



PIREP

LA PSICOTERAPIA INTEGRATA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA

Vincenzo Caretti



ISTITUTO ITALIANO DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

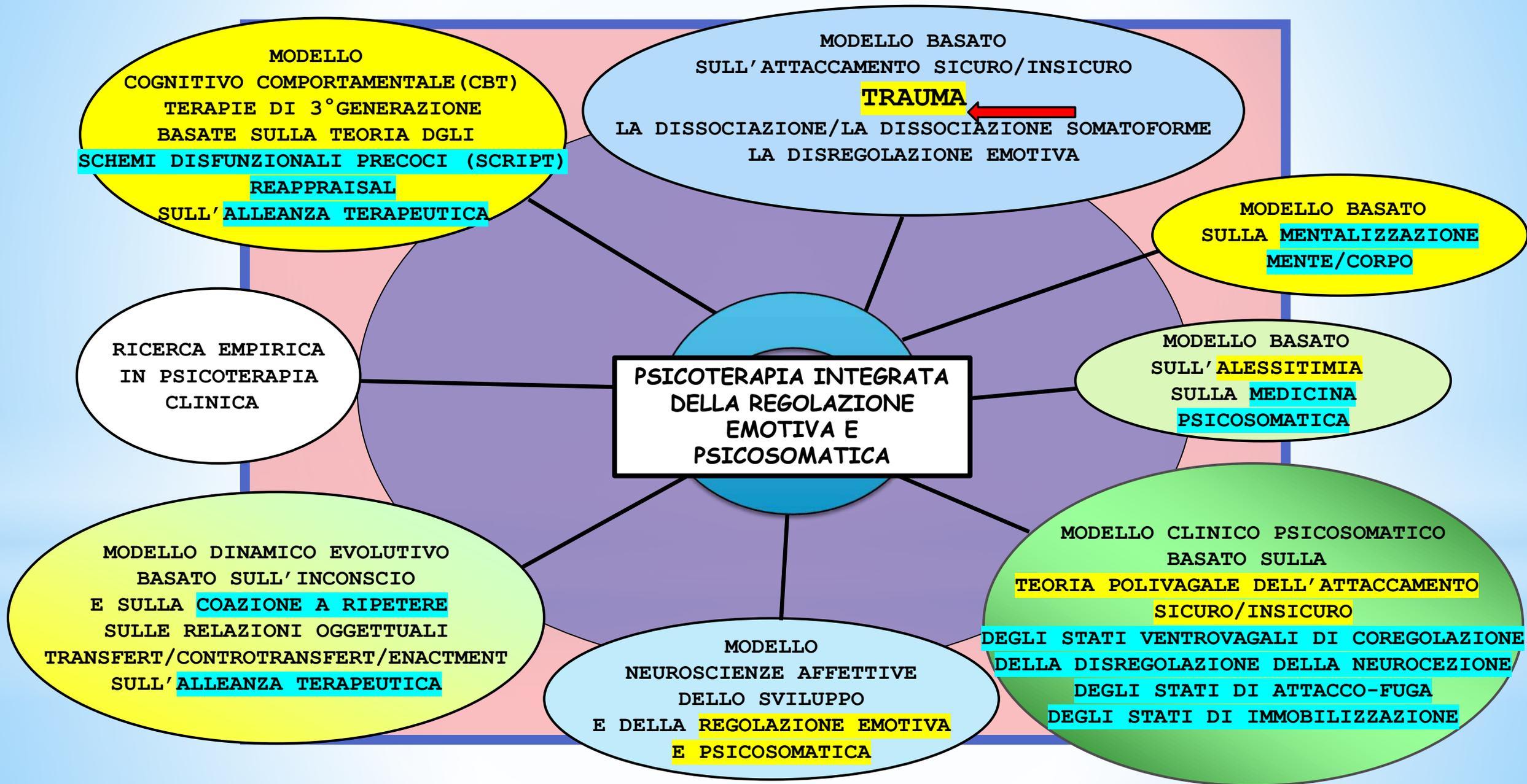
PIREP

PSICOTERAPIA INTEGRATA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA

PRESENTATION OUTLINE

- 1) Psychotherapy for emotional and psychosomatic regulation is an **integrated** psychotherapy, **Body-Trauma Oriented**, **Polyvagal Informed**, a maturative process that takes place **within the relationship between the therapist and the patient**.
- 2) The reference psychopathological model is based on trauma, dissociation, emotional dysregulation and psychosomatic dysregulation (Autonomic Dysregulation/Dysregulation of Neuroception).
- 3) In this model, dissociation refers to the **Dissociation of Intimacy in social engagement and in relationships** that originates from traumatic relational experiences that are not mentalized in development.
- 4) **Internal Saboteur** or (Anti-bonder) disables the relational attachment system and dissociates the behavior of Intimacy and deep bonds, adversely to the safety and pleasure of the patient to stay with himself and others.
- 5) In psychotherapy, **Focusing** consists of a 6-phase guided meditation technique that allows the patient to be conscious of his problem, and to regulate emotions and arousal to develop greater self-control and acceptance in the face of the Felt-Sense disturbing.

IL MODELLO TEORICO INTEGRATO DELLA PSICOTERAPIA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA



**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

1

REGOLAZIONE EMOTIVA
REGOLAZIONE AUTONOMICA
DEL TERAPEUTA

2

IL **CONTRATTO**
TERAPEUTICO
DEFINIRE GLI
OBIETTIVI DELLA
PSICOTERAPIA

D

LAVORARE SULLE **FANTASIE**
PROCESSI IMMAGINATIVI
I SOGNI
con lo scopo di mentalizzare
emozioni/sensazioni e contenere le
ANGOSCE DI FRAMMENTAZIONE
(**Reazione Terapeutica Negativa**)

B

LAVORARE SULLE
MEMORIE TRAUMATICHE
(emozioni e sensazioni)
E SULLA LORO RIPETIZIONE
NEL PRESENTE
(**COAZIONE A RIPETERE**)

E

LAVORARE SUGLI
STATI PSICO-SOMATICI DISSOCIATI
NELL'INGAGGIO SOCIALE
a favore del cambiamento/trasformazione nelle
rappresentazioni di sé e degli altri,
nella riparazione dei conflitti,
nella riattivazione del sistema
di attaccamento/**INTIMACY**

A

LAVORARE SULLA
REGOLAZIONE
delle **emozioni e delle sensazioni**
negative croniche e persistenti
e sulle **emozioni e sensazioni**
positive dissociate

C

LAVORARE SUL
SABOTATORE INTERNO
E SUGLI STATI DI
TENSIONE CORPOREA DI
ATTACCO/FUGA/IMMOBILIZZAZIONE
(**ATTACCO AL LEGAME**)
DISATTIVAZIONE DEL
SISTEMA DI ATTACCAMENTO
DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY

F

IMPLEMENTARE
ESERCIZI NEURALI
PSICOSOMATICI (**FOCUSING**)
al servizio dell'**AGENCY**,
della sicurezza, del rilassamento
e del piacere nell'ingaggio sociale
e nell'**INTIMACY**

LA PSICOTERAPIA INTEGRATA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA (PIREP)

La Psicoterapia della Regolazione Emotiva e Psicosomatica (*Self-Regulation Psychotherapy*) è una psicoterapia integrata, **body trauma oriented** in cui il modello dinamico si integra con quello cognitivo-comportamentale e con quello psicosomatico, il cui obiettivo è la cura delle emozioni (Mente) e delle sensazioni (Corpo) disregolate del paziente, a favore della mentalizzazione e della regolazione psicosomatica per una sua maggiore autonomia sia nello stare con se stesso, sia nelle sue relazioni interpersonali e di attaccamento.

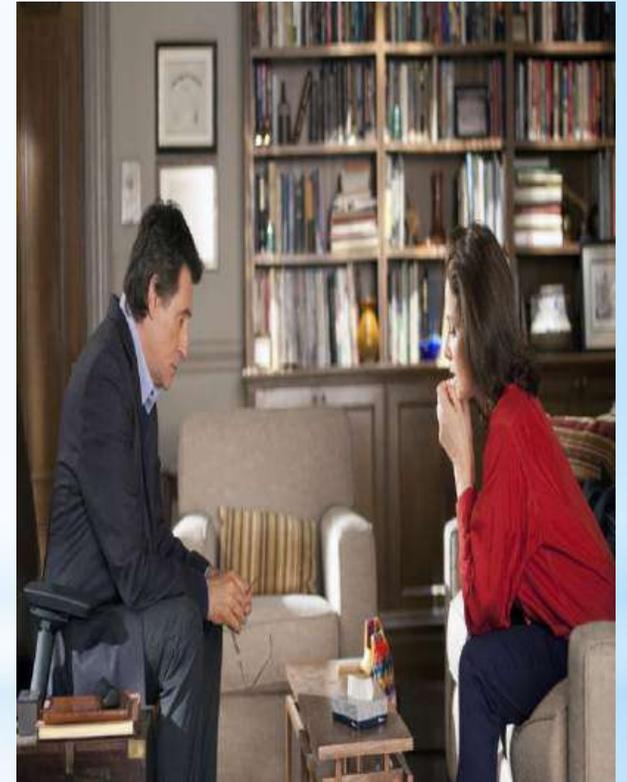
La disregolazione delle emozioni e delle sensazioni del paziente ha un'origine evolutiva nei traumi che sono intervenuti nel suo sistema delle relazioni primarie e che in quanto non elaborati, vengono ripetuti inconsciamente negli **schemi comportamentali** e negli automatismi disfunzionali, anche corporei di attacco-fuga-immobilizzazione, nel qui ed ora del paziente, ovvero nella **coazione a ripetere**.



La psicoterapia integrata della regolazione emotiva è volta a trasformare gli stati emotivi disfunzionali e le sensazioni negative nel presente del paziente (**self-regulation/autonomic regulation**), con altri più funzionali al servizio del suo benessere e di nuove competenze interpersonali nell'*Agency* e nell'*Intimacy*, permettendo progressivamente al paziente di passare da un sistema relazionale chiuso a un **sistema relazionale aperto e sicuro**.

LA MENTALIZZAZIONE NELLA PIREP MENTE-CORPO-RELAZIONE

Il trattamento psicoterapeutico della regolazione emotiva e psicosomatica è basato sul costrutto di **mentalizzazione**, il cui obiettivo è quello di favorire un **processo maturativo** a favore **dell'integrazione degli stati del Sé, compreso il Sé corporeo**: si tratta di un processo che permette gradualmente al paziente, attraverso l'incentivazione del *body-mind insight*, di trasformare i suoi pattern disfunzionali inconsci e di regolare le sue emozioni e i suoi stati psicosomatici, al servizio della sua sicurezza nello stare con se stesso e con gli altri, per la sua crescita personale. Questo processo trasformativo avviene all'interno della **relazione tra terapeuta e paziente**, nel setting, in cui è possibile mentalizzare nello scambio clinico la prospettiva di una maggiore autonomia e di un miglioramento nelle relazioni interpersonali, favorendo un'esperienza trasformativa che si configura, in virtù dell'azione terapeutica, nell'immediatezza del *qui e ora* della relazione.



LA PSICOTERAPIA INTEGRATA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA (PIREP)

- La *Psicoterapia della Regolazione Emotiva e Psicosomatica* (Self-Regulation Psychotherapy) è una psicoterapia integrata, **body trauma oriented**.
- La disregolazione delle emozioni ha origine nei traumi che sono intervenuti nella storia evolutiva del paziente e che non sono stati mentalizzati, ovvero contenuti-elaborati e trasformati.
- Le esperienze traumatiche non mentalizzate vengono ripetute inconsciamente negli schemi cognitivi, nei comportamenti e negli automatismi corporei disfunzionali di attacco-fuga-immobilizzazione, nel qui ed ora del paziente, ovvero nella coazione a ripetere.
- La *Psicoterapia della Regolazione Emotiva e Psicosomatica* è volta al cambiamento del paziente: 1) di conseguire una maggiore autonomia nella realizzazione di se stesso; 2) di **passare da un sistema relazionale chiuso a un sistema relazionale aperto e sicuro**.
- Il processo clinico della regolazione emotiva e psicosomatica è un **processo relazionale** finalizzato alla maturazione del paziente (*body-mind insight*) e basato fundamentalmente sulla **regolazione emotiva e somatica del terapeuta** nel corso della costruzione, delle rotture e delle riparazioni dell'alleanza terapeutica.

LA PSICOTERAPIA INTEGRATA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA LA REGOLAZIONE EMOTIVA E SOMATICA DEL TERAPEUTA

Il processo clinico della regolazione emotiva è un processo relazionale finalizzato alla maturazione del paziente (*self-regulation/autonomic regulation*) ma basato fondamentalmente sulla **regolazione emotiva e somatica del terapeuta**. Questa specificità consiste nell'attenzione o nell'*insight* che l'operatore (*caregiver*) utilizza per regolare il suo atteggiamento terapeutico nella relazione clinica, mentalizzando le sue emozioni, coscienti e inconsce, e le sue reazioni somatiche che intervengono in tutte le fasi della presa in carico, nell'ascolto del paziente, al servizio dell'attenzione fluttuante, dell'empatia e della sintonizzazione con il paziente. Il terapeuta utilizza questa forma di *mind body insight* per regolare le sue reazioni controtransferali, sia emotive che somatiche, che si producono in tutte le fasi dell'intervento, nella costruzione, rottura, riparazione e mantenimento dell'alleanza terapeutica, relativamente alla domanda di cura del paziente e al transfert del paziente di seduta in seduta.



LA PSICOTERAPIA INTEGRATA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA



Il processo clinico maturativo della self-regulation nella psicoterapia integrata della regolazione emotiva ha lo scopo di favorire progressivamente, nel paziente, l'acquisizione di questi obiettivi:

- a) l'Insight Cognitivo ovvero l'impegno nella **mentalizzazione** e nella **regolazione**, in risposta ad emozioni e sensazioni sia negative che positive e la disponibilità a condividerle nel setting e nella relazione terapeutica. ("Là dove c'era l'Es, ci sarà l'Io". S. Freud);
- b) la consapevolezza, la comprensione e l'accettazione dei diversi stati emotivi e corporei, per **trasformare la sua identità psicosomatica al servizio sia della sicurezza**, sia dell'azione vitale, sia quando il paziente si ritrova da solo, sia nelle sue relazioni affettive, sia nelle sue relazioni sociali;
- c) l'autonomia e la **flessibilità a sperimentare nuovi stati emotivi e corporei** adeguati allo stare bene con se stesso e con gli altri, per modulare l'intensità e la durata delle risposte emotive e corporee disfunzionali, a favore sia dell'*Agency*, sia dell'*Intimacy*.

LA PSICOTERAPIA INTEGRATA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA

d) la capacità di **contenere, elaborare e trasformare le frustrazioni, le perdite e i limiti** sia passati che presenti nell'esistenza del paziente, in una prospettiva creativa e vitale al servizio del miglioramento della relazione con se stesso e con gli altri, in tutti i cambiamenti e le fasi della sua storia evolutiva di persona;

e) *l'Insight Corporeo* ovvero il processo di mentalizzazione e di trasformazione delle memorie e delle sensazioni corporee traumatiche intervenute nello sviluppo neuroaffettivo del paziente. Queste memorie, in quanto troppo dolorose e intollerabili dall'lo, **vengono pertanto ripetute e dissociate (nelle inibizioni o nelle iperattivazioni sia mentali che motorie) a favore dell'attacco al legame, della disattivazione del sistema di attaccamento** e della dissociazione dell'*intimacy* nelle relazioni affettive del paziente, nelle sue relazioni sociali, comprese quelle in ambito lavorativo.

f) il contenimento, l'elaborazione e la trasformazione dell'emozioni negative e delle sensazioni corporee disfunzionali, nella vita attuale del paziente, per riattivare un sistema di attaccamento aperto e sicuro, sia nell'*agency*, sia nell'*intimacy*, sia nella regolazione dei conflitti e delle rotture interpersonali.



IL MODELLO DELLA PSICOTERAPIA INTEGRATA PSICOSOMATICA BASATA SULLA MENTALIZZAZIONE MENTE-CORPO-RELAZIONE

Il ragionamento clinico della **PIREP** è basato sul costrutto di **trauma complesso** (*developmental trauma, complex trauma, PTSD*), che rimanda a una vulnerabilità generalizzata conseguente da esperienze dolorose associate a vicende relazionali o avvenimenti stressogeni di varia natura avversa o traumatica - intervenuti nel corso dello sviluppo - che la persona, relativamente alla sua soggettività, non riesce in alcun modo a integrare nel Sé - sia livello emotivo, sia a livello dei suoi stati corporei - che incidono in modo disfunzionale sulla sua vita, sul suo funzionamento psichico e sulla sua salute. (van der Kolk, 1994, 1996)



IL MODELLO TEORICO INTEGRATO DELLA PSICOTERAPIA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA

- * Oltre alle chiavi di valutazione della sofferenza mentale basate sul trauma (*Developmental trauma, Complex trauma, PTSD*), altri elementi che sostengono l'integrazione in psicoterapia sono:
- * a) l'attenzione alla dissociazione delle emozioni, dei processi relazionali, degli stati corporei e dell'*intimacy*, che incentiva la disregolazione emotiva e psicosomatica;
- * b) l'attenzione ai fenomeni della coazione a ripetere in cui riemergono nel presente gli schemi relazionali disfunzionali precoci;
- * c) l'attenzione al corpo nelle rappresentazioni interiorizzate del paziente e nella sintomatologia dei disturbi funzionali, ma anche alle reazioni del corpo e alle espressioni non verbali che intervengono nel terapeuta, nel paziente e nella relazione clinica;
- * d) l'attenzione alla relazione terapeutica e all'*Alleanza Terapeutica* (come fattore aspecifico di cura comune a tutti i modelli clinici) e ai processi che favoriscono la costruzione, la riparazione e il mantenimento della relazione terapeutica nelle diverse fasi della psicoterapia;
- * e) la convergenza dei costrutti di *Mentalizzazione* e di *Reappraisal* che, pur appartenendo a scuole cliniche diverse, sono entrambi orientati a un processo terapeutico bottom-up/top-down finalizzato al cambiamento dell'*agency* e dell'*intimacy* del paziente;
- * f) la valorizzazione in psicoterapia di tecniche riabilitative la respirazione consapevole, la Mindfulness, l'attività fisica aerobica, il Focusing.

Oltre alle chiavi di valutazione della sofferenza mentale basate sul trauma (*Developmental trauma, Complex trauma, PTSD*), altri elementi che sostengono l'integrazione in psicoterapia sono:

L'INTEGRAZIONE DEI MODELLI NELLA PSICOTERAPIA INTEGRATA NELLA PIREP

Psicoterapia Psicoanalitica

Modello Psicodinamico
Relazioni Oggettuali &
Psicoanalisi Relazionale

Psicoterapia basata sulla Mentalizzazione (Fonagy)

Modello Psicodinamico
Teoria dell'Attaccamento

ComplexTrauma

Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

Modello Cognitivo-Comportamentale
(CBT-MBT-ACT-DBT-EMDR
SCHEMA THERAPY)

IMMAGINAL EXPOSURE
MIRRORING
SHAPING
REINFORCEMENT
AROUSAL REGULATION

Psicoterapie Corporee

Modello Psicosomatico
(Alexander, Taylor, Bucci, Porges, Ogden, Levine)
Psicoterapia Sensomotoria-
Psicoterapia Polivagale, Mindfulness)

LA MENTALIZZAZIONE/REAPPRAISAL NELLA PSICOTERAPIA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA

La **Mentalizzazione** come il **Reappraisal** (in ambito cognitivista: riesame, rivalutazione, riconsiderazione del mondo interno) si riferiscono, nelle ricerche neurofisiologiche e in ambito clinico, ad **un processo mentale cosciente che permette di modificare la reazione cognitiva-affettiva-psicosomatica, con l'obiettivo di regolare le emozioni e le sensazioni e di ridurre il potenziale effetto stressante della cronicità e della persistenza delle emozioni e delle sensazioni negative.**

Questa strategia psicoterapeutica produce effetti sull'esperienza soggettiva del paziente, sulle sue risposte fisiologiche e sul comportamento, coinvolgendo **in un processo di cambiamento il sistema cognitivo (memoria, attenzione, insight), il sistema neurofisiologico della regolazione dell'arousal (sistema nervoso autonomo, sistema endocrino, sistema immunitario) e le risposte neurali corticali (corteccia prefrontale e amigdala), a favore di un miglioramento anche psicocorporeo.**

La Mentalizzazione come il Reappraisal utilizzano **l'Insight**, compreso **l'Insight corporeo**, anche per regolare le emozioni e le sensazioni che intervengono nella vita attuale del paziente ma anche nella relazione clinica tra paziente e terapeuta in tutte le fasi dell'intervento, della costruzione e del mantenimento dell'alleanza terapeutica, relativamente alla domanda di cura del paziente e al transfert sul terapeuta di seduta in seduta.

Nella psicoterapia della regolazione emotiva, la Mentalizzazione o Reappraisal coincidono con una ristrutturazione cognitiva, affettiva e psicosomatica, che permette di diventare consapevoli dei pensieri, emozioni e reazioni corporali collegate a particolari eventi conflittuali relazionali e di produrre una 'nuova valutazione' degli eventi stessi più funzionale e costruttiva per il benessere autonomo del paziente e **a favore della riattivazione del sistema di attaccamento, sia nell' Agency, sia nell' Intimacy, sia nella regolazione dei conflitti interpersonali.**



IL TRAUMA E' AL CENTRO DELLA PSICOTERAPIA CLINICA INTEGRATA

EMOTIONAL SCHEMA THERAPY (EST) (R. Leay, 2015)

SCHEMA FOCUSED THERAPY MODEL (SFT) (D.P. Bernstein, 2007)

DBT (M.M. Linehan, 1993)

CBT (A.T. Beck, 1976)

OCCUPATIONAL PSYCHOTHERAPY
(A.J. Ayres, 1972)

SELF REGULATION
PSYCHOTHERAPY

COMPLEX
TRAUMA

Traumatic Experiences
Traumatic Attachment Disorders
Developmental Trauma/PTSD
Psychosomatic Dysregulation

- RELATIONAL PSYCHODYNAMIC THERAPY (Psicoterapia relazionale) (S.A. Mitchell, 1983)
- TRANSFERT FOCUSED THERAPY (TFT) (O. Kernberg, 2008)
- DYNAMIC INTERPERSONAL THERAPY (DIT) (Psicoterapia basata sull'attaccamento) (P. Fonagy, 2002)
- BODY TRAUMA ORIENTED THERAPY (Psicoterapia della disregolazione psicosomatica) (P. Ogden, 2006) (P. Levine, 2008) (D. Dana, 2017)

I PUNTI DI FORZA DEL MODELLO INTEGRATO DELLA PIREP

- a) l'attenzione alla dissociazione delle emozioni, dei processi relazionali, degli stati corporei e dell'*intimacy*, che incentiva la disregolazione emotiva e psicosomatica;
- b) l'attenzione ai fenomeni della coazione a ripetere in cui riemergono nel presente gli schemi relazionali disfunzionali precoci;
- c) l'attenzione al corpo nelle rappresentazioni interiorizzate del paziente e nella sintomatologia dei disturbi funzionali, ma anche alle reazioni del corpo e alle espressioni non verbali che intervengono nel terapeuta, nel paziente e nella relazione clinica;
- d) l'attenzione alla relazione terapeutica e all'*Alleanza Terapeutica* (come fattore aspecifico di cura comune a tutti i modelli clinici) e ai processi che favoriscono la costruzione, la riparazione e il mantenimento della relazione terapeutica nelle diverse fasi della psicoterapia;
- e) la convergenza dei costrutti di *Mentalizzazione* e di *Reappraisal* che, pur appartenendo a scuole cliniche diverse, sono entrambi orientati a un processo terapeutico bottom-up/top-down finalizzato al cambiamento dell'*agency* e dell'*intimacy* del paziente;
- f) la valorizzazione in psicoterapia di tecniche riabilitative come la respirazione consapevole, l'attività aerobica, la Mindfulness, il FOCUSING.

GLI OBIETTIVI DELLA PSICOTERAPIA

- a) Incrementare la mentalizzazione, l'auto-regolazione e la co-regolazione.
- b) Sviluppare la capacità di identificare ed esplorare le emozioni e le sensazioni corporee negative per contenerle/elaborarle/trasformarle: mentalizzare la Neutocezione.
- c) Lavorare con gli stati mentali/corporei attuali come riedizione di memorie traumatiche non mentalizzate e pertanto ripetute in schemi comportamentali disfunzionali.
- d) Sviluppare la capacità regolazione dell'*Arousal*, di essere nel proprio corpo (*embodiment*) per una maggiore sicurezza (*Safety*) nell'*Agency* e nell'*Intimacy*.
- e) Incrementare l'autonomia, la capacità di stare bene con se stessi anche da soli.
- f) Incrementare la qualità del *social engagement* per riattivare il sistema di attaccamento, il desiderio e la capacità di vicinanza, di esplorazione e connessione con il mondo esterno.

BODY INSIGHT, INTEROCEPTION, NEUROCEPTION, AROUSAL REGULATION

HOW TO MENTALIZE AND REGULATE NEUROCEPTION IN POLYVAGAL INFORMED PSYCHOTHERAPY?

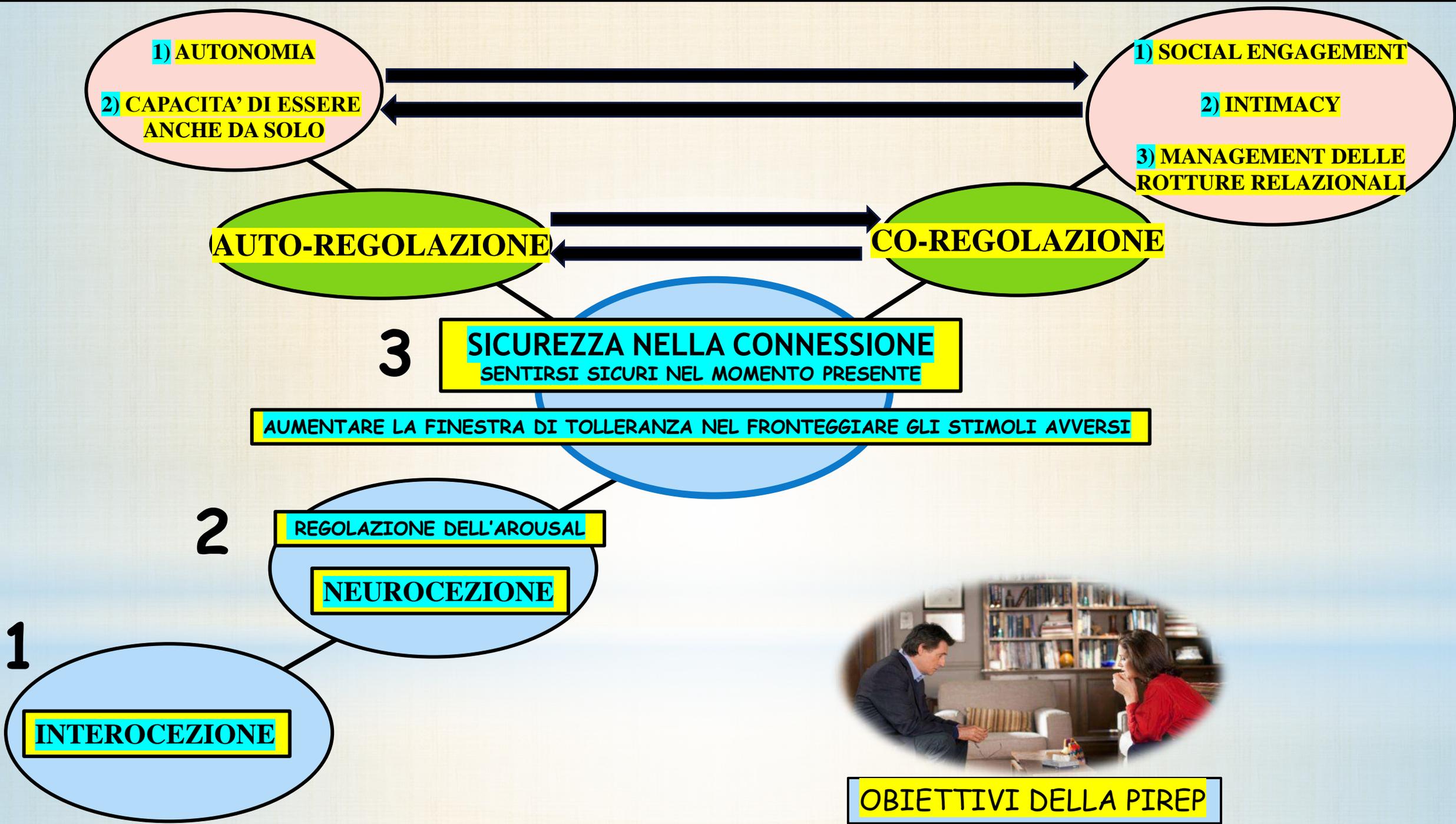
SENTIRSI IN PERICOLO ANCHE QUANDO NON C'E' NESSUN PERICOLO



INTEROCEPTION, NEUROCEPTION IN THE BOTTOM-UP POLYVAGAL PSYCHOTHERAPY (PVP)

- * **Interoception** concerns the subjective perception and awareness of all internal sensations in the body for the **purpose of Arousal Regulation**.
- * **Neuroception** concerns the subjective perception of autonomic, sympathetic/dorsal-vagal/ventral-vagal reactions and regulating them (Arousal Regulation) for the **purpose of Co-regulation and Connection**.

Can the two concepts and the resulting bottom-up techniques be integrated into Polyvagal Psychotherapy?



1

LA REGOLAZIONE DEL TERAPEUTA

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

1

REGOLAZIONE EMOTIVA
REGOLAZIONE AUTONOMICA
DEL TERAPEUTA

2

IL **CONTRATTO**
TERAPEUTICO
DEFINIRE GLI
OBIETTIVI DELLA
PSICOTERAPIA

D

LAVORARE SULLE **FANTASIE**
PROCESSI IMMAGINATIVI
I SOGNI
con lo scopo di mentalizzare
emozioni/sensazioni e contenere le
ANGOSCE DI FRAMMENTAZIONE
(**Reazione Terapeutica Negativa**)

B

LAVORARE SULLE
MEMORIE TRAUMATICHE
(emozioni e sensazioni)
E SULLA LORO RIPETIZIONE
NEL PRESENTE
(**COAZIONE A RIPETERE**)

E

LAVORARE SUGLI
STATI PSICO-SOMATICI DISSOCIATI
NELL'INGAGGIO SOCIALE
a favore del cambiamento/trasformazione nelle
rappresentazioni di sé e degli altri,
nella riparazione dei conflitti,
nella riattivazione del sistema
di attaccamento **AGENCY/INTIMACY**

A

LAVORARE SULLA
REGOLAZIONE
delle **emozioni** e delle **sensazioni**
negative croniche e persistenti
e sulle **emozioni** e **sensazioni**
positive dissociate

C

LAVORARE SUL
SABOTATORE INTERNO
E SUGLI STATI DI
TENSIONE CORPOREA DI
ATTACCO/FUGA/IMMOBILIZZAZIONE
(**ATTACCO AL LEGAME**)
DISATTIVAZIONE DEL
SISTEMA DI ATTACCAMENTO
DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY

F

IMPLEMENTARE
ESERCIZI NEURALI
PSICOSOMATICI (**FOCUSING**)
al servizio dell'**AGENCY**,
della sicurezza, del rilassamento
e del piacere nell'ingaggio sociale
e nell'**AGENCY/INTIMACY**

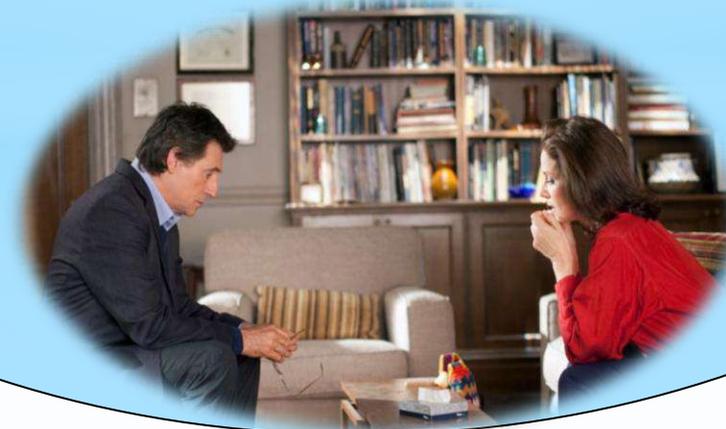
1

REGOLAZIONE EMOTIVA
REGOLAZIONE AUTONOMICA
DEL TERAPEUTA

PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA

La regolazione emotiva del terapeuta consiste nell'attenzione o nell'insight che il terapeuta utilizza per regolare il suo atteggiamento clinico nella relazione con il paziente, per regolare le sue emozioni coscienti e inconscie che intervengono nell'ascolto del paziente, al servizio dell'attenzione fluttuante, dell'empatia e della sintonizzazione con il paziente.

Il terapeuta utilizza questa forma di insight per regolare le sue reazioni controtransferali che si producono in tutte le fasi dell'intervento, della costruzione, la rottura e il mantenimento dell'alleanza terapeutica, relativamente alla domanda di cura del paziente e al transfert del paziente di seduta in seduta.



La relazione terapeutica è lo sforzo di due persone che cercano di recuperare l'integrità dell'essere umano attraverso il rapporto che si crea tra di loro.

R.D. Laing

La relazione terapeutica è una relazione umana all'interno della quale terapeuta e paziente si impegnano insieme, in un clima di reciproca fiducia, per raggiungere degli obiettivi condivisi.

Quali sono le componenti costitutive della relazione terapeutica?

- 1) la competenza professionale del terapeuta di regolare le sue emozioni e i suoi stati corporei nella relazione con il paziente, ovvero di regolare il suo controtransfert;
- 2) le competenze comunicative del terapeuta;
- 3) la chiara definizione dei compiti e degli impegni reciproci nel trattamento;
- 4) l'esplicita condivisione del paziente e del terapeuta degli obiettivi della psicoterapia;
- 5) il tipo di legame affettivo (*bond*) che si costituisce fra terapeuta e paziente, caratterizzato da fiducia e rispetto reciproci.



L'ALLEANZA TERAPEUTICA AL CENTRO DEL MODELLO DELLA PIREP

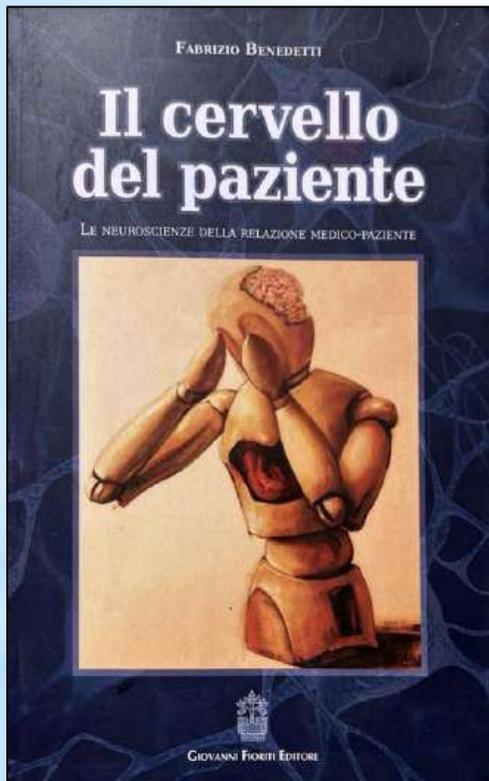


L'**alleanza terapeutica**, costituisce il fattore più importante nella presa in carico del paziente psichiatrico e il più importante fattore di cura per favorire la collaborazione e il cambiamento del paziente.

L'alleanza tra paziente e operatore è basata sul legame (*bond*) che si costruisce e si mantiene in tutte le fasi della presa in carico, questo legame è caratterizzato da **fiducia** ed **empatia**.

L'ALLEANZA TERAPEUTICA AL CENTRO DEL MODELLO DELLA PIREP

Sottili differenze nella comunicazione verbale e non verbale possono condurre a risultati diversi nella costruzione della fiducia nell'alleanza terapeutica



Durante le interazioni sociali, decidere se una persona sconosciuta sia degna di **fiducia** rappresenta una delle decisioni più importanti nella vita quotidiana. Una buona o c a t t i v a interazione dipende in gran parte da questa decisione. Decisione che il cervello è in grado di prendere molto rapidamente. I giudizi di affidabilità possono servire per la funzione di avvicinamento/allontanamento automatico nelle interazioni sociali, determinando se avvicinare o evitare uno sconosciuto. Perciò i giudizi di affidabilità sono un tentativo di captare le espressioni emotive che **segnalano il comportamento di avvicinamento o di evitamento**.

Per il giudizio positivo sull'affidabilità si tratta di espressioni di accettazione e di curiosità, mentre per il giudizio negativo (cioè di inaffidabilità) si tratta di espressioni di tensione, rigidità o di ostilità manifesta: in altre parole, queste espressioni comunicano che la persona dovrebbe essere evitata, mentre le espressioni di accettazione e di curiosità comunicano che la persona può essere avvicinata. E vi sono in realtà studi che mostrano che **i volti tesi o preoccupati o ancor più arrabbiati, impauriti o disgustati scatenano risposte automatiche di evitamento**. (Marsh et al. 2005; Adams et al. 2006)

La regolazione delle emozioni nel SISTEMA TERAPEUTA-PAZIENTE



Gli stimoli sensoriali sono particolarmente importanti durante l'interazione TERAPEUTA-PAZIENTE. Sottili differenze nella comunicazione verbale e non verbale, nelle espressioni facciali e nei movimenti corporei del TERAPEUTA, possono portare a risultati diversi nella presa in carico del paziente psichiatrico.

LA SENSIBILITA' DEL TERAPEUTA NELLA COSTRUZIONE DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA

La sensibilità del terapeuta è la capacità di percepire e comprendere in modo accurato i sentimenti, le emozioni, i pensieri e le esperienze del cliente: una qualità cruciale per stabilire un'efficace alleanza terapeutica e per condurre una terapia di successo.

Alcune variabili chiave della sensibilità del terapeuta:

- 1. Empatia:** La capacità di mettersi nei panni del cliente e di comprendere le sue emozioni e le sue prospettive.
- 2. Attenzione e ascolto attivo:** La capacità di prestare attenzione completa e concentrata a ciò che il cliente sta comunicando, sia attraverso le parole che attraverso il linguaggio non verbale.
- 3. Risposta empatica:** La capacità di rispondere in modo appropriato ed empatico alle emozioni e alle esperienze del cliente, dimostrando comprensione e sostegno.
- 4. Sensibilità culturale:** La capacità di riconoscere e rispettare le differenze culturali, sociali e individuali che possono influenzare l'esperienza del cliente.
- 5. Sensibilità alle dinamiche relazionali:** La capacità di percepire e comprendere le dinamiche interpersonali che si sviluppano tra il cliente e il terapeuta, nonché all'interno delle relazioni significative del cliente.
- 6. Sensibilità alla reattività del cliente:** La capacità di riconoscere e comprendere come il cliente sta rispondendo alle interazioni terapeutiche e agli interventi.
- 7. Sensibilità per favorire l'ambiente terapeutico:** La capacità di creare un ambiente sicuro, rispettoso e non giudicante in cui il cliente si senta a suo agio nell'esplorare i propri pensieri e sentimenti.
- 8. Sensibilità alla propria reattività:** La capacità del terapeuta di riconoscere le proprie emozioni, reazioni e comportamenti, e di gestirli in modo appropriato nel contesto della terapia.
- 9. Legame emotivo:** La sensibilità del terapeuta è la propensione a costruire un legame emotivo con il paziente, che è essenziale per una terapia efficace.

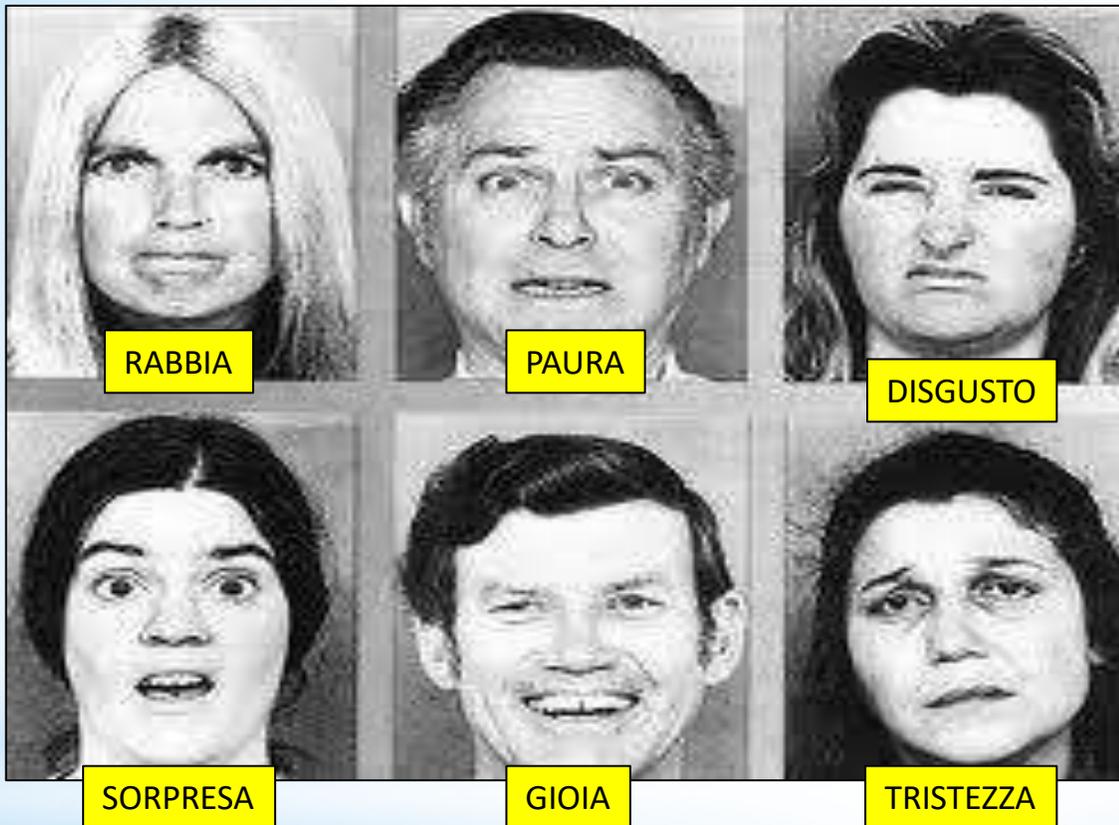
La sensibilità del terapeuta è fondamentale per costruire una relazione terapeutica di fiducia e rispetto reciproco. Essa consente al terapeuta di essere un partner empatico ed efficace nel processo di cambiamento e crescita del paziente. Tuttavia, è importante anche che il terapeuta mantenga un equilibrio, evitando di identificarsi eccessivamente con il cliente o di farsi sopraffare dalle emozioni dell'altro.

LA DISREGOLAZIONE EMOTIVA DEL TERAPEUTA NEL PROCESSO DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA



LA CONSAPEVOLEZZA DEL CONTROTRANSFERT NEL PROCESSO DELLA PSICOTERAPIA



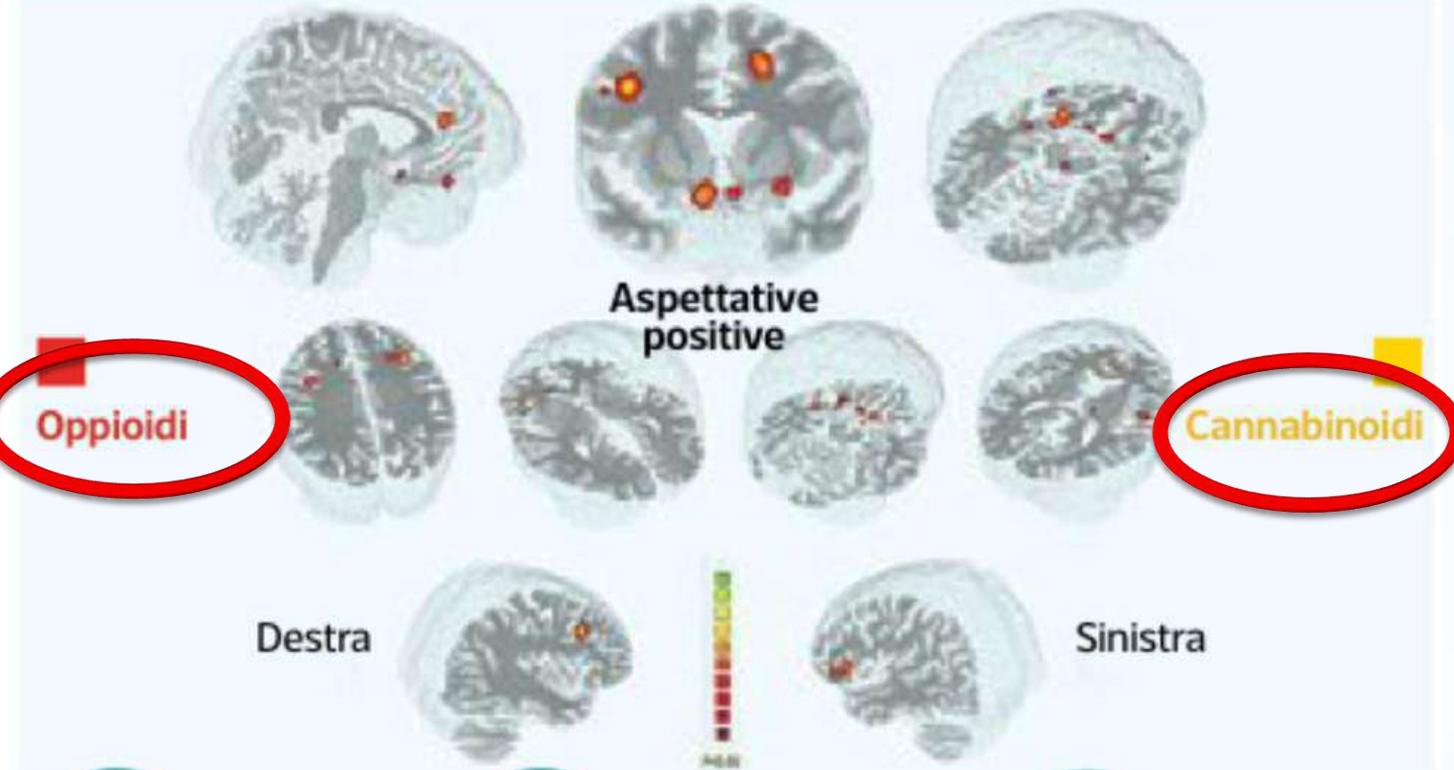


LA DISREGOLAZIONE AUTONOMICA DEL TERAPEUTA NELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE

Sottili differenze nella comunicazione verbale e non verbale possono condurre a risultati diversi nella costruzione della fiducia nell'alleanza terapeutica

Il circuito neuronale della speranza

L'immagine è stata ottenuta con una risonanza magnetica funzionale (fMRI) da più pazienti trattati con una terapia finta (placebo), in cui credevano e speravano



 Le aree del cervello che si accendono sono le più anteriori (aree prefrontali) e quelle più profonde (sistema limbico e tronco dell'encefalo)

 Quando si accendono, queste aree producono sostanze simili all'oppio e alla morfina (oppioidi) e alla cannabis (cannabinoidi) che producono sollievo, per esempio riduzione del dolore

 La speranza e l'aspettativa di miglioramento usano gli stessi meccanismi che sono il bersaglio di farmaci quali la morfina

CO-REGOLAZIONE INGAGGIO SOCIALE E CAPACITA' DI SPERARE



COME LE PAROLE POSSONO VINCERE LA MALATTIA

IL PAZIENTE E' INONDATO DA STIMOLI SOCIALI DURANTE LA PRESA IN CARICO DEL PROCESSO TERAPEUTICO



Pressoché tutti gli stati psichici di un uomo si manifestano nella tensione e nel rilassamento dei muscoli facciali, nell'adattamento degli occhi, nell'affluenza del sangue alla cute, nella sollecitazione imposta all'apparato vocale, e nella posizione delle membra, soprattutto delle mani. Questi mutamenti somatici [...] servono agli altri come sicuri indizi, dai quali si possono dedurre i processi psichici e sui quali si fa affidamento più che sulle espressioni verbali usate nello stesso tempo e intenzionalmente [...]

In certi stati psichici chiamati "affetti", la partecipazione del corpo è così evidente e così intensa che alcuni studiosi della psiche hanno persino creduto che l'essenza degli affetti consista unicamente nelle loro manifestazioni somatiche. [...]

Freud S. (1890), - "Trattamento psichico (trattamento dell'anima)" in OSF, 1, p. 94

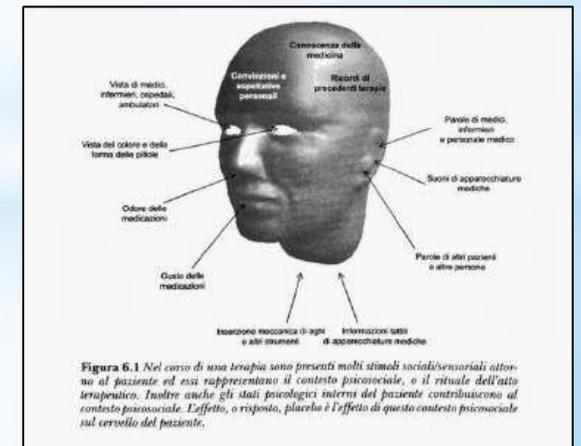
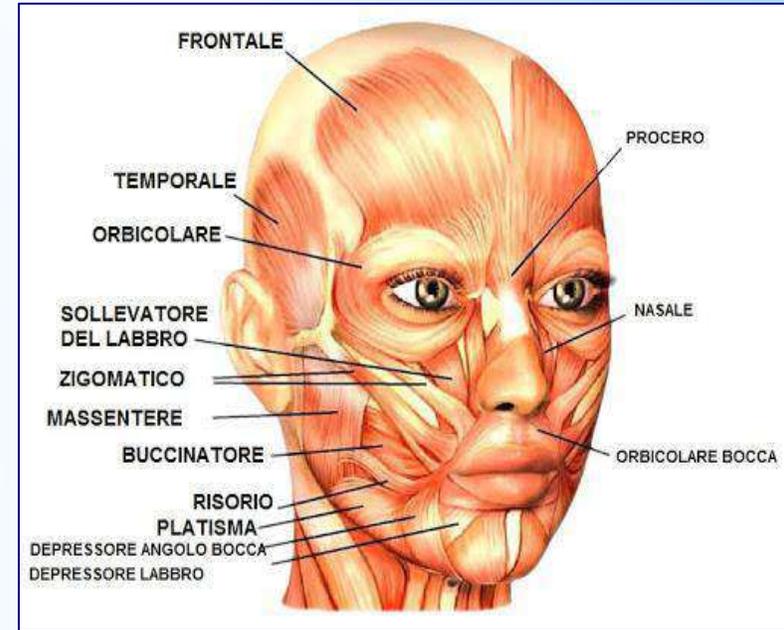


Figura 6.1 Nel corso di una terapia sono presenti molti stimoli sociali/sensoriali attorno al paziente ed essi rappresentano il contesto psicosociale, o il rituale dell'atto terapeutico. Inoltre anche gli stati psicologici interni del paziente contribuiscono al contesto psicosociale. L'affetto, o risposta, pluripla è l'effetto di questo contesto psicosociale sul cervello del paziente.

INDICATORI DI ROTTURA DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA

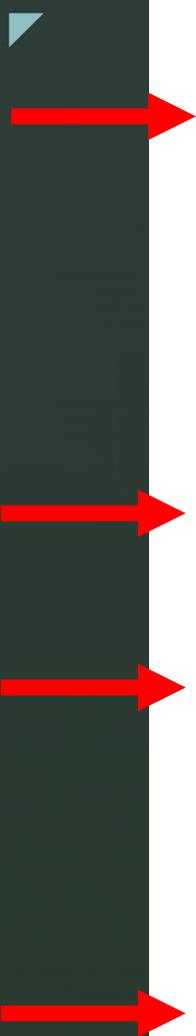
sotto pressione

Tabella 2.1 Indicatori di rottura dell'alleanza secondo il sistema di valutazione della risoluzione delle rotture dell'alleanza terapeutica.

Indicatori di rotture di ritiro ed esempi	
Negazione	Il paziente si ritira dal terapeuta e/o dal lavoro di terapia negando uno stato emotivo palese, oppure negando l'importanza delle relazioni interpersonali, o ancora avvenimenti all'apparenza importanti e rilevanti per il lavoro terapeutico. TERAPEUTA: Sta bene? Sembra nervoso. PAZIENTE: Non è niente, sto bene.
Risposta laconica	Il paziente si ritira dal terapeuta o dal lavoro di terapia rimanendo in silenzio o dando risposte laconiche a domande o affermazioni volte ad avviare o a continuare una conversazione. TERAPEUTA: Sembra una situazione difficile. Come si è sentito? PAZIENTE: (fa spallucce)
Comunicazione astratta	Il paziente evita il terapeuta e/o il lavoro di terapia usando un linguaggio vago o astratto. TERAPEUTA: Come si è sentito quando lei l'ha respinto? PAZIENTE: Mi ha fatto pensare al fatto che la relazione con lei è un classico esempio delle interazioni transazionali tipiche della nostra società. Credo sia questo il nostro problema.
Narrazione evitante e/o cambio di argomento	Il paziente racconta storie e/o cambia argomento allo scopo di evitare il terapeuta e/o il lavoro terapeutico. TERAPEUTA: Credo sia doveroso parlare dei nostri obiettivi. Mi preoccupa il fatto che abbiamo opinioni opposte. Le va di parlarne? PAZIENTE: Sa, mi ricorda una cosa successa al lavoro l'altro giorno. Stavamo lavorando su un progetto - mi lasci dire, un progetto veramente interessante...
Deferenza e accondiscendenza	Il paziente si ritira dal terapeuta e/o dal lavoro di terapia mostrandosi compiacente in modo eccessivo e comportandosi con il terapeuta in modo deferente. TERAPEUTA: Come compito da svolgere a casa, le chiedo di concentrarsi su come evolvono i suoi pensieri e le sue sensazioni quando chiederà l'aumento al suo capo. PAZIENTE (molto rigido, visibilmente a disagio): È una splendida idea. Ottimo.
Scissione contenuto/affetto	Il paziente si ritira dal terapeuta e/o dal lavoro di terapia mostrando un affetto non adatto ai contenuti che trasmette. TERAPEUTA: Non mi parla mai di questa sensazione di tristezza. PAZIENTE (con un sorriso ampio e forzato): È molto difficile per me parlarne (riso nervoso).
Autocritica e/o rassegnazione	Il paziente si ritira dal terapeuta e/o dal lavoro di terapia, sprofondando in un processo depressivo di autocritica e/o rassegnazione che sembra estromettere il terapeuta ed escludere ogni possibilità di aiuto da parte del clinico o del trattamento. TERAPEUTA: Mi sembra una cosa importante, se la sente di dirmi qualcosa di più? PAZIENTE (sospira): A che cosa serve? Non mi farà sentire meglio.

Indicatori di rotture di confrontazione ed esempi	
Lamentele/dubbi sul terapeuta	Il paziente esprime sentimenti negativi o dubbi nei confronti del terapeuta. PAZIENTE: Ho capito che venire da lei non serve a niente.
Il paziente rifiuta l'intervento	Il paziente rifiuta o ignora l'intervento del terapeuta. TERAPEUTA: Da quanto tempo soffre di insonnia? PAZIENTE: Che cosa cambia?
Lamentele/dubbi sulle attività della terapia	Il paziente manifesta insoddisfazione, disagio, disaccordo verso compiti specifici della terapia, come compiti a casa, esercizio della sedia vuota o esposizioni. PAZIENTE: Non capisco a cosa serve questo registro di pensieri, non ha senso.
Lamentele/dubbi sui parametri della terapia	Il paziente esprime lamentele o dubbi nei confronti dei parametri del trattamento, come gli orari degli appuntamenti, la lunghezza o la frequenza delle sedute, oppure i questionari da compilare. PAZIENTE: Non basta una seduta a settimana con tutti i problemi che ho!
Lamentele/dubbi sui progressi della terapia	Il paziente esprime lamentele, preoccupazioni o dubbi sui progressi passati e futuri della terapia. PAZIENTE: Vengo qui da quattro settimane ormai, non è cambiato niente. Forse sto perdendo tempo.
Il paziente difende se stesso contro il terapeuta	Il paziente difende i propri pensieri, sentimenti o comportamenti contro le critiche o i giudizi percepiti del terapeuta. TERAPEUTA: È cambiata molto. PAZIENTE: Le persone cambiano, è normale; adesso sono in una fase di transizione, ma non sono una persona instabile!
Tentativi di mettere sotto pressione/controllo il terapeuta	Il paziente tenta di assumere il controllo del terapeuta e/o della seduta, oppure mette sotto pressione il terapeuta affinché risolva in fretta i suoi problemi. PAZIENTE: Voglio sapere come funziona questa terapia, come risolverà i miei problemi. E non mi faccia uno di quei bei discorsi da psicologo, voglio una risposta diretta.

Nota: dati tratti da Eubanks, Muran, Safran, 2015.



LA RIPARAZIONE DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA



TOLLERARE E COMPRENDERE IL COMPORTAMENTO EVITANTE

AIUTARE IL PAZIENTE DI COMUNICARE I SENTIMENTI NEGATIVI

(CHIARIFICAZIONE) CHIARIRE L'**INTENZIONALITA'** RECIPROCA

LEGGITTIMARE I PENSIERI E I SENTIMENTI RECIPROCI

CONDIVIDERE LE MOTIVAZIONI E I BISOGNI RECIPROCI

RIPRENDERE E RIDEFINIRE GLI OBIETTIVI
DELLA TERAPIA SULLA BASE
DELLA RECIPROCA **INTENZIONALITA'**

*RICONOSCIMENTO
DELLA ROTTURA*

*RICONSOLIDAMENTO
DELL'ESPERIENZA
RELAZIONALE*

RIPARAZIONE: ESPLORARE E CONDIVIDERE L'ESPERIENZA DELLA ROTTURA

EMPATIA

Esistono 2 componenti dell'empatia, ovvero la capacità di riconoscere i pensieri e le sensazioni di un'altra persona (*Empatia Cognitiva*) e la capacità di rispondere con un'emozione appropriata ai pensieri e ai sentimenti di qualcun altro (*Empatia Affettiva*).

Empathy is...

**seeing with the eyes of another,
listening with the ears of another,
and feeling with the heart of another.**

MANCANZA DI EMPATIA / ECCESSO DI EMPATIA

- Il terapeuta inibito nella sua capacità di provare empatia ha paura di essere contagiato emotivamente dal paziente. A livello inconscio non è disposto a uscire dal ruolo di osservatore non coinvolto. È capace di pensare, di comunicare o fare osservazioni, ma ha paura di immedesimarsi nelle emozioni del paziente e di confrontarsi con i suoi processi affettivi e cognitivi. In questo caso il terapeuta si difende dalle emozioni e dalle sensazioni conseguenti il campo del trattamento e non riesce pertanto a cogliere le comunicazioni verbali e non verbali del paziente e il loro significato sul piano della relazione interpersonale. In uno scambio del genere diventerà impossibile favorire esperienze terapeutiche al servizio della maturazione del paziente, né tantomeno verranno utilizzate quelle informazioni sulla natura della sofferenza del paziente quando questo mette in atto situazioni primitive di ritiro, di sfida o di rabbia.
- D'altra parte il terapeuta capace di provare empatia **ma non di controllarla** partecipa invece alle esperienze emotive dei suoi pazienti, ma tende a coinvolgersi troppo e quindi non riesce a distaccarsi facilmente. È questa una situazione di contagio psichico o di collusione psichica, sovente causa di procedimenti non terapeutici come la suggestione, l'ipocrisia o la manipolazione del paziente. Il terapeuta compie il passaggio da osservatore a partecipante, ma ha difficoltà a riguadagnare la posizione di colui che si prende in carico il paziente come clinico. Tende quindi a identificarsi e a mettere in atto forti reazioni pulsionali di difesa che inevitabilmente interferiscono con la sua capacità di relazionarsi autenticamente e con la sua capacità di osservare e di intervenire efficacemente nel trattamento.

L'Attenzione Fluttuante del terapeuta nella psicoterapia della regolazione emotiva



AGITAZIONE

CONTROTRANSFERT

NOIA



Esperienze traumatiche, regolazione autonoma
e mentalizzazione della sicurezza nel coinvolgimento sociale

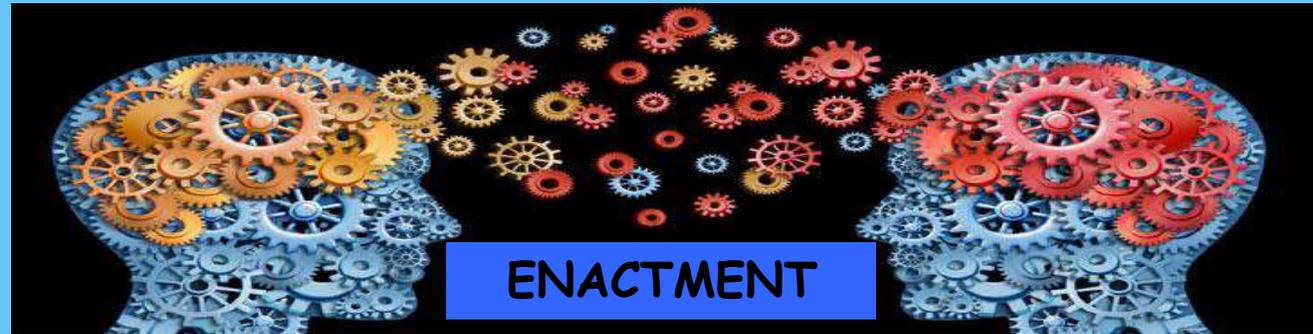


PSICOTERAPIA POLIVAGALE

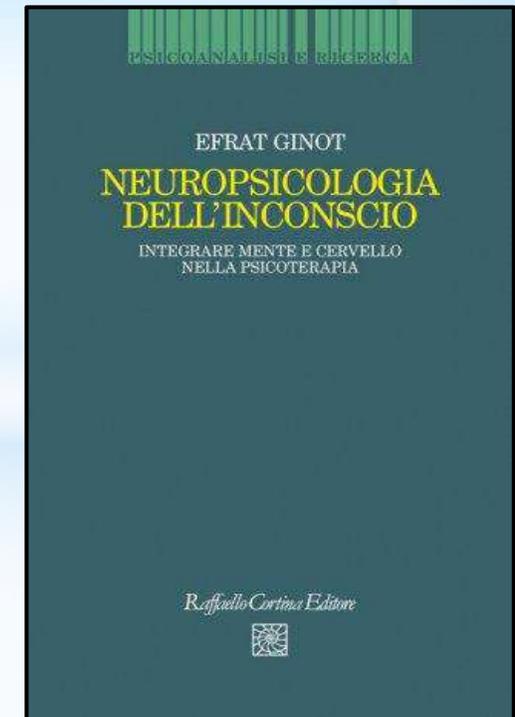
Gli psicoterapeuti che usano la teoria polivagale per decodificare e regolare gli stati neurali riescono a discernere il messaggio importante della comunicazione facciale, a rispondere con empatia somatica e a esplorare i ricordi traumatici impliciti dentro la finestra di tolleranza (Schore 2010; Ogden et al. 2006; Siegel 2006).

IL CAMPO BIPERSONALE DEL SETTING

Un nuovo modello dell'inconscio alla luce di vecchi concetti



I pazienti traumatizzati tendono a collaborare con i loro terapeuti non tanto per mezzo delle parole, ma attraverso degli **Enactment** (*azioni o messaggi verbali e non verbali per attivare nel terapeuta il controtransfert*). Attraverso questo fenomeno questi pazienti esprimono inconsciamente, tramite le loro espressioni psicosomatiche, gli aspetti dissociati del Sé interpersonale e la conseguente rappresentazione soggettiva di copioni relazionali sani e disfunzionali.



2

IL CONTRATTO TERAPEUTICO

2

**IL CONTRATTO
TERAPEUTICO
DEFINIRE GLI OBIETTIVI
DELLA PSICOTERAPIA**

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

Il contratto terapeutico consiste nel definire un obiettivo chiaro, condiviso con il paziente, da realizzare fin dall'inizio della presa in carico nel processo della regolazione emotiva, basato sulla valutazione delle emozioni negative attuali, croniche e persistenti, della paura, della rabbia, della tristezza, del disgusto di sé e degli altri e della sorpresa negativa, che invalidano la salute psichica e somatica del paziente sia a livello della sua identità e della sua autodirezionalità, sia nel campo relazionale, sia in quello del lavoro.



IL CONTRATTO TERAPEUTICO E GLI OBIETTIVI DELLA PSICOTERAPIA

Contratto Terapeutico :

Il contratto terapeutico è un accordo esplicito e condiviso tra il terapeuta e il paziente che stabilisce le condizioni, le aspettative e i limiti della psicoterapia. Questo accordo fornisce una struttura chiara e trasparente che aiuta a stabilire la fiducia e a definire le responsabilità di entrambe le parti.

Le componenti principali di un contratto terapeutico includono:

- 1) Frequenza e Durata delle Sedute:** Stabilisce la frequenza delle sessioni (ad esempio, una volta a settimana) e la durata approssimativa della terapia (ad esempio, per alcune settimane o mesi).
- 2) Onorari e Pagamenti:** Definisce le tariffe per le sessioni e chiarisce le modalità di pagamento.
- 3) Confidenzialità e Privacy:** Spiega come verranno trattate le informazioni divulgate durante le sessioni e quali eccezioni possono esserci in caso di pericolo per la vita del cliente o di altri.
- 4) Limiti e Contingenze:** Discute eventuali limitazioni del terapeuta come disponibilità, i **periodi di assenza** e **come affrontare situazioni di emergenza**.
- 5) Conclusione della Terapia:** Specifica come e quando la terapia potrebbe concludersi e stabilisce un processo di chiusura adeguato.

Obiettivi della Psicoterapia:

Gli obiettivi della psicoterapia sono le mete che il paziente e il terapeuta si pongono di raggiungere durante il processo terapeutico.

Questi obiettivi possono variare notevolmente a seconda dei **bisogni del paziente** e delle caratteristiche individuali, e includono:

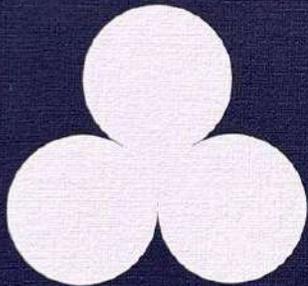
- 1) Riduzione dei Sintomi:** alleviare l'ansia, la depressione, i disturbi del sonno o altri sintomi psicologici e somatici che causano disagio al paziente.
- 2) Aumento della Consapevolezza e della Neurocezione (mentalizzazione mente/corpo):** migliorare la comprensione di sé stessi, delle proprie emozioni, pensieri, sensazioni corporee e comportamenti. Aumentare la consapevolezza del proprio sistema di allarme (Neurocezione). Condividere e integrare i traumi passati, i problemi legati all'infanzia o altri eventi che influenzano ancora la salute mentale e fisica.
- 3) Miglioramento dell'Agency:** imparare a gestire lo stress, incentivare l'autodeterminazione e l'assertività, affrontare i problemi e sviluppare migliori strategie di coping.
- 4) Miglioramento dell'Intimacy e delle Relazioni Interpersonali:** sviluppare nuove abilità di comunicazione delle emozioni e dei bisogni personali, anche quando è necessario **affrontare le rotture relazionali**, migliorare la capacità di esplorare e connettersi con gli altri, l'intimità corporea.
- 5) Crescita Personale, Autostima, Salute e Rlassamento:** favorire lo sviluppo di una visione più positiva di sé stessi e delle proprie capacità, della motivazione a curarsi, anche fisicamente e a sapersi rilassare (regolazione delle Neurocezione).
- 6) Miglioramento della Qualità della Vita:** promuovere il benessere generale, il piacere e la soddisfazione nella vita quotidiana.

Gli obiettivi specifici della psicoterapia vengono solitamente stabiliti in collaborazione tra il paziente e il terapeuta all'inizio del trattamento. **Questi obiettivi si evolvono e si ridefiniscono durante tutto il corso della terapia in base ai progressi e alle regressioni che si verificano nel trattamento.**



Joseph Weiss

COME FUNZIONA LA PSICOTERAPIA



Programma di Psicologia Psichiatria Psicoterapia

Bollati Boringhieri

Capitolo 4

Il piano del paziente

IL PIANO INCONSCIO DEL PAZIENTE E GLI OBIETTIVI DELLA PSICOTERAPIA

Durante la mia formazione presso lo Psychoanalytic Institute di San Francisco un illustra didatta mi consigliò di evitare di definire i problemi del paziente all'inizio del trattamento. A suo avviso, questo era possibile solo dopo un prolungato periodo di indagine; se il terapeuta formula troppo presto delle ipotesi sul paziente, rischia di restare ancorato alle impressioni iniziali.

Oggi, ritengo che questo consiglio sia sbagliato. Fin dal primo contatto con il paziente, il terapeuta deve cominciare a tentare di capirlo. Deve tentare di esprimere in parole le credenze patogene del paziente, i suoi obiettivi e i suoi piani, perché il paziente possa disconfermare le credenze patogene e perseguire i suoi obiettivi (Curtis e Silberschatz, 1986; Silberschatz e Curtis, 1986). Se il terapeuta elabora delle ipotesi esplicite, anche se molto provvisorie, ha in mano qualcosa su cui lavorare. Può verificare le sue ipotesi di fronte a nuove osservazioni e quindi confermarle, modificarle oppure metterle da parte. Inoltre, il terapeuta che tiene conto delle migliori ipotesi consentite dalla sua conoscenza del momento è preparato ad affrontare le prove a cui il paziente lo sottoporrà, alcune delle quali gli giungeranno del tutto inaspettate.

