

DUE FACCE DEL TRAUMA

Federica Visco-Comandini^{1,2}, Anna Maria Petta^{3,4} e Antonella Rainone^{1,3}

¹ Scuole di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Roma

² Centro Transculturale Psychè (Medici per i diritti umani), Roma

³ Centro di Psicoterapia Cognitiva di Lido di Ostia, Roma

⁴ Associazione Crossing Dialogues, Roma

Corrispondenza

Federica Visco-Comandini

E-mail: federica.visco@gmail.com

Riassunto

Oggetto: il presente contributo esplora le traiettorie psicopatologiche associate ai traumi dello sviluppo, con particolare riferimento ai traumi dell'attaccamento, in una coppia di pazienti esposti a traumi relazionali complessi e intergenerazionali. L'obiettivo è analizzare le manifestazioni cliniche individuali e le dinamiche interpersonali che mantengono la sofferenza psicologica e i pattern relazionali disfunzionali.

Metodo: attraverso la presentazione di due casi clinici, vengono analizzati il funzionamento psicopatologico dei partner, le strategie di regolazione emotiva e di coping, nonché le dinamiche relazionali della coppia. L'interpretazione clinica si avvale del modello del Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (DPTSc), delle teorie sul trauma dello sviluppo e del Triangolo Drammatico quale cornice interpretativa dei cicli interpersonali disfunzionali.

Risultati: Sara presenta un quadro clinico compatibile con il Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso, caratterizzato da frammentazione dell'identità, sintomi intrusivi, disturbi del sonno, ansia generalizzata, iperreattività, umore depresso, cognizioni negative e disregolazione emotiva e comportamentale. Carlo manifesta invece una sintomatologia ansiosa prevalentemente internalizzante, con aspetti ipocondriaci, ruminazione mentale e sintomi ossessivo-compulsivi in ambito relazionale, regolando gli stati emotivi mediante strategie di controllo ed evitamento. L'analisi evidenzia come le strategie di coping individuali contribuiscano al mantenimento di cicli relazionali caratterizzati dall'alternanza dei ruoli di vittima, persecutore e salvatore, favorendo la perpetuazione di schemi abusanti e traumatogeni.

Conclusioni: il contributo evidenzia come il trauma dello sviluppo influenzi sia l'organizzazione psicopatologica individuale sia il funzionamento della coppia, sottolineando l'importanza di una formulazione clinica integrata che consideri simultaneamente i processi intrapsichici e le dinamiche relazionali. La comprensione delle strategie di regolazione emotiva e dei cicli interpersonali rappresenta un elemento fondamentale per orientare il trattamento dei pazienti con trauma complesso.

Parole chiave: PTSD complesso, attaccamento disorganizzato, dissociazione strutturale, cicli interpersonali, triangolo drammatico

DOI: 10.36131/COGNCL20260105

RICEVUTO IL 23 FEBBRAIO 2026, ACCETTATO IL 4 GIUGNO 2026

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

TWO FACES OF TRAUMA

Abstract

Objective: this paper explores the psychopathological trajectories associated with developmental trauma, with particular focus on attachment-related trauma, in a couple of patients exposed to complex and intergenerational relational trauma. The aim is to examine both the individual clinical manifestations and the interpersonal dynamics underlying psychological distress and dysfunctional relational patterns.

Method: two clinical cases are presented to analyze each partner's psychopathological functioning, emotion regulation processes, coping strategies, and couple interactions. The clinical interpretation is grounded in the framework of Complex Post-Traumatic Stress Disorder (DPTSc), developmental trauma theory, and the Drama Triangle model as a conceptual framework for understanding dysfunctional interpersonal cycles.

Results: Sara's clinical presentation is consistent with Complex Post-Traumatic Stress Disorder, characterized by identity fragmentation, intrusive symptoms, sleep disturbances, generalized anxiety, hyperreactivity, depressed mood, negative cognitions about the self, others, and the future, as well as emotional and behavioral dysregulation. In contrast, Carlo presents with predominantly internalizing anxiety symptoms, including hypochondriacal concerns, mental rumination, and relationship-related obsessive-compulsive symptoms, relying primarily on control and avoidance coping strategies. The analysis highlights how both partners' coping strategies contribute to the maintenance of dysfunctional interpersonal cycles characterized by shifts among the roles of victim, persecutor, and rescuer, thereby reinforcing abusive and trauma-related relational patterns.

Conclusions: the findings suggest that developmental trauma profoundly affects both individual psychopathological organization and couple functioning. An integrated case formulation addressing both intrapsychic processes and interpersonal dynamics appears essential for understanding and treating complex trauma. Particular attention to emotion regulation and dysfunctional relational cycles may enhance clinical interventions with traumatized couples.

Key words: complex PTSD, disorganized attachment, structural dissociation, interpersonal cycles, drama triangle

Introduzione

Inquadramento teorico: dal disturbo da stress post traumatico al disturbo da stress post traumatico complesso

L'inquadramento teorico del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) nel Manuale diagnostico per la Malattie Mentali - Terza Edizione (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) ha introdotto la relazione tra eventi traumatici e disturbi psichici. Tuttavia, solo nella quinta edizione del DSM (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) il DPTS ha avuto una sua specificità all'interno di una categoria diagnostica a parte (i.e. disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti). Parallelamente, la Classificazione Internazionale delle Malattie Mentali (ICD-11, World Health Organization, 2018) ha categorizzato il disturbo all'interno di una sezione specifica individuando dei cluster sintomatologici caratteristici del DPTS e identificabili in: (i) presenza di pensieri intrusivi, (ii) evitamento, (iii) alterazione dell'*arousal*.

Tuttavia, nonostante fosse stata identificata una categoria diagnostica legata al trauma psichico sono stati subito evidenti i limiti. Tra questi, Judith Herman (1992a) ha evidenziato come la nomenclatura diagnostica del DPTS (del DSM-III) non permettesse di descrivere la risposta psicopatologica conseguente a esperienze traumatiche complesse, ripetute e durature nel tempo, come le esperienze di sviluppo traumatico.

Judith Herman (1992a; 1992b) sottolineò come le persone vittime di traumi cronici sviluppino sintomi che vanno oltre la classica triade del DPTS (rivivere l'evento, evitamento e iperattivazione). Tra questi, emergono difficoltà nella gestione delle emozioni, una percezione negativa di sé, senso di colpa e vergogna, difficoltà relazionali e, in alcuni casi, sintomi dissociativi. Solo nel 2018, l'ICD-11 ha identificato una forma più grave e persistente di disturbo post-traumatico, definito Disturbo Post Traumatico Complesso (DPTSc) individuando oltre ai sintomi presenti nel DPTS anche altri tre cluster sintomatologici, quali (i) problemi gravi e pervasivi nella regolazione affettiva, (ii) convinzioni persistenti relative a se stesso come inutile e perdente; (iii) e difficoltà persistenti nel mantenere le relazioni e nel sentirsi vicino agli altri.

Il concetto di trauma in termini di DPTSc ha permesso di riconoscere le profonde implicazioni dei traumi prolungati e ripetuti, specialmente quelli derivanti da situazioni di abuso, violenza domestica, prigionia o sfruttamento. A differenza del DPTS semplice, che si focalizza sulle conseguenze di eventi traumatici isolati, il DPTSc evidenzia come l'esposizione prolungata a situazioni traumatiche possa generare alterazioni persistenti nella regolazione emotiva, nell'autopercezione e nelle relazioni interpersonali.

Sistemi motivazionali interni

Liotti e Monticelli (2008) hanno sviluppato il concetto di Sistema Motivazionale Interno (SMI) già introdotto precedentemente da Liotti (2001) a partire dagli studi sulla motivazione nella prospettiva evuzionistica secondo i quali, l'uomo è dotato di disposizioni innate o "tendenze" che lo spingono all'azione verso il raggiungimento di obiettivi evuzionistici. Queste componenti innate sembrerebbero essere frutto della selezione e dell'adattamento di pattern funzionali all'evoluzione della specie sviluppati all'interno di una determinata condizione ecologica.

Tale selezione avviene se essi sono "favorevoli alla sopravvivenza e alla riproduzione del singolo organismo, del gruppo sociale e della specie" (Liotti & Monticelli, 2008).

Le componenti innate, secondo gli autori, sono universalmente condivise da tutta la specie, ma non sono schemi fissi d'azione, hanno un certo grado di flessibilità e derivano da più adattamenti, alcuni dei quali sono maggiormente dipendenti dal contesto socio-culturale e relazionale.

Le modificazioni a cui le "tendenze" vanno incontro dipendono da caratteristiche del singolo e del gruppo di appartenenza e unite alle rappresentazioni apprese costituiscono i SMI (Liotti & Monticelli, 2008; Liotti & Farina, 2011). I SMI sono stati descritti da Liotti secondo una struttura gerarchica (Liotti, 1994/2005). Il primo livello include le motivazioni di Regolazione fisiologica, Difesa, Esplorazione, Territorialità e Sessualità senza formazione di coppia.

Il secondo livello motivazionale fa riferimento a quei sistemi che regolano la condotta dell'individuo in relazione alla socialità e quindi al gruppo di appartenenza. Gli SMI in esso inclusi sono i seguenti: Attaccamento, Accudimento, Sessualità di coppia, Competizione, Cooperazione paritetica, Gioco sociale e Affiliazione al gruppo.

Nel terzo livello vengono compresi invece, i sistemi legati all'Intersoggettività e alla Costruzione di strutture di significato. Il primo implica la condivisione dell'esperienza con il gruppo e il secondo consente la riflessione su di essa, sugli stati mentali propri dell'individuo e altrui al fine di effettuare delle previsioni sulla realtà.

