distante</li> <li>- Silenzio teso o eloquio rapido</li> </ul>                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voce monocorde o tesa</li> <li>- Difficoltà a modulare il ritmo</li> </ul>                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usare tono caldo, prosodia morbida, pause respirate</li> <li>- Rallentare il ritmo e sintonizzarsi con il respiro del paziente</li> </ul>                                                                                                         | Ristabilisce la sintonizzazione ventrovagale attraverso il suono della voce.   |
| <b>Emozioni espresse</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rabbia, vergogna o chiusura emotiva</li> <li>- Ambivalenza: bisogno e paura di vicinanza</li> </ul>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritazione, colpa, confusione</li> <li>- Urgenza di spiegare o controllare</li> </ul>                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dare un nome all'emozione implicita (“Forse una parte di lei teme di non essere capita”)</li> <li>- Usare la presenza calma per contenere, non per interpretare</li> </ul>                                                                        | Trasforma l'emozione agita in esperienza di contenimento e fiducia.            |
| <b>Dinamica relazionale</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritardi, cancellazione della seduta, provocazione, ritiro, richiesta implicita di prova (“vediamo se resta con me”)</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Giustificazione difensiva del comportamento del paziente -</li> <li>- Sensazione di tradimento o di vuoto</li> <li>- Perdita di spontaneità -</li> <li>- Chiusura emotiva</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esplicitare la dinamica senza accusare (“Mi accorgo che ci siamo un po' chiusi entrambi... proviamo a capire cosa sta succedendo”)</li> </ul>                                                                                                     | Introduce metacomunicazione regolativa e riapre la connessione interpersonale. |
| <b>Cognizione e stato mentale</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficoltà a riflettere, pensiero dicotomico: “O mi capisci, oppure non serve a niente venire qui”</li> <li>- Sensazione di non essere visto</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calo della capacità riflessiva e della presenza mentale</li> <li>- Pensieri svalutanti o giudicanti sul paziente</li> </ul>                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riconoscere il proprio disorientamento con autenticità (“Le confesso che mi sento un po' confuso, forse stiamo toccando qualcosa di importante”)</li> <li>- Favorire mentalizzazione incarnata: “Cosa sente nel corpo mentre lo dice?”</li> </ul> | Ripristina la funzione riflessiva e la connessione mente-corpo nella diade.    |

## **I Test del paziente nella PIREP**

Nella prospettiva PIREP, 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**, 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 inconsce 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.

## Differenze tra Transfert, Enactment e Test

| Processo  | Descrizione sintetica                                                                                                                                               | Esempio clinico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Intervento co-regolativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TRANSFERT | Riattivazione, da parte del paziente, di schemi relazionali e affettivi traumatici che vengono proiettati direttamente o implicitamente nel terapeuta.              | <p>“Lei mi ascolta solo perché è pagato.” → riemerge la sfiducia verso figure di accudimento percepite come non autentiche.</p> <p>“Ho sognato di trovarmi in una tempesta e quando stavo per essere travolto, una figura sconosciuta mi metteva in salvo” → la figura sconosciuta che salva, incarna il terapeuta interiorizzato come nuova presenza regolativa.</p> | <p>Comprendere e accogliere l'emozione sottostante (sfiducia, paura di non essere amato) senza difendersi: “Capisco... forse una parte di lei teme che io sia qui solo per dovere, non per interesse autentico.....Deve essere difficile fidarsi quando si è stati delusi.”</p> <p>Comprendere l'immagine onirica come bisogno di sicurezza del paziente: “Quella figura sconosciuta che la mette in salvo potrebbe essere una parte nuova di lei, o forse un modo in cui inizia a sentire che nella nostra relazione c'è qualcuno che può aiutarla a regolare la tempesta.”</p> |
| ENACTMENT | Messa in atto reciproca e inconscia di uno schema relazionale nel “qui e ora” della seduta, che viene agito dal paziente e dal terapeuta nel campo della relazione. | Paziente arriva in ritardo, → terapeuta si irrita → entrambi mettono in scena lo schema “non valgo abbastanza da essere atteso.”                                                                                                                                                                                                                                      | Riconoscere il controtransfert somatico, regolare il corpo, nominare ciò che accade. Co-regolazione e riparazione: “Forse abbiamo sentito entrambi la stessa frustrazione di non essere visti.”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| TEST      | Tentativo inconscio del paziente di verificare se il terapeuta è affidabile, regolato e non giudicante.                                                             | Paziente si chiude: “Non voglio più parlarne.” → osserva se il terapeuta resta calmo o lo rifiuta.                                                                                                                                                                                                                                                                    | Mantenere presenza e voce ventrovagale: la risposta regolata genera fiducia e nuove memorie di sicurezza: “Va bene, possiamo fermarci un momento. Restiamo un po' in silenzio insieme, così possiamo sentire che non siamo soli anche se non parliamo.”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