Durante le prime sedute il terapeuta deve tentare di elaborare delle formulazioni provvisorie specifiche per ciascun paziente (una teoria), basandosi su informazioni attinte da varie fonti: 1) le affermazioni del paziente sui suoi problemi e sui suoi obiettivi attuali; 2) i traumi infantili del paziente; 3) le reazioni affettive del terapeuta; 4) le reazioni del paziente all'approccio e agli interventi del terapeuta.

Il terapeuta può cominciare a formarsi le proprie idee sul paziente in base a una data fonte di informazione, e poi controllare o affinare queste informazioni sulla base di altre fonti. *Il terapeuta non deve accontentarsi di una formulazione se essa non lo aiuta a capire tutto o almeno la maggior parte di ciò che egli conosce sul paziente.*

Il ruolo dell'interpretazione (1992)*

L'INTERPRETAZIONE PRO PLAN

Joseph Weiss e la Control-Mastery Theory

A cura di Francesco Gazzillo e Nino Dazzi

Carocci editore  Studi Superiori

La tesi che voglio proporre è che le interpretazioni sono utili nella misura in cui contribuiscono al lavoro che il paziente compie per disconfermare le credenze inconsce che sono alla base della sua psicopatologia. Queste credenze sono cupe e disadattive. Esse avvertono il paziente che, se persegue alcuni obiettivi normali, desiderabili, si metterà in pericolo. Per questo motivo possono ostacolarlo nella realizzazione di questi obiettivi. Per esempio, la credenza inconscia nella castrazione come punizione può intralciare un uomo nel perseguire una buona relazione sessuale. L'interpretazione aiuta il paziente a raggiungere un insight rispetto a queste credenze disadattive e agli obiettivi che esse interdicono, facilitando così il suo lavoro per disconfermare queste credenze e raggiungere questi obiettivi.

Le idee appena sintetizzate sono parte di una teoria psicoanalitica della mente, della psicopatologia e della terapia che ho sviluppato e poi ho indagato dal punto di vista empirico negli ultimi vent'anni con Harold Sampson e il Mount Zion Psychotherapy Research Group (Weiss, Sampson, The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986). Il Mount Zion Group conduce i suoi studi per mezzo di metodi quantitativi formali, usando i trascritti di psicoanalisi e psicoterapie psicoanalitiche, e ha completato alcune ricerche su come l'interpretazione influenzi il paziente, di cui parleremo dopo (Caston, 1986; Bush, Gassner, 1986; Fretter, 1984; Broitman, 1985; Norville, 1990). I risultati di questi studi sostengono la nostra teoria e fanno luce sul ruolo dell'interpretazione.

* J. Weiss, *The Role of Interpretation*, in "Psychoanalytic Inquiry", 12, 2, 1992, pp. 296-313.

A

REGOLAZIONE

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

A

LAVORARE SULLA
REGOLAZIONE EMOTIVA
delle **emozioni e sensazioni negative**
croniche e persistenti attuali
e sulle **emozioni e sensazioni**
positive dissociate

Il focus: Il paziente è coinvolto fin dall'inizio a riflettere su come le **emozioni** e le **sensazioni** negative croniche e persistenti invalidano la sua vita attuale e sulla conseguente mancanza di emozioni di sicurezza e di piacere, a livello emotivo e a livello corporeo, nella rappresentazione di sé e nelle sue relazioni interpersonali.

Il paziente viene sollecitato anche a mentalizzare come le emozioni e le sensazioni positive, di benessere, di di rilassamento e di capacità di intimacy, vengono inibite e dissociate nelle rappresentazioni di sé e nel suo comportamento manifesto presente, sia negli affetti, sia nelle sue attività sociali, sia nel lavoro.



LE 6 EMOZIONI DI BASE



RABBIA



PAURA



DISGUSTO



SORPRESA



GIOIA

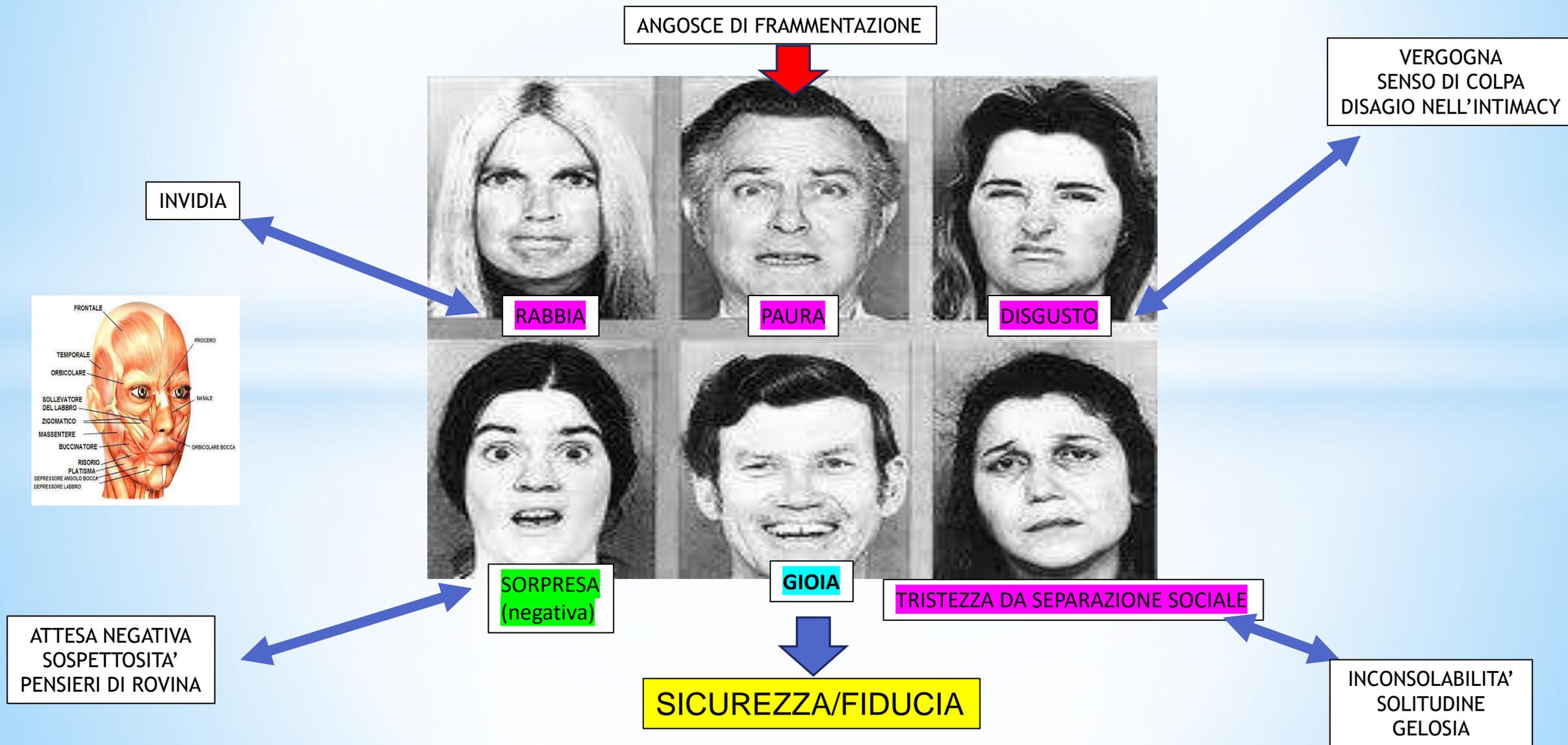


TRISTEZZA

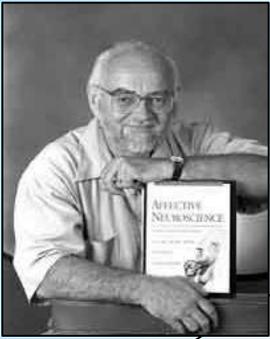
REGOLAZIONE/DISREGOLAZIONE DELLE 6 EMOZIONI DI BASE

In termini **evolutivi**, o **darwiniani**, la principale funzione DELLE EMOZIONI DI BASE consiste nel rendere più efficace la reazione dell'individuo a situazioni in cui si rende necessaria una risposta immediata ai fini della **sopravvivenza**.

La disregolazione delle emozioni interviene quando la PAURA di origine traumatica diventa prevalente a danno della SICUREZZA, della FIDUCIA e della GIOIA, nell'ingaggio sociale.



La disregolazione delle emozioni secondo J. Panksepp
I 7 SISTEMI NEUROBIOLOGICI DEL SE'



SISTEMA DELLA PAURA/ANSIA
(LEGATO AL CORTISOLO)

~~**SISTEMA DELLA RICERCA**
(DESIDERIO/EUFORIA/
LEGATO ALLA DOPAMINA)~~

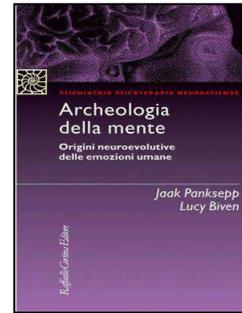
~~**SISTEMA DEL GIOCO/FANTASIA/GIOIA**
(LEGATO ALLA DOPAMINA E ALL'ENDORFINA)~~

~~**SISTEMA DELLA CURA/AMORE/VOLEZZA**
(LEGATO ALL'OSSITOCINA)~~

SISTEMA DELLA TRISTEZZA/PANICO SEPARAZIONE SOCIALE
(LEGATO ALL'ASSENZA DI CURA)

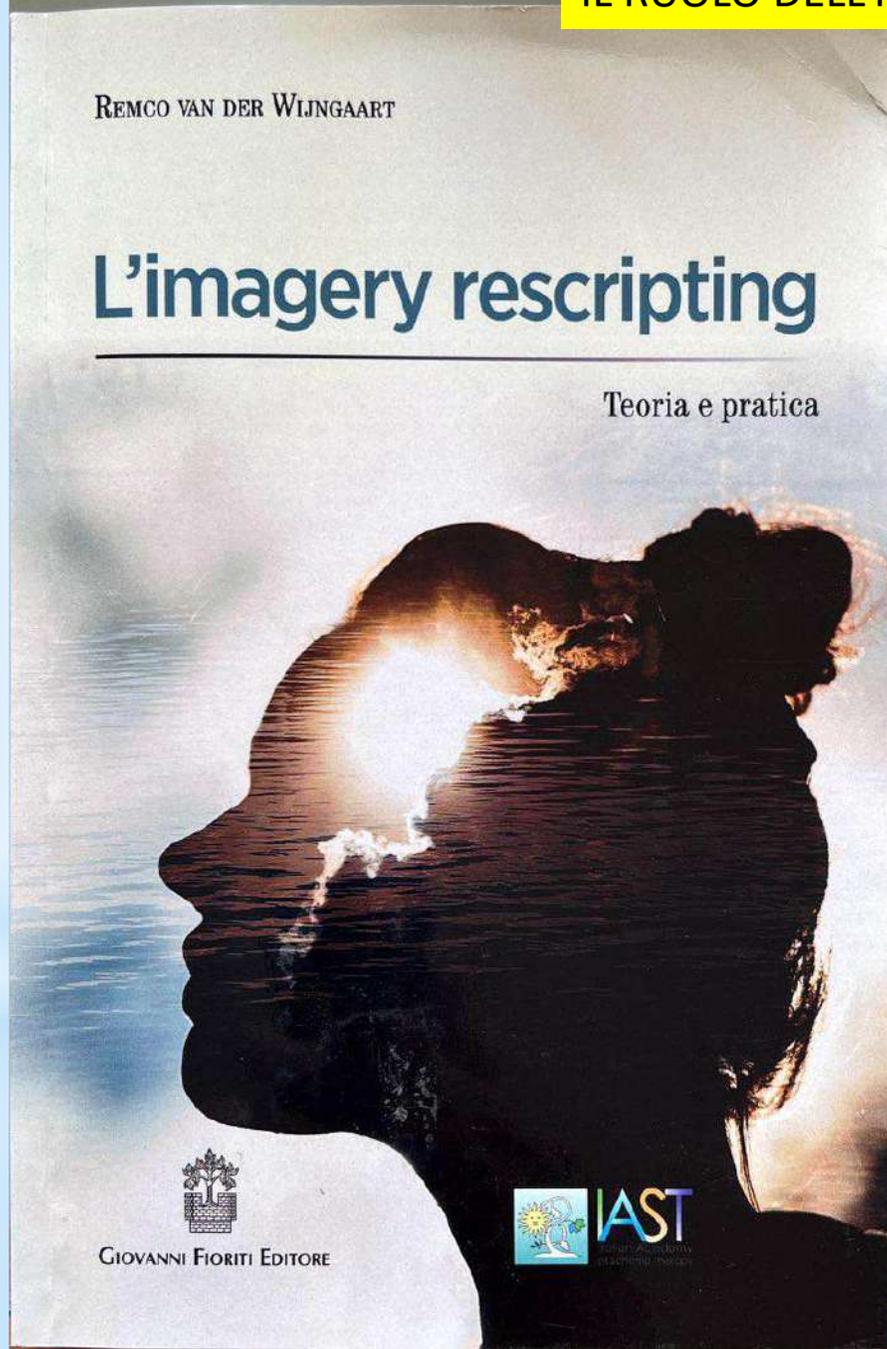
SISTEMA DELLA COLLERA/RABBIA
DOMINANZA SOCIALE
(LEGATO AL TESTOSTERONE E ALLA SEROTONINA)

~~**SISTEMA DELLA SESSUALITA'/DESIDERIO**
(LEGATO AGLI ORMONI SESSUALI)~~





Invidia, (Giotto, 1306), Cappella degli Scrovegni, Padova



1.1. L'immaginazione

1.1.1. Cosa significa immaginare?

In lingua italiana il termine "immaginazione" (dal latino *imaginatio*) assume diversi significati, come "la riproduzione ed elaborazione libera di un contenuto di tipo sensoriale, affettivo, cognitivo, artistico o intuitivo", oppure indica l'atto stesso dell'immaginare o l'oggetto immaginato (Treccani). Nella letteratura scientifica immaginare implica "vedere con gli occhi della mente, ascoltare con l'orecchio della mente ecc." (Kosslyn et al. 2001, p. 635), indica "la rappresentazione e l'esperienza di un'informazione sensoriale in assenza di uno stimolo diretto esterno" (Pearson et al. 2015) e può riguardare diversi elementi sensoriali, come quelli visivi, uditivi, olfattivi, tattili e motori (Kosslyn 1994). Per esempio, quando ci immaginiamo le caldaroste che vengono vendute per strada, riusciamo a vedere una grande nuvola di fumo bianco, avvertiamo il calore della legna ardente, udiamo il rumore del fuoco che scoppietta, sentiamo il loro profumo irresistibile e, infine, pre-gustiamo le castagne nel nostro palato.

Nell'immaginazione la memoria autobiografica gioca un ruolo importante. Le scene immaginate derivano da elementi che risiedono nella nostra memoria e quando ricordiamo degli eventi autobiografici coinvolgiamo l'attività immaginativa. Come suggeriscono Conway e Loveday: "Quando la gente ricorda sta immaginando e quando immagina sta usando la memoria" (2015, p. 574). L'immaginazione però non deve necessariamente riguardare eventi del passato, ma può anche interessare scene future. Può nascere spontaneamente (per esempio, fantasticare su una prossima vacanza) o essere intrusiva (come il rivivere involontario e dirompente proprio del disturbo da stress post-traumatico), così come ne esistono forme diverse, tra cui sognare a occhi aperti, gli incubi notturni o il fantasticare. Tutte queste forme d'immaginazione possono essere descritte in base al loro contenuto, alla loro vividezza o chiarezza, al colore, alle forme, al movimento, alle caratteristiche raffigurate in primo piano e nello sfondo e ad altre relazioni spaziali (Horowitz 1970). Anche se queste immagini possono coinvolgere tutti i cinque sensi, è comune in letteratura occuparsi maggiormente delle immagini di tipo visivo. Queste possono essere vissute come una ricostruzione fedele di un evento reale, come una situazione completamente ipotetica o come un'esperienza che si colloca a metà tra le due precedenti (Martin e Williams 1990).

1.1.2. L'immaginazione caratterizza un sano funzionamento psicologico

L'immaginazione rappresenta una parte essenziale della nostra vita psichica che ci permette di ricordare il passato, di simulare il futuro, o di farne esperienza prima che accada, e di prendere decisioni (Schacter e

* I processi fantasmatici svolgono un ruolo importante nel **pensiero creativo**, nella risoluzione dei problemi, nella simulazione mentale e in molti altri aspetti della cognizione umana:

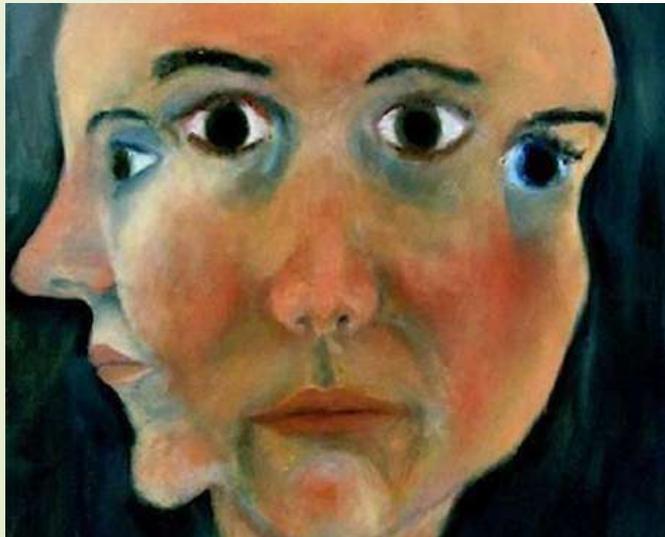
1. **Immagine Mentale**: Questo è il processo di creare e la mente umana crea e manipola immagini mentali o scenari che non sono presenti nella realtà. Questi processi giocano un ruolo nella rappresentazione mentale di un oggetto, di una scena o di un concetto. Ad esempio, se ti viene chiesto di immaginare una spiaggia soleggiata, stai attivando un processo fantasmatico per visualizzare mentalmente quella situazione.
2. **Simulazione**: La mente umana è in grado di simulare situazioni o scenari che non sono attualmente presenti nell'ambiente circostante. Ad esempio, puoi immaginare come sarebbe attraversare una foresta pluviale senza essere fisicamente presente in una.
3. **Pensiero Creativo**: La fantasia è fondamentale per la creatività. Essa consente di combinare e manipolare concetti esistenti per generare qualcosa di nuovo e originale. Ad esempio, un artista può utilizzare la fantasia per creare opere d'arte uniche.
4. **Pianificazione e Progettazione**: Prima di eseguire un'azione, è comune immaginarla mentalmente. Ad esempio, quando pianifichi un viaggio, immagini mentalmente i luoghi che visiterai e le attività che svolgerai.
5. **Simpatia ed Empatia**: La fantasia permette di mettersi nei panni di un'altra persona e di immaginare come si sentirebbe in una determinata situazione. Questo è essenziale per comprendere le emozioni e le prospettive altrui.
6. **Rappresentazione Astratta**: La fantasia consente di concepire e comprendere concetti astratti che non hanno una rappresentazione fisica diretta, come l'amicizia, la giustizia o l'amore.
7. **Sogni e Visioni**: Durante il sonno, la mente può generare scenari e immagini completamente nuovi attraverso i sogni. Questi processi possono essere ricchi di simbolismo e significato personale.
8. **Ricostruzione del Passato**: La mente può immaginare o ricostruire eventi passati basandosi su ricordi e informazioni disponibili. Questo processo può essere influenzato dalla fantasia e può portare a una rappresentazione soggettiva degli eventi.
9. **Elaborazione delle Emozioni**: La fantasia può essere utilizzata per elaborare e esprimere emozioni complesse, ad esempio attraverso la creazione artistica o la scrittura.
10. **Fantasie Erotiche o Romantiche**: I processi fantasmatici coinvolgono la creazione di scenari o immagini di natura romantica oppure sessuale.

In breve, i processi fantasmatici sono centrali nel modo **in cui la mente umana elabora, interpreta e crea rappresentazioni mentali del mondo e delle esperienze**. Sono fondamentali per la creatività, l'immaginazione e la comprensione del mondo che ci circonda.

La dissociazione come anestesia del dolore traumatico

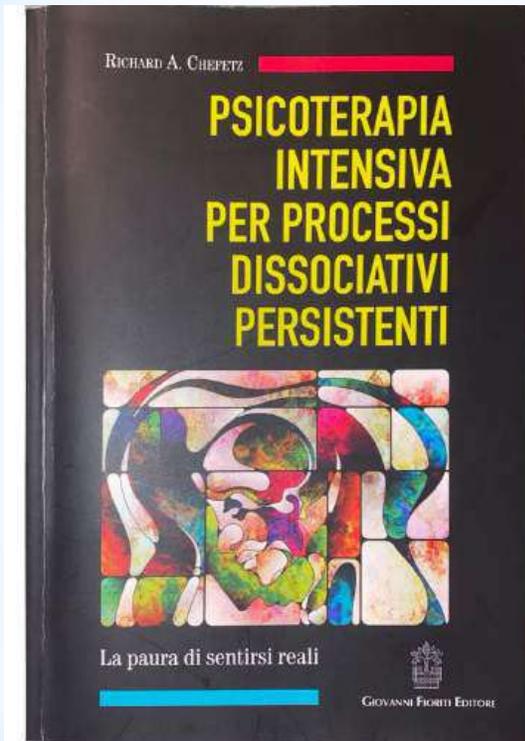


DEVELOPMENTAL TRAUMA DISORDER



► "Quando da bambino mi spaventavo perché mamma stava per picchiarmi, io allora fissavo una crepa nel muro, una tela di ragno o il vetro di una finestra e quasi subito mi ritrovavo in un luogo dove tutto era remoto e opaco e dove io mi ritrovavo lontano e al sicuro. All'inizio dovevo fissare con molta intensità per ritrovarmi in questo luogo sicuro. Ma poi un giorno mentre mia mamma mi stava picchiando molto forte mi ritrovai là senza nemmeno sforzarmi e non ebbi più paura di lei. Sapevo che lei mi stava prendendo a pugni e sentivo che mi gridava insulti, ma non mi faceva più male e non me ne importava più niente. Dopo quella volta, ogni volta che avevo paura, mi ritrovavo immediatamente là, tranquillo e fuori dal pericolo. Non ne ho mai parlato a nessuno di questo, neanche a mio padre. Anche di lui avevo paura perché temevo che se altre persone lo fossero venute a sapere, il luogo sarebbe potuto scomparire e io non ci sarei più potuto tornare quando veramente ne avevo bisogno."

► Bromberg P (2001), Clinica del trauma e della dissociazione, Milano: Raffaello Cortina Editore 2007



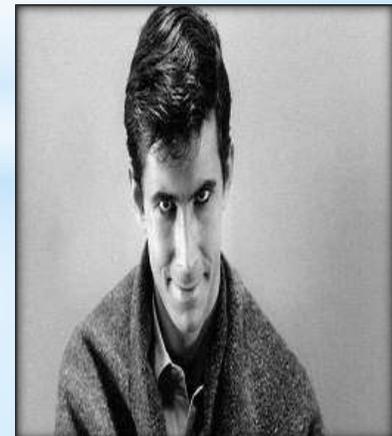
Capitolo 9. La paura inconscia di sentirsi reali 243

persona (teoria monadica della mente). Il terapeuta è effettivamente autoaffermato, e il paziente lo sa, ma il terapeuta non comprende in che modo l'accettazione da parte del paziente di un atteggiamento di autoaffermazione lo abbia, storicamente, posto più che a semplice rischio di attacco: in passato, lo ha reso vittima di un implacabile attacco da parte degli altri. Il masochismo apparente potrebbe essere una soluzione migliore rispetto a un reale rischio di annientamento. Abilitati dalla distorsione temporale del processo dissociativo (R.J. Loewenstein 1991), questi attacchi vengono percepiti dalla mente del paziente come onnipresenti. Il paziente si deve opporre al terapeuta e contrastare gli sforzi del terapeuta, a causa della percezione che, qualora questo sforzo non venisse fatto, egli ne verrebbe letteralmente distrutto. Questo dona un'enorme intensità all'affetto nell'ambito del DID, che va ben oltre il concetto di narcisismo e di vergogna-ansia di Horney.

Jack e Kerry Novick descrivono un duplice modello evolutivo, con lo scopo di spiegare le convinzioni difensive onnipotenti che ancorano il sadomasochismo alla negatività. Secondo la loro visione, esiste un sistema aperto di autoregolazione che, "in sintonia con una realtà interna ed esterna, ha accesso all'intera gamma di affetti ed è caratterizzata da competenza, amore e creatività". Allo stesso tempo, esiste anche un sistema chiuso di autoregolazione, "che evita la realtà ed è caratterizzato da sadomasochismo, onnipotenza e stasi" (Novick e Novick 2003). Secondo il loro giudizio, le reazioni terapeutiche negative si originano dal sistema chiuso: "Un super-io sadomasochistico non solo permette, ma richiede una violazione dell'autorità allo scopo di dimostrare potere; allo stesso tempo, tuttavia, una durissima punizione segue ogni azione ordinaria accettabile, come il provare piacere, l'essere una persona distinta e separata, l'utilizzare le proprie abilità e le proprie competenze" (Novick e Novick 2004, p. 236). Cosa resta se leviamo l'autoaffermazione? Essa potrebbe essere l'unico strumento che può fornire uno slancio momentaneo di energia da parte di un sé svuotato. È un triste e breve trionfo sadomasochistico, che fornisce un temporaneo rifornimento, tossico ma potente, di bontà narcisistica. Nonostante ciò, l'autoaffermazione si stabilizza. Preserva la consapevolezza del controllo dello stato del sé più tenace è nato sulla base del carnefice e che esso agisce da contenitore ma-dolore è spesso utile a reinquadrare il me protettore del sé da quello stesso dolore. È una volontà di iniziare a considerare la persona al di fuori del sistema chiuso del terapeuta.

LE FANTASIE NEL SISTEMA CHIUSO DI AUTOREGOLAZIONE:

- 1) FANTASIE SADOMASOCHISTICHE
- 2) FANTASIE DI ONNIPOTENZA
- 3) FANTASIE DI STASI NIRVANICA O DI ILLIMITATO PIACERE



Il ruolo della fantasia e della dissociazione

La fantasia non ha limiti di tempo, di spazio, di convenzioni, non ha freni inibitori, non è soggetta a censure di carattere sociale o culturale.

Dal punto di vista genetico, la natura asociale della nevrosi deriva dalla sua tendenza originaria a sfuggire una realtà insoddisfacente per rifugiarsi in un mondo fantastico assai più attraente. In questo mondo reale, che il nevrotico evita, domina la società degli uomini e le istituzioni che essi hanno creato in comune. La fuga dalla realtà è al tempo stesso una fuga dalla comunità umana.
Sigmund Freud, Totem e tabù, 1913



teggiate ciò che non può essere tollerato, questa peculiare attività della mente non sempre si presta ad essere una risorsa adeguata. A questo proposito, alcuni contributi hanno posto in evidenza come l'eccessivo impiego della fantasia possa compromettere in modo significativo i processi di maturazione della psiche. Una ricerca condotta da Burges, Hartman e Ressler (1986) su trentasei assassini sessuali ha permesso loro di giungere ad alcune importanti conclusioni circa il ruolo del trauma e della fantasia nell'alterazione dei processi di sviluppo del funzionamento psichico. In particolare, dallo studio emerse che la maggior parte dei soggetti esaminati – l'80% – aveva manifestato durante l'infanzia una peculiare tendenza a sognare ad occhi aperti. Gli autori interpretarono questo dato conferendo alla fantasia un ruolo duplice: se da un lato consentiva ai criminali di tollerare e far fronte alle esperienze traumatiche, dall'altro l'elevata frequenza con cui veniva impiegata tendeva a compromettere lo sviluppo dei meccanismi cognitivi responsabili dei processi di significazione della realtà, e pertanto dei processi di regolazione del pensiero

ti in relazione alle proprie fantasie. Eppure, un indizio che ci spinge a pensare che provenga da un particolare di fatto che veniva affidato alla sorella, quando tirare alla sorella la leva che lo aveva finalmente il completo controllo di morire, non vi erano altri carnefici. Seppur nel gioco, dare l'ordine di ucciderlo potrebbe rappresentare il tentativo di non farsi uccidere da qualcun altro, di non sottostare alle regole perverse dell'abuso psicologico perpetrato dalla madre. Le fantasie nel tempo cambiano e il piccolo Ed taglia le mani e la testa della bam-

fici. Seppur nel gioco, dare l'ordine di ucciderlo potrebbe rappresentare il tentativo di non farsi uccidere da qualcun altro, di non sottostare alle regole perverse dell'abuso psicologico perpetrato dalla madre. Le fantasie nel tempo cambiano e il piccolo Ed taglia le mani e la testa della bam-

e del comportamento. Una simile compromissione avrebbe così contribuito allo strutturarsi di modalità di pensiero estremamente distorte e aberranti. In accordo con questa prospettiva, quindi, le forme estreme di violenza si configurerebbero nella mente del futuro serial killer come il mezzo attraverso cui è possibile ottenere una gratificazione emotiva e fisica, frequentemente di natura sessuale.

Sears (1991) offre un'interpretazione simile rispetto al ruolo della fantasia nei meccanismi di controllo. Secondo Sears, i serial killer tendono a essere persone che non sono riuscite a controllare le proprie emozioni e i propri impulsi. Allo stesso tempo, sono persone che non sono riuscite a ottenere giustizia nel mondo reale. In questo mondo fantastico, il serial killer si libera dalle limitazioni del mondo reale e si immerge in un mondo di fantasie e di emozioni. Questo mondo fantastico è un mondo in cui il serial killer può ottenere la gratificazione che non può ottenere nel mondo reale. In questo mondo fantastico, il serial killer si libera dalle limitazioni del mondo reale e si immerge in un mondo di fantasie e di emozioni. Questo mondo fantastico è un mondo in cui il serial killer può ottenere la gratificazione che non può ottenere nel mondo reale.

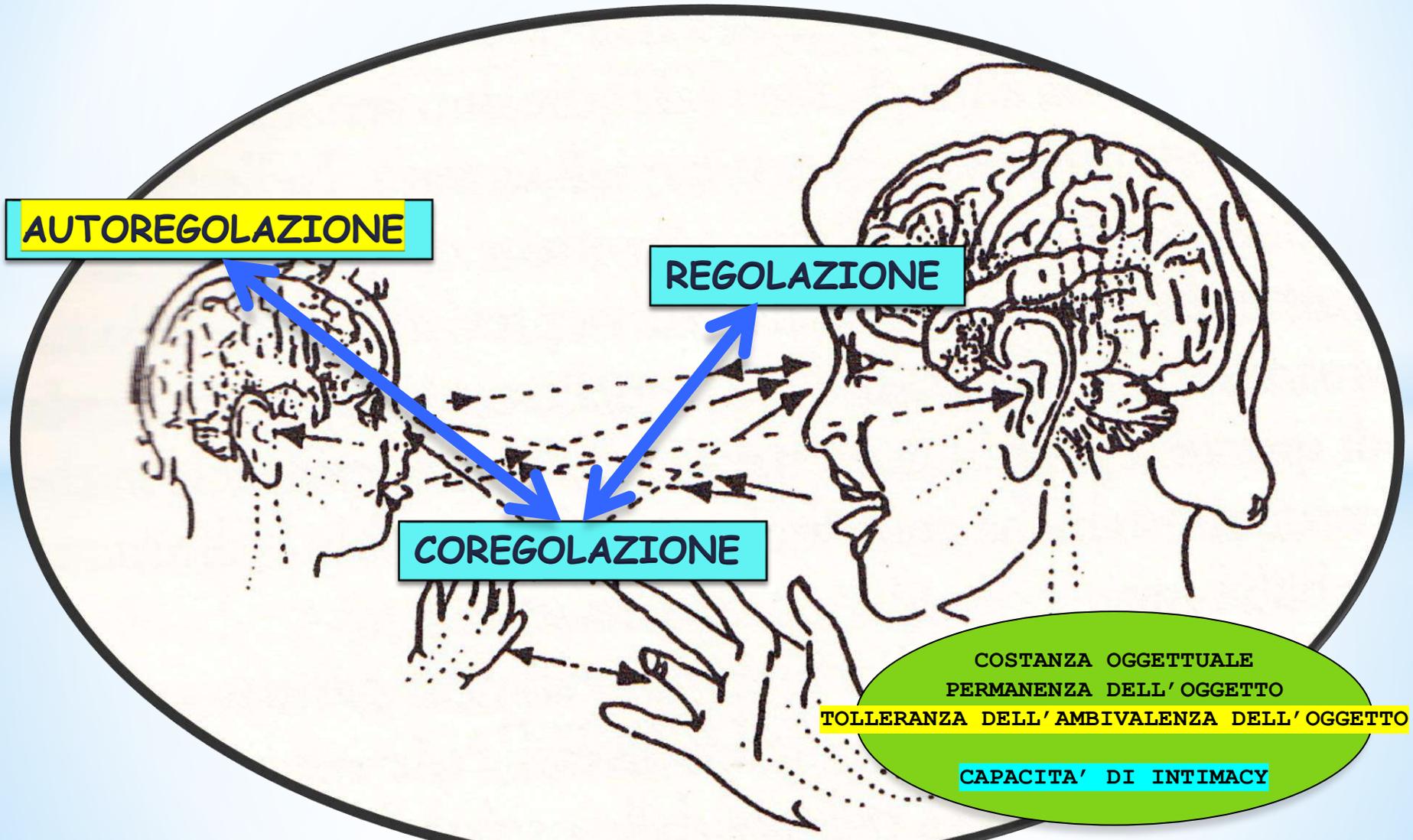
Psicodinamica del serial killer

ANTONINO COSTANZO, GIANLUCA SANTORO,
CRISTINA VIRGILIO, ADRIANO SCHIMMENTI



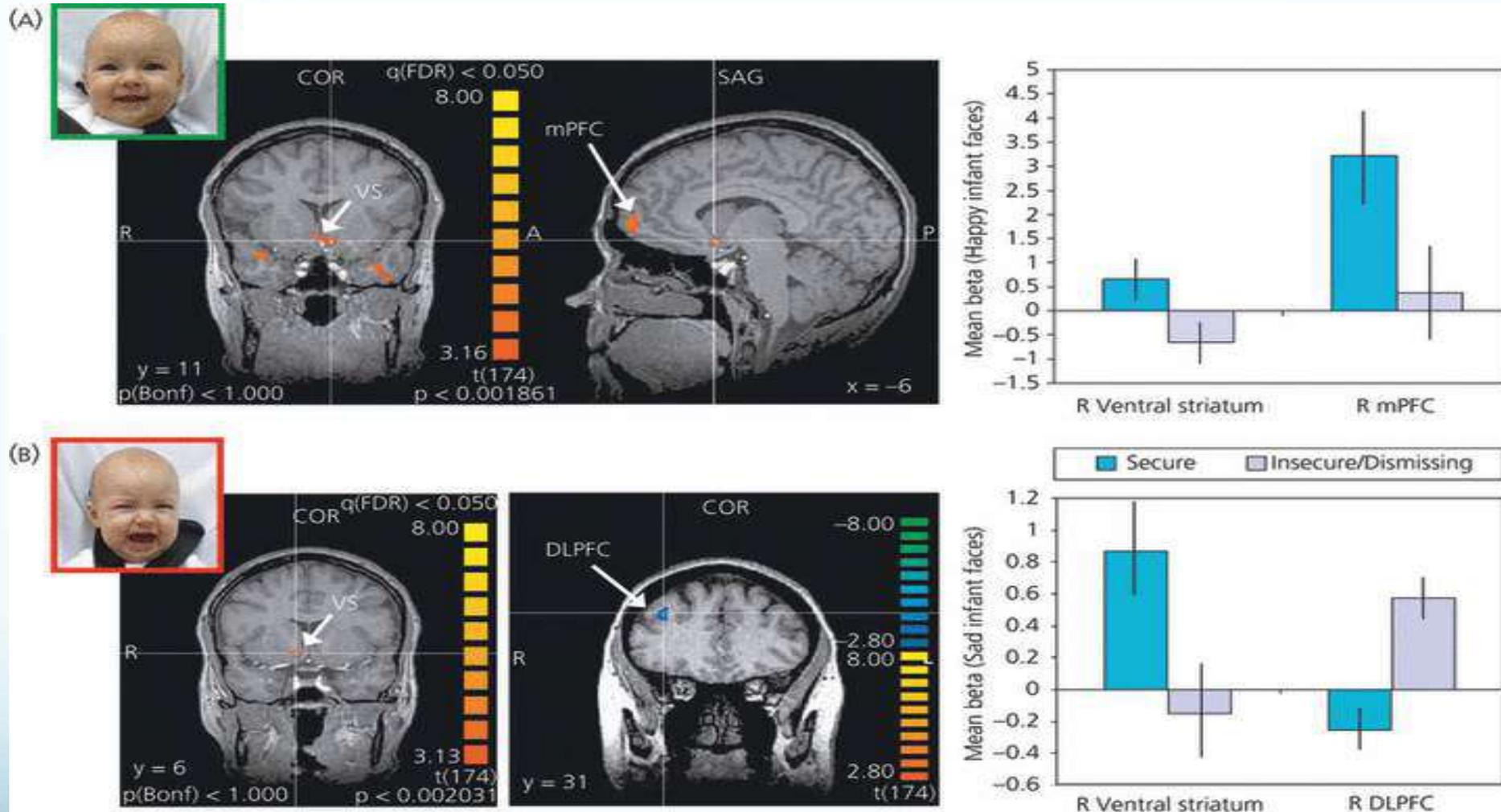
Da un punto di vista genetico, la natura asociale della nevrosi deriva dalla sua tendenza originaria a sfuggire una realtà insoddisfacente per rifugiarsi in un mondo fantastico assai più attraente. In questo mondo reale, che il nevrotico evita, domina la società degli uomini e le istituzioni che essi hanno creato in comune. La fuga dalla realtà è al tempo stesso una fuga dalla comunità umana.

ATTACCAMENTO SICURO / COREGOLAZIONE DIADICA / MENTALIZZAZIONE
REGOLAZIONE/AUTOREGOLAZIONE
COREGOLAZIONE DIADICA DELLE PULSIONI LIBIDICHE E DELLE PULSIONI AGGRESSIVE



PREVALENZA DELLE SEQUENZE DI **COORDINAZIONE** SU QUELLE DI **NON COORDINAZIONE**

Maternal Neglect: Oxytocin, Dopamine and the Neurobiology of Attachment



REGULATION/DYSREGULATION OF
NEEDS - EMOTIONS - SENSATIONS - FEELINGS
IN THE PRYMARY TRIANGLE OR IN THE ATTACHMENT SYSTEM

- CONFORTO

- CONSOLAZIONE

- ESPLORAZIONE

- PROTESTA

(integration of primitive aggression;
rivalry; social competition; self-
assertiveness to act and defend
itself in the conflicts, to challenge)

- SEDUZIONE

(positive feedback of self recognition
in the primary relationship;
mastering and pleasure in social intimacy;
regulation to call attention to itself)

- TRIONFO

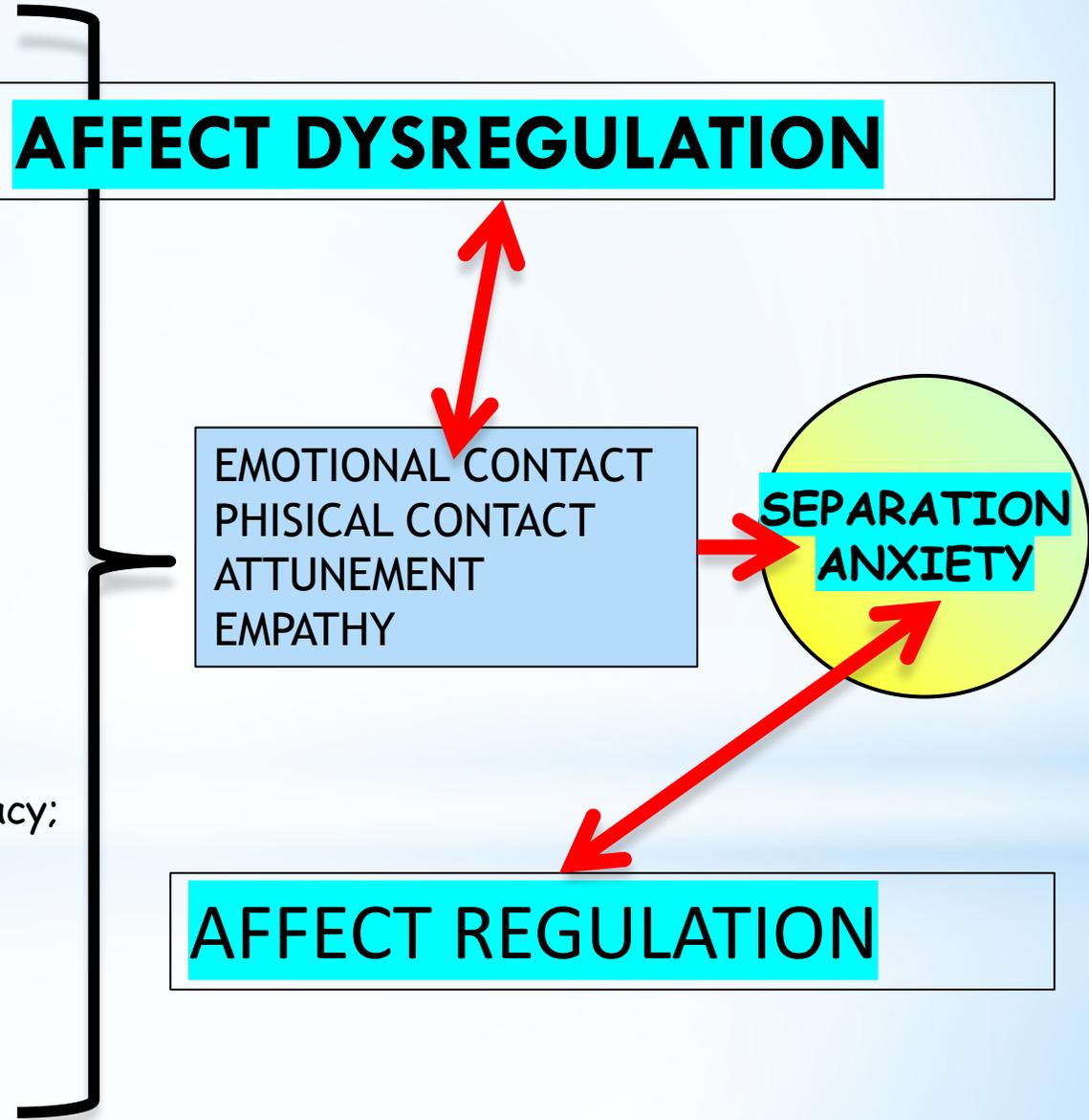
(manifestations of self efficacy;
social sharing of success/failures in
carrying out the developmental tasks)

AFFECT DYSREGULATION

EMOTIONAL CONTACT
PHISICAL CONTACT
ATTUNEMENT
EMPATHY

**SEPARATION
ANXIETY**

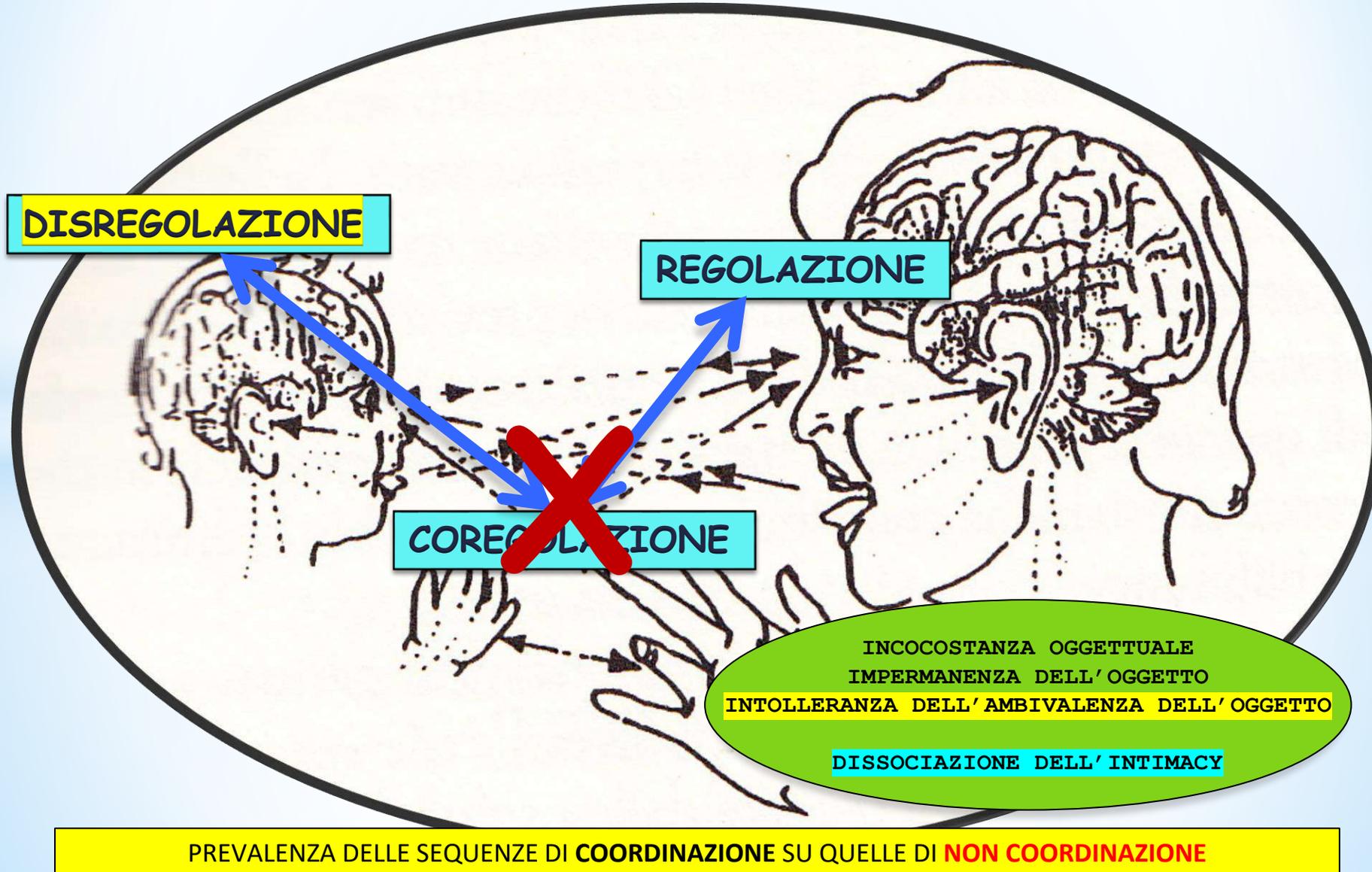
AFFECT REGULATION



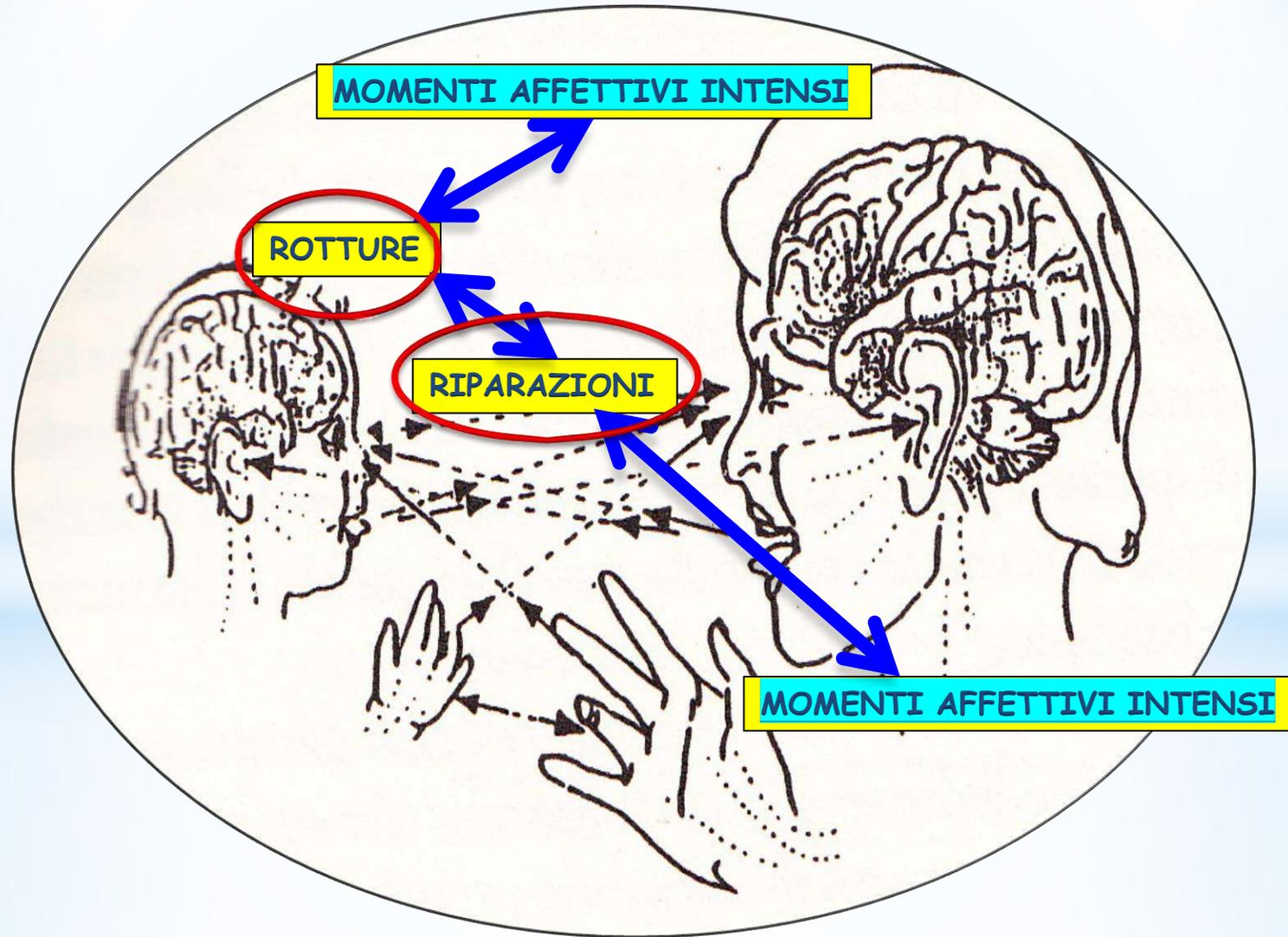
IL FALLIMENTO DELLA COREGOLAZIONE DIADICA CARGIVER/BAMBINO
E LA DISREGOLAZIONE DELLE PULSIONI LIBIDICHE E DELLE PULSIONI AGGRESSIVE



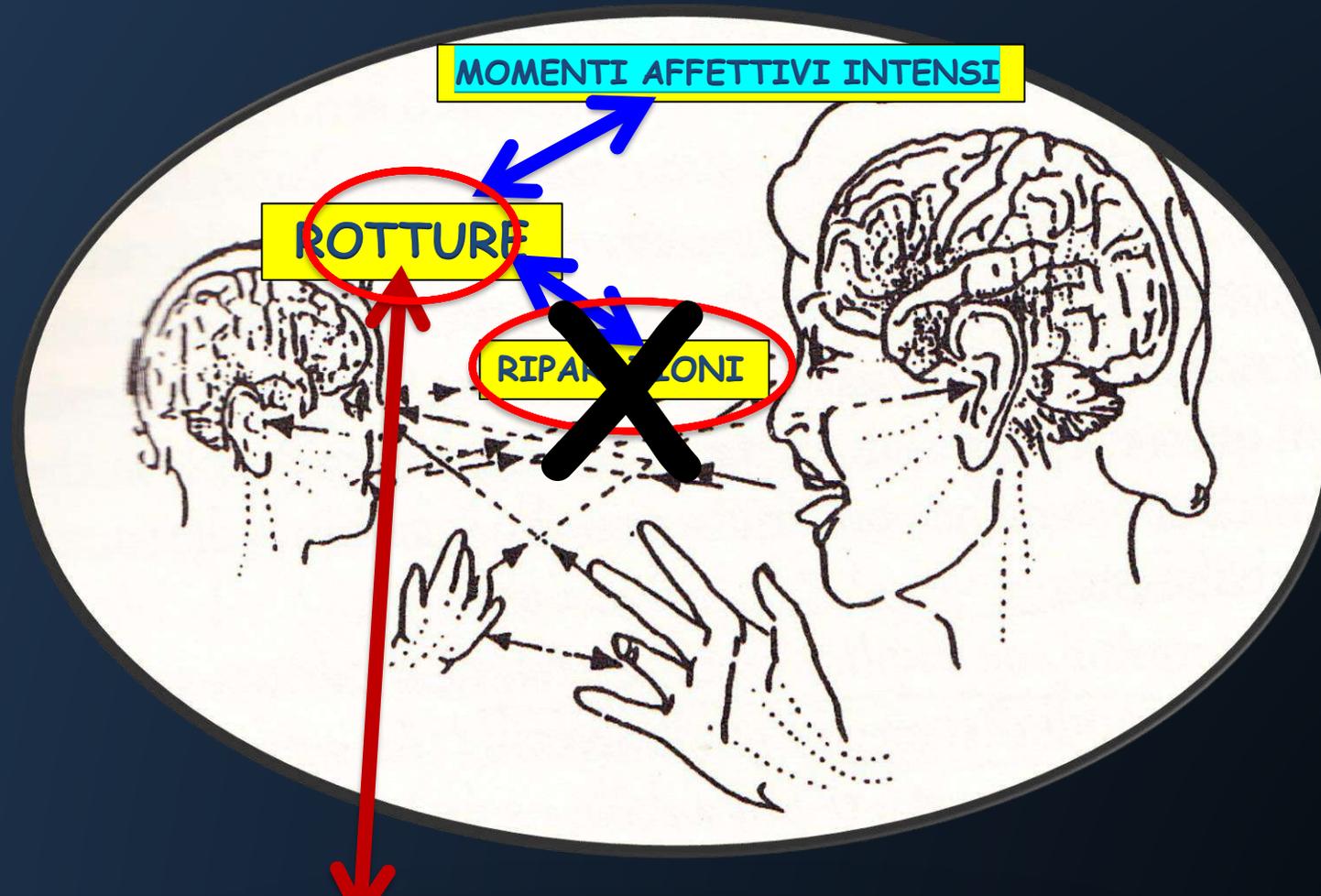
ATTACCAMENTO SICURO / COREGOLAZIONE DIADICA / MENTALIZZAZIONE
REGOLAZIONE/AUTOREGOLAZIONE
COREGOLAZIONE DIADICA DELLE PULSIONI LIBIDICHE
E DELLE PULSIONI AGGRESSIVE



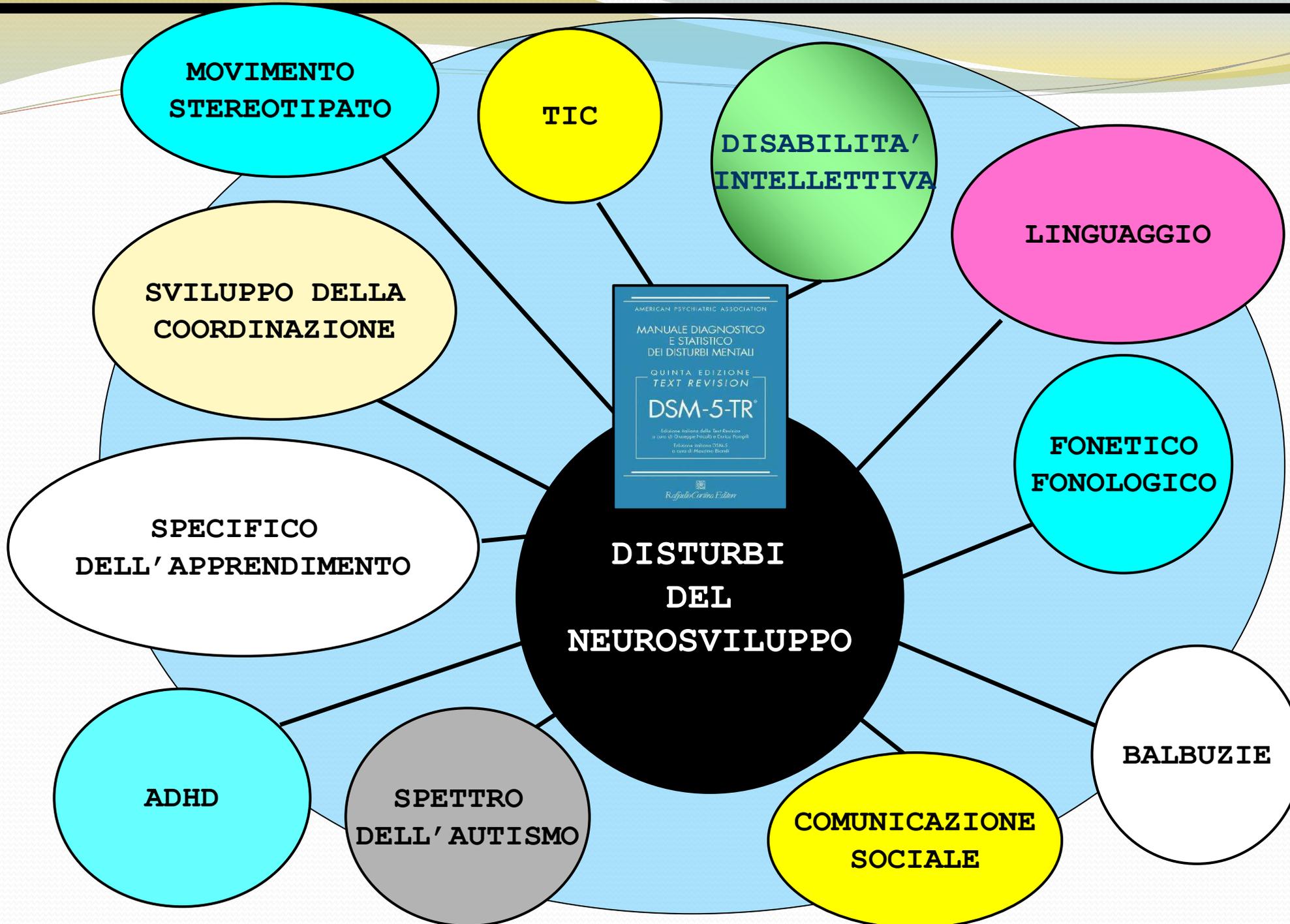
LA REGOLAZIONE DELLE PULSIONI LIBIDICHE E DELLE PULSIONI AGGRESSIVE
NELLE RELAZIONI INTERPERSONALI E NELL'INTIMACY



LA DISREGOLAZIONE DELLE PULSIONI LIBIDICHE E DELLE PULSIONI AGGRESSIVE NELLE RELAZIONI INTERPERSONALI E NELL'INTIMACY NEGLI SCENARI DI ROTTURE SENZA RIPARAZIONI



CONFLITTI RELAZIONALI CRONICI
DEFICIT DELLA RECIPROCIITA' E DELLA CAPACITA' DI NEGOZIARE
ANTAGONISMO/SOTTOMISSIONE
DISREGOLAZIONE NELL'INTIMACY
focus sulla competizione, Irritabilità, permalosità, malizia /distaccato, dissociato



Le fasi della costruzione del legame di attaccamento nella coppia

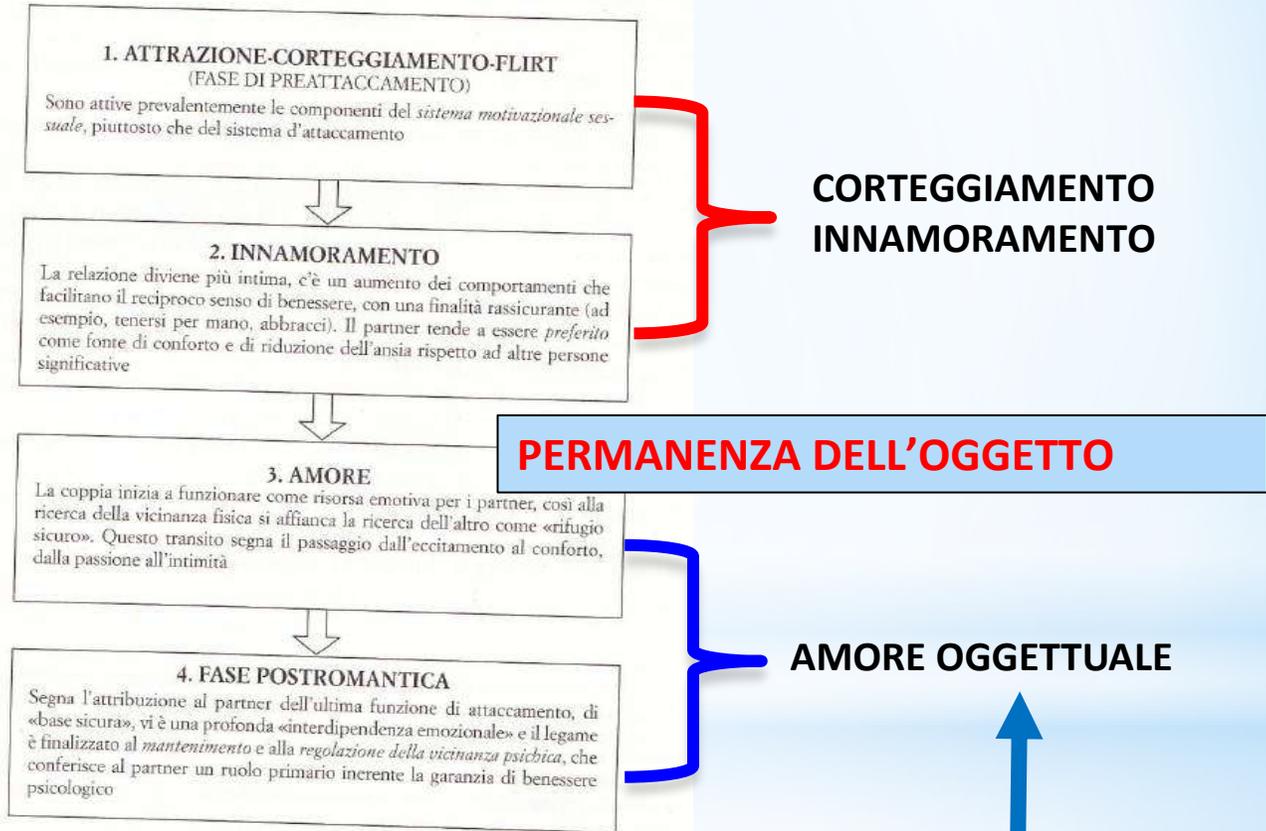


FIG. 1.1. Le fasi della costituzione del legame d'attaccamento nella coppia.

MOMENTI AFFETTIVI INTENSI



ROTTURE

RIPARAZIONI



MOMENTI AFFETTIVI INTENSI





MOMENTI AFFETTIVI INTENSI



ROTTURE

~~RIPARAZIONI~~



PSEUDO - RIPARAZIONI



CONFLITTI RELAZIONALI
DEFICIT NEL COMPORAMENTO DI INTIMACY



Le fasi del fallimento del legame di attaccamento nella coppia



**CORTEGGIAMENTO
INNAMORAMENTO**

**DISREGOLAZIONE
DELLA RELAZIONE
OGGETTUALE**

**ANGOSCIA DELLA
DIPENDENZA/LEGAME
ANGOSCE FUSIONALI**

INTOLLERANZA DELL'AMBIVALENZA DELL'OGGETTO



LE 4 FASI DEL COMPORTAMENTO SESSUALE

capacità di intimità e dissociazione dell'intimacy



1

DESIDERIO

3

ECCITAZIONE

2

ORGASMO

4

RILASSAMENTO



LE 4 FASI DEL COMPORTAMENTO SESSUALE

capacità di intimità' e dissociazione dell'intimacy



1

DESIDERIO

3

ECCITAZIONE

2

ORGASMO

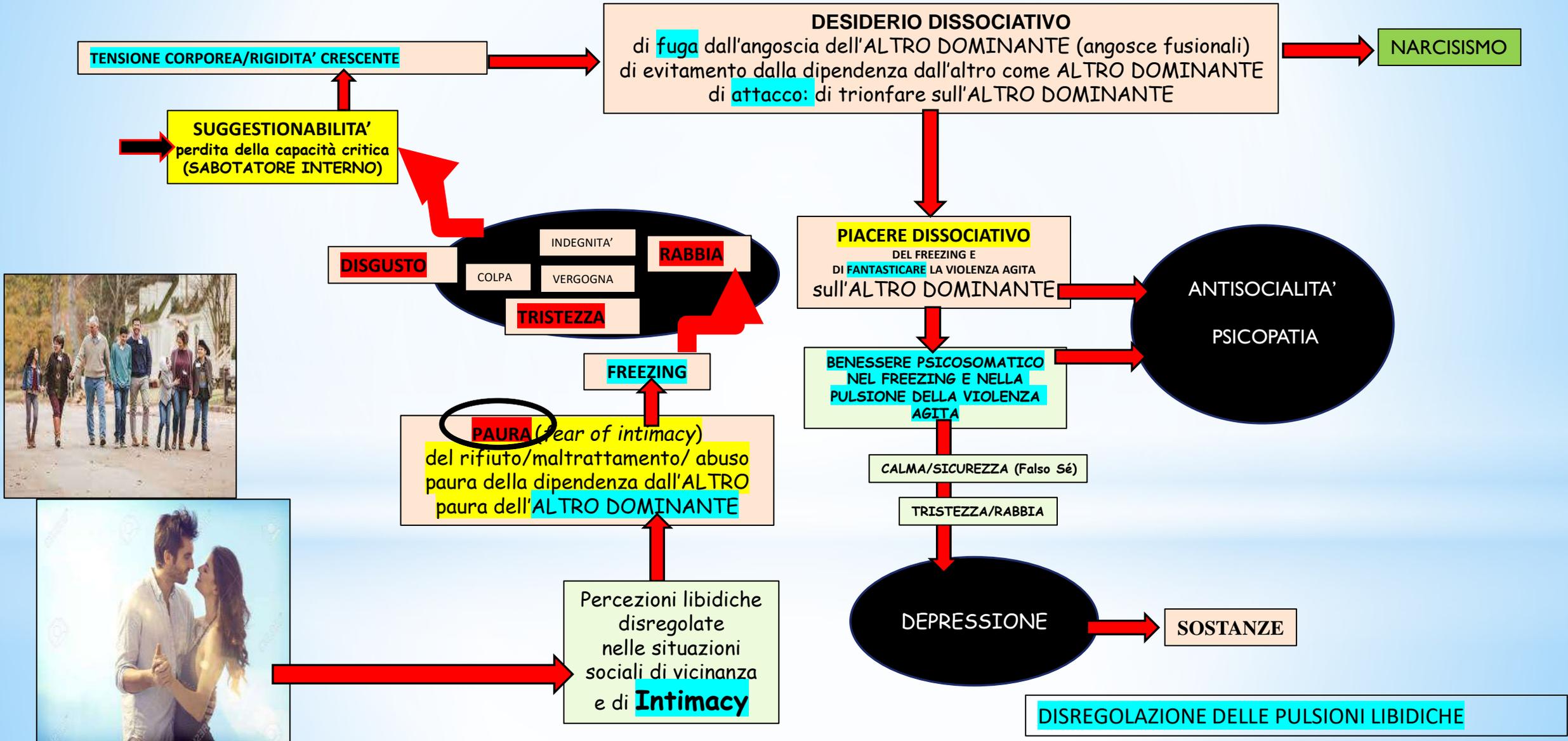
4

~~RILASSAMENTO~~

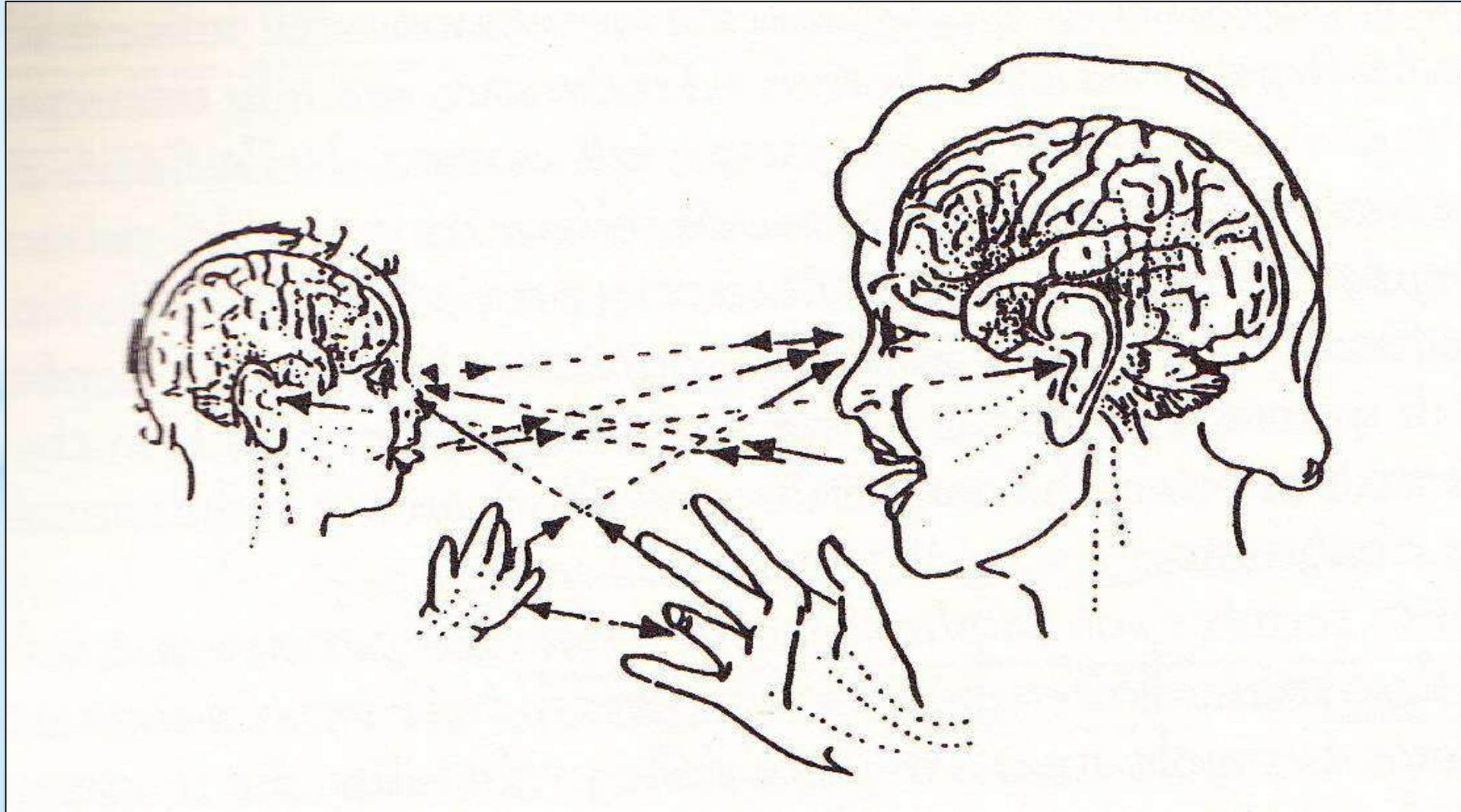


IL CIRCOLO DELLA PAURA, DEL FREEZING E DELLA DISREGOLAZIONE DELLA RABBIA NELL'INTIMACY

LA RIATTUALIZZAZIONE DELLE ESPERIENZE TRAUMATICHE DI RIFIUTO E MALTRATTAMENTO NELLA PERCEZIONE DELL'ALTRO DOMINANTE NELLE RELAZIONI INTERPERSONALI



**RISPECCHIAMENTO FACCIALE E SCAMBI SENSORIALI
NELLA COREGOLAZIONE DIADICA CARGIVER/BAMBINO
CHE FAVORISCONO L'AUTOREGOLAZIONE**



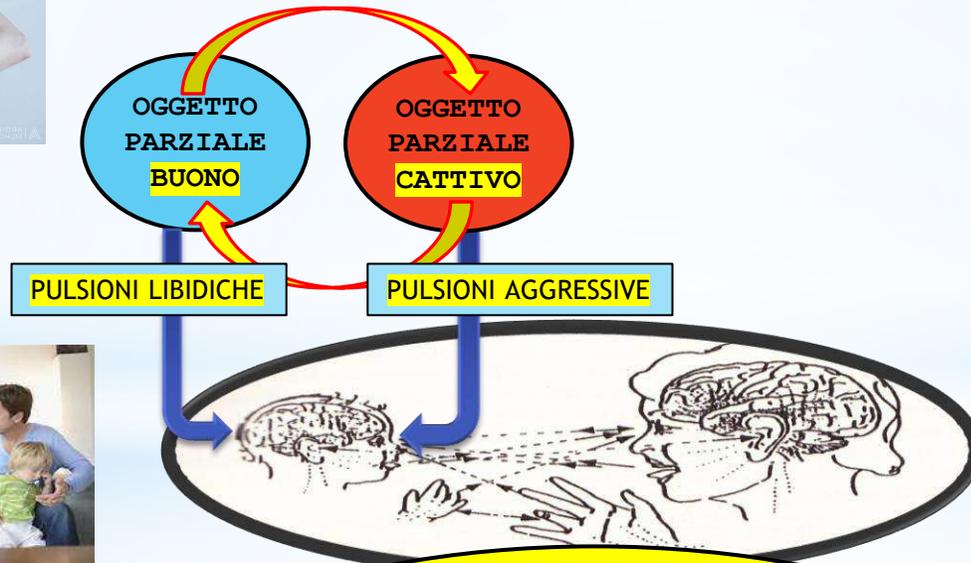
FUNZIONI DELLA GENITORIALITA'

- * Funzione **protettiva**, tipica del caregiver che offre cure adeguate al bambino in termini di accudimento, protezione fisica e **sicurezza**;
- * Funzione **affettiva**, ovvero la capacità di entrare in risonanza affettiva con l'altro con una sintonizzazione affettiva, che comprende le emozioni da cui il bambino è circondato;
- * Funzione **regolativa**, ovvero la capacità che il caregiver trasmette al bambino di regolare i propri stati emotivi e organizzare risposte comportamentali adeguate;
- * Funzione **normativa**, ovvero la capacità del genitore di porre limiti e una struttura di riferimento al bambino e che comprende l'atteggiamento genitoriale verso norme, istituzioni e regole sociali;
- * Funzione **predittiva**, con cui si intende la capacità del genitore di prevedere la direzione delle prossime tappe evolutive dai comportamenti del bambino;
- * Funzione **rappresentativa**, che comprende le interazioni reali con il bambino, orientandole sulla base dell'evoluzione e della crescita del bambino stesso;
- * Funzione **significante** o funzione alfa della madre (caregiver) che costruisce il contenitore in cui il bambino inizia a pensare, tramite il processo di proiezione e identificazione;
- * Funzione **fantasmatica**: ovvero di *reverie* al servizio della capacità di immaginare l'intenzionalità del bambino per uno scambio reciproco al servizio della sicurezza interpersonale;
- * Funzione **proiettiva**, ovvero la mutualità psichica tra genitori e figli al servizio della mentalizzazione delle proiezioni reciproche con lo scopo di superare le tendenze all'invischiamento relazionale di tipo narcisistico;
- * Funzione **triadica**, ovvero la capacità di creare un'alleanza tra genitori e figlio in un cosiddetto gioco di squadra;
- * Funzione **differenziale**, dato che la **genitorialità** si esprime con la modalità materna e paterna, che hanno caratteristiche molto diverse tra loro e sono entrambe necessarie per un gioco relazionale sano;
- * Funzione **transgenerazionale**, quando il figlio viene inserito nella storia della famiglia, in quel continuum generazionale che comprende anche la sua nascita e racchiude le relazioni con le due famiglie di origine.



