

RELAZIONE TERAPEUTICA

Caso clinico: gestire la relazione terapeutica quando c'è rischio suicidario

Con Luca Proietti — psichiatra e psicoterapeuta

Nota informativa. Questo documento è un riassunto operativo del webinar TPC e ha finalità esclusivamente divulgative e di supporto alla pratica clinica. Non sostituisce una formazione specifica, la supervisione clinica o le linee guida istituzionali vigenti. Ogni caso clinico va valutato individualmente. In caso di emergenza fare sempre riferimento ai servizi di urgenza competenti.

Il caso di **Franco**, 30 anni, con disturbo di personalità dipendente e ideazione suicidaria ricorrente, offre uno spunto concreto per affrontare uno dei nodi più difficili della pratica clinica: come gestire la relazione terapeutica senza diventare parte del problema che stiamo cercando di risolvere.

Concetti chiave

Il contratto terapeutico

Definire i limiti di reperibilità e le regole di gestione della crisi *prima* che la crisi si presenti è un atto terapeutico, non burocratico. Il contratto protegge sia il paziente sia il terapeuta, e rende la terapia operabile. La sua negoziazione può già diventare materiale di lavoro sullo schema.

Il pronto soccorso come risorsa clinica

Il PS ha presenza garantita h24, 7 giorni su 7 — una disponibilità che nessun terapeuta può offrire. Inserirlo nel piano come presidio *di fiducia* (non come punizione) rompe lo schema "nessuno è disponibile quando sto male" e restituisce al paziente una risorsa concreta. Va presentato calibrando il linguaggio sul vissuto prevalente del paziente: sicurezza, presenza o autonomia.

Schema + ciclo interpersonale

Lo schema è la previsione del paziente ("l'altro non sarà disponibile"). Diventa ciclo quando la previsione si autoavvera — anche a causa di comportamenti involontari del terapeuta.

Test relazionale

I pazienti testano il terapeuta non per malizia, ma per tentare di disconfermare le proprie aspettative negative. I test vanno riconosciuti e gestiti, non evitati.

Rotture dell'alleanza

Le rotture sono inevitabili e, se gestite, diventano il materiale più fertile della terapia. La paura di rompere l'alleanza porta spesso a diventare parte del sintomo del paziente.

Agency del paziente Restituire responsabilità al paziente riduce l'intensità soggettiva della crisi. La ruminazione è mantenuta da uno scopo che il paziente può imparare a riconoscere e abbandonare.

Integrazione psicolo go-psichiatra-TERP I casi con ideazione suicidaria beneficiano della collaborazione multiprofessionale. Lo psichiatra valuta e imposta il supporto farmacologico e gestisce le fasi acute. Il TERP (Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica) contribuisce con gruppi di auto mutuo aiuto, compilazione del piano di sicurezza, psicoeducazione ai familiari e interventi riabilitativi nel territorio. La co-gestione non è una delega: è un ampliamento delle risorse disponibili per il paziente.

1 · Valutazione iniziale

- Valutare presenza, frequenza e intensità dell'ideazione anti-conservativa.
- Identificare lo schema relazionale dominante: attaccamento, dipendenza da approvazione, paura dell'abbandono.
- Esplorare i cicli interpersonali attivi: in che modo lo schema del paziente tende a realizzarsi nella relazione terapeutica?
- Rilevare eventuali pattern di ruminazione come innesco delle crisi: il paziente sa perché sprofonda, o lo schema si attiva in modo automatico?
- Esplorare la rete di supporto attuale, i trigger relazionali (es. minacce di rottura del partner) e i fattori di rischio ambientale.

2 · Contratto terapeutico

- Definire esplicitamente i limiti di reperibilità fuori seduta prima che si presenti una crisi — non dopo.
- Concordare la regola fondamentale: ideazione gestibile → la paziente la porta in seduta; non gestibile → pronto soccorso.
- Calibrare il linguaggio del contratto sullo schema dominante del paziente: chi ha paura dell'abbandono ha bisogno di sentire che c'è una presenza h24; chi ha un vissuto di incapacità ha bisogno di sentire che può prendere potere sulla propria crisi.
- Anticipare che il contratto stesso può generare una rottura relazionale: usarla come primo materiale di lavoro sullo schema.
- Non cedere alla pressione implicita di essere sempre disponibile: rispondere a ogni messaggio fuori seduta non è cura — è rinforzo della dipendenza e conferma dello schema.

3 · Piano di sicurezza (da compilare insieme in seduta)

- Identificare i segnali d'allarme personali che precedono la crisi (pensieri, emozioni, comportamenti).
-

- Elencare le ragioni individuali per cui vale la pena continuare a vivere — fissarle per scritto, perché nelle crisi acute queste risorse sono difficili da evocare spontaneamente.
- Definire le attività autonome di coping praticabili in qualsiasi momento (passeggiata, musica, esercizi di rilassamento, attività fisica).
- Costruire la lista di contatti privati di emergenza: almeno 6–7 persone con numero di telefono, così che ci sia sempre qualcuno raggiungibile.
- Annotare i riferimenti professionali: PS più vicino con indirizzo, medico di base, terapeuta, numeri di emergenza (112, 118).
- Pianificare la messa in sicurezza dello spazio vitale: rimozione dei mezzi letali, farmaci, sostanze; evitare situazioni o persone trigger.
- Consegnare il piano al paziente in formato fisico o digitale — deve averlo sempre con sé, non solo in seduta.