## 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                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Fisiologico / Neurovegetativo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respirazione calma e regolare</li> <li>• Frequenza cardiaca stabile</li> <li>• Prosodia vocale calda e modulata</li> <li>• Microespressioni coerenti</li> <li>• Assenza di segni di iperattivazione (tachicardia, sudorazione, agitazione)/assenza di segni di shutdown</li> </ul> | Predominanza del sistema ventrovagale → stato di sicurezza, apertura e capacità di co-regolare il paziente.                                                                                        |
| 2. Corporeo / Posturale          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Postura centrata e flessibile</li> <li>• Movimenti fluidi</li> <li>• Radicamento corporeo (grounding)</li> <li>• Occhi vivi, sguardo morbido e presente</li> </ul>                                                                                                                 | Il corpo come strumento regolativo e contenitore affettivo: comunica calma, sicurezza e affidabilità implicita.                                                                                    |
| 3. Emotivo / Affettivo           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolleranza emotiva</li> <li>• Espressione empatica ma calibrata ai bisogni del paziente</li> <li>• Capacità di rispecchiare senza invischiarsi</li> <li>• Riconoscimento dei propri segnali interni di attivazione</li> </ul>                                                      | Indica autoregolazione affettiva: il terapeuta ascolta, è curioso e resta presente e sintonizzato pur di fronte all'emozione intensa del paziente.                                                 |
| 4. Cognitivo / Riflessivo        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attenzione flessibile e fluttuante</li> <li>• Linguaggio chiaro e coerente</li> <li>• Capacità di riflettere su sé e sull'altro</li> <li>• Adattamento ai bisogni del momento della relazione</li> </ul>                                                                           | Integrazione top-down della regolazione: la mente del terapeuta organizza l'esperienza emotivo-corporea della relazione terapeutica                                                                |
| 5. Intersoggettivo / Relazionale | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coerenza tra corpo, parola e intenzione</li> <li>• Sintonizzazione ritmica (respiro, voce, tempi di risposta)</li> <li>• Riparazione delle micro-rotture</li> <li>• Clima di calma e fiducia reciproca</li> </ul>                                                                  | 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, senso di urgenza di 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, basata sulla consapevolezza del suo controtransfert somatico (interocezione), 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.

## **La voce del terapeuta**

La voce del terapeuta è un indice diretto del suo stato autonomico, ma anche uno strumento attivo di co-regolazione.

Quando il terapeuta riconosce la tensione nella propria voce, intercetta precocemente la perdita della sua presenza incarnata, per regolarla, ristabilendo la sintonia ventrovagale e la fiducia implicita nel campo dell'alleanza terapeutica.

La voce del terapeuta è il suono del suo stato interno: il respiro che si fa parola, il ponte tra due sistemi nervosi che cercano sicurezza.

Quando nasce da un corpo presente e da un cuore regolato, la voce del terapeuta non cura per ciò che dice, ma per ciò che trasmette: calma, accoglienza, possibilità di fidarsi. A quel punto la voce del terapeuta diventa il suono della connessione umana, dove la fisiologia si fa linguaggio e la parola diventa strumento che cura.

## LA VOCE DEL TERAPEUTA

Un veicolo primario di sicurezza, di regolazione autonoma e neurocettiva

| Aspetto              | Voce tesa (disregolata)                    | Voce prosodica (regolata)                      | Significato clinico nella PIREP                                                                                  |
|----------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tono                 | Alto, rigido, monocorde, 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         | Fluidi, ritmici, 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 del suo 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.