REGOLAZIONE E AUTOREGOLAZIONE DELLE PULSIONI LIBIDICHE E AGGRESSIVE NEL SISTEMA DI ATTACCAMENTO

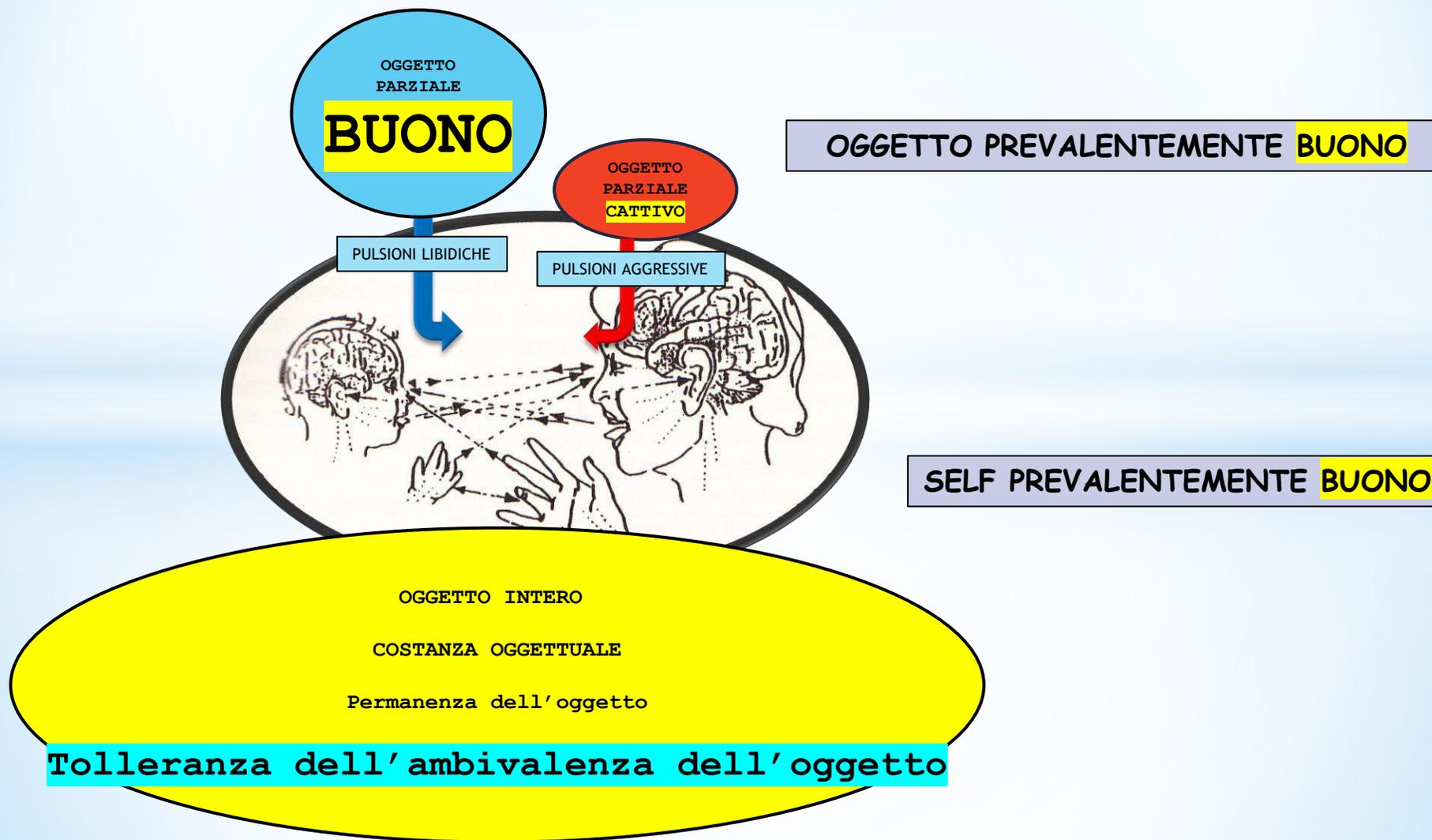
Ambivalenza della rappresentazione di sé e dell'oggetto
TOTALMENTE BUONO/TOTALMENTE CATTIVO



OGGETTO PARZIALE
AMBIVALENZA DELL'OGGETTO
Integrazione dell'ambivalenza dell'oggetto



REGOLAZIONE E AUTOREGOLAZIONE DELLE PULSIONI LIBIDICHE E AGGRESSIVE NEL SISTEMA DI ATTACCAMENTO



LA TOLLERANZA DELL'AMBIVALENZA DELL'OGGETTO E LA CONQUISTA DELL'OGGETTO COME PREVALENTEMENTE BUONO

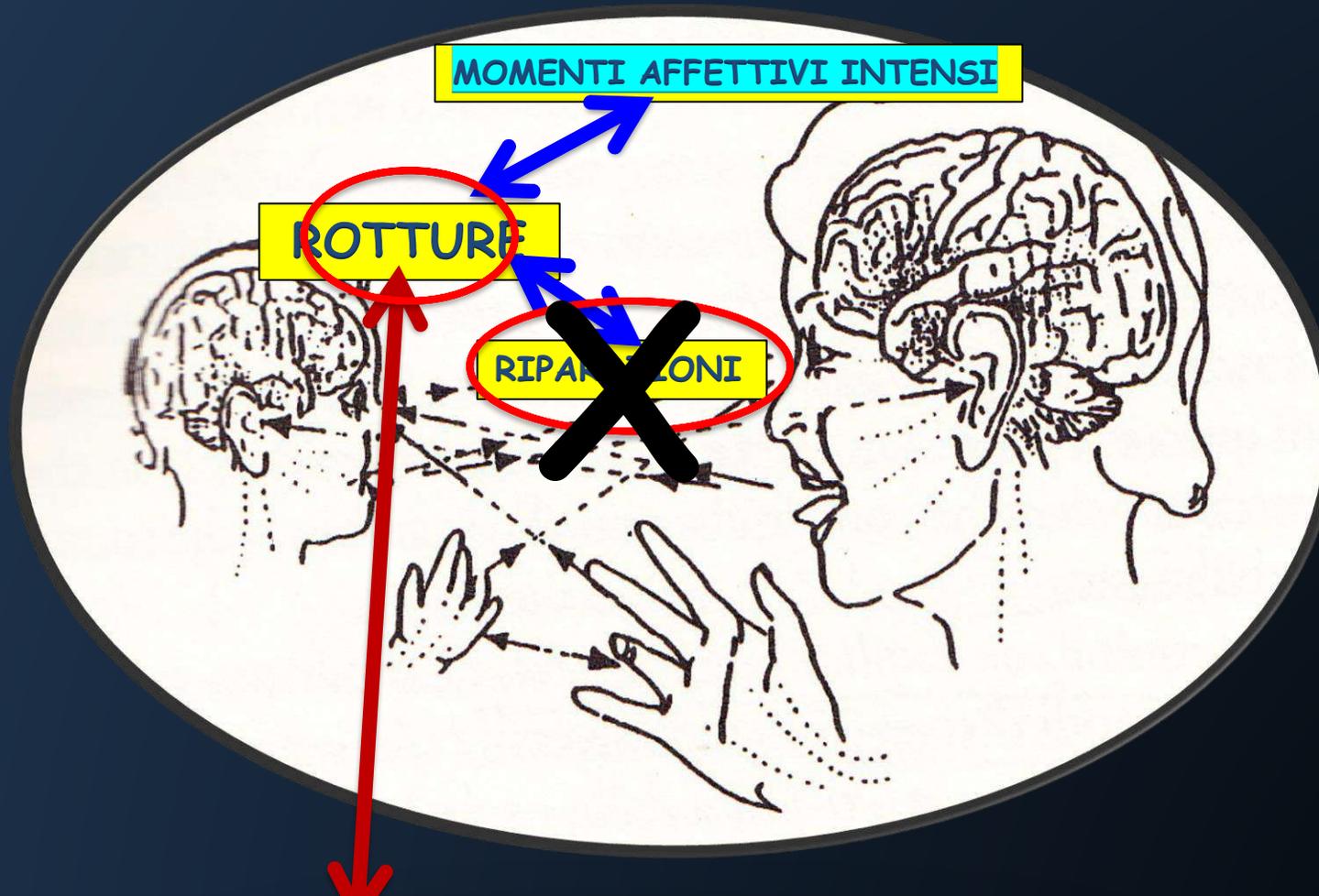
Per un bambino, tollerare l'ambivalenza emotiva significa **tenere insieme sentimenti di amore e odio** per quella stessa persona che rappresenta la vita, la tenerezza, la sicurezza, la soddisfazione dei bisogni, l'amore, il calore, la conoscenza, ma anche l'angoscia, il vuoto, la paura, la mancanza, il freddo, l'assenza, e quindi l'odio, la disperazione, la perdita di controllo, il bisogno, il disagio fisico e mentale, quando viene a mancare.

Sostenere l'ambivalenza, per un bambino, significa riconoscere la mamma come una persona compiuta e complessa, contenitore di sicurezza e di contraddizioni, ovvero come **oggetto prevalentemente buono**.



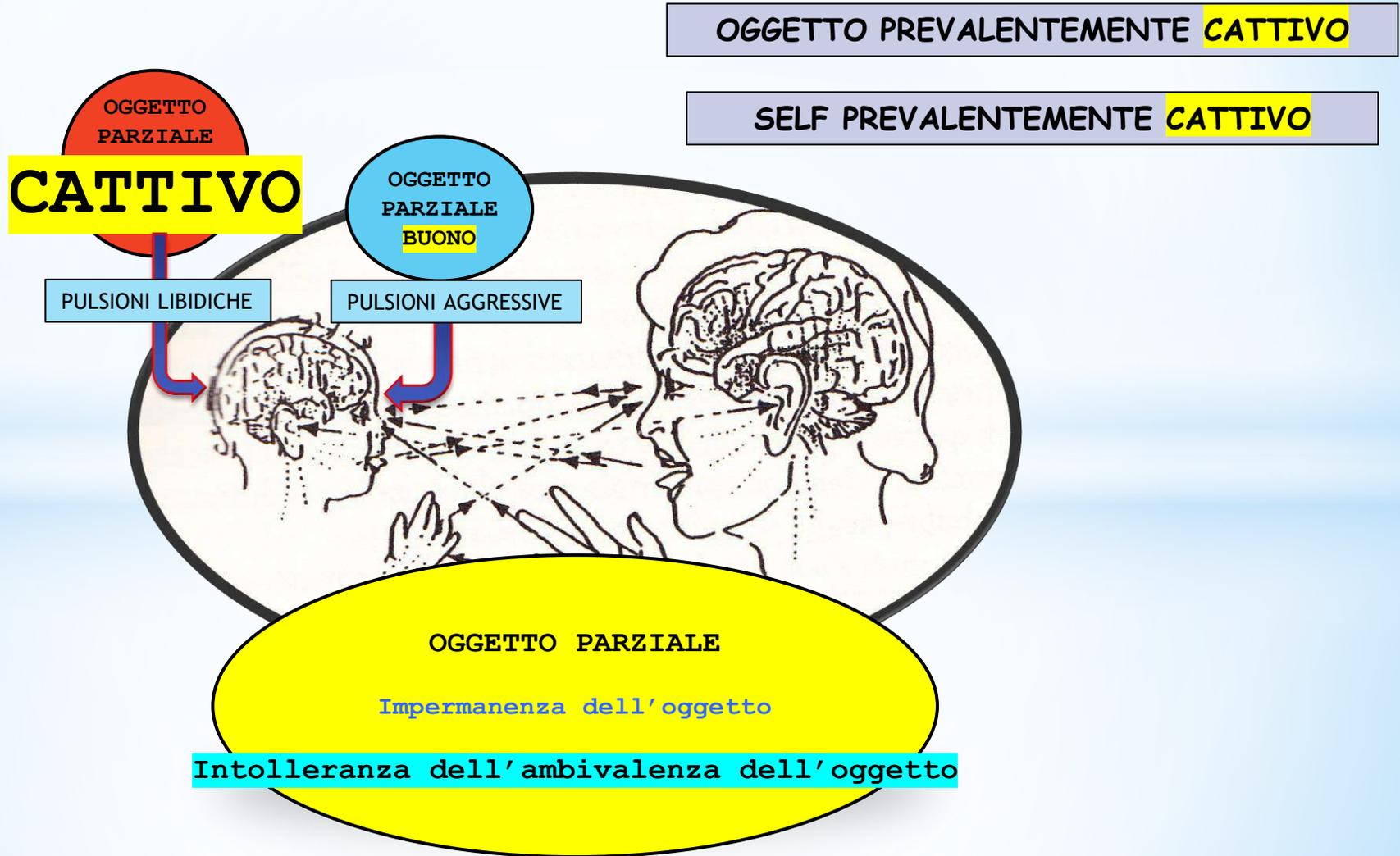
SICUREZZA

LA DISREGOLAZIONE DELLE PULSIONI LIBIDICHE E DELLE PULSIONI AGGRESSIVE NELLE RELAZIONI INTERPERSONALI E NELL'INTIMACY NEGLI SCENARI DI ROTTURE SENZA RIPARAZIONI



CONFLITTI RELAZIONALI CRONICI
DEFICIT DELLA RECIPROCITA' E DELLA CAPACITA' DI NEGOZIARE
ANTAGONISMO/SOTTOMISSIONE
DISREGOLAZIONE NELL'INTIMACY
focus sulla competizione, Irritabilità, permalosità, malizia /distaccato, dissociato

DISRGOLAZIONE DELLE PULSIONI LIBIDICHE E AGGRESSIVE NEL SISTEMA DI ATTACCAMENTO



Il sabotatore interno come lo anti-libidico

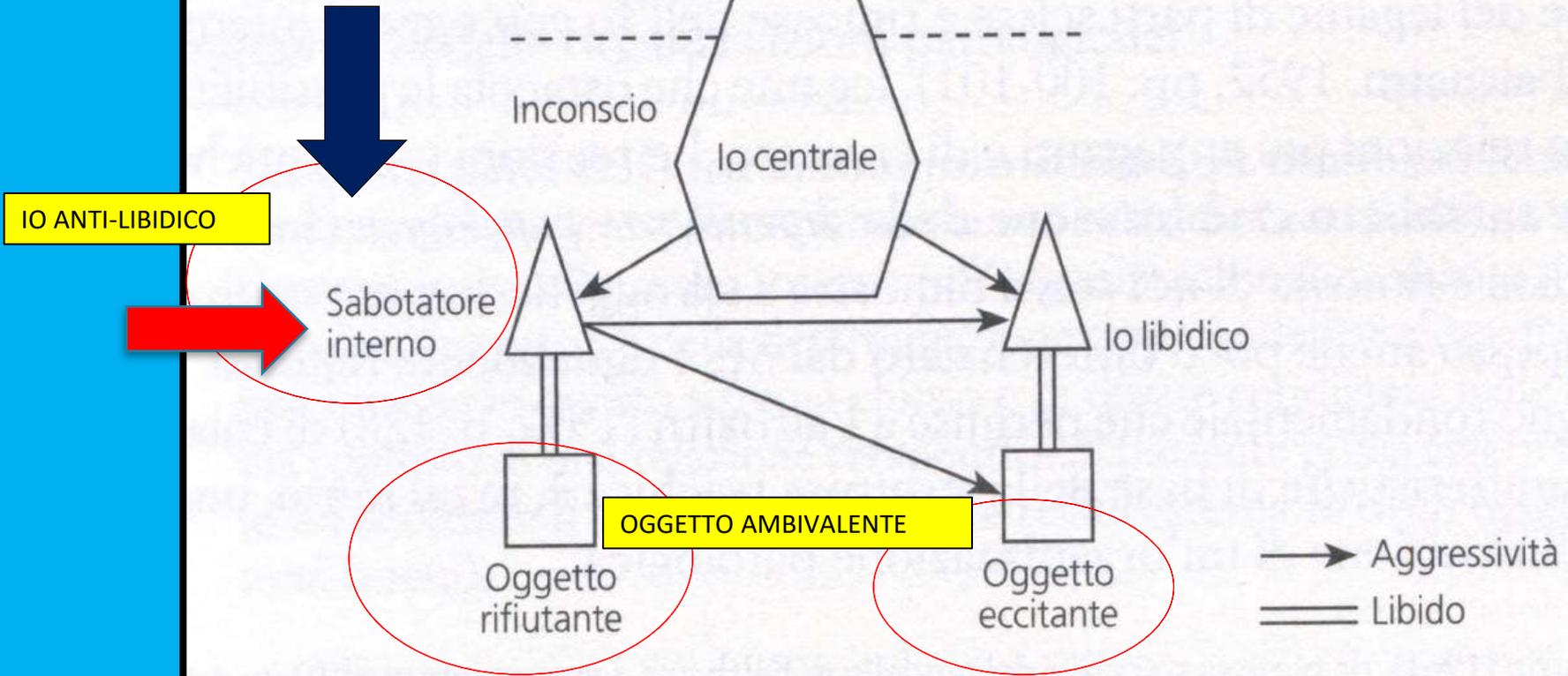
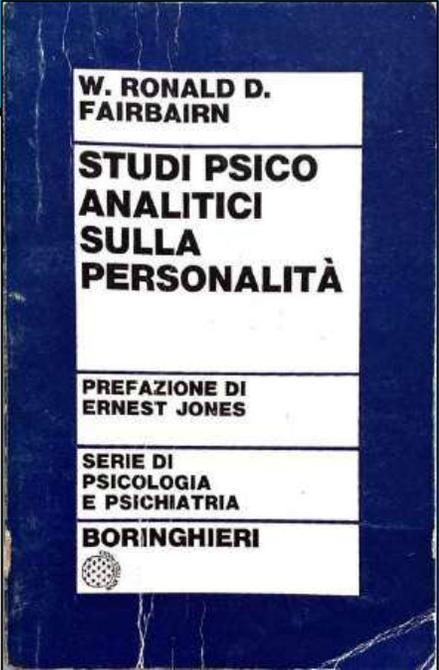
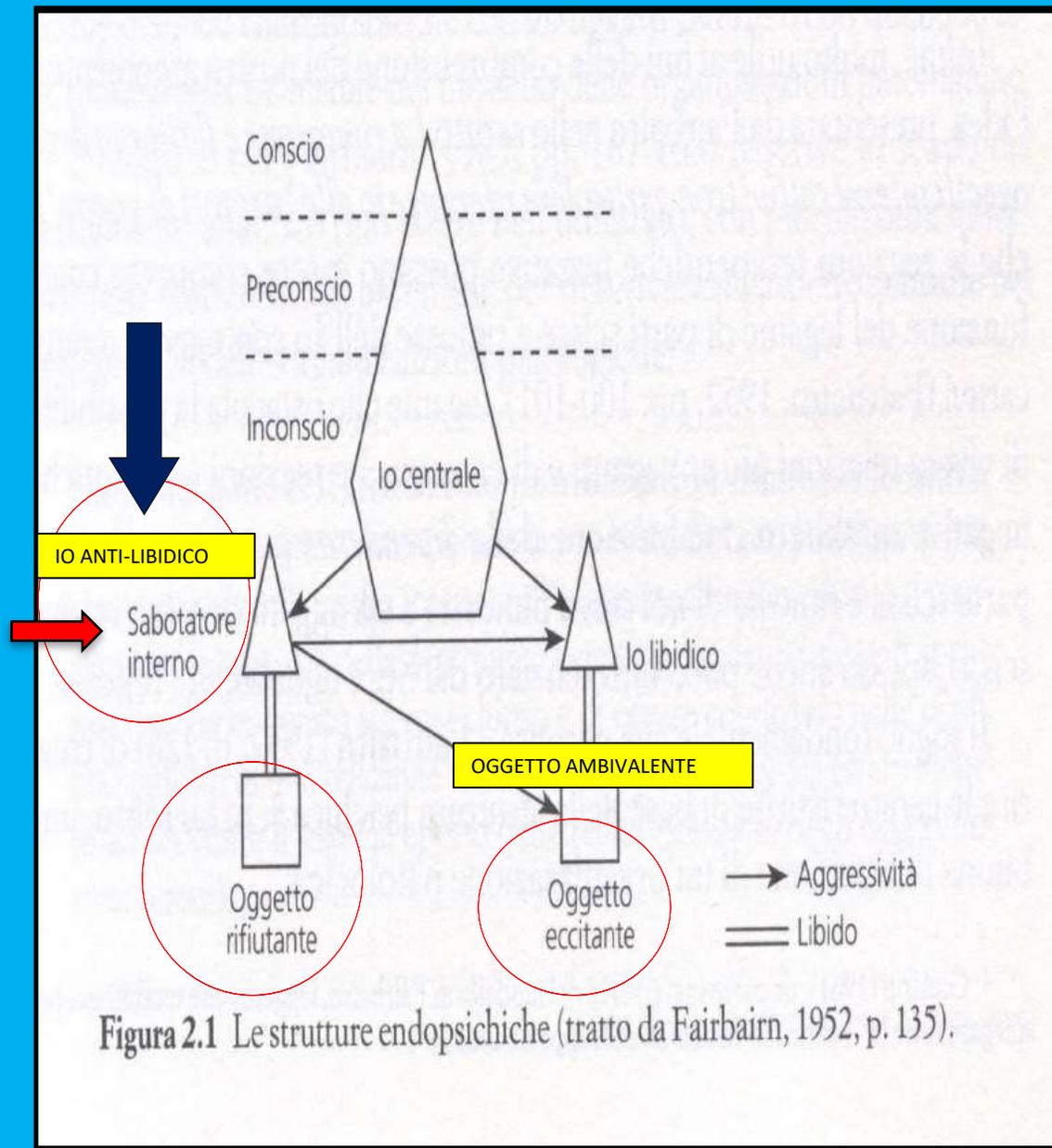


Figura 2.1 Le strutture endopsichiche (tratto da Fairbairn, 1952, p. 135).



bisogno libidico. In questo modo egli riduce il volume dell'affetto, sia libidico sia aggressivo, che cerca di esprimersi all'esterno. Come è già stato sottolineato, naturalmente, né la libido né l'aggressività può essere considerata esistente in una situazione di scissione della struttura. Di conseguenza, ci resta da decidere a quale delle strutture egoiche già descritte deve essere rispettivamente attribuito l'eccesso di libido e l'eccesso di aggressività del bambino. Questo è un problema sulla cui risposta non possono sussistere dubbi. L'eccesso di libido è assunto dall'io libidico, e l'eccesso di aggressività è assunto dal sabotatore interno. La tecnica del bambino di usare l'aggressività per sottomettere il bisogno libidico si risolve quindi in un attacco del sabotatore interno all'io libidico. L'io libidico a sua volta dirige l'eccesso di libido di cui è caricato verso l'oggetto associato, l'oggetto eccitante. D'altra parte, l'attacco del sabotatore interno a questo oggetto rappresenta una persistenza del risentimento originario del bambino verso la madre come seduttrice che suscita proprio il bisogno ch'essa non riesce a soddisfare e che quindi lo riduce in schiavitù: proprio come l'attacco del sabotatore interno all'io libidico rappresenta un persistere dell'odio che il bambino finisce col sentire verso sé stesso per la dipendenza dettata dal suo bisogno. Si deve aggiungere che i processi testé descritti hanno luogo contemporaneamente ai processi che essi sono destinati a completare, sebbene siano stati descritti separatamente ai fini della chiarezza dell'esposizione.

La rimozione diretta, la resistenza libidica e la rimozione indiretta

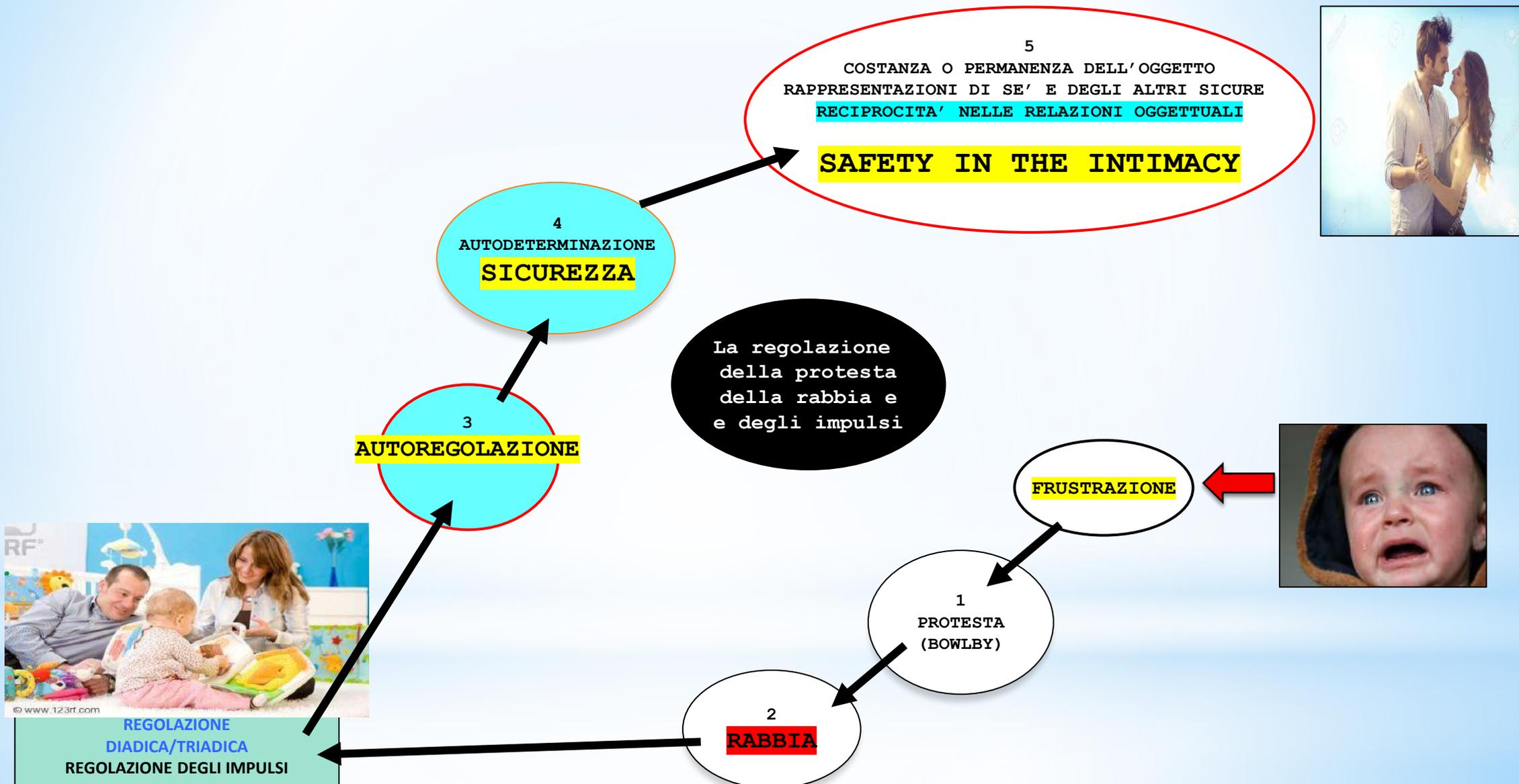
Una volta descritti i processi di atteggiamento aggressivo adottato dal sabotatore interno, l'io libidico e l'oggetto eccitante, la nostra analisi si rivolge ai processi che determinano il modello dinamico della rimozione. L'analisi psichica basilare è completa. A questo punto si può aggiungere qualcosa a ciò che si è già detto sulla natura della rimozione. In base alla linea di pensiero di Fairbairn, la rimozione è un processo proveniente da un oggetto eccitante che dell'oggetto rifiutante dà origine al processo di rimozione. Questo processo primario di rimozione è seguito da un processo secondario di rimozione per il quale l'oggetto rifiutante rifiuta due parti di sé,





I traumi intervenuti nel corso dello sviluppo implicano una storia di rotture che non sono mai state riparate, dove gli aspetti contraddittori o conflittuali di sé e dell'altro, **buoni e cattivi**, non sono stati integrati e pertanto una modalità relazionale caratterizzata da **intolleranza dell'ambivalenza di sé e dell'oggetto**, da cui una rappresentazione di sé e dell'altro **come prevalentemente cattiva**, ovvero più cattiva che buona. Queste rappresentazioni narcisistiche sono alla base dell'impermanenza dell'oggetto, dell'instabilità nelle rappresentazioni di sé e dell'altro e della incapacità di amare e di sentirsi amati.

LA REGOLAZIONE DELLA PROTESTA E DELLA RABBIA NELL'INTIMACY



LA DISREGOLAZIONE DELLA PROTESTA E DELLA RABBIA NELL'INTIMACY



ANTAGONISMO

6 RANCORE VINDICATIVITA'

7 VIOLENZA

5 COLLERA RABBIA CRONICA

DISREGOLAZIONE DELLA RABBIA NELLE RELAZIONI INTERPERSONALI

4 DISREGOLAZIONE DEGLI IMPULSI



FRUSTRAZIONE

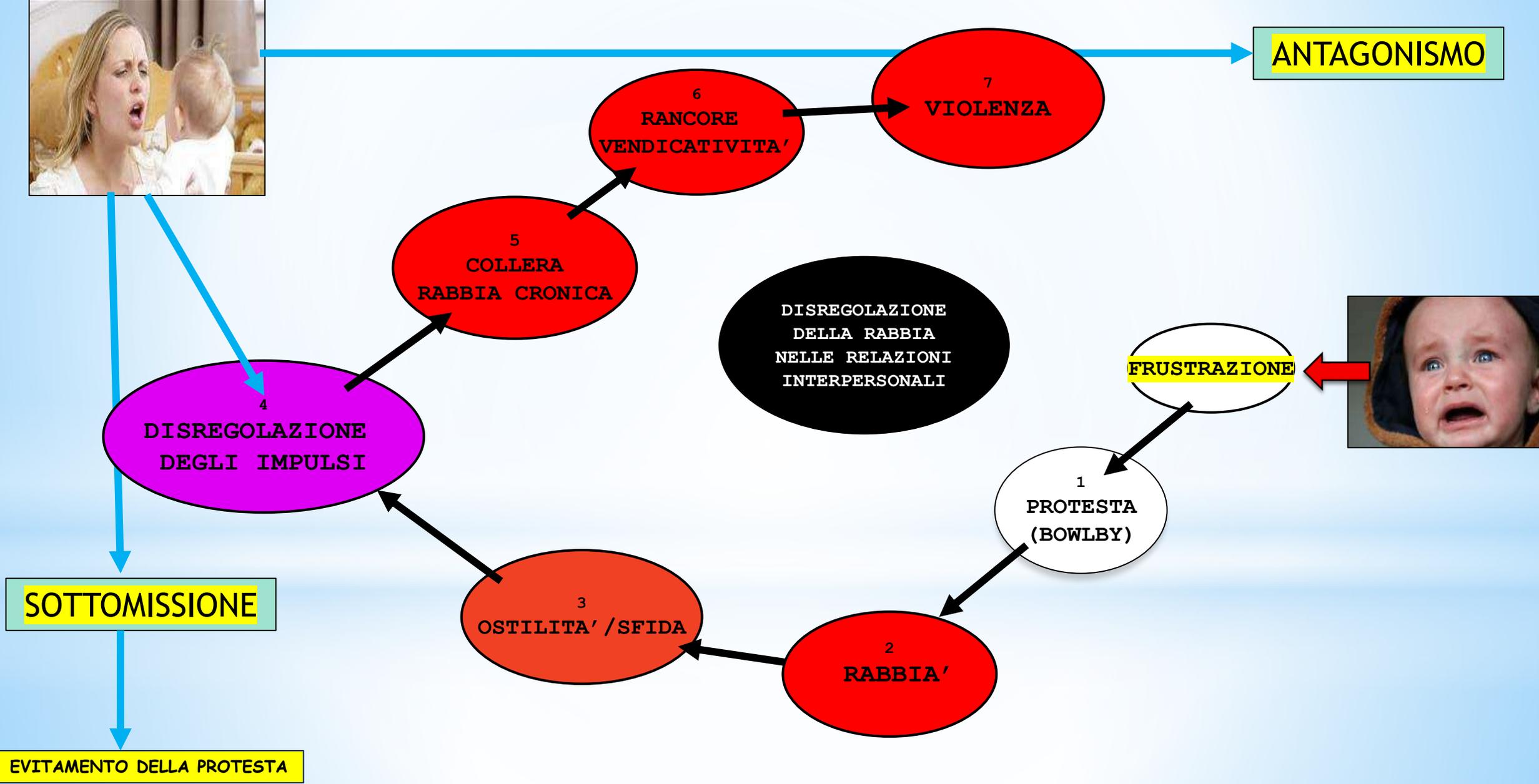
1 PROTESTA (BOWLBY)

SOTTOMISSIONE

3 OSTILITA' / SFIDA

2 RABBIA'

EVITAMENTO DELLA PROTESTA



La disregolazione degli impulsi

IMPULSIVITA' MANIFESTA/ACTING OUT



CONGELAMENTO/IMMOBILIZZAZIONE



NARCISISMO OVERT

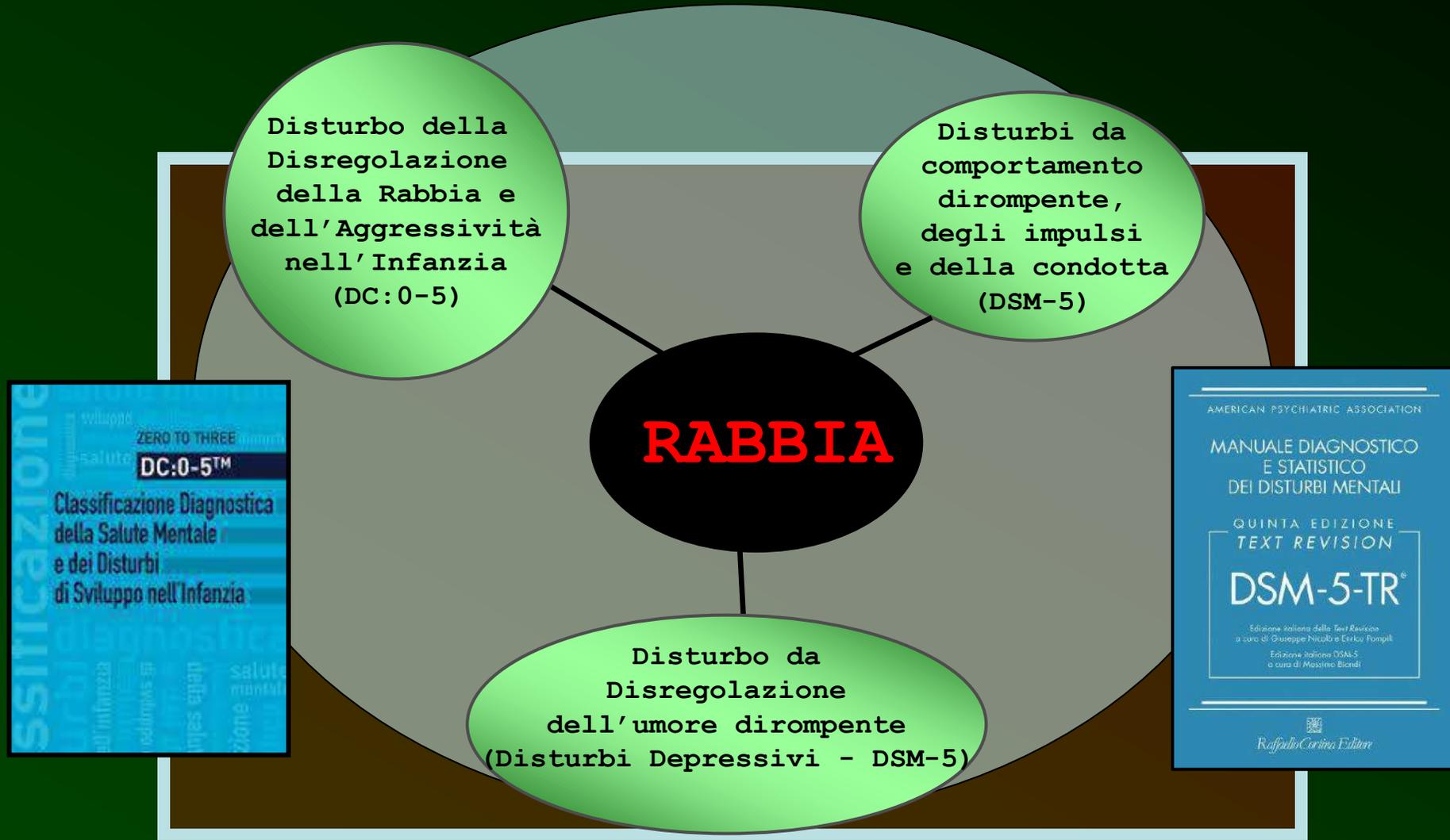


NARCISISMO COVERT

La disregolazione degli impulsi in adolescenza nel DSM-5



Disregolazione della rabbia nell'infanzia e nell'adolescenza nel **DC:05** e nel **DSM-5**





**OPPOSITIVO
PROVOCATORIO**

**ESPLOSIVO
INTERMITTENTE**

CLEPTOMANIA

**DISTURBI DA
COMPORTAMENTO DIROMPENTE,
DEL CONTROLLO DEGLI
IMPULSI E
DELLA CONDOTTA**

CONDOTTA

PIROMANIA

DISTURBI DEPRESSIVI

DISTURBO DA DISREGOLAZIONE DELL'UMORE DIROMPENTE

Diagnosi tra i 6 e i 18 anni età



180 Disturbi depressivi

ni negli adulti o di 1 anno nei bambini. Questa nuova diagnosi del DSM-5 include le categorie diagnostiche della depressione maggiore cronica e distimia del DSM-IV.

In seguito a un'attenta revisione scientifica delle evidenze, il disturbo disforico pre-mestruale è stato spostato da un'appendice del DSM-IV ("Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi") alla Sezione II del DSM-5. Circa 20 anni di studi hanno individuato una forma di disturbo depressivo specifica e responsiva al trattamento che comincia talvolta dopo l'ovulazione e si risolve entro pochi giorni dal ciclo mestruale e ha un marcato impatto sul funzionamento.

Un gran numero di sostanze di abuso, alcuni farmaci prescritti e alcune condizioni mediche generali possono essere associati a fenomeni simil-depressivi. Questi fenomeni sono inclusi nelle diagnosi di disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci e di disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica.

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente 296.99 (F34.8)

Criteri diagnostici

- A. Gravi e ricorrenti scoppi di collera manifestati verbalmente (per es., rabbia verbale) e/o in modo comportamentale (per es., aggressione fisica a persone o proprietà) che sono grossolanamente sproporzionati nell'intensità o nella durata alla situazione o alla provocazione.
- B. Gli scoppi di collera non sono coerenti con lo stadio di sviluppo.
- C. Gli scoppi di collera si verificano, in media, tre o più volte la settimana.
- D. L'umore tra uno scoppio di collera e l'altro è persistentemente irritabile o arrabbiato per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni, ed è osservabile da parte di altri (per es., genitori, insegnanti, coetanei).
- E. I Criteri A-D sono stati presenti per 12 mesi o più. Durante tale periodo, l'individuo non ha avuto un periodo della durata di 3 o più mesi consecutivi senza tutti i sintomi dei Criteri A-D.

F. I Criteri A e D sono presenti in almeno due di tre contesti (cioè a casa, a scuola, con i coetanei) e sono gravi in almeno uno di questi.

G. La diagnosi non dovrebbe essere posta per la prima volta prima dei 6 anni di età oppure dopo i 18 anni di età.

H. Dall'anamnesi o dall'osservazione, l'età di esordio dei Criteri A-E è prima dei 10 anni.

I. Non vi è mai stato un periodo distinto della durata di più di 1 giorno durante il quale sono stati soddisfatti i criteri sintomatologici completi, a eccezione della durata, per un episodio maniacale o ipomaniacale.

Nota: L'elevazione dell'umore appropriata allo stadio di sviluppo, come quella che si verifica nel contesto di un evento altamente positivo o della sua anticipazione, non dovrebbe essere considerata come un sintomo di mania o ipomania.

J. I comportamenti non si verificano esclusivamente durante un episodio di disturbo depressivo maggiore e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo dello spettro dell'autismo, disturbo da stress post-traumatico, disturbo d'ansia di separazione, disturbo depressivo persistente [distimia]).

Nota: Questa diagnosi non può coesistere con il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo esplosivo intermittente o il disturbo bipolare, anche se può coesistere con altri disturbi, tra cui disturbo depressivo maggiore, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo della condotta e disturbi da uso di sostanze. Gli individui i cui

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente 181

sintomi soddisfano i criteri sia per il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente sia per il disturbo oppositivo provocatorio dovrebbero ricevere solo la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Se un individuo ha avuto in precedenza un episodio maniacale o ipomaniacale, la diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non dovrebbe essere assegnata.

K. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica o neurologica.

Caratteristiche diagnostiche

La caratteristica principale del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è una cronica, grave e persistente irritabilità. Tale grave irritabilità ha due manifestazioni cliniche preminenti, la prima delle quali sono i frequenti scoppi di collera che avvengono tipicamente in risposta alla frustrazione e possono essere verbali o comportamentali (questi ultimi sotto forma di aggressione fisica a proprietà, se stessi o altri). Essi devono verificarsi frequentemente (cioè, in media, tre o più volte la settimana) (Criterio C) nell'arco di almeno 1 anno, in almeno due contesti (Criteri E e F), come la casa e la scuola, e devono essere inappropriati allo stadio di sviluppo (Criterio B). La seconda manifestazione di grave irritabilità consiste in un umore persistentemente o cronicamente arrabbiato, tra i gravi scoppi di collera. Tale umore irritabile o arrabbiato deve essere caratteristico del bambino, essendo presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, ed evidente a chi fa parte dell'ambiente del bambino (Criterio D).

La manifestazione clinica del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente deve essere chiaramente distinta dalla presentazione di altre condizioni correlate, in particolare del disturbo bipolare pediatrico. Infatti, il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è stato aggiunto nel DSM-5 in risposta alle considerevoli preoccupazioni circa la classificazione e il trattamento appropriati di bambini che presentano il classico (cioè episodico) disturbo bipolare.

Alcuni ricercatori considerano l'irritabilità grave, non episodica come caratteristica del disturbo bipolare nei bambini, anche se sia il DSM-IV sia il DSM-5 richiedono che sia i bambini sia gli adulti abbiano episodi distinti di mania o di ipomania per porre la diagnosi di disturbo bipolare I. Durante gli ultimi decenni del XX secolo, questa disputa tra i ricercatori sul fatto che l'irritabilità grave, non episodica sia una manifestazione della mania pediatrica ha coinciso con un aumento dei tassi della diagnosi di disturbo bipolare nei pazienti pediatrici poste dai clinici. Questo forte aumento delle diagnosi sembra attribuibile ai clinici che combinano almeno due manifestazioni cliniche all'interno di una singola categoria. Ovvero, sia le manifestazioni di mania classiche, episodiche, sia le manifestazioni di irritabilità grave, non episodiche, sono state etichettate come disturbo bipolare nei bambini. Nel DSM-5, il termine *disturbo bipolare* è espressamente riservato alle manifestazioni episodiche di sintomi bipolari. Il DSM-IV non includeva una diagnosi specifica per identificare giovani i cui sintomi distintivi erano caratterizzati da irritabilità molto grave, non episodica, mentre il DSM-5, attraverso l'inclusione del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, fornisce una categoria distinta per tali manifestazioni.

Prevalenza

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è frequente tra i bambini che si rivolgono agli ambulatori di neuropsichiatria infantile. Le stime di prevalenza del disturbo nella popolazione non sono chiare. Sulla base dei tassi di irritabilità persistente cronica e grave, che rappresenta la caratteristica centrale del disturbo, la prevalenza a 6 mesi-1 anno

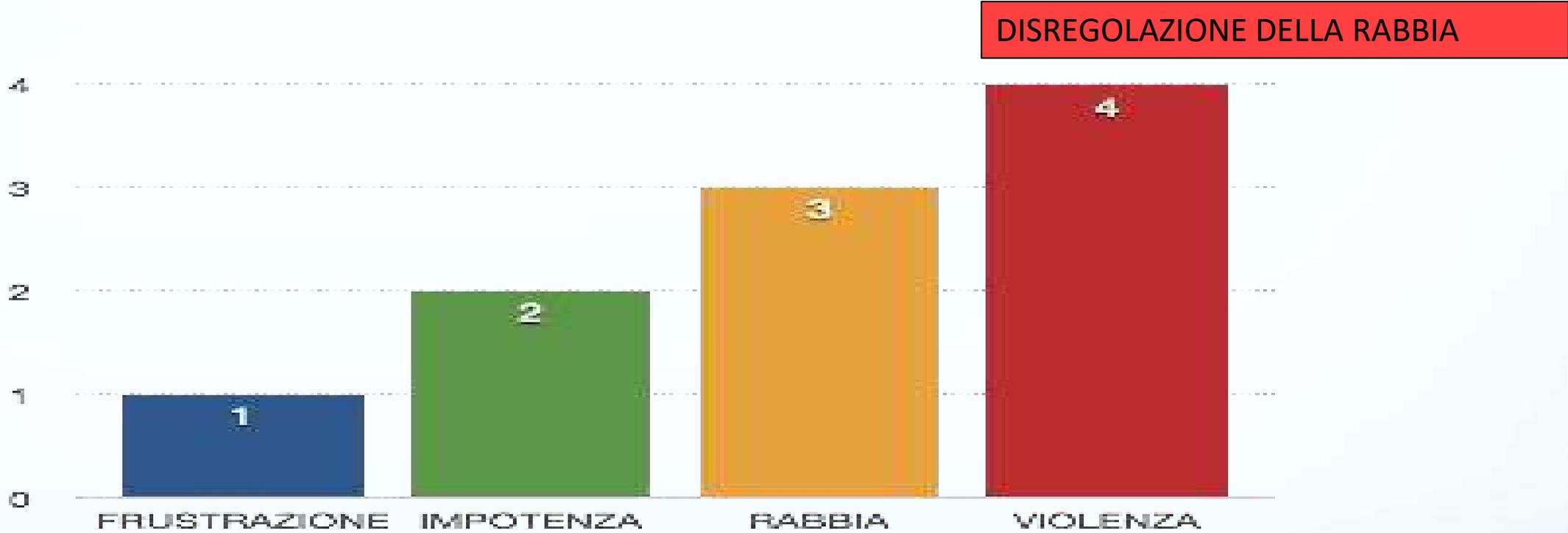
Ansia di separazione, disregolazione della rabbia, violenza nell'attaccamento insicuro

“L'attaccamento ansioso collerico ha lo scopo di conservare il massimo di accessibilità della figura di attaccamento; la collera è tanto un rimprovero per quello che è accaduto quanto un deterrente per evitare che l'accaduto si ripeta. Così succede che amore, angoscia e collera - talora l'odio - vengano suscitati da una stessa persona. Ne conseguono inevitabilmente dolorosi conflitti.”

Bowlby J (1973), *Collera, angoscia e attaccamento*. In: *Attaccamento e perdita, 2 vol. La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri 1975

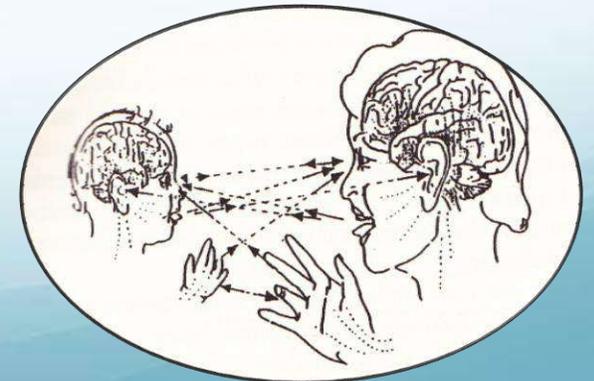
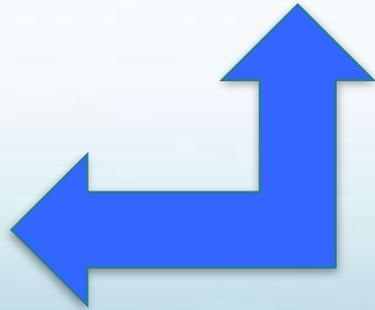


REGOLAZIONE E DISREGOLAZIONE DELLA RABBIA

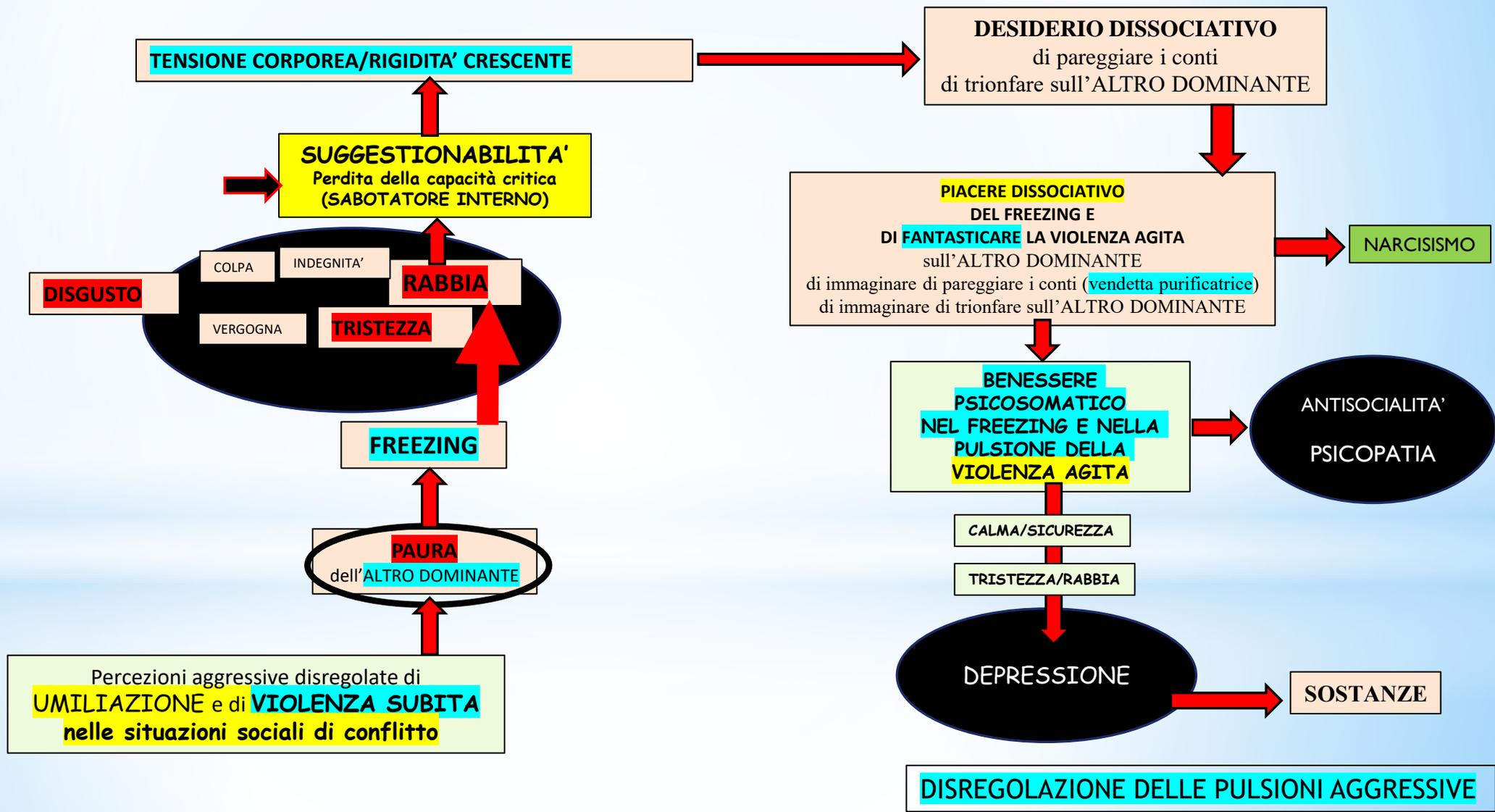


REGOLAZIONE DELLA RABBIA

- Attaccamento sicuro
- Coregolazione diadica e autoregolazione
- Mentalizzazione
- Permanenza dell'oggetto
- Autonomia



**IL CIRCOLO DELLA PAURA, DEL FREEZING E DELLA DISREGOLAZIONE DELLA RABBIA NELLA PERCEZIONE CRONICA DELLA VIOLENZA SUBITA E NELLA PULSIONE ALL'AGITO VIOLENTO NELLA GESTIONE DEI CONFLITTI INTERPERSONALI
L'ALTRO DOMINANTE E LA RIATTUALIZZAZIONE DELLE ESPERIENZE TRAUMATICHE DI UMILIAZIONE E DI OFFESA NELLE ROTTURE INTERPERSONALI**



LA SOTTOMISSIONE COME ASPETTO DEL FALSO SE'

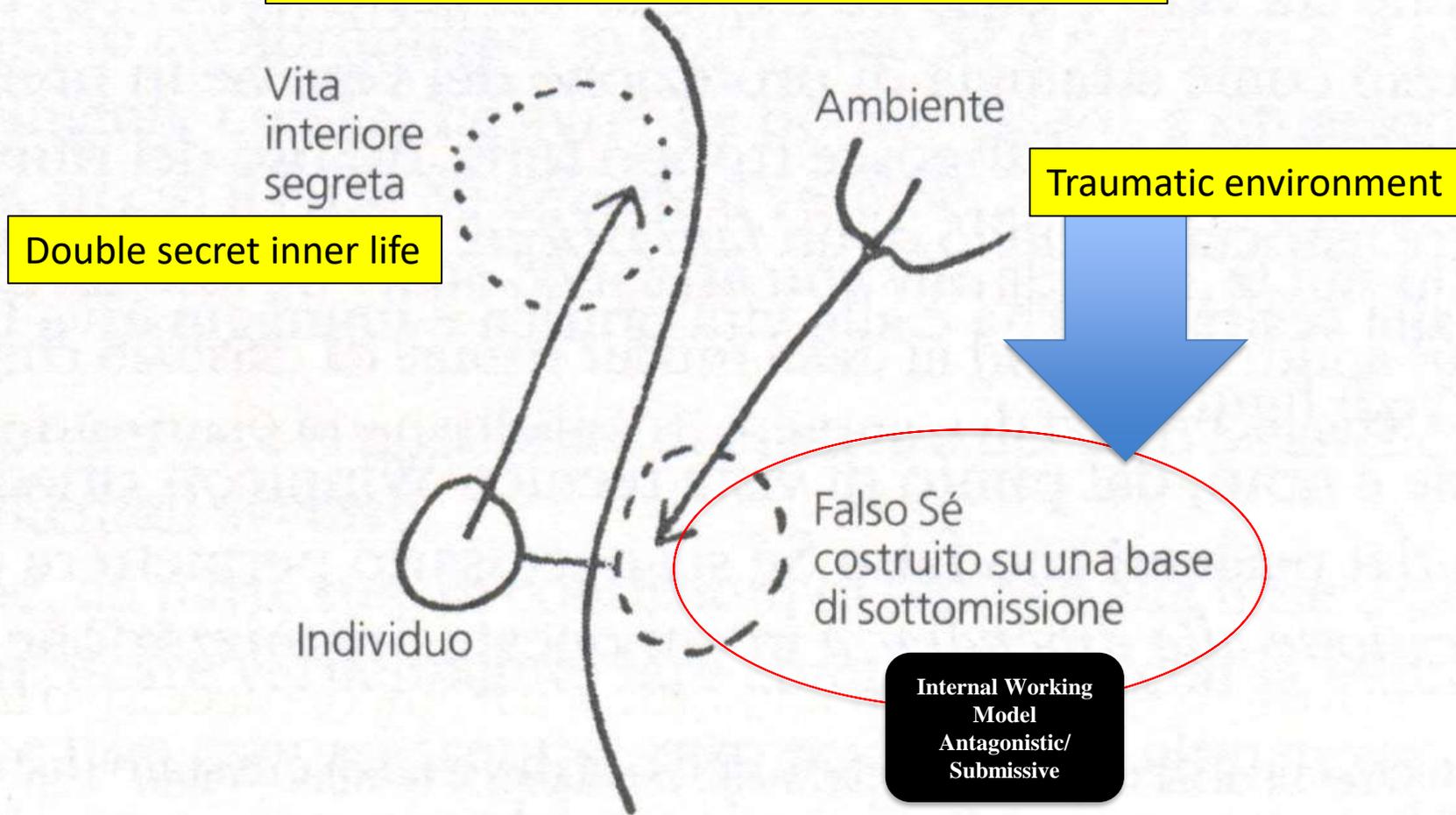
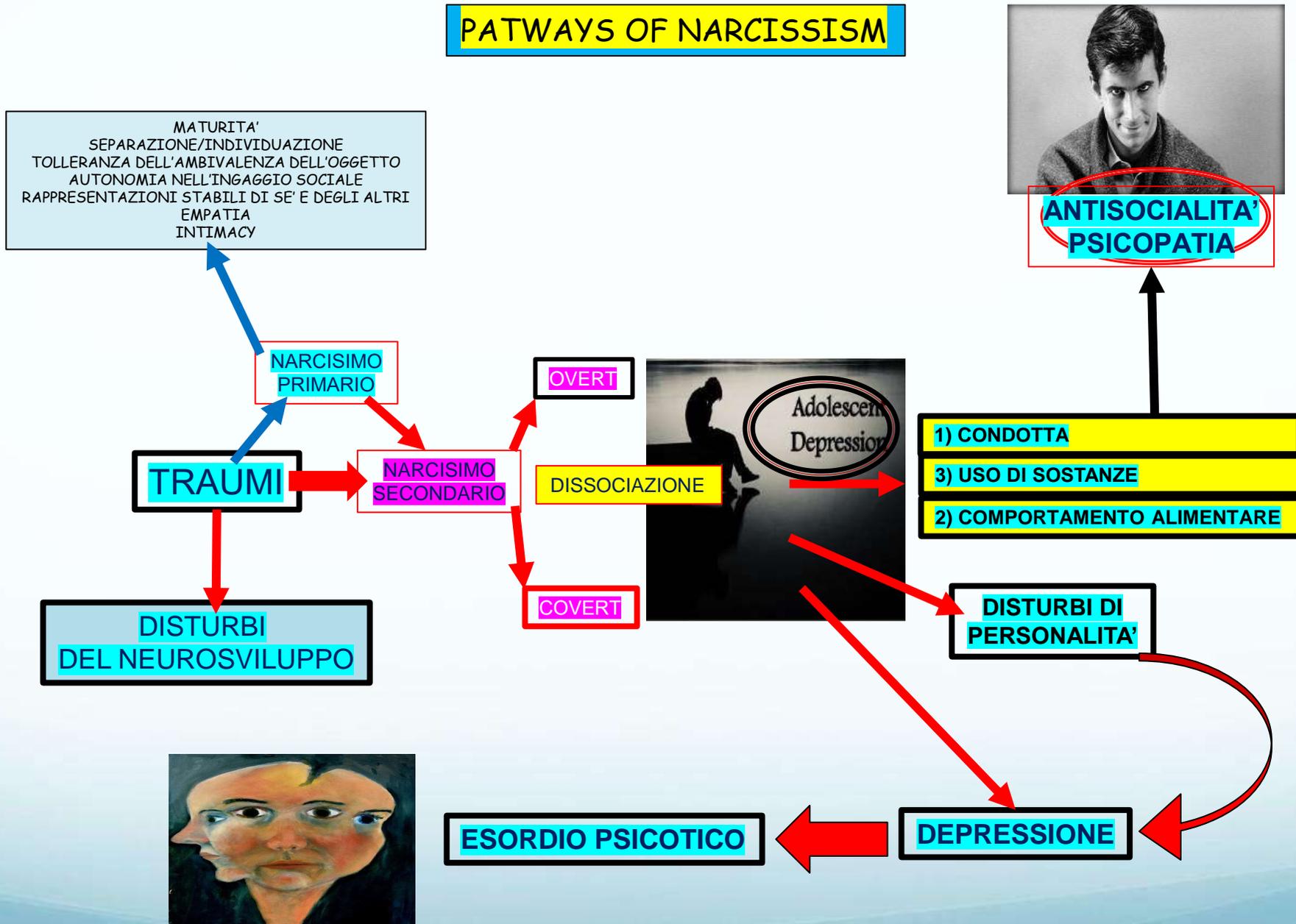
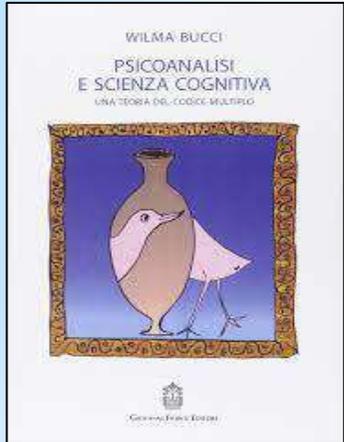


Figura 2.2 Scissione di base della personalità con falso Sé (tratto da Winnicott, 1958b, p. 270).

PATWAYS OF NARCISSISM



LA DIFFERENZIAZIONE TRA SENSAZIONE-EMOZIONE-SENTIMENTO



SIMBOLICO VERBALE
LINGUAGGIO/ATTIVITA' REFERENZIALE
SIMBOILIZZAZIONE
SENTIMENTI



MODELLO DEL CODICE MULTIPLO

SIMBOLICO NON-VERBALE
IMMAGINAZIONE
RAPPRESENTAZIONE COGNITIVO-AFFETTIVA
DEGLI STIMOLI SENSORIALI **EMOZIONE**

SUBSIMBOLICO NON-VERBALE
INFORMAZIONI GREZZE STIMOLI
INTERNI/ESTERNI NON
RAPPRESENTABILI IMMEDIATAMENTE
SENSAZIONI VISCERALI

B

TRAUMA E RIPETIZIONE

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

B LAVORARE SULLE
MEMORIE TRAUMATICHE
(emozioni e sensazioni)
E SULLA LORO RIPETIZIONE
NEL PRESENTE
(**COAZIONE A RIPETERE**)

Il focus: Ricordare, ripetere, amplificare e valorizzare le memorie dei traumi relazionali intervenuti nel sistema di attaccamento primario, in età evolutiva e nelle successive relazioni interpersonali nella rete sociale, con lo scopo di mentalizzare l'origine della cronicità e della persistenza delle emozioni e delle sensazioni negative a danno, nel presente attuale del paziente, del benessere e della sicurezza nello stare con se stesso e nell'intimacy con gli altri.

Il paziente è stimolato a mentalizzare come la ripetizione automatica, inconscia, di inibizioni, conflitti e sintomi nel presente, lo costringe, a causa della coazione a ripetere, a reiterare gli stessi identici pattern disfunzionali appresi nel sistema familiare e nella sua successiva storia evolutiva, in quanto questi modelli operativi interni non sono mai stati contenuti, elaborati e trasformati.

