

PIREP

PSICOTERAPIA INTEGRATA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA

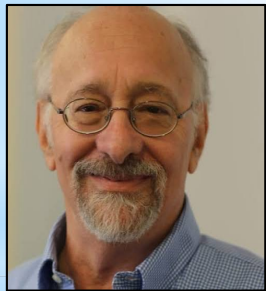
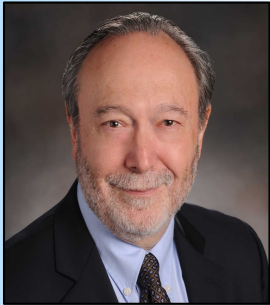
Il processo diagnostico, la definizione degli obiettivi e il contratto terapeutico

webinar 07.04.2026

VINCENZO CARETTI
ANDREA FONTANA
ADRIANO SCHIMMENTI
GIOVANBATTISTA DI CARLO
ALESSIO GORI

ALLEANZA TERAPEUTICA E PROCESSO DIAGNOSTICO

IL TERAPEUTA CHE REGOLA LA NEUROCEZIONE E SI CONNETTE CON L'EMISFERO DESTRO NEL PROCESSO DIAGNOSTICO



1. STATO DEL TERAPEUTA
Regolazione della neurocezione
Presenza incarnata
Regolazione autonoma
Controtransfert somatico



2. NEUROCEZIONE DEL PAZIENTE
Sicurezza / Pericolo
Segnali impliciti
Attivazione difensiva



3. CANALI EMISFERO DESTRO
Sguardo
Voce
Postura
Timing



4. CO-REGOLAZIONE
Sincronizzazione
Risonanza
Rêverie clinica



5. EFFETTO TERAPEUTICO
Riduzione minaccia
Sicurezza
Integrazione
Mentalizzazione
Connessione

Nella PIREP il processo diagnostico privilegia la comunicazione implicita, affettiva e corporea, coinvolgendo i sistemi neurobiologici dell'emisfero destro responsabili della regolazione emotiva, della sintonizzazione relazionale e della percezione della sicurezza.

In questo approccio, il processo diagnostico avviene principalmente attraverso la **co-regolazione non verbale**, più che tramite la sola competenza valutativa, cognitivo-verbale esplicita.

Il terapeuta non fa diagnosi → offre un sistema nervoso regolato al servizio della costruzione dell'alleanza terapeutica e della motivazione del paziente a condividere gli obiettivi della psicoterapia

PROCESSO DIAGNOSTICO E ALLEANZA TERAPEUTICA

La diagnosi nasce nella relazione: non è solo raccolta di informazioni

È un processo che avviene nel campo intersoggettivo

Si costruisce attraverso la co-regolazione tra terapeuta e paziente

L'alleanza come processo incarnato

Non è solo accordo → è esperienza regolativa

Terapeuta e paziente modulano insieme:

arousal

presenza

distanza/vicinanza

Dalla neurocezione di allarme → alla sicurezza

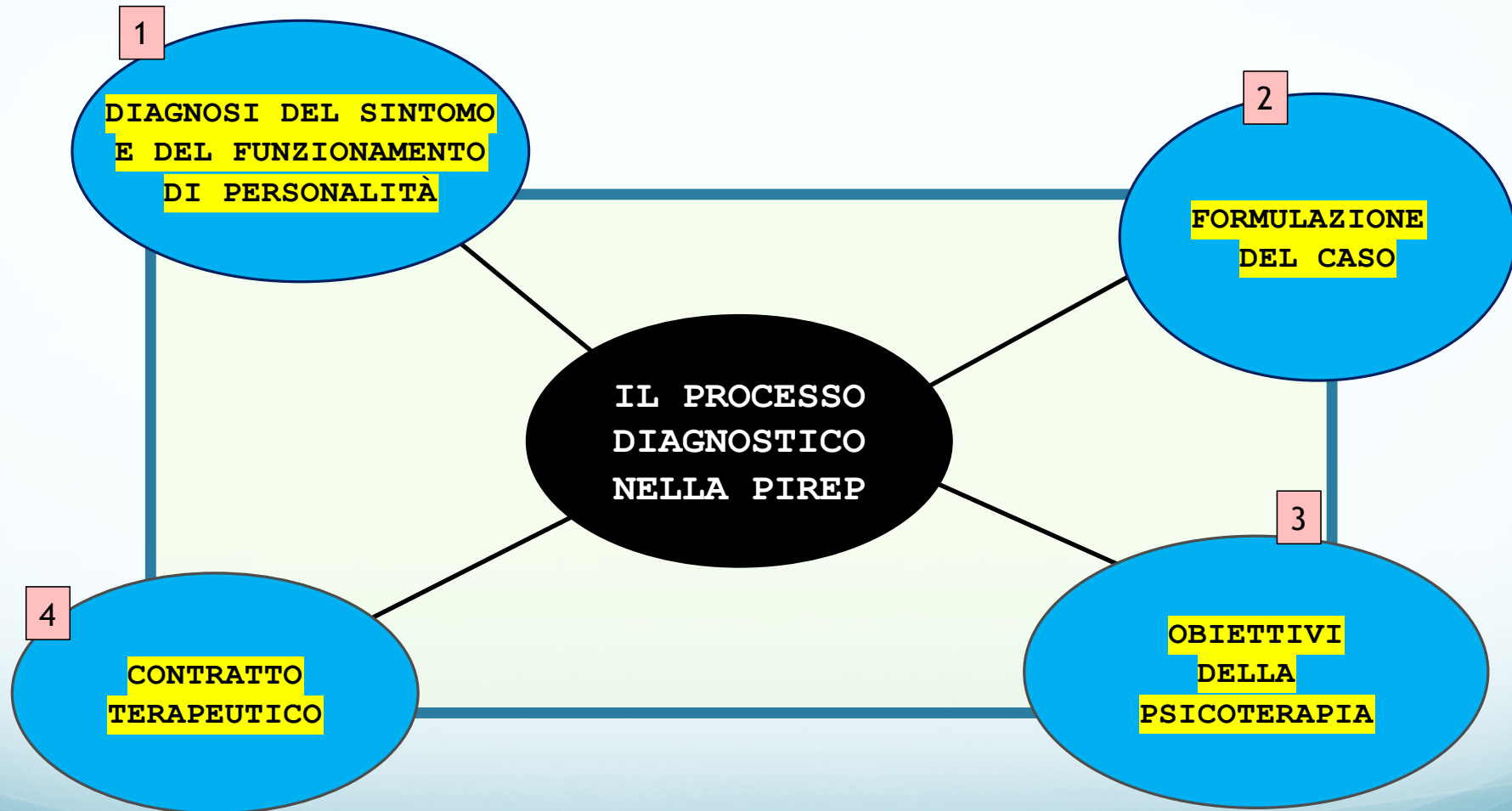
➡ **Neurocezione di minaccia → Neurocezione di sicurezza**

➡ **Fiducia → Connessione → Mentalizzazione**

Corpo e mente nell'alleanza → Il corpo fonda la sicurezza implicita →

La mente costruisce il significato condiviso

La diagnosi non precede la relazione: emerge fin dall'inizio dentro la relazione



■ COSA È LA DIAGNOSI NELLA PIREP?

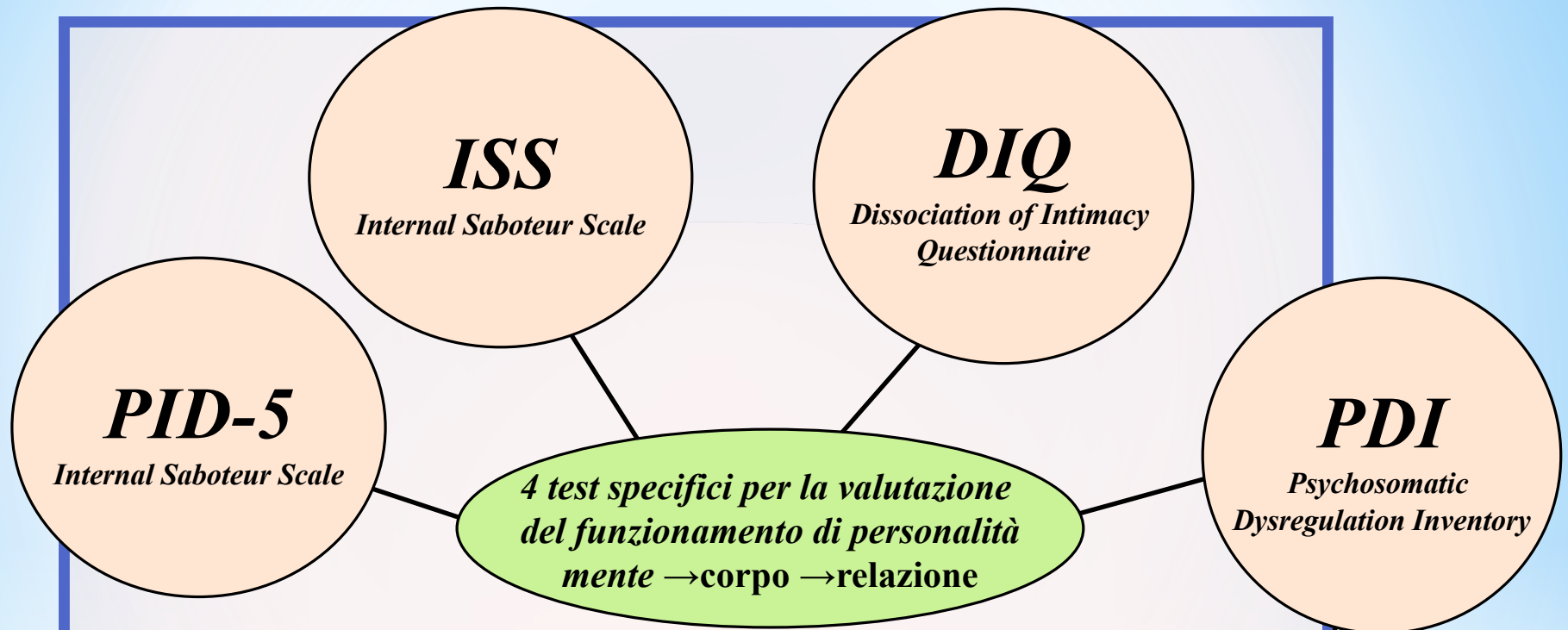
La diagnosi non è una classificazione, ma un processo