## LE ESPRESSIONI FACCIALI DEL TERAPEUTA

| Aspetto                              | Espressioni del terapeuta in stato di disregolazione autonómica                                                  | Espressioni del terapeuta in stato di regolazione ventrovagale                                                      | Significato clinico nella PIREP                                                                                                |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tono muscolare facciale              | Rigidità espressiva, mandibola serrata, fronte corrugata, microespressioni di tensione o sforzo                  | Muscolatura morbida, volto disteso, mandibola rilassata                                                             | La tensione segnala iperattivazione simpatica o difensiva; il volto disteso comunica sicurezza e presenza.                     |
| Sguardo                              | Fisso, sfuggente o iper-controllato; pupille dilatate; scarsa flessibilità dello sguardo                         | Caldo, mobile, interessato; contatto visivo intermittente e naturale                                                | Lo sguardo iper-vigilante evoca minaccia; lo sguardo prosodico (ventrovagale) regola e invita alla connessione.                |
| Mimica e micro-espressioni           | Espressioni trattenute o congelate; sorriso rigido o forzato; scarsa sincronizzazione con l'affetto del paziente | Espressioni congrue e spontanee; sorriso empatico e autentico; micro-mimica coordinata con il racconto del paziente | La mimica coerente è segnale di sintonizzazione corporea e autenticità relazionale.                                            |
| Colorito e vitalità del viso         | Pallore o arrossamento repentino (segno di oscillazione autonómica)                                              | Colore stabile e luminoso, congruente con lo stato emotivo                                                          | Il volto riflette la regolazione del flusso vascolare e del respiro; la stabilità cromatica è indice di equilibrio autonomico. |
| Bocca e labbra                       | Serrate, trattenute, sorriso di copertura                                                                        | Aperte, mobili, coordinate con la voce                                                                              | Il labbro trattenuto è un segnale di inibizione affettiva; la mobilità labiale indica disponibilità emotiva e vocale.          |
| Sincronizzazione con il paziente     | Assente o asimmetrica: il volto non risponde al ritmo emotivo del paziente                                       | Sintonizzata: micro-movimenti facciali che risuonano con il vissuto dell'altro                                      | La sincronizzazione facciale sostiene la co-regolazione e la mentalizzazione incarnata.                                        |
| Messaggio implicito (neurocezionale) | “Non sono del tutto con te”, “Potrei giudicarti o respingerti”                                                   | “Ti vedo, ti accolgo, posso restare con te”                                                                         | Il volto del terapeuta è il primo segnale di sicurezza o minaccia nel campo terapeutico.                                       |

Sintesi: Il volto del terapeuta è una mappa vivente del suo stato autonomico e del suo cotrotransfert somtico. La regolazione ventrovagale si esprime attraverso la morbidezza dei lineamenti, lo sguardo caldo e la mimica coerente, generando nel paziente una neurocezione di sicurezza. Al contrario, le espressioni tese, di shutdown emotivo o iper-controllate innescano la neurocezione di minaccia e possono riattivare memorie traumatiche di disconnessione o giudizio.

## LA POSTURA DEL TERAPEUTA

Nella PIREP, il corpo del terapeuta comunica costantemente il suo stato autonomico al paziente: il modo in cui siede, respira e si orienta nello spazio diventa per il paziente un messaggio implicito di sicurezza o minaccia.

| Aspetto                                 | Postura disregolata                                                                                               | Postura regolata (ventrovagale)                                        | Significato clinico nella PIREP                                                                                                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Allineamento corporeo                   | Spalle sollevate, rigide o ripiegate, tronco proteso in avanti o ritratto, movimenti scattosi o trattenuti        | Colonna allineata, spalle morbide, corpo centrato e radicato           | La postura rigida segnala iperattivazione simpatica o difesa; l'allineamento rilassato comunica stabilità e presenza incarnata. |
| Tono muscolare                          | Eccessivo (iper-tono) o collassato (ipo-tono). Disagio posturale                                                  | Tono medio, elastico, tonico ma non rigido                             | Il tono riflette l'arousal autonomico: l'equilibrio tonico è indice di regolazione fisiologica.                                 |
| Orientamento spaziale verso il paziente | Corpo chiuso, spalle ruotate, gambe/braccia incrociate in modo difensivo, fuga dello sguardo                      | Corpo aperto, orientato ma non invadente, posizione "in ascolto"       | L'orientamento corporeo è il primo segnale non verbale di accoglienza o evitamento.                                             |
| Movimenti e gestualità                  | Improvvisi, poco sincronizzati o assenti, micro movimenti motori delle mani ripetitivi, irrequieti o di controllo | Fluidi, lenti, congruenti con l'affetto espresso                       | Il movimento fluido e coordinato favorisce la coregolazione motoria e il senso di sicurezza interpersonale.                     |
| Appoggio e grounding                    | Corpo sbilanciato, movimento agitato dei piedi, oscillazione nervosa                                              | Piedi ben appoggiati, radicamento al suolo, respirazione diaframmatica | Il grounding corporeo del terapeuta regola la percezione di base sicura nel paziente.                                           |
| Respirazione posturale                  | Alta, toracica, trattenuta                                                                                        | Profonda, ampia, ritmica                                               | La respirazione posturale regola il ritmo autonomico del campo terapeutico.                                                     |
| Messaggio implicito (neurocettivo)      | "Sono in allerta, potrei non reggere il contatto"                                                                 | "Sono presente, stabile, puoi appoggiarti"                             | Il corpo del terapeuta trasmette neurocezionalmente la disponibilità o il pericolo della relazione.                             |