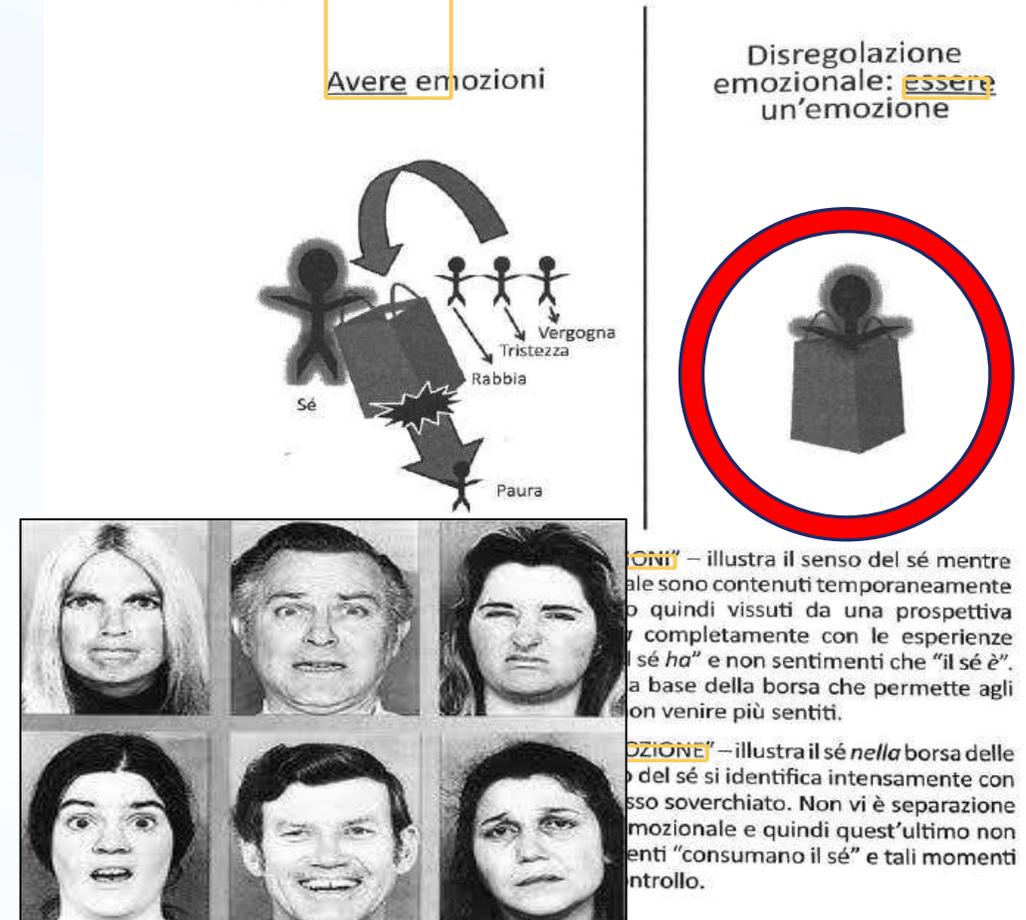
IL TRAUMA AL CENTRO DEL MODELLO DELLA PIREP

Il modello della PIREP favorisce un intervento aperto alle innovazioni che si affermano continuamente in psicologia clinica, in psichiatria clinica, nel campo delle neuroscienze affettive e della medicina psicosomatica, e che attualmente trovano intorno alla teoria dell'attaccamento, del trauma evolutivo, del PTSD e del **trauma complesso** nuove possibilità di integrazione tra il modello clinico dinamico e quello cognitivo comportamentale interpersonale.

IL MODELLO A 4 DIMENSIONI DI FREWEN E LANIUS



Figura 6.10. Fenomenologia dell'aver emozioni rispetto alla fenomenologia dell'essere un'emozione

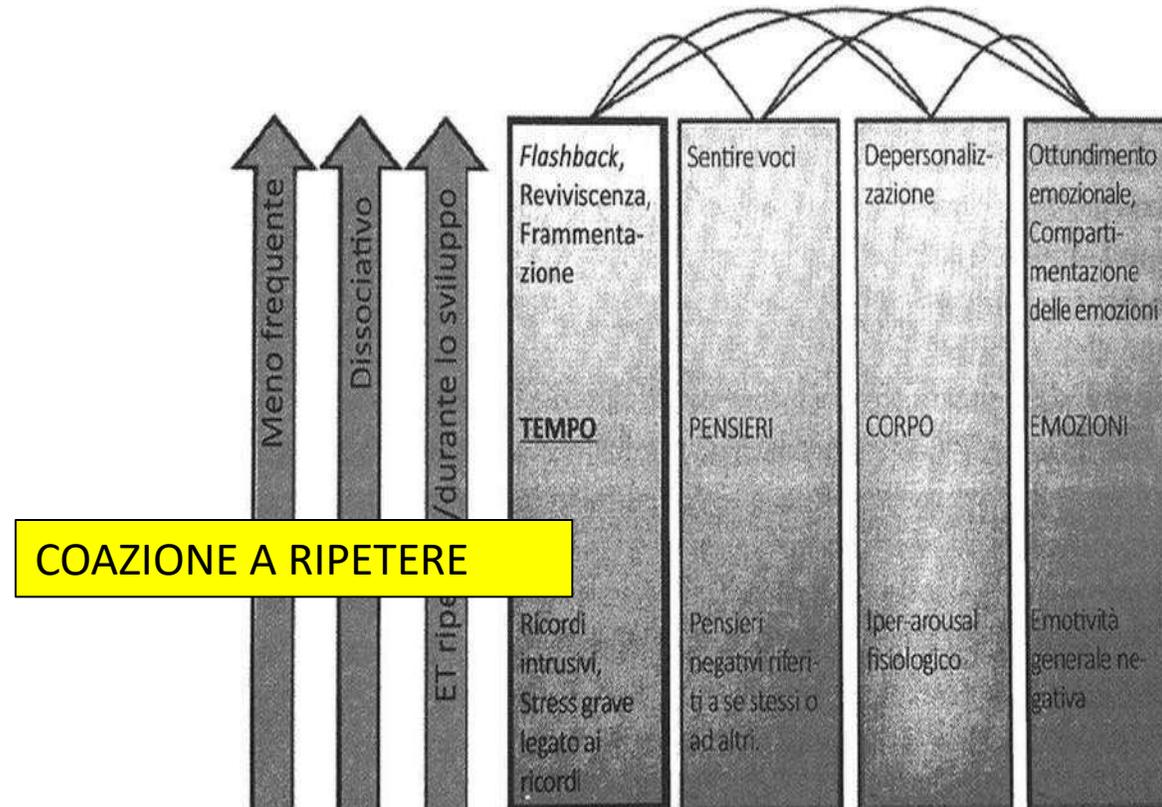


Il sé è sul fondo e quindi raramente strabocca: anche se le emozioni vengono prese e tenute per un momento, in seguito passano attraverso il foro e sono lasciate andare, senza essere più sentite. Quindi il sé viene raramente sopraffatto dall'esperienza di avere "troppe emozioni". Un aspetto chiave di "aver emozioni" è rappresentato dal fatto che il sé non si identifica completamente con l'esperienza emozionale, ma è almeno di un "ordine" al di sopra delle emozioni. Il sé porta la borsa delle esperienze emozionali di prim'ordine ed è quindi consapevole a livello esperienziale del loro peso, ma questi stati emozionali non sono esperiti di per loro come "sé":



Figura 3.1. Il modello 4-D del sé traumatizzato, che distingue stati di grave

IL MODELLO A 4 DIMENSIONI DI FREWEN E LANIUS



COAZIONE A RIPETERE

Alterazione del **tempo**: QUANDO L'ALLORA DIVENTA ADESSO

Alterazione del **pensiero**: PENSIERI DI ROVINA, FRAMMENTAZIONE, AGENCY ALTERATA

Alterazione del **corpo**: QUANDO IL MONDO E' STRANO E IL CORPO ESTRANIATO

Alterazione delle **emozioni**: SENTIRE TROPPO SENTIRE TROPPO POCO

ono
luto
inui
ifici
ita).

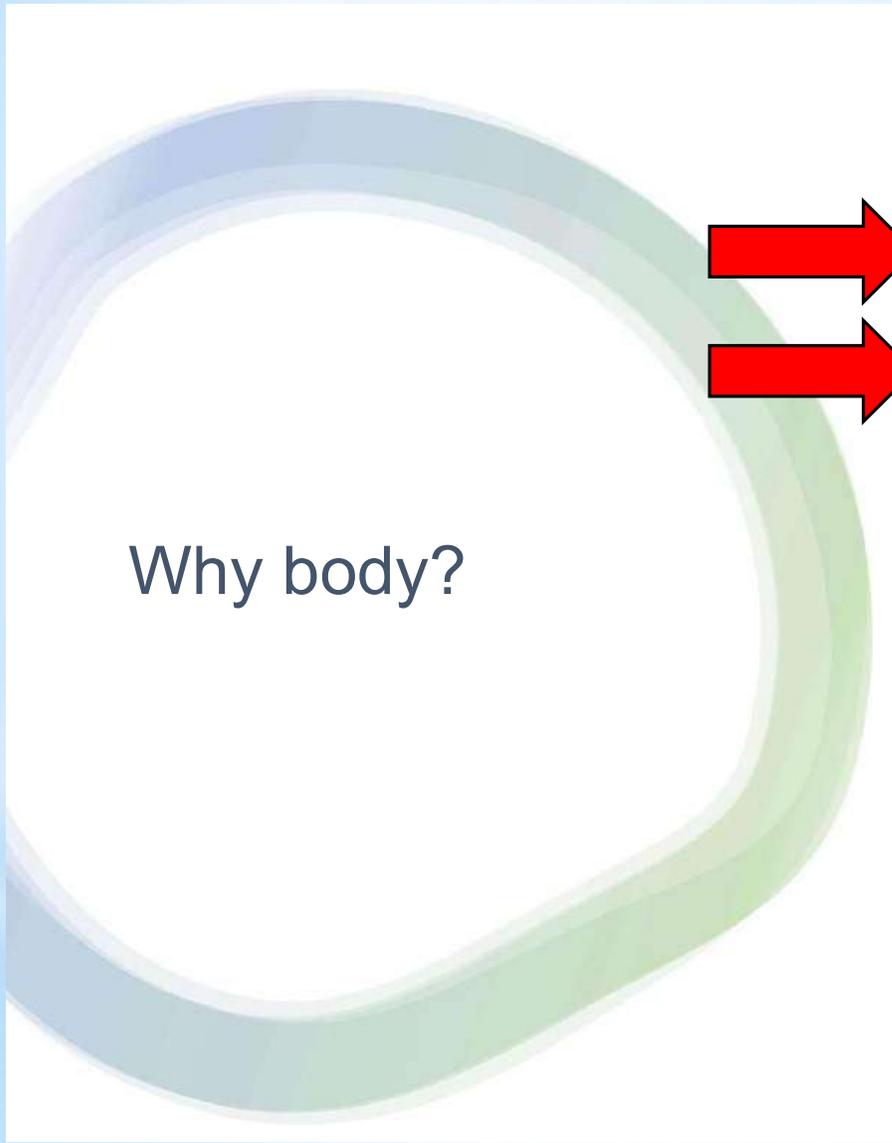
What is Trauma?

- Traumatic experiences are those that are **overwhelming**, invoke intense negative affect, and involve some degree of loss of control and/or vulnerability. The experience of trauma is **subjective, contextual, & Developmentally bound**.
- [Complex trauma is] “**resulting from** exposure to severe stressors that (1) are *repetitive or prolonged*, (2) involve *harm or abandonment by caregivers...*, and (3) occur at *developmentally vulnerable times* in the victim’s life... **resulting in** “*changes in the mind, emotions, body, and relationships...including severe problems with “dissociation, emotional dysregulation, somatic distress, or relational or spiritual alienation.”* —Ford & Courtois, 2009, pp 13

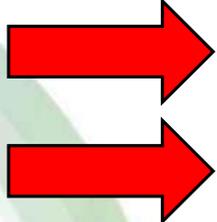
How Trauma Affects?

- In addition to the traditional 3 symptom clusters of PTSD (Re-experiencing, Avoiding/Numbing, & Hyperarousal), survivors experience the following 5 clusters:
 1. Emotional Regulation difficulties (e.g. impulsivity, self-destructive behaviors, emotional constriction)
 2. Disturbances in relational capacities (includes alterations in view of self and others)
 3. Alterations in Attention or Consciousness (includes dissociation)
 4. Somatic distress (e.g. chronic pain or other physiological symptoms)
 5. Adversely affected belief systems (often also referred to as “altered systems of meaning”)

— International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)



Why body?

- 
- Language-center tends to be hijacked and distorted in trauma and trauma work.
 - Early trauma was encoded non-verbally.
 - Trauma happens when the person “cannot move”. (Bessel van der Kolk)
 - Talking is for interpersonal communication; feelings/sensations are for intrapersonal communication.
 - Mind learns from information; body learns from experience.
 - One attempt to transcend body-mind dichotomy.



Body-Oriented Approaches

- Sensorimotor psychotherapy
- Somatic Experiencing
- Sensory Motor Arousal Regulation Treatment (SMART)
- Trauma-sensitive Yoga
- EMDR

- Experiential Therapy (i.e. Gestalt, Psychodrama, Equine Therapy)
- Somatic Psychotherapy (i.e. Hakomi, Bioenergetic Analysis)
- Dance and Movement Therapy (i.e. Kestenberg Movement Profile, Authentic Movement)
- Somatic Education (i.e. Feldenkrais Method, Alexander Technique)
- Yoga Therapy (i.e. Viniyoga, Phoenix Rising Yoga Therapy)

LIVELLI DI TRAUMATIZZAZIONE

I LIVELLO: TRASCURATEZZA RELAZIONALE

TRAUMA RELAZIONALE INFANTILE, (DEVELOPMENTAL TRAUMA)

IPERPROTEZIONE

II LIVELLO: ABUSO EMOTIVO

III LIVELLO: ABUSO FISICO



IV LIVELLO: ABUSO SESSUALE (SENZA CONTATTO FISICO)

V LIVELLO: ABUSO SESSUALE (CON CONTATTO FISICO)

PTSD

FAMIGLIA
TRAUMATIZZANTE

TRAUMA
EVOLUTIVO

TRAUMA
COMPLESSO

COMPLEX TRAUMA

- 1) separazioni precoci, multiple e/o troppo prolungate dalle figure di attaccamento;
- 2) caregiver depressi (vedi anche depressione perinatale), oppure troppo eccitanti o troppo frustranti/giudicanti;
- 3) caregiver spaventati/spaventanti;
- 4) comportamenti dei caregiver contraddittori, ambivalenti e disorientanti;
- 5) inversione dei ruoli nella relazione caregiver-bambino;
- 6) caregiver poco sintonizzati con il bambino, che fraintendono i suoi bisogni per trasformarlo sulla base delle loro aspettative;
- 7) caregiver che idealizzano o 'erotizzano' i figli in una relazione simbiotica, ma non riescono a relazionarsi a loro come soggetti diversi con una loro specificità, che pertanto ostacolano la loro esplorazione autonoma, inibiscono le loro manifestazioni di protesta e scambiano come amore e sollecitudine quelle che in realtà sono le loro angosce di separazione;
- 8) caregiver che alimentano nel bambino l'illusione di avere una relazione speciale con uno dei genitori, dalla quale l'altro genitore è escluso;
- 9) caregiver che rispecchiano le emozioni del figlio in modo razionale/concretistico, senza capacità di *rêverie* e di immaginazione sintonizzate con il livello evolutivo del figlio;
- 10) caregiver che distorcono sistematicamente gli scambi comunicativi interpersonali e che alimentano un sentimento di cronico rifiuto, di colpa e di insicurezza nelle situazioni di vulnerabilità e di bisogno del figlio;
- 11) caregiver inibiti nel contatto fisico e nella vicinanza, poco ammiranti delle manifestazioni corporee del figlio;
- 12) caregiver inibiti che non sperimentano il piacere nel gioco interpersonale;
- 13) caregiver che non hanno la capacità di riparare le rotture relazionali e le situazioni conflittuali, sia nella relazione duale che nelle dinamiche familiari;
- 14) caregiver che non regolano la rivalità tra fratelli, alimentando un clima competitivo disfunzionale;
- 15) caregiver iperprotettivi.



DEVELOPMENTAL TRAUMA DISORDER

Traumatic experiences and traumatic memories throughout neuro-affective development lead to emotion and and bodily dysregulation

Lo sviluppo del cervello

Per riprodurre la sequenza dello sviluppo anatomico del cervello, i ricercatori del National Institute of Mental Health hanno utilizzato la risonanza magnetica 13 bambini di cinque anni, continuando a controllarli fino ai 21 anni d'età. Ne sono state ricavate 13 immagini che qui sotto si osserva che la

materia grigia (comparsa) si sviluppa sulla superficie del cervello. La barra colorata a destra indica la quantità di materia grigia. Le immagini mostrano l'assottigliamento del

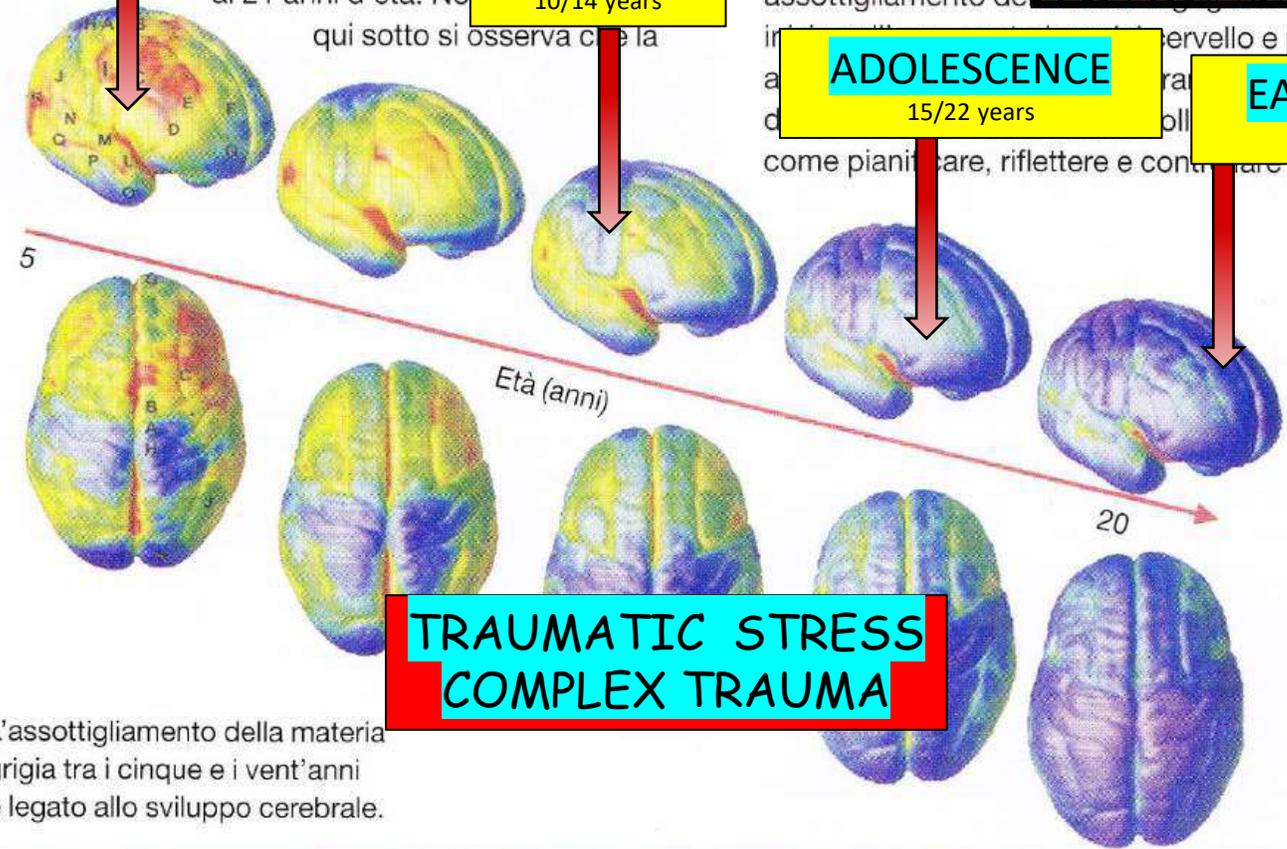


CHILDHOOD

PUBERTY
10/14 years

ADOLESCENCE
15/22 years

EARLY ADULT LIFE
from 24 years on



**TRAUMATIC STRESS
COMPLEX TRAUMA**

L'assottigliamento della materia grigia tra i cinque e i vent'anni è legato allo sviluppo cerebrale.

in un'area del cervello e poi continua in quella area. La materia grigia è la parte del cervello che ci permette di pianificare, riflettere e controllare gli impulsi.

One of the traumatic factors in dysfunctional relational dynamics of the **modern family** is

Overprotection: behavior characterized by overcontrol, separation anxiety and threat about autonomy and changes, lack of authentic trust in family relational dynamics.

Overprotection is a form of abuse and refers to a parenting pattern that, as we know, we call ***Helicopter parenting***.



4

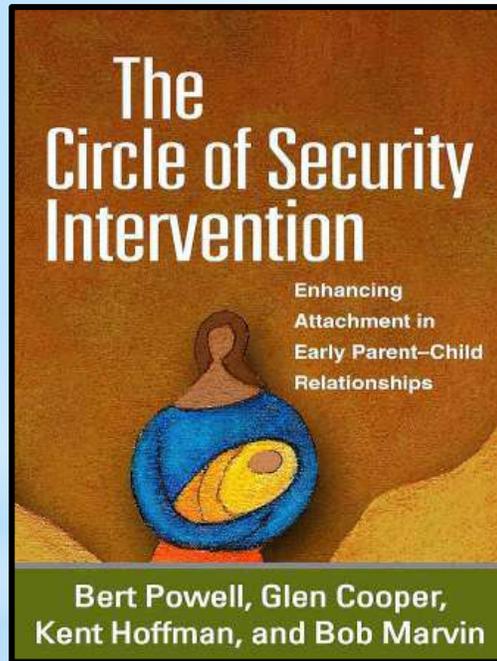
THE SCARY SCARED CAREGIVER

Overprotection is a sign of parental insecurity in the modern family faced with the changes that occur in the family, in the offspring and in the society.

This parental insecurity fosters **danger** in the offspring **in the exploration** of the world, in agency and in intimacy, thus altering their capacity to connect with others and feel safe in connection.

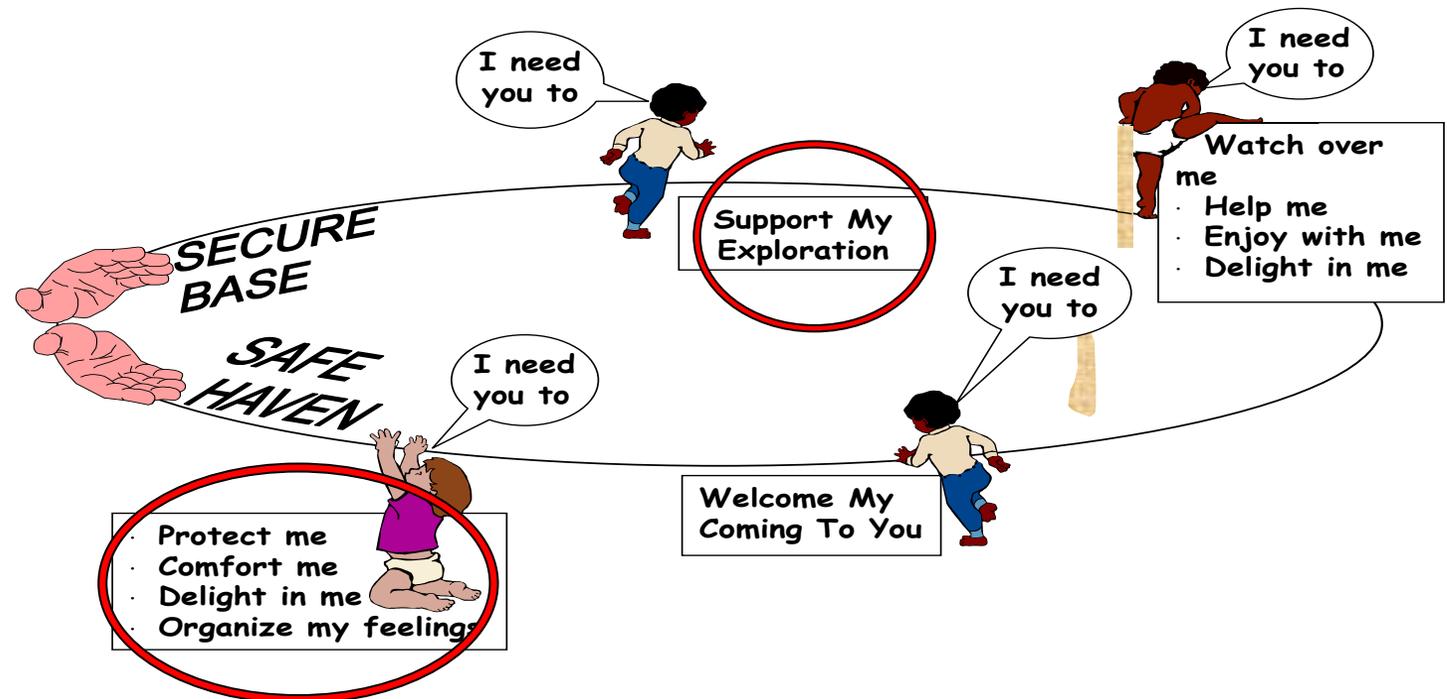


The Secure Base consists of a developmental environment that is "safe but not too safe"



Circle of Security

Parent Attending to the Child's Needs

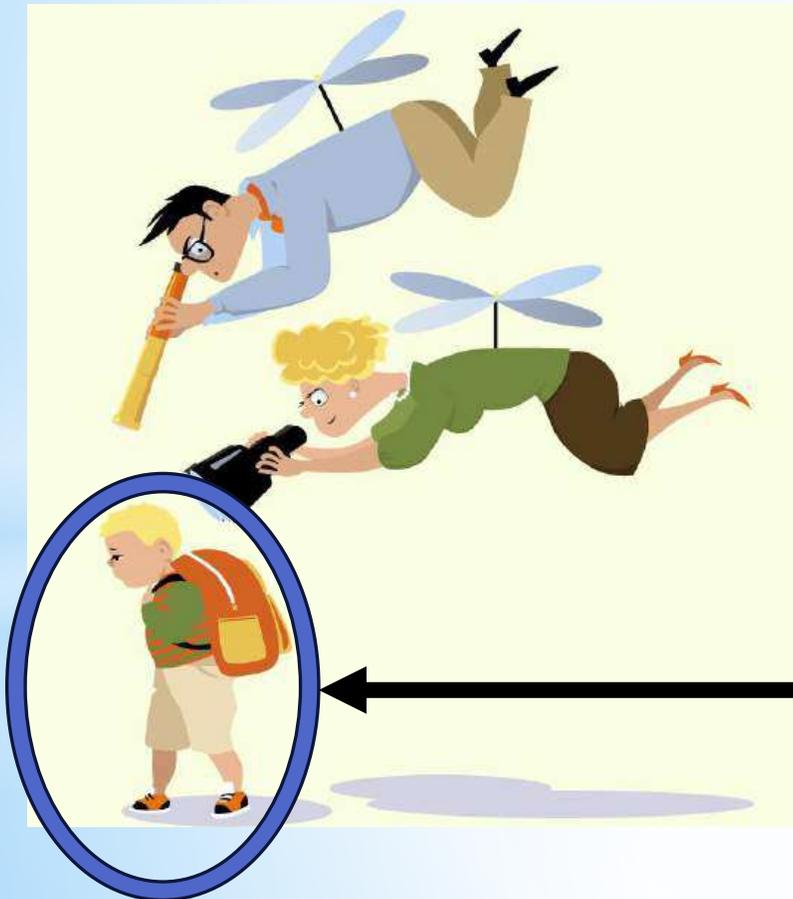


- * Overprotection, often associated with helicopter parenting, refers to an excessive involvement or control by parents in their children's lives, often with the intention of ensuring their safety and success.
- * While parents may have good intentions, overprotection can have detrimental effects on children's development. It can inhibit their autonomy, resilience, and ability to navigate the world independently. Children raised in overprotective environments may struggle with decision-making, problem-solving, and coping with adversity.
- * Overprotection can also hinder healthy parent-child relationships, as it may lead to feelings of suffocation, resentment, anger, or dependency in children and adolescents. Additionally, it can contribute to a lack of trust and communication within the family, as children may feel unable to express themselves or assert their own boundaries.

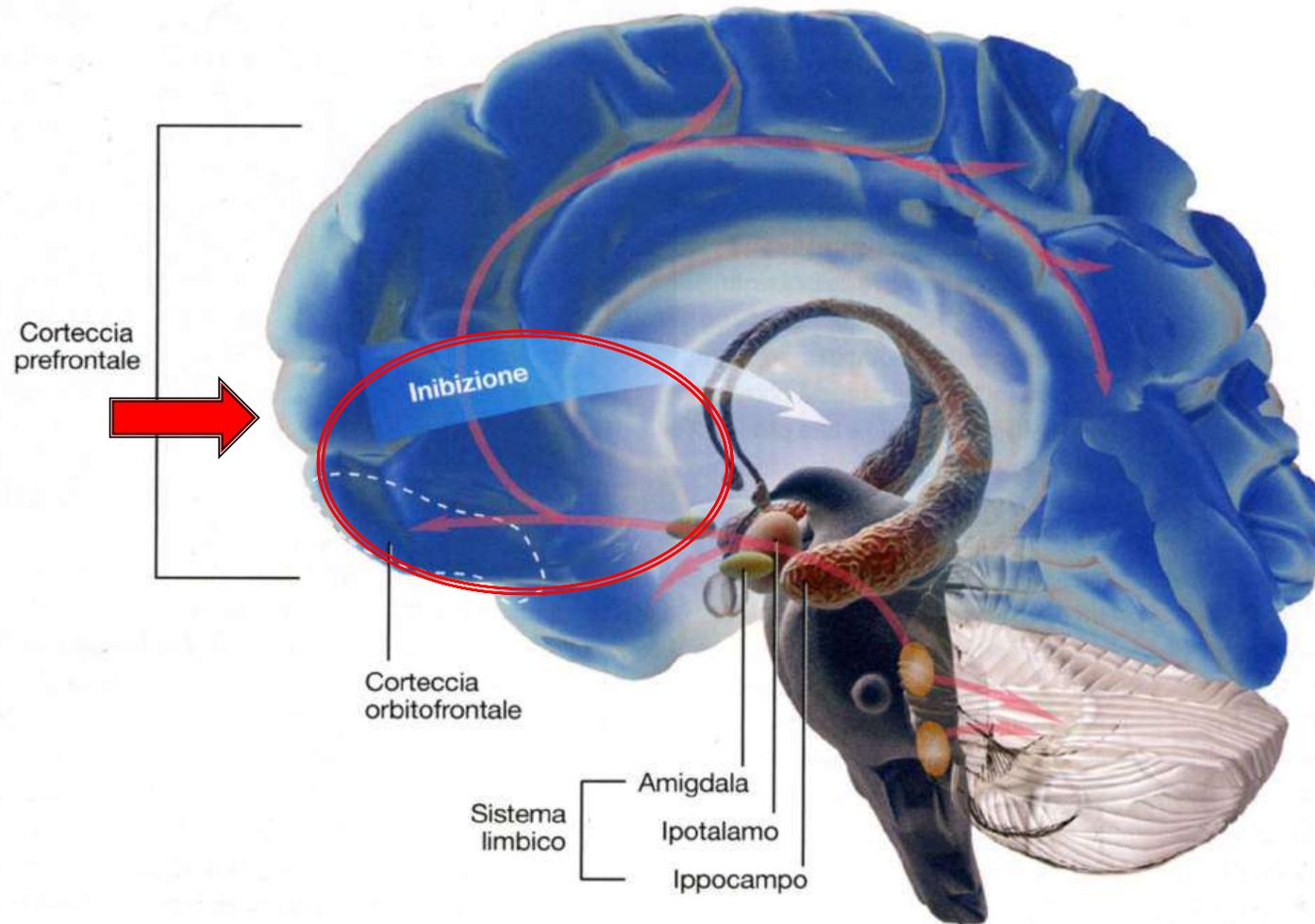
3

THE SCARED VICTIM WHO BECOMES SCARY

ONE OF THE TRAUMATIC SCENARIOS RESULTING FROM OVERPROTECTION IS THE INTERGENERATIONAL TRANSMISSION OF THE EMOTIONAL DYSREGULATION OF SEPARATION ANXIETY IN INTIMACY FROM WHICH THE OVERPROTECTED VICTIM HIMSELF BECOMES A CONTROLLER.....AS IN STALKING PHENOMENA



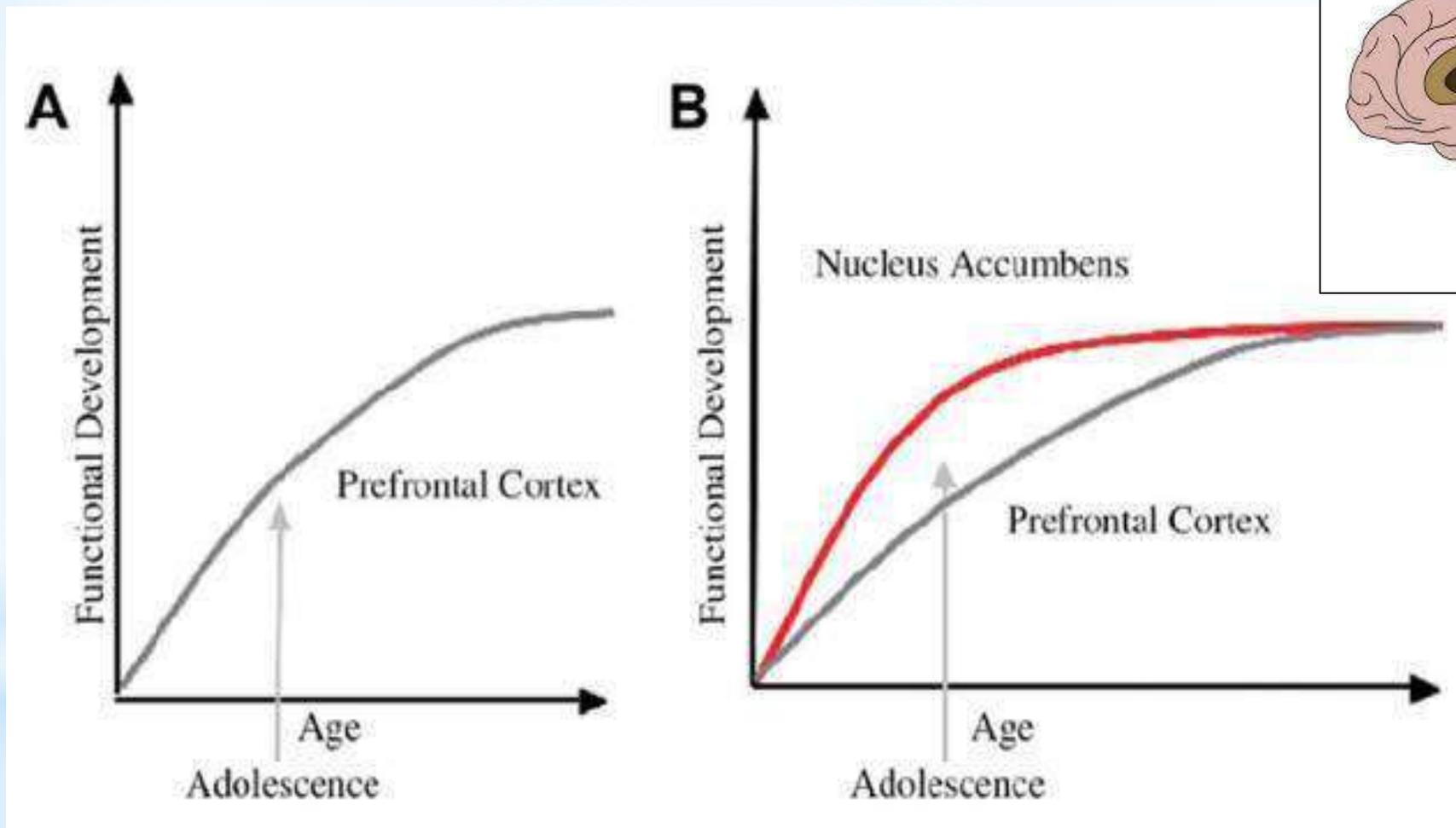
ANATOMIA DEL CONTROLLO DELLE EMOZIONI E DEGLI IMPULSI



“Le strutture nervose superiori inibiscono (o controllano) quelle inferiori e quindi, quando le superiori vengono improvvisamente disattivate si attivano quelle inferiori.”

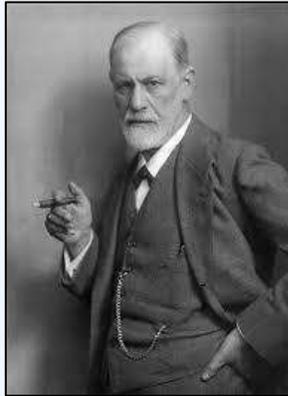
J.H. Jackson (1835-1911)

La maturazione del nucleo accumbens (NA) e della corteccia prefrontale (PFC) avvengono in tempi diversi. Il NA infatti matura prima della PFC.



Ernst M., Nelson E.E., Jazbec S., McClure E.B., Monk C.S., Leibenluft E., Blair J., Pine D.S. (2005), *Amygdala and nucleus accumbens in responses to receipt and omission of gains in adults and adolescents*. *Neuroimage* 005; 25: 1279-1291.

Galvan A., Hare T., Voss H., Glover G., Casey B.J. (2007). *Risk-taking and the Adolescent brain: Who is at risk?*. *Developmental Science* 2007; 10.



La relazione Mente- Corpo in S. Freud L'IO L'ES (1922)

488
È facile rendersi
una modificazione
all'intervento del
zione della differ
valere l'influenza
tentando di sostit

che nell'Es esercita un dominio incontrastato. La percezione ha per l'Io la funzione che nell'Es spetta alla pulsione. L'Io rappresenta ciò che può dirsi ragione e ponderatezza, in opposizione all'Es che è la sede delle passioni. Tutto ciò corrisponde alle ben note distinzioni popolari, ma va tuttavia inteso soltanto come situazione media o in senso ideale.

L'importanza funzionale dell'Io è testimoniata dal fatto che normalmente gli è attribuito il controllo delle vie di accesso alla motilità. L'Io può quindi essere paragonato, nel suo rapporto con l'Es, al cavaliere che deve domare la prepotente forza del cavallo, con la differenza che il cavaliere cerca di farlo con mezzi propri, mentre l'Io lo fa con mezzi presi a prestito. Si può proseguire nell'analogia. Come il cavaliere, se non vuole essere disarcionato dal suo cavallo, è costretto spesso a ubbidirgli e a portarlo dove vuole, così anche l'Io ha l'abitudine di trasformare in azione la volontà dell'Es come se si trattasse della volontà propria.¹

Sulla genesi dell'Io e sulla sua differenziazione dall'Es sembra aver agito anche un fattore diverso, oltre all'influenza del sistema P. Il corpo, e soprattutto la sua superficie, è un luogo dove possono generarsi contemporaneamente percezioni esterne e interne. È veduto come qualsiasi altro oggetto, ma alla palpazione dà luogo a due specie di sensazioni, una delle quali può essere equiparata a una percezione interna. È stata illustrata a fondo dalla psicofisiologia la maniera in cui dal mondo delle percezioni emerge la percezione del proprio corpo. Anche il dolore [fisico] sembra svolgersi una certa funzione, e il modo in cui in determinate malattie dolorose si ricava una nuova conoscenza relativa ai propri organi è forse paradigmatico per il modo in cui si perviene in generale alla rappresentazione del proprio corpo.

L'Io è anzitutto un'entità corporea, non è soltanto un'entità superficiale, ma anche la proiezione di una superficie.² Volendo cercare una

¹ [L'analogia del cavaliere e del cavallo si trova anche nella lezione 31 dell'Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni) (1932).]

² [Nella traduzione inglese del 1927, a questo punto appariva la nota seguente di cui non esiste il testo tedesco, ma che si affermava autorizzata da Freud, "Ciò l'Io è in definitiva

489
con l'"homunculus"
nella corteccia cere
l'alto, mentre guarda
del linguaggio.

etutamente messo in
rilievo; qui però vanno descritti in modo nuovo alcuni importanti
dati di fatto. Abituati a far nostro comunque il punto di vista di
una valutazione sociale ed etica, non ci meraviglia sentire che la
spinta delle passioni deteriori debba svolgersi nell'inconscio; in
compenso ci aspettiamo che le funzioni psichiche trovino tanto più
facilmente accesso sicuro alla coscienza quanto più elevato è il posto
che occupano nella scala di quei valori. Ma l'esperienza psicoanalitica
ci disinganna su questo punto. Abbiamo da un lato prove che an-
che un lavoro intellettuale sottile e difficile, che normalmente ri-
chiede una rigorosa meditazione, può essere effettuato in modo
preconscio senza pervenire alla coscienza. Non vi sono dubbi su
casi di questo genere: essi si verificano ad esempio nel sonno. Un
individuo, subito dopo il risveglio, può trovarsi in possesso della solu-
zione di un difficile problema matematico o di altra natura, al quale
durante il giorno si era applicato invano.¹

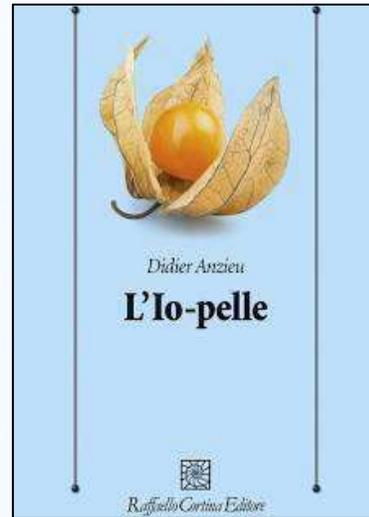
Molto più strana è però un'altra esperienza. Apprendiamo dalle
nostre analisi che vi sono persone nelle quali l'autocritica e la
coscienza morale — e cioè prestazioni della psiche alle quali viene
attribuito un valore grandissimo — sono inconse, e producono pro-
prio in quanto tali i loro effetti più rilevanti. Il fatto che nell'ana-
lisi la resistenza rimanga inconscia non è dunque per nulla l'unica
situazione di questa specie. Tuttavia la nuova esperienza, che ci co-
stringe — a dispetto della nostra migliore consapevolezza critica —
a parlare di un "senso di colpa inconscio",² è molto più imba-
zzante e ci propone un nuovo enigma, specialmente se finiamo
col renderci conto che un tale senso di colpa inconscio svolge in
un gran numero di nevrosi una funzione decisiva da un punto di

derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie
del corpo. Esso può dunque venir considerato come una proiezione psichica della super-
ficie del corpo, e inoltre, come abbiamo visto, il rappresentante degli elementi superficiali
dell'apparato psichico.³

¹ Un caso simile mi è stato comunicato poco tempo fa, e a dire il vero sotto forma di
obiezione contro la mia descrizione del "lavoro onirico". [Vedi *L'interpretazione dei sogni*
(1899) pp. 68 e 515.]

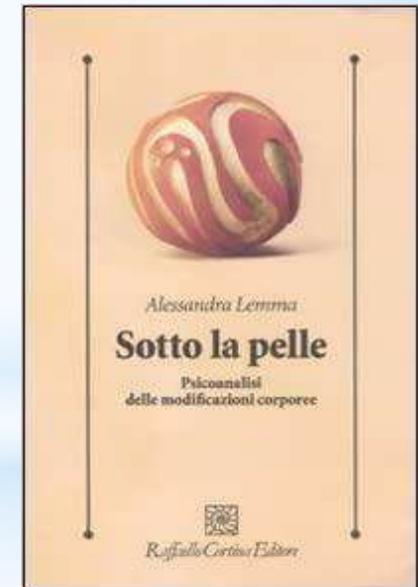
² [Questa formulazione si trova espressa per la prima volta nello scritto di Freud, *Azioni
ossessive e pratiche religiose* (1907) p. 346; ma vedi anche la prima allusione a questa idea
nello scritto *Le nevrosi da difesa* (1894) p. 129.]

La pelle e l'integrazione mente-corpo- relazione



Anzieu D. (1985), **L'io Pelle**, Raffaello Cortina, 2017

Bick E. (1968) "The experience of the Skin in Early Object Relation" Int Jour Psychoanalysis vol 49 "**L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali**", in **L'Osservazione Diretta del Bambino**, Boringhieri 1984.

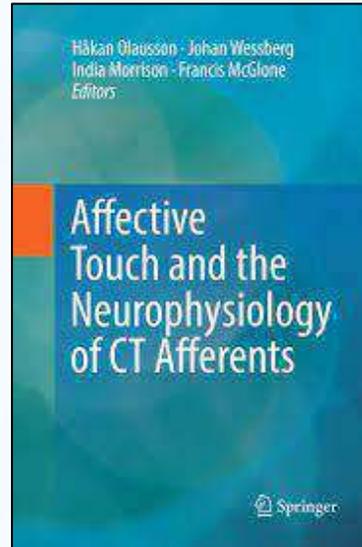


Lemma A. (2011) **Sotto la pelle**, Raffaello Cortina

Le vie somatosensoriali del tocco affettivo nello sviluppo psichico



D. Julius e A. Patapoutian
Nobel per la Medicina 2021



Neuron Perspective

CellPress

Discriminative and Affective Touch: Sensing and Feeling

Francis McGlone,^{1,3,*} Johan Wessberg,² and Håkan Olausson⁴

¹School of Natural Science & Psychology, Liverpool John Moores University, Liverpool, L3 3AF, UK

²Institute of Neuroscience and Physiology, University of Gothenburg, Box 432, 40530 Göteborg, Sweden

³Institute of Psychology, Health & Society, University of Liverpool, Liverpool, L69 3BX, UK

⁴Department of Clinical and Experimental Medicine, Division of Neuroscience, Neurophysiology, Faculty of Health Sciences, Linköping University, SE-581 83 Linköping, Sweden

*Correspondence: f.p.mcgglone@lmu.ac.uk

http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2014.05.001

The multimodal properties of the human somatosensory system continue to be unravelled. There is mounting evidence that one of these submodalities—touch—has another dimension, providing not only its well-recognized discriminative input to the brain, but also an affective input. It has long been recognized that touch plays an important role in many forms of social communication and a number of theories have been proposed to explain observations and beliefs about the “power of touch.” Here, we propose that a class of low-threshold mechanosensitive C fibers that innervate the hairy skin represent the neurobiological substrate for the affective and rewarding properties of touch.

Introduction

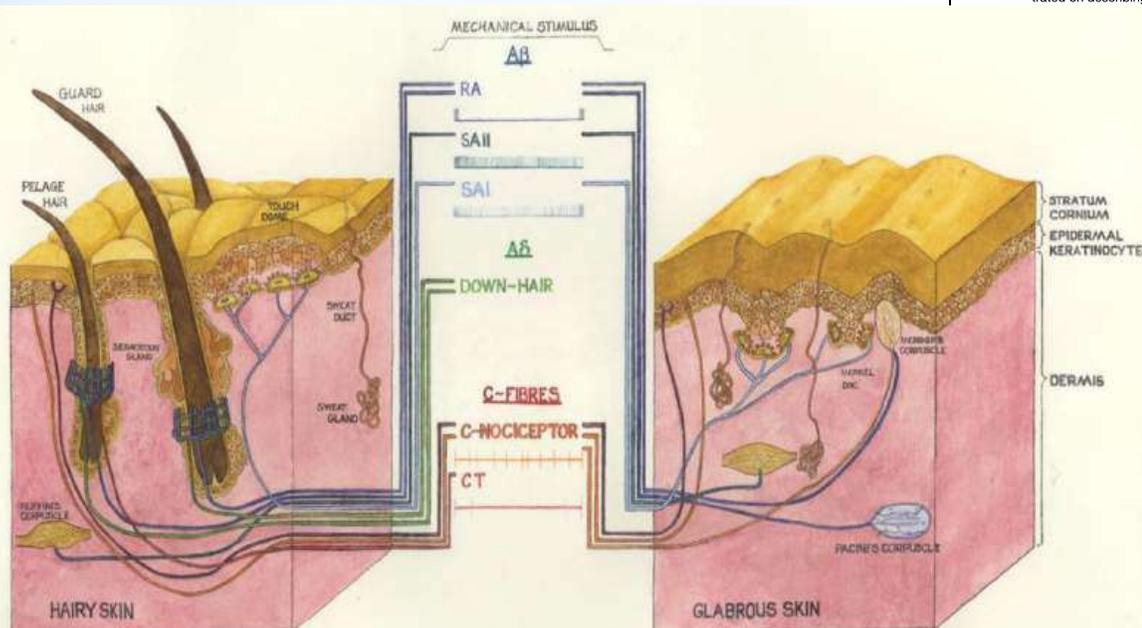
Research into the sense of touch in humans has largely concentrated on describing the sensory and perceptual consequences of threshold mechanoreceptors (LTMs) found in glabrous skin. In a broader description, the cutaneous sense of touch is described as encompassing the four submodalities of touch: vibration, temperature, itch, and pain. Each of these submodalities is mediated by different classes of stimulus-specific neurons and their anatomical pathways to the cerebral cortex.

Researchers have viewed the senses as generally serving a discriminative role (Mountcastle, 2005), which is linked to motor control. As a consequence, the sense of touch is mediated by myelinated Aβ afferent nerves on velocities and supporting rapid central processing. However, hairy skin, the sense of which is also innervated by a class of unmyelinated mechanosensitive nerves, described as low-threshold mechanoreceptors (CLTMs) in animals (CTs) in humans, with a conduction velocity slower than myelinated afferents. C fibers mediate a wider bandwidth of sensory information than A fibers; only ~25% of somatosensory afferents in all mammalian species are A fibers (Griffin et al., 2001). We therefore propose that the sense of touch system, with obvious advantages for survival, is a system that will be the focus of this

Perspective, in which we will present a case for gentle touch-sensitive afferent C fibers providing the neurobiological substrate for the development and function of the social brain. The recognition that the afferent C fiber family includes pleasant touch, as well as pain, temperature, and itch, may open up opportunities to reinterpret our view of somatosensory processing in health and disease.

Discriminative Touch

For a sensory modality to perform a discriminative function, the speed with which an input signal is transduced, transmitted, and centrally processed is of paramount importance. The primary role of such systems is to detect, discriminate, and identify external stimuli with a view to ultimately making rapid decisions to guide subsequent behavior. Skin is classified as either glabrous, found only on the plantar and palmar surfaces, or hairy, which is found on the rest of the body. The sense of touch is classically described as being mediated solely by LTMs with rapidly conducting large myelinated (Aβ) afferents (Kandel et al., 2013; Mountcastle, 2005). Most primate research into skin sensory processing has focused on the glabrous surface of the hand, in particular the digits (for review see Mountcastle, 2005), where its high density of specialized mechanoreceptors underpins its remarkable capacity for encoding the spatial and temporal properties of surfaces and handled objects. Discriminative touch subserves the perception of pressure, vibration, slip, and texture, all critical in providing haptic information about handled objects and during exploratory procedures. Touch relies upon four different LTMs in the digit skin: slowly adapting type 1 (SA1), slowly adapting type 2 (SA2), rapidly adapting (RA), and Pacinian units. Each of these LTMs is specialized in transducing different aspects of mechanical stimuli into nerve impulses in Aβ large-diameter afferents. Although not the focus of this Perspective, there are also other classes of somatosensory afferents, besides LTMs, that innervate the human skin (Table 1).



La tenerezza è far sentire bene l'altro e riconoscerne il valore. La tenerezza è un esodo verso l'altro. "La tenerezza si dà come straordinaria esperienza di dolcezza che pervade lo spirito e il corpo, in un'intensa emozione che vibra e si placa in soave distensione e intensa gioia. Essa nasce come armonia interiore, sintesi inconscia, eppure attenta e vigile che sgorga dallo splendore del bello e rimanda al bello (C. ROCCHETTA, Teologia della tenerezza. Un 'vangelo' da riscoprire, EDB, Bologna 2005, pp. 28-29).



“Tenerezza” è questa una parola inflazionata, logorata, strumentalizzata.

Dai vari dizionari della lingua italiana esaminando il vocabolo “tenerezza” (dal latino: teneritia) si deducono qualità positive e negative.

Ad esempio, *Il dizionario della lingua italiana*, (G. DEVOTO – G.C. OLI, Le Monnier, Firenze 2000) così la descrive: “sentimento o manifestazione di fiduciosa o commossa gentilezza nei confronti dell’oggetto amato”, oppure “far tenerezza: suscitare un’affettuosa commozione”.

Il Dizionario di Teologia Biblica (cfr.: X. LEON-DUFOUR, Marietti, Torino 1980, pp. 1274- 1275) va oltre, evidenziando Dio e Gesù Cristo come modelli di tenerezza; un sentimento, secondo i semiti, che ha sede nel seno materno.

Ma, nei dizionari, riscontriamo anche definizioni della tenerezza che possiedono delle ambiguità: “Scarsa resistenza alla pressione, al taglio o alla lavorazione, alla masticazione...”. Altri aggiungono termini come “malleabile”, “tenerone”, “sdolcinato” e “debole”.

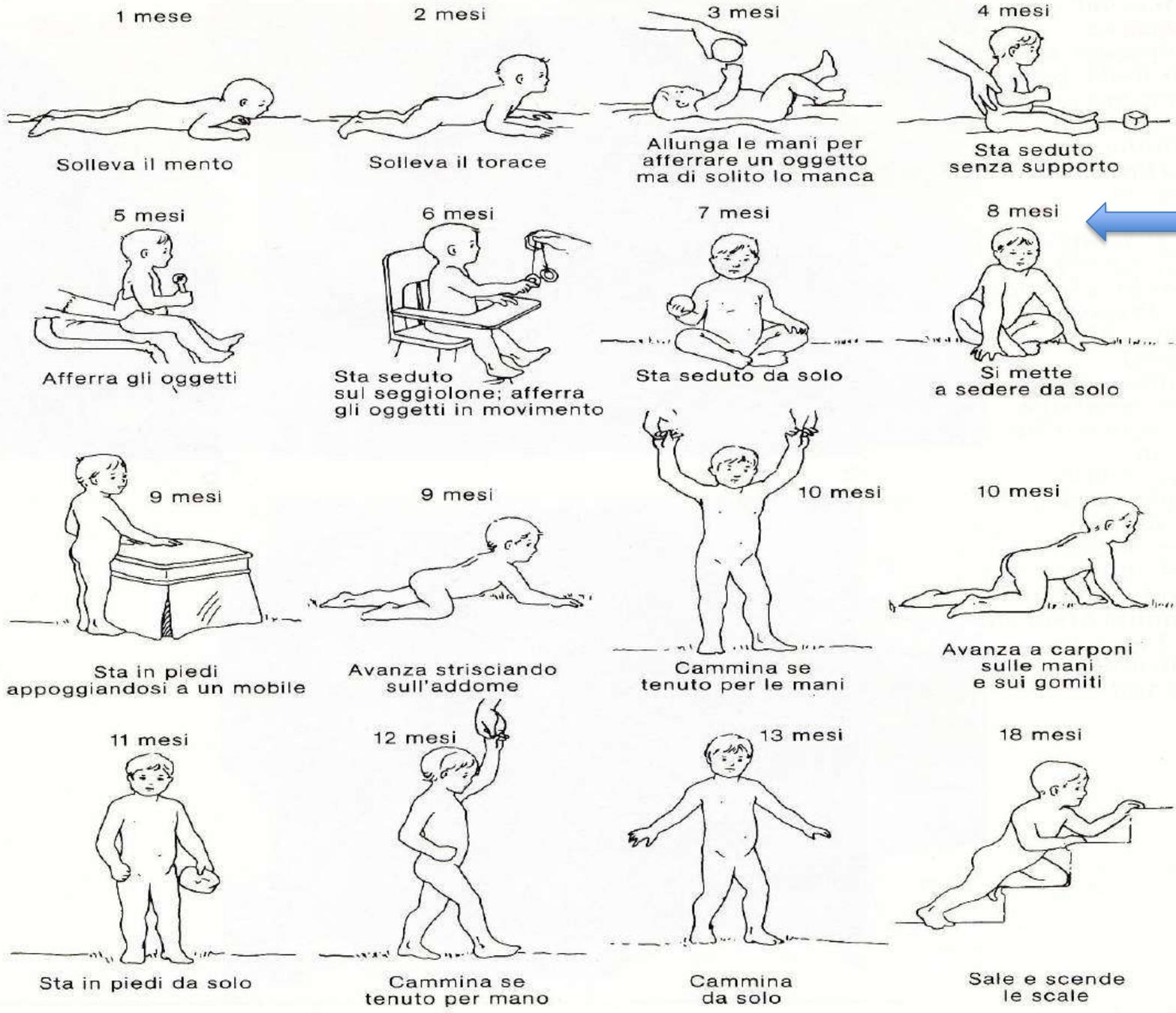


Ansia di separazione, disregolazione della rabbia, violenza nell'attaccamento insicuro

“L'attaccamento ansioso collerico ha lo scopo di conservare il massimo di accessibilità della figura di attaccamento; la collera è tanto un rimprovero per quello che è accaduto quanto un deterrente per evitare che l'accaduto si ripeta. Così succede che amore, angoscia e collera - talora l'odio - vengano suscitati da una stessa persona. Ne conseguono inevitabilmente dolorosi conflitti.”

Bowlby J (1973), *Collera, angoscia e attaccamento*. In: *Attaccamento e perdita, 2 vol. La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri 1





Separazione l'io dal Tu

ANSIA DI SEPARAZIONE

DISTURBO D'ANSIA DI SEPARAZIONE DELL'ADULTO NEL DSM-5

Disturbo d'ansia di separazione 219

menta sintomi fisici, tra cui irrequietezza o sensazioni di agitazione o tensione; facile affaticamento; difficoltà di concentrazione o vuoti di memoria; irritabilità; tensione muscolare; e disturbi del sonno.

Il disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci implica ansia dovuta a intossicazione o astinenza da sostanze, oppure a un trattamento farmacologico. Nel disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica la sintomatologia ansiosa è la conseguenza fisiologica di un'altra condizione medica.

Sono disponibili scale specifiche per disturbo al fine di caratterizzare meglio la gravità di ciascun disturbo d'ansia e rilevare cambiamenti della gravità nel tempo. Per facilitarne l'uso, soprattutto nel caso di individui che presentano più di un disturbo d'ansia, queste scale sono state costruite tutte nello stesso formato (ma con obiettivi differenti) per i diversi disturbi d'ansia, con valutazione dei sintomi comportamentali, dei sintomi di ideazione cognitiva e dei sintomi fisici pertinenti a ogni disturbo.

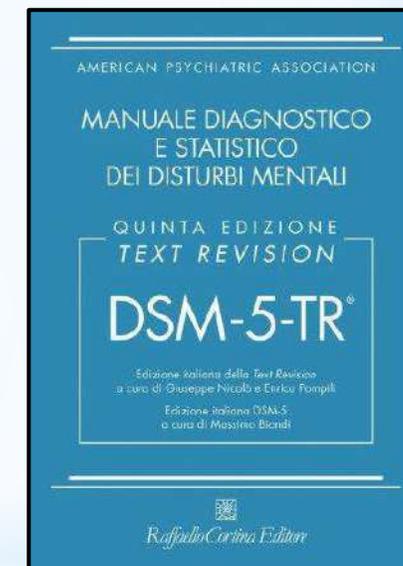
Disturbo d'ansia di separazione 309.21 (F93.0)

Criteria diagnostici

A. Paura o ansia eccessiva e inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo che riguarda la separazione da coloro a cui l'individuo è attaccato, come evidenziato da tre (o più) dei seguenti criteri:

1. Ricorrente ed eccessivo disagio quando si prevede o si sperimenta la separazione da casa o dalle principali figure di attaccamento.
2. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita delle figure di attaccamento, o alla possibilità che accada loro qualcosa di dannoso, come malattie, ferite, catastrofi o morte.
3. Persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo al fatto che un evento imprevisto comporti separazione dalla principale figura di attaccamento (per es., perdersi, essere rapito/a, avere un incidente, ammalarsi).
4. Persistente riluttanza o rifiuto di uscire di casa per andare a scuola, al lavoro o altrove per paura della separazione.
5. Persistente ed eccessiva paura di, o riluttanza a, stare da soli o senza le principali figure di attaccamento a casa o in altri ambienti.
6. Persistente riluttanza o rifiuto di dormire fuori casa o di andare a dormire senza avere vicino una delle principali figure di attaccamento.
7. Ripetuti incubi che implicano il tema della separazione.
8. Ripetute lamentele di sintomi fisici (per es., mal di testa, dolori di stomaco, nausea, vomito) quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento.

B. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti, con una durata di almeno 4 settimane nei bambini e adolescenti, e tipicamente 6 mesi o più negli adulti.



La paura, l'ansia e l'evitamento sono persistenti, con una durata di almeno 4 settimane nei bambini e adolescenti, e **tipicamente 6 mesi o più negli adulti.**



RICERCA : CAPACITA' DI CHIEDERE AIUTO E FUNZIONAMENTO FAMILIARE DELLA VITTIMA DI MALTRATTAMENTO - *Cacioppo M, Pace U, Caretti V (in press)*

Obiettivi

Indagare se (1) le variabili del **funzionamento familiare disfunzionale (rigidità e invischiamento)** incidano significativamente sulla **tardiva richiesta di aiuto**;

(2) le variabili del funzionamento familiare disfunzionale (rigidità e invischiamento) incidano sull' **ansia da separazione** e sulla **disregolazione affettiva**.

Partecipanti

40 donne (M=39,55; DS=10.33) provenienti dal Centro Antiviolenza “La Magnolia” di San Donà del Piave e il “Centro Donna Lilith” di Latina.

Strumenti

FACES IV (Olson 2011; Baiocco, Cacioppo, Laghi, 2013) per la valutazione del funzionamento familiare in relazione alle scale: flessibilità, coesione, disimpegno, caos, invischiamento e rigidità.

ABQ -7DAS (Caretti et al., 2016) dominio 1 Ansia di Separazione; dominio 2 Disregolazione Affettiva.

Risultati

E' emersa una correlazione positiva tra il tempo trascorso dalla prima violenza subita e la richiesta di aiuto (ad un centro antiviolenza e/o alle Forze dell'ordine) e un funzionamento familiare disfunzionale caratterizzato da **alta rigidità** ($rs=.584, p<.01$) ed estrema difficoltà nella condivisione degli scambi emotivi tra sottosistema genitoriale e filiale.

Inoltre è emersa una differenza significativa al test Kolmogorov-Smirnov ($Z=.1.34, p<.05$) tra **I'Ansia di separazione e le donne che hanno chiesto aiuto dopo 10 anni.**



MENTI CHE SI FONDONO

L'INVISCHIAMENTO INTERPERSONALE NELLA RELAZIONE STALKER/VITTIMA

**S
T
A
L
K
E
R**

- 1) IDENTIFICAZIONE, ESPLORAZIONE E RICONOSCIMENTO DEI SENTIMENTI DI VULNERABILITA' DELL' OGGETTO, CON LO SCOPO DOMINARLO E CONTROLLARLO, COME DIFESA DALL' ANSIA DI SEPARAZIONE ;
- 2) PROIEZIONE DEI SENTIMENTI D' INADEGUATEZZA, SCISSI E NON MENTALIZZATI, CHE VENGONO EVACUATI DENTRO L' OGGETTO ;
- 3) PRESSIONE INTERPERSONALE, TIRANNEGGIAMENTO E INVALIDAZIONE DELL' IDENTITA' E DELL' AUTOSTIMA DELL' OGGETTO ;
- 4) REINTERNALIZZAZIONE **ONNIPOTENTE** . NEGAZIONE DELL' ANSIA DI SEPARAZIONE E DELLA DIPENDENZA RELAZIONALE PATOLOGICA DALL' OGGETTO.

**V
I
T
T
I
M
A**

- 1) CONTROIDENTIFICAZIONE CON LE ASPETTATIVE ONNIPOTENTI DELL' ALTRO E ASSOGGETTAMENTO INCONDIZIONATO AL SUO DOMINIO E CONTROLLO, COME DIFESA DALL' ANSIA DI SEPARAZIONE ;
- 2) INADEGUATEZZA, VERGOGNA, NEGAZIONE DEI PROPRI BISOGNI E IPERCOINVOLGIMENTO PASSIVO. AGGRESSIONE PASSIVA ;
- 3) SOTTOMISSIONE COLPEVOLE, ANNICHILIMENTO E ASSUNZIONE UNILATERALE DELLA RESPONSABILITA;;
- 4) REINTERNALIZZAZIONE **IMPOTENTE** . NEGAZIONE DELL' ANSIA DI SEPARAZIONE E DELLA DIPENDENZA RELAZIONALE PATOLOGICA DALL' ALTRO.