Nel modello PIREP, la diagnosi è:

- Un processo dinamico e relazionale (regolazione del terapeuta nel processo diagnostico)
- Una lettura integrata di corpo → mente → relazione
- Una valutazione dello stato di regolazione/disregolazione del sistema nervoso
- Un'osservazione della neurocezione (sicurezza vs minaccia)
- Un'analisi degli schemi relazionali disfunzionali e della dissociazione dell'intimità
- Una comprensione del dialogo interno (Sabotatore Interno)

In sintesi : la diagnosi PIREP = comprendere come il paziente si regola, si difende e si relaziona

Non diagnosticiamo un disturbo, ma un modo di funzionare del sistema mente → corpo → relazione



PID-5 – *Personality Inventory for DSM-5*
Valuta 5 domini e 24 tratti specifici di personalità

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)

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

PDI – *Psychosomatic Dysregulation Inventory*
Valuta i disturbi psicosomatici, le alterazioni dell'immagine corporea, il disagio nella sessualità, la disregolazione della neurocezione di sicurezza espressa nei sintomi somatici

FORMULAZIONE DEL CASO

Una lettura integrata di mente → corpo → relazione

La formulazione del caso in PIREP consiste in:

- Un'integrazione tra livelli diversi dell'esperienza (mente → corpo → relazione)**
- Un processo dinamico in una prospettiva evolutiva, non una fotografia statica**
- Una mappa del funzionamento del paziente nel qui-e-ora**

3 assi fondamentali per la formulazione del caso

1. MENTE (top-down)

- Rappresentazioni del Sé e dell'altro
- Mentalizzazione / ToM
- Dialogo interno (sabotatore)

2. CORPO (bottom-up)

- Stato autonomico (iperattivazione / collasso)
- Segnali somatici e sintomi
- Pattern di regolazione/disregolazione nel linguaggio non verbale

3. RELAZIONE (campo intersoggettivo)

- Neurocezione della sicurezza
- Pattern di attaccamento/separazione
- Dissociazione dell'intimità
- Dinamiche transfert–controtransfert

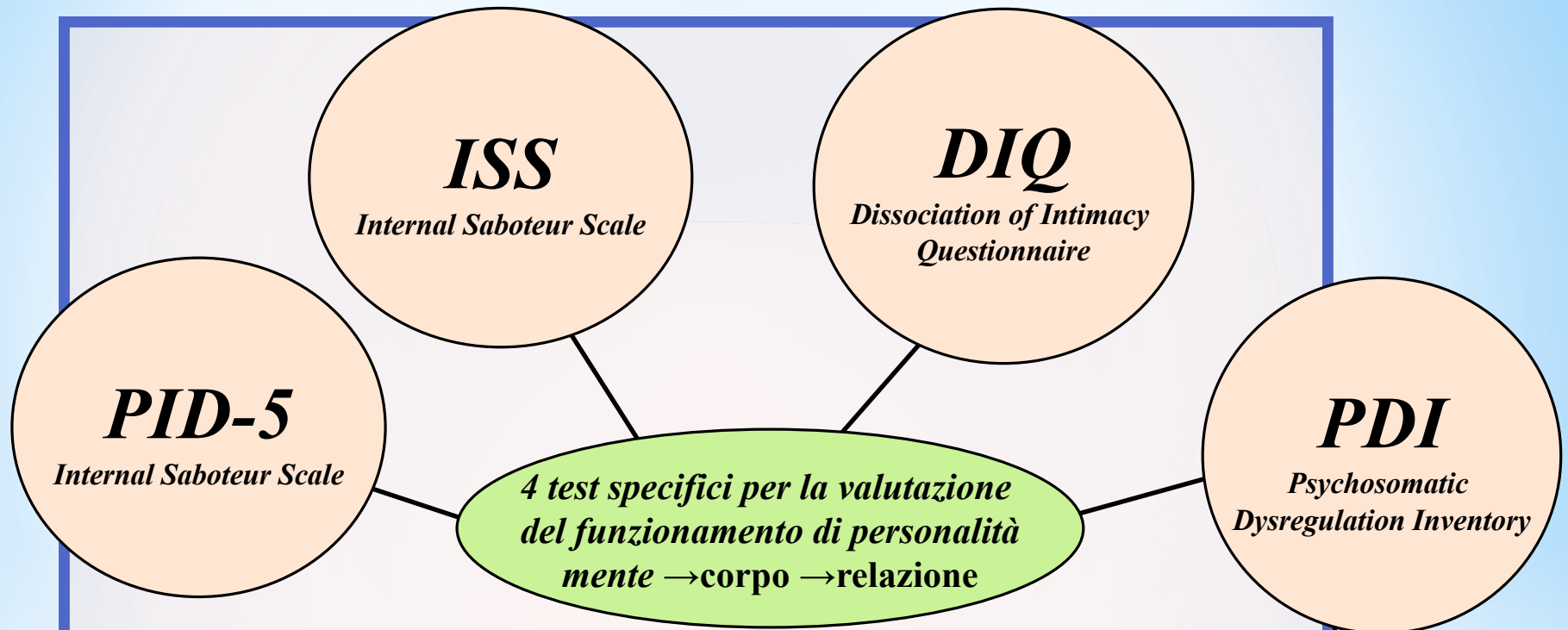
FORMULAZIONE DEL CASO

Una lettura integrata di mente → corpo → relazione

In sintesi:

Formulare il caso = comprendere come la mente, il corpo e gli schemi relazionali appresi co-costruiscono la sofferenza del paziente.

Non integriamo i dati, ma livelli di esperienza mente → corpo → relazione che nel paziente sono dissociati



PID-5 – *Personality Inventory for DSM-5*
Valuta 5 domini e 24 tratti specifici di personalità

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)

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

PDI – *Psychosomatic Dysregulation Inventory*
Valuta i disturbi psicosomatici, le alterazioni dell'immagine corporea, il disagio nella sessualità, la disregolazione della neurocezione di sicurezza espressa nei sintomi somatici

STRUMENTI DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA PIREP

- 1) **SCID-5 AMPD** : intervista per la valutazione dimensionale del funzionamento di personalità e del grado di compromissione di: *Identità-Autodirezionalità-Empatia-Intimità (lieve, moderato, grave, estremo)*. I punteggi elevati vengono letti non solo come sintomi ma come strategie di difesa, come espressione implicita della disregolazione neurocettiva che ha avuto esordio nel sistema di attaccamento.
- 2) **PID-5** : per la valutazione dimensionale di **5** domini prevalenti nel funzionamento di personalità (*Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione, Psicoticismo*) e di **25** tratti specifici di personalità. I punteggi elevati vengono letti non solo come sintomi ma come strategie di difesa, come espressione implicita della disregolazione neurocettiva traumatica.
- 3) **PDI** : per la valutazione della presenza di sintomi funzionali, di distorsioni dell'immagine corporea e della sessualità, i punteggi elevati vengono letti come espressione della disregolazione della neurocezione di sicurezza.
- 4) **DIQ** : per la valutazione della Dissociazione dell'Intimacy attraverso **5** fattori del disagio nelle relazioni intime: 1) *Barriere alla vicinanza*; 2) *Sfiducia relazionale*; 3) *Distacco fisico*; 4) *Sintonizzazione sociale disfunzionale*; 5) *Disincarnazione sessuale*. I punteggi elevati vengono letti non solo come sintomi ma come strategie di difesa, come espressione implicita della disregolazione neurocettiva traumatica appresa nell'intimità.
- 5) **ISS** : per la valutazione del dialogo interno DMN/ToM e delle rappresentazioni interiorizzate di sé e degli altri, della presenza del Sabotatore Interno dell'autostima (*agency*) e della fiducia relazionale (*intimacy*). **4** fattori dell'auto-sabotaggio: 1) *Negative relational expectations*; 2) *Self devaluation*; 3) *Rumination*; 4) *Internal destructiveness*. I punteggi elevati vengono letti non solo come sintomi ma come strategie di difesa, come espressione implicita della disregolazione neurocettiva traumatica nello sviluppo del self.