Sintesi: La postura del terapeuta è la *prima base somatica della presenza clinica*. Un corpo centrato, radicato e respirante trasmette sicurezza al sistema autonomico del paziente, facilitando la coregolazione ventrovagale. Una postura rigida, collassata o ipercontrollata comunica invece un segnale di minaccia implicita, attivando la neurocezione difensiva e la risonanza traumatica.

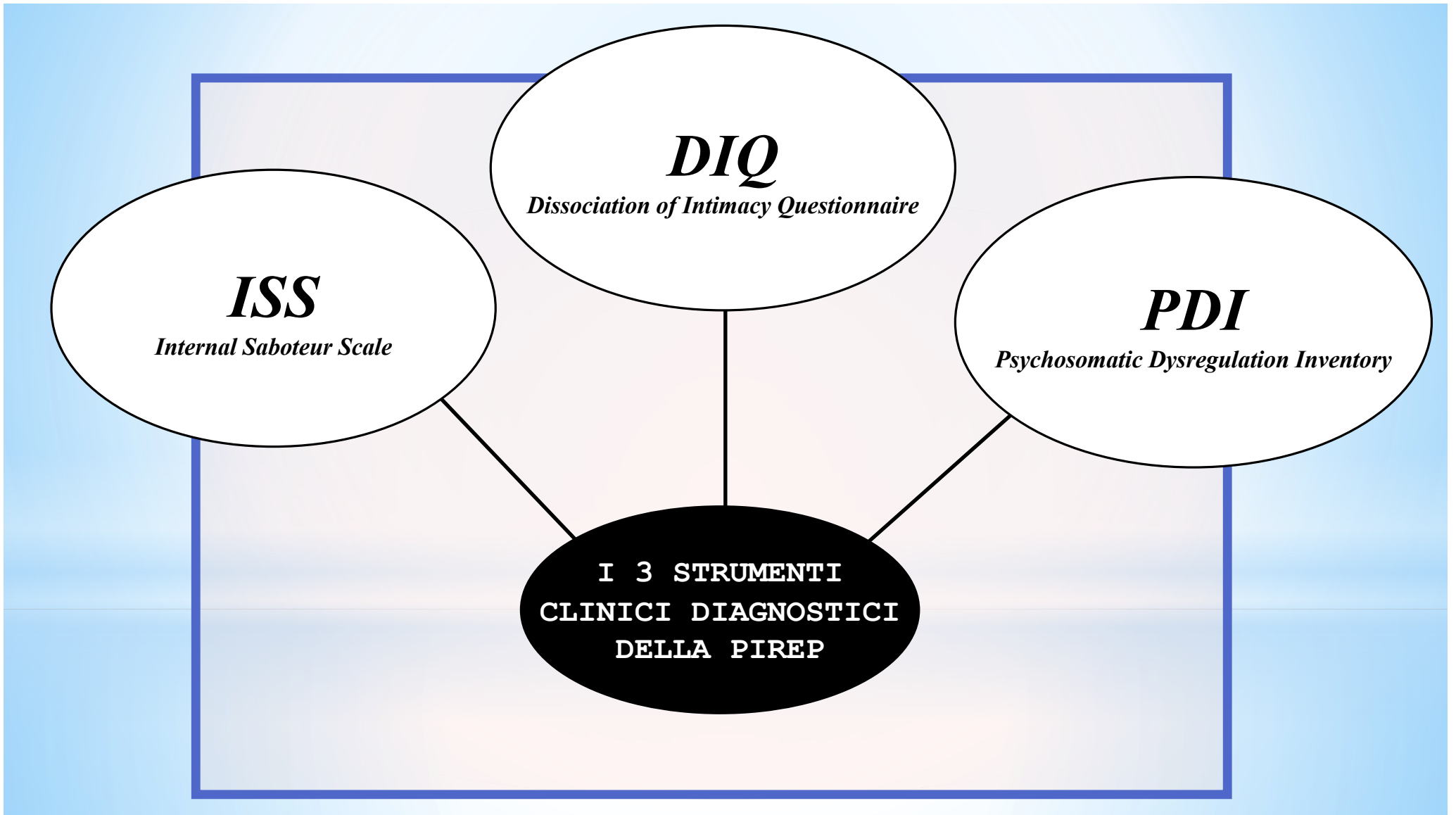


***ISS***  
*Internal Saboteur Scale*

***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 | 12345 |
| 2a | Evito di coinvolgermi in relazioni sentimentali                             | 12345 |
| 3a | Mi viene difficile condividere con gli altri ciò che provo                  | 12345 |
| 4a | Mi viene difficile fidarmi degli altri                                      | 12345 |
| 5a | Sono sempre sospettoso, anche con persone che conosco da tempo              | 12345 |
| 6a | Quando sono innamorato temo di essere abbandonato                           | 12345 |

### **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 | 12345 |
| 2b | Gli altri evitano di coinvolgersi in relazioni sentimentali con me                                                  | 12345 |
| 3b | Gli altri hanno difficoltà a condividere ciò che provano con me                                                     | 12345 |
| 4b | Gli altri hanno difficoltà a fidarsi di me                                                                          | 12345 |
| 5b | Gli altri sono sempre sospettosi con me, anche coloro che mi conoscono da tempo                                     | 12345 |
| 6b | Quando qualcuno è innamorato di me, teme di essere abbandonato                                                      | 12345 |

## **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

## **Il Cambiamento nel Processo PIREP**

Il cambiamento terapeutico nella PIREP è un processo di reintegrazione neuropsicocorporea della sicurezza, in cui la mente, il corpo e la relazione tornano a dialogare dopo la frammentazione prodotta dal trauma e dalla disregolazione. Dal corpo difensivo e frammentato che reagisce alla minaccia percepita, al corpo che sente, rappresenta e si affida. Dalla sopravvivenza autonoma alla presenza incarnata, capace di regolare gli stati affettivi e di mentalizzare l'esperienza fisiologica e relazionale.

Il cambiamento nella PIREP è il passaggio dalla disconnessione all'auto-regolazione e alla co-regolazione, dalla chiusura difensiva alla fiducia implicita in se stessi e nel legame.





## Cambiamenti attesi nel Processo PIREP

| Area del cambiamento                                                                    | Processo terapeutico PIREP                                                                                                                                                                 | Dal... (stato iniziale di disregolazione)                                                                                   | Al... (stato integrato e regolato)                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Regolazione emotiva e neurocezione di sicurezza                                      | Promuovere la modulazione degli stati affettivi e neurofisiologici attraverso la mentalizzazione della disregolazione emotiva e psicosomatica e favorire la co-regolazione interpersonale. | Reattività autonoma, allerta cronica, disregolazione della neurocezione, paura implicita del contatto nell'ingaggio sociale | Modulazione dell'arousal, fiducia incarnata, neurocezione di sicurezza.                         |