4 · Lavoro clinico in seduta

- Psicoeducazione sulla ruminazione: far sperimentare in seduta il legame rumina → umore in calo, idealmente con un esercizio esperienziale in tempo reale.
- Identificare lo scopo della ruminazione: il paziente non rumina per abitudine, ma per uno scopo (es. rassicurarsi sulla possibilità di recuperare la relazione). Finché lo scopo non è riconosciuto, le strategie comportamentali hanno effetto parziale.
- Prima fase — tecniche di interruzione: usare strategie delle terapie brevi per ridurre l'automatismo ruminativo (es. esasperare i pensieri per iscritto senza rileggerli, spostamento dell'attenzione).
- Seconda fase — disinvestire dallo scopo: lavorare esplicitamente sulla rinuncia allo scopo ruminativo. Questo ha un costo emotivo reale che va riconosciuto e accompagnato.
- Fase di consolidamento: investire su scopi alternativi (autonomia, benessere, relazioni). Usare tecniche corporee, imagery rescripting, eccezioni positive (SFBT) per evocare e ancorare le risorse del paziente.
- Usare le rotture dell'alleanza come materiale vivo: lavorare sulla dipendenza relazionale non solo dalla figura esterna, ma anche dal terapeuta.
- Valutare l'invio a gruppi terapeutici o psicoeducativi: ampliano la rete di supporto, rompono l'isolamento relazionale e forniscono esperienze emotive correttive attraverso il modeling tra pari.

5 · Integrazione psicologo–psichiatra–TERP

- Valutare precocemente se il caso richiede una valutazione psichiatrica: ideazione strutturata, piano concreto, accesso ai mezzi o comorbidità biologica sono segnali che non possono attendere.
- Presentare l'invio allo psichiatra come ampliamento delle risorse, non come sostituzione o fallimento del percorso psicoterapeutico.

- Condividere con il paziente il razionale della co-gestione: più professionisti che collaborano aumentano la copertura e la qualità dell'intervento.
- Lo psichiatra può impostare una terapia farmacologica mirata: SSRI per ruminazione e stabilizzazione del tono dell'umore, benzodiazepine per la gestione acuta della crisi.
- Il TERP (Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica) può affiancare il lavoro clinico con interventi specifici: conduzione o co-conduzione di gruppi di auto mutuo aiuto, dove il paziente sperimenta che non è solo e inizia a costruire relazioni di supporto al di fuori della diade terapeutica.
- Il TERP può supportare la compilazione del piano di sicurezza in contesti residenziali, semiresidenziali o domiciliari — garantendo che il piano sia realistico, personalizzato e aggiornato.
- Il TERP può svolgere psicoeducazione rivolta ai familiari: insegnare a riconoscere i segnali precoci di crisi, come rispondere senza alimentare la dipendenza, quando e come accompagnare il paziente al PS.
- Esplorare insieme al paziente le risorse del territorio: Centro di Salute Mentale (CSM), gruppi psicoeducativi, gruppi tra pari con conduzione professionale.
- Condividere (con consenso) le informazioni cliniche essenziali per garantire coerenza degli interventi ed evitare messaggi contraddittori tra i professionisti coinvolti.
- La collaborazione multiprofessionale distribuisce la responsabilità clinica nelle fasi di maggiore rischio e riduce il carico sul singolo terapeuta.

«Il chirurgo non opera in situazioni pericolose — non perché sia cattivo, ma perché operare senza le condizioni giuste danneggerebbe il paziente. La terapia funziona allo stesso modo: i limiti non sono crudeltà, sono presidi di sicurezza.»

— webinar TPC

Piano di sicurezza UFSP (Svizzera)

Il documento ufficiale dell'Ufficio Federale della Sanità Pubblica svizzero è uno strumento pratico da compilare con il paziente in seduta. Include: segnali d'allarme · ragioni di vita · coping autonomo · rete di contatti · riferimenti professionali · sicurezza ambientale.

Scarica il piano: parlare-puo-salvare.ch

Numeri di emergenza

112 — Numero Unico di Emergenza (NUE): unico numero gratuito per tutte le urgenze. Attivo h24, raggiungibile anche senza SIM o credito. Smista automaticamente a polizia, ambulanza (118), vigili del fuoco (115) e soccorso in mare. I vecchi numeri (113 · 115 · 118) restano attivi e confluiscono sulla stessa centrale.

Telefono Amico / Ascolto 02 2327 2327 · **Telefono Azzurro** (minori) 19696