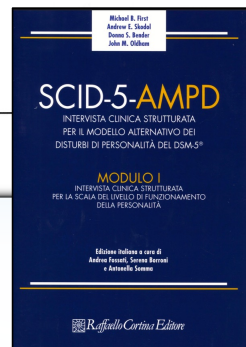
LA VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO DI PERSONALITA' CON LA SCID-5 AMPD del DSM-5

SE'

INTERPERSONALE

Livello di compromissione	Sé		Interpersonale	
	Identità	Autodirezionalità	Empatia	Intimità
3 – Grave compromissione	<p>Ha un debole senso di autonomia/di sé come agente; prova una mancanza di identità, o il vuoto. I confini fra sé e gli altri sono scarsi o rigidi; può mostrare iperidentificazione con gli altri, eccessiva indipendenza, o oscillare tra questi estremi.</p> <p>La sua fragile autostima è facilmente influenzata dagli eventi e l'immagine di sé manca di coerenza. La valutazione di sé non ha sfumature: prova disgusto di sé, si sente esageratamente importante, o un' illogica, irrealistica combinazione di questi estremi.</p> <p>Le emozioni possono essere rapidamente mutevoli o esservi un cronico, irriducibile sentimento di disperazione.</p>	<p>Ha difficoltà a stabilire e/o conseguire obiettivi personali.</p> <p>Gli standard interni di comportamento sono vaghi o contraddittori. La vita è vissuta come priva di significato o pericolosa.</p> <p>La capacità di riflettere sui propri processi mentali e di non comprenderli è compromessa in modo significativo.</p>	<p>La capacità di considerare e comprendere i pensieri, i sentimenti e il comportamento di altre persone è notevolmente limitata; può riconoscere aspetti molto specifici delle esperienze altrui, in particolare vulnerabilità e sofferenze.</p> <p>Generalmente non è in grado di prendere in considerazione il punto di vista di altre persone; si sente fortemente minacciato da divergenze di opinioni o punti di vista alternativi.</p> <p>È confuso o inconsapevole dell'impatto delle proprie azioni sugli altri; è frequentemente disorientato rispetto a pensieri e azioni delle persone, attribuendo loro, spesso ed erroneamente, intenti distruttivi.</p>	<p>Ha qualche desiderio di stabilire relazioni sociali e ha una vita privata, ma la capacità di avere legami positivi e duraturi è significativamente compromessa.</p> <p>Le relazioni sono basate su una forte convinzione di aver assolutamente bisogno dell'affetto dell'altro/altri e/o sul timore di essere abbandonato o maltrattato. I sentimenti verso l'intimo coinvolgimento con gli altri si alternano tra la paura/rifuto e il disperato desiderio di legame.</p> <p>Poca reciprocità: gli altri sono concepiti soprattutto in relazione all'impatto (negativo o positivo) che hanno su di sé; gli sforzi di collaborazione sono spesso interrotti a causa della percezione di offese da parte degli altri.</p>

902 Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità



Valutare 5 domini e 25 tratti specifici di personalità con il PID-5

Inventario di personalità per il DSM-5 (PID-5) – Adulto

Nome: _____ Età: _____ Sesso: Maschio Femmina Data: _____

Istruzioni: Questo è un elenco di affermazioni che persone differenti potrebbero fare a proposito di loro stesse. Siamo interessati a sapere in quale modo lei si descriverebbe. Non ci sono risposte "giuste" o "sbagliate". Quindi, cerchi di descriversi nel modo più sincero possibile; considereremo le sue risposte confidenziali. La invitiamo a usare tutto il tempo che le è necessario e a leggere attentamente ciascuna affermazione, scegliendo la risposta che la descrive nel modo migliore.

	Sempre o spesso falso	Talvolta o abbastanza falso	Talvolta o abbastanza vero	Sempre o spesso vero	Punteggio Item
1. Non traggo così tanto piacere dalle cose come gli altri sembrano trarne.	0	1	2	3	
2. Un sacco di gente ce l'ha con me.	0	1	2	3	
3. La gente mi descriverebbe come spericolato/a.	0	1	2	3	
4. Mi sento come se agissi completamente d'impulso.	0	1	2	3	
5. Spesso ho idee che sono troppo insolite per poterle spiegare a chiunque.	0	1	2	3	
6. Perdo il filo del discorso perché altre cose catturano la mia attenzione.	0	1	2	3	
7. Evito le situazioni rischiose.	0	1	2	3	
8. Quando si arriva alle mie emozioni, la gente mi dice che sono "freddo/a come il marmo".	0	1	2	3	
9. Modifico quello che faccio in base a quello che vogliono gli altri.	0	1	2	3	
10. Preferisco non entrare troppo in intimità con le persone.	0	1	2	3	
11. Spesso do inizio a scontri fisici.	0	1	2	3	

A cura del clinico

**5 DOMINI
25 TRATTI**



- 1) **Affettività negativa**
- 2) **Distacco**
- 3) **Antagonismo**
- 4) **Disinibizione**
- 5) **Psicoticismo**

2 Versioni del PID-5

- 1) **Adulti (100 items)**
- 2) **Adolescenti (100 items)**

25 TRATTI DI PERSONALITÀ

Inventario di personalità per il DSM-5 (PID-5) – Adulto

Nome: _____ Età: _____ Sesso: Maschio Femmina Data: _____

Istruzioni: Questo è un elenco di affermazioni che persone differenti potrebbero fare a proposito di loro stesse. Siamo interessati a sapere in quale modo lei si descriverebbe. Non ci sono risposte "giuste" o "sbagliate". Quindi, cerchi di descriversi nel modo più sincero possibile, considerando le sue risposte confidenziali. La invitiamo a usare tutto il tempo che le è necessario e a leggere attentamente ciascuna affermazione, scegliendo la risposta che la descrive nel modo migliore.

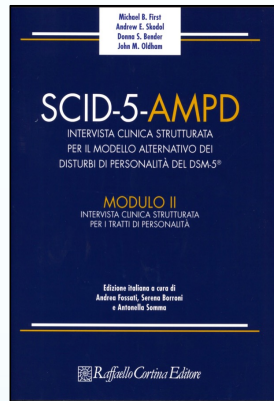
	Sempre o spesso falso	Talvolta o abbastanza falso	Talvolta o abbastanza vero	Sempre o spesso vero	Punteggio Item
1. Non traggo così tanto piacere dalle cose come gli altri sembrano trarne.	0	1	2	3	
2. Un sacco di gente ce l'ha con me.	0	1	2	3	
3. La gente mi descriverebbe come spericolato/a.	0	1	2	3	
4. Mi sento come se agissi completamente d'impulso.	0	1	2	3	
5. Spesso ho idee che sono troppo insolite per poterle spiegare a chiunque.	0	1	2	3	
6. Perdo il filo del discorso perché altre cose catturano la mia attenzione.	0	1	2	3	
7. Evito le situazioni rischiose.	0	1	2	3	
8. Quando si arriva alle mie emozioni, la gente mi dice che sono "freddo/a come il marmo".	0	1	2	3	
9. Modifico quello che faccio in base a quello che vogliono gli altri.	0	1	2	3	
10. Preferisco non entrare troppo in intimità con le persone.	0	1	2	3	
11. Spesso do inizio a sentirmi felice.	0	1	2	3	

**PID-5
5 DOMINI
25 TRATTI**

dei disturbi di personalità del DSM-5

Domini e aspetti (Opposte polarità)	Definizioni
Affettività negativa (vs. Stabilità emotiva)	Esperienze frequenti e intense di alti livelli di una vasta gamma di emozioni negative (per es., ansia, depressione, senso di colpa/vergogna, preoccupazione, rabbia) e delle relative manifestazioni comportamentali (per es., autolesività) e interpersonali (per es., dipendenza).
Labilità emotiva	Instabilità delle esperienze emotive e dell'umore; le emozioni, che insorgono facilmente, sono intense e/o sproporzionate rispetto a eventi e circostanze.
Ansia	Sensazioni di nervosismo, tensione o panico in reazione a differenti situazioni; frequente preoccupazione per gli effetti negativi delle passate esperienze spiacevoli e le eventualità negative future; sensazioni di timore e apprensione in situazioni di incertezza, prospettando il peggio.
Angoscia di separazione	Timore di rimanere soli a causa del rifiuto da parte di – e/o della separazione da – figure significative, che nasce da una mancanza di fiducia nelle proprie capacità di prendersi cura di se stessi, sia fisicamente che emotivamente.
Sottomissione	Adattamento del proprio comportamento a interessi e desideri, reali o presunti, di altre persone, anche quando ciò è antitetico ai propri interessi, bisogni o desideri.
Ostilità	Sentimenti di rabbia persistenti o frequenti; rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto; comportamento meschino, malevolo o vendicativo. <i>Si veda</i> anche Antagonismo.
Perseverazione	Persistenza in un'attività o in un particolare modo di fare le cose molto più a lungo di quanto risulti funzionale o efficace; continuare nello stesso comportamento nonostante ripetuti fallimenti o palesi motivi per interromperlo.
Depressività	<i>Si veda</i> Distacco.
Sospettosità	<i>Si veda</i> Distacco.
Affettività ridotta (mancanza di)	La <i>mancanza</i> di questo aspetto caratterizza i <i>bassi livelli</i> di Affettività negativa. <i>Si veda</i> Distacco per la definizione di questo aspetto.
Distacco (vs. Estroversione)	Evitamento dell'esperienza socioemotiva, comprendente sia il ritiro dalle interazioni interpersonali (che vanno da quelle casuali quotidiane ai rapporti di amicizia, alle relazioni affettive) sia ridotta capacità di provare ed esprimere gli affetti, in particolare limitata capacità di provare piacere.
Ritiro	Preferenza per il restare da soli piuttosto che con gli altri; reticenza nelle situazioni sociali; evitamento di contatti e di attività sociali; mancanza di iniziativa nel contatto sociale.
Evitamento dell'intimità	Evitamento di relazioni intime o affettive, di stretti legami interpersonali e di relazioni sessuali.
Anedonia	Incapacità di trarre godimento da/ impegnarsi in/ o trovare l'energia per le esperienze della vita; deficit nella capacità di provare piacere o interesse per le cose.
Depressività	Sentimenti di scoraggiamento, infelicità e/o mancanza di speranza; difficoltà nel riprendersi da tali stati d'animo; pessimismo circa il futuro; vergogna e/o senso di colpa pervasivi; sentimenti di scarsa autostima; pensieri di suicidio e comportamento suicidario.