Attaccamento disorganizzato e trauma

In letteratura è ben documentata la relazione tra esperienze traumatiche e disintegrazione

delle funzioni superiori, come memoria, coscienza e identità, con la possibile conseguenza dell'emergere di stati dissociativi. Tuttavia, questa relazione non è sempre diretta: non tutte le persone che vivono un trauma sviluppano sintomi dissociativi e, allo stesso tempo, non tutti coloro che manifestano questi sintomi hanno subito traumi complessi.

Un contributo fondamentale alla comprensione di questo fenomeno proviene dalla Teoria dell'Attaccamento di John Bowlby (1988). Secondo questa teoria, la dissociazione non è solo una risposta a traumi diretti, ma può anche derivare da "traumi di attaccamento", cioè esperienze relazionali precoci in cui i bisogni primari del bambino – come accudimento, cura e protezione – non vengano adeguatamente soddisfatti (Bowlby, 1988).

Ogni individuo, fin dalla nascita, ha un bisogno innato di ricevere supporto e protezione da figure di riferimento, chiamate caregivers. Le risposte fornite da queste figure contribuiscono alla strutturazione dei Modelli Operativi Interni (MOI) dell'attaccamento. I MOI rappresentano la base delle aspettative del bambino rispetto alle relazioni con gli altri e influenzano il suo sviluppo emotivo e relazionale.

In particolare, sono stati individuati tre principali tipi di MOI (Bowlby, 1988) che si formano in base alla qualità delle risposte ricevute dai caregivers: (i) Attaccamento sicuro: il bambino percepisce e sperimenta un caregiver come disponibile e affidabile, sviluppando un senso di sicurezza nelle relazioni. La rappresentazione di sé insieme all'altro veicola una considerazione positiva delle proprie emozioni (ii) Attaccamento insicuro-evitante: il bambino, a seguito di risposte fredde o incoerenti, impara a non esprimere i propri bisogni per evitare il rifiuto. Il caregiver tende a incoraggiare l'autosufficienza del bambino e a scoraggiare l'espressione di emozioni come il pianto o altre richieste di attenzione. Questo accade perché, per natura, il bambino manifesta i propri bisogni ogni volta che si sente vulnerabile, ma in un contesto di attaccamento evitante, tali segnali vengono sistematicamente ignorati o respinti. Il bambino impara implicitamente che mostrare il proprio bisogno di conforto non solo è inutile, ma può addirittura essere fonte di fastidio o rifiuto da parte del caregiver; (iii) Attaccamento insicuro-ambivalente: il bambino sperimenta risposte imprevedibili o spaventanti, generando confusione e ansia nelle relazioni. La risposta del bambino sarà volta all'iper-attivazione del sistema di attaccamento al fine di mantenere la vicinanza affettiva con la figura di riferimento. Nel 1986 è stato introdotto un'altra tipologia di attaccamento (attaccamento disorganizzato) ed è stato successivamente associato, soprattutto in presenza di maltrattamenti o trascuratezza, a contesti di caregiving percepito come spaventante o spaventato (Main & Solomon, 1986). Nello specifico:

iv) Attaccamento disorganizzato: la figura di attaccamento è vissuta come simultaneamente protettiva e minacciosa (es. in contesti di abuso o trascuratezza grave). Il bambino non riesce ad implementare una strategia coerente di gestione dell'attaccamento manifestando comportamenti contraddittori, confusi o congelati.

Studi recenti (Liotti, 2019; Solomon & George, 2011) hanno evidenziato che l'attaccamento disorganizzato può svilupparsi non solo in presenza di comportamenti apertamente ostili da parte dei genitori, come l'aggressività verbale o fisica, ma anche in contesti di trascuratezza affettiva (neglect). In quest'ultimo caso, il bambino percepisce il genitore come una figura vulnerabile, spaventata o incapace di fornire protezione e accudimento. In entrambe le situazioni, sul piano motivazionale, si attivano contemporaneamente due sistemi opposti: il sistema di attaccamento, che spinge il bambino a cercare vicinanza e supporto, e il sistema difensivo, in quanto il caregiver rappresenta al tempo stesso una fonte di minaccia. Questa conflittualità interna genera confusione e disorganizzazione nel comportamento del bambino.

In questo contesto, il sé nascente tende a organizzarsi intorno a una tensione non risolta tra il

bisogno di vicinanza e la paura del rifiuto o della disorganizzazione della relazione. Ne deriva una rappresentazione interna del caregiver ambivalente, vissuto contemporaneamente come fonte di conforto e di minaccia. Il bambino si trova così immerso in quella che Main e Hesse (1990) hanno definito una “paura senza soluzione”, espressione di una fobia della vicinanza (attaccamento) e, al contempo, della separazione (perdita), come successivamente teorizzato anche da Van der Hart e colleghi (2011). Per sopravvivere a questa situazione di terrificata impotenza, il bambino sviluppa comportamenti con cui tenta di controllare la minacciosità dell’abusante (strategie di controllo o coping). Le due principali strategie sono quella controllante/accudente e quella controllante/punitiva. La prima è caratterizzata fondamentalmente da un’inversione dell’attaccamento, con un’ipersensibilità da parte del bambino, alle reazioni dell’adulto di riferimento e una costante vigilanza affettiva attraverso cui poter prevedere e contenere la disregolazione e la fragilità emotiva del caregiver spaventante. La seconda principale strategia di sopravvivenza, quella punitiva, è caratterizzata da una posizione di dominio severo e aggressivo da parte del bambino che cerca di sottomettere il genitore disorganizzante per poterne prevenire e sopprimere i comportamenti disregolati e spaventanti.

In conclusione, secondo Liotti (2004), l’attaccamento disorganizzato predispone allo sviluppo di rappresentazioni di sé e dell’altro drammatiche, frammentate e non integrate, che costituiscono una vulnerabilità significativa per la futura organizzazione psicopatologica dell’individuo.

Teoria della dissociazione strutturale

In psicopatologia, il trauma è definito come un’esperienza estrema, minacciosa e insostenibile, alla quale l’individuo non può sottrarsi e di fronte alla quale si trova in uno stato di impotenza (Herman, 1992b; Krystal, 1988; van der Kolk, 1996). Il legame tra trauma e dissociazione non è dimostrato solo dagli studi epidemiologici e dall’esperienza clinica, che da oltre un secolo collegano questi due fenomeni, ma anche dal fatto che il trauma, per sua stessa natura, provoca un processo di disconnessione e disintegrazione. Il termine “trauma” ha infatti origine dall’ambito medico, dove viene utilizzato per descrivere lesioni caratterizzate da discontinuità e alterazione della funzionalità.

Nello specifico, a livello neurofisiologico durante le esperienze soverchianti o di pericolo è coinvolto il Sistema Nervoso Autonomo (SNA): il sistema simpatico determina un aumento dell’energia (iper-arousal) utile all’evitamento attivo del pericolo con risposte di attacco, fuga o freeze; oppure attraverso una iperattivazione del sistema parasimpatico (ipo-arousal) che produce reazioni di evitamento passivo come numbing, restrizione del campo di coscienza, distacco, fino ad arrivare alla “finta morte”. Questo meccanismo, evolutosi per garantire protezione in situazioni estreme senza via di fuga, induce uno stato di immobilità catalettica e disattiva le connessioni cerebrali superiori. La sua funzione principale è quella di proteggere l’individuo da un dolore inevitabile (Clerici & Veneroni, 2011; Porges, 1997; Porges, 2001).

Queste basi teoriche hanno consentito lo studio dell’arousal e della sua disregolazione dalla finestra di tolleranza (Siegel, 1999) a seguito di episodi traumatici, e del trattamento dei sintomi post-traumatici attraverso terapie bottom-up come la psicoterapia sensomotiva centrata sull’esplorazione delle memorie e della narrativa somatica (Tagliavini, 2011; Ogden et al., 2012).

Secondo diversi studiosi, l’attivazione di questi sistemi di difesa determina una disconnessione tra i vari livelli funzionali della mente dando origine ai sintomi dissociativi di distacco. Inoltre, impedisce l’integrazione dell’evento traumatico nella vita psichica a causa della frammentazione e discontinuità della coscienza e della memoria (Nijenhuis et al., 1998; Putnam, 1997; Schore,

2009).

Il termine dissociazione include una vasta serie di sintomi derivanti da una mancata integrazione delle esperienze traumatiche nella coscienza, questo processo implica per la persona un continuo stato di oscillazione tra emozioni veementi del passato e l'evitamento di ricordi dolorosi e irrisolti ad esso associati al fine di affrontare le sfide della quotidianità.

Janet fu tra i pionieri nello studio della dissociazione, approfondendo il tema nelle sue ricerche sull'isteria e sulla psicoastenìa, e concettualizzandola come una difesa da eventi traumatici, proponendo inoltre i primi interventi sui ricordi e le emozioni sottostanti i sintomi dissociativi (van der Hart & Horst, 1989; Aragona, 2021).

Secondo alcuni autori, Janet fu il primo a riconoscere la natura difensiva della dissociazione in relazione a traumi acuti (Putnam, 1989; Van der Kolk & Van der Hart, 1989). Janet (1907) identifica la psicopatologia post-traumatica come *désagrégation* ovvero perdita della coerenza o integrazione delle attività psichiche proprie della coscienza che veniva posta al vertice dell'organizzazione mentale (Liotti & Farina, 2011). La dissociazione secondo Janet poteva intervenire su tre diversi aspetti: sintesi personale, presentificazione e/o funzione di realtà. Nel primo verrebbe inficiata la creazione di una memoria coerente e dell'esperienza di sé e una compromissione del senso di identità costante; nel secondo caso invece sarebbe inficiata la capacità della mente di ancorarsi al momento presente e nell'ultimo sarebbe presente una compromissione della capacità della mente di agire nel presente seguendo i propri scopi.