| 2. Integrazione mente-corpo-relazione (Agency)                                          | Ricostruire la continuità tra esperienze somatiche, vissuti emotivi e rappresentazioni mentali.                                                                                            | Scissione tra corpo e mente, perdita di agency e senso di sé.                                                               | Sé incarnato, coerente, autoregolato e capace di azione intenzionale. ( <i>Agency</i> )         |
| 3. Trasformazione delle difese dissociative nel funzionamento interpersonale (Intimacy) | Riconoscere, accogliere e integrare le parti scisse e i vissuti traumatici relazionali                                                                                                     | Difese dissociative, chiusura relazionale, evitamento dell'intimità.                                                        | Capacità di contatto con sé e con l'altro, fiducia e connessione affettiva. ( <i>Intimacy</i> ) |
| 4. Alleanza terapeutica e riparazione dell'attaccamento                                 | Creare nel setting un contesto sicuro che riattivi il sistema ventrovagale. Dal sistema di attaccamento chiuso al sistema di attaccamento aperto.                                          | Sfida relazionale, sfiducia, transfert e test come riedizioni del trauma.                                                   | Fiducia nella relazione, esperienze correttive di auto-regolazione, sicurezza e co-regolazione. |
| 5. Mentalizzazione e Theory of Mind integrata                                           | Mentalizzazione del Sabotatore Interno. Sviluppare comprensione incarnata degli stati propri e altrui.                                                                                     | Ruminazione, pensiero persecutorio, autosabotante o dissociato.                                                             | Mentalizzazione incarnata, pensiero riflessivo e regolato nell'Agency e nell' <i>Intimacy</i>   |
| 6. Benessere psicosomatico e simbolizzazione                                            | Facilitare la trasformazione dei sintomi corporei in vissuti emotivi e relazionali.                                                                                                        | Somatizzazione, linguaggio corporeo non mentalizzato, <i>Disembodiment</i> .                                                | Simbolizzazione affettiva, corpo come luogo di senso e connessione, <i>Embodiment</i> .         |

## La prospettiva tomista e la mente incarnata: nulla è nell'intelletto che non sia stato nel corpo

***“Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu”***,

cioè: “Nulla è nell'intelletto che prima non sia stato nei sensi.”