PID-5
5 DOMINI
25 TRATTI



Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità 905

Domini e aspetti (Opposte polarità)	Definizioni
Affettività ridotta	Scarsa reazione a situazioni emotivamente eccitanti; ridotta capacità di provare ed esprimere le emozioni; indifferenza e freddezza nelle situazioni comunemente coinvolgenti.
Sospettosità	Attesa di – e sensibilità ai – segni di malevolenza o aggressività interpersonale; dubbi sulla lealtà e la fedeltà degli altri; sensazione di essere maltrattati, usati e/o perseguitati dagli altri.
Antagonismo (vs. Disponibilità)	Comportamenti che mettono l'individuo in contrasto con le altre persone, tra cui un esagerato senso della propria importanza e una concomitante aspettativa di essere trattati in modo speciale, così come una insensibile mancanza di empatia verso gli altri, che comprende sia l'incoscienza degli altrui bisogni sia la tendenza a usare gli altri in funzione del proprio vantaggio.
Manipolatorietà	Uso del sotterfugio per influenzare o controllare gli altri; uso di seduzione, fascino, loquacità o piaggeria per raggiungere i propri fini.
Inganno	Disonestà e frodolenzia; fuorviante presentazione di sé; esagerazione o invenzione di eventi nel racconto.
Grandiosità	Convizione di essere superiori agli altri e meritare un trattamento speciale; egocentrismo; sentimenti di "tutto è dovuto"; "degnazione" verso gli altri.
Ricerca di attenzione	Impegnarsi in comportamenti mirati a farsi notare e mettersi al centro dell'attenzione e dell'ammirazione altrui.
Insensibilità	Mancanza di preoccupazione per i sentimenti o i problemi altrui; mancanza di senso di colpa o di rimorso per gli effetti negativi o dannosi delle proprie azioni sugli altri.
Ostilità	Si veda Affettività negativa.
Disinibizione (vs. Coscienziosità)	Orientamento verso la gratificazione immediata, che porta a comportamenti impulsivi guidati da pensieri, sentimenti e stimoli esterni attuali, senza riguardo per l'esperienza passata o considerazione delle conseguenze future.
Irresponsabilità	Disinteresse per – e mancanza nell'onorare – obblighi o impegni finanziari e di altro genere; inadempienza nel rispettare – e nel portare a termine – accordi e promesse; incuria verso la proprietà altrui.
Impulsività	Agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea, senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà a formulare e seguire piani; senso di urgenza e comportamento autolesivo se sottoposti a stress emotivo.
Distraibilità	Difficoltà di concentrazione e di focalizzazione sui compiti; l'attenzione è facilmente deviata da stimoli estranei; difficoltà a mantenere un comportamento finalizzato, che comprende sia la pianificazione che l'esecuzione di compiti.
Tendenza a correre rischi	Intraprendere attività pericolose, rischiose e potenzialmente dannose per sé, senza necessità e senza preoccuparsi delle conseguenze; noncuranza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona; sconsiderato perseguimento di obiettivi, indipendentemente dal loro livello di rischio.
Perfezionismo rigido (mancanza di)	Rigida ostinazione sul fatto che qualsiasi cosa debba essere impeccabile, perfetta e senza errori o difetti, incluse le prestazioni proprie e altrui; rinuncia alla tempestività per garantire la correttezza in ogni dettaglio; convinzione dell'esistenza di un'unica modalità corretta di fare

Inventario di personalità per il DSM-5 (PID-5) – Adulto

Nome: _____ Età: _____ Sesso: Maschio Femmina Data: _____

Istruzioni: Questo è un elenco di affermazioni che persone differenti potrebbero fare a proposito di loro stesse. Siamo interessati a sapere in quale modo lei si descriverebbe. Non ci sono risposte "giuste" o "sbagliate". Quindi, cerchi di descriversi nel modo più sincero possibile; considereremo le sue risposte confidenziali. La invitiamo a usare tutto il tempo che le è necessario e a leggere attentamente ciascuna affermazione, scegliendo la risposta che la descrive nel modo migliore.

	Sempre o spesso falso	Talvolta o abbastanza falso	Talvolta o abbastanza vero	Sempre o spesso vero	Punteggio Item	A cura del clinico
1. Non traggio così tanto piacere dalle cose come gli altri sembrano trarne.	0	1	2	3		
2. Un sacco di gente ce l'ha con me.	0	1	2	3		
3. La gente mi descriverebbe come spericolato/a.	0	1	2	3		
4. Mi sento come se agissi completamente d'impulso.	0	1	2	3		
5. Spesso ho idee che sono troppo insolite per poterle spiegare a chiunque.	0	1	2	3		
6. Perdo il filo del discorso perché altre cose catturano la mia attenzione.	0	1	2	3		
7. Evito le situazioni rischiose.	0	1	2	3		
8. Quando si arriva alle mie emozioni, la gente mi dice che sono "freddo/a come il marmo".	0	1	2	3		
9. Modifico quello che faccio in base a quello che vogliono gli altri.	0	1	2	3		
10. Preferisco non entrare troppo in intimità con le persone.	0	1	2	3		
11. Spesso mi infuria a scopri i falsi.	0	1	2	3		



PID-5
5 DOMINI
25 TRATTI

Inventario di personalità per il DSM-5 (PID-5) - Adulto

Nome: _____ Età: _____ Sesso: Maschio Femmina Data: _____

Istruzioni: Questo è un elenco di affermazioni che persone differenti potrebbero fare a proposito di loro stesse. Siamo interessati a sapere in quale modo lei si descriverebbe. Non ci sono risposte "giuste" o "sbagliate". Quindi, cerchi di descriverci nel modo più sincero possibile, considerando le sue risposte confidenziali. La invitiamo a usare tutto il tempo che le è necessario e a leggere attentamente ciascuna affermazione, scegliendo la risposta che la descrive nel modo migliore.

	Sempre o spesso falso	Talvolta o abbastanza falso	Talvolta o abbastanza vero	Sempre o spesso vero	Punteggio Item	A cura del clinico
1. Non trappo così tanto piacere dalle cose come gli altri sentirebbero trarre.	0	1	2	3		
2. Un sacco di gente ca l'ha con me.	0	1	2	3		
3. La gente mi descriverebbe come sporcicchia.	0	1	2	3		
4. Mi sento come se agissi completamente d'impulso.	0	1	2	3		
5. Spesso ho idee che sono troppo insolite per poterle spiegare a chiunque.	0	1	2	3		
6. Perdo il filo del discorso perché altre cose catturano la mia attenzione.	0	1	2	3		
7. Evito le situazioni rischiose.	0	1	2	3		
8. Quando si arriva alle mie emozioni, la gente mi dice che sono "fredde" come il marmo".	0	1	2	3		
9. Modifico quello che faccio in base a quello che vogliono gli altri.	0	1	2	3		
10. Preferisco non entrare troppo in intimità con le persone.	0	1	2	3		
11. Spesso mi lamento e sento fastidio.	0	1	2	3		

906 Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità

Domini e aspetti (Opposte polarità)

Definizioni

Psicoticismo
(vs. Lucidità mentale)

Manifestazione di una vasta gamma di comportamenti e pensieri culturalmente incongruenti, bizzarri, eccentrici o insoliti, sia nei processi (per es., percezione, dissociazione) che nei contenuti (per es., convinzioni personali).

Convinzioni ed esperienze inusuali

Convinzione di possedere insolite capacità, come la lettura del pensiero, la telecinesi, la fusione pensiero-azione; insolite esperienze di realtà, tra cui quelle di tipo allucinatorio.

Eccentricità

Comportamento, aspetto e/o eloquio strani, inusuali o bizzarri; pensieri strani e imprevedibili; affermazioni insolite o inappropriate.