Janet definì la dissociazione come “una forma di depressione mentale (ovvero, ridotta capacità integrativa) caratterizzata dalla retrazione del campo di coscienza e da una tendenza alla dissociazione e all'emancipazione dei sistemi di idee e funzioni che costituiscono la personalità” (Janet, 1907) comportando cambiamenti nella sfera cognitiva, affettiva, comportamentale, sensomotoria e mnestica (Janet, 1889).

Secondo Van der Hart e colleghi (2005) la presenza di eventi traumatizzanti in età evolutiva implicherebbe un'interferenza nella formazione della struttura di personalità nel bambino inficiando sulle caratteristiche di coesione e coerenza. Negli adulti invece, comporterebbe una perdita della personalità pre-traumatica.

Questo concetto trae le sue fondamenta dai primi studi sulla dissociazione traumatica in cui l'alternanza tra sintomi di risperimentazione e di evitamento riconoscibili nel DPTS sarebbe considerata come manifestazione della dissociazione o divisione strutturale della personalità (Janet, 1889; Van der Hart & Dorahy, 2009).

Van der Hart, Nijenhuis e Steele (2005) hanno sviluppato il modello della dissociazione strutturale della personalità, secondo il quale l'esposizione a uno o più eventi traumatici può causare una frammentazione della personalità, dando origine a due o più parti dissociate tra loro. Gli autori identificano diversi livelli di gravità sintomatologica, posti su un continuum e che comportano divisioni più o meno rigide tra le parti che hanno “schemi per percepire, collegare e pensare al contesto di sé” (Van der Hart et al., 2011).

Parlando dell'impatto di eventi traumatici, gli autori ipotizzano l'esistenza di due parti principali definite come Parte Apparentemente Normale della personalità (ANP) che va avanti nell'adesione a piani e obiettivi quotidiani e Parte Emotiva della personalità (EP) che è direttamente collegata al trauma e si manifesta con emozioni veementi.

L'ANP comprende la maggior parte della personalità, ha caratteristiche simili alla personalità pre-traumatica ma ha minore efficienza mentale. Essa evita con maggiore o minore consapevolezza gli stimoli correlati al trauma, è quindi una parte fobica dell'EP. L'evitamento di esperienze traumatiche e l'inibizione di reazioni emotive connesse ad essa è per l'ANP fondamentale al fine

di condurre una vita “normale”, questo tuttavia a lungo andare comporta una scarsa capacità di assimilare nuove esperienze in quanto la personalità è bloccata nel trauma (Janet, 1904).

Secondo van der Hart e colleghi (2011), nell'ANP si possono manifestare sintomi positivi e negativi della dissociazione: i primi includono intrusioni dell'EP come flashback, memorie somatiche e incubi; i secondi sono presenti come perdita di funzioni come amnesia, percezione soggettiva di un distacco dalla realtà, anestesia sensoriale, ottundimento o appiattimento emotivo/affettivo e difficoltà nella regolazione delle emozioni.

L'EP invece, è la parte completamente bloccata nel trauma, quando è attivata sperimenta l'esperienza traumatica nella sua interezza, con la sequela di emozioni veementi ad essa associata che comportano la messa in atto di reazioni difensive ed è caratterizzata inoltre da arousal disregolato in ipo e/o iper. Ogni parte emotiva può avere un certo grado di elaborazione e autonomia di azione, in quanto detiene singoli aspetti legati al trauma. Ciascuna di esse può essere focalizzata sull'attivazione di schemi difensivi attivati da più stimoli e quindi questo comporta una maggiore difficoltà di gestione da parte dell'unico ANP.

Van der Hart e colleghi (2011) identificano tre prototipi di gravità di dissociazione.

La dissociazione strutturale primaria è il pattern più semplice e viene associato ad espressioni psicopatologiche come il DPTS semplice, l'amnesia dissociativa, il disturbo dissociativo somatoforme e il disturbo acuto da stress. In questa dimensione è presente una ANP e una singola EP.

La dissociazione strutturale secondaria si può manifestare in casi di abuso cronico, trascuratezza infantile e negli adulti dopo esperienze di prigionia prolungata, torture o violenze ripetute. Gli autori (Van der Hart et al., 2011) identificano la presenza di una singola ANP e più EP coesistenti in modo più autonomo ed elaborato. Questo prototipo sarebbe individuabile in diversi quadri diagnostici, tra cui il DPTS complesso e il disturbo borderline di personalità.

Nella dissociazione strutturale terziaria, identificata da un punto di vista psicopatologico con il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID), vengono individuate più EP e più ANP della personalità, questa suddivisione ulteriore viene descritta come un effetto della scarsa capacità di integrazione dell'individuo e la parte emozionale è attivata da più stimoli della quotidianità che vengono legati al trauma.

Il Triangolo Drammatico

Il concetto di Triangolo Drammatico è stato formulato da Stephen B. Karpman nel 1968 per descrivere le dinamiche relazionali tipiche dei giochi psicologici, concetto introdotto da Eric Berne nello stesso anno. Secondo Berne, un gioco psicologico è “una serie continuata di transazioni complementari ulteriori, che progrediscono verso una conclusione prevedibile e ben definita, chiamata tornaconto finale” (Berne, 1964). Questo significa che i partecipanti al gioco, spesso inconsapevolmente, assumono ruoli specifici e ripetitivi che portano a esiti emotivi negativi e disfunzionali.

Nel Triangolo Drammatico, Karpman identifica tre ruoli principali:

La Vittima: sperimenta sentimenti di paura, tristezza, impotenza e disperazione.

Il Persecutore: manifesta collera e un senso di trionfo maligno, imponendo controllo e giudizi.

Il Salvatore: prova sollecitudine e compassione, assumendo il ruolo di “soccorritore”, spesso senza che la vittima lo abbia richiesto.

Questi ruoli si intrecciano in un ciclo disfunzionale in cui i partecipanti si scambiano continuamente di posizione, mantenendo il gioco psicologico attivo e ripetitivo nelle relazioni

interpersonali.

Nella teoria di Eric Berne, le transazioni rappresentano le unità fondamentali della comunicazione e possono essere di diversi tipi. Le transazioni ulteriori sono caratterizzate dalla presenza simultanea di due livelli di messaggio: (i) messaggio sociale (apparente), inteso come esplicito e consapevole, rivolto all'interlocutore; (ii) messaggio psicologico (nascosto), inteso come implicito e spesso inconscio, che trasmette un significato diverso o addirittura opposto rispetto al messaggio sociale.

Un esempio di transazione ulteriore è la richiesta sociale "Aiutami!", che può essere accompagnata da un messaggio psicologico nascosto come: "Non mi puoi aiutare" (perché non sono degno di aiuto); "Nessuno vorrà davvero aiutarmi" (perché le persone non sono affidabili); "Se mi affido, sono in pericolo" (perché dipendere dagli altri è rischioso); "Se mi aiuti, dipenderò da te per sempre e questo mi danneggerà"; "Sei incapace e vulnerabile, quindi non puoi aiutarmi".

Nel cognitivismo clinico, questo concetto è stato ripreso e sviluppato da Giovanni Liotti (1999; 2000), che lo ha utilizzato per spiegare le difficoltà relazionali derivanti dall'attivazione dei MOI propri dell'attaccamento disorganizzato. Secondo Liotti, infatti, l'attivazione simultanea di sistemi motivazionali in conflitto – in particolare quello dell'attaccamento e quello della difesa – può generare stati mentali confusi e contraddittori, compromettendo la capacità dell'individuo di costruire relazioni stabili e sicure. Ne consegue, anche nella relazione terapeutica, un rapido alternarsi di rappresentazioni di sé e dell'altro spesso contraddittorie, difficili da conciliare e che possono essere alla base di test relazionali in cui la soluzione è usare il Triangolo Drammatico come strumento terapeutico decentrandosi e osservando il processo dall'esterno di esso (Liotti, 1999; Liotti et al., 2000; 2005; Liotti, 2001; Dimaggio & Semerari, 2003; Ivaldi, 2004).

Casi clinici

Caso di Carlo

Carlo: presentazione del caso

Carlo, 45 anni, si presenta in terapia per affrontare difficoltà relazionali con la moglie, che rappresentano il motivo principale della sua richiesta di aiuto. Durante i primi colloqui, emergono pensieri intrusivi ricorrenti, prevalentemente di natura ipocondriaca e legati a dubbi e insicurezze nei rapporti interpersonali. Questi pensieri si accompagnano a un'attitudine di iper-razionalizzazione, attraverso la quale Carlo cerca di controllare e giustificare le proprie emozioni e comportamenti per ridurre il disagio.

Dal punto di vista cognitivo, tali pensieri intrusivi possono essere interpretati come schemi disfunzionali, caratterizzati da eccessiva preoccupazione per la salute e da convinzioni negative riguardo alla propria efficacia personale nelle relazioni. Questi schemi alimentano un circolo vizioso di ansia e evitamento, che si manifesta nel tentativo di mantenere un controllo rigido sui propri stati emotivi e sugli eventi esterni.

A livello comportamentale, Carlo tende a mettere in atto strategie di coping di tipo controllante e compiacente, che inizialmente possono sembrare adattive ma che nel lungo termine contribuiscono a mantenere e rinforzare la sintomatologia ansiosa e il malessere relazionale. L'ansia si manifesta attraverso sintomi somatici e una generale iperattivazione fisiologica, influenzando negativamente la qualità della sua vita e delle interazioni con la moglie.