J. PANKSEPP
I 7 SISTEMI NEUROBIOLOGICI DEL SE'



LA TRISTEZZA DA SEPARAZIONE SOCIALE E LA PERSISTENZA DELLA PAURA, DELLA RABBIA, DEL DISGUSTO

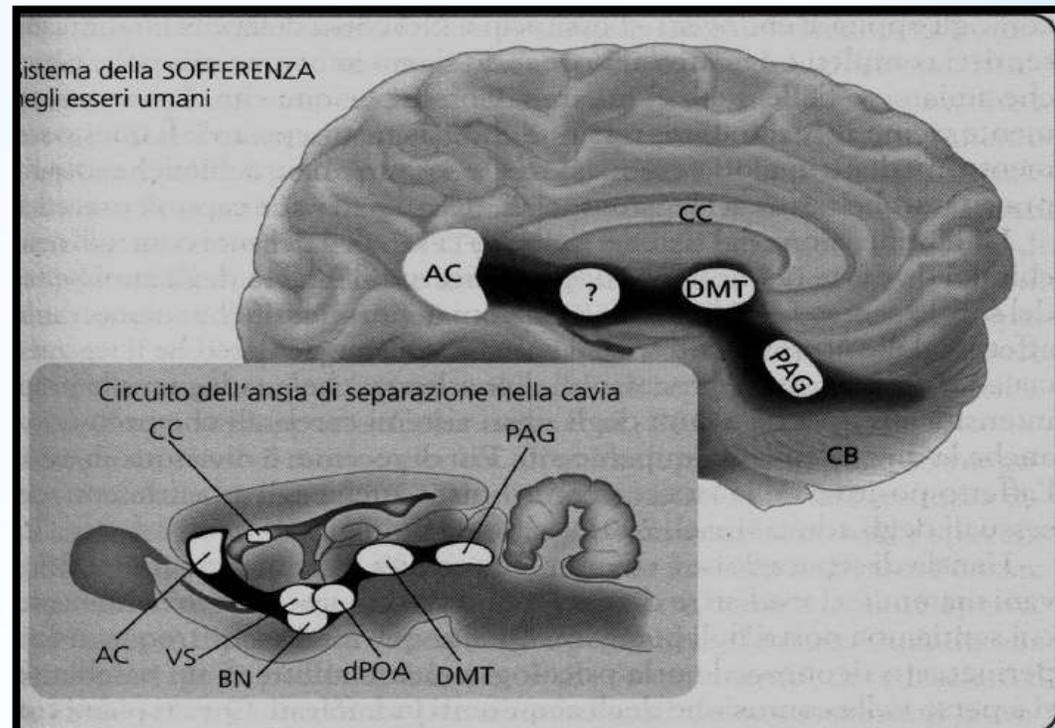
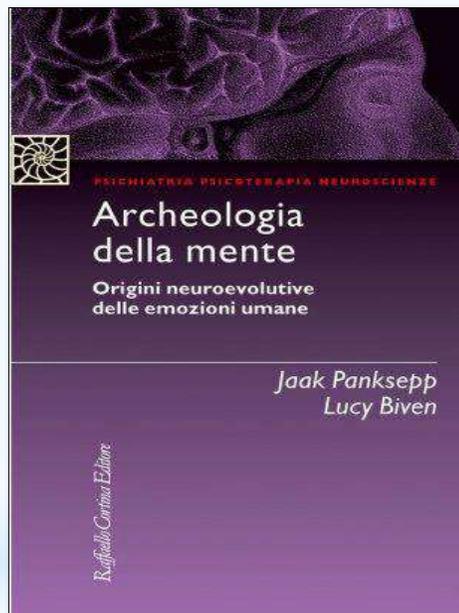
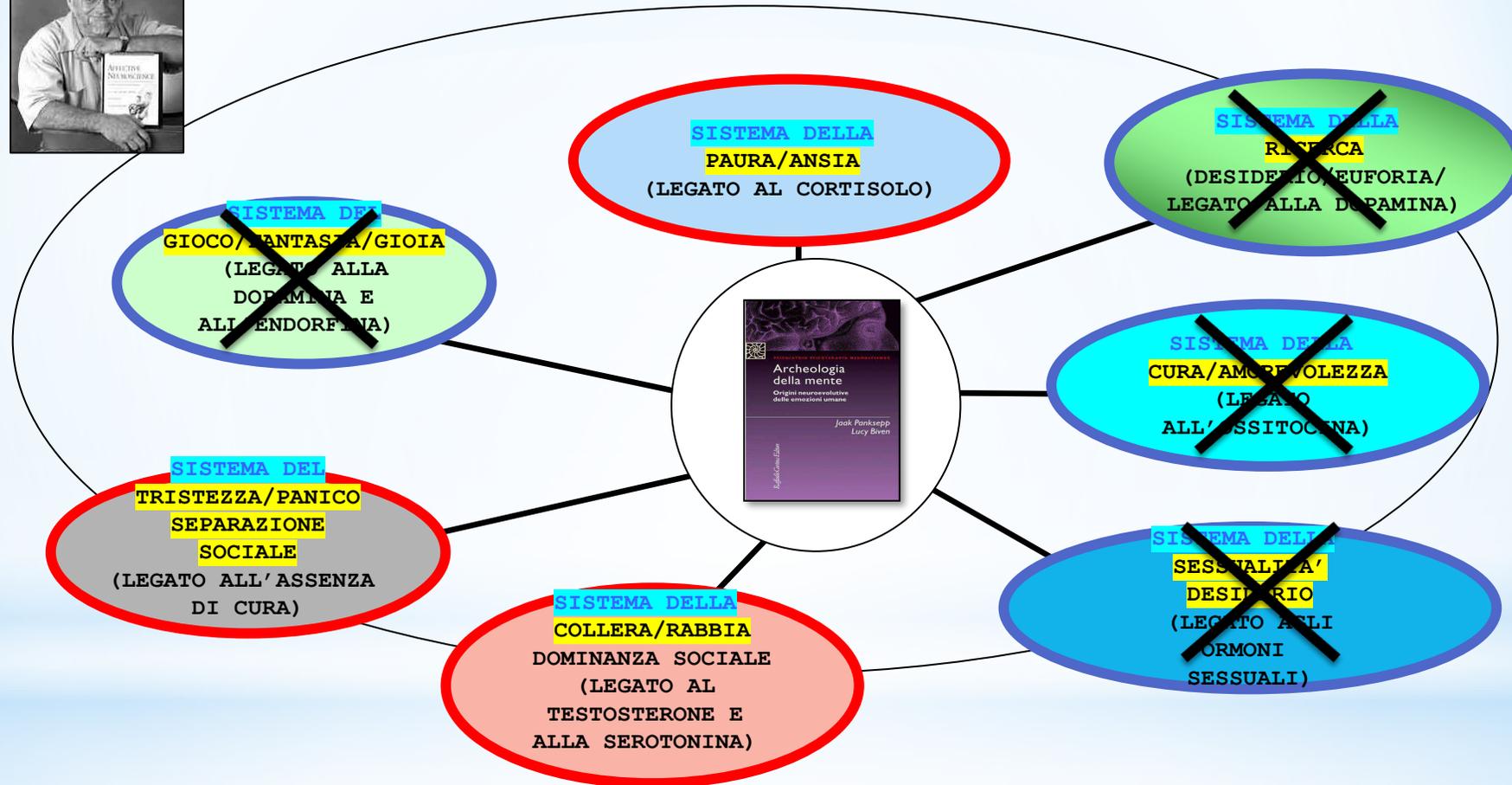
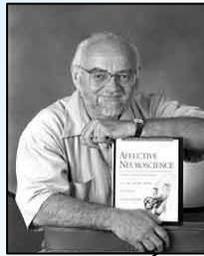


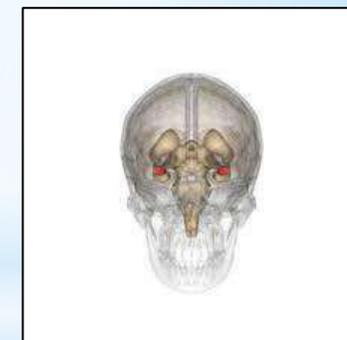
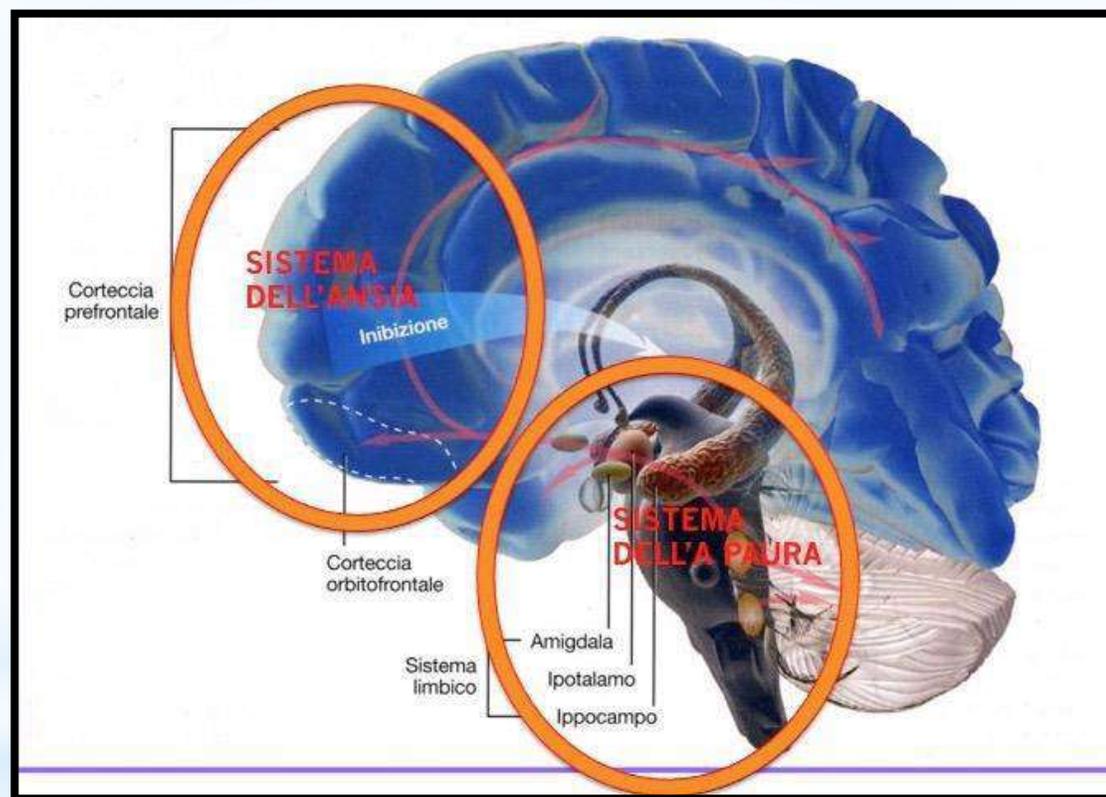
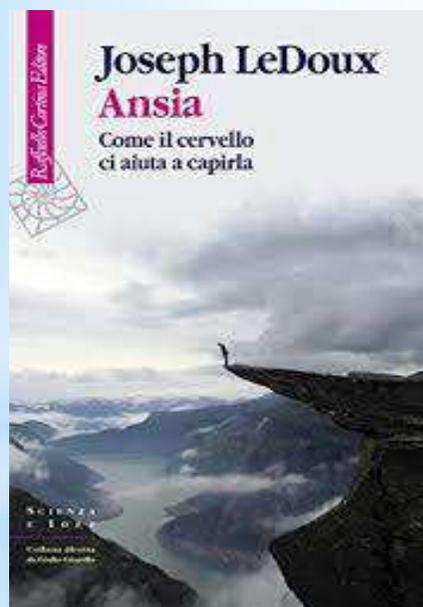
Figura 9.1 Un riassunto schematico delle regioni cerebrali della cavia in cui si possono facilmente evocare delle vocalizzazioni indotte da separazione sociale (stando alla mappatura presente nella tesi di dottorato di Barbara Herman, Bowling Green State University, 1980). Anatomie molto simili sono state osservate nei pulcini domestici (tesi di dottorato di Paul Hop, BGSU, 1984). Quando Antonio Damasio e collaboratori (2000) hanno pubblicato immagini ottenute con la PET di esseri umani che si sentivano molto tristi, si è potuta osservare un'anatomia molto simile, e questo suggerisce che tutti i vertebrati a sangue caldo dividano le coesioni sociali mediate dal sistema della SOFFERENZA. Le aree che si accendono erano la corteccia cingolata anteriore (AC), il talamo dorsomediale (DMT), il grigio e anche regioni delle porzioni più antiche del cervelletto (CB). Gli anatomie straordinariamente simili – che includono l'area settale ventrale dorsale (dPOA) e il nucleo del letto della stria terminale (BN) –, che sono troppo piccole per essere identificate con accuratezza nelle immagini della PET di esseri umani. Per questo c'è un punto di domanda nella raffigurazione umana (la figura è stata pubblicata per la prima volta da Panksepp, 2003; ripubblicata con il permesso dell'American Association for the Advancement of Science).

IL SISTEMA DELLA SOFFERENZA UMANA

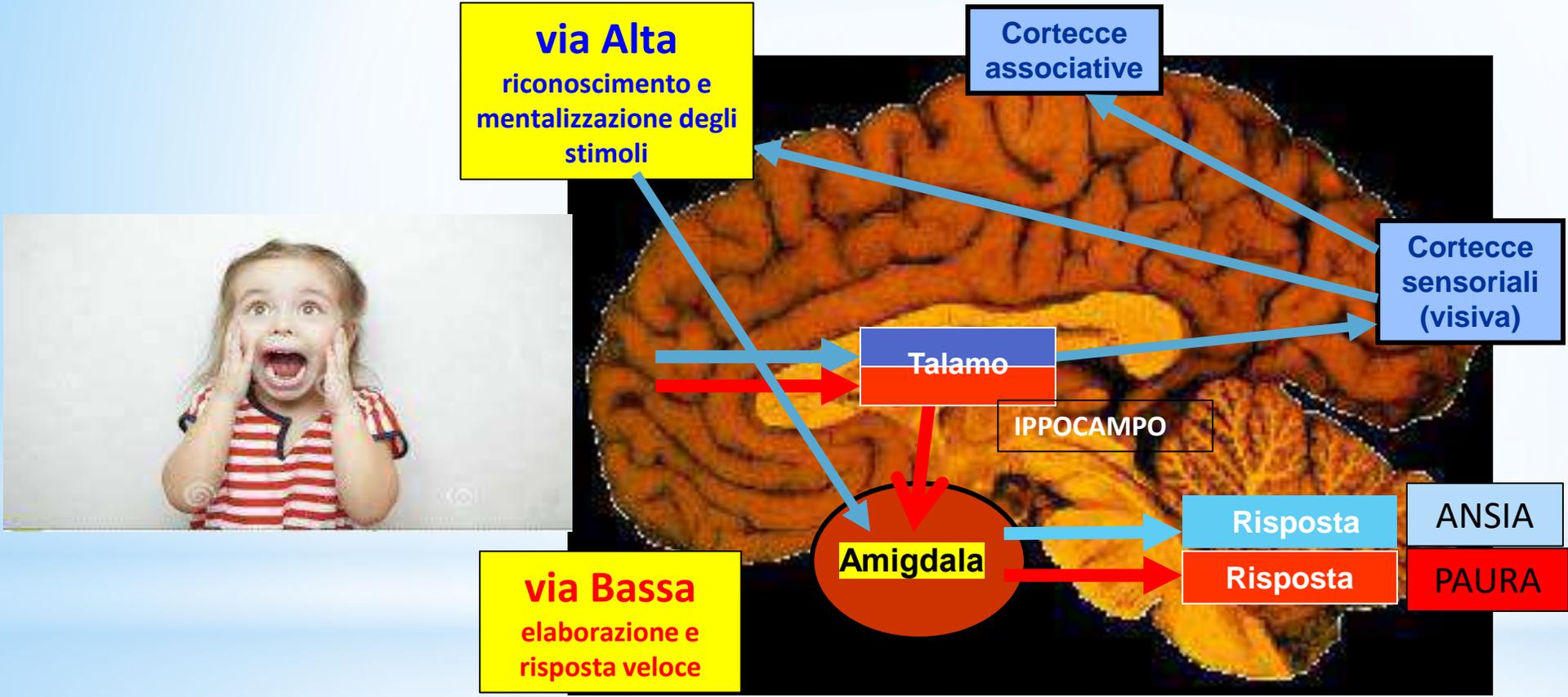
La disregolazione delle emozioni secondo J. Panksepp I 7 SISTEMI NEUROBIOLOGICI DEL SE'



J. Le Doux (2015), *Ansia*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2016

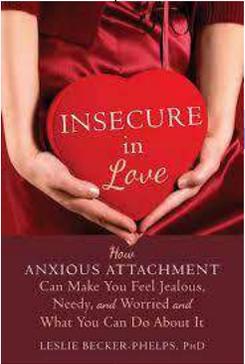


Doppia via di elaborazione dell'ansia Le Doux 1996



Perplessità di un bambino che non discrimina, distingue le intenzioni di un altro: buone o cattive?

La Base Sicura è costituita da un ambiente evolutivo
 “sicuro ma non troppo sicuro”



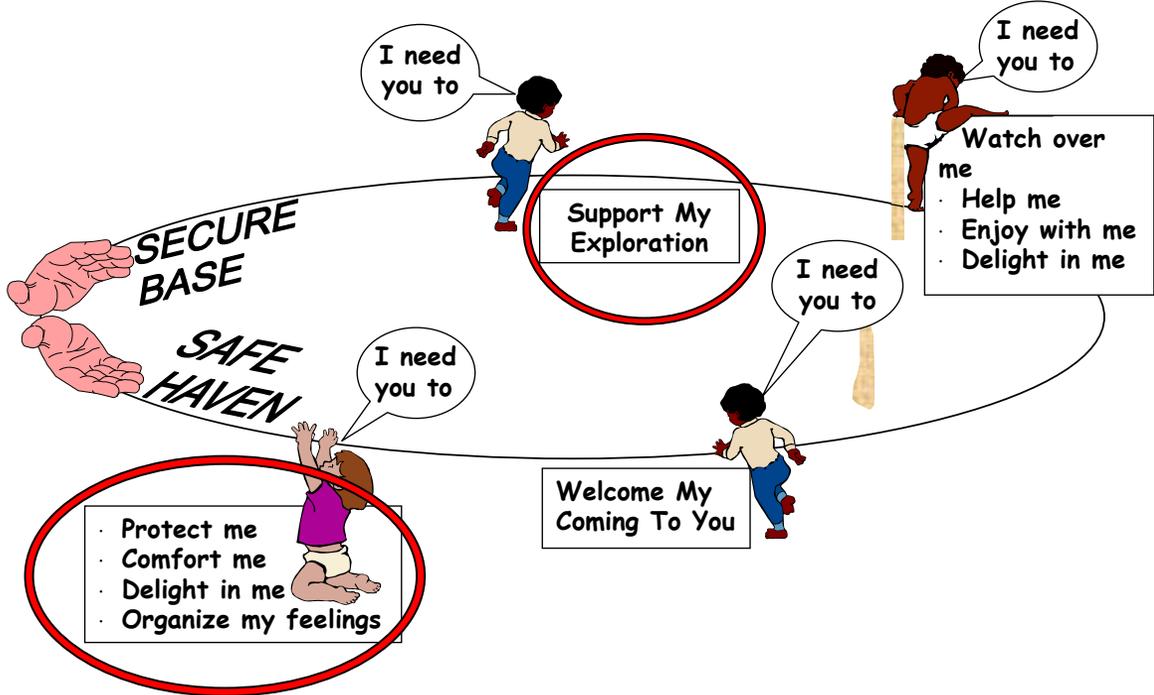
Anxious Attachment
Created by @sarahhucsdad

- Can be very sensitive to outside threats
- Has a strong fear of being abandoned
- Desires consistency and stability
- Values closeness/intimacy in relationships
- Can act out when they feel threatened
- Is often incredibly generous, sensitive, and attuned to others
- Often struggles to communicate their needs and desires clearly

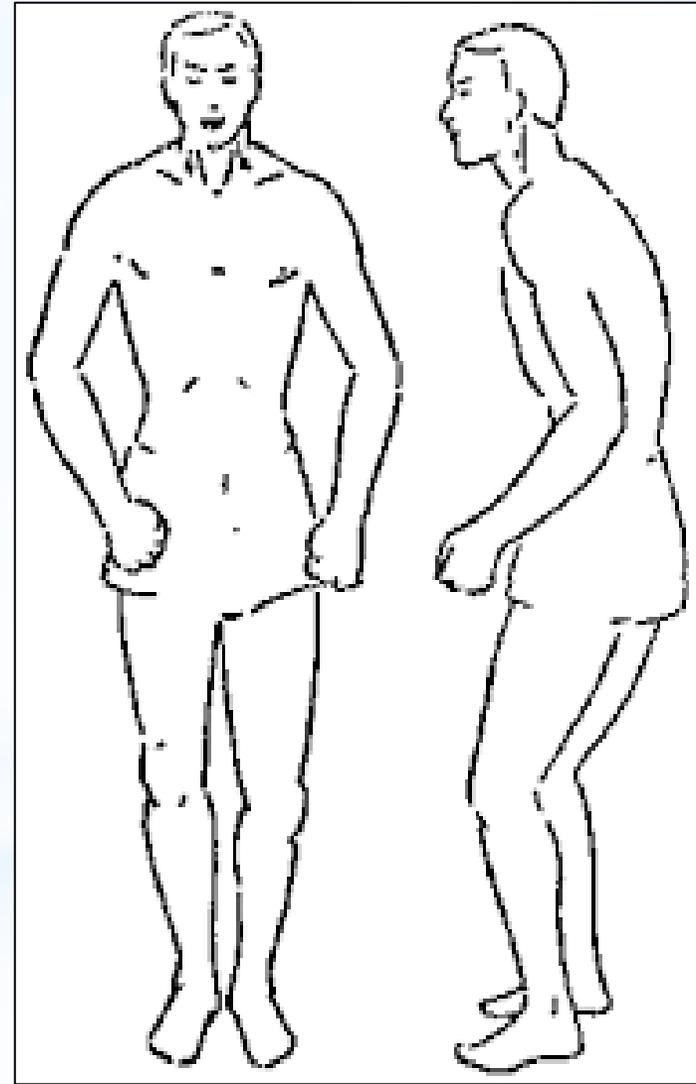
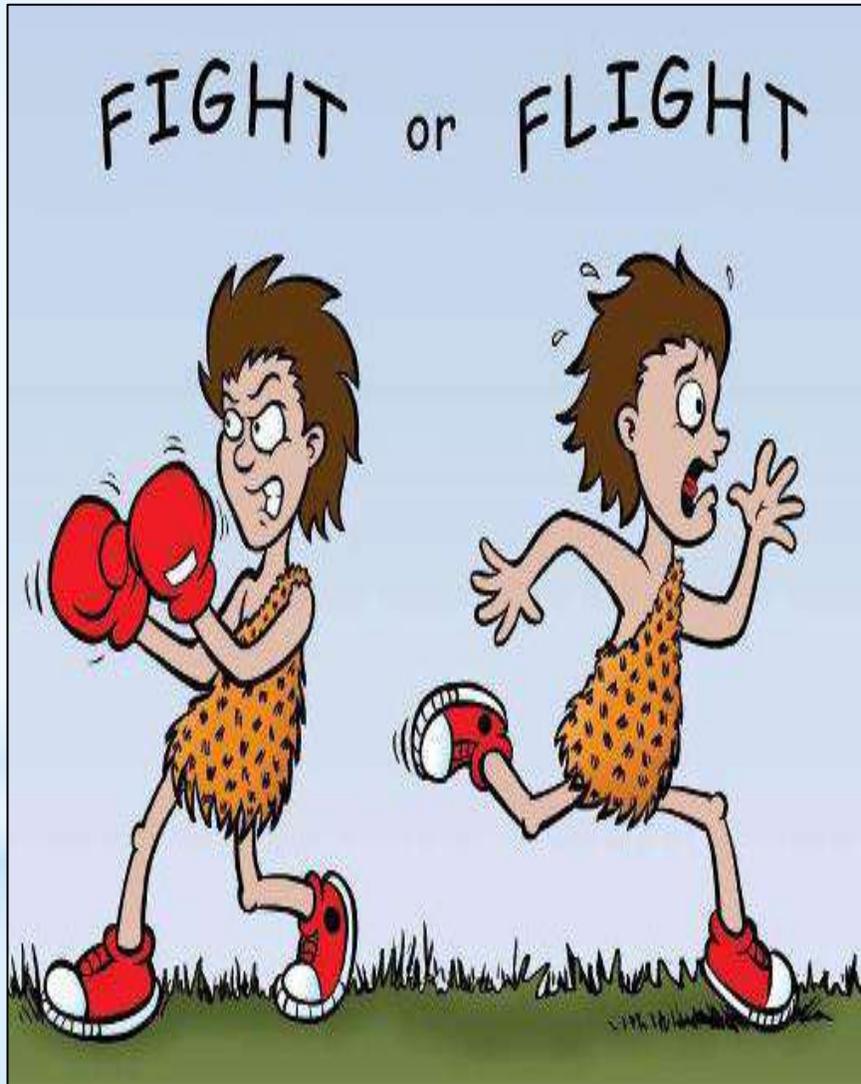
*Attachment theory by John Bowlby + Mary Ainsworth

Circle of Security

Parent Attending to the Child's Needs



La risposta autonoma di allarme SIMPATICA/DORSOVAGALE a stimoli minacciosi

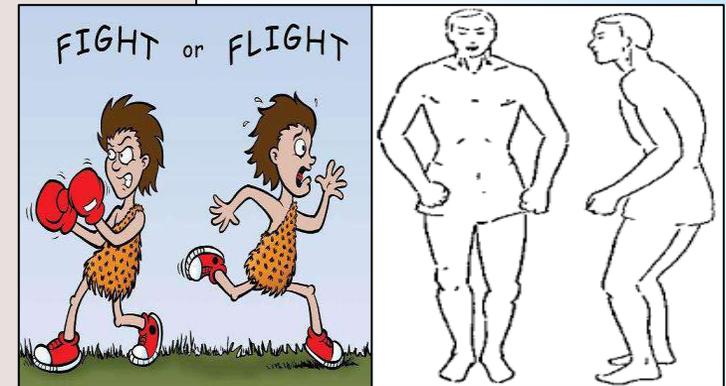


LA REAZIONE ATTACCO/FUGA/IMMOBILIZZAZIONE

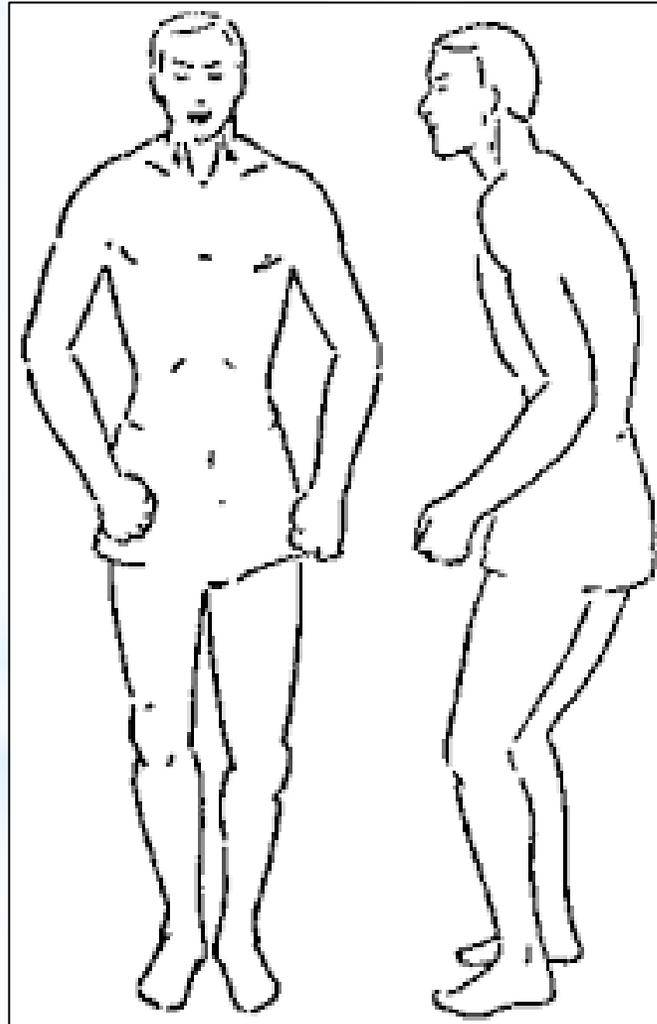
La risposta autonoma di allarme che prepara l'organismo a reagire con un comportamento di attacco/fuga/immobilizzazione di fronte a uno stimolo percepito come minaccioso

SINTOMI DELLA RISPOSTA ATTACCO/FUGA/IMMOBILIZZAZIONE

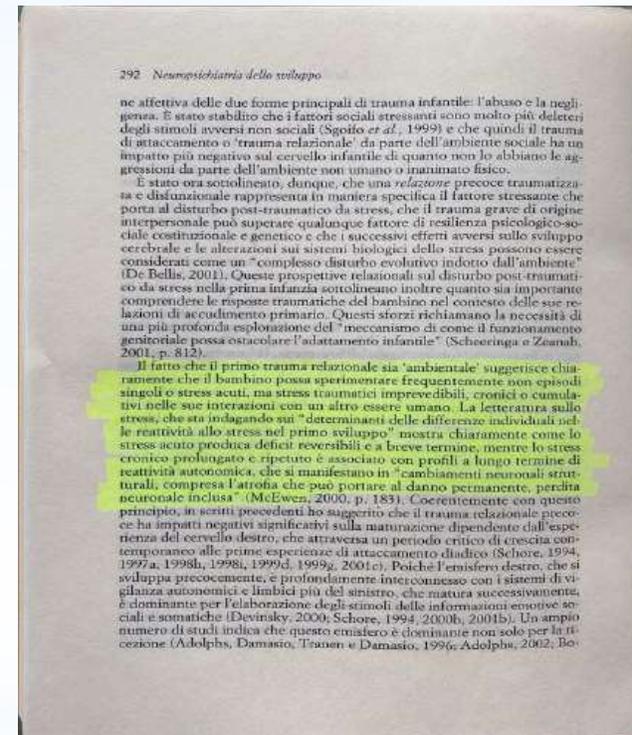
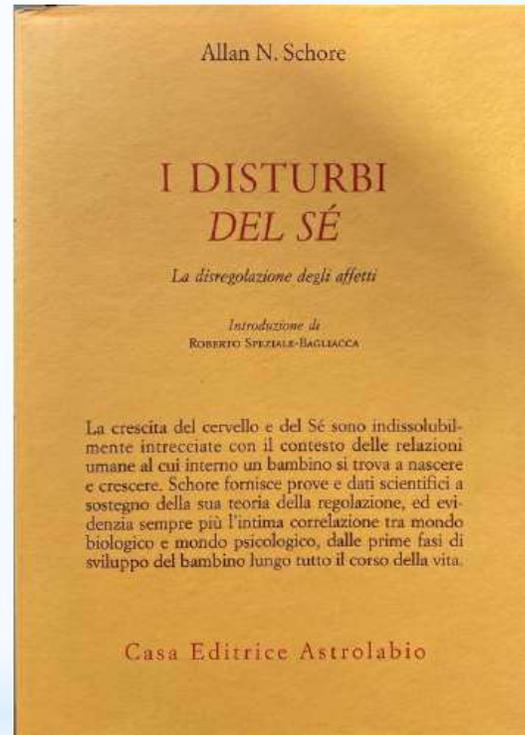
- DOLORI AL TORACE O RIGIDITA'
- ACCELERAZIONE DEL BATTITO
- SUDORAZIONE
- RESPIRO CORTO
- VERTIGINI
- FORMICOLIO
- TENSIONE MUSCOLARE
- NAUSEA E VOMITO
- DIARREA
- BISOGNO DI URINARE
- ASPETTO PALLIDO



IL RIFLESSO STARTLE: la reazione di trasalimento o allarme a uno stimolo forte, improvviso di breve durata.



IL TRAUMA EVOLUTIVO E LA PREVALENZA DELLA RISPOSTA AUTONOMICA



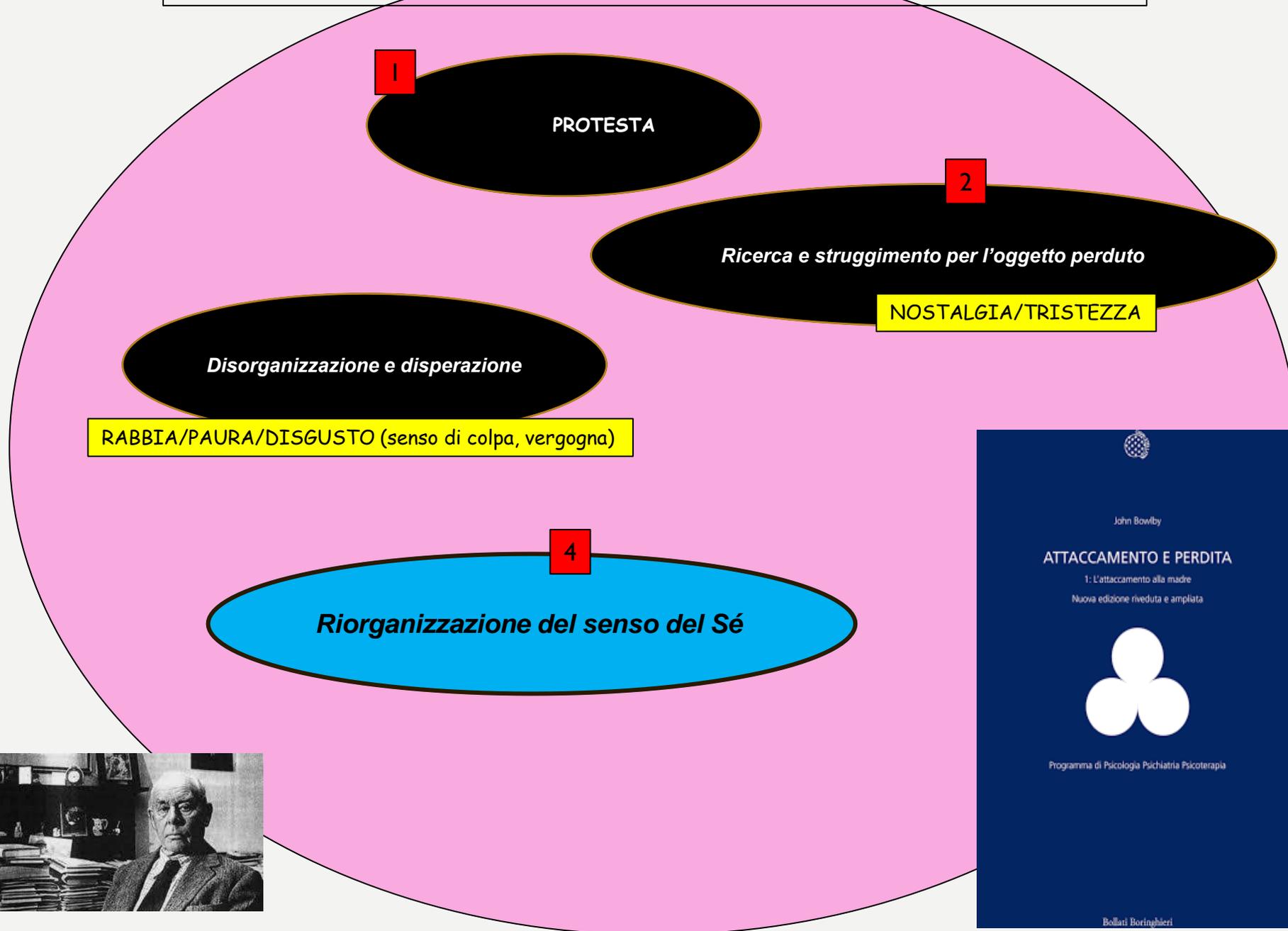
Lo stress acuto produce deficit reversibili e a breve termine, mentre lo stress cronico prolungato e ripetuto è associato con profili a lungo termine di **reattività autonoma** che si manifestano in cambiamenti neuronal strutturali, compresa l'atrofia che può portare al danno permanente

È STATO SMARRITO UN PUPAZZO
DI STOFFA (CONIGLIETTO). SI PREGA DI
FARLO PERVENIRE AL PORTIERE IN
CASO DI RITROVAMENTO.

GRAZIE

Mary

Bowlby (1980) LE 4 FASI DELL'ELABORAZIONE DEL LUTTO E DELLA PERDITA



IL TRAUMA COMPLESSO

Lo sviluppo fisico e mentale sano di un bambino verso la vita adulta si basa sulla sicurezza e la stabilità sperimentate nel proprio sistema di attaccamento, al servizio della regolazione delle emozioni e del benessere psicosomatico.

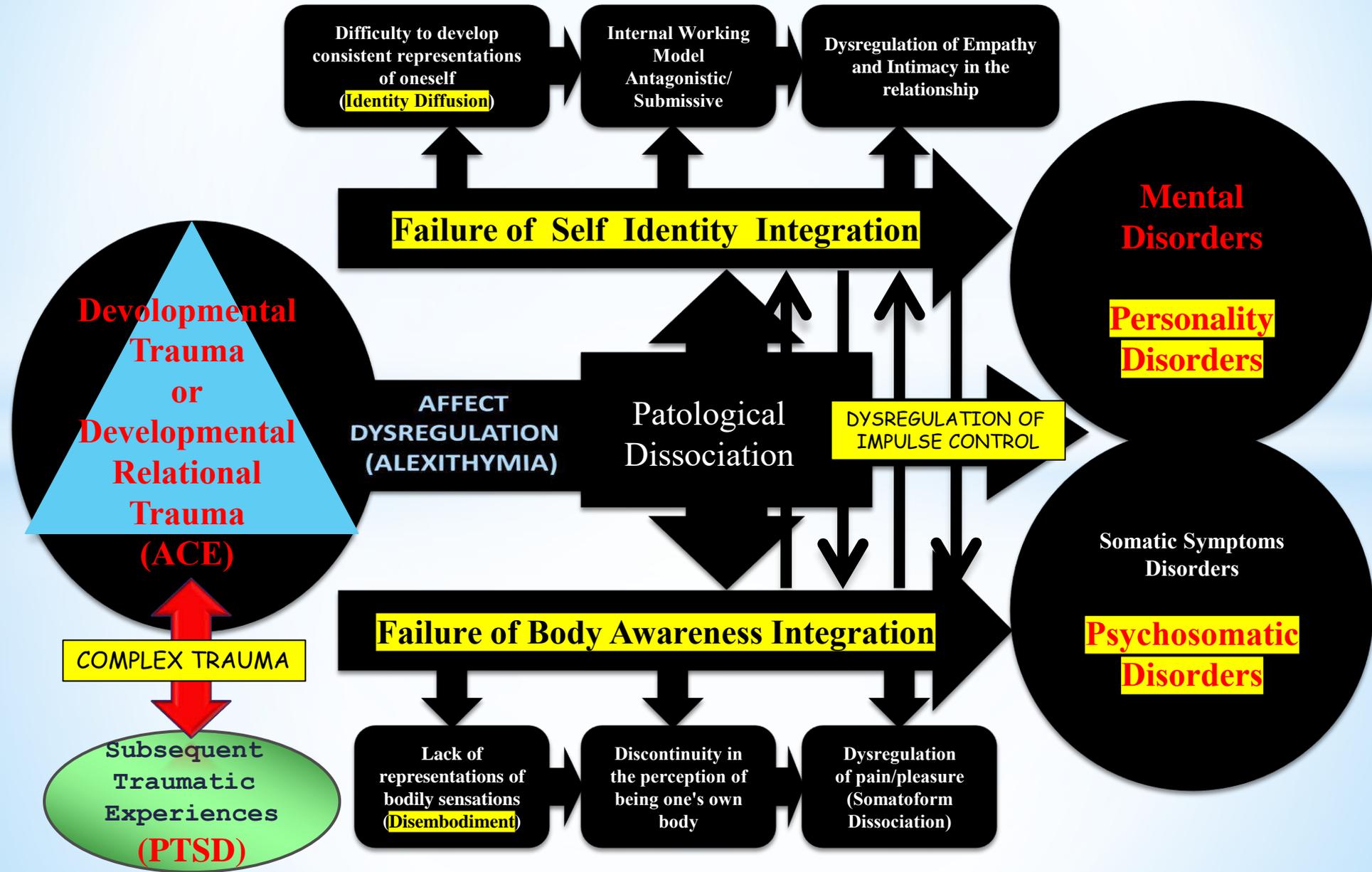
Il trauma complesso descrive uno scenario di differenti esperienze traumatiche intervenute nel corso dello sviluppo neuroaffettivo che vanno dalle più diverse forme della disregolazione dei legami interpersonali nel sistema di attaccamento, alla trascuratezza psicologica, ai lutti e alle separazioni precoci, agli abusi verbali, fisici e sessuali.

L'incidenza delle esperienze traumatiche danneggia il senso di sicurezza della persona sia quando si ritrova con se stessa sia nelle relazioni con gli altri e di *intimacy*.

Il trauma complesso consiste nell'esposizione in età evolutiva a più eventi traumatici, alcuni dei quali sovrapposti e reiterati nel corso dello sviluppo, spesso di natura invasiva e interpersonale, e gli effetti a breve, medio e lungo termine di questa esposizione sia livello conscio che inconscio, sia a livello corporeo, sia a livello interpersonale.

Il trauma complesso in età evolutiva quando non viene integrato nella vita adulta rende la persona insicura sul piano dell'identità e sul piano interpersonale, oltre che vulnerabile all'impatto di tutte le successive situazioni avverse o dolorose nella vita.

Psycho-somatic Dysregulation Model



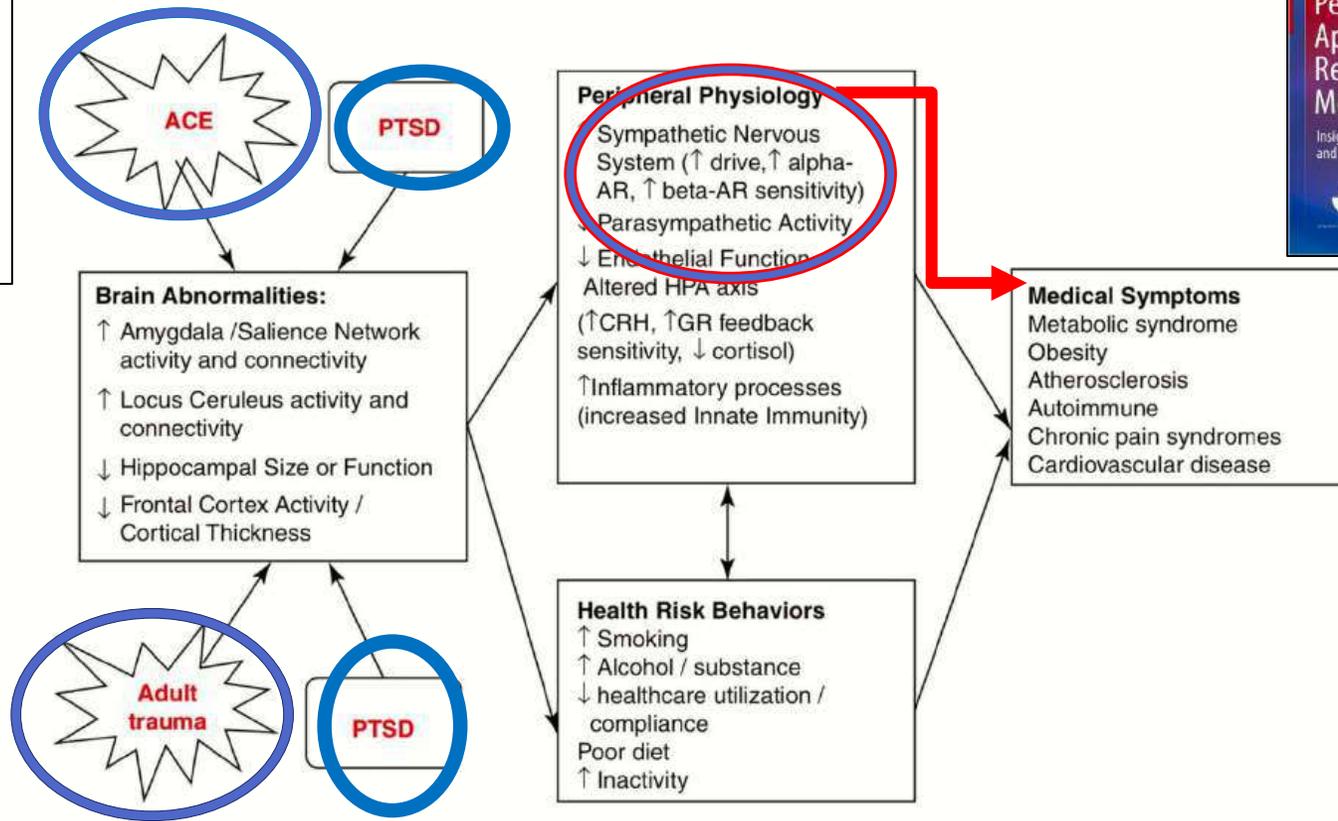
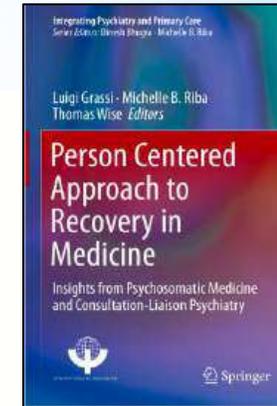
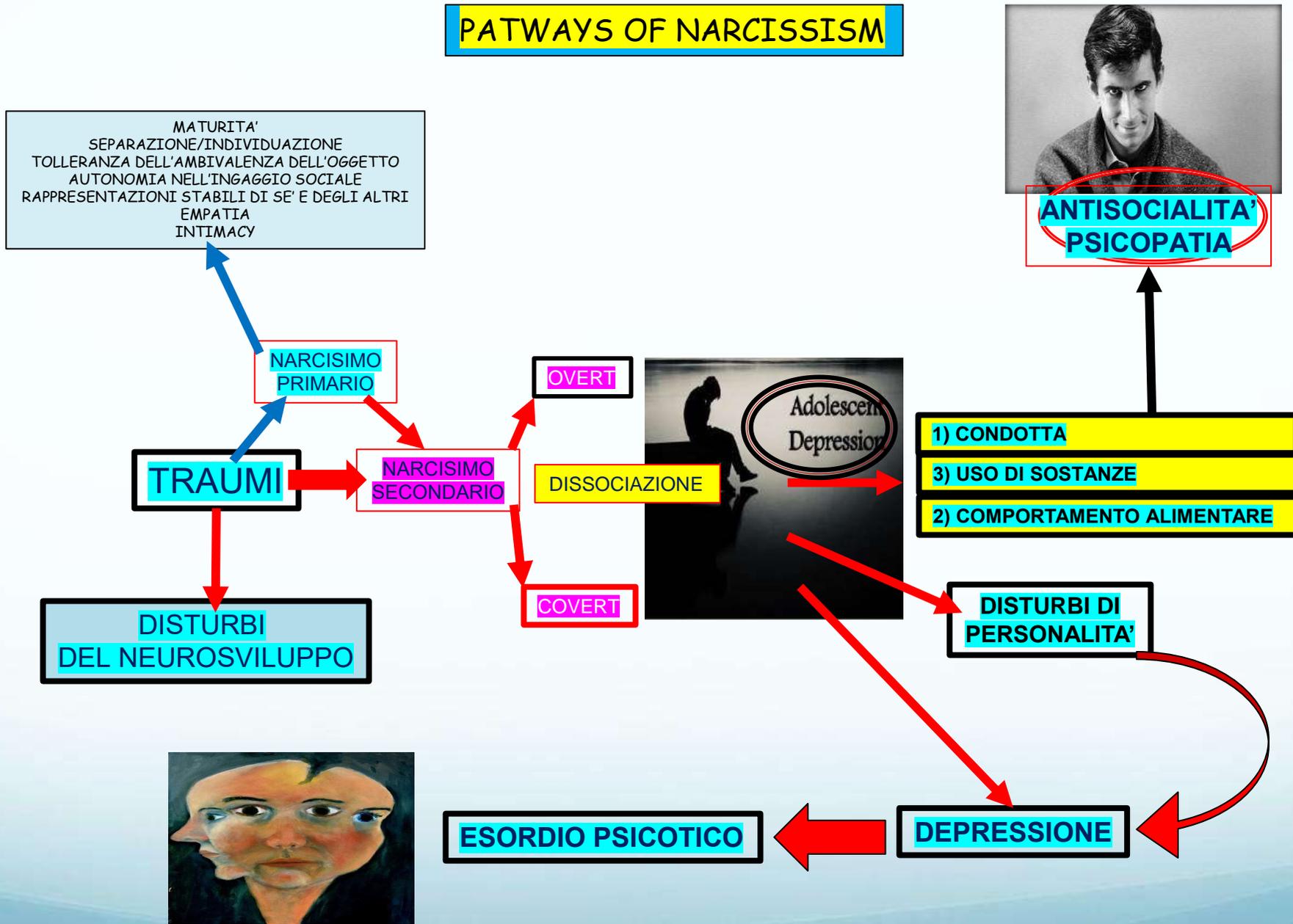


Fig. 10.1 Schematic diagram of effects of childhood and adult trauma and PTSD on brain and peripheral physiological systems, health risk behaviors, and medical symptoms. (ACE adverse childhood events; AR adrenergic receptor; CRH corticotropin releasing hormone; GR glucocorticoid receptor; HPA hypothalamic pituitary adrenal)

PATWAYS OF NARCISSISM

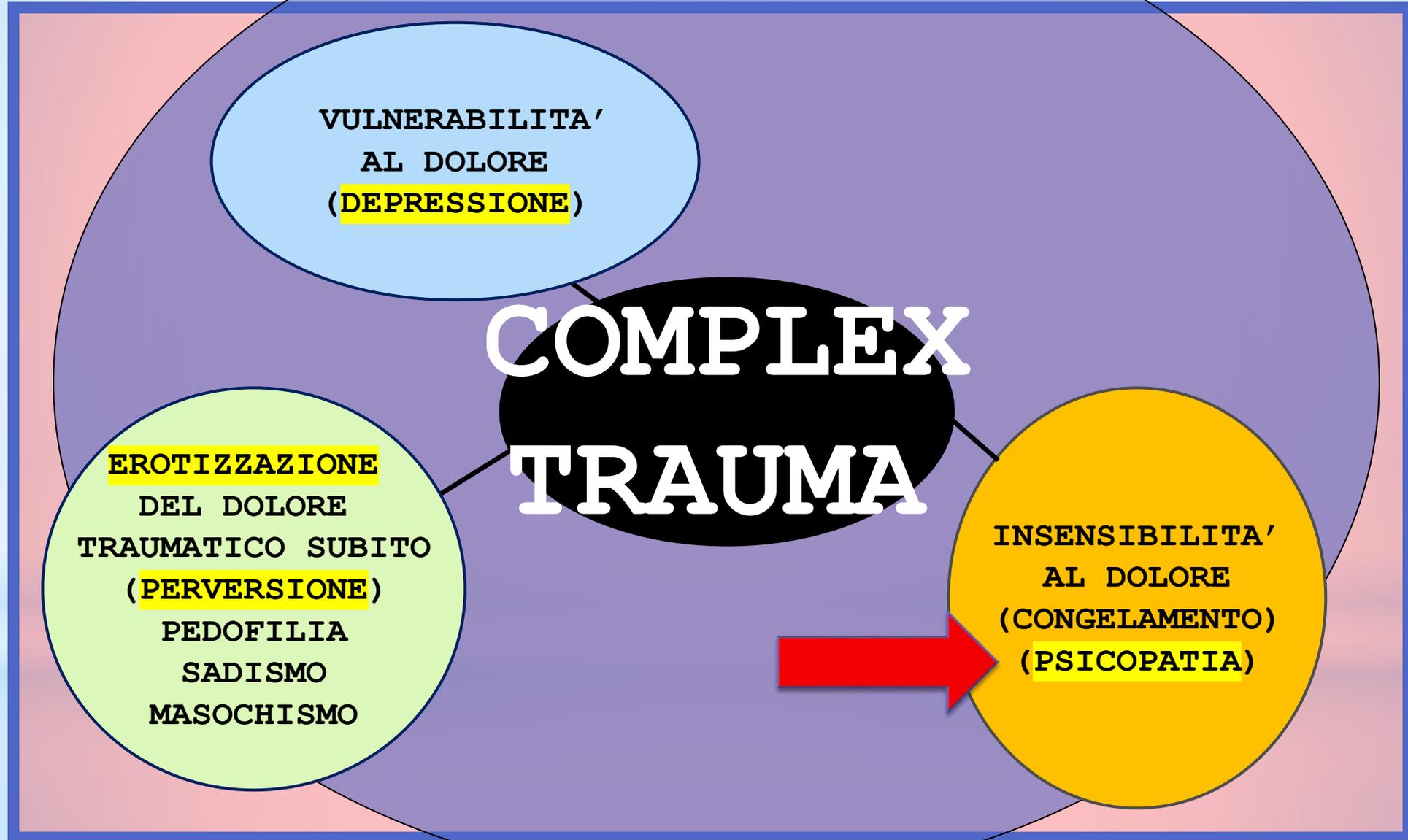


Disregolazione degli impulsi in adolescenza

I disturbi del bambino o dell'adolescente sono il sintomo del suo ambiente relazionale



DISREGOLAZIONE DELLA SENSORIALITA' DEL DOLORE SU BASE TRAUMATICA



La Vergogna



La Vergogna è il più profondo e occultato sentimento di indegnità, in stretta connessione con le storie traumatiche non elaborate che danneggiano il senso del Sé e il valore della persona.

Essendo provocata da esperienze che mettono in questione il concetto che noi abbiamo di noi stessi, la Vergogna ci costringe a vederci con gli occhi degli altri e a soffrire la frattura tra il modo con cui ci sentiamo guardati dagli altri e il modo con cui guardiamo noi stessi.

Le radici della Vergogna si situano nelle memorie traumatiche, in particolare in quelle esperienze di trascuratezza psicologica intervenute nella relazione primaria, nell'infanzia e nell'adolescenza e che esitano, a livello implicito, in tutte le condizioni di ipersensibilità e di vulnerabilità dell'Io.

Le esperienze vergognose, se vengono accettate, accrescono l'intelligenza emotiva e le possibilità di autotrasformazione; se invece vengono negate o dissociate, sono causa di sentimenti generalizzati di ansia e di depressione e costituiscono un fattore di rischio per l'esordio psicopatologico in adolescenza.



The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders: investigation over a large clinical sample

This article was published in the following Dove Press journal:

Neuropsychiatric Disease and Treatment

16 February 2013

[Number of times this article has been viewed](#)

Emilio Franzoni¹
Stefano Gualandi¹
Vincenzo Caretti²
Adriano Schimmenti³
Elena Di Pietro¹
Gaetano Pellegrini¹
Giuseppe Craparo³
Arianna Franchi¹
Alberto Verrotti⁴
Alessandro Pellicciari¹

¹Child Neuropsychiatry Unit, University of Bologna, Italy; ²Department of Psychology, University of Palermo, Italy; ³Faculty of Human and Social Sciences, Kore University of Enna, Enna, Italy; ⁴Department of Pediatrics, University of Chieti, Italy

Background: The connections between eating disorders (EDs) and alexithymia have not been fully clarified. This study aims to define alexithymia's connections with shame, trauma, dissociation, and body image disorders.

Methods: We administered the Dissociative Experience Scale-II, Trauma Symptom Inventory, Experience of Shame Scale, Toronto Alexithymia Scale-20, and Body Uneasiness Test questionnaires to 143 ED subjects. Extensive statistical analyses were performed.

Results: The subjects showed higher scores on alexithymia, shame, dissociation, and traumatic feelings scales than the nonclinical population. These aspects are linked with each other in a statistically significant way. Partial correlations highlighted that feelings of shame are correlated to body dissatisfaction, irrespective of trauma or depressed mood. Multiple regression analysis demonstrates that shame (anorexic patients) and perceived traumatic conditions (bulimic and ED not otherwise specified) are associated with adverse image disorders.

Conclusion: Shame seems to hold a central role in the perception of an adverse self-image. Alexithymia may be interpreted as being a consequence of previous unelaborated traumatic experiences and feelings of shame, and it could therefore be conceptualized as a maladaptive-reactive construct.

Keywords: eating disorders, trauma, alexithymia, shame, body image

Introduction

Alexithymia is a construct characterized by the difficulty in identifying and describing feelings (affective factors), and by concrete and externally oriented thinking (cognitive factors).¹ Eating disorders (EDs) are recognized in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV) as separate disorders: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), and ED not otherwise specified (EDNOS). However, many people with serious EDs do not fit neatly into these categories, or they may change between categories over time.² The etiologic multifactorial model where biological, individual, and environmental aspects interact seems to be the one that best explains the onset of EDs.³

The association between EDs and alexithymia has been widely demonstrated. For instance, Corcos et al⁴ identified that ED patients showed a statistically significant difference insofar as patients with ED were more likely to exhibit alexithymia when compared to a nonclinical population; these data were recently confirmed by Karukivi et al⁵ in a sample of older adolescents. Moreover, a prognostic study by Speranza et al⁶ investigating 102 ED patients demonstrated that difficulty in identifying feelings can act as a negative prognostic factor in the long-term outcomes of EDs. De Berardis et al⁷ studied

Correspondence: Emilio Franzoni
Child Neuropsychiatry Unit,
San'Orsola Malpighi Hospital, Via
Massarenisi 11, 40138, Bologna, Italy
Tel +39 051 636 3994
Email emilio.franzoni@unibo.it

Faces of Shame: Implications for Self-Esteem, Emotion Regulation, Aggression, and Well-Being

Patrizia Velotti^a, Carlo Garofalo ^b, Federica Bottazzi^a, and Vincenzo Caretti^c

^aUniversity of Genoa; ^bTilburg University; ^cLUMSA University

ABSTRACT

There is an increasing interest in psychological research on shame experiences and their associations with other aspects of psychological functioning and well-being, as well as with possible maladaptive outcomes. In an attempt to confirm and extend previous knowledge on this topic, we investigated the nomological network of shame experiences in a large community sample ($N = 380$; 66.1% females), adopting a multidimensional conceptualization of shame. Females reported higher levels of shame (in particular, bodily and behavioral shame), guilt, psychological distress, emotional reappraisal, and hostility. Males had higher levels of self-esteem, emotional suppression, and physical aggression. Shame feelings were associated with low self-esteem, hostility, and psychological distress in a consistent way across gender. Associations between characterological shame and emotional suppression, as well as between bodily shame and anger occurred only among females. Moreover, characterological and bodily shame added to the prediction of low self-esteem, hostility, and psychological distress above and beyond the influence of trait shame. Finally, among females, emotional suppression mediated the influence of characterological shame on hostility and psychological distress. These findings extend current knowledge on the nomological net surrounding shame experiences in everyday life, supporting the added value of a multidimensional conceptualization of shame feelings.

ARTICLE HISTORY

Received 28 June 2016
Accepted 9 October 2016

KEYWORDS

Aggression; emotion regulation; experiences of shame scale; psychological distress; shame; self-esteem; suppression

Shame is commonly defined as an intense negative emotion characterized by the perception of a global devaluation of the self (Tangney & Dearing, 2002). Shame feelings are often triggered by social events in which a drop of personal status or feelings of rejection are perceived. Of note, rather than representing a unidimensional construct, shame could actually refer to different aspects of the self, such as behaviors or body characteristics, as well to the broader identity (Andrews, Qian, & Valentine, 2002; Hejdenberg & Andrews, 2011). Specifically, a multidimensional conceptualization of shame has been proposed (Andrews et al., 2002) to identify: (a) experiences of characterological shame (i.e., regarding personal habits, manner with others, the kind of person one is, and personal skills); (b) experiences of behavioral shame (i.e., referred to doing

CONTACT Patrizia Velotti  patrizia.velotti@unige.it, 

P. Velotti and C. Garofalo contributed equally to this work.

© 2016 Taylor & Francis Group, LLC

“ [...] Il cibo può fungere da medicazione per la vergogna e i sintomi traumatici, poiché ridirige l’attenzione sul comportamento alimentare e sull’esperienza corporea [...] Esperienze di umiliazioni precoci e traumatiche possono dunque trasformarsi in un sentimento di vergogna corporea [...]. I sentimenti di vergogna possono essere riversati sul comportamento alimentare, cui sarà assegnato un ruolo paradossale. Da una parte placcherà le emozioni traumatiche, dall’altra offrirà, simultaneamente, una spiegazione socialmente e culturalmente più accettabile rispetto alla causa originale della vergogna, ora dissociata.”

(J. Lightstone, 2004)

Trauma e Coazione a Ripetere

- Concetto di **Coazione a Ripetere**:
Freud e la pulsione di morte: *ciò che non è elaborato tende a ripetersi.*



Trauma e Coazione a Ripetere

Freud nel 1913-1914 in "Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi". Nel paragrafo "Ricordare, ripetere e rielaborare" approfondisce il concetto di coazione.

Freud espone, qui, le trasformazioni apportate alla tecnica psicanalitica: dalla cura catartica di Breuer alle libere associazioni, dall'atteggiamento critico dei pazienti nei confronti delle stesse al riconoscimento delle resistenze e alla loro possibile soluzione attraverso il ritorno del ricordo. A questo riguardo dice: "L'analizzato non ricorda assolutamente nulla degli elementi che ha dimenticato e rimosso, egli piuttosto li mette in atto, li ripete, ovviamente senza rendersene conto" (7). Il paziente non si libererà, finché rimane in trattamento, da questa coazione a ripetere e alla fine ci si rende conto che proprio questo è il suo modo di ricordare". (8)



Trauma e Coazione a Ripetere

Nell'articolo "Ricordare, ripetere, rielaborare" del 1914, Freud riprende il tema dell' "eterno ritorno", della coazione a ripetere vedendola alla luce del **transfert**.

"Ci rendiamo conto subito, dice, che la stessa traslazione rappresenta un elemento della ripetizione e che la ripetizione è la traslazione del **passato dimenticato**, non soltanto sulla persona del medico, ma su tutti gli altri ambiti della situazione attuale. Dobbiamo perciò rassegnarci a che l'analizzato soggiaccia alla coazione a ripetere che ora sostituisce l'impulso a ricordare, non soltanto nei suoi rapporti personali con il medico, ma anche in tutte le altre attuali attività e relazioni della sua vita". (12)
Tanto più marcata sarà la resistenza, tanto più il ricordare verrà soppiantato dal ripetere. Ma quali sono i comportamenti che il paziente mette in atto ripetutamente?

"Sono le sue **inibizioni**, i suoi **atteggiamenti inservibili**, i **tratti patologici del suo carattere**, egli ripete i suoi **sintomi**". (13)



COAZIONE
A RIPETERE

Trauma e Coazione a Ripetere

Coazione a Ripetere

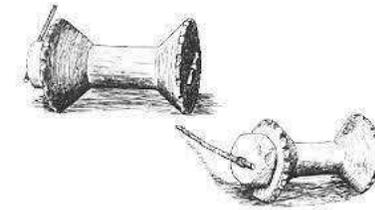
Tendenza **incoercibile**, del tutto **inconscia**, **non mentalizzata**, a porsi in situazioni penose o dolorose, senza rendersi conto di averle involontariamente attivate, né del fatto che si tratta della ripetizione di vecchie esperienze dolorose.

L'io
non è padrone
in casa propria.
Sigmund Freud



Ripetizione e coazione a ripetere

La coazione a ripetere si distingue, per il proprio **carattere coercitivo, dalla ripetizione** che caratterizza molti passaggi della vita biologica e psicologica. La ripetizione è un normale fenomeno dello sviluppo motorio e mentale del bambino nel processo di apprendimento: **viene utilizzata nel tentativo di evitare i cambiamenti** che inducono ansia o timore e per replicare risultati ed esperienze appaganti. **Nei giochi dei bambini, la ripetizione può servire a padroneggiare l'esperienza della perdita o di eventi traumatici subiti, grazie al capovolgimento della propria posizione passiva in un ruolo attivo.** Per es., Freud osservò che un bambino di un anno e mezzo, suo nipote Ernst figlio di Sophie, invece di piangere quando la madre si allontanava, giocava facendo rotolare lontano un rocchetto che poteva richiamare a sé tirando il filo che vi era avvolto. Il bambino, mettendo in scena l'atto dello scomparire e del riapparire del rocchetto, riusciva a tollerare la separazione e, contemporaneamente, si vendicava della madre allontanando egli stesso il rocchetto.



«... ho sfruttato un'occasione che mi si è offerta per chiarire il significato del primo giuoco che un bambino di un anno e mezzo si è inventato da sé. Si è trattato di qualcosa di più di una fuggevole osservazione, perché sono vissuto per alcune settimane sotto lo stesso tetto del bambino e dei suoi genitori, ed è passato un certo tempo prima che riuscissi a scoprire il significato della misteriosa attività che egli ripeteva continuamente.

Lo sviluppo intellettuale del bambino non era affatto precoce; a un anno e mezzo sapeva pronunciare solo poche parole comprensibili e disponeva inoltre di parecchi suoni il cui significato veniva compreso dalle persone che vivevano intorno a lui. In ogni modo era in buoni rapporti con i genitori e con la loro unica domestica, ed era elogiato per il suo "buon" carattere. Non disturbava i genitori di notte, ubbidiva coscienziosamente agli ordini di non toccare certi oggetti e non andare in certe stanze, e, soprattutto, non piangeva mai quando la mamma lo lasciava per alcune ore, sebbene fosse teneramente attaccato a questa madre che non solo lo aveva allattato di persona, ma lo aveva allevato e accudito senza alcun aiuto esterno. Ora questo bravo bambino aveva l'abitudine - che talvolta disturbava le persone che lo circondavano - di scaraventare lontano da sé in un angolo della stanza, sotto un letto o altrove, tutti i piccoli oggetti di cui riusciva a impadronirsi, talché cercare i suoi giocattoli e raccogliarli era talvolta un'impresa tutt'altro che facile. Nel fare questo emetteva un "o-o-o" forte e prolungato, accompagnato da un'espressione di interesse e soddisfazione; secondo il giudizio della madre, con il quale concordo, questo suono non era un'interiezione, ma significava "fort" ["via"]. Finalmente mi accorsi che questo era un giuoco, e che il bambino usava tutti i suoi giocattoli solo per giocare a "gettarli via". Un giorno feci un'osservazione che confermò la mia ipotesi. Il bambino aveva un rocchetto di legno intorno a cui era avvolto un filo. Non gli venne mai in mente di tirarselo dietro per terra, per esempio, e di giocarci come se fosse una carrozza; tenendo il filo a cui era attaccato, gettava invece con grande abilità il rocchetto oltre la cortina del suo lettino in modo da farlo sparire, pronunciando al tempo stesso il suo espressivo "o-o-o-"; poi tirava nuovamente il rocchetto fuori dal letto, e salutava la sua ricomparsa con un allegro "da" ["qui"]. Questo era dunque il giuoco completo - sparizione e riapparizione - del quale era dato assistere di norma solo al primo atto, ripetuto instancabilmente come giuoco a sé stante, anche se il piacere maggiore era legato indubbiamente al secondo atto¹.

L'interpretazione del giuoco divenne dunque ovvia. Era in rapporto con il grande risultato di civiltà raggiunto dal bambino, e cioè con la rinuncia pulsionale (rinuncia al soddisfacimento pulsionale) che consisteva nel permettere senza proteste che la madre se ne andasse. Il bambino si risarciva, per così dire, di questa rinuncia, inscenando l'atto stesso dello scomparire e del riapparire avvalendosi degli oggetti che riusciva a raggiungere. È ovvio che per dare una valutazione del significato affettivo di questo giuoco non ha importanza sapere se il bambino lo aveva inventato da sé o se esso gli era stato suggerito da altri. Il nostro interesse è diretto ad un altro punto. È impossibile che l'andar via della madre riuscisse gradevole, o anche soltanto indifferente al bambino. Come può dunque accordarsi col principio di piacere la ripetizione sotto forma di giuoco di questa penosa esperienza? Forse si risponderà che l'andarsene doveva essere necessariamente rappresentato, come condizione che prelude alla piacevole ricomparsa, e che in quest'ultima risiedeva il vero scopo del giuoco. Ma questa interpretazione sarebbe contraddetta dall'osservazione che il primo atto, l'andarsene, era inscenato come giuoco a sé stante, e anzi si verificava incomparabilmente più spesso che non la rappresentazione completa, con il suo piacevole finale.

L'analisi di un caso singolo come questo non permette di formulare un giudizio sicuro e definitivo; se si considera la cosa in modo imparziale, si ha l'impressione che il bambino avesse trasformato questa esperienza in un giuoco per un altro motivo. All'inizio era stato passivo, aveva subito l'esperienza; ora invece, ripetendo l'esperienza, che pure era stata spiacevole, sotto forma di giuoco, il bambino assumeva la parte attiva. Questi sforzi potrebbero essere ricondotti a una pulsione di appropriazione che si rende indipendente dal fatto che il ricordo in sé sia piacevole o meno. Ma si può anche tentare un'interpretazione diversa. L'atto di gettare via l'oggetto, in modo da farlo sparire, potrebbe costituire il soddisfacimento di un impulso che il bambino ha represso nella vita reale, l'impulso di vendicarsi della madre che se n'è andata; in questo caso avrebbe il senso di una sfida: "Benissimo, vattene pure, non ho bisogno di te, sono io che ti mando via".

(Sigmund Freud, 1920, Al di là del principio del piacere, in Opere, Boringhieri, Torino, vol. 9, p. 200-202).

COAZIONE A RIPETERE E SCHEMI (COPIONI) DISFUNZIONALI PRECOCI

La "coazione a ripetere" e gli "schemi disfunzionali precoci" sono concetti che provengono da due diverse teorie psicologiche: la psicoanalisi e la terapia cognitivo-comportamentale.

Coazione a ripetere:

Questo concetto è stato introdotto da Sigmund Freud, il fondatore della psicoanalisi. Si riferisce al fenomeno in cui una persona ripete in modo persistente e spesso distruttivo determinati comportamenti, schemi o situazioni, nonostante le conseguenze negative o dannose che possono derivarne.

Freud ha suggerito che questa tendenza potrebbe derivare da esperienze passate, traumi o dinamiche relazionali che hanno avuto un impatto significativo sulla psiche del soggetto.

La coazione a ripetere è spesso considerata una parte intrinseca del processo terapeutico in psicoanalisi. Attraverso l'analisi delle ripetizioni, il paziente può avere l'opportunità di esplorare e comprendere meglio le radici profonde dei suoi comportamenti e schemi.

Schemi (copioni) disfunzionali precoci:

Questo concetto proviene dalla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) (SCHEMA THERAPY), focalizzate sulle modalità in cui i pensieri, le emozioni e i comportamenti interagiscono tra loro.

Gli schemi disfunzionali precoci si riferiscono a modelli di pensiero distorti o errati che **si sviluppano durante l'infanzia e l'adolescenza** a causa di esperienze negative, come il trauma, l'abbandono o l'abuso.

Questi schemi possono influenzare la percezione di sé stessi, degli altri e del mondo circostante, portando a comportamenti autodistruttivi o interpersonali disfunzionali.

COAZIONE A RIPETERE E SCHEMI (COPIONI) DISFUNZIONALI PRECOCI

Relazione tra i due concetti:

Sebbene questi 2 concetti provengano da scuole terapeutiche diverse, si sovrappongono quando il **ragionamento clinico basato sul trauma** considera che se **una persona ha sviluppato schemi disfunzionali precoci potrebbe essere incline a manifestare una coazione a ripetere tali schemi nella vita quotidiana.**

La coazione a ripetere viene quindi considerata come una manifestazione comportamentale di schemi (copioni) disfunzionali precoci di origine traumatica

L'integrazione tra questi due concetti nella PIREP **favorisce approcci terapeutici e tecniche appartenenti a scuole diverse**, che possono integrarsi ed essere applicati adeguandosi ai bisogni del paziente.

C

SABOTATORE INTERNO

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

Il focus: Per mezzo dell'esplorazione condivisa delle fantasie del paziente, mentalizzare le emozioni e le sensazioni fisiche negative croniche e persistenti, nonché gli stati tensione corporea - di attacco, di fuga, di immobilizzazione - quali manifestazioni del **Sabotatore Interno** che distorce l'immagine di sé e i legami interpersonali, distruggendoli, a danno del benessere e della sicurezza, fino a disattivare il sistema di attaccamento relazionale e a dissociare il comportamento di intimacy e i legami profondi, a sfavore di un'autentica autonomia e sicurezza, e del piacere di stare con se stesso e con gli altri.

C

LAVORARE SUL

SABOTATORE INTERNO

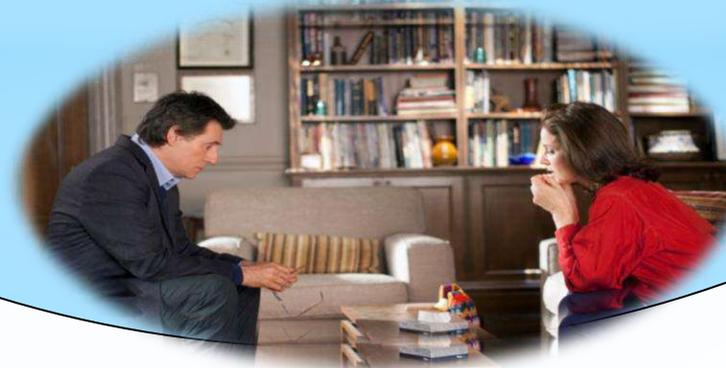
E SUGLI STATI DI
TENSIONE CORPOREA DI

ATTACCO/FUGA/IMMOBILIZZAZIONE

(ATTACCO AL LEGAME)

DISATTIVAZIONE DEL
SISTEMA DI ATTACCAMENTO

DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY



IL SABOTATORE INTERNO OVVERO L'IO ANTI-LIBIDICO

Il sabotatore interno può essere descritto come **una voce critica che emerge nel dialogo interiore** quando valutiamo noi stessi o affrontiamo impegni o situazioni che coinvolgono l'autostima e la percezione sociale di noi stessi e degli altri.

Questa voce incentiva pensieri negativi, dubbi e paure che ostacolano la fiducia personale e alimentano l'autocritica e il perfezionismo patologico, influenzando negativamente il comportamento in modi sfavorevoli alla sicurezza e al benessere.