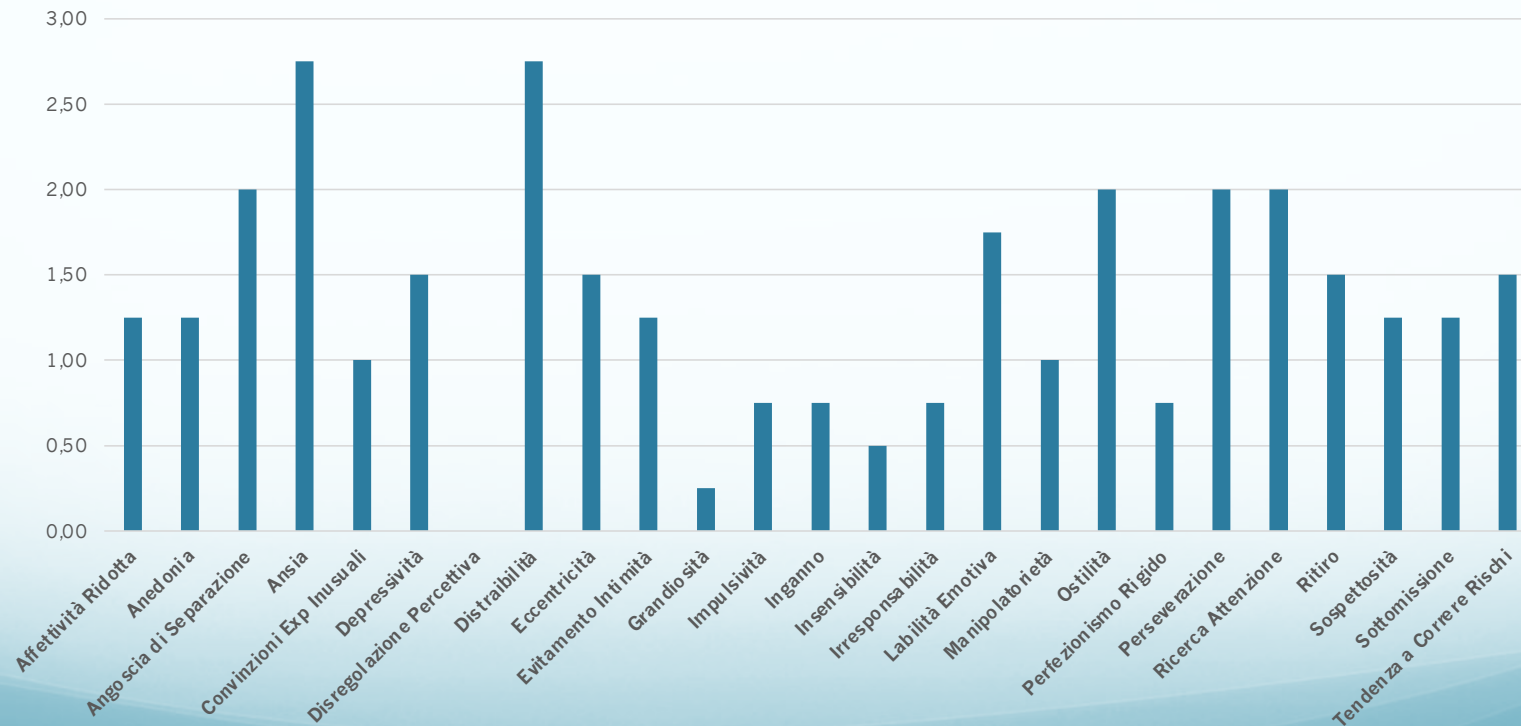
Disregolazione cognitiva e percettiva

Processi di pensiero ed esperienze strani o insoliti, tra cui depersonalizzazione, derealizzazione ed esperienze dissociative; esperienze di stati misti sonno-veglia; esperienze di controllo del pensiero.

PID- 5 (scoring)

25 tratti specifici di personalità

FACET DELLA PERSONALITA'



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)

4 fattori dell'auto-sabotaggio:

- 1) *Negative relational expectations;*
- 2) *Self devaluation;*
- 3) *Rumination;*
- 4) *Internal destructiveness.*

I punteggi elevati vengono letti non solo come sintomi ma come strategie di difesa, come espressione implicita della disregolazione neurocettiva traumatica.

IL SABOTATORE INTERNO E I SUOI DERIVATI



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

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

**COMPROMISSIONE DELLA
SINTONIZZAZIONE
INTERPERSONALE**

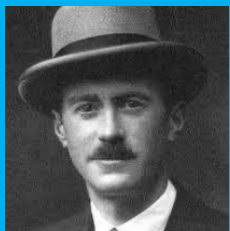
**PERDITA DELLA
SICUREZZA NEL
RITROVARSI DA SOLI,
NELLA SEPARAZIONE**

**SFIDUCIA RELAZIONALE
NELLA CONNESSIONE**

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

IL TRAUMA RELAZIONALE, IL SABOTATORE INTERNO E L'ORIGINE DELLA DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY

Il sabotatore interno come lo anti-libidico



W. RONALD D. FAIRBAIRN

**IO ANTI-LIBIDICO
ANTI-BONDER**

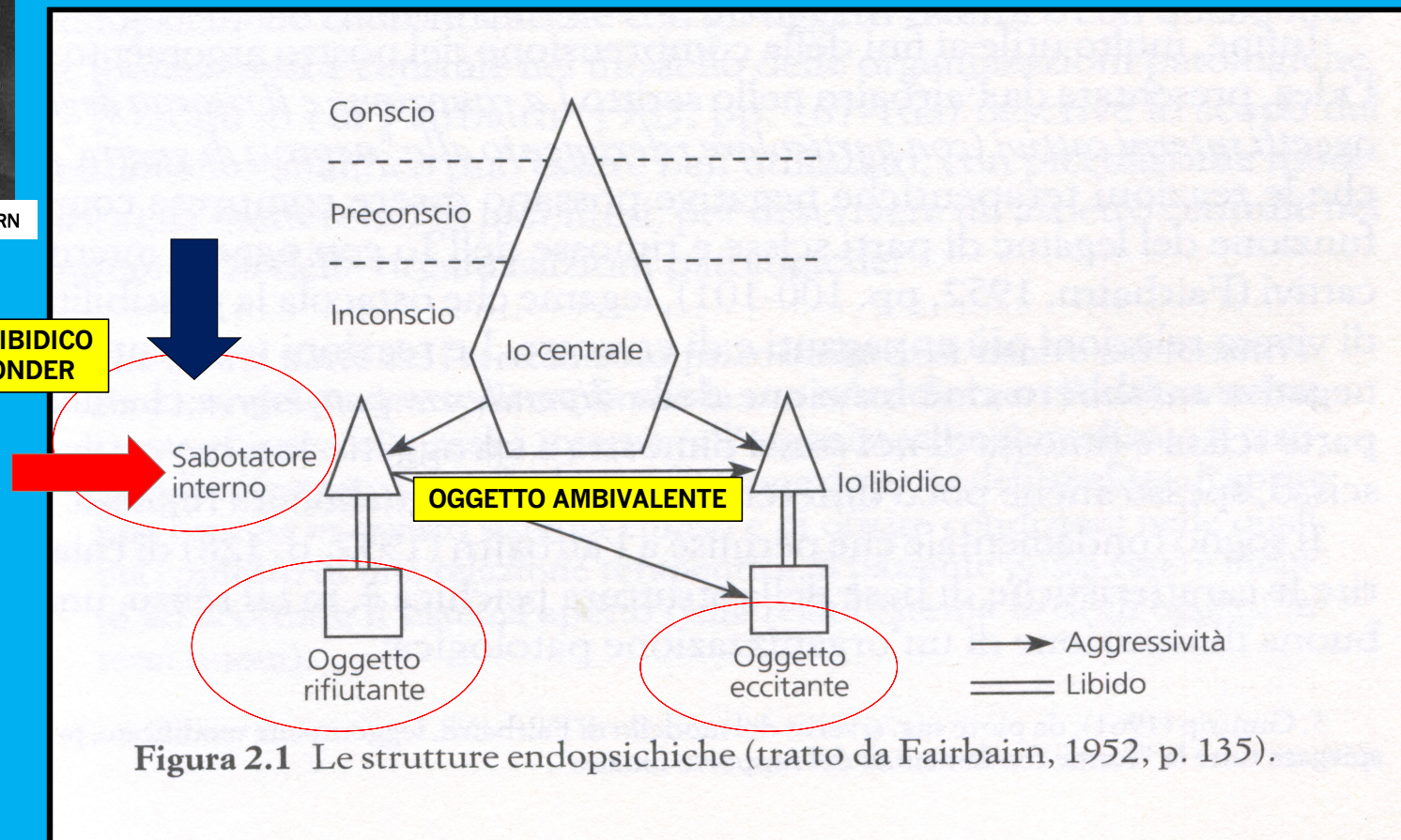


Figura 2.1 Le strutture endopsichiche (tratto da Fairbairn, 1952, p. 135).

**MANCANZA DI
CONTATTO FISICO**

**ESPERIENZE
TRAUMATICHE DI TRASCURATEZZA
ALLA BASE DELLA
DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY**

**MANCANZA DI
ESPERIENZE DI GIOCO
E DI
GIOCARRE INSIEME**

**CONFLITTI E ROTTURE
NELLE DINAMICHE FAMILIARI
SENZA RIPARAZIONI**

LA DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY

Dissociazione dell'Intimità:

compromissione del funzionamento di personalità caratterizzata da un processo difensivo mediante il quale l'individuo si disconnette dall'esperienza affettiva e relazionale profonda, al fine di preservare la continuità del Sé da vissuti traumatici non elaborati di vulnerabilità, colpa, vergogna o dalla minaccia implicita del legame.