Dal punto di vista emotivo, il paziente presenta livelli elevati di ansia, spesso accompagnata da ruminazione persistente sia su eventi passati che su possibili scenari futuri. Questa attivazione

ansiosa si manifesta anche a livello somatico, con difficoltà significative nell'addormentamento e frequenti risvegli notturni. Il quadro è ulteriormente aggravato da un pattern di rimuginio continuo, che alimenta uno stato di vigilanza costante e interferisce con il recupero psicofisico.

Storia di vita

Carlo proviene da un contesto familiare segnato da una storia di eventi traumatici e perdite significative nelle generazioni precedenti, inclusi episodi di suicidi tra parenti stretti. Tali esperienze sembrano configurarsi come un importante fattore di vulnerabilità emotiva, potenzialmente associato allo sviluppo precoce di schemi maladattivi legati alla percezione di instabilità e insicurezza nelle relazioni affettive.

La madre presenta un profilo ansioso marcato, in trattamento farmacologico da tempo, e funge da modello di ipervigilanza e preoccupazione pervasiva, influenzando significativamente lo sviluppo emotivo di Carlo. La figura paterna è descritta come emotivamente non responsiva, con un assetto relazionale improntato a una razionalità rigida e distaccata. La sorella mostra a sua volta un funzionamento psicologico improntato all'ansia, con elevata sensibilità emotiva e ridotta tolleranza allo stress. All'interno di questo contesto, il sistema familiare appare fortemente invischiante, con scarsa differenziazione dei ruoli, ridotta promozione dell'autonomia e un controllo emotivo esercitato in modo rigido. In tale ambiente, Carlo impara fin da piccolo a inibire l'espressione dei propri bisogni e delle emozioni, sviluppando un comportamento compiacente e adattivo volto a evitare il conflitto e a mantenere la coesione familiare.

Durante l'infanzia, il paziente riferisce la presenza ricorrente di pensieri intrusivi legati al timore di perdere una figura di riferimento significativa, associati a una marcata preoccupazione per la salute e le malattie. Tali vissuti appaiono compatibili con manifestazioni ansiose precoci, caratterizzate da elevata insicurezza affettiva e ipervigilanza rispetto al benessere proprio e altrui. Tali vissuti non trovano un contenimento emotivo né vengono riconosciuti e validati all'interno del nucleo familiare, contribuendo così allo sviluppo di meccanismi di inibizione emotiva e alla soppressione dei propri bisogni affettivi. Parallelamente, Carlo è esposto a ripetute esperienze di bullismo in ambito scolastico, caratterizzate da isolamento sociale e denigrazione da parte dei pari, che vanno a rinforzare un senso di vulnerabilità personale e di inadeguatezza relazionale.

Tali aspetti rappresentano la base su cui si sono sviluppati, in età adulta, i sintomi ansiosi, i pensieri ipocondriaci e la difficoltà nella regolazione affettiva attualmente riferiti in terapia.

Il paziente riferisce di aver intrapreso, circa quindici anni fa, una relazione sentimentale stabile con l'attuale coniuge. La partner presenta una storia personale caratterizzata da vulnerabilità emotiva e difficoltà nella regolazione affettiva, con oscillazioni del tono dell'umore, criticità nelle dinamiche relazionali e pregresse esperienze di violenza nel contesto familiare di origine. La relazione coniugale si configura fin da subito come intensa e ambivalente, segnata da forti dinamiche di interdipendenza emotiva, alti livelli di conflittualità e una componente competitiva che alimenta sentimenti di frustrazione, impotenza e fallimento personale in Carlo. In tale contesto, il paziente tende a ricoprire un ruolo compiacente e regolatore del sistema relazionale, rinforzando ulteriormente schemi disfunzionali legati all'auto-svalutazione, all'iperresponsabilità e alla convinzione di dover "meritare" l'approvazione e l'amore altrui attraverso l'annullamento dei propri bisogni emotivi. All'interno della relazione coniugale si osservano dinamiche di potere in cui Carlo tende ad assumere una posizione dominante sul piano cognitivo e del controllo. Tale assetto relazionale contribuisce al mantenimento e al rinforzo di schemi disfunzionali di inadeguatezza e indegnità già presenti in Sara, ostacolando l'autoefficacia e il riconoscimento del proprio valore personale.

Concettualizzazione del caso in ottica cognitivista

Nel funzionamento psicologico di Carlo sembrano coesistere due sistemi di credenze in parte in contrasto tra loro. Carlo mostra una parte resiliente e ben orientata sul piano professionale (riconducibile alla Parte Apparentemente Normale - ANP), che gli consente di ottenere soddisfazione e realizzazione personale. Tuttavia, la dimensione emotiva appare più frammentata e compromessa, con difficoltà nell'identificazione e nell'espressione dei vissuti interni, in un quadro di regolazione affettiva disfunzionale, concettualizzate come Parti Emotive (EP).

Nel funzionamento di Carlo si osserva una scissione tra l'Adulto Apparentemente Normale (ANP) e diverse Parti Emotive (EP), in linea con la Teoria della Dissociazione Strutturale della Personalità. L'ANP si configura come una parte orientata al funzionamento adattivo, caratterizzata da una percezione di sé come competente, razionale e capace di autoregolazione, con un senso del valore personale relativamente stabile.

Parallelamente, emergono più EP frammentate, associate a esperienze emotive dolorose non integrate e a schemi disfunzionali centrati su vissuti di inadeguatezza, indegnità e paura del rifiuto. Tali EP si esprimono attraverso diverse modalità difensive e comportamentali, tra cui: (i) una EP di attacco, associata a esplosioni di rabbia e comportamenti di invalidazione emotiva verso l'altro; (ii) una EP di congelamento (freeze), connotata da disturbi del sonno e da stati dissociativi passivi; (iii) Una EP di fuga, espressa attraverso l'evitamento delle emozioni negative, la fuga dai conflitti interpersonali e un marcato ricorso all'iper-razionalizzazione; (iv) una EP di sottomissione, caratterizzata da compiacenza, inibizione dei bisogni emotivi e difficoltà nell'espressione assertiva di sé; (v) una EP legata all'attaccamento, che combina atteggiamenti compiacenti con strategie di affermazione del rango, soprattutto in ambito familiare e lavorativo.

Queste parti dissociative concorrono a un funzionamento interno frammentato, in cui la regolazione affettiva e l'integrazione identitaria risultano compromesse, generando oscillazioni tra iper-controllo, evitamento e vulnerabilità relazionale.

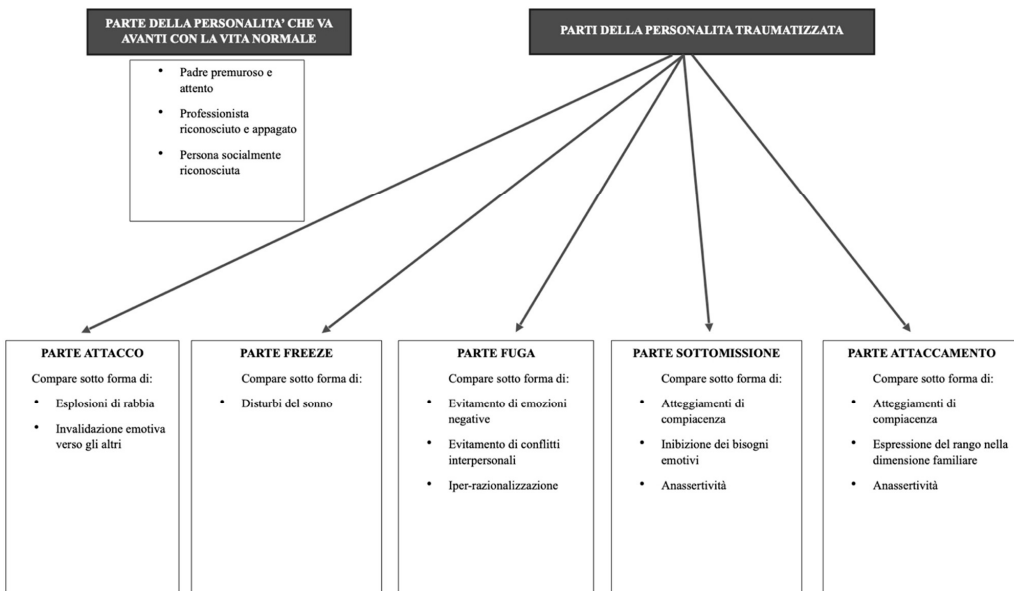
La strategia relazionale prevalente si struttura quindi su due livelli apparentemente contrapposti ma funzionalmente integrati. Da un lato, si evidenzia un orientamento alla dominanza e all'affermazione di rango, finalizzato al mantenimento di una posizione di controllo e superiorità relazionale. Dall'altro, coesiste una spinta alla ricerca di approvazione e accettazione, sottesa dal bisogno implicito di essere amato e dall'antiscopo di evitare il rifiuto e l'abbandono. Questa ambivalenza strategica riflette un'organizzazione interna in cui l'autoprotezione e la vulnerabilità coesistono in modo disfunzionale.

A livello cognitivo, emergono vulnerabilità significative legate alla sfera corporea, con tendenza all'iper-focalizzazione su segnali somatici e una preoccupazione ipocondriaca latente. Questo orientamento riflette una modalità di controllo e monitoraggio costante, finalizzata a prevenire situazioni percepite come pericolose o incontrollabili. Il principale meccanismo di coping risulta essere l'iper-razionalizzazione, utilizzata come strategia difensiva per contenere l'attivazione emotiva e ridurre l'intensità dell'ansia, ma che contribuisce, nel tempo, a una scarsa elaborazione affettiva e all'alessitimia.

Dal punto di vista cognitivo, queste esperienze contribuiscono alla strutturazione di schemi disfunzionali centrati su convinzioni nucleari di non essere degno di cura se non soddisfa le aspettative altrui, unite a credenze secondarie legate alla pericolosità dell'espressione emotiva ("se esprimo i miei bisogni, verranno ignorati o causeranno problemi").