Nella dissociazione dell'intimità, il sabotatore interno si manifesta nelle fantasie, nei processi cognitivi, decisionali e nei comportamenti che interferiscono con l'autostima e con la creazione e il mantenimento di connessioni intime con gli altri attraverso differenti modalità:

Il sabotatore interno come lo anti-libidico

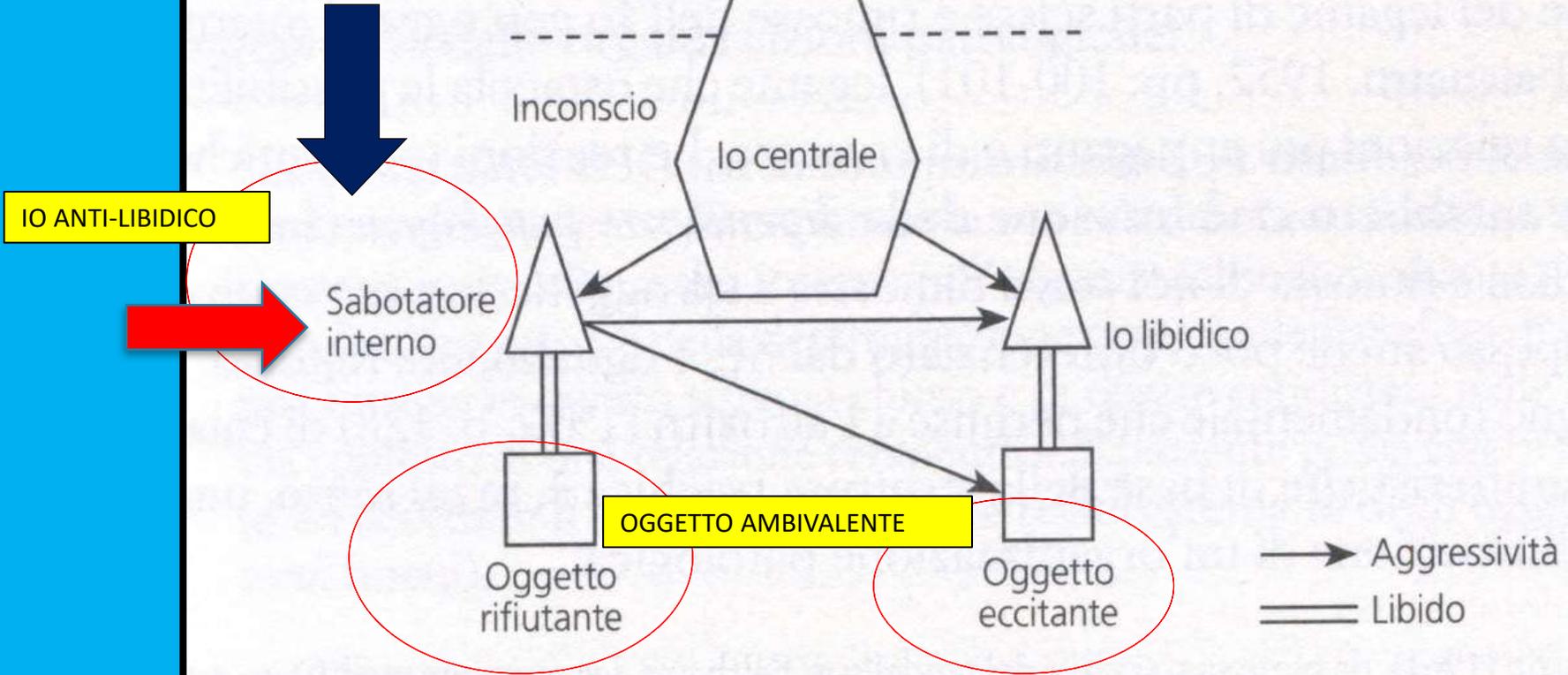
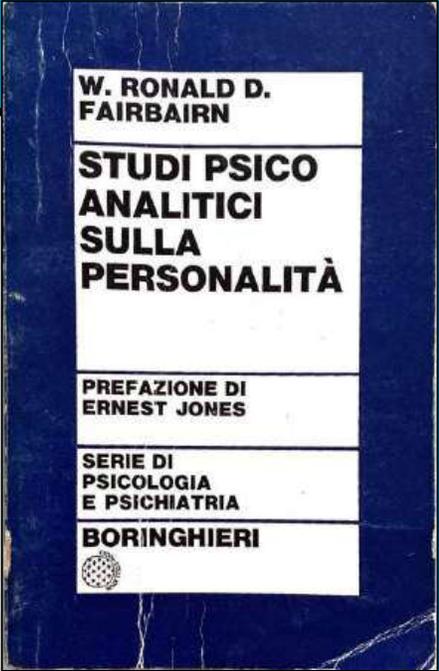


Figura 2.1 Le strutture endopsichiche (tratto da Fairbairn, 1952, p. 135).

Il Sabotatore Interno interviene inconsciamente nei seguenti comportamenti:



1. **Autosabotaggio emotivo**: il sabotatore interno incentiva dubbi e sospetti di non essere accettati e amati, creando angosce o paure che impediscono di stare bene da soli, di connettersi emotivamente e di fidarsi degli altri.
2. **Autosabotaggio corporeo**: il sabotatore interno favorisce rappresentazioni negative del proprio corpo e condotte che danneggiano il benessere fisico e la salute, quali la mancanza di cure personali, l'autolesionismo, i disturbi da uso di sostanze e i disturbi del comportamento alimentare.
3. **Angoscia della dipendenza dagli altri**: il sabotatore interno incentiva i comportamenti narcisistici di autoisolamento, di chiusura emotiva o di disprezzo onnipotente, per evitare il rischio di dipendere dagli altri e al contempo di sentirsi imprigionati dai bisogni degli altri.
4. **Perfezionismo patologico**: il sabotatore interno si manifesta con l'angoscia di sentirsi sempre in difetto e incompetenti socialmente, impedendo la condivisione delle parti più autentiche di sé per la paura di essere giudicati negativamente.
5. **Confronto persecutorio**: il sabotatore interno porta a confrontarsi ossessivamente con gli altri, alimentando sentimenti di inadeguatezza, vergogna, gelosia o invidia che ostacolano l'accettazione di se stessi, la spontaneità e la partecipazione al gioco sociale.
6. **Risposte comportamentali impulsive nel decision making**: il sabotatore interno attiva reazioni patologiche di attacco-fuga-immobilizzazione quando si tratta di prendere una decisione, di gestire le proprie emozioni o gli eventuali conflitti che intervengono nelle relazioni sociali e interpersonali.

Il sabotatore interno ostacola pertanto **la capacità di riparare le rotture relazionali** perché incentiva fantasie persecutorie, perplessità e paure che interferiscono con la fiducia di affrontare i problemi interpersonali in modo sano ed efficace.

Dopo una rottura, il sabotatore interno incentiva pensieri negativi riguardo a se stessi e alla propria autostima. Questi pensieri possono amplificare sentimenti di colpa, vergogna, rabbia e vendicatività, rendendo difficile la riconciliazione e il recupero.

Il sabotatore interno, inoltre, può indurre una continua ruminazione sugli errori commessi o su cosa avrebbe potuto essere fatto diversamente, nonché una colpevolizzazione morbosa a prendersi tutta la responsabilità della rottura. Questo funzionamento mentale ripetitivo inibisce l'assertività e impedisce di guardare fiduciosamente avanti, inibendo anche la speranza e l'impegno nella riparazione del conflitto.

Il sabotatore interno infine rende difficile accettare le delusioni, la fine di una relazione, l'elaborazione di una perdita o di un lutto, distruggendo la speranza per un possibile cambiamento e impedendo la capacità di prendere decisioni costruttive per orientarsi verso il recupero del proprio benessere.

Nella psicoterapia della regolazione emotiva e psicosomatica è importante **mentalizzare la presenza del Sabotatore Interno di origine traumatica** nei processi immaginativi, cognitivi e comportamentali che impediscono al paziente di stare bene con se stesso e che favoriscono la dissociazione dell'intimità interpersonale.

L'obiettivo è quello di aumentare la consapevolezza di come il Sabotatore Interno ha origine nei traumi intervenuti nella storia personale del paziente e della coazione a ripetere attraverso cui si manifesta ancora nel suo presente.

Lo scopo di questo processo maturativo è quello di favorire un cambiamento finalizzato all'autoaccettazione, a una maggiore assertività e al benessere corporeo, sia quando il paziente si ritrova da solo con se stesso, sia quando si ritrova con gli altri.

MENTALIZZARE E LAVORARE CON LE VOCI DISSOCIATE DEL SABOTATORE INTERNO

- * Esplorare le voci e le parti del Sabotatore Interno;
- * Incoraggiare i pazienti ad ascoltare e condividere le voci e le parti del Sabotatore Interno, prima dissociate, che attaccano i legami e le relazioni;
- * Esplorare i trigger, ovvero gli stimoli che innescano l'azione del Sabotatore Interno;
- * Contenere, elaborare e trasformare le fobie in cui il paziente si dissocia nella paura, la rabbia, la tristezza, il disgusto e la sorpresa negativa in tutti gli ambiti della sua vita;
- * Incentivare la capacità di differenziare le voci e le parti traumatiche conseguenti, ovvero la storia passata dall'esperienza del *qui ed ora* del paziente, valorizzando i suoi bisogni attuali e i suoi obiettivi;
- * Esplorare e convalidare la funzione sia difensiva che distruttiva delle voci del Sabotatore Interno;
- * Identificare e validare le risorse, i sentimenti e i bisogni del paziente per renderlo autonomo dall'azione del Sabotatore interno;
- * Esplorare, modellare (**Focusing + Role Playing**) e praticare modi alternativi di risposta cognitivo-comportamentale sia quando il paziente si ritrova con se stesso, sia nelle sue relazioni interpersonali;
- * Identificare ed esplorare le rappresentazioni di sé mancanti, in particolare la fiducia e la speranza di poter cambiare e trasformare la propria vita;
- * Riparare le rotture dell'alleanza terapeutica e sviluppare la collaborazione reciproca per riconsolidare l'alleanza, l'aderenza e la risposta del paziente alla terapia.



THE INTERNAL SABOTEUR OR THE ANTI BONDER INIHIBITS AND DISTORTS ABILITY:

PLAY

AFFECTIVE TOUCH

LACK OF PLAYFUL EXPERIENCE

LACK OF PHYSICAL CONTACT EXPERIENCE

INSECURETY IN BEING (PLAYING) WITH OTHERS

INSECURITY (SHAME/GUILT)
IN BODILY PROXIMITY

the final result:

INHIBITIONS / RESENTMENTS / FEAR / ANGER IN AGENCY AND INTIMACY

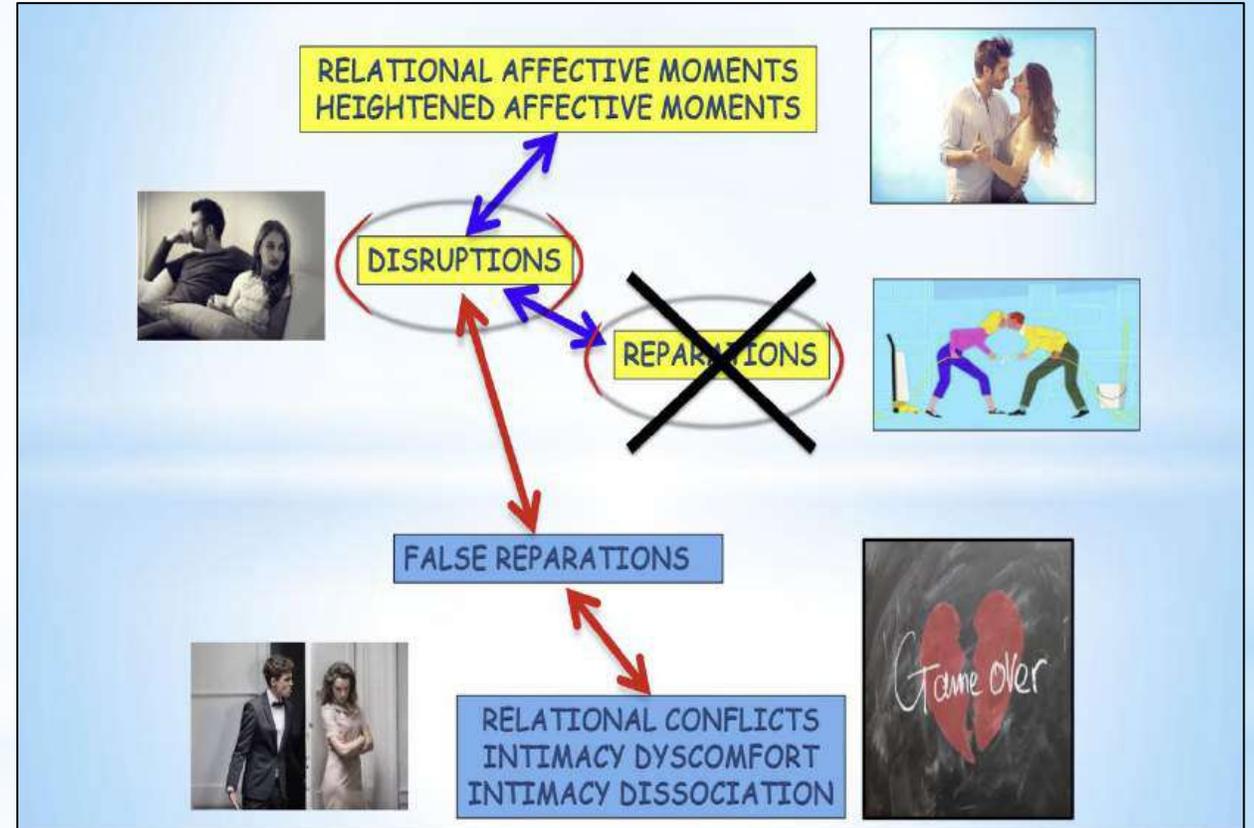


AUTONOMIC DYSREGULATION IN CONNECTION/DISSOCIATION OF INTIMACY

THE INTERNAL SABOTEUR OR THE ANTI BONDER INHIBITS AND DISTORTS INTERPERSONAL ABILITY

feeling threatened when DEALING WITH SEPARATIONS AND BREAKUPS...

....misunderstandings, a point of view different from one's own...difficulty in repairing the breakup and negotiating one's needs.



IN POLYVAGAL PSYCHOTHERAPY, ONE OF THE GOALS IS TO INCREASE THE WINDOW OF TOLERANCE FOR STIMULI PERCEIVED AS AVERSE IN CONNECTION WITH THE WORLD AND OTHERS AND FIND CONNECTION

.....IN PSYCHOTHERAPY

THE INTERNAL SABOTEUR OR THE ANTI BONDER INHIBITS
THE ABILITY TO REPAIR BREACHES IN THE THERAPEUTIC ALLIANCE



During psychotherapy, when the Internal Saboteur starts again, it attacks the therapeutic bond (**Therapeutic Alliance**) and the following experience can occur in the patient:

- 1) THREAT OF FRAGMENTATION
- 2) NEGATIVE THERAPEUTIC REACTIONS
- 3) RECURRENCE OF SYMPTOMS DURING TREATMENT
- 4) ABANDONMENT OF PSYCHOTHERAPY

MENTALIZE YOUR INTERNAL SABOTEUR TO MODULATE YOUR NEUROCEPTION



How to:
Arm &
Disarm

In Polyvagal Informed Psychotherapy it is essential to mentalize how the Internal Saboteur, the Anti Bonder, operates negatively in Mindwandering, cognitive, affective and psychosomatic processes, in the search for connections and in Intimacy.

The mentalization of this inhibitory process promotes Self-Regulation and Co-Regulation and a feeling of ‘being safe in autonomy, being safe in seeking connection and “being safe in connection’.

D

ANGOSCE DI FRAMMENTAZIONE

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

D

Il focus: Il processo di mentalizzazione si installa nell'alleanza terapeutica per mezzo dell'esplorazione delle fantasie e dell'immaginazione del paziente, compresi i sogni, così come questi si avvicendano nel suo mondo interno, per differenziare la paura dalla rabbia, dalla tristezza, dal disgusto di sé e degli altri e dalla cronica attesa negativa; e mentalizzando le sensazioni corporee di attacco, di fuga, di immobilizzazione, che intervengono negativamente nello stare con se stesso e nelle sue relazioni interpersonali.

Il terapeuta, nell'orientare il paziente verso questo nuovo insight, contiene le angosce di frammentazione e la reazione terapeutica negativa del paziente conseguenti **il cambiamento** da un sistema relazionale chiuso a un sistema relazionale aperto, per incentivare una prospettiva condivisa di miglioramento generale basata sulla progressiva regolazione delle emozioni negative a favore della sicurezza, del rilassamento e del piacere, anche corporeo.

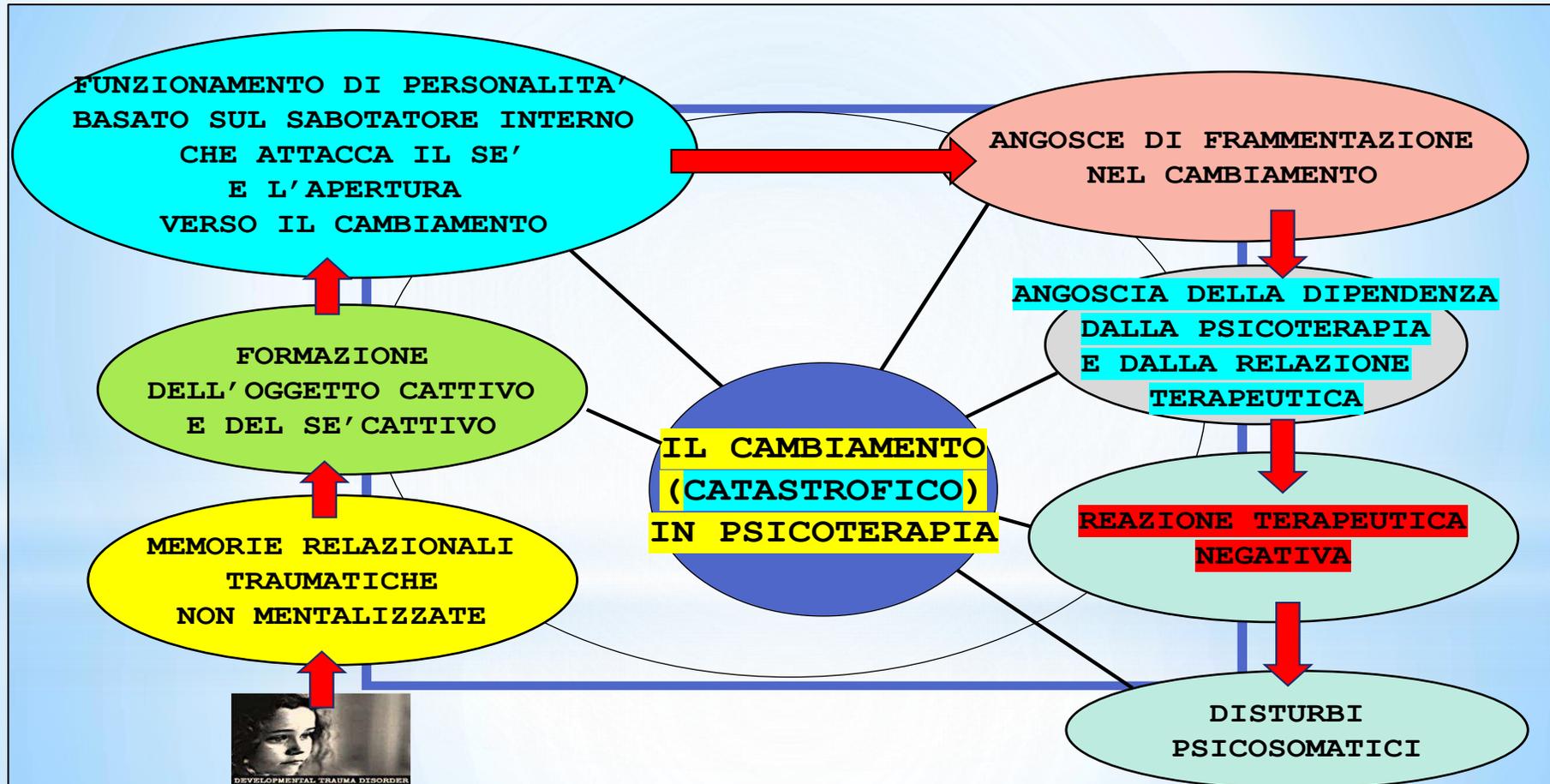
**LAVORARE SULLE FANTASIE
E SUI PROCESSI IMMAGINATIVI
E I SOGNI**

con lo scopo di differenziare
emozioni/sensazioni e contenere le

**ANGOSCE DI FRAMMENTAZIONE
(Reazione Terapeutica Negativa)**



Il **cambiamento catastrofico** costituisce un fenomeno evolutivo, di crescita mentale. Si può paragonare a un'esplosione che trasforma un momento pre-catastrofico in un altro, post- catastrofico, ricco di emozioni. È associato perciò a una trasformazione. Non è un disastro, ma il punto di partenza di un'evoluzione. (...)
Sebbene si tratti di una situazione emotiva profonda, si intreccia con un sentimento di crisi che si può cogliere sia nella vita psichica che nel gruppo e nella società. (Bion)



La reazione terapeutica negativa, il ritorno dell'Oggetto Cattivo, angosce di frammentazione



Prefazione

Questo volume descrive come si può aiutare il paziente a superare quello che Freud ha descritto come l'ostacolo più grave per la psicoterapia: la reazione terapeutica negativa. È l'oggetto cattivo il principale responsabile di questa reazione — la strada traditrice sulla quale il processo terapeutico spesso si blocca. Il paziente e il terapeuta che affrontano le traversie del viaggio terapeutico somigliano spesso a Ulisse e al suo equipaggio, costretti ad affrontare demoni, sirene e ciclopi che minacciano di ostacolare il loro lungo viaggio. Di fatto questi demoni mitologici personificano le tante e diverse maschere dell'oggetto cattivo, spesso descritto come eccitante (ma non soddisfacente), capace di sedurre, stregare, creare una dipendenza come gli stupefacenti, inghiottire, rifiutare, punire e perseguitare.

L'oggetto cattivo comprende i reali attributi negativi delle figure genitoriali — spesso è una combinazione delle caratteristiche sia della madre che del padre insieme ad altre successive persone significative a loro somiglianti — e delle fantasie e delle distorsioni del figlio nei confronti di queste figure. Per quanto riguarda questo secondo aspetto, le esperienze insoddisfacenti con le figure genitoriali provocano frustrazione e rabbia, che danno la loro impronta alla percezione dell'oggetto da parte del bambino. L'oggetto cattivo diventa perciò spesso più potente e persecutorio delle figure genitoriali reali su cui è basato, non lasciando al bambino alcuna alternativa se non quella di rimuovere, scindere e proiettare l'oggetto terrificante e spaventoso. La definizione 'cattivo' riferita all'oggetto non riguarda una valutazione morale, ma piuttosto l'esperienza insoddisfacente soggettiva che il bambino vive con l'oggetto.

Il progresso terapeutico pone il paziente e il terapeuta sotto la minaccia della collera terribile dell'oggetto cattivo. Il paziente si trova in conflitto tra la lealtà e la paura verso l'oggetto cattivo e il desiderio di entrare in un rapporto con l'oggetto buono che favorirà la separazione dall'og-

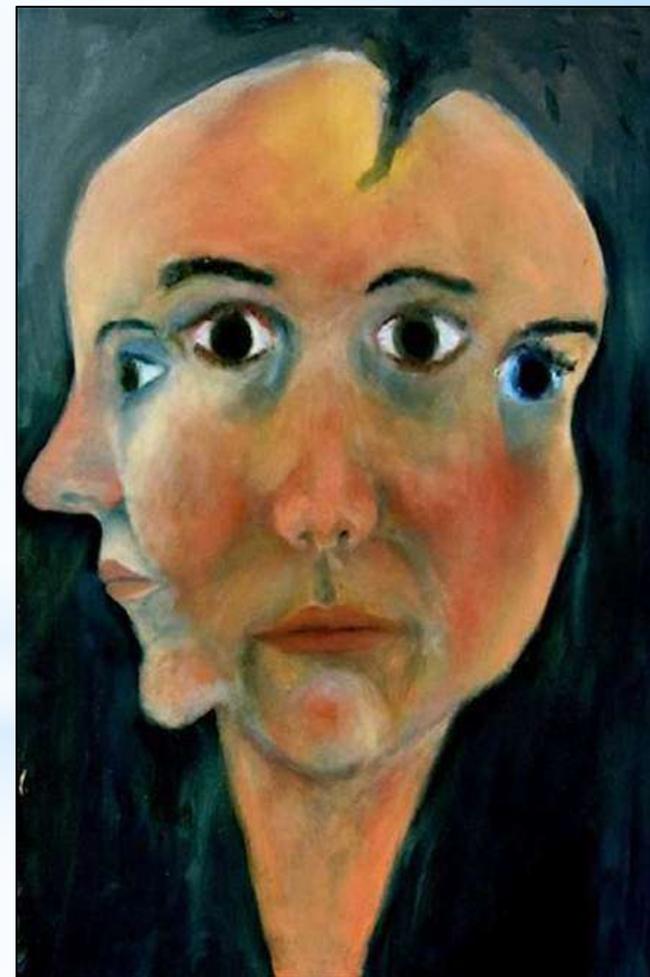
cia di frammentazione e alle difese da essa. Per continuare l'analogia astrofisica, è come se Kohut abbia cominciato a guardare oltre i domini reali e manifesti (benché inconsci) della psiche trovando le aree della materia oscura e dei buchi neri che influiscono su ciò che si osserva. I transfert di oggetto-sé, di rispecchiamento, idealizzante e gemellare tendono a rimanere invisibili finché non vengono mandati in frantumi. È attraverso i prodotti della loro disintegrazione che se ne distingue l'esistenza.

L'angoscia di disintegrazione è difficile da esprimere e da comunicare, in confronto ad altre angosce più specifiche (come quelle descritte da Freud: perdita dell'oggetto, perdita dell'amore, paura del Super-Io, castrazione). Ha scritto Kohut (1977):

... l'espressione di un'angoscia maldefinita ma intensa e pervasiva che accompagna l'affiorare nel paziente della consapevolezza che il suo sé si va disintegrando (frammentazione grave, seria mancanza di iniziativa, profonda caduta dell'autostima, senso di profonda mancanza di significato), può anch'essa inizialmente essere velata; analizzando può tentare di esprimere la sua consapevolezza delle temibili alterazioni nello stato del proprio sé attraverso il tramite di verbalizzazioni che concernono paure circoscritte (ed è solo gradualmente e superando resistenze che le sue associazioni cominceranno a comunicare il contenuto centrale della sua angoscia, che egli in effetti può descrivere solo con l'aiuto di analogie e di metafore) (Kohut, 1977, pp. 102-103).

Una mia paziente, che, dopo circa dodici anni di terapia, oggi sta affrontando la conclusione dell'analisi dovuta alla necessità di trasferirsi in un altro paese, ha osservato: "L'unica cosa che si pone tra me e la disintegrazione sei tu". In un suo sogno, la casa in cui doveva andare ad abitare insieme al marito veniva crivellata dai tarli e rischiava di crollare al suolo. Il problema della paziente è che, se comunica con me, sa rappresentare la frammentazione con parole e simboli, ma, quando è sola, non ha alcun mezzo per esprimerla; la frammentazione allora si trasforma in un terrore schiacciante e senza nome, e la donna cade in uno stato che non le consente di pensare o usare le parole, ma le fa semplicemente vivere un'agonia psichica che va oltre la comunicazione. In un simile stato mentale, il senso di solitudine e di desolazione è completo. La sua infanzia è stata caratterizzata da isolamento, rifiuto, freddezza emotiva e abuso sessuale, innestatisi forse su un temperamento di tipo ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disturb*, Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività) che ha incentivato la tendenza alla frammentazione. Un'altra caratteristica di questa paziente è che a una conoscenza superficiale può apparire piuttosto normale: intelligente, colta, educata; ma si tratta di una vernice della personalità, che ricopre un nucleo di frammentazione e di agonia psichica.

Angosce di frammentazione nel cambiamento psico-somatico

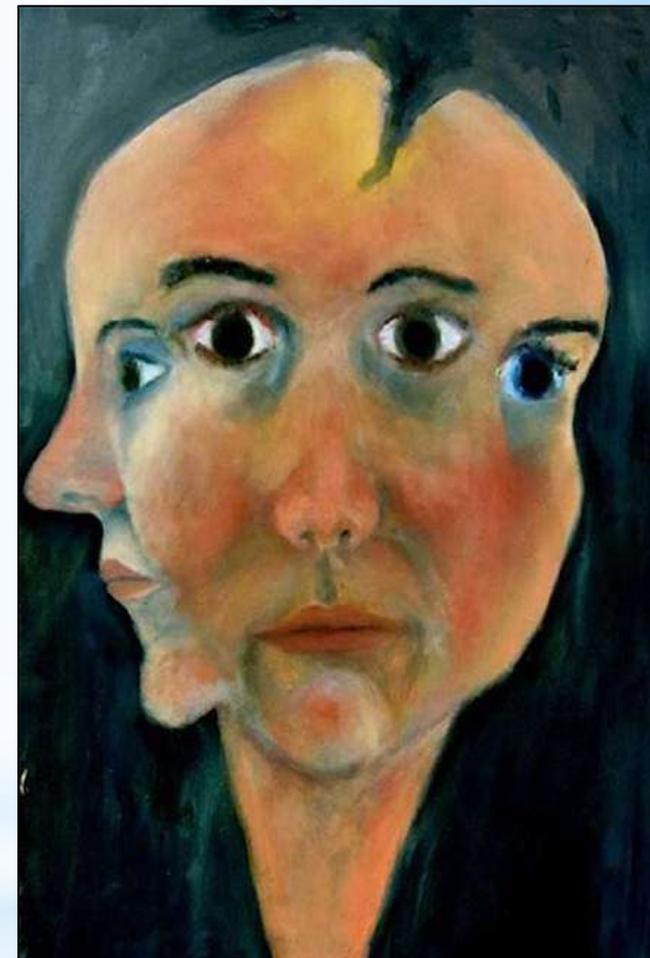


nivano uccise e sostituite con copie identiche che, però, si comportavano secondo i desideri dei loro mariti (Mollon, 2002b). Se il bambino interiorizza l'ambiente psichicamente omicida, da allora in poi, per tutta la vita, continuerà a essere perpetrato l'assassinio del sé autentico, in quanto il processo verrà particolarmente attivato ogniquale volta incomberà la minaccia di intimità emotiva e attaccamento genuini. Il mantenimento della struttura psichicamente omicida viene suscitato dall'angoscia di disintegrazione.

Nel quadro espositivo fin qui delineato, ho descritto come lo stadio del sé frammentato e la minaccia della regressione vengano neutralizzati dall'assimilazione di strutture estranee erroneamente percepite come 'sé'. Se gli viene offerto un ambiente terapeutico, il paziente può cercare inconsciamente di tornare ai bisogni dell'oggetto-sé non soddisfatti nelle prime fasi della vita, scartando le strutture del falso sé, ma rischiando al tempo stesso di precipitare in una frammentazione irreversibile. Prima di effettuare il lavoro analitico, il paziente non conosce né se stesso né l'altro. È solo togliendo di mezzo i simulacri del transfert,² in modo da percepire in termini di immagini imposte i due che si trovano nello studio analitico (il sé e l'altro), che il sé veramente spontaneo ed essenzialmente sconosciuto può cominciare a emergere. Questo momento di crescita e di cambiamento reca con sé il terrore della disintegrazione, in quanto comporta l'abbandono di strutture note.

IMPLICAZIONI DEL LAVORO CON L'EMDR

Poiché l'EMDR e gli approcci energetici tendono a produrre molto in fretta l'elaborazione, è naturale che l'angoscia di disintegrazione venga alla ribalta. Un rapido cambiamento, anche se positivo, può essere allarmante, specialmente quando l'io, o l'organizzazione psicologica della persona, è rigido o fragile, come può avvenire se il bambino ha dovuto instaurare un'indipendenza e un autocontrollo precoci poiché l'ambiente in cui è stato allevato era inadeguato, violento o imprevedibile. L'EMDR allora si troverà a fronteggiare una forte resistenza, suscitata dall'angoscia di disintegrazione. Ciò potrebbe costituire la base di una reazione terapeutica negativa, o di quel fenomeno che gli psicologi energetici chiamano 'rovesciamento psicologico'. Entro certi limiti è possibile contrastare la reazione negativa all'elaborazione affrontando l'angoscia di disintegrazione stessa con l'EMDR o l'EFT. L'angoscia di disintegrazione deve essere compresa e spiegata.



LA MINACCIA DI INTIMITA' EMOTIVA

Angosce di frammentazione nel cambiamento psico-somatico

96 *Le terapie energetiche*

traverso le funzioni dell'oggetto-sé fornite dall'oggetto, ma non riguarda essenzialmente il rapporto con quest'ultimo. A Kohut interessavano problemi psichici piuttosto diversi da quelli di cui si sono occupati i kleiniani o la scuola delle relazioni oggettuali, o forse perfino le attuali scuole relazionali di psicoanalisi degli Stati Uniti. Tuttavia, i disturbi, le tensioni e le angosce relative alla struttura del sé possono rafforzare i disturbi relazionali. Una persona può aggrapparsi alle strutture o ai moduli patologici delle relazioni oggettuali, poiché il cambiamento minaccerebbe la frammentazione del sé. In tal modo, i modelli operativi interni di relazione, come pure i sistemi di credenze (sistemi religiosi e politici) possono essere tenacemente conservati perché tali strutture costituiscono l'esperienza della persona. L'emergere del sé autentico sconosciuto può suscitare terrore non meno che gioia.

Talvolta la paura del cambiamento è osservabile a livello fisiologico. Mi è capitato di notarla nelle vittime di grave abuso infantile: cercando di elaborare il trauma con l'EMDR o l'EFT, manifestavano una particolare resistenza a far scendere la propria eccitazione e la propria angoscia al di sotto di un certo livello. Una di queste persone fu colta da un grave attacco di panico quando tentò di ascoltare un'audiocassetta rilassante: si rese conto, in realtà, che l'idea di rilassarsi la terrorizzava. Come altri pazienti, sembrava usare la propria muscolatura e l'eccitazione fisiologica come strumenti per costruirsi una corazza corporea (Reich, 1949), che teneva insieme il sé e lo proteggeva da un mondo ostile.

Nel discorso di Kohut è implicito che, anche una volta instaurato un sé coesivo, la minaccia di frammentazione resta, sempre pronta a invadere il sé in caso di circostanze avverse. Secondo Kohut, chi è affetto da psicosi, sindrome borderline o stati schizoidi non è trattabile con la psicoanalisi perché questa rischia di esacerbare il soggiacente stato di frammentazione del paziente. Senz'altro la fenomenologia di molti stati mentali gravemente disturbati (come per esempio le voci allucinatorie e le deformazioni percettive) può essere in parte interpretata come espressione dei 'prodotti di disintegrazione' della psiche frammentata.

Come se non bastasse, Kohut ha messo in luce che l'angoscia di frammentazione può presentarsi nei momenti cruciali di cambiamento psichico, allorché una preesistente organizzazione disadattiva dell'oggetto-sé sta per essere abbandonata. Per esempio, il signor Z. (Kohut, 1979), proprio mentre stava cominciando ad abbandonare l'arcaico legame con la madre per passare a un'organizzazione dell'oggetto-sé con la forte figura paterna (espressa nel transfert e nell'emergenza di positivi ricordi infantili relativi al padre), ebbe

un certo numero di esperienze paurose quasi-psicotiche, nelle quali egli si sentiva come disintegrare ed era assalito da intense preoccupazioni ipocondria-

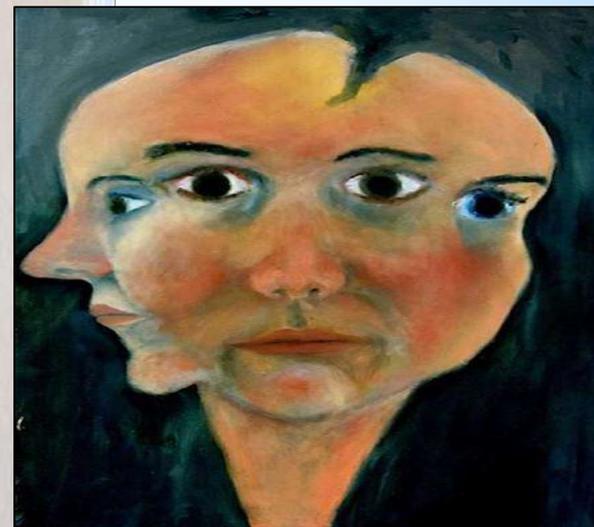
L'angoscia di disintegrazione 97

che. In quei momenti sognava di paesaggi desolati, di città bruciate e, cosa profondamente sconvolgente, di ammassi di corpi umani ammonticchiati (Kohut, 1979, pp. 56-57).

In uno di questi sogni vedeva la madre che, in piedi, gli dava le spalle. Ciò era accompagnato dall'"angoscia più profonda che egli avesse mai vissuto" (*ibid.*): così il paziente esprimeva la propria presa di coscienza che la madre si era gelidamente allontanata da lui quando egli aveva cercato di affermare la propria indipendenza, nonché l'emergente consapevolezza che non gli aveva mai presentato un volto rispecchiante e sorridente in risposta alle sue iniziative evolutive.

PIÙ AMPIE PROSPETTIVE SUL SÉ-CORPO FRAMMENTATO

Il tema del sé-corpo frammentato ricorre nelle teorie di molti analisti. Lo stesso Kohut ha attinto alla deduzione freudiana di uno stato autoerotico anteriore a quello del narcisismo e della formazione dell'Io, nonché al concetto di Glover di 'nuclei dell'Io'. Con parole simili a quelle usate da Winnicott, che parlava di 'impensabili agonie', Kohut (1984, p. 27) ha scritto delle "indicibili angosce che accompagnano... uno stato prepsicologico". Anche Lacan ha fatto riferimento allo stadio dell'"immagine corporea frammentata", anteriore all'involupamento nella rete delle immagini e del linguaggio forniti dalla cultura prevalente. Queste sono le versioni lacaniane dell'oggetto-sé. Così, per Lacan, anche se l'Io, cioè il senso illusorio di un sé coerente, è radicato in questa alienante identificazione con le immagini esterne, la minaccia della frammentazione è sempre presente e dà origine a ciò che egli chiamava 'passione narcisistica', "la furiosa passione, che specifica l'uomo, di imprimere nella realtà la propria immagine..." (Lacan, 1948, p. 110). Lacan ha rilevato che tutti noi dobbiamo costruire la nostra 'identità' a partire dai ruoli, dalle immagini e dal linguaggio di cui disponiamo nell'ambito della cultura di appartenenza, specialmente la microcultura della nostra particolare famiglia di nascita. Tutti gli esseri umani sono nati in una cultura, ma le culture sono altamente variabili e plastiche. L'identità, il sé, cui gli esseri umani danno valore e che proteggono con tanta veemenza, è totalmente illusorio. Eppure è la minaccia di questa illusione che, svelandoci ed esponendoci alla frammentazione e al terrore, ci fa aderire a essa con tanta passione, come viene dimostrato dai conflitti tribali e dalle forme di fanatismo religioso succedutisi nel corso della storia. Io ritengo che il desiderio di sfuggire al terrore della disintegrazione dell'immagine illusoria susciti ovunque la tendenza umana a terrorizzare gli altri e a imporre loro un'identità. È probabile che la distribuzione e l'equilibrio del potere mon-





.....Ma la sensazione di calma è a doppio taglio! Quando una persona con una storia di trauma grave inizia a calmarsi, il suo corpo può essere innescato per andare in difesa, se gli spunti di calma e immobilizzazione sono associati con una violazione di fiducia e abuso. Funzionalmente, quando il corpo abbandona la difesa, diventa vulnerabile e può innescare una memoria implicita associata a un evento durante il quale la fiducia era stata violata.

Ipoteticamente, essere calmi e fidarsi di un altro non dovrebbe creare vulnerabilità. Ma per molti con storie di traumi, questo scatena sentimenti di vulnerabilità.

E

SOGNO

L'ELABORAZIONE GERARCHICA DELLE INFORMAZIONI NEL SOGNO

MODELLO DEL CODICE MULTIPLO

SUBSIMBOLICO NON-VERBALE
COMPONENTI SENSORIALI,
SOMATICHE, VISCERALI
INFORMAZIONI GREZZE
DELL'ESPERIENZA

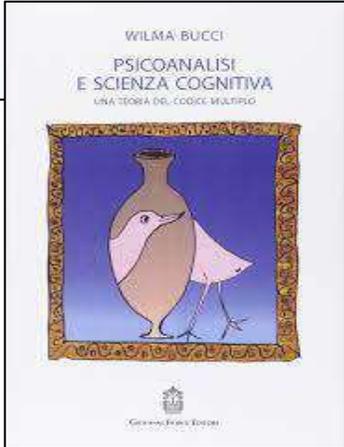
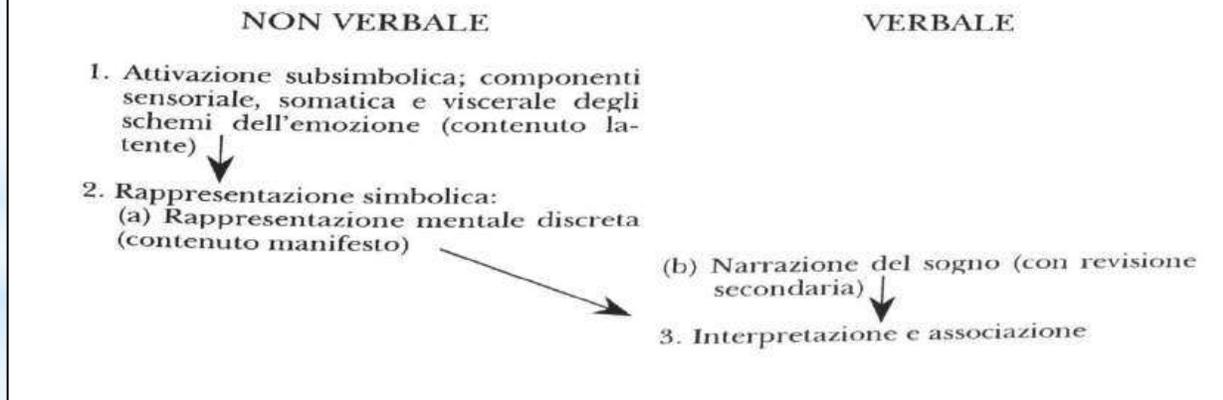


Figura 15.2 La teoria del codice multiplo della costruzione e interpretazione del sogno: il processo referenziale



SIMBOLICO NON-VERBALE
RAPPRESENTAZIONE COGNITIVO-AFFETTIVA
DEGLI STIMOLI
IMMAGINAZIONE/INTERPRETAZIONE

SIMBOLICO VERBALE
LINGUAGGIO/ATTIVITA' REFERENZIALE

La **Traumdeutung di Freud** rappresenta ancora una brillante spiegazione del significato del sogno. Nel corso del tempo ha sollevato una serie di critiche e di teorie alternative nel campo della psicologia e della neurofisiologia, oltre alle numerose integrazioni elaborate dalla psicoanalisi stessa.

Con l'aiuto delle ipotesi psicoanalitiche avanzate da **Ferenczi** e **Garma**, le quali **spiegano il sognare come funzione di risoluzione dei traumi psichici** oggi possiamo inquadrare e sistematizzare le differenti critiche e teorie connesse al sogno. Dapprima osservando la valenza di 'rappresentazione traumatica' di tutti i sogni di Freud esposti nella Traumdeutung, e poi includendo in tale ottica traumatologica sia i sogni di angoscia che la censura rovesciando il noto principio che il sogno sia guardiano del sonno.

Bisognerà quindi

- 1) riconsiderare il significato del sogno come **'appagamento allucinatorio di un desiderio rimosso'**.
- 2) precisare come le spiegazioni psicologiche e neurofisiologiche del sogno (per esempio quelle del conflitto, della memorizzazione, della cancellazione, del problem solving, della simbolizzazione etc.) insieme al pensiero sul sogno di psicoanalisti (Bion, Meltzer, Winnicott, Segal, Klein etc) possano essere comprese e incluse **in una visione unitaria basata sulla spiegazione della ripetizione attraverso il sogno delle esperienze traumatiche non ancora integrate.**



Temi comuni nei sogni

Alcuni temi ricorrenti sono stati individuati attraverso analisi e studi psicologici. Tra questi, il sogno di essere inseguiti e inseguiti ripetutamente emerge come il tema ricorrente più vissuto. I seguenti temi rappresentano più della metà dei sogni ricorrenti:

- Incontrando difficoltà nella manutenzione della casa
- Denti che cadono - Freud credeva che se una donna sognava costantemente che i suoi denti stavano cadendo, significava che stava aspettando un bambino senza saperlo. Pensava che se un uomo aveva questo sogno, era perché aveva paura della castrazione.
- Alla scoperta di nuove stanze in una casa - Freud credeva che le case rappresentassero i corpi. Altri pensavano che rappresentasse il sognatore che scopre cose nuove su se stesso o sul proprio potenziale.
- Perdere il controllo di un veicolo
- Non riuscire a trovare il bagno
- Avere la capacità di volare
- Essere legati o incapaci di muoversi
- Trovarti nudo in un luogo pubblico
- Ripetere una lezione o fallire un esame
- Perdere l'uso della parola
- Fuggire o rimanere intrappolati, in un tornado / tempesta
- Annegare o soffocare
- Trovare oggetti smarriti
- Non riuscire ad accendere la luce in casa
- Ritrovarsi con il proprio partner, con un'altra figura significativa o con un estraneo



Le indagini interculturali rilevano che il tema del sogno più tipico è quello dell'essere inseguiti o attaccati. Altri temi negativi comuni includono la caduta, l'annegamento, lo smarrimento, l'essere intrappolati, l'essere nudi o altrimenti vestiti in modo inappropriato in pubblico, l'essere feriti, malati, oppure morire accidentalmente, trovarsi in un disastro naturale o provocato dall'uomo, agire prestazioni scadenti (come difficoltà ad affrontare un esame), oppure problemi con il trasporto o con i propri documenti.

Alcuni temi sono positivi, come la sessualità e l'erotismo, il volare leggeri o la scoperta di una fortuna materiale come il denaro, oppure di scoprire altre stanze in casa.

Questi sogni positivi sono meno comuni dei sogni di minaccia.



Condensazione nei sogni (Verdichtung)

“Condensazione nei sogni. Uno dei modi essenziali del funzionamento dei processi inconsci: una rappresentazione unica di varie catene associative di cui costituisce il punto di intersezione. Dal punto di vista economico, essa è allora investita della somma delle energie inerenti a queste diverse catene [...]. Nel sogno essa si esprime nel fatto che il racconto manifesto è laconico rispetto al contenuto latente e ne costituisce una traduzione abbreviata” (Laplanche J., Pontalis J.B., 1967:90-91).

“ Buona parte di ciò che abbiamo appreso sulla condensazione nei sogni può essere riassunto nella formula: ogni elemento del contenuto onirico è sovradeterminato dal materiale dei pensieri onirici, e non deriva da un singolo elemento di questi pensieri, ma da un'intera serie di elementi, che non devono affatto essere vicini gli uni agli altri nei pensieri onirici, ma possono invece far parte di più diversi settori del tessuto ideativo” (Freud S., 1900:22).



Il sogno è un condensato di significati plurimi

La descrizione della condensazione nei sogni risulta agevolata dalla considerazione, **in parallelo, del meccanismo dello spostamento.** *“Una rappresentazione può cedere tutto l’ammontare del proprio investimento a un’altra rappresentazione, attraverso il processo di spostamento; oppure può appropriarsi di tutto l’investimento di parecchie rappresentazioni, attraverso il processo di condensazione”* (Freud S., 1915:70). Questo significa che **spostamento e condensazione nei sogni** definiscono due aspetti di **processi analoghi.**

Nel caso dello spostamento, se la carica di energia (**investimento**) è spostata da una rappresentazione (**contenuto**), questa rappresentazione perde la capacità di attirare l’attenzione su di sé. La condensazione definisce il processo inverso: parecchi investimenti (che in origine appartenevano a rappresentazioni diverse) vengono **unificati** entro un solo contenuto psichico (rappresentazione, immagine) aumentandone così intensità ed efficacia. *“L’intensità di tutta una serie di pensieri può infine trovarsi raccolta in un unico elemento rappresentativo”* (1899:542).

La condensazione (in azione nel sintomo e in generale nelle varie formazioni dell’inconscio) si esprime nel **sogno** nel fatto che il racconto manifesto è **laconico** rispetto al contenuto latente e ne costituisce una traduzione abbreviata:

“ Il primo risultato del lavoro onirico è la condensazione. Intendiamo con ciò il fatto che il sogno manifesto contiene meno del sogno latente, è quindi una specie di traduzione abbreviata di quest’ultimo. Può accadere che qualche volta la condensazione manchi; di solito però è presente e molto spesso è enorme. Essa non si muta mai nel proprio contrario, ossia non avviene che il sogno manifesto sia più ricco di quello latente e in estensione e in contenuto. La condensazione si attua perché: 1) certi elementi latenti vengono omessi del tutto; 2) di alcuni complessi del sogno latente solo una briciola passa in quello manifesto; 3) elementi latenti che hanno qualcosa in comune vengono combinati, fusi in un’unità nel sogno manifesto” (Freud S., 1915-17: 342).



La **condensazione nei sogni** opera lungo il “percorso retrogrado in direzione della percezione” sulla quale lo stato di sonno spinge a forza ogni moto pulsionale e ogni pensiero onirico latente. *“I pensieri onirici latenti vengono quindi trasformati in una somma di immagini sensoriali e di scene visive. Lungo questo cammino [...] Quelli [dei singoli elementi dei pensieri onirici latenti] che lasciano scoprire un qualsiasi punto di contatto tra loro vengono condensati in nuove unità. Nella trasposizione dei pensieri in immagini, vengono inequivocabilmente preferiti quelli che consentono siffatta fusione o condensazione; è come se agisse una forza che sottopone il materiale a una pressione, una concentrazione”* (Freud S., 1932:135).

La condensazione nei sogni **non deve**, per quanto detto, **essere assimilata a un riassunto**: se ogni elemento manifesto è determinato da più significati latenti, inversamente ciascuno di tali significati può ritrovarsi in più elementi: *“A causa della condensazione nei sogni un elemento del sogno manifesto può quindi corrispondere a numerosi elementi dei pensieri onirici latenti; e, viceversa, un elemento dei pensieri onirici può essere rappresentato nel sogno da più immagini”* (Freud S., 1932:135).

Inoltre l'elemento manifesto non rappresenta sotto uno stesso rapporto ciascuno dei significati da cui deriva e non li sussume quindi come farebbe un concetto. *“ I pensieri che sono in contraddizione fra loro non tendono a eliminarsi a vicenda, ma coesistono l'uno a fianco dell'altro, e spesso si congiungono tra loro per produrre condensazioni “ come se non esistesse alcuna contraddizione”* (Freud S., 1899:543).



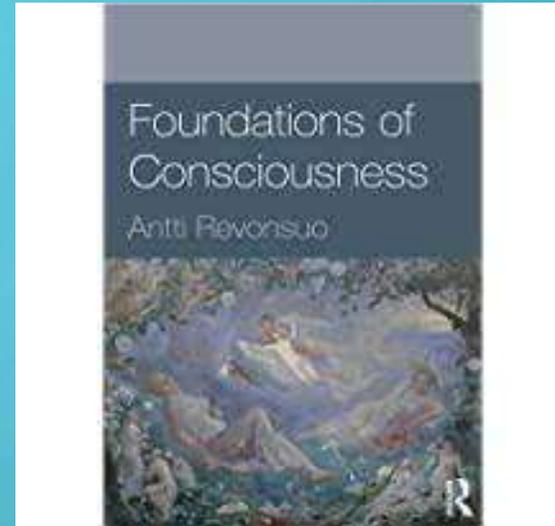
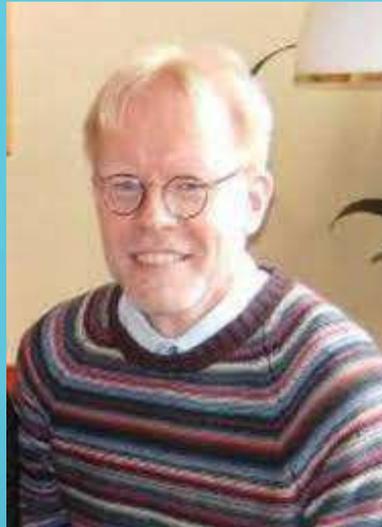
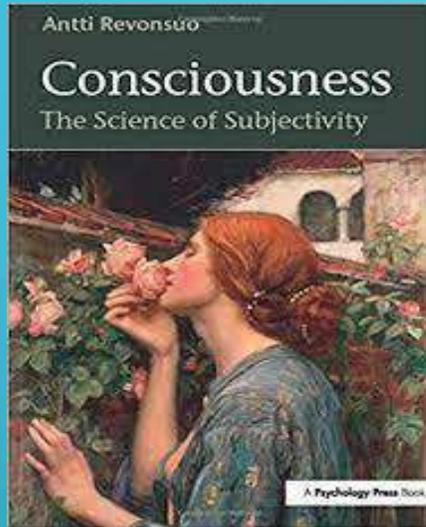
L'assenza di contraddizione, cui la citazione fa riferimento, consente un riferimento al processo di generale **“alterazione”** delle connessioni logiche propria del lavoro onirico. Una sola relazione logica -quella della somiglianza, della comunanza, della concordanza- risulta essere agevolata dal meccanismo della formazione del sogno. *“Il lavoro onirico si serve di questa relazione come di un sostegno per la condensazione, concentrando in nuove unità tutto ciò che dimostra tale concordanza”* (Freud S., 1900:29). E ancora: *“ Si prende pretesto da una qualunque somiglianza delle cose o delle rappresentazioni verbali tra due elementi del materiale inconscio per creare una terza cosa, una rappresentazione ibrida o di compromesso, che nel contenuto onirico sostituisce le sue due componenti e che causa di questa origine è così spesso dotata di singole determinazioni contraddittorie”* (Freud S., 1901:105-106).

Al meccanismo della condensazione nei sogni è altresì ascrivibile il **processo di creazione** delle persone composite (**“formazioni miste”**): *“Una simile persona composta ha, per esempio, l'aspetto di A, è però vestita come B, compie un'operazione che si ricorda essere stata compiuta da C, e per giunta par di capire che si tratta della persona D. Mediante questa formazione mista viene messo in particolare rilievo naturalmente qualcosa che le quattro persone hanno in comune [...] è come una nuova formazione concettuale transitoria, che ha come nucleo questo elemento comune. Dalla sovrapposizione delle singole unità condensate scaturisce di norma un'immagine vaga, confusa così come succede scattando varie fotografie sulla medesima lastra”* (Freud S., 1915-17:342-343).

Le immagini nei sogni non hanno limiti di tempo, di spazio, di convenzioni, non hanno freni inibitori, non sono soggette a censure di carattere sociale o culturale.

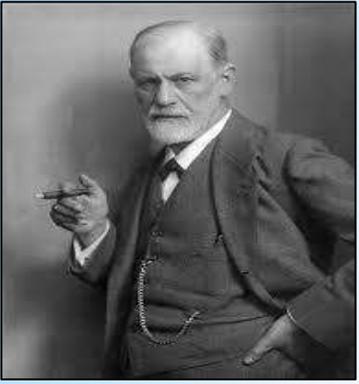


Antti Revonsuo e la Teoria della Simulazione della Minaccia nel sogno



La teoria di Simulazione di Minaccia di Revonsuo afferma che "l'esperienza del sogno è specializzata nella simulazione di eventi minacciosi", con lo scopo evolutivo di provare la lotta o le situazioni pericolose per prepararsi meglio nella vita reale.

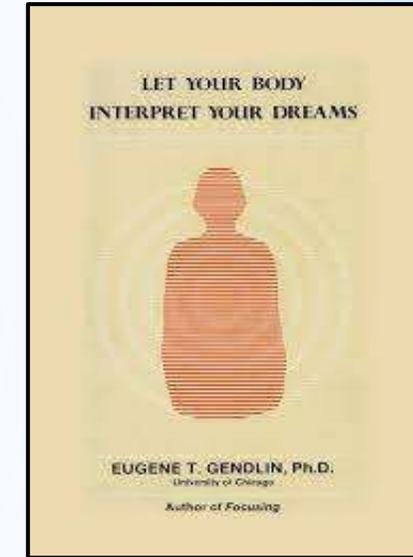
Il sistema di simulazione della minaccia "si è andato sviluppando per selezione naturale nel corso della storia evolutiva", ovvero si è sviluppato per fronteggiare la moltitudine di minacce a cui ha dovuto rispondere l'essere umano.



AND WHAT ABOUT DREAMS?



LET YOUR BODY INTERPRET YOUR DREAMS (Gendlin)



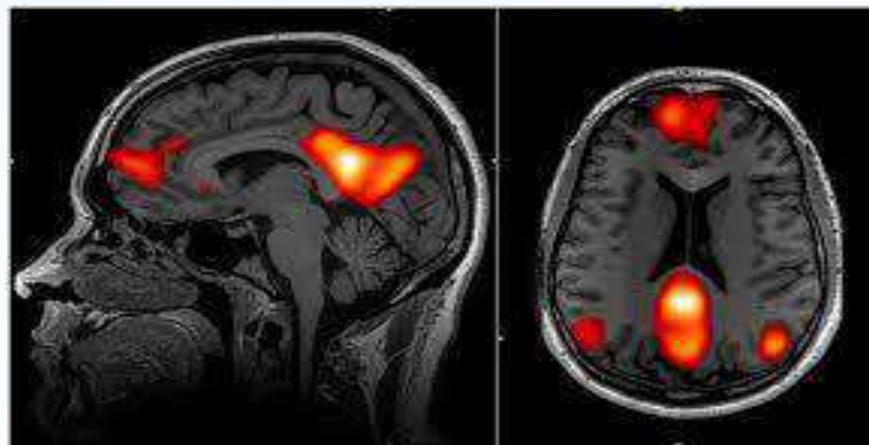
LET YOUR NEUROCEPTION INTERPRET YOUR DREAMS (Porges)



F

MIND WANDERING

MINDWANDERING (DMN): IL FENOMENOMENO NATURALE DEL VAGABONDAGGIO MENTALE

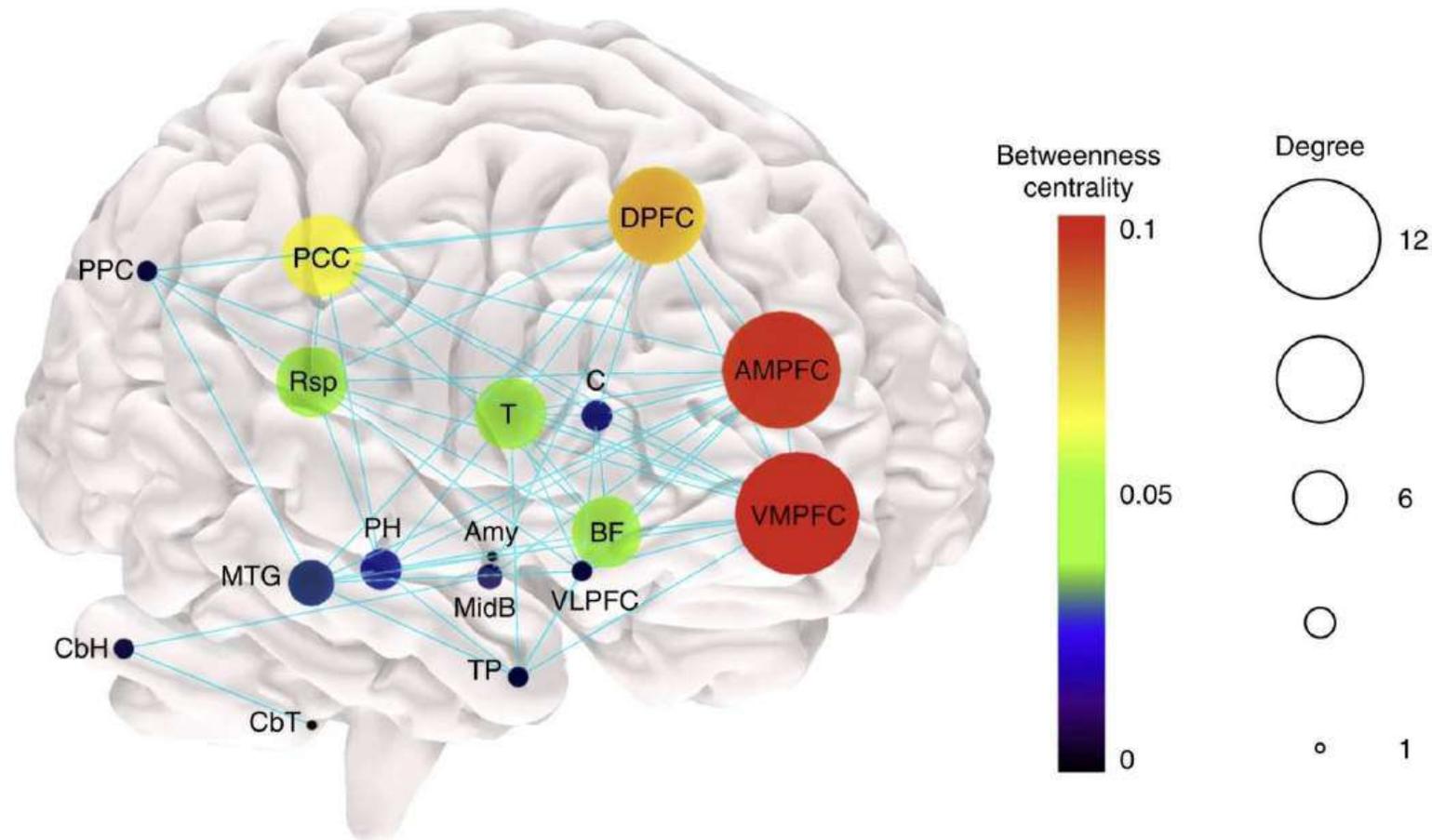


Capita a tutti di guidare, sostenere una conversazione, svolgere dei compiti quotidiani e sperimentare il fenomeno del “**perceptual decoupling**“, ovvero “**disaccoppiamento della coscienza**” E’ quella condizione che ci porta a fare qualcosa mentre la nostra attenzione è direzionata altrove, su qualcosa della quale non si ha piena coscienza.

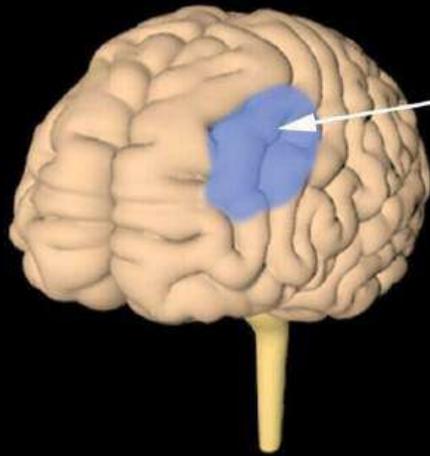
Le neuroscienze hanno studiato i meccanismi neurali coinvolti nel **Mindwandering**, scoprendo il **Default Mode Network (DMN)**. Si tratta di una **rete neurale che comprende la corteccia prefrontale mediale, la corteccia cingolata posteriore e le cortecce infero-parietale e temporale**. L’attività corticale di questo network si riduce in modo significativo durante compiti esecutivi finalizzati a uno scopo, mentre **incrementa la sua attivazione quando il cervello è a riposo, o quando sogna**.

LA RETE NEURALE DEL DMN

From: [An improved neuroanatomical model of the default-mode network reconciles previous neuroimaging and neuropathological findings](#)



Graph theory analysis of structural connectivity. The node size represents node degree and the node colour illustrates node betweenness centrality. The edges denote presence of structural connection. DPFC dorsal prefrontal cortex, PPC posterior parietal cortex, VLPFC ventrolateral prefrontal cortex, Rsp retrosplenial cortex, MTG middle temporal gyrus, PCC posterior cingulate cortex, C caudate, DPFC dorsal prefrontal cortex, AMPFC antero-medial prefrontal cortex, VMPFC ventro-medial prefrontal cortex, TP temporal pole, BF basal forebrain, T thalamus, PH parahippocampal region, CbH cerebellar hemisphere, CbT cerebellar tonsil, Amy amygdala, MidB midbrain. $n=20$ participants



Dorsolateral Prefrontal Cortex (dlPFC)

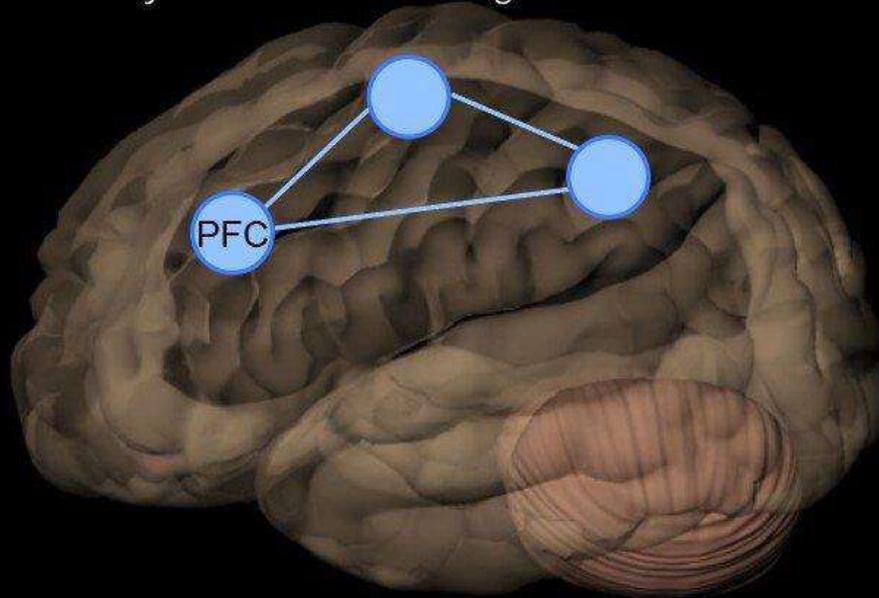
Executive Function
Working Memory
Planning
Decision Making
Social Cognition

Attention Networks = Task *Positive* Networks (TPNs)

Structure

PFC = Prefrontal Cortex

These networks are formed when the PFC synchronizes its activity with other brain regions in the neo-cortex



Functions

Task Positive = Everyday things that demand our effort

Focus | Presence | Planning | Working Memory

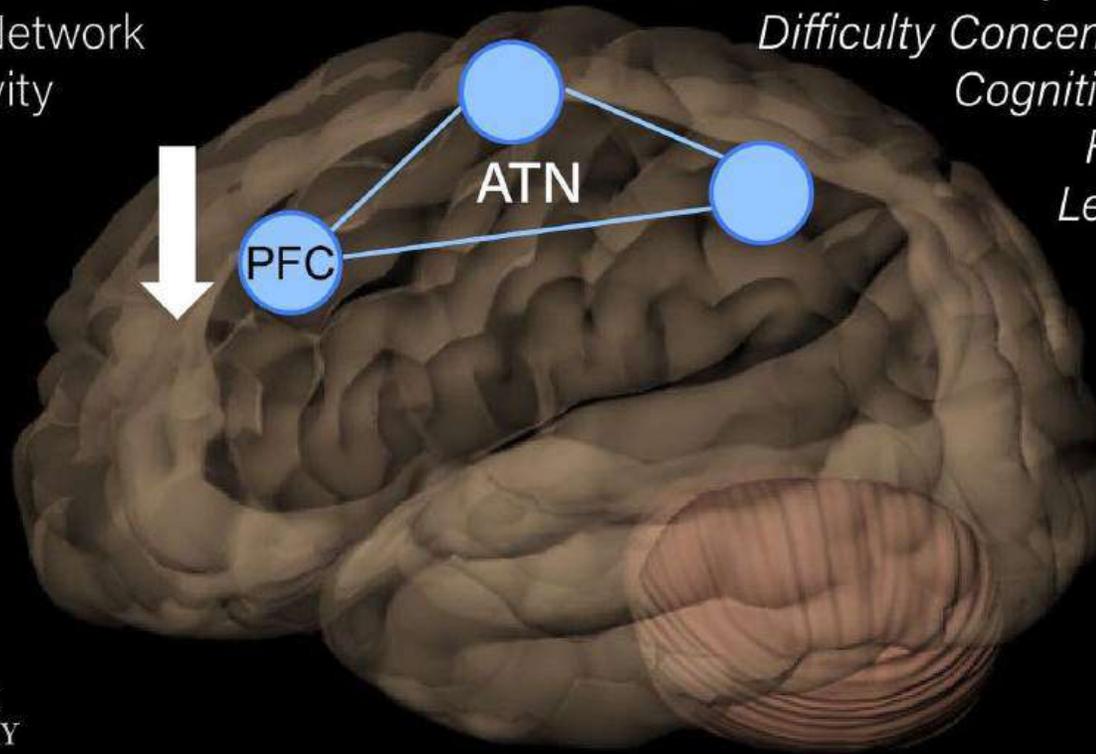
Executive Functions

The Depressed Brain

Reduced and Compromised
Attention Network
(**ATN**) activity



Cognitive Symptoms
of Depression:
Difficulty Concentrating
Cognitive Fog
Fatigue
Lethargy



MINDWANDERING

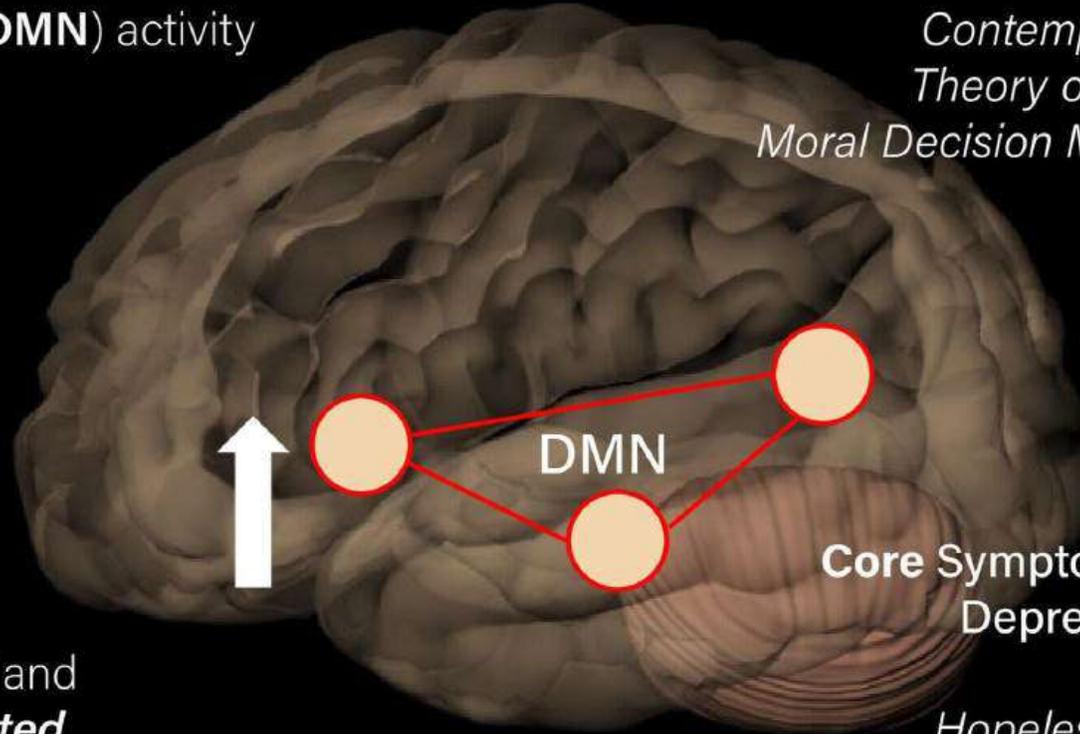
Normal

Default Mode
Network (**DMN**) activity



Important Functions

Mind-Wandering
Contemplating
Theory of Mind
Moral Decision Making

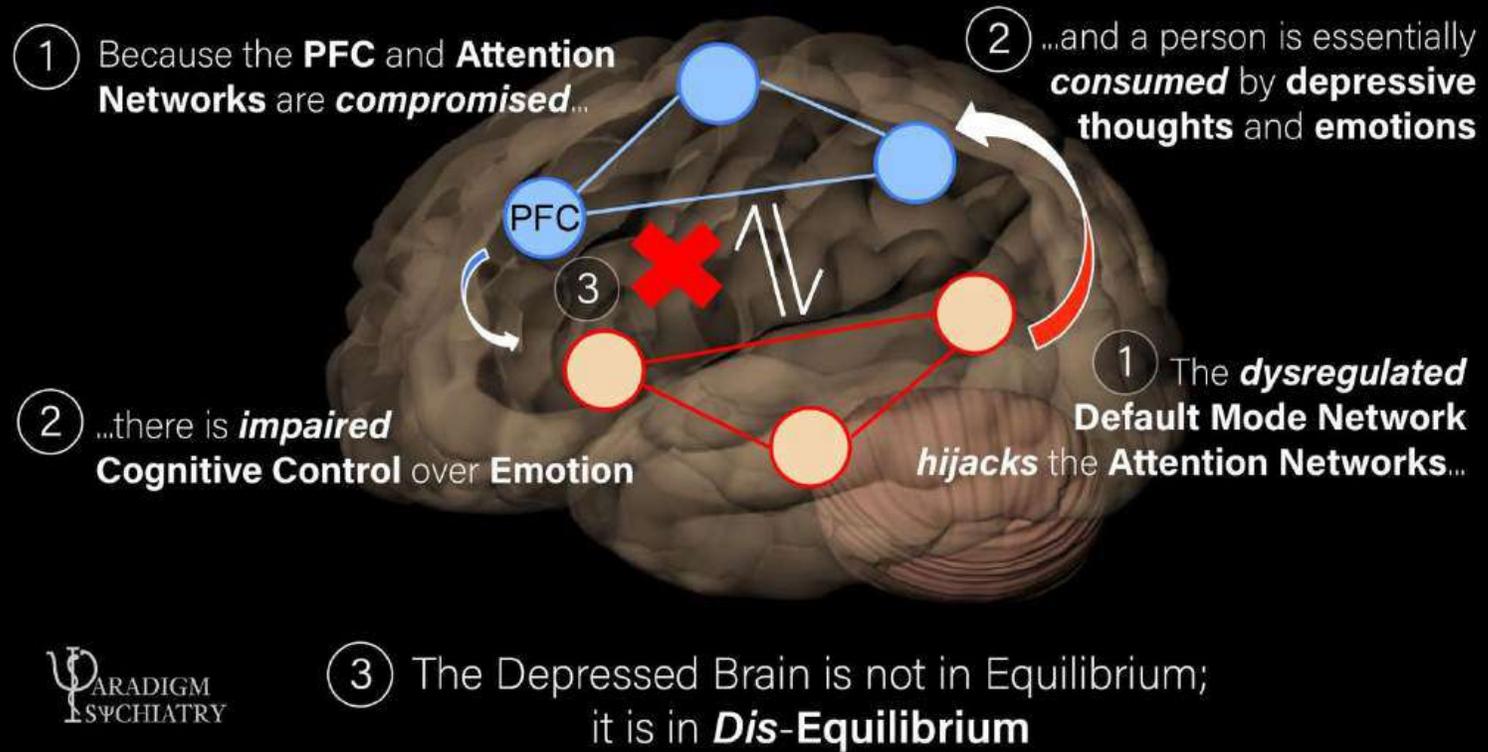


Increased and
Dysregulated
Default Mode Network
(**DMN**) activity



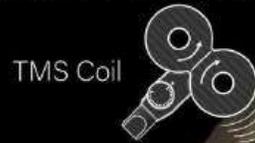
**Core Symptoms of
Depression:**
Guilt
Hopelessness
Ruminations
Negative thoughts

COMPROMISSIONE DEL CONTROLLO COGNITIVO SULLE EMOZIONI



Restored Cognitive Control over Emotion

① High frequency **excitatory** TMS **increases PFC activity**...