È un principio cardine dell'empirismo aristotelico-tomista, ripreso poi da John Locke.

Significa che ogni conoscenza nasce dall'esperienza sensibile: l'intelletto umano non possiede idee innate, ma elabora le informazioni che riceve attraverso i sensi, astraendone i concetti universali.

Tommaso d'Aquino, tuttavia, aggiungeva una precisazione decisiva:

*“Nisi ipse intellectus”* — “tranne l'intelletto stesso”.

Questa clausola sottolinea che, pur provenendo tutto dai sensi, la facoltà intellettuale come principio attivo della conoscenza non deriva dai sensi: è l'intelletto che dà forma e significato ai dati sensoriali.

### **La conoscenza come esperienza incarnata nella PIREP**

Nella prospettiva della Psicoterapia Integrata della Regolazione Emotiva e Psicosomatica (PIREP), questo principio aristotelico-tomista può essere reinterpretato alla luce delle neuroscienze affettive e della teoria polivagale come affermazione della continuità tra corpo, emozione e mente.



### **1. Dal senso all'intelletto: la mente come traduzione dell'esperienza corporea**

Ogni rappresentazione mentale nasce da un'esperienza corporea vissuta.

Le informazioni sensoriali (interocettive, propriocettive, viscerali e sensoriali esterne) vengono elaborate dal sistema nervoso autonomo e integrate nei circuiti limbici e corticali, dando origine a uno schema incarnato dell'esperienza.

Nell'ottica PIREP: il corpo è la prima forma di conoscenza, il luogo in cui l'esperienza si imprime come regolazione o disregolazione dell'arousal, sicurezza o minaccia;

l'intelletto è il risultato di una progressiva mentalizzazione incarnata, in cui le sensazioni diventano emozioni, e le emozioni si trasformano in pensieri, significati e sentimenti espressi nella comunicazione e nel linguaggio.

### **2. “Nisi ipse intellectus”: il cervello come organo di integrazione**

L'aggiunta tomista “*tranne l'intelletto stesso*” può essere vista oggi come l'equivalente neurobiologico delle reti integrative superiori — in particolare la Default Mode Network e la rete della Theory of Mind, che consentono di:

riflettere sugli stati interni propri e altrui, costruire una continuità narrativa, regolare le emozioni attraverso la consapevolezza.

L'intelletto, in termini neuropsicologici, non è un semplice “ricettore” dei sensi, ma un *sistema regolativo che trasforma l'esperienza corporea in significato*.

### 3. Dalla percezione alla regolazione: una lettura PIREP

| Livello          | Processo                              | Correlato neurofisiologico                               | Funzione terapeutica nella PIREP                                       |
|------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Sensazione       | Registrazione corporea pre-riflessiva | Sistema nervoso autonomo, insula, tronco encefalico      | Riconoscere i segnali di sicurezza/minaccia (neurocezione)             |
| Emozione         | Risonanza affettiva incarnata         | Sistema limbico, amigdala, corteccia cingolata           | Promuovere l'auto-regolazione attraverso la co-regolazione terapeutica |
| Rappresentazione | Mentalizzazione incarnata             | DMN, corteccia prefrontale, ToM network                  | Trasformare il sentire in significato                                  |
| Sentimento       | Integrazione narrativa                | Funzioni esecutive, linguaggio, corteccia orbitofrontale | Ricostruire un Sé narrativo coerente e regolato                        |

### 4. La clinica PIREP come “ritorno ai sensi”

La psicoterapia, nella prospettiva PIREP, *riattiva il percorso sensoriale interrotto*: aiuta il paziente a ritrovare il legame tra il corpo che sente e la mente che comprende, tra il tono vagale e la parola che lo rappresenta. L'intelletto terapeutico, dunque, nasce dal corpo che si lascia sentire.

*Nulla è nella mente che non sia prima passato attraverso la carne, la voce, il respiro, la relazione.*

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*