Di seguito viene presentata la formulazione del caso di Carlo nell'ottica della teoria della dissociazione strutturale (Van der Hart et al., 2006).

Figura 1. Concettualizzazione del funzionamento di Carlo secondo la teoria della *dissociazione strutturale della personalità*, con identificazione di parti dissociative caratterizzate da ruoli distinti in termini di adattamento e difesa



Il caso clinico di Sara

2.2.1 Presentazione del caso

Sara, 34 anni, inizia una terapia per una deflessione del tono dell'umore e difficoltà nella gestione della rabbia con conseguenti conflitti interpersonali con il marito e i figli. Nel primo colloquio sono emersi mimica facciale ridotta, tono basso dell'umore, labilità emotiva, una tendenza al pianto e, a tratti, eloquio e pensiero accelerato.

Dai primi momenti lei si è definita come fragile e ha riferito pensieri negativi su di sé, sul proprio futuro e sulla propria sofferenza che auto-invalida e critica continuamente, peggiorando ulteriormente l'umore.

Nell'assessment effettuato è emersa un'ideazione suicidaria poco strutturata soprattutto in seguito alla conflittualità con il proprio partner, Carlo, con cui è legata da circa 15 anni e dal quale ha avuto due figli. Infine, non si rilevano agiti autolesivi attuali e passati.

Per ciò che concerne le esplosioni di rabbia, Sara riferisce episodi di aggressività di tipo verbale che a volte arrivano anche alla fisicità e sono caratterizzati da urla, insulti e spinte verso Claudio. Nel rapporto con i bambini lei cerca un maggiore controllo dei suoi impulsi, ma a volte tende ad alzare i toni se non vengono rispettati i piani, gli orari della giornata o le "regole conviviali" durante i pasti per cui spesso si discontrolla.

Questi momenti sono riferiti come particolarmente intensi da un punto di vista emotivo e si accompagnano ad uno stato di "confusione" in cui lei non riesce a comprendere ciò che le

succede.

Rispetto a questi ultimi episodi Sara si autocritica in quanto si considera “matta” e non in linea con la sua idea di essere una “buona madre o moglie”.

Si riscontra inoltre l'intrusione di frammenti di memorie relative ad episodi di maltrattamenti subiti da lei o assistiti in quanto rivolti ai fratelli durante l'infanzia e l'adolescenza.

Questo quadro variegato da un punto di vista psicopatologico sembra essere accompagnato da un generale senso di inconsistenza dell'identità, la donna è alla continua ricerca di punti di riferimento rispetto al sé e a ciò che le interessa. A ciò si aggiungono nel corso degli anni anche irrequietezza e continue variazioni di città, abitazione e della posizione lavorativa per conflittualità con i capi o per trasferimenti legati al cambiamento di lavoro di Claudio.

Infine, al momento della consultazione la paziente è disoccupata essendosi appena trasferita in una città europea in cui era stata anche in precedenza; per questa condizione si è riscontrata anche una lieve preoccupazione.

Storia di vita

La partner proviene da un nucleo familiare tradizionalmente strutturato, composto dai genitori e da più fratelli. In anamnesi emergono esperienze infantili e adolescenziali connotate da elevata conflittualità intrafamiliare ed episodi di comportamento aggressivo da parte della figura paterna, vissuti sia in forma assistita sia direttamente subita, configurabili come esperienze avverse precoci.

Il padre viene descritto come estremamente rigido rispetto alle regole, autoritario, punitivo nei confronti dei figli e disregolato nella manifestazione della rabbia. L'educazione ricevuta era improntata sulla “paura delle conseguenze” che potevano essere fisiche come schiaffi, calci, spinte, e/o verbali come insulti denigranti o dure punizioni. Nel rievocare tali esperienze, la partner manifesta un marcato coinvolgimento emotivo, in particolare rispetto alle dinamiche aggressive rivolte a un membro della fratria percepito come maggiormente vulnerabile e frequentemente oggetto di svalutazione e criticità educative. Emergono vissuti persistenti di impotenza e sentimenti di colpa connotati in senso altruistico, legati alla percezione di non essere stata in grado di proteggere il familiare né di intervenire efficacemente nelle situazioni assistite. Questo dolore si accompagna ad una forte rabbia rispetto alle ingiustizie subite e per non essere stati difesi. Rispetto a ciò entra in gioco la figura materna vista da sempre come debole, non in grado di opporsi al marito, sottomessa e passiva. Questa definizione è tanto sprezzante per Sara tant'è che anche nel presente le amicizie femminili sono selezionate sulla base di alcune caratteristiche come la dominanza, l'indipendenza e la sicurezza.

Il disagio psicologico di Sara sembra collocarsi già nella fase adolescenziale, periodo in cui emergono tentativi di differenziazione dal nucleo familiare d'origine attuati attraverso modalità relazionali disfunzionali. In anamnesi vengono riferite relazioni affettive precoci caratterizzate da significativa asimmetria sul piano anagrafico e relazionale, sviluppatasi in contesti extracurricolari frequentati su iniziativa familiare. Tali legami, prevalentemente centrati sulla dimensione affettivo-sessuale, risultano associati a vissuti di intensa dipendenza emotiva e a una marcata sofferenza al momento dell'interruzione.

Successivamente, in concomitanza con esperienze di allontanamento dal contesto originario e ulteriori relazioni percepite come instabili, la paziente riferisce l'avvio di una relazione sentimentale stabile con l'attuale partner, evolutasi rapidamente in convivenza e successivamente in unione coniugale in giovane età. Tali eventi sembrano aver rappresentato, sul piano psicologico e relazionale, un passaggio significativo di separazione dal nucleo familiare di origine.

Nel corso degli anni, a seguito di diversi trasferimenti sono emerse ulteriori difficoltà adattive per quest'ultima. In giovane età si sarebbe verificato il primo episodio caratterizzato da un significativo abbassamento del tono dell'umore, riduzione del funzionamento lavorativo e incremento della conflittualità di coppia, con una durata di alcuni mesi.

Negli anni successivi le esplosioni di rabbia erano sempre più frequenti e si aggiungevano anche ad una situazione di precarietà lavorativa.

Rispetto al lavoro Sara manifestava anche un'insoddisfazione generale, si sentiva inadeguata in quanto non valutata secondo lei come "abbastanza brava e di valore" e questo comportava un profondo malessere che la induceva a cambiare continuamente lavoro anche in conseguenza a vissuti di mobbing avvenuti durante la sua seconda gravidanza.

Nel corso di una gravidanza avvenuta in età adulta, la partner ha manifestato una significativa sintomatologia depressiva nel periodo perinatale, concomitante a importanti cambiamenti ambientali e relazionali. La sofferenza psicologica ha mostrato un progressivo incremento nel tempo, determinando successivamente la richiesta di supporto specialistico.

Concettualizzazione del caso in ottica cognitivista

Dal punto di vista cognitivo, le esperienze di vita di Sara hanno contribuito alla formazione di credenze patogene come il "dover essere forte e dominante a tutti i costi per evitare di essere sottomessa, passiva e inutile come la figura materna" a questo, tuttavia, si accompagna l'anticipo di non essere come il padre violento, invalidante e rigido.

Questa dualità, tuttavia, esprime un conflitto tra posizioni estreme l'essere "forte" versus "debole" e la porta ad una sofferenza ulteriore e alla confusione rispetto ai suoi valori, alla sua identità e a difficoltà nella sfera interpersonale. Infatti, frequentemente la paziente riferisce una disorganizzazione della propria identità con perdita di punti di riferimento e della sua direzione, come se perdesse le coordinate della sua bussola interna. Tutto ciò rinforza l'idea di essere "matta, fuori controllo e come il padre".

In aggiunta nell'ambito interpersonale seleziona e trascorre del tempo con persone ritenute come "donne forti" e al minimo segno di fragilità si attiva un senso di irrequietezza e a livello cognitivo pensieri di svalutazione verso l'altro visto come "debole".

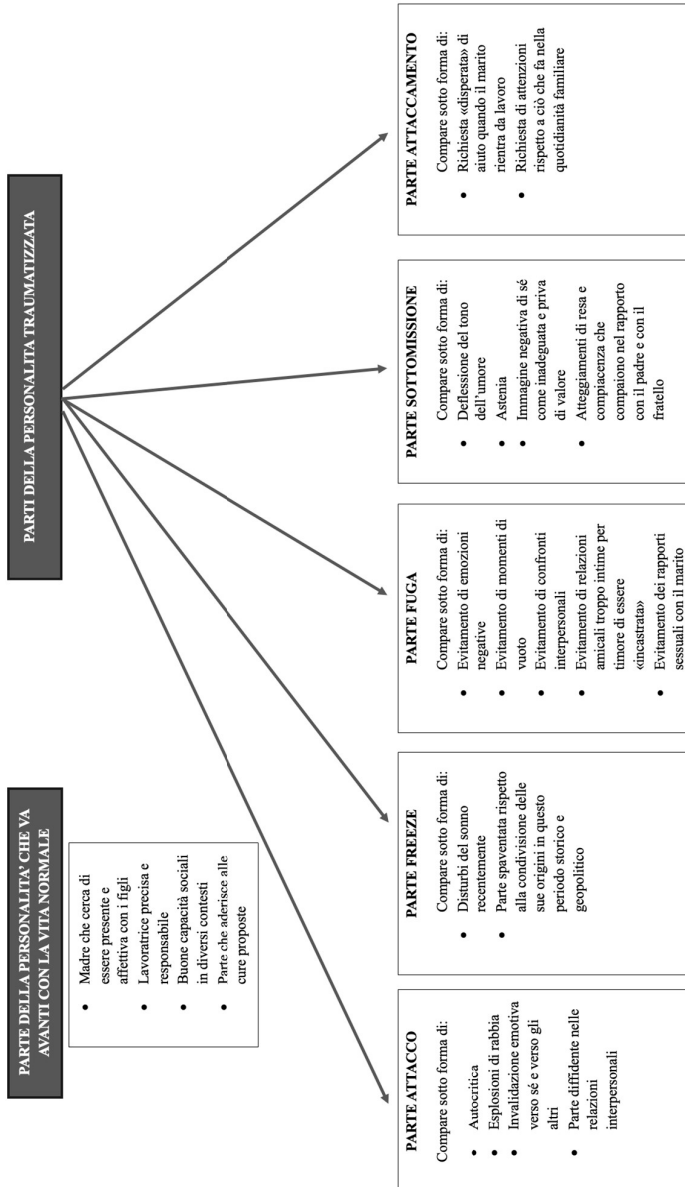
Le esperienze di vita di Sara hanno inoltre contribuito alla formazione di credenze negative sull'altro visto in generale come abusante, abbandonico e inaffidabile. Queste convinzioni sono alla base di cicli interpersonali che avvengono in diversi contesti in cui emerge l'alternanza tra forme di attacco come comunicazioni aggressive e dirette (attacco) o comportamenti di compiacenza finalizzati alla ricezione dell'apprezzamento dell'altro, dell'assenza di un conflitto, del riconoscimento e dell'autoriconoscimento del proprio valore personale.