② ...and **restores Cognitive Control over Emotion**

④ ...so the person is **free to experience** their thoughts and emotions

③ The **Default Mode Network** is **regulated** and **no longer hijacks** the **Attention Networks**...

⑤ **Equilibrium is restored**, and the Depressed Brain is made **healthy** again

SOGNO E MINDWANDERING



Dreaming as mind wandering: evidence from functional neuroimaging and first-person content reports

Kieran C. R. Fox^{1*}, Savannah Nijeboer¹, Elizaveta Solomonova^{2,3}, G. William Domhoff⁴ and Kalina Christoff^{1,5}

¹ Department of Psychology, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

² Dream and Nightmare Laboratory, Center for Advanced Research in Sleep Medicine, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Montréal, QC, Canada

³ Individual Studies, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

⁴ Department of Psychology, University of California at Santa Cruz, Santa Cruz, CA, USA

⁵ Brain Research Centre, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

Edited by:

Wendy Hasenkamp, Mind and Life Institute, USA

Reviewed by:

Dimitrios Kourlis, Ghent University, Belgium

Jennifer M. Windt, Johannes Gutenberg-University of Mainz, Germany

*Correspondence:

Kieran C. R. Fox, Department of Psychology, University of British Columbia, 2136 West Mall, Vancouver, BC V6T 1Z4, Canada
e-mail: kfox@psych.ubc.ca

Isolated reports have long suggested a similarity in content and thought processes across mind wandering (MW) during waking, and dream mentation during sleep. This overlap has encouraged speculation that both “daydreaming” and dreaming may engage similar brain mechanisms. To explore this possibility, we systematically examined published first-person experiential reports of MW and dreaming and found many similarities: in both states, content is largely audiovisual and emotional, follows loose narratives tinged with fantasy, is strongly related to current concerns, draws on long-term memory, and simulates social interactions. Both states are also characterized by a relative lack of meta-awareness. To relate first-person reports to neural evidence, we compared meta-analytic data from numerous functional neuroimaging (PET, fMRI) studies of the default mode network (DMN, with high chances of MW) and rapid eye movement (REM) sleep (with high chances of dreaming). Our findings show large overlaps in activation patterns of cortical regions: similar to MW/DMN activity, dreaming and REM sleep activate regions implicated in self-referential thought and memory, including medial prefrontal cortex (PFC), medial temporal lobe structures, and posterior cingulate. Conversely, in REM sleep numerous PFC executive regions are deactivated, even beyond levels seen during waking MW. We argue that dreaming can be understood as an “intensified” version of waking MW: though the two share many similarities, dreams tend to be longer, more visual and immersive, and to more strongly recruit numerous key hubs of the DMN. Further, whereas MW recruits fewer PFC regions than goal-directed thought, dreaming appears to be characterized by an even deeper quiescence of PFC regions involved in cognitive control and metacognition, with a corresponding lack of insight and meta-awareness. We suggest, then, that dreaming amplifies the same features that distinguish MW from goal-directed waking thought.

Keywords: dreaming, mind wandering, default mode network, first-person report, spontaneous thought, neurophenomenology, memory consolidation, introspection

“The implication is that fantasy and dreams are part of a single continuing fantasy process which is subject to certain transformations imposed by physiological and stimulus events. It is unnecessary to sleep in order to generate dream-like ideation, and, apparently, it is unnecessary to be awake in order to produce relatively coherent, undream-like ideation”

—Eric Klinger (1971, p. 57).

INTRODUCTION

Dreaming and daydreaming (or “mind wandering”) seem to have had an enormous influence on human civilization through the ages: they are alleged to have inspired René Descartes’s revolutionary view of the mathematical unity of nature (Bailliet, 1691; Browne, 1977) and major scientific breakthroughs including discovery of the Benzene ring by Kekulé (Benfey, 1958), formulation of the periodic table by Mendeleev (Strathern, 2000),

and Nobel prize-winning research on the chemical basis of neurotransmission by Loewi (1960)—to cite only a few examples. Psychological research into the subjective content of these states has revealed an intriguing, if less sensational, picture of dreaming and mind wandering (MW) as complex integrations of sensorimotor imagery, emotions, memories, and future planning, in which problem-solving can also occur (Domhoff, 2003). Yet these simultaneously mundane and exceptional mental states remain difficult to understand and study, in part because they are subjective and “spontaneous” in nature: undirected, unpredictable, and poorly characterized from both the personal and scientific perspectives.

Even after decades of scientific research, both behavioral and neurophysiological (reviewed in Hobson et al., 2000; Smallwood and Schooler, 2006; Klinger, 2008; Kussé et al., 2010; Schredl, 2010; Christoff et al., 2011; Gruberger et al., 2011; Zadra and

PENSIERO INCONSCIO E PRECONSCIO
AUTOMATICO E SPONTANEO
NON FINALIZZATO A UNO SCOPO

FLUSSO
DI ASSOCIAZIONI LIBERE
ALLA BASE DELLA CREATIVITA'
DEL DECISION MAKING
COMPRESSE LE DECISIONI MORALI

MINDWANDERING
RUMINAZIONE

SOGNO AD OCCHI APERTI

RUMINAZIONE
INCONTROLLATA
DI PENSIERI NEGATIVI
SU SE STESSI
SUL PASSATO
SUL FUTURO
SUL PROPRIO CORPO

SELF-TALK

DIALOGO INTERIORE

G

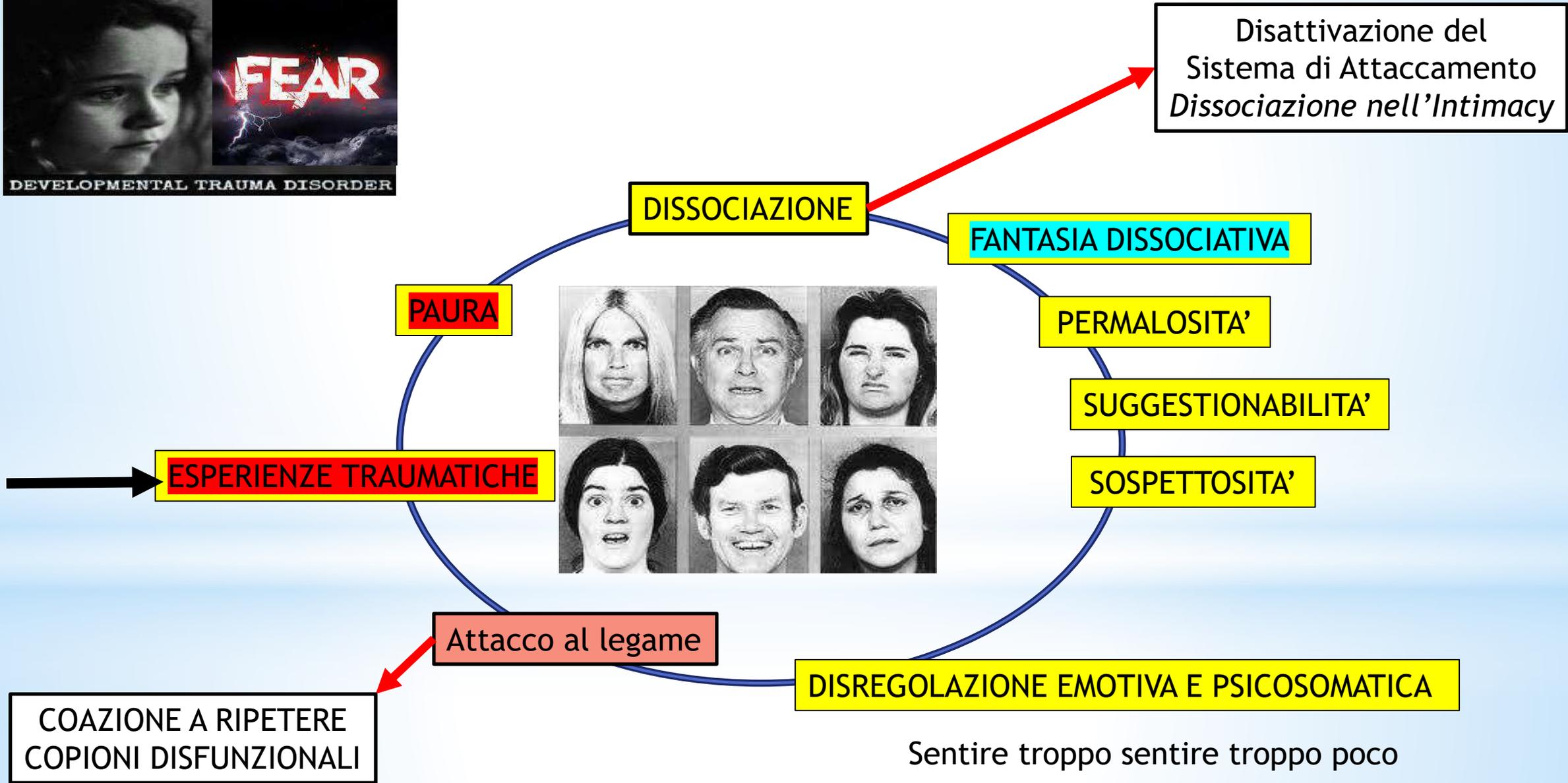
DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY
DELL'INTIMACY

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

Il focus: Mentalizzare nell'alleanza terapeutica come, ancora nel presente - a causa degli automatismi della coazione a ripetere modelli operativi e pattern disfunzionali nelle rappresentazioni di sé e degli altri - il *Sabotatore Interno* disattiva il sistema di attaccamento sociale per attaccare e dissociare i legami di dipendenza, mantenendo il paziente in uno stato di agitazione o di demotivazione nell'ingaggio sociale e nell'intimacy, sia quando si connette con gli altri, sia quando deve fronteggiare o riparare un conflitto con gli altri. Sulla base di questa mentalizzazione, l'alleanza terapeutica sostiene e supporta il paziente verso una nuova azione consapevole a favore di una progressiva maggiore autonomia e benessere, una maggiore assertività, sicurezza e fiducia nelle rotture relazionali, un maggiore piacere e rilassamento nello stare con gli altri e nella comunità a livello psico-somatico, ovvero sia a livello emotivo che sensoriale.

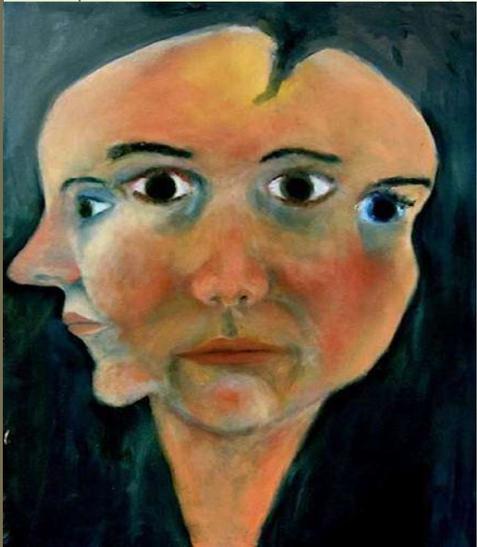
E **LAVORARE SUGLI
STATI PSICO-SOMATICI DISSOCIATI
NELL'INGAGGIO SOCIALE**
a favore del cambiamento/trasformazione
cognitivo/comportamentale
nelle rappresentazioni
di sé e degli altri, della riattivazione
del sistema di attaccamento

TRAUMA - PAURA - DISSOCIAZIONE - DISATTIVAZIONE DEL SISTEMA DI ATTACCOMENTO - ATTACCO AL LEGAME - COAZIONE A RIPETERE



LA DISSOCIAZIONE

- La dissociazione è una funzione normale della mente che esclude dal campo della coscienza emozioni e sensazioni caratterizzate da sofferenza interna ed esterna, si tratta di un meccanismo di sbarramento che mette al riparo la coscienza ordinaria dall' inondazione di un eccesso di stimoli dolorosi.
- La dissociazione ha lo scopo di proteggere la fragilità dell' Io di fronte alla paura, in tutte le fasi evolutive, per mezzo dell' alterazione dello stato di coscienza ordinario tramite un processo inibitorio attivo delle informazioni intollerabili e sopraffacenti, e la costruzione di una realtà parallela più favorevole nella quale trovare un agevole rifugio.
- Il sollievo che si ricava col ritirarsi temporaneamente in questo rifugio non ha alcunché di patologico e può essere messo al servizio dell' Io, dell' energia personale, della creatività e delle relazioni oggettuali; ma **quando il ritiro tende alla perdita del controllo degli impulsi e alla reiterazione morbosa, esso comporta il rischio della coazione all' isolamento e alla distorsione del senso del Sé e delle relazioni con gli altri, fino alla perdita del contatto vitale con la realtà, a favore di attività autoerotiche compulsive e delle varie forme della dipendenza patologica.**
- La messa in atto di comportamenti impulsivo-compulsivi è **l' espressione patologica del soggetto che è costretto ad agire sulla base di una condizione ansioso-disforica di origine traumatica**, con lo scopo di produrre un "rifugio mentale" protettivo e autoconsolatorio (Steiner, 1993) per mezzo della creazione di esperienze sensoriali e di



DIMENSIONI DELLA DISSOCIAZIONE

livelli di compromissione e modificazioni degli stati di coscienza

0 - Dissociazione psicologica (autoassorbimento)

nessuna o poca compromissione (*Dissociative Experiences Scale - DES-II*)

modificazioni degli stati di coscienza: esigue non invalidanti

1 - Dissociazione con alterazioni dello stato di coscienza

lieve compromissione (*Dissociative Experience Scale - DES-II*)

modificazioni degli stati di coscienza: episodiche/transitorie

2 - Dissociazione somatoforme

moderata compromissione (*Somatiform Dissociation Questionnaire 20 item - SDQ-20*)

modificazioni degli stati di coscienza: transitorie/persistenti

3 - Depersonalizzazione/Derealizzazione

grave compromissione (*Cambridge Depersonalization Scale - CDS*)

modificazioni degli stati di coscienza: **tendenzialmente croniche e persistenti**

4 - Dissociazione psicotica

estrema compromissione (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders - SCID-D*) modificazioni degli stati di coscienza: croniche e persistenti



«PSICHE E COSCIENZA»
COLLANA DI TESTI E DOCUMENTI PER LO STUDIO
DELLA PSICOLOGIA DEL PROFONDO

Ellert R. S. Nijenhuis

LA
**DISSOCIAZIONE
SOMATOFORME**

Elementi teorico-clinici e strumenti di misurazione

a cura di
VINCENZO CARETTI e ADRIANO SCHIMMENTI



ROMA
ASTROLABIO
MMVII

La Dissociazione Somatoforme

Gli studi empirici sulla dissociazione hanno limitato l'attenzione alle alterazioni della memoria, della coscienza e dell'identità, che rientrano nella *dissociazione* psicologica, cioè la dissociazione che si manifesta con caratteristiche psicologiche.

La Dissociazione Somatoforme (come proposto recentemente da Nemiah 1991; Kihlstrom 1994; Van der Hart, Vanderlinden 1996; Nijenhuis 1996, 2004) si manifesta nella perdita della normale integrazione delle componenti somatoformi dell'esperienza, nelle sensazioni, nelle reazioni e nelle funzioni corporee (per esempio: **anestesia, e inibizioni motorie, analgesia intermittente, sintomi dolorosi quali il dolore pelvico cronico o il dolore urogenitale**).

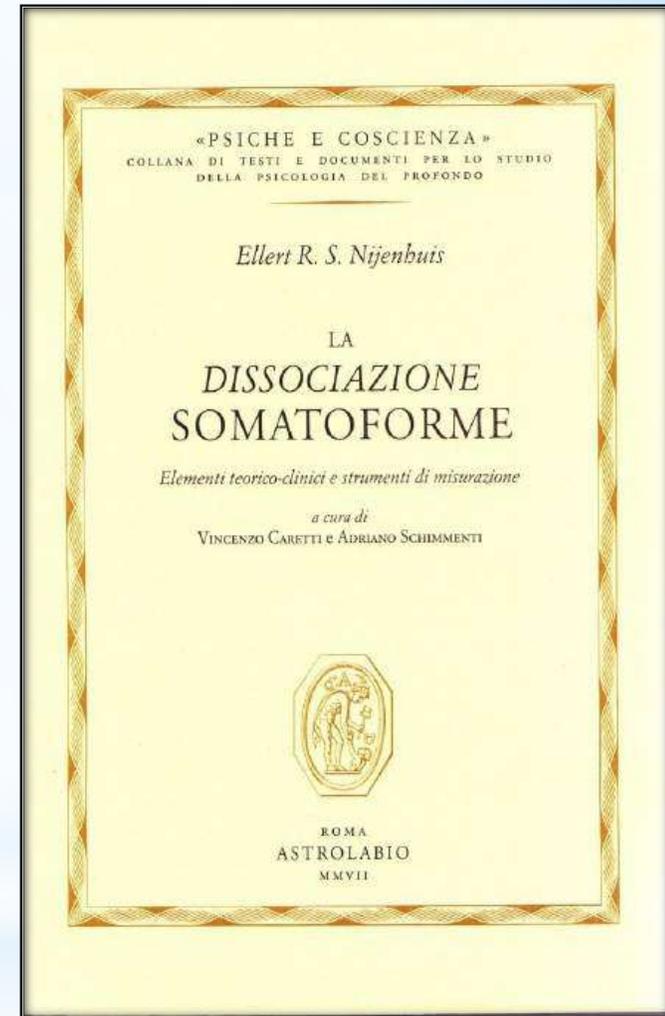
Una prova indiretta proviene da studi che riportano come pazienti con sintomi somatoformi (compresi i disturbi di somatizzazione, di conversione e il disturbo algico) che non possono essere spiegati da una condizione medica generale, ottengano alti punteggi alle misure della dissociazione psicologica (Albach, 1993; Pribor et al., 1993; Walker et al., 1995).

La Dissociazione Somatoforme considera i sintomi dissociativi che fenomenologicamente coinvolgono il corpo e le funzioni del corpo.

L'aggettivo somatoforme indica la presenza di sintomi fisici la cui eziologia non ha una base organica e che pertanto suggeriscono una condizione medica, ma non possono essere direttamente spiegati da questa, o dagli effetti diretti di una sostanza.

La Dissociazione Somatoforme e' una particolare reazione di difesa disfunzionale ai traumi e alle situazioni stressanti, la cui attivita' si esprime prevalentemente attraverso il corpo, nei disturbi psicosomatici.

Per valutare sistematicamente la Dissociazione Somatoforme, Nijenhuis e t al. (1996, 1998) hanno sviluppato un questionario self-report di 20 item: il Questionario sulla Dissociazione Somatoforme (SDQ-20).



Questionario sulla dissociazione somatoforme (SDQ-20)*

Nel questionario troverà delle domande su sintomi fisici e sensazioni corporee che potrebbe aver sperimentato, sia per breve tempo sia per lunghi periodi. Per favore, indichi in che misura ha sperimentato tali esperienze *durante l'ultimo anno*.

Per ogni affermazione, la preghiamo di fare un cerchio nella prima colonna, sul numero che indica in maniera più adeguata *la sua esperienza personale*.

Le possibilità sono:

- 1 = non l'ha sperimentato PER NULLA
- 2 = l'ha sperimentato POCO
- 3 = l'ha sperimentato ABBASTANZA
- 4 = l'ha sperimentato MOLTO
- 5 = l'ha sperimentato MOLTISSIMO

Se uno dei sintomi descritti la riguarda, indichi anche se un *medico* ne ha individuato la causa in una *malattia fisica*, facendo un cerchio sul SI oppure sul NO nella colonna "La causa fisica è conosciuta?".

Se ha risposto SI, la preghiamo di scrivere sulla riga a lato la causa fisica (se ne conosce il nome).

Ad esempio:

	In che misura ha sperimentato il sintomo o l'esperienza	La causa fisica è conosciuta?
--	---	-------------------------------

A volte:

Mi battono i denti	1 2 3 4 5	NO SI: _____
Ho dei crampi allo stomaco	1 2 3 4 5	NO SI: _____

* Fonte: Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden, Assen-Amsterdam-Leuven.

Se lei ha fatto un cerchio sull'1 nella prima colonna (cioè: non ha sperimentato PER NULLA il sintomo descritto), NON deve rispondere alla domanda che chiede se la causa fisica è conosciuta.

Se invece lei ha fatto un cerchio su 2, 3, 4 o 5, DEVE anche cerchiare NO o SI nella colonna "La causa fisica è conosciuta?".

La preghiamo di rispondere a tutte le domande.

Grazie per la sua collaborazione.

Per favore, risponda alle seguenti domande:

- 1 = non l'ha sperimentato PER NULLA
 2 = l'ha sperimentato POCO
 3 = l'ha sperimentato ABBASTANZA
 4 = l'ha sperimentato MOLTO
 5 = l'ha sperimentato MOLTISSIMO

	In che misura ha sperimentato il sintomo o l'esperienza	La causa fisica è conosciuta?
A volte:		
1. Ho problemi a urinare.	1 2 3 4 5	NO SI: _____
2. Non gradisco sapori che solitamente mi piacciono (per le donne: in momenti DIVERSI dalla gravidanza e dal periodo mestruale).	1 2 3 4 5	NO SI: _____
3. Sento i suoni vicini come se provenissero da molto lontano.	1 2 3 4 5	NO SI: _____
4. Provo dolore nell'urinare.	1 2 3 4 5	NO SI: _____
5. Il mio corpo, o una parte di esso, sembra intorpidito.	1 2 3 4 5	NO SI: _____
6. Le persone e le cose sembrano più grandi del solito.	1 2 3 4 5	NO SI: _____
7. Ho un attacco che assomiglia a una crisi epilettica.	1 2 3 4 5	NO SI: _____





8. Il mio corpo, o una parte di esso è insensibile al dolore. 1 2 3 4 5 NO SI: _____

9. Non gradisco odori che di solito mi piacciono. 1 2 3 4 5 NO SI: _____

10. Provo dolore ai genitali (in occasioni **DIFFERENTI** dai rapporti sessuali). 1 2 3 4 5 NO SI: _____

11. Per un po' non riesco a sentire (come se fossi sordo). 1 2 3 4 5 NO SI: _____

12. Per un po' non riesco a vedere (come se fossi cieco). 1 2 3 4 5 NO SI: _____

13. Vedo le cose intorno a me in modo diverso dal solito (per esempio come se guardassi attraverso un tunnel, o se vedessi soltanto una parte di ciò che osservo). 1 2 3 4 5 NO SI: _____

14. Sono in grado di sentire gli odori molto **MEGLIO** o **PEGGIO** del solito (anche quando *non* ho il raffreddore). 1 2 3 4 5 NO SI: _____



15. È come se il mio corpo, o una parte di esso, fosse scomparso. 1 2 3 4 5 NO SI: _____

16. Non riesco a inghiottire o riesco a inghiottire solo con grande sforzo. 1 2 3 4 5 NO SI: _____



17. Non riesco a dormire per intere notti, pur rimanendo molto attivo durante il giorno. 1 2 3 4 5 NO SI: _____

18. Non riesco a parlare (o solo con grande sforzo) o posso solamente sussurrare. 1 2 3 4 5 NO SI: _____
19. Per un po' rimango paralizzato. 1 2 3 4 5 NO SI: _____
20. Per un po' divento rigido. 1 2 3 4 5 NO SI: _____

Prima di continuare, può gentilmente controllare se ha risposto a tutte le domande? Le chiediamo infine di completare il questionario fornendoci alcuni dati (laddove appropriato, segni una x accanto).

21. Et : _____ anni
22. Sesso: _____
femmina
maschio
23. Stato civile: _____
libero/a
coniugato/a
convivente
divorziato/a
vedovo/a
24. Istruzione: _____ numero di anni
25. Data: _____
26. Nome: _____

La Depersonalizzazione

La Depersonalizzazione e' un fenomeno di grande interesse clinico che si catterizza principalmente per un'alterazione dell'autoconsapevolezza relativi ai processi mentali e corporei: gli individui che ne soffrono provano un intenso appiattimento emotivo e l'inquietante sensazione di osservare i propri pensieri e le proprie azioni dall'esterno, al punto da percepirsi come se si trovassero all'interno di un sogno, in un mondo che appare vago e a volte privo di significato (Simeon e Abugel, 2006).

Tale sensazione di estraneita' puo' manifestarsi in diversi modi, tra cui il sentirsi al di fuori del proprio corpo o invisibili, l'incapacita' di riconoscersi allo specchio, un vissuto di estremo distacco dalle proprie emozioni, la percezione di una perdita di sensibilita' rispetto ad alcune parti del corpo o di movimenti del corpo, l'osservare le proprie azioni come se fossero effettuate da un agente esterno, fino alla scissione in una parte di se che interagisce con la realta' e un'altra che osserva, e cosi' via (Steinberg e Schnall, 2001).

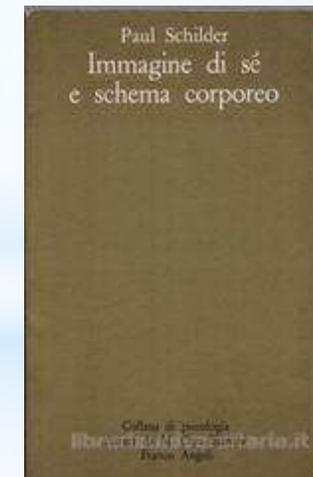


Paul Schilder, *Immagine di Se' e Schema Corporeo* (1928)

“....all'individuo depersonalizzato il mondo appare strano, particolare, estraneo, come se fosse un sogno. Talvolta le dimensioni degli oggetti appaiono stranamente diminuite, a volte gli oggetti appaiono piatti....anche la loro immaginazione subisce delle alterazioni....i pazienti si lamentano di non essere capaci di sperimentare ne' il piacere ne' il dolore; non conoscono piu' amore e odio...e l'apice viene raggiunto quando riferiscono di sentirsi estranei a loro stessi....”

“ Quando il corpo e' pervaso dal dolore, cerchiamo per cosi' dire di liberarci di esso. Ci estraniamo dal nostro corpo e ci osserviamo dall'esterno.”

“La Depersonalizzazione e' il quadro caratteristico che si presenta quando l'individuo non osa collocare la libido ne' nel mondo esterno ne' nel proprio corpo.”



«PSICHE E COSCIENZA»
COLLANA DI TESTI E DOCUMENTI PER LO STUDIO
DELLA PSICOLOGIA DEL PROFONDO

Mauricio Sierra

La
Depersonalizzazione
una nuova prospettiva

Prefazione all'edizione italiana di
VINCENZO CARETTI
ADRIANO SCHIMMENTI



ROMA
ASTROLABIO
MMXI

La Depersonalizzazione seppure sia solita presentarsi come sintomo all'interno di sindromi cliniche (per esempio, il disturbo di panico o le sindromi psicotiche) la depersonalizzazione non riguarda esclusivamente i sintomi psichiatrici.

La sensazione di essere disconnessi dalla realtà (esperienza che viene definita come **detachment**, ossia 'distacco') e di vivere contemporaneamente una condizione di **emotional numbing**, (cioè di ottundimento nella percezioni delle emozioni e delle sensazioni) è una risposta comune di fronte a situazioni di stress o di forte ansia, che talvolta può perdurare anche per qualche tempo.

In questo caso, la Depersonalizzazione rappresenta un meccanismo psichico fondamentalmente adattivo, la cui funzione è quella di evitare all'individuo di prendere consapevolezza degli stati emotivi/sensoriali sconvolgenti o fortemente dolorosi connessi all'evento stressante, finché la mente non si sente sufficientemente al sicuro per elaborarli; ovvero, consente di preservare attraverso un meccanismo di **'disconnessione dalla realtà'** un certo grado di coerenza nelle strutture mentali nonostante l'esperienza traumatica vissuta.

Appendice

La Scala sulla depersonalizzazione di Cambridge

NOME _____ ETÀ ___ SESSO: Maschio / Femmina

LIVELLO DI SCOLARITÀ: licenza elementare/licenza media/diploma/laurea o superiore

Leggere attentamente le istruzioni

Il questionario descrive alcune esperienze strane e bizzarre che possono capitare a chiunque nella vita quotidiana. Siamo interessati alla loro (a) *frequenza*, ovvero a quanto spesso lei ha vissuto queste esperienze NEGLI ULTIMI 6 MESI, e alla loro (b) *durata* approssimativa. Per ciascuna domanda, segni la risposta che corrisponde alla sua esperienza; se è incerto, segni la risposta che le sembra più adatta a descriverla.

1. All'improvviso mi sento strano, come se non fossi reale o se fossi distaccato dal mondo

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

2. Quello che vedo mi sembra 'piatto' o 'privo di vita', come se stessi osservando una fotografia

Frequenza

0 = mai
 1 = raramente
 2 = spesso
 3 = molto spesso
 4 = sempre
 5 = più di un giorno
 6 = più di una settimana

Durata

In genere dura
 1 = pochi secondi
 2 = pochi minuti
 3 = poche ore
 4 = circa un giorno

3. Mi sembra che alcune parti del corpo non mi appartengano

Frequenza

0 = mai
 1 = raramente
 2 = spesso
 3 = molto spesso
 4 = sempre
 5 = più di un giorno
 6 = più di una settimana

Durata

In genere dura
 1 = pochi secondi
 2 = pochi minuti
 3 = poche ore
 4 = circa un giorno

4. Mi è capitato di *non essere affatto spaventato* in situazioni che normalmente mi sembrerebbero paurose o stressanti

Frequenza

0 = mai
 1 = raramente
 2 = spesso
 3 = molto spesso
 4 = sempre
 5 = più di un giorno
 6 = più di una settimana

Durata

In genere dura
 1 = pochi secondi
 2 = pochi minuti
 3 = poche ore
 4 = circa un giorno

5. Le mie attività preferite non mi danno più piacere

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

6. Mentre faccio qualcosa ho l'impressione di essere un 'osservatore distaccato' di me stesso

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

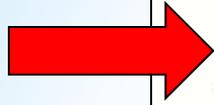
7. Il sapore dei cibi non mi dà più alcuna sensazione di piacere o di disgusto

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno



8. Il mio corpo sembra molto leggero, come se galleggiasse nell'aria

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

9. Quando piango o rido, non mi sembra di *sentire* alcuna emozione

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

10. Ho la sensazione di *non avere alcun pensiero*, per cui quando parlo mi sembra che le mie parole siano pronunciate da un 'automa'

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

11. Voci familiari (inclusa la mia) mi sembrano distanti e irreali

Frequenza

0 = mai
 1 = raramente
 2 = spesso
 3 = molto spesso
 4 = sempre
 5 = più di un giorno
 6 = più di una settimana

Durata

In genere dura
 1 = pochi secondi
 2 = pochi minuti
 3 = poche ore
 4 = circa un giorno



12. Ho la sensazione che le mie mani e i miei piedi siano diventati più grandi o più piccoli

Frequenza

0 = mai
 1 = raramente
 2 = spesso
 3 = molto spesso
 4 = sempre
 5 = più di un giorno
 6 = più di una settimana

Durata

In genere dura
 1 = pochi secondi
 2 = pochi minuti
 3 = poche ore
 4 = circa un giorno

13. L'ambiente che mi circonda mi sembra distante o irreale, come se ci fosse un velo tra me e il mondo esterno

Frequenza

0 = mai
 1 = raramente
 2 = spesso
 3 = molto spesso
 4 = sempre
 5 = più di un giorno
 6 = più di una settimana

Durata

In genere dura
 1 = pochi secondi
 2 = pochi minuti
 3 = poche ore
 4 = circa un giorno

14. È come se alcune cose che ho fatto da poco fossero avvenute molto tempo fa; per esempio, mi sembra che quello che ho fatto stamattina sia accaduto settimane fa

Frequenza

0 = mai
 1 = raramente
 2 = spesso
 3 = molto spesso
 4 = sempre
 5 = più di un giorno
 6 = più di una settimana

Durata

In genere dura
 1 = pochi secondi
 2 = pochi minuti
 3 = poche ore
 4 = circa un giorno

15. Mentre sono totalmente sveglio ho delle 'visioni' in cui posso *osservare* me stesso dall'esterno, come se stessi guardando la mia immagine allo specchio

Frequenza

0 = mai
 1 = raramente
 2 = spesso
 3 = molto spesso
 4 = sempre
 5 = più di un giorno
 6 = più di una settimana

Durata

In genere dura
 1 = pochi secondi
 2 = pochi minuti
 3 = poche ore
 4 = circa un giorno

16. Mi sento distaccato dai ricordi delle cose che mi sono accadute, come se non ne fossi stato coinvolto

Frequenza

0 = mai
 1 = raramente
 2 = spesso
 3 = molto spesso
 4 = sempre
 5 = più di un giorno
 6 = più di una settimana

Durata

In genere dura
 1 = pochi secondi
 2 = pochi minuti
 3 = poche ore
 4 = circa un giorno

17. Quando mi trovo in una situazione nuova, mi sembra di averla già vissuta

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

18. All'improvviso, mi ritrovo a non provare alcun affetto nei confronti della mia famiglia e dei miei amici più intimi

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

19. Gli oggetti intorno sembrano più piccoli o molto lontani

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

20. Non ho una percezione precisa degli oggetti che tocco con le mie mani, perché mi sembra *di non essere io* a toccarli

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

21. Non mi sembra di essere in grado di formare immagini nella mente, per esempio il volto di un amico o un luogo familiare

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

22. Quando una parte del corpo mi fa male, mi sento così distaccato dal dolore che mi sembra come se fosse 'il dolore di qualcun altro'

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno



23. Ho la sensazione di trovarmi all'esterno del mio corpo

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno



24. Quando mi muovo, non sento di essere io a controllare i miei movimenti, tanto da sentirmi 'automatico' e meccanico, come se fossi un 'robot'

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

25. L'odore delle cose non mi dà più una sensazione di piacere o di fastidio

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

26. Mi sento talmente distaccato dai miei pensieri che sembrano avere una 'vita propria'

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno



27. Devo toccarmi per essere certo di avere un corpo o di esistere davvero

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno



28. *Mi sembra di avere perduto* alcune sensazioni corporee (per esempio la fame o la sete), così che quando mangio o bevo mi sembra una routine automatica

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

29. Luoghi precedentemente familiari mi appaiono estranei, come se non ci fossi mai stato

Frequenza

- 0 = mai
- 1 = raramente
- 2 = spesso
- 3 = molto spesso
- 4 = sempre
- 5 = più di un giorno
- 6 = più di una settimana

Durata

- In genere dura
- 1 = pochi secondi
- 2 = pochi minuti
- 3 = poche ore
- 4 = circa un giorno

Punteggio: il punteggio di ciascuna risposta è ottenuto sommando frequenza e durata (il punteggio va quindi da 0-10): il punteggio globale è ottenuto sommando i punteggi di tutte le risposte (la gamma dei punteggi totali va pertanto da 0 a 290). Nel primo studio di validazione un punteggio globale di 70 o più era in grado di differenziare bene i pazienti con disturbo di depersonalizzazione dai pazienti con disturbo d'ansia e da quelli con epilessia del lobo temporale (Sierra e Berrios, 2000).

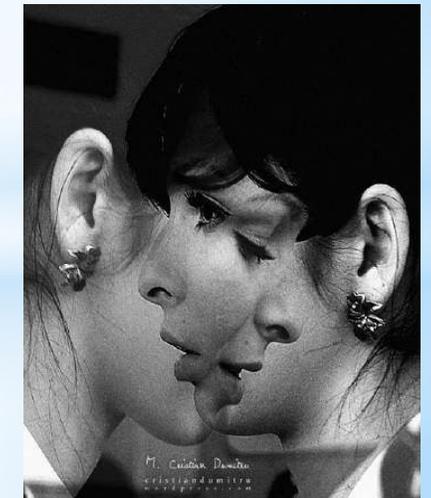
RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO

SIERRA, M. e BERRIOS, G. E. (2000), "The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization", *Psychiatry Research*, 93, pp. 153-164. Traduzione italiana a cura di Vincenzo Caretti e Adriano Schimmenti.

DIMENSIONS OF IMPAIRMENT OF DISSOCIATION



Level of impairment	Identity	Self-direction	Empathy	Intimacy
0 – No impairment /adaptive dissociation	Has ongoing awareness of unique self; maintains role appropriate boundaries with respect to identity states	Can reflect on, and make constructive meaning of, internal experiences	Comprehends and appreciates others' perspective, even if disagreeing	Strives for cooperation and flexibly respond to a range of others' idea, emotions, and behaviors
1 – Some impairment	Has relatively intact sense of self, with some decrease in integration or minor depersonalization symptoms when strong emotions and mental distress are experienced	Is able to reflect on internal experiences, but may emphasize a single type of self-knowledge	May tend in some cases to see others in relation to the experienced trauma, as having unreasonable expectations or a wish for control	Sometimes constrained or inhibited if intense emotions arise
2 – Moderate impairment	Identity definition may be state-dependent and/or relationship-dependent, with compromised boundary delineation	The capacity to mindedly reflect on internal experiences is compromised, goals may respond to perceived threats and usually lack of internal stability	Is hyperattuned to the experience of others, but only with respect to perceived threat to the self	Relationships are predominantly based on meeting self-regulatory needs
3 -Severe impairment	Experience of a lack of integration, boundary definition is poor or rigidly assessed according to perceived threat	The ability to reflect on and understand own mental processes is based on danger signals. Life is alternatively experienced as dangerous, scary, meaningless, etc.	Bewildered by people's thoughts and actions; highly threatened by people feelings	Relationships are based on traumatic expectations of abandonment and abuse. Desperate desire for connection but with little mutuality and ultimately rejection of the others
4 - Extreme impairment	Experience of multiple self, extreme compartmentalization; alter personalities constitute the identity system	Personal motivations are experienced according to the current alter, and are usually experienced as external to the self	Social interactions are highly confusing and disorienting; they are processed according to the current alter	Interpersonal behaviors seeks fulfillment of basic needs and escape from pain.



SCID-D

INTERVISTA CLINICA STUTTURATA PER I SINTOMI E I DISTURBI DISSOCIATIVI





DEREALIZZAZIONE

Sintomi progressi e attuali

<p>Adesso le porrò delle domande su come percepisce l'ambiente circostante e le altre persone.</p>	<p><i>(Per la valutazione clinica della dissociazione, l'autore ha definito la derealizzazione come la sensazione di disconnessione dall'ambiente [per esempio, le persone o l'ambiente circostante sono percepiti come se fossero non familiari, irreali o distorti].)</i></p>
<p>79. Si è mai sentito/a come se un ambiente familiare o le persone che conosceva sembrassero non familiari o irreali?</p> <p>SE Sì: Com'è quell'esperienza? (Può descrivere chi o che cosa sembrava non familiare o irreali?)</p>	<p>Derealizzazione sperimentata</p> <p><input type="checkbox"/> Non chiaro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Incoerente</p> <p>Descrizione:</p>
<p>80. Quanto spesso ha avuto quell'esperienza?</p> <p>(Valuta l'intervallo di tempo più frequente.)</p>	<p>Frequenza della derealizzazione</p> <p><input type="checkbox"/> non chiaro <input type="checkbox"/> raramente (fino a 4 episodi isolati) <input type="checkbox"/> occasionalmente (fino a 4 episodi all'anno) <input type="checkbox"/> frequentemente (5 o più episodi all'anno) <input type="checkbox"/> mensilmente (fino a 3 episodi al mese) <input type="checkbox"/> giornalmente/settimanalmente (4 o più episodi al mese)</p>
<p>81. Si è mai sentito/a come se l'ambiente circostante o le altre persone stessero svanendo o apparissero come in un sogno? (L'ambiente o le altre persone le sono mai apparsi distorti o cambiati nella dimensione?)</p> <p>SE Sì: Com'è quell'esperienza? (Quanto spesso accade? Quanto tempo dura?)</p>	<p>Distorsioni percettive</p> <p><input type="checkbox"/> Non chiaro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Incoerente</p> <p><i>(Diverse distorsioni percettive, che comprendono i disturbi visivi, sono state descritte come associate alla derealizzazione, inclusa la neve visiva e la visione a tunnel.)</i></p> <p>Descrizione:</p>
<p>81a. Si è mai sentito/a come se fosse disconnesso/a (o distaccato/a) dalle altre persone o dall'ambiente circostante?</p> <p>SE Sì: Com'è quell'esperienza?</p>	<p>Disconnesso dalle persone o dall'ambiente circostante</p> <p><input type="checkbox"/> Non chiaro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Incoerente</p> <p>Descrizione:</p>



<p>81b. Quanto spesso si è sentito/a disconnesso/a (o distaccato/a) dalle altre persone o dall'ambiente circostante?</p> <p>(Valuta l'intervallo di tempo più frequente.)</p>	<p>Frequenza del distacco dall'ambiente circostante</p> <p><input type="checkbox"/> non chiaro</p> <p><input type="checkbox"/> raramente (fino a 4 episodi isolati)</p> <p><input type="checkbox"/> occasionalmente (fino a 4 episodi all'anno)</p> <p><input type="checkbox"/> frequentemente (5 o più episodi all'anno)</p> <p><input type="checkbox"/> mensilmente (fino a 3 episodi al mese)</p> <p><input type="checkbox"/> giornalmente/settimanalmente (4 o più episodi al mese)</p>
<p>82. È mai stato/a incapace di riconoscere gli amici stretti, i parenti o casa sua?</p> <p>SE Sì: Com'è quell'esperienza? (Quanto spesso accade?)</p>	<p>Incapace di riconoscere amici, parenti, la casa</p> <p><input type="checkbox"/> Non chiaro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Incoerente</p> <p>Descrizione:</p>
<p>83. Si è mai sentito/a come se gli amici stretti, i parenti o casa sua sembrassero bizzarri o estranei?</p> <p>SE Sì: Com'è quell'esperienza? (Quanto spesso accade?)</p>	<p>Le persone o l'ambiente erano estranei</p> <p><input type="checkbox"/> Non chiaro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Incoerente</p> <p>Descrizione:</p>
<p>84. Si è mai sentito/a confuso/a su ciò che è reale e su ciò che è irreali nell'ambiente circostante?</p> <p>SE Sì: Com'è quell'esperienza?</p>	<p>Confuso su ciò che è reale/irreale</p> <p><input type="checkbox"/> Non chiaro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Incoerente</p> <p>Descrizione:</p>
<p>85. Quanto spesso accade?</p> <p>(Valuta l'intervallo di tempo più frequente.)</p>	<p>Valuta la frequenza della derealizzazione più grave</p> <p><input type="checkbox"/> non chiaro</p> <p><input type="checkbox"/> raramente (fino a 4 episodi isolati)</p> <p><input type="checkbox"/> occasionalmente (fino a 4 episodi all'anno)</p> <p><input type="checkbox"/> frequentemente (5 o più episodi all'anno)</p> <p><input type="checkbox"/> mensilmente (fino a 3 episodi al mese)</p> <p><input type="checkbox"/> giornalmente/settimanalmente (4 o più episodi al mese)</p>

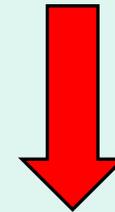


<p>Se le spiegazioni del/ella paziente forniscono prove di derealizzazione clinicamente significativa, continua con le domande 86. Altrimenti, passa alla domanda 101 (Confusione dell'identità, pagina 72)</p>	
<p>*86. Qual è il periodo di tempo più lungo mai trascorso di _____ ? <small>(per i casi di derealizzazione)</small></p>	<p>Episodio più lungo di derealizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non chiaro <input type="checkbox"/> minuti <input type="checkbox"/> ore (una o più) <input type="checkbox"/> giorni (uno o più) <input type="checkbox"/> settimane (una o più) <input type="checkbox"/> mesi (uno o più) <input type="checkbox"/> anni (uno o più)
<p>*87. Le esperienze di _____ <small>(per i casi di derealizzazione)</small> hanno più o meno la stessa durata o variano nella durata?</p>	<p>Durata degli episodi di derealizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non chiaro <input type="checkbox"/> durata variabile <input type="checkbox"/> simili nella durata
<p>88. Quanti anni aveva quando ha sperimentato per la prima volta _____ ? <small>(per i casi di derealizzazione)</small></p>	<p>Età in occasione del primo sintomo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non chiaro <input type="checkbox"/> infanzia (fino ai 6 anni) <input type="checkbox"/> fanciullezza (tra i 7 e i 12 anni) <input type="checkbox"/> adolescenza (tra i 13 e i 19 anni) <input type="checkbox"/> giovane adulto (tra i 20 e i 30 anni) <input type="checkbox"/> adulto (dai 31 anni in poi)
<p>89. Quanti anni aveva l'ultima volta che ha sperimentato _____ ? <small>(per i casi di derealizzazione)</small></p>	<p>Età in occasione dell'ultimo sintomo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non chiaro <input type="checkbox"/> infanzia (fino ai 6 anni) <input type="checkbox"/> fanciullezza (tra i 7 e i 12 anni) <input type="checkbox"/> adolescenza (tra i 13 e i 19 anni) <input type="checkbox"/> giovane adulto (tra i 20 e i 30 anni) <input type="checkbox"/> adulto (dai 31 anni in poi)
<p>*90. <small>(Valuta l'episodio più recente)</small></p>	<p>Valuta l'episodio di derealizzazione più recente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non chiaro <input type="checkbox"/> precedente all'ultimo anno <input type="checkbox"/> l'ultimo anno <input type="checkbox"/> l'ultimo mese

L'incapacità di mentalizzare e di dare un significato simbolico agli eventi della vita è l'esito di un processo traumatico disfunzionale intervenuto nell'arco evolutivo (*Developmental Trauma, Complex Trauma, PTSD*) che distorce la possibilità di sperimentare la sicurezza, e dunque di utilizzare le emozioni e sensazioni come elementi vitali a sostegno dell'integrazione dell'identità, della relazione mente-corpo e della qualità della vita relazionale. Questa condizione implica per la persona l'uso della DISSOCIAZIONE con la conseguente perdita della continuità e della coerenza tra gli stati del Sé (Bromberg, 1998), in quadro di "dolorosa incoerenza" (Meares, 2011). Le memorie traumatiche non elaborate, il trauma complesso, danno luogo alla dissociazione di stati emotivi e corporei, specialmente nell'Intimacy, non mentalizzabili che funzionano come parti scisse che il paziente non è in grado di integrare nelle rappresentazioni di sé e degli altri, nella sicurezza della sua esperienza corporea e nella relazioni interpersonali.



DEVELOPMENTAL TRAUMA/COMPLEX TRAUMA
PTSD



DISSOCIATION OF SELF STATES
DISSOCIATION OF INTIMACY

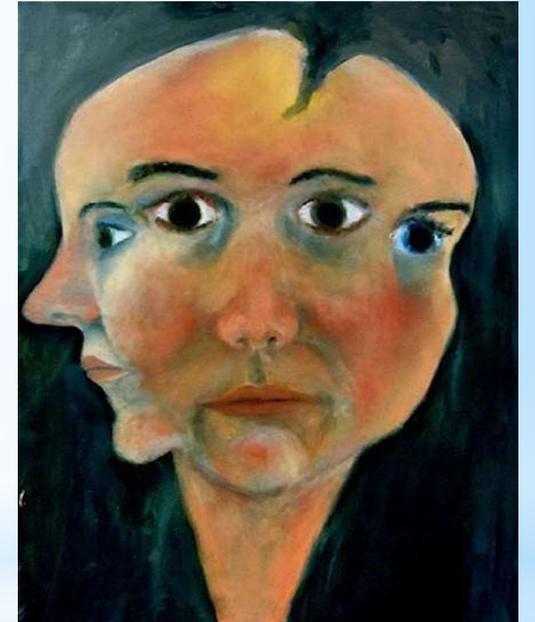


EMOTIONAL AND PSYCHOSOMATIC
DYSREGULATION

LA DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY

La dissociazione dell'intimità è un processo psichico che si manifesta nelle relazioni interpersonali. Presente nei disturbi di personalità, la dissociazione dell'intimità coincide con un meccanismo di difesa che viene messo in atto per proteggersi da presunte ferite emotive o per evitare di sentirsi vulnerabili nelle relazioni intime e sociali. Questa forma di dissociazione si presenta nella clinica attraverso due specifiche modalità: 1) col mettere una barriera tra se stessi e gli altri, 2) oppure con forme di attaccamento morboso, che impediscono la formazione di legami profondi edurevoli in quanto proprio tali legami vengono percepiti come insoddisfacenti, minaccianti o pericolosi.

Le esperienze di attaccamento traumatico quando non vengono integrate nella propria storia personale possono avere un impatto negativo sulla fiducia e la sicurezza nelle relazioni interpersonali incentivando la paura di essere indifesi, di essere abbandonati o le diverse forme di ansia sociale che danneggiano la capacità di amare, di stare con gli altri e di dipendere dagli altri in modo autonomo e maturo.



L'INTIMITA' COME MISURA DEL FUNZIONAMENTO INTERPERSONALE CON LA SCID-5 AMPD

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 dell'esperienza 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>

Borderline

- 1) Senso del Sé
- 2) Autostima
- 3) Gamma dell'esperienza emotiva e regolazione

- 1) Capacità di perseguire obiettivi significativi
- 2) Standard interni di comportamento costruttivi e prosociali
- 3) Capacità autoriflessive

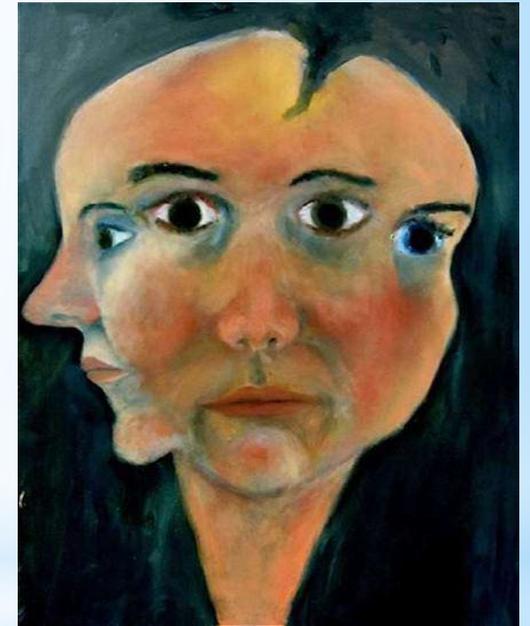
- 1) Comprensione e valorizzazione delle altrui esperienze e motivazioni
- 2) Tolleranza di prospettive differenti
- 3) Comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri

- 1) Profondità e durata del rapporto con gli altri
- 2) Desiderio e capacità di vicinanza
- 3) Reciprocità del rispetto che si riflette nel comportamento interpersonale

LA DISSOCIAZIONE DELL'INTIMITA'

La dissociazione dell'intimità è un processo psichico che si manifesta nelle relazioni interpersonali. Presente nei disturbi di personalità, la dissociazione dell'intimità coincide con un meccanismo di difesa che viene messo in atto per proteggersi da presunte ferite emotive o per evitare di sentirsi vulnerabili nelle relazioni intime e sociali. Questa forma di dissociazione si presenta nella clinica attraverso due specifiche modalità: col mettere una barriera tra se stessi e gli altri, oppure con forme di attaccamento morbose, che impediscono la formazione di legami profondi in quanto tali legami vengono percepiti come insoddisfacenti, minaccianti o pericolosi.

Le esperienze di attaccamento traumatico quando non vengono integrate nella propria storia personale possono avere un impatto negativo sulla fiducia e la sicurezza nelle relazioni interpersonali incentivando la paura di essere indifesi, di essere abbandonati o le diverse forme di ansia sociale che danneggiano la capacità di amare, di stare con gli altri e di dipendere dagli altri in modo autonomo e maturo.



La capacità di intimità si esprime in molteplici competenze interpersonali:

1. **Intimità emotiva**: è la capacità di sentirsi sicuri nel condividere sentimenti e pensieri profondi con gli altri, senza paura di essere giudicati o respinti.
2. **Intimità psicologica**: riguarda la comprensione reciproca, l'empatia e la capacità di sostenersi a livello mentale, nonché la motivazione a riparare le rotture quando insorgono nell'ingaggio interpersonale.
3. **Intimità fisica**: implica il desiderio e la capacità di contatto corporeo, la tenerezza, l'affetto, la condivisione di momenti intimi e il comportamento sessuale.
4. **Intimità sociale**: si riferisce alla condivisione con gli altri di interessi, hobby, attività e progetti, alla cooperazione e alla partecipazione al gioco sociale con lo scopo di creare una connessione basata su obiettivi ed esperienze comuni.

L'intimità è essenziale per una relazione sana e soddisfacente poiché stabilisce un legame profondo tra le persone coinvolte, promuovendo la fiducia, la condivisione, il senso di appartenenza e la capacità di amare. La capacità di intimità è pertanto un processo continuo che si nutre dell'equilibrio tra dipendenza e autonomia e che richiede apertura, onestà e impegno reciproco per sviluppare e mantenere una connessione intima e sicura.

I traumi relazionali precoci possono distorcere negativamente la capacità di intimità, di dipendere in modo maturo dagli altri e di utilizzare strategie efficaci per fronteggiare i conflitti interpersonali quando intervengono nella relazione. Le esperienze traumatiche non mentalizzate possono infatti lasciare cicatrici emotive profonde e favorire la formazione di schemi di comportamento e di risposta disadattivi così come si configurano nei disturbi di personalità.

I pazienti che hanno vissuto traumi precoci presentano meccanismi di difesa disfunzionali nel gestire i normali conflitti relazionali, come l'evitamento del conflitto sulla base di una onnipotente superiorità, la tendenza masochistica a sottomettersi ai bisogni degli altri, oppure una manifesta inconsolabilità spesso accompagnata da una rabbia cronica e persistente: possono quindi presentare una marcata difficoltà nel comunicare in modo assertivo i loro bisogni, nel contenere le emozioni intense nell'ingaggio sociale e mantenere il controllo della rabbia durante le situazioni di conflitto.

I traumi relazionali non mentalizzati influenzano negativamente la capacità di far fronte alle rotture interpersonali e di saperle riparare con un impatto duraturo sul modo in cui vengono sperimentati i normali contrasti, le delusioni, le separazioni o le perdite relazionali.

Le persone che hanno vissuto traumi relazionali precoci manifestano una cronica difficoltà a fidarsi degli altri, a creare legami di attaccamento maturi e a stabilire relazioni sicure e gratificanti. Possono soprattutto immaginare l'abbandono e il tradimento come una minaccia costante e reagire in modo eccessivamente impulsivo a questo loro vissuto, oppure evitare del tutto il mostrarsi bisognosi nelle relazioni sociali a favore di una narcisistica superiorità.

Altri aspetti conseguenti ai traumi relazionali precoci sono la permalosità e la propensione a sentirsi offesi negli scambi interpersonali, i quali ostacolano la creazione di legami intimi e inibiscono la collaborazione e la partecipazione al gioco sociale.

La partecipazione al gioco sociale si riferisce alla competenza di interagire in modo leggero, amichevole e spontaneo con gli altri, attraverso conversazioni informali, scherzi, battute e interazioni sociali non necessariamente legate a scopi seri o professionali. Questo tipo di interazione contribuisce a costruire e a mantenere i rapporti, a migliorare la comunicazione e a favorire un ambiente sociale positivo. La vulnerabilità all'offesa e la permalosità possono ostacolare questa partecipazione poiché rendono le persone più bloccate e rigide quando entrano nelle dinamiche del gioco sociale per paura di essere ferite o di sentirsi offese.

La permalosità è una caratteristica che porta a reagire in modo eccessivamente sensibile o suscettibile alle parole, agli atteggiamenti o alle azioni degli altri. Chi è permaloso può sentirsi facilmente offeso o ferito da situazioni che altri potrebbero considerare insignificanti e questa tendenza può limitare la capacità di interagire in modo giocoso e creativo, incentivando un'ansia costante di essere danneggiati o fraintesi.

La dissociazione dell'Intimacy è un meccanismo di difesa per cui la persona si separa o si scollega dal coinvolgimento sociale in quanto sperimenta in modo angosciato la vicinanza e lo stare con gli altri e questo porta a sentirsi in pericolo negli scambi interpersonali anche quando non c'è nessun pericolo, rendendo cronici e persistenti gli stati di tensione corporea di attacco-fuga-immobilizzazione in cui vengono messi in atto i diversi pattern di origine traumatica di attacco al legame e alle relazioni di dipendenza. Lo scopo auto-sabotante della dissociazione dell'Intimacy è quello di disattivare il sistema di attaccamento sociale, di dissociare il piacere di stare con gli altri e il benessere nelle relazioni intime in quanto sentite come fonte di minaccia.

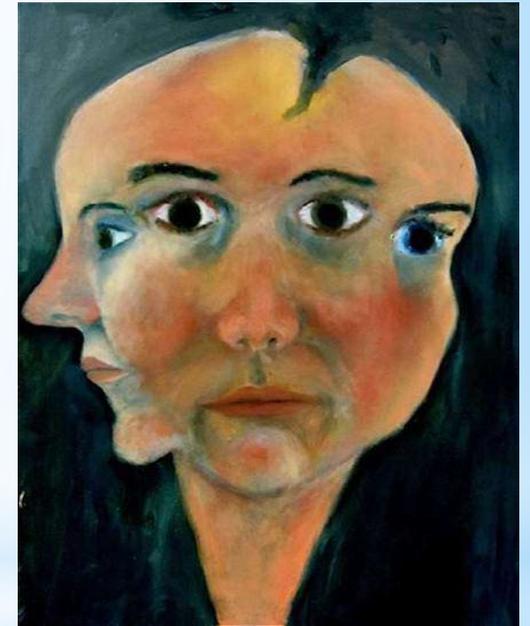
Il paziente che ha vissuto esperienze di abuso, tradimento o abbandono nelle sue relazioni primarie, sviluppa una maggiore sensibilità e paura di essere ferito, tradito o abusato di nuovo. La sua bassa autostima incentiva una rappresentazione di sé negativa che lo porta a sentirsi insicuro, geloso o invidioso nelle relazioni interpersonali, temendo sempre di non essere abbastanza interessante, degno di amore e di accettazione.

Anche la **vergogna** svolge un ruolo significativo nella dissociazione dell'intimità, poiché porta a nascondere parti di sé per l'angoscia di essere giudicati negativamente e di conseguenza a separare il Sé autentico da quello che viene presentato agli altri.

La vergogna è un'emozione complessa che deriva da esperienze traumatiche intervenute nelle relazioni di attaccamento primarie e che condiziona negativamente la rappresentazione di sé e del proprio corpo, l'autostima, il comportamento sociale e la capacità di intimità.

A livello somatico le conseguenze principali della vergogna emergono clinicamente nel rifiuto del proprio corpo, nell'inibizione del contatto fisico, nella difficoltà a condividere le proprie esigenze intime e nella negazione delle fantasie e dei bisogni sessuali.

La vergogna in particolare distorce il desiderio e la capacità di vicinanza per la paura di essere giudicati o respinti, incrementando la credenza patogena di essere inadeguati e indesiderabili che a sua volta incentiva la dissociazione dell'intimità.



L'ansia cronica di essere abbandonati o respinti fa sentire il paziente insicuro nei rapporti intimi, spingendolo a tenere a distanza gli altri o ad attaccarsi in modo eccessivo per evitare l'abbandono. Questo quadro patogeno distorce la dipendenza matura e la capacità di amare, in quanto la mancanza di fiducia in sé stessi e negli altri contribuisce a sentirsi in pericolo nell'ingaggio sociale, incentivando, a causa del timore di finire inglobato nei bisogni altrui, una falsa indipendenza narcisistica.

La dissociazione dell'intimità, che comporta l'incapacità di connettersi emotivamente agli altri e di stabilire relazioni intime sicure, impedisce inoltre la riparazione delle rotture relazionali e di comunicare apertamente i propri sentimenti e bisogni nel contesto di un conflitto o di una rottura, limitando così la possibilità di comprensione reciproca e di risoluzione dei problemi.

La dissociazione dell'intimità si manifesta particolarmente con la paura di essere vulnerabili e di mostrare la propria debolezza agli altri quando è necessario affrontare il dolore emotivo, elaborare le emozioni negative e cercare la riparazione. In questo caso il paziente evita appositamente le situazioni conflittuali e preferisce ignorare i problemi anziché affrontarli per cercare una soluzione condivisa.

La dissociazione dell'intimità è inoltre legata alla paura di essere abbandonati o rifiutati dagli altri e questa paura blocca la capacità di chiarire il senso di una rottura relazionale e intraprendere azioni per una riparazione efficace, oppure di costruire nuovi rapporti significativi dopo una rottura irreparabile o la fine di una relazione.

La dissociazione dell'intimità compromette quindi la capacità di amare, di collaborare e di sviluppare una dipendenza matura, ovvero di costruire e di mantenere legami significativi e autentici, di sperimentare relazioni basate sulla fiducia reciproca e sul sostegno emotivo che sono elementi chiave della dipendenza matura.

La dipendenza matura si riferisce a una condizione psicologica naturale di dipendenza che è considerata una parte normale e funzionale dei rapporti interpersonali e sociali e che si realizza soprattutto nei legami profondi che tuttavia non rinunciano alla propria individualità e autonomia e che non si sentono minacciati dall'individualità e dall'autonomia dell'altro.

La relazione tra dipendenza normale e autonomia è delicata e importante per mantenere una relazione sana ed equilibrata e una rete di legami positivi e duraturi.

La dipendenza matura si esprime nel bisogno umano di connessione, supporto e appartenenza emotiva positiva all'interno delle relazioni interpersonali. D'altra parte, l'autonomia è l'abilità e la volontà di agire, pensare e prendere decisioni in modo indipendente e responsabile, con un senso di sé distinto dagli altri e con la capacità di fare scelte che riflettano i propri valori e desideri.

La relazione sana tra dipendenza normale e autonomia si basa sulla capacità di bilanciare queste due dimensioni a favore di un legame affettivo che allo stesso tempo supporta l'individualità e l'autonomia reciproca.

Quando c'è equilibrio tra dipendenza e autonomia, la relazione diventa più gratificante e soddisfacente ed entrambi i partner si sentono valorizzati e rispettati nella loro unicità senza sentirsi soffocati o sopraffatti da una dipendenza morbosa. Il rispetto della reciproca autonomia consente di crescere insieme e di continuare ad esplorare i propri interessi mantenendo una sana indipendenza all'interno della relazione di dipendenza.

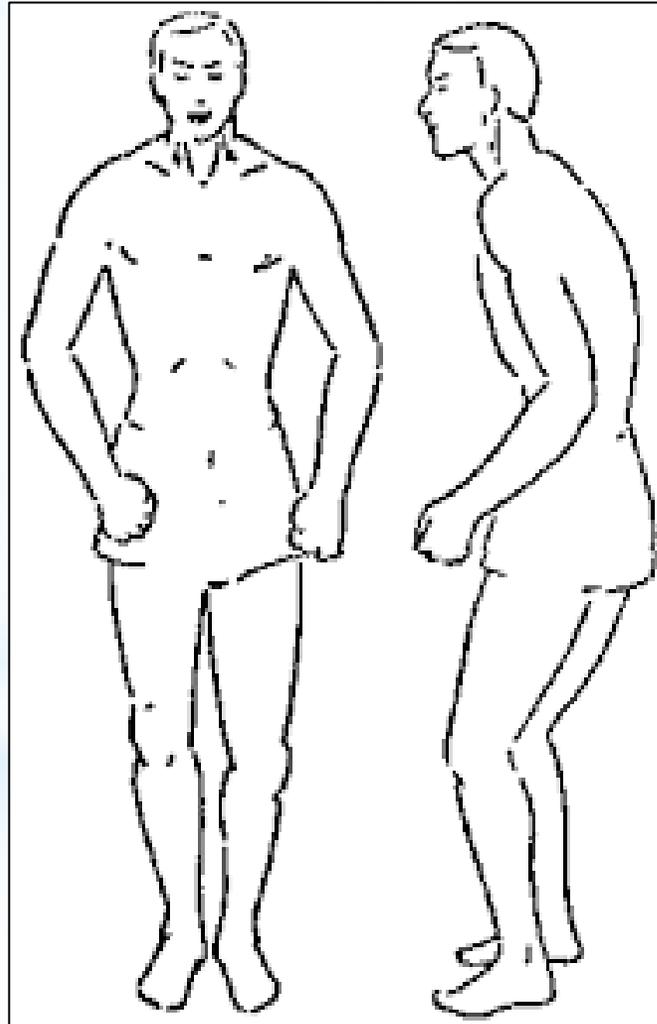
Realizzare l'equilibrio tra dipendenza e autonomia richiede una comunicazione aperta e franca, nonché il rispetto per l'individualità di ciascuno a favore del supporto e dell'incoraggiamento reciproco per la crescita personale e professionale.

Lo scopo della psicoterapia della regolazione emotiva e psicosomatica è innanzitutto quello di esplorare e condividere i pensieri e le fantasie del paziente così come intervengono nelle sue relazioni interpersonali e nella relazione clinica, per mentalizzare e trasformare le emozioni e le sensazioni fisiche negative croniche e persistenti, nonché gli stati tensione corporea di attacco, di fuga e di immobilizzazione nelle proprie esperienze di intimità. Queste modalità patologiche vengono considerate nel setting quali riedizioni traumatiche del *Sabotatore Interno* che distorce l'immagine di sé e i legami interpersonali, distruggendoli, a danno del benessere e della sicurezza, fino a disattivare il sistema di attaccamento relazionale e a dissociare il comportamento di *intimacy* nei legami profondi e negli scambi sociali, a sfavore di una autentica autonomia e sicurezza e del piacere di essere se stesso con gli altri.