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

b) Gli altri con me

1a	Nelle situazioni di intimità trovo difficoltà a parlare dei miei sentimenti	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	1b	Nelle situazioni di intimità ho l'impressione che gli altri abbiano difficoltà a parlare dei loro sentimenti con me	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2a	Evito di coinvolgermi in relazioni sentimentali	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	2b	Gli altri evitano di coinvolgersi in relazioni sentimentali con me	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3a	Mi viene difficile condividere con gli altri ciò che provo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	3b	Gli altri hanno difficoltà a condividere ciò che provano con me	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4a	Mi viene difficile fidarmi degli altri	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	4b	Gli altri hanno difficoltà a fidarsi di me	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5a	Sono sempre sospettoso, anche con persone che conosco da tempo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	5b	Gli altri sono sempre sospettosi con me, anche coloro che mi conoscono da tempo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6a	Quando sono innamorato temo di essere abbandonato	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	6b	Quando qualcuno è innamorato di me, temo di essere abbandonato	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 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

5 fattori del disagio nelle relazioni intime: 1) *Barriere alla vicinanza*; 2) *Sfiducia relazionale*; 3) *Distacco fisico*; 4) *Sintonizzazione sociale disfunzionale*; 5) *Disincarnazione sessuale*. I punteggi elevati vengono letti non solo come sintomi ma come strategie di difesa, come espressione implicita della disregolazione neurocettiva traumatica nell'intimità.

Dissociation of Intimacy Questionnaire (DIQ)

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

b) Gli altri con me

**BARRIERE
ALLA
VICINANZA**

**SFIDUCIA
RELAZIONALE**

**DISTACCO
FISICO**

1a	Nelle situazioni di intimità trovo difficoltà a parlare dei miei sentimenti	1 2 3 4 5	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
2a	Evito di coinvolgermi in relazioni sentimentali	1 2 3 4 5	2b	Gli altri evitano di coinvolgersi in relazioni sentimentali con me	1 2 3 4 5
3a	Mi viene difficile condividere con gli altri ciò che provo	1 2 3 4 5	3b	Gli altri hanno difficoltà a condividere ciò che provano con me	1 2 3 4 5
4a	Mi viene difficile fidarmi degli altri	1 2 3 4 5	4b	Gli altri hanno difficoltà a fidarsi di me	1 2 3 4 5
5a	Sono sempre sospettoso, anche con persone che conosco da tempo	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
6a	Quando sono innamorato temo di essere abbandonato	1 2 3 4 5	6b	Quando qualcuno è innamorato di me, temo di essere abbandonato	1 2 3 4 5
7a	In situazioni di intimità, ho difficoltà ad entrare in contatto fisico con l'altro	1 2 3 4 5	7b	In situazioni d'intimità, gli altri hanno difficoltà ad entrare in contatto fisico con me	1 2 3 4 5

DISTACCO FISICO

SINTONIZZAZIONE SOCIALE DISFUNZIONALE

DISINCARNAZIONE SESSUALE

8a	In situazioni di intimità fisica tendo a non essere del tutto presente	1 2 3 4 5	8b	In situazioni di intimità fisica con me, percepisco gli altri come non del tutto presenti	1 2 3 4 5
9a	Nei contesti che implicano vicinanza fisica, mi sento come se fossi distaccato	1 2 3 4 5	9b	Nei contesti che implicano vicinanza fisica, sento gli altri come se fossero distaccati	1 2 3 4 5
10a	In generale quando gli altri si divertono io mi annoio	1 2 3 4 5	10b	In generale ho l'impressione che gli altri si annoino quando io mi diverto	1 2 3 4 5
11a	Quando sono con gli altri mi sembra di essere uno spettatore estraneo di quello che succede	1 2 3 4 5	11b	Quando gli altri sono con me, li percepisco come se fossero degli spettatori estranei rispetto a ciò che succede	1 2 3 4 5
12a	Quando sono con gli altri non vedo l'ora di andarmene	1 2 3 4 5	12b	Quando gli altri sono con me è come se non vedessero l'ora di andarsene	1 2 3 4 5
13a	Nell'intimità sessuale mi capita di non sentire le mie sensazioni corporee	1 2 3 4 5	13b	Nelle situazioni di intimità sessuale con me percepisco gli altri come se non riuscissero a sentire le loro sensazioni corporee	1 2 3 4 5
14a	Nei momenti di intimità sessuale mi sembra che quell'esperienza non sia completamente reale	1 2 3 4 5	14b	Nei momenti d'intimità sessuale con me, percepisco gli altri come se vivessero quell'esperienza in modo non completamente reale	1 2 3 4 5
15a	Nell'intimità sessuale, talvolta mi sento come se fossi uno spettatore esterno	1 2 3 4 5	15b	Nelle situazioni di intimità sessuale con me, mi capita di percepire gli altri come se fossero degli spettatori esterni	1 2 3 4 5

La prospettiva psicosomatica nella PIREP

**“L'afflizione che non trova sbocco
nelle lacrime fa piangere altri organi”**

Henry Maudsley (1872)

IL CORPO DICE QUELLO CHE LA MENTE NON PENSA

Psychosomatic Dysregulation Inventory (PDI)

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

Per favore, inserisci le seguenti informazioni.

Genere: Et :

Stato Civile:

Adesso segna con una X la risposta che pi  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 della sessualit , la disregolazione della neurocezione di sicurezza che si esprime nei sintomi somatici

I punteggi elevati vengono letti come espressione della disregolazione della neurocezione di sicurezza.

PDI (PSYCHOSOMATIC DYSREGULATION INVENTORY)

PDI

Caretti V., Baldoni F., Porcelli P., Schimmenti A.

Per favore, inserisci le seguenti informazioni.

Genere: _____ Et : _____ Titolo di studio: _____

Stato Civile: _____ Occupazione: _____

Adesso segna con una X la risposta che pi  si adatta alla tua esperienza. Negli ultimi 6 mesi ho avuto i seguenti problemi:

	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSE	MOLTO SPESSE O SEMPRE
1 Mal di testa				
2 Mal di pancia (per le donne, in giorni diversi dal ciclo mestruale)				
3 Nausea				
4 Vomito				
5 Gonfiori di stomaco				
6 Rumori nella pancia (borborigmi)				
7 Bruciore di stomaco				
8 Mangiare eccessivamente con abbuffate di cibo				
9 Urgente bisogno di defecare				
10 Diarrea				
11 Stitichezza				
12 Poco appetito				
13 Disgusto per diversi cibi				
14 Acidit� di stomaco				
15 Difficolt� a digerire				
16 Singhiozzi ripetuti				
17 Avere bisogno di mangiare pi� del solito				
18 Intolleranza per alcuni cibi, anche se non sono allergico/a				

Per quanto riguarda i punteggi al test, non si effettua nessun scoring perch  il **PDI**   un test di **screening**, ovvero di rilevazione di:

- 1) disturbi con sintomi somatici, compresi i disturbi dermatologici, le infiammazioni e i disturbi ormonali;
- 2) alterazioni dell'immagine corporea, compresa la dismorfofobia e la depersonalizzazione;
- 3) ipocondria;
- 4) disagio nell'intimit  (*intimacy*) relazionale e sessuale.

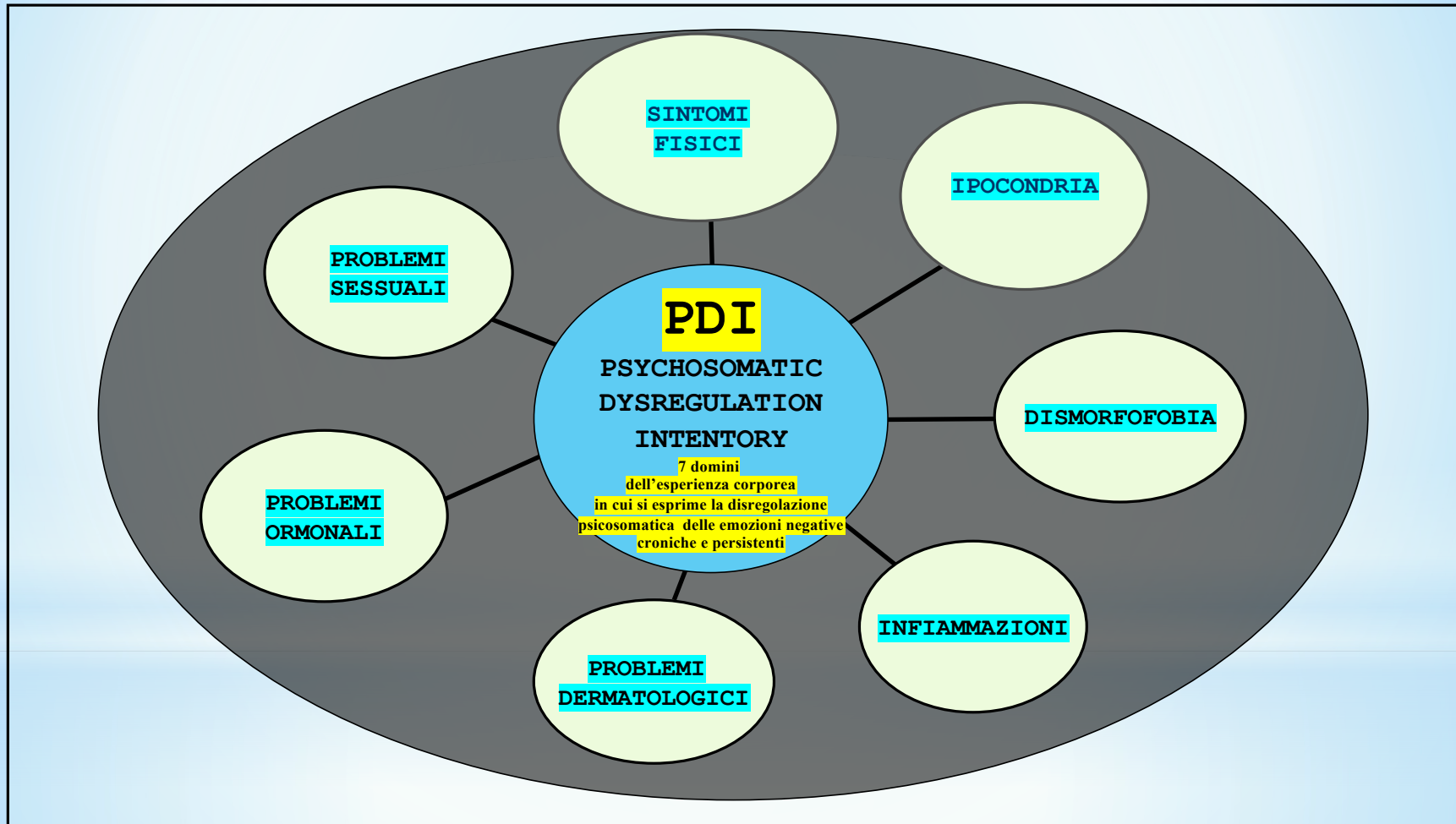
98 item + 3 specifici per gli uomini e 3 specifici per le donne.