Di seguito viene presentata la formulazione del caso di Sara nell'ottica della teoria della dissociazione strutturale (Van der Hart et al., 2006).

Identificazione delle tendenze secondo la Psicoterapia Sensomotoria

Nell'ambito della Psicoterapia Sensomotoria, i sistemi d'azione, analoghi ai Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti & Monticelli, 2008), attivano tendenze automatiche all'azione, intese come risposte comportamentali apprese e adattive nei contesti originari, ma successivamente cristallizzate in strategie procedurali rigide (Ogden et al., 2006). L'intervento terapeutico mira quindi alla loro ristrutturazione in termini di maggiore flessibilità e consapevolezza.

Figura 2. Concettualizzazione del funzionamento di Sara secondo la Teoria della Dissociazione Strutturale della Personalità.



Dalla prospettiva sensomotiva, Carlo sembra aver sviluppato una strategia adattiva di tipo *iperindustriale e iperfocalizzata*, come risposta difensiva alle ripetute esperienze di inibizione e invalidazione emotiva vissute nell'infanzia. Tale apprendimento deriva dalla presenza di una madre ansiosa e assorbita dal proprio contenimento emotivo e parallelamente dalla percezione della figura paterna come emotivamente distaccata. Da un lato Carlo ha assunto il ruolo di "piccolo adulto" inibendo la propria sofferenza emotiva per proteggere la madre e mantenere un equilibrio familiare fragile e dall'altro per l'impossibilità di accedere a validazione da parte della figura paterna, sviluppando una strategia di autosufficienza emotiva centrata sull'inibizione dei bisogni, sull'ipercontrollo e sulla ricerca di approvazione esterna come surrogato di riconoscimento affettivo.

Il funzionamento relazionale di Carlo riflette una costante attivazione del sistema di allerta e una difficoltà a raggiungere uno stato di sicurezza e co-regolazione interpersonale. Pur cercando la connessione, l'avvicinamento relazionale è spesso mediato da un pensiero strategico e controllante, espressione di un tentativo implicito di prevenire vulnerabilità e minacce percepite.

Da un punto di vista clinico, Sara sembra invece aver sviluppato una strategia di tipo *Sensibile-Emotiva o Attivata*, in risposta alla convinzione profonda di non essere al sicuro, maturata in un contesto caratterizzato da instabilità e cambiamenti improvvisi. In lei, il bisogno di suscitare connessioni emotivamente intense rappresenta un tentativo di creare sicurezza, rifugiandosi nelle proprie emozioni.

Sul piano interpersonale, questa strategia si traduce in una fusione con l'altro, che comporta una confusione dei confini identitari e una percezione indefinita del proprio sé. Nel caso di Sara, questa strategia si è strutturata in un ambiente traumatico, segnato da maltrattamenti fisici, assenza di comunicazione emotiva e cognitiva, ostilità, critiche costanti e minacce persistenti all'integrità personale.

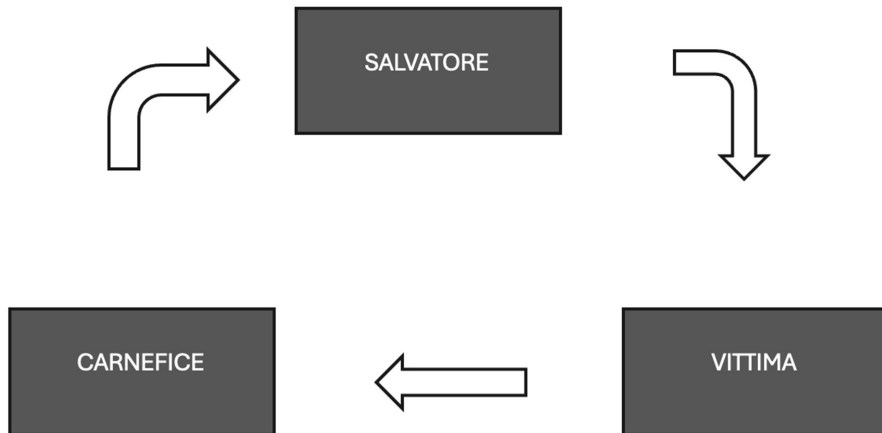
Nel tentativo di differenziarsi dai propri caregiver, un padre violento e una madre fragile, Sara ha interiorizzato due "anti-scopi" opposti alla base del conflitto identitario tra forza/dominanza e debolezza/sottomissione. Questa scissione si traduce in una disorganizzazione del sé, con manifestazioni psicosomatiche oscillanti tra iper- e ipo-arousal (esplosioni di rabbia e sintomi depressivi), accompagnate da forte autocritica e invalidazione dei propri bisogni emotivi.

Analisi dei ruoli dei pazienti attraverso il Triangolo Drammatico

All'interno di relazioni disfunzionali, la stabilità apparente del legame può essere mantenuta attraverso un pattern relazionale rigido e ripetitivo, descritto nel modello del triangolo drammatico (Persecutore, Vittima, Salvatore). In questo schema, entrambi i partner si muovono dinamicamente – e spesso inconsapevolmente – tra queste tre posizioni, contribuendo a mantenere attiva una co-dipendenza emotiva che ostacola un reale cambiamento o l'emergere di una relazione sana e paritaria.

Questo "movimento" relazionale – ciclico, predittivo e profondamente radicato a livello emotivo e somatico – produce un equilibrio disfunzionale, in cui ogni cambiamento di ruolo (es. da Vittima a Persecutore o da Salvatore a Vittima) serve a regolare le emozioni disturbanti (colpa, vergogna, rabbia, vuoto) e a ridurre l'ansia generata dall'instabilità percepita del legame (Figura 3).

Figura 3. Movimento costante dei ruoli di Carlo e Sara all'interno delle tre dimensioni del triangolo drammatico

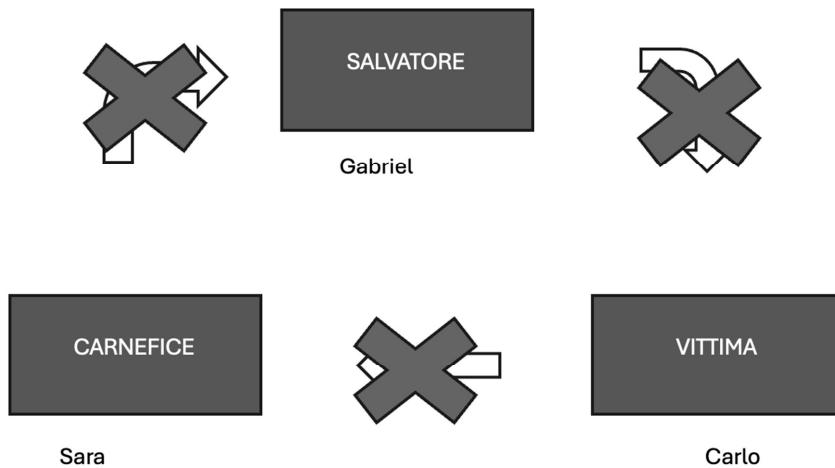


La stabilizzazione del rapporto non avviene quindi attraverso la sicurezza, l'intimità e la regolazione reciproca, ma tramite l'attivazione continua di tensioni e compensazioni di ruolo. Questo impedisce ai partner di uscire dal sistema drammatico, poiché ogni posizione, pur dolorosa, risulta in qualche modo "familiare" e quindi regolativa a livello psico-emotivo e corporeo. Carlo e Sara si inseriscono in modo dinamico all'interno del triangolo drammatico, alternandosi costantemente tra i ruoli di vittima, persecutore e salvatore. Tale configurazione relazionale, seppur disfunzionale, rappresenta per la coppia una strategia implicita di regolazione del legame, che consente loro di mantenere un equilibrio relazionale intermittente ma percepito come stabilizzante. La ciclica rinegoziazione dei ruoli all'interno del triangolo drammatico sembra costituire, infatti, un'organizzazione relazionale paradossale, attraverso cui la coppia tenta di gestire la propria fragilità emotiva e la difficoltà a costruire un legame fondato su modalità comunicative più funzionali.

L'apparente stabilità emotiva della coppia viene interrotta con l'arrivo di Gabriel, fratello di Sara, che si trasferisce temporaneamente a vivere con loro – insieme alla moglie – per circa sei mesi, con l'intento di valutare un eventuale trasferimento nel Paese. L'inserimento di Gabriel all'interno del sistema familiare attiva dinamiche triadiche che intensificano i pattern disfunzionali già presenti nella relazione di coppia.

All'interno di questa nuova configurazione relazionale, si osserva una progressiva cristallizzazione dei ruoli del triangolo drammatico (Karpman, 1968; Liotti, 2004): Gabriel tende ad assumere un ruolo di "salvatore", posizionandosi come figura di sostegno o mediazione; Sara si colloca nella posizione di "persecutore", intensificando atteggiamenti critici, svalutanti o controllanti nei confronti di Carlo, che a sua volta assume la posizione di "vittima", percependosi oggetto di alleanze escludenti e fonte di ingiustizia relazionale.

Figura 4. *Cristallizzazione dei ruoli all'interno della concettualizzazione del Triangolo Drammatico*



Questa rigidità nei ruoli contribuisce all'aumento del conflitto all'interno della coppia, alimentando stati di frustrazione, rabbia, tensione emotiva e crescente distanza affettiva. Carlo reagisce con un progressivo irrigidimento difensivo e un ritiro emotivo, rinforzando così la polarizzazione delle dinamiche e compromettendo ulteriormente la possibilità di una comunicazione autentica e regolativa all'interno della coppia.

Nell'attuale configurazione del sistema familiare, la relazione genitore-figli si configura come un contesto privilegiato all'interno del quale si osserva una ricorsiva attivazione dei ruoli previsti dal triangolo drammatico di Karpman (1968) che tende ad una ulteriore cristallizzazione. Infatti, in situazioni familiari caratterizzate da tensione, Sara manifesta difficoltà nella gestione di comuni problematiche educative, come episodi di disobbedienza da parte dei figli. In tali momenti, si attiva una risposta emotiva disfunzionale, caratterizzata da irritabilità e disregolazione emotiva, che si traduce frequentemente in un'escalation della rabbia (es. tono di voce elevato), ricalcando modelli relazionali interiorizzati nel proprio sistema familiare d'origine. Parallelamente, Carlo tende ad assumere un ruolo compensativo, collocandosi nella posizione del Salvatore e adottando atteggiamenti iperprotettivi nei confronti dei figli. Tali episodi veicolano implicitamente una rappresentazione della figura materna considerata come fragile o discontrollata, contribuendo a consolidare Sara nel ruolo di Carnefice e i figli in quello di Vittime.

Questa dinamica relazionale riproduce in modo stabile e ricorrente la struttura del triangolo drammatico, secondo cui i soggetti coinvolti tendono a oscillare rigidamente tra i ruoli di Carnefice, Vittima e Salvatore, generando un circuito interattivo disfunzionale e autoperpetuante (Karpman, 1968; Berne, 1964).

Intervento Psicoterapeutico

Le terapie individuali di Carlo e Sara sono state condotte secondo un approccio cognitivo-comportamentale integrato, con l'impiego di tecniche focalizzate sul trauma, tra cui alcune derivate dalla psicoterapia sensomotoria. Entrambe le terapeute (F.V-C. e A.M.P.) hanno ricevuto una formazione comune e condividono lo stesso linguaggio clinico sia nella formulazione del caso che nella definizione del piano terapeutico.

Per quanto riguarda Sara, la terapia è stata avviata precedentemente rispetto a quella di Carlo ed è stata incentrata fin da subito sulle richieste espresse dalla paziente: intervenire sullo stato depressivo presente e lavorare sulla regolazione della rabbia, vissuta come altamente invalidante nei contesti interpersonali, affettivi e familiari. Nella fase iniziale, il trattamento individuale, svolto a cadenza settimanale, ha previsto l'utilizzo di diversi strumenti di assessment volti ad esplorare stati emotivi e cognitivi, credenze personali, regole interne, comportamenti disfunzionali e i meccanismi di mantenimento, sia intrapsichici che interpersonali.

A seguito della restituzione diagnostica per Sara del PTSD-C, il lavoro terapeutico si è concentrato su: validazione della sofferenza, riduzione dell'autocritica e psicoeducazione sugli effetti psicologici del trauma sullo sviluppo individuale e sull'identità personale. È stato inoltre condiviso con la paziente uno schema personalizzato delle "parti frammentate", basato sul modello della dissociazione strutturale (Van der Hart et al., 2006), e si è lavorato sull'identificazione dei trigger attivanti rispetto a ciascun frammento.

È stato inoltre necessario un intervento mirato sull'autocritica, in particolare quella legata all'invalidazione del proprio dolore emotivo, promuovendo il riconoscimento e la legittimazione dei bisogni affettivi. Complessivamente, l'impostazione terapeutica nel lavoro con Sara, ha seguito il modello trifasico di Herman (1992b), articolato in tre fasi: stabilizzazione, elaborazione delle memorie traumatiche e integrazione.

La psicoterapia di Carlo è stata strutturata secondo un modello di trattamento del trauma basato su un approccio per fasi. Nella fase iniziale di stabilizzazione, l'intervento terapeutico si è focalizzato sul potenziamento della consapevolezza corporea (somatica), sullo sviluppo delle capacità metacognitive, sull'identificazione e analisi dei trigger e dei contesti situazionali associati all'attivazione emotiva e fisiologica e dello sviluppo di strategie di autoregolazione per modulare stati di ansia e di rabbia.

La fase successiva del lavoro terapeutico si è focalizzata sull'identificazione e la validazione dei bisogni emotivi primari, congiuntamente alla promozione di strategie comportamentali orientate a favorire una comunicazione assertiva degli stessi. Particolare attenzione è stata rivolta all'espressione dei bisogni all'interno delle dinamiche relazionali disfunzionali con Sara, al fine di promuovere modalità interpersonali più autentiche e regolative.

In seguito all'avvio del percorso terapeutico individuale di Carlo e alla conclusione della fase di assessment, si è resa possibile, con il consenso di entrambi i pazienti, l'attivazione di incontri di confronto tra le rispettive terapeute. Alcuni di questi incontri hanno previsto la presenza della figura di un comune supervisore. Tali riunioni hanno avuto l'obiettivo di condividere i modelli di funzionamento dei pazienti, con particolare attenzione all'analisi dei cicli interpersonali presenti. Questo spazio di confronto ha rappresentato un elemento chiave per superare alcune impasse terapeutiche, in particolare quelle legate alla rigidità del triangolo drammatico.

Grazie a questo approccio, è stato possibile inoltre rafforzare il lavoro clinico individuale, adottando una prospettiva più ampia e favorendo un processo terapeutico più fluido e parallelo tra le due terapie.

In seguito a un'ulteriore fase di crisi, sono stati proposti alla coppia degli incontri congiunti in un setting terapeutico integrato, con l'obiettivo di rendere maggiormente visibili i cicli interpersonali disfunzionali e gli stati emotivo-cognitivi di ciascun partner. Questi momenti si sono rivelati fondamentali per permettere ai pazienti di riconoscere reciprocamente le proprie vulnerabilità e gli schemi interpersonali disfunzionali, all'interno di un contesto protetto e contenitivo, capace di favorire l'emergere di nuove modalità relazionali.

In questo senso, il lavoro congiunto si inserisce in un filone teorico e clinico che sottolinea l'importanza di modelli terapeutici integrati, soprattutto nei casi caratterizzati da quadri psicopatologici complessi. Liotti e colleghi (2005), partendo dalla teoria dell'attaccamento e approfondendo il legame tra attaccamento disorganizzato e trauma, hanno evidenziato come, in tali situazioni, si renda necessario e funzionale l'utilizzo di interventi terapeutici in setting diversi ma integrati tra loro. Tali interventi permettono una riparazione più efficace delle esperienze relazionali disorganizzate, attraverso la possibilità per il paziente di sperimentare differenti modalità relazionali e di esprimere diverse parti di sé, con l'obiettivo di accedere a relazioni più stabili e sicure.

Il modello proposto dagli autori si configura come un trattamento a setting integrato e multiplo, particolarmente indicato nei casi di PTSD-C e nei disturbi gravi di personalità. Gli elementi fondamentali di questo approccio comprendono non solo il lavoro terapeutico basato sulla teoria dell'attaccamento e sull'esperienza riparativa della relazione, ma anche l'importanza attribuita a una cornice condivisa tra terapeuti. In tale contesto, i clinici operano in modo coordinato, mantenendo obiettivi comuni, utilizzando un linguaggio clinico condiviso e, al tempo stesso, adottando tecniche e ruoli complementari.

Questo tipo di setting terapeutico integrato contribuisce in maniera significativa alla stabilizzazione del paziente, all'elaborazione delle esperienze traumatiche e allo sviluppo di una maggiore coerenza del sé. Inoltre, la presenza di più figure terapeutiche che condividono la funzione di base sicura non solo distribuisce il carico relazionale, ma si è dimostrata utile anche nella prevenzione del burn-out tra i professionisti, rendendo più sostenibile il lavoro con casi clinici particolarmente gravi.

Conclusioni

I casi clinici di Carlo e Sara illustrano in modo emblematico due diverse traiettorie sintomatologiche legate a esiti post-traumatici complessi, entrambe concettualizzabili nell'ottica della dissociazione strutturale della personalità. Carlo presenta un funzionamento maggiormente orientato su sintomi di tipo internalizzante, con una marcata frammentazione emotiva, tendenza all'alessitimia, ritiro relazionale e un ricorso prevalente a strategie di controllo cognitivo e razionalizzazione. Al contrario, Sara manifesta un profilo sintomatologico più esternalizzante, con polarizzazioni identitarie marcate, reazioni impulsive, conflittualità relazionale e un bisogno costante di validazione e dominanza per proteggersi dalla vulnerabilità interna. In entrambi i casi, la dissociazione tra parti adattive e parti emotive non integrate genera sofferenza significativa e ostacola l'elaborazione dei vissuti traumatici. L'intervento terapeutico, quindi, è stato mirato non solo alla riduzione sintomatica, ma anche all'integrazione delle parti dissociate, alla ristrutturazione delle credenze patogene e allo sviluppo di un senso di sé più coerente e funzionale.