Si usa clinicamente, commentando con il paziente **soltanto** quegli item ai quali il soggetto ha assegnato una risposta **spesso** o **sempre**.

Questi item sono esplicativi: di stati cronici di tensione derivanti da una condizione cronica di **allarme** di origine traumatica, di disagio nello stare nel proprio corpo (*disembodiment*) e nelle relazioni con gli altri.

Lo scopo del **PDI**   quello di incentivare il body-mind insight del paziente, ovvero di saper correlare gli stati mentali agli stati corporei, le emozioni alle sensazioni, verso una maggiore **sicurezza** psico/somatica nello stare con se stesso e con gli altri.

7 DOMINI PSICOSOMATICI DELLA DISREGOLAZIONE DELLA NEUROCEZIONE



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

La disregolazione psicosomatica

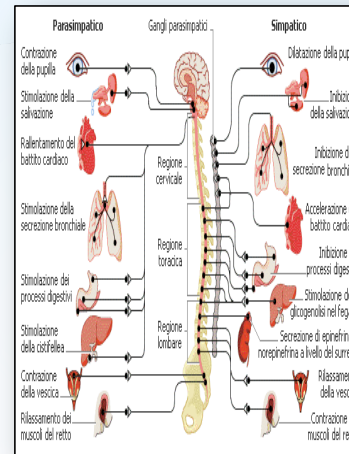
PDI
Caretti V., Baldoni F., Porcelli P., Schimmenti A.

Per favore, inserisci le seguenti informazioni.

Genere: F Et : 24 Titolo di studio: liceo artistico
Stato Civile: single Occupazione: attore

Adesso segna con una X la risposta che pi  si adatta alla tua esperienza. Negli ultimi 6 mesi ho avuto i seguenti problemi:

	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSE	MOLTO SPESSE O SEMPRE
1		<input checked="" type="checkbox"/>		
2		<input checked="" type="checkbox"/>		
3		<input checked="" type="checkbox"/>		
4		<input checked="" type="checkbox"/>		
5				
6			<input checked="" type="checkbox"/>	
7			<input checked="" type="checkbox"/>	
8	<input checked="" type="checkbox"/>			
9		<input checked="" type="checkbox"/>		
10		<input checked="" type="checkbox"/>		
11	<input checked="" type="checkbox"/>			
12		<input checked="" type="checkbox"/>		
13				<input checked="" type="checkbox"/>
14				
15	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
16		<input checked="" type="checkbox"/>		
17		<input checked="" type="checkbox"/>		
18	<input checked="" type="checkbox"/>			



Lo scopo del **PDI**   promuovere lo sviluppo del *body-mind insight*, inteso come la capacit  del paziente di integrare in modo coerente stati mentali e stati corporei, riconoscendo il legame tra emozioni e sensazioni somatiche. In questa prospettiva, il PDI favorisce anche la capacit  di **mentalizzare la neurocezione**, rendendo progressivamente accessibili e pensabili quei segnali impliciti di sicurezza o minaccia che originano nel corpo prima della consapevolezza.

Questo processo sostiene una trasformazione della **regolazione emotiva e psicosomatica**, orientandola verso una maggiore **sicurezza interna**, che permette al paziente di stare con s  stesso e nelle relazioni in modo pi  stabile, integrato e meno difensivo.

OBIETTIVI TERAPEUTICI NELLA PIREP

Dalla formulazione del caso agli obiettivi

Gli obiettivi nella PIREP non sono solo sintomatici, ma regolativi:

Aumentare la sicurezza neurofisiologica nella connessione (ventrovagale)

Mentalizzare la disregolazione autonoma (iperattivazione / collasso)

Integrare gli stati del Sé dissociati

Rendere tollerabile l'intimità relazionale

Trasformare il dialogo interno (Sabotatore Interno → funzione riflessiva)

Favorire la regolazione al servizio della sicurezza

***LA SICUREZZA COME OBIETTIVO
TERAPEUTICO PRINCIPALE
DELLA PIREP***

AGENCY

INTIMACY

LA SICUREZZA COME OBIETTIVO TERAPEUTICO PRINCIPALE

La sicurezza è la condizione neurofisiologica e relazionale in cui il paziente percepisce assenza di minaccia e possibilità di affidamento, permettendo l'attivazione dei sistemi di regolazione, della mentalizzazione e dell'integrazione dell'esperienza.

Nella PIREP, la sicurezza non è un presupposto ma il primo esito del processo terapeutico, costruito attraverso la co-regolazione e la stabilità del terapeuta.

OBIETTIVI TERAPEUTICI NELLA PIREP

Dalla formulazione del caso agli obiettivi

3 livelli di intervento

1. REGOLAZIONE (prioritaria)

→ stabilizzare il sistema nervoso (*lavorare sulla neurocezione*)

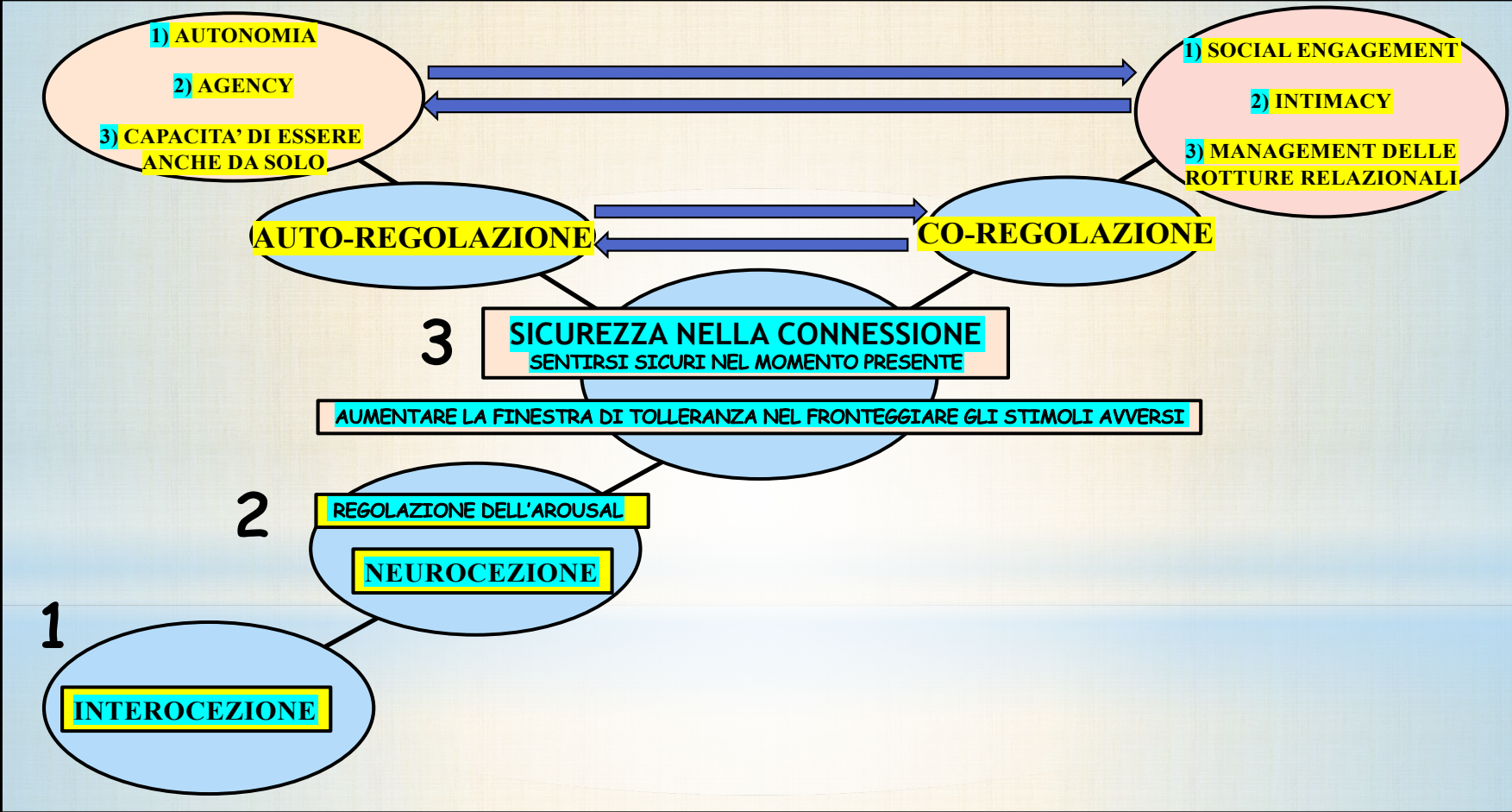
2. ESPERIENZA (intermedia)

→ incentivare l'esplorazione, vivere nuove esperienze relazionali sicure (*lavorare sulla connessione*)

3. SIGNIFICATO (successiva)

→ simbolizzazione e insight incarnato (*lavorare per la mentalizzazione dei processi mente → corpo → relazione*)

OBIETTIVI DELLA PIREP



■ OBIETTIVI TERAPEUTICI NELLA PIREP

Dalla formulazione del caso agli obiettivi

In sintesi:

L'obiettivo non è capire di più chi sono, ma funzionare in modo più integrato nella mente, nel corpo, nelle mie relazioni, nel cambiamento.

Nel processo diagnostico il terapeuta prima si regola, poi sente, poi comprende, poi restituisce

IL CONTRATTO TERAPEUTICO NELLA PIREP

Il contratto non è solo un accordo, ma una cornice regolativa

Il contratto terapeutico, nella PIREP, consiste nella co-costruzione di un obiettivo clinico chiaro e condiviso, orientato alla regolazione emotiva e neurofisiologica fin dalle prime fasi della presa in carico. Esso si fonda su una valutazione integrata degli stati emotivi negativi attuali e persistenti — quali paura, rabbia, tristezza, disgusto di sé e dell'altro e vissuti di sorpresa negativa — intesi non solo come contenuti psichici, ma come espressioni di assetti autonomici disfunzionali.

Il contratto, quindi, non definisce semplicemente “cosa comprendere”, ma orienta il lavoro verso la trasformazione degli stati di disregolazione in condizioni di sicurezza, integrazione e maggiore flessibilità del sistema mente→corpo →relazione.

Nel modello PIREP, il contratto terapeutico definisce:

Gli obiettivi condivisi (regolazione, integrazione, sicurezza)

Le modalità del lavoro clinico (top-down e bottom-up)

Il ruolo attivo del paziente nella regolazione

Il ruolo del terapeuta come regolatore neurofisiologico

I confini del setting (tempo, frequenza, continuità)

La gestione delle rotture e delle riparazioni dell'alleanza

Funzione clinica del contratto come memoria dello scopo del trattamento

Come aumentare la prevedibilità → ridurre la minaccia (finestra di tolleranza)

Come costruire la sicurezza nel campo intersoggettivo, nell'intimacy

Come rendere esplicito ciò che viene implicitamente dissociato

Come trasformare la relazione terapeutica in strumento terapeutico consapevole

In sintesi: Il contratto è la prima esperienza di sicurezza condivisa

Il contratto non serve a organizzare la terapia, ma a renderla possibile al sistema terapeuta↔paziente

■ COME SI COMUNICA IL CONTRATTO TERAPEUTICO?

Il contratto non si impone: si costruisce nel campo relazionale

Principi fondamentali:

Non è una spiegazione, ma un'esperienza
Non è solo esplicito, ma anche implicito (tono, ritmo, presenza)
Deve essere regolativo, non è un compito da assegnare
È co-costruito, non prescritto

Come comunicarlo concretamente?

Con linguaggio semplice e non tecnico
A partire dall'esperienza del paziente ("qui lavoreremo su...")
Modulando voce, tempi e prosodia (segnali di sicurezza)
Verificando continuamente la risonanza del paziente
Accogliendo dubbi, resistenze e micro-reattività
Procedendo per piccoli passi, non in modo massivo

Cosa evitare

- ✗ Eccesso di spiegazioni cognitive
- ✗ Linguaggio astratto o tecnico
- ✗ Definizioni rigide e non negoziabili
- ✗ Trascurare le reazioni corporee del paziente

■ COME SI COMUNICA IL CONTRATTO TERAPEUTICO?

Il contratto non si impone: si costruisce nel campo relazionale

In sintesi: Il contratto è efficace solo se è sentito come sicuro, non solo capito e accettato

Il paziente non aderisce a ciò che capisce, ma a ciò che il suo sistema nervoso percepisce come sicuro

Micro-esempio clinico di comunicazione del contratto:

“In questo lavoro non cercheremo solo di capire cosa le succede, ma di aiutarla a sentirsi più al sicuro dentro e nella relazione”

“Non dobbiamo capire tutto subito: lavoriamo intanto per farla sentire meno in allarme.”

“Se qualcosa è troppo intenso, ci fermiamo: il lavoro è restare in contatto senza essere sopraffatti.”

▼ Punto cruciale PIREP

➡ Il contratto è già **intervento terapeutico** ➡ è la prima forma di **co-regolazione dell'alleanza**

*Il terapeuta non formula il contratto terapeutico con il il paziente →
offre un sistema nervoso regolato al servizio della motivazione del paziente*

La diagnosi non è identificare un disturbo, ma comprendere un modo di funzionare

La diagnosi è la comprensione di come il sistema mente → corpo → relazione si organizza per proteggersi

*Diagnosi significa comprendere come il paziente si regola, si disregola, si difende, si relaziona
con se stesso e con gli altri*

Non diagnostichiamo ciò che non funziona, ma ciò che il sistema ha dovuto fare per sopravvivere

PERCHE' LA DIAGNOSI NON VA COMUNICATA AL PAZIENTE IN TERMINI CATEGORIALI?

IL VANTAGGIO SECONDARIO DELLA MALATTIA

Comunicare una diagnosi in modo **rigido e categoriale** (es. “lei è...”), non solo rischia di etichettare il paziente, ma può contribuire a **stabilizzare il funzionamento patologico** invece di trasformarlo.

Una definizione categoriale tende a:

Attivare la neurocezione di minaccia, con aumento di difese (ritiro, vergogna, opposizione)

Favorire una **identificazione con il disturbo** (“io sono così”)

Ridurre la **plasticità del Sé** e la possibilità di cambiamento

Alimentare la **ToM ruminativa e persecutoria** (Sabotatore Interno)

Ma soprattutto:

Rinforzare il vantaggio secondario del sintomo

Quando la diagnosi viene vissuta come una definizione stabile, il sintomo può diventare implicitamente **legittimato e protetto**, perché continua a svolgere una funzione:

→ evitare il cambiamento in quanto percepito come impossibile

→ sottrarsi alla responsabilità del cambiamento

→ mantenere un equilibrio, seppur disfunzionale, del sistema psicofisiologico

In questo senso, la diagnosi categoriale può **consolidare la funzione adattiva del sintomo**, rendendone più difficile la trasformazione.

DIAGNOSI TRADIZIONALE vs DIAGNOSI PIREP

Dalla valutazione alla sicurezza: la diagnosi come processo neuroaffettivo trasformativo

DIAGNOSI TRADIZIONALE

- Atto valutativo iniziale
- Obiettivo classificatorio
- Centralità del sintomo
- Setting neutro
- Clinico osservatore
- Controtransfert non considerato
- Restituzione cognitiva/classificatoria
- Prevale l'emisfero sinistro
- La diagnosi precede la cura



DIAGNOSI PIREP

- Processo continuo e regolativo
- Obiettivo: partire dal sintomo come disregolazione della neurocezione per la sicurezza, auto-regolazione, co-regolazione
- Centralità è la costruzione dell'alleanza
- Il processo diagnostico è un campo di co-regolazione
- Clinico come organismo che regola la neurocezione e cerca la connessione con l'emisfero destro
- Clinico che mentalizza il controtransfert somatico
- Restituzione narrativa (non categoriale)
- Connessione con l'emisfero destro al servizio della restituzione
- La diagnosi è già cura

IL TERAPEUTA CHE REGOLA LA NEUROCEZIONE E SI CONNETTE CON L'EMISFERO DESTRO NEL PROCESSO DIAGNOSTICO

Nell'alleanza terapeutica il terapeuta prima si regola, poi sente, poi comprende, poi restituisce



1. STATO DEL TERAPEUTA
Regolazione della neurocezione
Presenza incarnata
Regolazione autonoma
Controtransfert somatico



2. NEUROCEZIONE DEL PAZIENTE
Sicurezza / Pericolo
Segnali impliciti
Attivazione difensiva



3. CANALI EMISFERO DESTRO
Sguardo
Voce
Postura
Timing



4. CO-REGOLAZIONE
Sincronizzazione
Risonanza
Rêverie clinica



5. EFFETTO TERAPEUTICO
Riduzione minaccia
Sicurezza
Integrazione
Mentalizzazione
Connessione



Nella PIREP l'alleanza terapeutica privilegia la comunicazione implicita, affettiva e corporea, coinvolgendo i sistemi neurobiologici dell'emisfero destro responsabili della regolazione emotiva, della sintonizzazione relazionale e della percezione della sicurezza.

In questo approccio, il cambiamento terapeutico avviene principalmente attraverso processi di **co-regolazione non verbale**, più che tramite l'interpretazione cognitivo-verbale esplicita.



"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