Di particolare importanza è l'analisi clinica della relazione tra Carlo e Sara che mette in luce come, in contesti familiari disfunzionali, l'apparente stabilità del legame possa fondarsi su un

equilibrio rigido e ripetitivo, come descritto nel modello del triangolo drammatico di Karpman (1968). All'interno di questo schema, i partner si muovono ciclicamente tra i ruoli di Persecutore, Vittima e Salvatore, creando una co-dipendenza emotiva che, pur essendo disfunzionale, offre una forma di regolazione affettiva "nota" e quindi rassicurante.

L'inserimento di Gabriel nella dinamica familiare ha rappresentato un elemento catalizzatore che ha acuito le tensioni preesistenti e favorito una cristallizzazione ancora più marcata dei ruoli. La rigidità con cui i membri della coppia e, successivamente, anche i figli, si sono collocati all'interno di questi schemi ha evidenziato la difficoltà ad accedere a modalità relazionali più flessibili, basate sulla reciprocità, sulla comunicazione autentica e sulla regolazione condivisa.

In questo senso, il triangolo drammatico ha progressivamente strutturato non solo l'interazione di coppia, ma anche quella genitoriale, generando una trasmissione intergenerazionale di schemi disfunzionali. Il ripetersi di queste dinamiche, che si attivano in risposta a stress relazionali o educativi, ostacola lo sviluppo di una funzione riflessiva e regolativa all'interno del sistema familiare, rinforzando rappresentazioni rigide di sé e dell'altro.

Un ulteriore livello di comprensione della dinamica relazionale tra Carlo e Sara consente di inquadrarla all'interno del costrutto di Dipendenza Affettiva Patologica (PAD), così come delineato da Pugliese et al. (2023, 2025). La PAD viene concettualizzata come una configurazione relazionale disfunzionale e persistente caratterizzata da una centralità rigida del legame affettivo nella regolazione emotiva e nell'organizzazione del sé, con una marcata difficoltà nella separazione psicologica e una compromissione dell'autonomia affettiva. In questa prospettiva, il funzionamento del soggetto dipendente è sostenuto da un sistema di attaccamento iperattivato, in cui il timore della perdita dell'altro significativo e della rottura del legame assume una valenza primaria e organizzante. La minaccia di separazione attiva un'intensa condizione di angoscia e disregolazione emotiva, che il soggetto tende a ridurre attraverso la riattivazione del legame stesso, anche quando percepito come fonte di sofferenza, configurando così un circolo auto-perpetuante di dipendenza e mantenimento della relazione. In questo quadro, la relazione tra Carlo e Sara può essere letta come un sistema PAD complementare ma disfunzionale: Carlo tende a esprimere una forma di dipendenza maggiormente internalizzata, caratterizzata da ritiro emotivo, ipercontrollo e utilizzo della distanza affettiva come strategia di regolazione del bisogno di attaccamento, mentre Sara manifesta una configurazione più esternalizzante della PAD, con iperattivazione del sistema di attaccamento, ricerca intensa di conferme, comportamenti relazionali coercitivi e oscillazioni tra richiesta di vicinanza e modalità di controllo dell'altro. In entrambi i casi, il legame di coppia svolge una funzione regolativa centrale, pur mantenendo una struttura instabile e reciprocamente attivante, che perpetua il ciclo di dipendenza, vulnerabilità e riattivazione traumatica.

L'intervento clinico ha dato particolare importanza a riconoscere e disinnescare queste configurazioni drammatiche, promuovendo una maggiore consapevolezza delle proprie risposte emotive e una rinegoziazione dei ruoli. Solo attraverso un lavoro profondo di ristrutturazione delle dinamiche triadiche e un rafforzamento delle capacità di regolazione emotiva, è stato possibile costruire relazioni più autentiche, paritarie e trasformative.

L'analisi clinica dei percorsi terapeutici di Carlo e Sara evidenzia l'efficacia di un approccio integrato e coordinato nella presa in carico di situazioni complesse, caratterizzate da vissuti traumatici individuali e da dinamiche relazionali disfunzionali di coppia. L'intervento ha seguito per entrambi i pazienti un modello a fasi, con un focus iniziale sulla stabilizzazione e sulla regolazione emotiva, per poi procedere all'elaborazione dei vissuti traumatici e all'integrazione

degli stati interni frammentati.

La coerenza metodologica tra le due terapie, favorita da una formazione condivisa e da uno scambio continuo attraverso incontri strutturati, ha consentito di mantenere una visione clinica unificata e complementare. Questo assetto ha permesso di affrontare non solo le problematiche individuali, ma anche i nodi interpersonali più critici, sostenendo un lavoro terapeutico parallelo e sinergico.

Inoltre, l'inserimento di un setting integrato, attraverso incontri congiunti di coppia, ha rappresentato un momento evolutivo del percorso, offrendo uno spazio protetto in cui rendere visibili le dinamiche disfunzionali e favorire il riconoscimento reciproco delle vulnerabilità. Complessivamente, l'intervento ha dimostrato come un'integrazione tra lavoro individuale e confronto clinico condiviso possa facilitare l'elaborazione del trauma complesso e promuovere cambiamenti significativi nei modelli relazionali, con effetti positivi sul benessere psicologico dei pazienti.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- Aragona, M. (2021). A conceptual history of anorexia nervosa: Specificity of the psychopathological perspectives. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 14(1).
- Berne, E. (1964). *Games people play*. Grove Press.
- Bowlby, J. (1988). Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. *Rivista di Psichiatria*, 23(2), 57–68.
- Clerici, C. A., & Veneroni, L. (2011). *Ipnosi animale, immobilità tonica e basi biologiche di trauma e dissociazione*. Aracne.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (2003). *I disturbi di personalità: Modello e trattamento*. Laterza.
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Herman, J. L. (1992b). *Guarire dal trauma: Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Edizioni Scientifiche MaGi. (Original work published 1992)
- Ivaldi, A. (2004). Il triangolo drammatico: Da strumento descrittivo a strumento terapeutico. *Cognitivismo Clinico*, 1(2), 108–123.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Félix Alcan.
- Janet, P. (1904). *L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion*. Félix Alcan.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. Macmillan.
- Karpman, S. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26), 39–43.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Analytic Press.
- Liotti, G. (1994/2005). *La dimensione interpersonale*. Carocci.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 291–317). Guilford Press.
- Liotti, G. (2000). Disorganized attachment, models of borderline states and evolutionary psychotherapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 232–256). Brunner-Routledge.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472–486. <https://doi.org/10.1037/0033->

3204.41.4.472

- Liotti, G. (2019). Conflicts between motivational systems related to attachment trauma. In *The abused and the abuser* (pp. 62–76). Routledge.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico: Il manuale AIMIT*. Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Raffaello Cortina.
- Liotti, G., Farina, B., & Rainone, A. (Eds.). (2005). *Due terapeuti per un paziente: Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*. Laterza.
- Liotti, G., Pasquini, P., Cirrincione, R., & Italian Group for the Study of Dissociation. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 282–289. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004282.x>
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161–182). University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Somatoform and psychological dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 711–730. <https://doi.org/10.1023/A:1024493332751>
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. Norton.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2012). *Il trauma e il corpo: Manuale di psicoterapia sensomotiva*. Istituto di Scienze Cognitive.
- Porges, S. W. (1997). Emotion and autonomic nervous system regulation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 62–77. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb51913.x>
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123–146. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(01)00162-3)
- Pugliese, E., Mosca, O., Saliani, A. M., Maricchiolo, F., Vigilante, T., Bonina, F., ... & Mancini, F. (2023). Pathological affective dependence (PAD) as an antecedent of intimate partner violence (IPV): A pilot study of PAD's cognitive model on a sample of IPV victims. *Psychology*, 14(2), 305–333. <https://doi.org/10.4236/psych.2023.142019>
- Pugliese, E., Uveli, A., van Emmerik, A., Ferretti, F., Saliani, A. M., Foschino-Barbaro, M. G., Foschino-Barbaro, MG, Vigilante T., Celitti E., Quintavalle C., Mancini F., Arntz, A. (2025). Pathological affective dependence as a risk factor for intimate partner violence: Initial psychometric validation of the Italian version of the pathological affective dependence scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(4), e70140. <https://doi.org/10.1002/cpp.70140>Digital Object Identifier (DOI)
- Putnam, F. W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 413–429. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020406>
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. Guilford Press.
- Schore, A. N. (2009). Attachment trauma and the developing right brain. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders* (pp. 107–141). Routledge.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. Guilford Press.
- Solomon, J., & George, C. (2011). Disorganization of maternal caregiving across two generations. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Disorganized attachment and caregiving* (pp. 25–51). Guilford Press.
- Tagliavini, G. (2011). Modulazione dell'arousal e modello polivagale. *Cognitivismo Clinico*, (1).
- Van der Hart, O., & Dorahy, M. (2009). Dissociation: History of a concept. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders* (pp. 3–26). Routledge.
- Van der Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 397–412. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020405>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self*. Norton.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2005). Dissociation in complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413–423. <https://doi.org/10.1002/jts.20049>

Due facce del trauma

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., Steele, K., & Liotti, G. (2011). *Fantasmî nel sé*. Raffaello Cortina.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma. In B. A. Van der Kolk et al. (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 182–213). Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and trauma adaptation. *American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1530–1540. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.12.1530>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>