MENTE CORPO NEL MODELLO DELLA PIREP

La Psicoterapia della Regolazione Emotiva e Psicossomatica è un modello clinico di psicoterapia integrata con un approccio evolutivo e relazionale, a favore di un intervento finalizzato alla regolazione delle emozioni e delle sensazioni corporee del paziente (*self-regulation* e *autonomic-regulation*), nonché finalizzato al suo benessere psicossomatico sia quando si ritrova con se stesso, sia nelle sue relazioni interpersonali e intime (*intimacy regulation*).

IL RIFLESSO STARTLE: la reazione di trasalimento o allarme a uno stimolo forte, improvviso di breve durata.



La prospettiva psicosomatica nella psicoterapia della regolazione emotiva

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

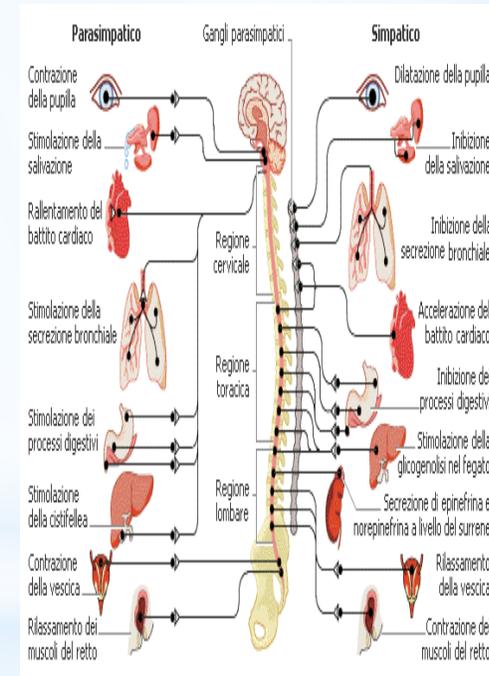
Henry Maudsley (1872)

Le esperienze traumatiche precoci vengono codificate nel corpo (Van der Kolk, 2015)

Le malattie che sfuggono all'anima divorano il corpo (Ippocrate di Kos, IV secolo a.C.)

Disturbi di tipo psicosomatico possono manifestarsi:

- * nell' **apparato gastrointestinale** (gastrite, reflusso esofageo, colite ulcerosa, ulcera peptica, stipsi, nausea)
- * nell' **apparato cardiocircolatorio** (tachicardia, aritmie, cardiopatia ischemica, sindrome vasovagale, ipertensione essenziale)
- * nell' **apparato respiratorio** (asma bronchiale, sindrome iperventilatoria)
- * nell' **apparato urogenitale** (irregolarità mestruali, dolori mestruali, impotenza, eiaculazione precoce, vaginismo o anorgasmia, enuresi)



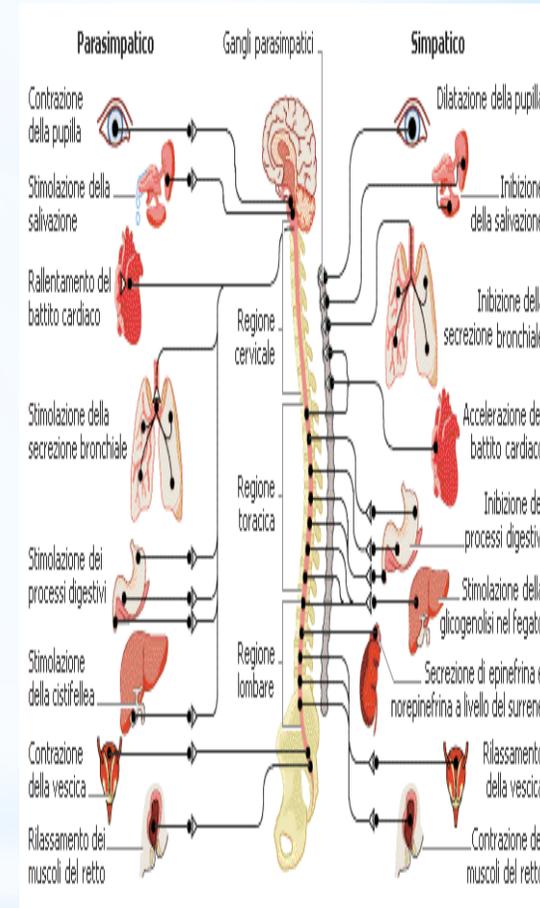
* nel **sistema cutaneo** (la psoriasi, l'acne, il lupus eritematoso, la dermatite atopica, il prurito, l'orticaria, la secchezza della cute e delle mucose, la sudorazione profusa)

* nel **sistema muscolo scheletrico**

(la cefalea tensiva, i crampi muscolari, il torcicollo, la mialgia, l'artrite, dolori al rachide, la cefalea nucale)

* nel **sistema uditivo** (giramenti di testa, sensazione di perdere l'equilibrio, acufene)

* nell' **alimentazione** e nel **sonno**.



INSIGHT CORPOREO E REGOLAZIONE EMOTIVA NELLA PSICOTERAPIA BODY MIND ORIENTED

L'Insight Corporeo è il processo di **mentalizzazione** e di trasformazione in psicoterapia delle **sensazioni corporee traumatiche** intervenute nello sviluppo neuroaffettivo del paziente, ovvero nel suo sistema di attaccamento e nelle relazioni sociali fino alla tarda adolescenza e oltre, e che, in quanto troppo dolorose e intollerabili dall'lo, vengono pertanto dissociate (nelle inibizioni o nelle iperattivazioni motorie) a favore dell'attacco al legame, della disattivazione del sistema di attaccamento e della dissociazione dell'Intimacy.



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	Gonfiore di stomaco				
6	Rumori nella pancia (borborigmi)				
7	Brucciore 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:

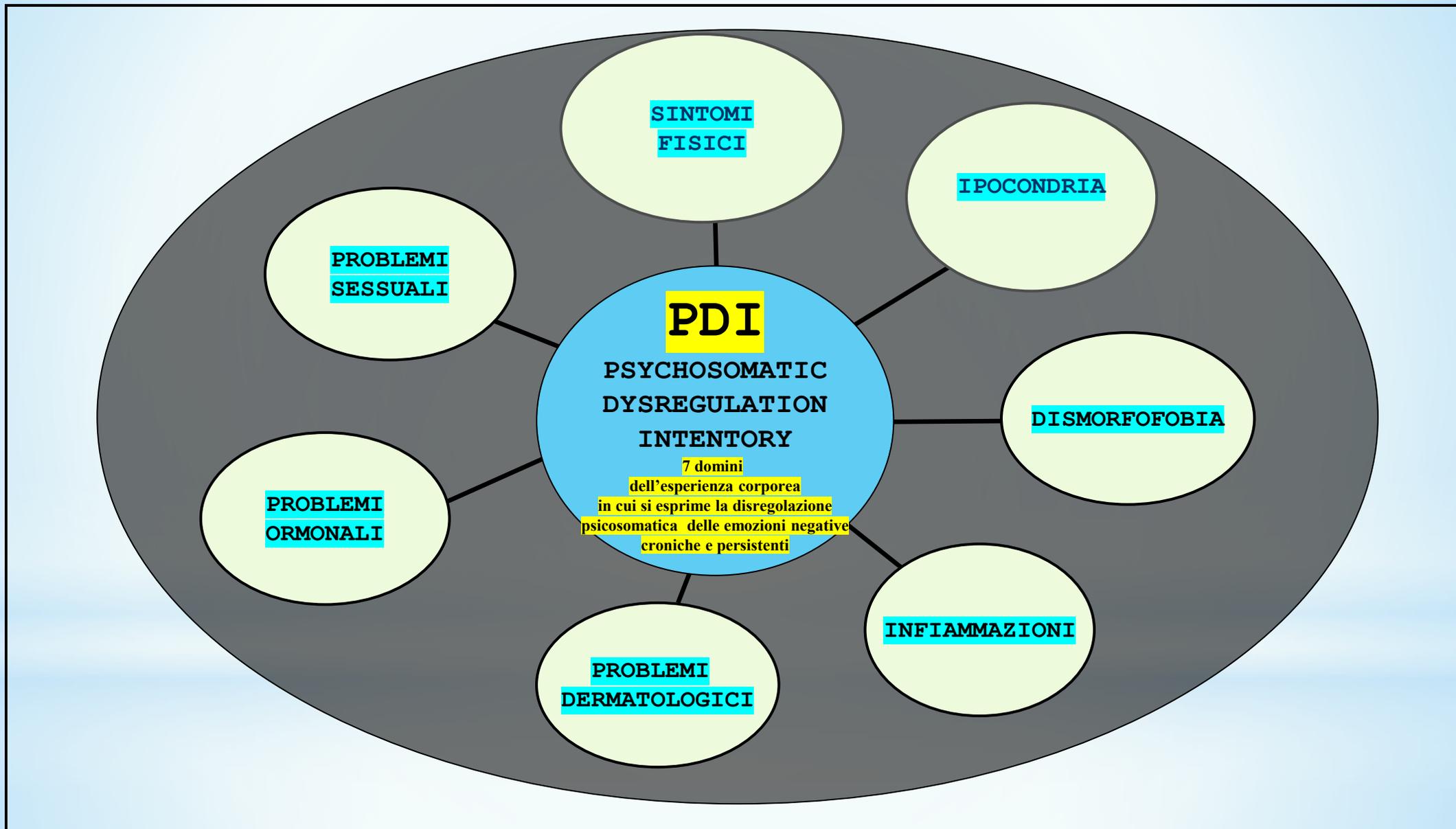
- 1) disturbi con sintomi somatici, compresi i disturbi dermatologici, le infiammazioni e i disturbi ormonali;
- 2) alterazioni dell'immagine corporea, compresa la dismorfofobia e la depersonalizzazione;
- 3) ipocondria;
- 4) disagio nell'intimit  (*intimacy*) relazionale e sessuale.

Si usa clinicamente, commentando con il paziente **soltanto** gli item (sono 100 in tutto) ai quali il soggetto ha assegnato una risposta **spesso** o **sempre**.

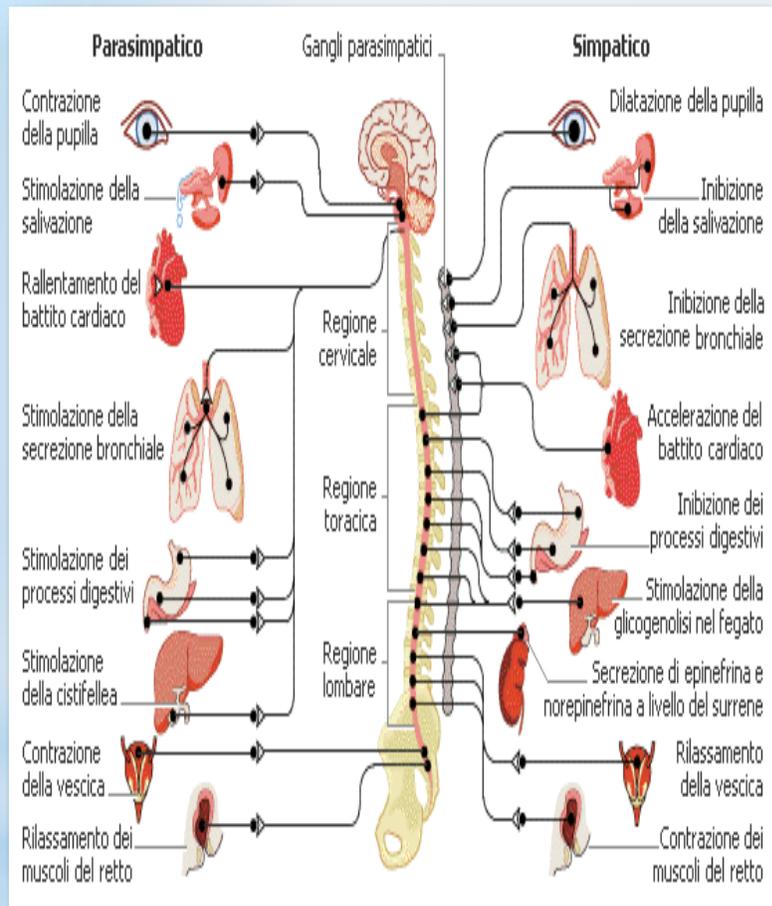
Questi item sono esplicativi: di stati cronici di tensione e rigidit  posturale derivanti da una condizione cronica di **allarme** di origine traumatica (paura), di disagio nello stare nel proprio corpo (*disembodiment*), anche nelle relazioni con gli altri.

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



La disregolazione psicosomatica



PDI

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

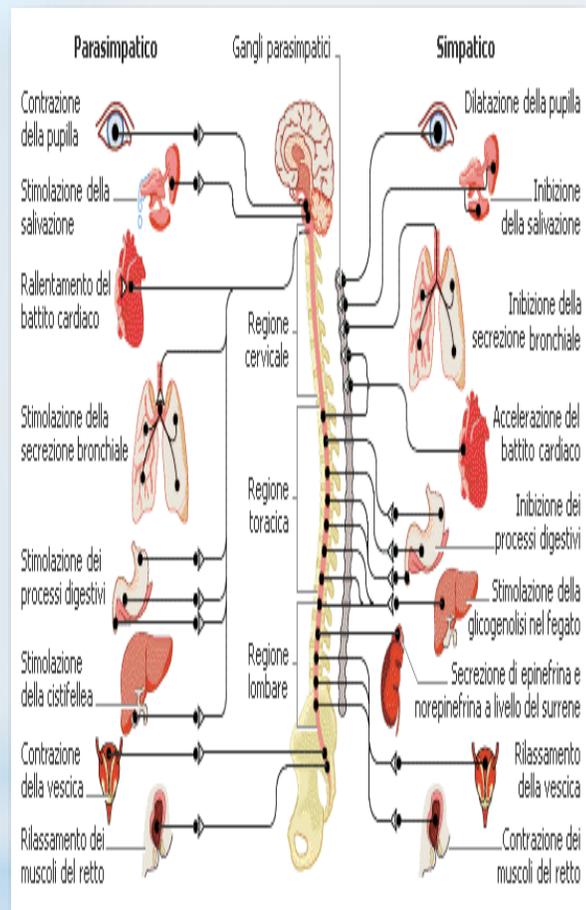
Per favore, inserisci le seguenti informazioni:

Genere: F Et : 24 Titolo di studio: ALCO ENASTICO

Stato Civile: LIBER Occupazione: APPRENDITORE

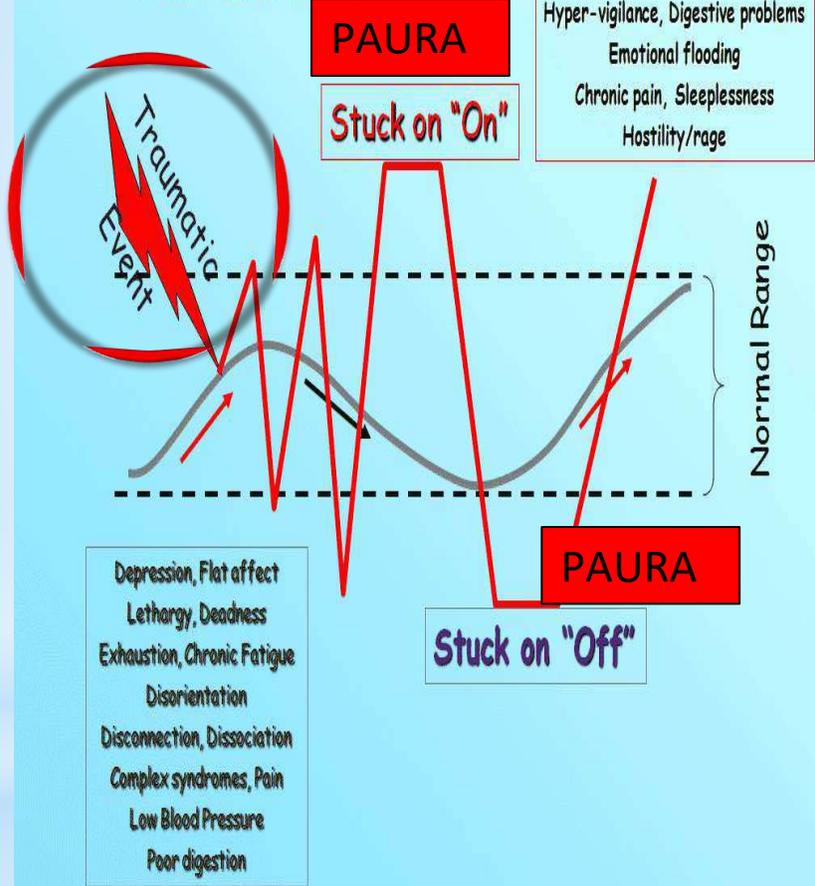
Adesso segna con una X la risposta che pi  si adatta alla tua esperienza. Negli ultimi 6 mesi ho avuto i seguenti problemi:

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

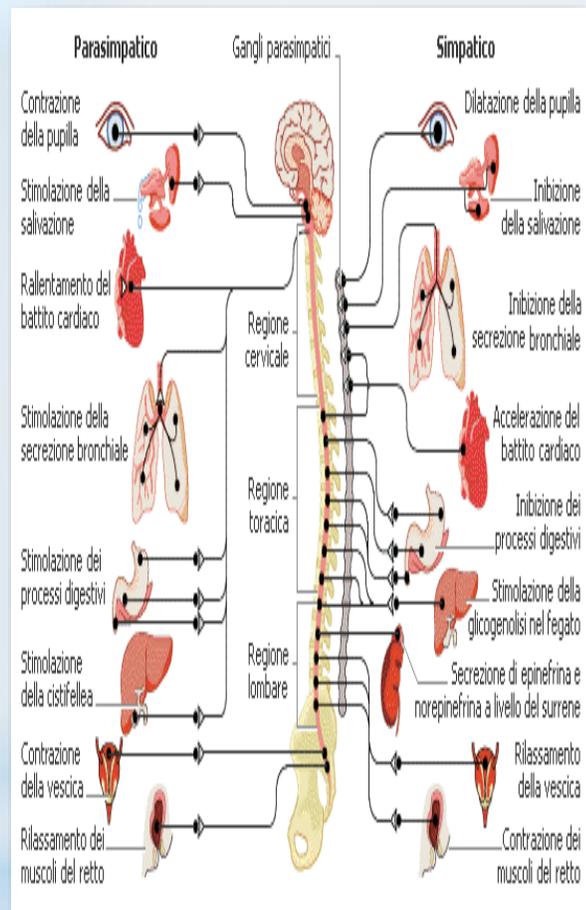


	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSE	MOLTO SPESSE O SEMPRE
19 Eruttazioni		X		
20 Flatulenza		X		
21 Dolori alla schiena			X	
22 Dolori muscolari (braccia, cosce, gambe, mani, piedi)			X	
23 Dolori articolari nelle giunture (braccia, collo, cosce, gambe, mani, piedi)		X		
24 Dolori ai genitali (non durante il rapporto sessuale)		X		
25 Crampi		X		
26 Senso di tensione alla testa, alle spalle o al collo		X		
27 Difficoltà a urinare	X			
28 Dolori urinari	X			
29 Urgente bisogno di urinare	X			
30 Fiato corto e sentire la mancanza di respiro in assenza di sforzo		X		
31 Sensazione di non poter coordinare la respirazione quando parlo		X		
32 Senso di soffocamento	X			
33 Palpitazioni (sensazione che il cuore batte forte e veloce)			X	
34 Affaticabilità (debolezza o mancanza di energie)			X	
35 Dolori o senso di pressione al petto		X		
36 Vertigini e/o giramenti di testa		X		
37 Difficoltà a deglutire	X			
38 Avere gli occhi secchi, arrossati, o gonfi	X			
39 Avere la pelle d'oca (quando non c'è freddo)	X			
40 Perdita della voce, come se non riuscissi a parlare		X		
41 Bisogno di tossire continuamente e di schiarirmi la voce (non a causa di raffreddore)		X		

Symptoms of Un-Discharged Traumatic Stress

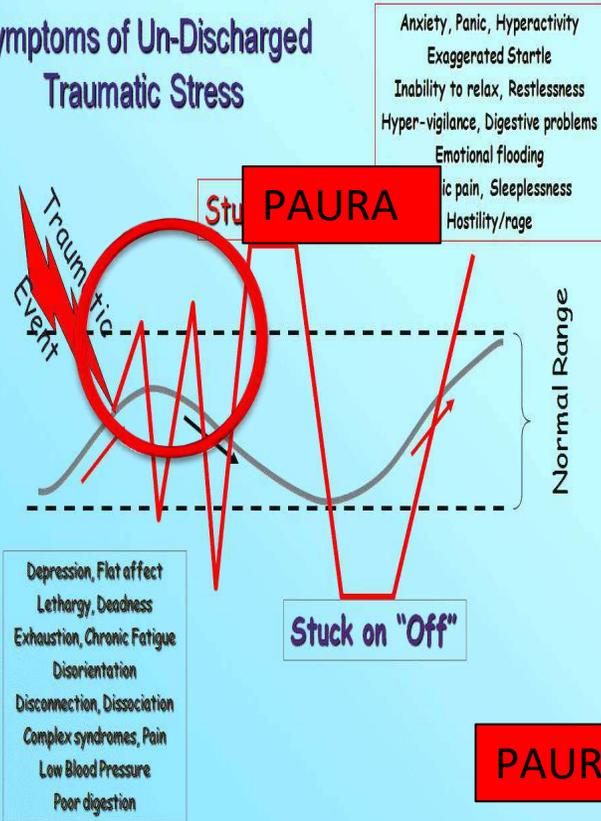


	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSE	MOLTO SPESSE O SEMPRE
42		X		
43	X			
44			X	
45		X		
46	X			
47	X			
48	X			
49		X		
50		X		
51			X	
52	X			
53		X		
54			X	
55			X	
56			X	
57	X			
58			X	
59	X			
60		X		
61		X		
62		X		
63				X



		MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSE	MOLTO SPESSE O SEMPRE
64	Sentirsi afflitto da molti sintomi diversi	X			
65	Parlare in modo confuso o balbettare quando si è agitati	X			
66	Sensazioni di ansia e paura durante il normale rapporto sessuale	X			
67	Difficoltà a raggiungere l'orgasmo		X		
68	Sensazione che il mio corpo sia insensibile al dolore	X			
69	Insomnia e/o difficoltà ad addormentarmi	X			
70	Irritabilità o incapacità a stare fermo		X		
71	Sonno e bisogno di dormire più del solito		X		
72	Svegliarmi durante il sonno e non riuscire più a riaddormentarmi	X			
73	Svegliarmi al mattino più stanco di quando ero andato a letto			X	
74	Avere incubi		X		
75	Sensazioni sgradevoli quando sento odori che di solito mi piacciono	X			
76	Formicolio in alcune parti del corpo				X
78	Prurito che mi spinge a grattarmi continuamente			X	
79	Vampate di calore o brividi di freddo, senza febbre	X			
80	Sudare eccessivamente	X			
81	Salivare eccessivamente e continuamente	X			
82	Preoccuparmi spesso per la mia salute	X			
83	Essere preoccupato di avere una malattia grave	X			
84	Pensare spesso alla propria morte	X			
85	Temere che il proprio aspetto fisico cambi all'improvviso	X			
86	Pensare spesso ai miei difetti fisici	X			
87	Sensazione di avere la bocca secca, senza saliva	X			
88	Fare lunghi confronti fra il mio aspetto e quello degli altri	X			

Symptoms of Un-Discharged Traumatic Stress



		MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSE	MOLTO SPESSE O SEMPRE
89	Avere contrazioni o tremori nel volto (per esempio nelle labbra o nelle palpebre)			X	
90	Guardarmi allo specchio e provare un senso di inquietudine e di estraneità	X			
91	Provare piacere al contatto fisico con gli altri	X			
92	Digrignare i denti durante il sonno		X		
93	Serrare fortemente i denti durante il sonno	X			
94	Sensazione che il mio corpo non mi appartenga		X		
95	Sensazione di vergogna del mio corpo	X			
97	Avere disturbi fisici che compaiono e scompaiono rapidamente		X		
98	Avere infiammazioni (per esempio: cistite, gengivite, sinusite, borsite, bronchite, etc.)			X	
99	Avere problemi dermatologici			X	
100	Avere problemi ormonali (ad esempio, disturbi alla tiroide o diabete)	X			

SOLO PER GLI UOMINI

		MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSE	MOLTO SPESSE O SEMPRE
1	Impotenza (problemi di erezione)				
2	Eiaculazione precoce				
3	Eiaculazione ritardata				

SOLO PER LE DONNE

		MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSE	MOLTO SPESSE O SEMPRE
1	Problemi mestruali (irregolarità del ciclo, dolori intensi durante il ciclo, cambio di umore durante il ciclo, eccessivo sanguinamento mestruale)	X			
2	Secchezza vaginale durante il rapporto sessuale	X			
3	Dolori vaginali alla penetrazione		X		



DISSOCIAZIONE SENSORIALE

DISTURBI
DA SINTOMI
SOMATICI
DSM-5

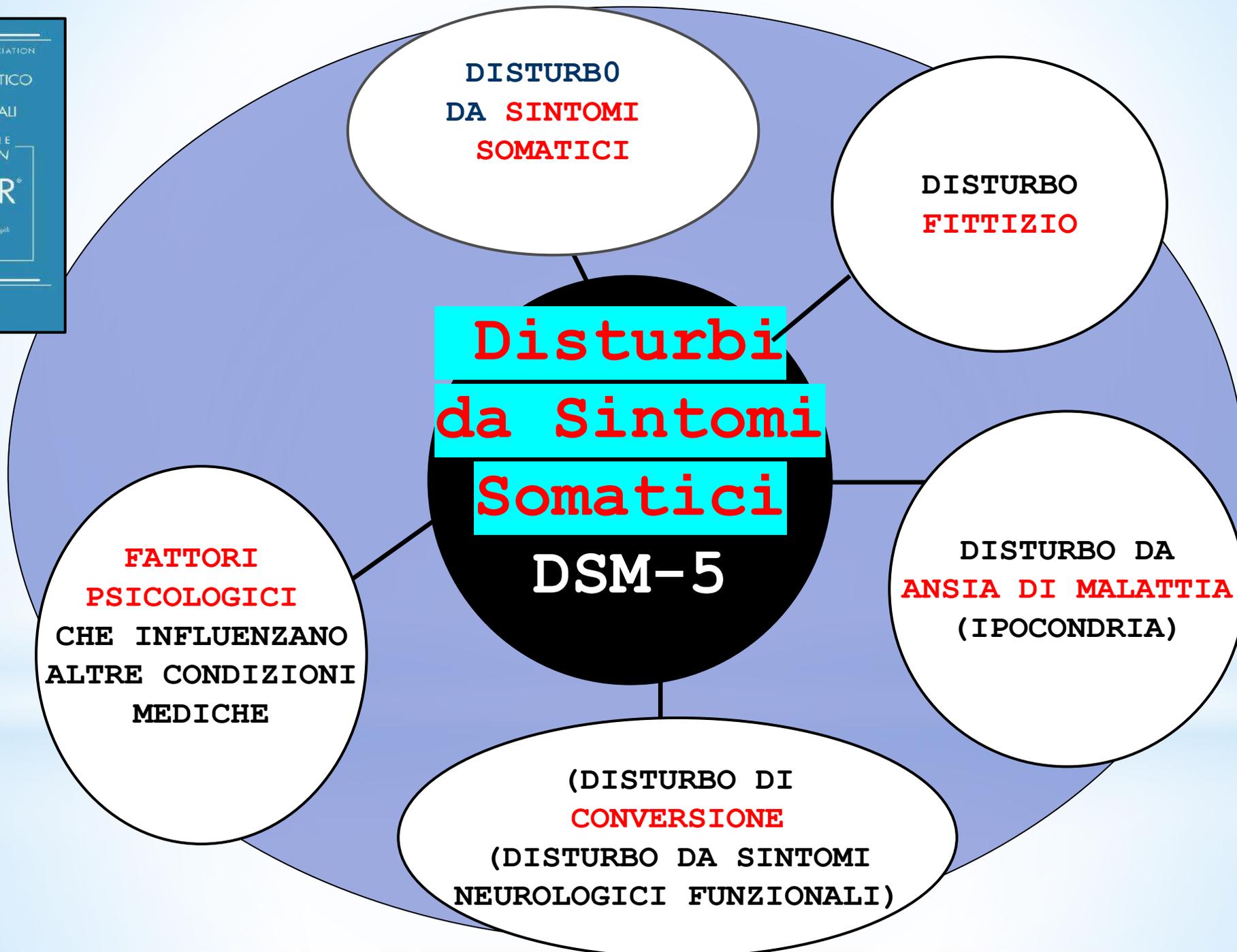
Disturbi del Sé Corporeo

DISMORFISMO
CORPOREO
DSM-5
(DISTURBI OSSESSIVI)

DISTURBI
FUNZIONALI

MEDICINA
PSICOSOMATICA
DISREGOLAZIONE
PSICOSOMATICA

DEPERSONALIZZAZIONE/
DEREALIZZAZIONE
DSM-5
(DISTURBI DISSOCIATIVI)



H

FOCUSING

IL PAZIENTE E' INONDATO DA STIMOLI SOCIALI DURANTE LA PRESA IN CARICO DEL PROCESSO TERAPEUTICO



Pressoché tutti gli stati psichici di un uomo si manifestano nella tensione e nel rilassamento dei muscoli facciali, nell'adattamento degli occhi, nell'affluenza del sangue alla cute, nella sollecitazione imposta all'apparato vocale, e nella posizione delle membra, soprattutto delle mani. Questi mutamenti somatici [...] servono agli altri come sicuri indizi, dai quali si possono dedurre i processi psichici e sui quali si fa affidamento più che sulle espressioni verbali usate nello stesso tempo e intenzionalmente [...]

In certi stati psichici chiamati "affetti", la partecipazione del corpo è così evidente e così intensa che alcuni studiosi della psiche hanno persino creduto che l'essenza degli affetti consista unicamente nelle loro manifestazioni somatiche. [...]

Freud S. (1890), - "Trattamento psichico (trattamento dell'anima)" in OSF, 1, p. 94

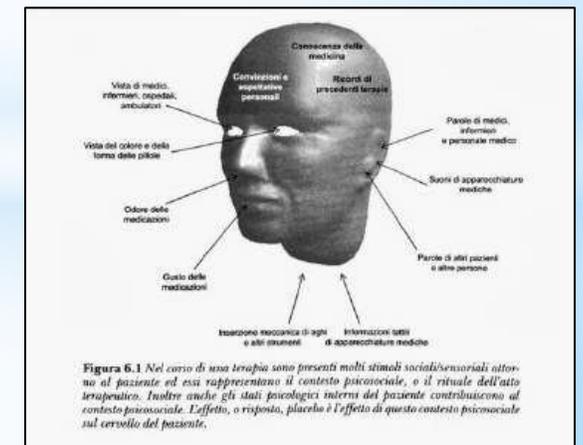
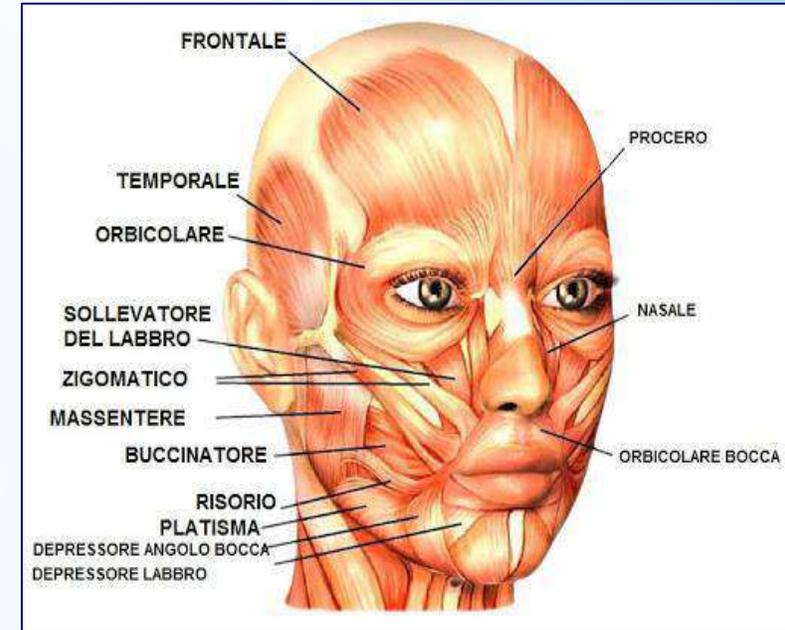
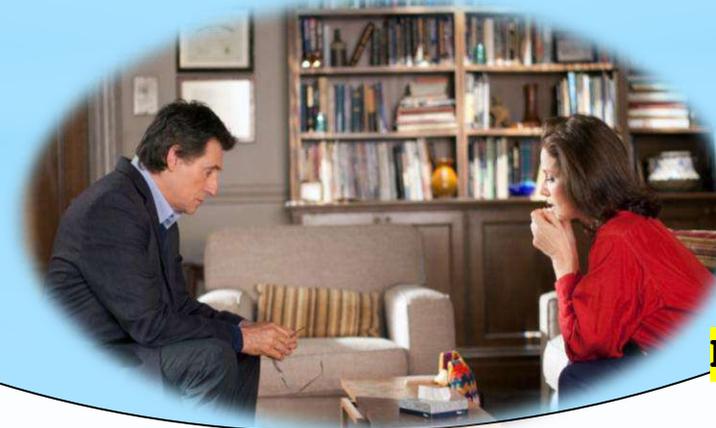


Figura 6.1 Nel corso di una terapia sono presenti molti stimoli sociali/sensoriali attorno al paziente ed essi rappresentano il contesto psicosociale, o il rituale dell'atto terapeutico. Inoltre anche gli stati psicologici interni del paziente contribuiscono al contesto psicosociale. L'effetto, o risposta, pluripla è l'effetto di questo contesto psicosociale sul cervello del paziente.

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

Il focus: L'alleanza terapeutica promuove nel paziente esercizi psicosomatici - quali ad esempio l'attività aerobica, la respirazione diaframmatica, la mindfulness, il **FOCUSING** - a favore della regolazione delle emozioni e delle sensazioni negative croniche e persistenti, per implementare nel paziente una maggiore curiosità e fiducia nell'affrontare le sue inibizioni e blocchi, a favore dell'azione autonoma, della sicurezza, del rilassamento e del piacere nell'ingaggio sociale, riattivando il sistema di attaccamento e migliorando la sua capacità di connessione con gli altri e la sua motivazione a sperimentare le sue relazioni di dipendenza, anche nel fronteggiare e nel riparare le rotture che intervengono nei suoi conflitti relazionali.



**IMPLEMENTARE
ESERCIZI NEURALI
PSICOSOMATICI
AL SERVIZIO DELL'AZIONE,
DELLA SICUREZZA,
DEL RILASSAMENTO E DEL PIACERE
nell'ingaggio sociale**

F

INSIGHT CORPOREO E REGOLAZIONE EMOTIVA NELLA PSICOTERAPIA BODY MIND ORIENTED

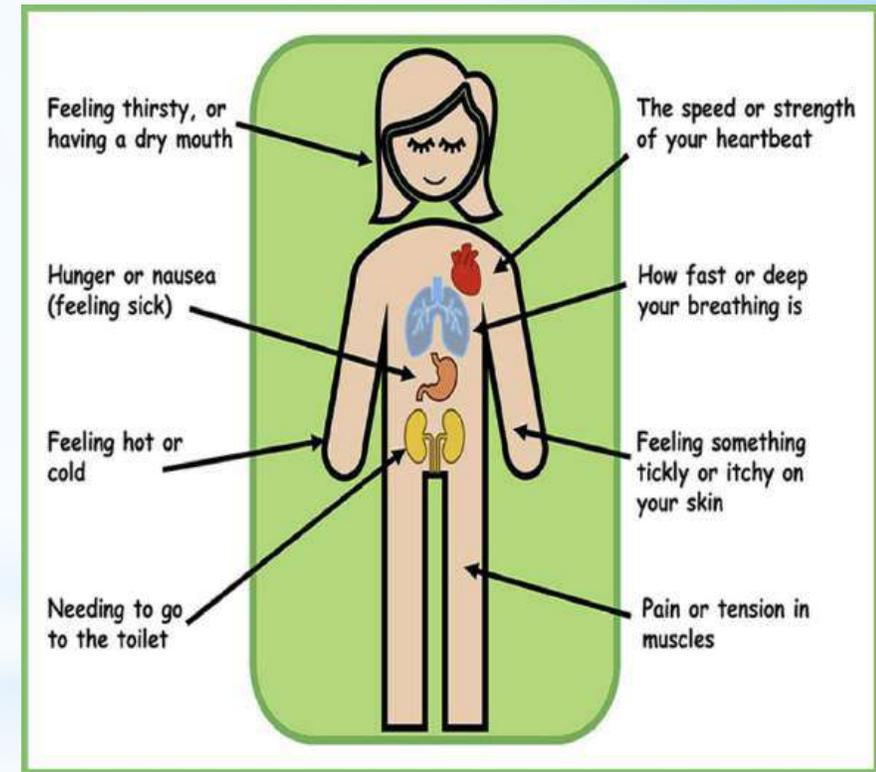
L'Insight Corporeo è il processo di **mentalizzazione** e di trasformazione in psicoterapia delle **sensazioni corporee traumatiche** intervenute nello sviluppo neuroaffettivo del paziente, ovvero nel suo sistema di attaccamento e nelle relazioni sociali fino alla tarda adolescenza e oltre, e che, in quanto troppo dolorose e intollerabili dall'lo, vengono pertanto dissociate (nelle inibizioni o nelle iperattivazioni motorie) a favore dell'attacco al legame, della disattivazione del sistema di attaccamento e della dissociazione dell'Intimacy.



INTEROCEZIONE E FOCUSING

L'Interocezione (Sherrington 1948, Damasio 2005, Craig 2015) è un termine che può essere utilizzato in vari contesti neurofisiologici e psicosomatici che fanno riferimento alla percezione e alla consapevolezza delle sensazioni interne del corpo. Questo concetto è spesso associato al sistema nervoso enterico, che è il sistema nervoso presente nel tratto gastrointestinale e svolge un ruolo chiave nella regolazione delle funzioni digestive.

L'Interocezione è la capacità di rilevare momento per momento le sensazioni interne del corpo, come la fame, la sete, la frequenza cardiaca, la respirazione e altre sensazioni viscerali. È un aspetto importante della consapevolezza corporea e può influenzare il modo in cui una persona percepisce le proprie emozioni e stati fisici.



INTEROCEZIONE E FOCUSING

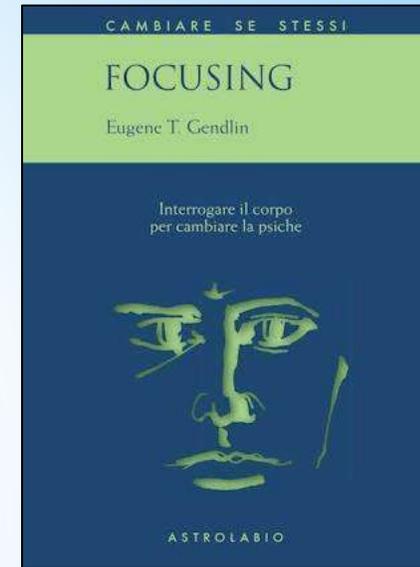
- * Inoltre, il termine può essere utilizzato anche in ambito psicologico per descrivere la consapevolezza delle sensazioni e delle emozioni interne, e in contesti più ampi può essere collegato alla consapevolezza di sé e alla connessione mente-corpo.
- * In generale, l'Interocezione è un concetto multidimensionale che riguarda la consapevolezza delle sensazioni interne e può avere implicazioni nella salute mentale e fisica.
- * L'Interocezione riguarda la percezione soggettiva e la consapevolezza di tutte le sensazioni interne del corpo. Queste sensazioni possono includere una vasta gamma di esperienze, come la fame, la sete, la frequenza cardiaca, la respirazione, la temperatura corporea, la tensione muscolare e altre sensazioni viscerali che svolgono un ruolo centrale nel comportamento soggettivo.

INTEROCEZIONE E FOCUSING

- * La capacità di percepire e interpretare queste sensazioni interne è considerata un aspetto importante della consapevolezza corporea. Essa può influenzare la nostra comprensione di come ci sentiamo emotivamente e fisicamente. Ad esempio, la consapevolezza dell'interocezione può contribuire alla percezione del benessere generale, influenzare le risposte emotive e regolare le funzioni fisiologiche.
- * L'interesse per l'Interocezione è cresciuto in ambito psicologico e neuroscientifico in quanto si ritiene che svolga un ruolo significativo nella comprensione di disturbi come l'ansia, la depressione, i disturbi psicotici, i disturbi da uso di sostanze, i disturbi alimentari, i disturbi da sintomi somatici, i disturbi dissociativi, il PTSD. La ricerca su questo argomento mira a comprendere meglio come la consapevolezza delle sensazioni interne contribuisca alla nostra esperienza soggettiva e alla salute generale.

INTEROCEZIONE E FOCUSING

- * La tecnica del Focusing di Eugene Gendlin è stata sviluppata come un approccio alla consapevolezza corporea e alla risoluzione dei problemi emotivi. Il Focusing si concentra sulla consapevolezza delle sensazioni corporee, incoraggiando le persone a prestare attenzione alle sensazioni fisiche associate alle loro esperienze emotive.
- * Gendlin ha introdotto il concetto di "*felt sense*" (la sensazione sentita) per descrivere l'esperienza globale corporea che contiene informazioni e significati sottostanti al di fuori della consapevolezza del paziente. Attraverso la pratica del Focusing, il paziente impara a prestare attenzione a questo "*felt sense*" e a esplorarlo in modo più approfondito con lo scopo di migliorare la sua capacità di *agency* e di *intimacy*.



INTEROCEZIONE E FOCUSING

- * La tecnica del Focusing viene utilizzata in psicoterapia per aumentare l'Interocezione e contribuire all'attenzione e alla mentalizzazione delle sensazioni interne. Attraverso la pratica del Focusing, le persone possono sviluppare una maggiore consapevolezza delle loro risposte fisiche ed emotive, nonché una comprensione più profonda di come queste sensazioni possano essere collegate a esperienze traumatiche non mentalizzate che vengono ripetute attraverso copioni disfunzionali sia quando il paziente si ritrova da solo con se stesso, sia nelle sue relazioni interpersonali.
- * In generale, molte pratiche che promuovono la consapevolezza corporea, come la meditazione, la mindfulness, il Focusing e altre tecniche di esplorazione delle sensazioni corporee, possono contribuire a sviluppare l'Interocezione e la consapevolezza delle sensazioni interne. Tuttavia, è importante notare che gli effetti possono variare da persona a persona, e la pratica regolare è spesso necessaria per ottenere risultati significativi.

JAN WINHALL

Trattare il trauma
e la dipendenza con
il modello polivagale
Felt Sense



GIOVANNI FIORITI EDITORE

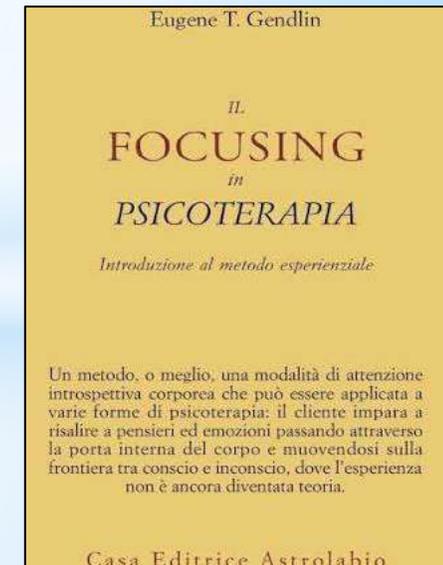
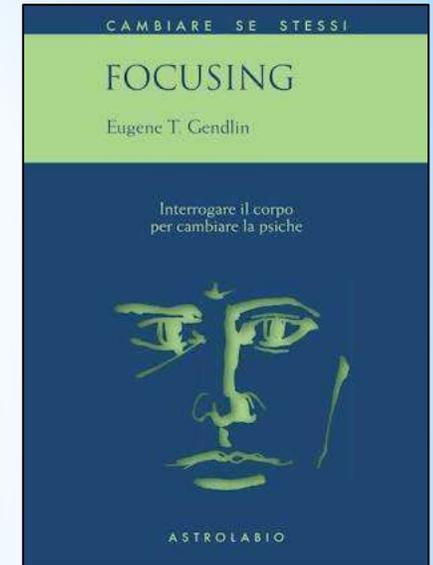
LA MENTALIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA CORPOREA ATTRAVERSO IL FOCUSING

In psicoterapia il Focusing (mettere a fuoco) consiste in una tecnica di meditazione guidata attraverso 6 fasi, in cui il paziente è invitato a concentrarsi sulla **sensazione sentita nel corpo (felt-sense)** relativamente a un suo specifico problema già emerso nella seduta e che lo affligge.

Lo scopo di questo esercizio neurale è quello **di mentalizzare prima di tutto la sensazione sentita nel corpo** e successivamente la varietà delle emozioni, delle immagini e delle parole che si producono nell'esperienza interiore del paziente attraverso le 6 fasi del Focusing.

Il Focusing permette al paziente un'esposizione consapevole al suo problema, e di regolare le emozioni e l'arousal per sviluppare una maggiore padronanza e accettazione di sé di fronte alla sensazione sentita come disturbante.

Tutte le fasi del Focusing **nel setting durano 1 minuto**: il paziente è invitato a chiudere gli occhi e a seguire il flusso regolare del respiro per tutto il tempo della meditazione guidata.



LE 6 FASI DEL FOCUSING

1. **Creare uno spazio** : in questa fase il terapeuta invita il paziente a creare uno stato di rilassamento concentrandosi sul respiro.

“Adesso chiudiamo gli occhi e mettiamoci comodi, rilassiamoci e cominciamo a seguire il respiro che entra ed esce dalle narici; poggiamo una mano a diaframma e seguiamo il respiro e rimaniamo concentrati e rilassati dentro di noi, in silenzio, per un minuto”.

2. **La sensazione sentita** : in questa fase il terapeuta invita il paziente a mettere a fuoco la sensazione sentita nel corpo relativamente al problema che hanno precedentemente condiviso.

“Adesso, continuando a seguire il flusso del respiro concentriamoci sul problema per sentire pienamente la sensazione nel corpo. E ci domandiamo: qual è la sensazione nel corpo che sto sentendo rispetto al problema? In quale zona del corpo sento questa sensazione? In quali parti del corpo la sento? Mantieni la concentrazione su questa sensazione e continua a respirare lentamente per un minuto”.

3. **Trovare un simbolo** : in questa fase il terapeuta invita il paziente a cercare una parola che corrisponda il più possibile alla sensazione sentita nel corpo.

“Adesso continua a respirare e rimani concentrato sulla sensazione sentita nel corpo, per domandarti: qual è la parola che meglio definisce la sensazione che sto sentendo nel corpo? Cerca adesso dentro di te la parola che meglio corrisponde alla sensazione che stai sentendo, una parola che si allinei il più possibilmente con la sensazione sentita e continua a respirare lentamente, per un minuto”.

4. **La risonanza**: in questa fase il terapeuta invita il paziente a lasciar risuonare dentro di sé la sensazione sentita nel corpo, le immagini e la parola corrispondente.

“Adesso continua a respirare lentamente e rimani in questa esperienza per sentirla pienamente dentro di te. Lasciala risuonare dentro di te, lasciala vibrare dentro di te e abbandonati a quello che senti, continuando a respirare per un minuto”.

5. **Il porre domande**: in questa fase il terapeuta invita il paziente a porsi brevemente delle domande su quello che sperimentando.

“Adesso rimanendo concentrato sull’esperienza che stai sentendo, domandati: da dove proviene tutto questo? Da dove ha origine? E ancora continuando a respirare dolcemente domandiamoci: quali sono le possibili soluzioni a tutto questo? Come mi potrei migliorare?, continuando a respirare lentamente per un minuto”.

6. **L’accoglienza**: in questa fase il terapeuta invita il paziente a sperimentare un sentimento di sé benevolente, di calma e di profonda accettazione di sé di fronte a quello è.

“Adesso seguendo la respirazione che entra ed esce dalle narici, accetta pienamente l’esperienza che stai sentendo e ricevila dentro di te; Accoglila per come è, con benevolenza e con tenerezza, e accetta te stesso di fronte a quello che sei, continuando a respirare normalmente per un minuto”.

Alla fine di questo minuto di Focusing, il terapeuta guiderà il paziente a terminare l'esercizio e a ritornare nell'esperienza cosciente ordinaria, concludendo la meditazione in questo modo:

“A questo punto, continuando a respirare normalmente riapriamo lentamente gli occhi e ritorniamo piano piano ad essere quello che siamo”.

Il Focusing termina, nel setting, con la condivisione cosciente dell'esperienza vissuta: alla fine della meditazione guidata, il paziente verbalizza con il terapeuta le sensazioni corporee provate, le immagini, i pensieri, le parole, i ricordi, sperimentati durante la concentrazione sulla sensazione sentita per poterli elaborare insieme e metterli al servizio della sua maturazione.

Il Focusing è un intervento bottom-up/top-down perché parte dalla sensazione sentita nel corpo, per arrivare, attraverso le 6 fasi, a mentalizzare nuove strategie per una maggiore libertà e autonomia sia nell'agency che nell'intimacy.

Il Focusing, inoltre, nella psicoterapia della regolazione emotiva e psicosomatica permette al paziente di scoprire non solo nuove conoscenze di sé, ma anche di sperimentare **il valore affettivo della relazione clinica e dell'alleanza terapeutica**, in quanto viene interiorizzato come un "gioco interpersonale" che ha lo scopo di incentivare la coregolazione diadica, la sicurezza e nuove forme di ingaggio sociale.

Esempio clinico della pratica del Focusing Dr. Vincenzo David

Buon pomeriggio F..

A lei dottore,

Come stai?

Adesso bene, ma ho passato una settimana non facile perché ho voluto lasciare l'Università. È stata più l'angoscia di dirlo a mio padre che altro. Ho chiesto aiuto a mia sorella per dirglielo, però in qualche modo poi ho avuto il coraggio di farlo. Dottore non mi va di studiare, però ho cominciato a lavorare in un bar, come cameriera. Certo ribadisco l'angoscia è stata pesante.

F., comprendo come questa angoscia abbia caratterizzato questa settimana e sarebbe interessante lavorarci adesso insieme.

Che ne dici se facciamo una tecnica di meditazione guidata che si chiama Focusing?

Oh dottore sarebbe davvero interessante...Bene, ci sono.

Bene F.. Adesso ti spiego come funziona il Focusing e dopo ti guiderò attraverso le 6 fasi dell'esercizio.



Iniziamo il Focusing e la paziente mostra interesse e dedizione. Le chiedo se vuole tenere gli occhi aperti o chiusi, preferisce chiusi, e la invito a respirare normalmente seguendo il flusso del suo respiro. Questa sessione di Focusing durerà circa 12 minuti. Rispettiamo le 6 fasi e osservo che la paziente durante la terza fase (trovare un simbolo, una parola) e la quinta fase (porre domande) sembra molto in contatto con se stessa anche se nel viso compare la tristezza.

Alla fine dell'esercizio, dopo che la paziente ha riaperto gli occhi, le chiedo: Come è andata?

*Dottore, la sensazione è rimasta concentrata nello stomaco, addome, pancia. Sensazione di **bruciore e soffocamento come se qualcuno mi stringesse**. Mi è venuta in mente un collegamento con la relazione con mio padre ma, pensandoci bene, è così in tutte le mie relazioni perché noto che ho difficoltà con tutti quando devo affrontare un problema. Potrei risolvere tutto questo prendendomi cura di me e cercare di stare meglio con me stessa. La relazione con l'altro deve aggiungere qualcosa di positivo e non essere una tensione continua, come mi succede. Per me tutto questo costituisce un cambiamento non indifferente. La parola che è più coerente dottore per me è **bruciore**.*

Molto bene F.. Questa parola ti richiama qualcosa?

No dottore...almeno in questo momento.....

Va bene F.. Ti sei soffermata sulla sensazione di soffocamento che hai collegata a tuo padre....

Si c'è un significato: mi sento soffocata da lui...ho paura di sbagliare e che poi lui si arrabbia e se ne va, oppure che mi dice di andarmene. Con l'Università avevo queste immagini che lui mi mandava via da casa....

Invece?

Gli ho mandato un messaggio e lui in maniera sorprendente mi ha capita, dicendo che i soldi vanno e vengono e che non dovevo preoccuparmi.

Questo come ti ha fatto sentire?

Dottore sicuramente meglio, qualcosa sembra che stia cambiando...però dentro di me rimane il trauma di essere rifiutata che ancora si fa sentire, non tanto la realtà di quello che poi è avvenuto tra noi due.

Cosa stai sentendo in questo momento?

***Paura.** Responsabilità che tutto dipenda da me. Non vorrei ferirlo e quindi vorrei proteggerlo...*

Quindi hai paura di ferire tuo padre se non riesci a proteggerlo.

È proprio questo che scatta nella mia mente, è questo il meccanismo....

Mi accorgo a questo punto che la paziente è rimasta bloccata e che non sembra capace di andare avanti rispetto a ciò che stiamo condividendo nella seduta.

Decido così di fare un role playing, invitandola ad assumere il ruolo di suo padre nella scena conflittuale da cui eravamo partiti, per immaginare il suo punto di vista ed empatizzare con i suoi sentimenti.

Dopo il role playing le chiedo: Se tu fossi al posto di tuo padre per come affronti il conflitto con lui, come ti sentiresti?

Ma ci rimarrei male, molto male...mi arrabbierei perché alcune scelte vanno fatte più consapevolmente...

e tu come ti sei sentita?

Dispiaciuta ma tanto, tanto...

Di cosa avrebbe bisogno F.?

Di comprensione...

proviamo ad entrare dentro questo bisogno di comprensione....

Intanto compresa, ma prima di essere compresa dagli altri direi da me stessa. Accettarmi e volermi bene...mi sono resa conto solo in questo momento che l'unica che rema sempre contro sono io stessa. Mia madre, mia sorella, papà mi hanno compresa. Devo accettare di più i miei errori e volermi bene un po' di più.

Interessante quello che stiamo osservando oggi. Capisco come sia difficile partire da se stessi quando si è abituati a partire dagli altri.

Si dottore il punto da cui partire sono io. Fuori è relativo rispetto a quello che succede dentro di me. La rabbia che pensavo fosse di mio padre in realtà è qualcosa che parte da me. L'ho capito quando abbiamo fatto il Focusing e successivamente quando mi ha chiesto di mettermi nei panni di mio padre.

A questo punto parliamo ancora della rabbia e della sensazione sentita nello stomaco. Decido allora di farle rivedere il PDI, il test sui sintomi somatici che avevamo fatto all'inizio del trattamento, e la paziente rimane sbalordita dalla coerenza tra le risposte positive ai disturbi gastrointestinali di cui soffre da molto tempo e tutto quello che è emerso nella seduta di oggi.

Dottore sono piacevolmente stupita dalle connessioni che ci sono tra le cose. Ora sembra che tutto abbia un senso...

F.: cosa stiamo cercando di dare alla terapia?

Una direzione...rispetto me. Io sono il centro.



FOCUSING

```
graph TD; FOCUSING[FOCUSING] --> A[INCENTIVA CON LA RESPIRAZIONE CONSAPEVOLE IL FRENO VAGALE A FAVORE DEL RILASSAMENTO]; FOCUSING --> B[INCENTIVA LA CONSAPEVOLEZZA DEL MINDWANDERING E DELL'AZIONE DEL SABOTATORE INTERNO]; FOCUSING --> C[INCENTIVA LA CONSAPEVOLEZZA CORPO/MENTE E LA REGOLAZIONE DELL'AROUSAL]; FOCUSING --> D[INCENTIVA L'AUTO-ACCETTAZIONE DELL'ESPERIENZA INTERIORE E LA SICUREZZA DI ESSERE SE STESSI (SAFETY)]; FOCUSING --> E[INCENTIVA L'ALLEANZA TERAPEUTICA IN QUANTO ESPERIENZA CHE AVVIENE NEL CAMPO BIPERSONALE DELLA PSICOTERAPIA]; FOCUSING --> F[INCENTIVA LA DESENSIBILIZZAZIONE DEL SENTIRSI COSTANTEMENTE MINACCIATO E IN PERICOLO (REGOLAZIONE DELLA NEUROCEZIONE) ATTRAVERSO L'IMAGINAL EXOPOSURE O L'EXPOSURE THERAPY];
```

INCENTIVA CON LA
RESPIRAZIONE
CONSAPEVOLE IL FRENO
VAGALE A FAVORE DEL
RILASSAMENTO

INCENTIVA
LA CONSAPEVOLEZZA
DEL MINDWANDERING
E DELL'AZIONE DEL
SABOTATORE INTERNO

INCENTIVA LA
CONSAPEVOLEZZA
CORPO/MENTE E LA
REGOLAZIONE DELL'AROUSAL

INCENTIVA L'AUTO-
REGOLAZIONE E LA CO-
REGOLAZIONE
ALLA RICERCA DELLA
CONNESSIONE

INCENTIVA
L'AUTO-ACCETTAZIONE
DELL'ESPERIENZA INTERIORE E
LA SICUREZZA DI ESSERE SE
STESSI (SAFETY)

INCENTIVA L'ALLEANZA TERAPEUTICA IN
QUANTO ESPERIENZA CHE AVVIENE NEL
CAMPO BIPERSONALE DELLA
PSICOTERAPIA

INCENTIVA LA DESENSIBILIZZAZIONE DEL SENTIRSI
COSTANTEMENTE MINACCIATO E IN PERICOLO
(REGOLAZIONE DELLA NEUROCEZIONE) ATTRAVERSO
L'*IMAGINAL EXOPOSURE* O L'*EXPOSURE
THERAPY*

Anapanasati Sutta : Buddha's speech on 'Breath awareness'



I quattro fondamenti della "presenza mentale" (*satipatthana*)

1. consapevolezza del corpo
2. consapevolezza delle sensazioni
3. consapevolezza della mente
4. consapevolezza della transitorietà

«Così, avendo appreso che tutto è manifestazione della mente, si impara a rilassarsi senza essere coinvolti dalla mente»
Ma gciḡ (XI secolo), Canti Spirituali, Adelphi

[E in che modo, monaci, si pratica la consapevolezza dell'inspirare ed espirare affinché sia di gran frutto e di gran beneficio?]

In questo caso, o monaci, un monaco, recatosi nella foresta, ai piedi di un albero o in un alloggio vuoto, si siede a gambe incrociate e con il corpo eretto, suscitando l'attenzione [sati] di fronte a sé. Consapevole inspira e consapevole espira.

1. Inspirando lungo egli sa: sto inspirando lungo; espirando lungo egli sa: sto espirando lungo. Inspirando breve egli sa: sto inspirando breve; espirando breve egli sa: sto espirando breve.

Si esercita così: pienamente sensibile a tutto il corpo inspira; si esercita così: pienamente sensibile a tutto il corpo espira.

Si esercita così: calmando il condizionante del corpo inspira; si esercita così: calmando il condizionante del corpo espira.

2. Si esercita così: pienamente sensibile al godimento inspira; si esercita così: pienamente sensibile al godimento espira.

Si esercita così: pienamente sensibile all'agio inspira; si esercita così: pienamente sensibile all'agio espira.

Si esercita così: pienamente sensibile ai condizionanti della mente inspira; si esercita così: pienamente sensibile ai condizionanti della mente espira.

Si esercita così: calmando i condizionanti della mente inspira; si esercita così: calmando i condizionanti della mente espira.

3. Si esercita così: pienamente sensibile alla mente [citta] inspira; si esercita così: pienamente sensibile alla mente espira.

Si esercita così: allietando la mente inspira; si esercita così: allietando la mente espira.

Si esercita così: unificando la mente inspira; si esercita così: unificando la mente espira.

Si esercita così: liberando la mente inspira; si esercita così: liberando la mente espira.

4. Si esercita così: contemplando l'incertezza inspira; si esercita così: contemplando l'incertezza espira.

Si esercita così: contemplando il non-attaccamento inspira; si esercita così: contemplando il non-attaccamento espira.

Si esercita così: contemplando la cessazione inspira; si esercita così: contemplando la cessazione espira.

Si esercita così: contemplando il lasciar andare inspira; si esercita così: contemplando il lasciar andare espira.

Ecco, o monaci, in che modo la consapevolezza dell'inspirare ed espirare, coltivata e perfezionata, è di gran frutto e di gran beneficio.



Tecniche di rilassamento

Insegnare una tecnica per gestire l'ansia e gli stati di arousal (stress), risulterà particolarmente utile per quei pazienti con sintomi psicotici persistenti.

Per tutte le tecniche di rilassamento, la chiave è una pratica costante.

Sarà **necessario concordare un programma di pratica col paziente** (di solito è utile fare pratica almeno una volta al giorno) e rivalutarlo nelle sedute successive. Può essere d'aiuto fornire al paziente una registrazione vocale contenente gli esercizi di rilassamento per fare pratica, finché non diventa familiare con questa routine.

La flessibilità qui è molto importante e ci sono molti approcci per il rilassamento che possono essere insegnati. Può essere necessario provare alcuni di questi coi pazienti e farsi guidare dalle loro preferenze. Due tecniche di rilassamento fondamentali sono brevemente descritte di seguito:

- 1- Il controllo del respiro
2. Rilassamento attraverso il "lasciarsi andare"

I quattro fondamenti della "presenza mentale" (*satipatthana*)

1. consapevolezza del corpo
2. consapevolezza delle sensazioni
3. consapevolezza della mente
4. consapevolezza degli oggetti mentali



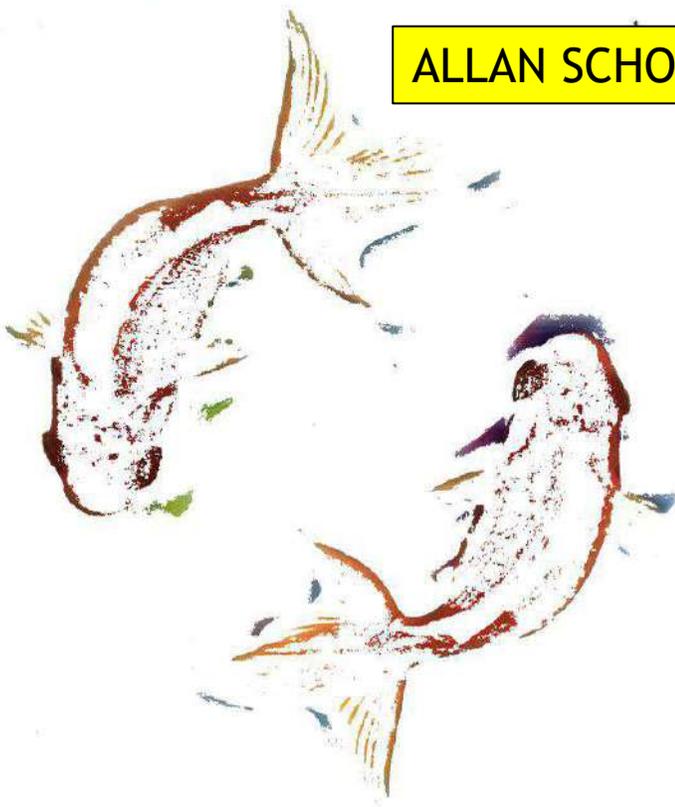
Il controllo del respiro

1. Spiegare che, quando diventiamo ansiosi, la nostra frequenza respiratoria spesso cambia, determinando una serie di altre sensazioni fisiche. Rallentare il nostro respiro può aiutarci a controllare le sensazioni fisiche velocemente e quindi farci sentire più a nostro agio.
2. Introdurre la "Tecnica del respiro" (inspirare contando fino a 4, trattenere il fiato per 2 secondi, espirare contando fino a 6).
3. Esercitrarsi durante la seduta per 5 o 10 minuti.
4. Chiedere al paziente cosa ne pensa, cosa ha provato durante l'esperienza e discutere ogni difficoltà.

I quattro fondamenti della "presenza mentale" (*satipatthana*)

1. consapevolezza del corpo
2. consapevolezza delle sensazioni
3. consapevolezza della mente
4. consapevolezza degli oggetti mentali

ALLAN SCHORE E LA REGOLAZIONE SULLA BASE DELL'EMISFERO DESTRO



DIANA FOSHA, DANIEL J. SIEGEL, MARION F. SOLOMON
ATTRAVERSARE LE EMOZIONI
VOLUME I
NEUROSCIENZE E PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO

THE BRAIN

(Top Down View)

Corpus Callosum

Visual

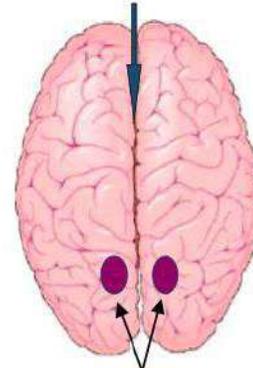
Visual

Auditory

Auditory

Kinesthetic

Kinesthetic



Amygdala

Hemispheric Specialization

“ We feel in one world and think and give names in another”

Left Hemisphere

- Logical
- Linear
- Analytical
- Data (check-book)
- Facts
- Speech Center
- Familiar Information

Right Hemisphere

- Spatial Information
- Metaphors
- Sense of Identity
- Emotionally Charged Memories
- Total Picture Perceptions
- Poetic Language
- Unfamiliar Information

CAPITOLO 5

La regolazione degli affetti dell'emisfero destro
*Un meccanismo di base dello Sviluppo, del Trauma,
della Dissociazione e della Psicoterapia*

Allan N. Schore

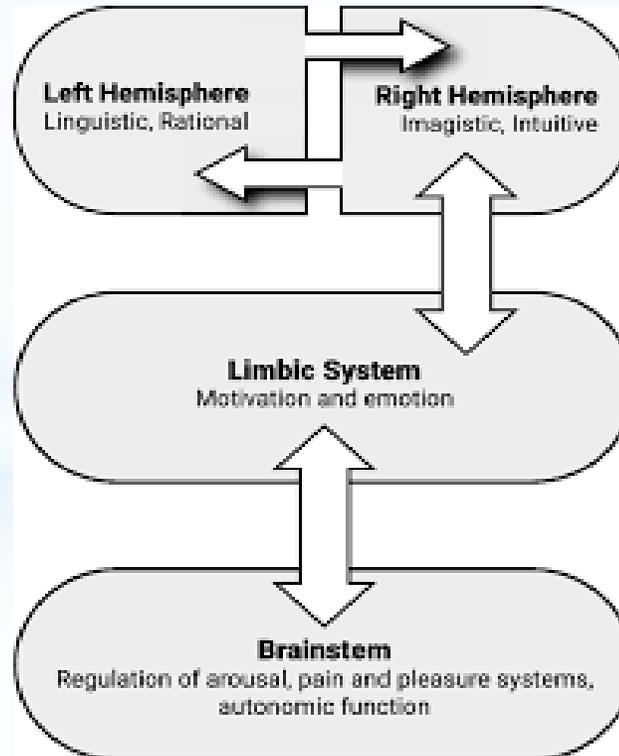


Allan N. Schore

Psicoterapia con l'emisfero destro



Raffaello Cortina Editore



3

Il ruolo delle regressioni reciproche
come promotrici di crescita
nella psicoterapia del profondo: prima parte

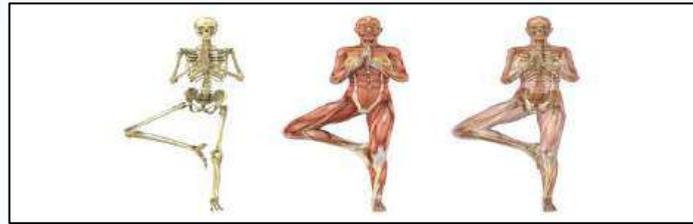
Un tema centrale dei miei continui studi clinici e dello sviluppo stabilisce che il cervello umano e la mente costituiscono in realtà un sistema duale. A tal fine, attraverso tutti i miei scritti presento un continuo flusso di dati clinici e ricerche sperimentali per mostrare che la mente cosciente risiede nell'emisfero sinistro, mentre la mente inconscia, che opera a livelli al di sotto della consapevolezza, risiede nell'emisfero destro (Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2012). Questo modello gerarchico risale alle fondamenta delle ricerche sulla lateralità del cervello nel XIX secolo e alle origini della psicoanalisi nel primo periodo del XX secolo. Non solo enfatizza le differenze funzionali fra gli emisferi, ma modella anche le relazioni fra gli emisferi cerebrali e quelle fra la mente conscia e quella inconscia.

Riprendendo le classiche concezioni top-down e bottom-up del dominio degli emisferi, il neurologo Guido Gainotti ha offerto dati empirici attuali che mostrano che "l'emisfero destro può favorire i processi del livello 'schematico' inferiore (dove le emozioni sono generate automaticamente e vissute come 'vere emozioni') e l'emisfero sinistro il livello 'concettuale' superiore (dove le emozioni sono analizzate consapevolmente e sottoposte a controllo intenzionale)" (2005, p. 71). Comunque, modelli più recenti enfatizzano i ruoli bottom-up e top-down dell'emisfero destro "non dominante". Il neuropsichiatra Iain McGilchrist ha citato un'ampia raccolta di studi che indicano che "L'emisfero destro radica la nostra esperienza del mondo all'estremità inferiore, per così dire, e ne dà un senso, all'estremità superiore", che questo emisfero è maggiormente in contatto sia con l'affetto sia con il corpo e che "prove neurologiche supportano quello che viene chiamato il primato dell'affetto e il primato dell'inconscio rispetto alla volontà cosciente" (2015, p. 1591).

PROPRIOCEZIONE

La **Propriocezione** (nota anche come **cinestesia**) è la capacità di **percepire e riconoscere la posizione del proprio corpo nello spazio** e lo stato di contrazione dei propri muscoli anche senza il supporto della vista.

Propriocezione Insieme delle funzioni deputate al controllo della posizione e del movimento del corpo, sulla base delle informazioni rilevate da **recettori periferici** denominati propriocettori. Tali informazioni sono elaborate all'interno di riflessi spinali volti al mantenimento della corretta postura e a contrastare la forza di gravità.



INTEROCEZIONE

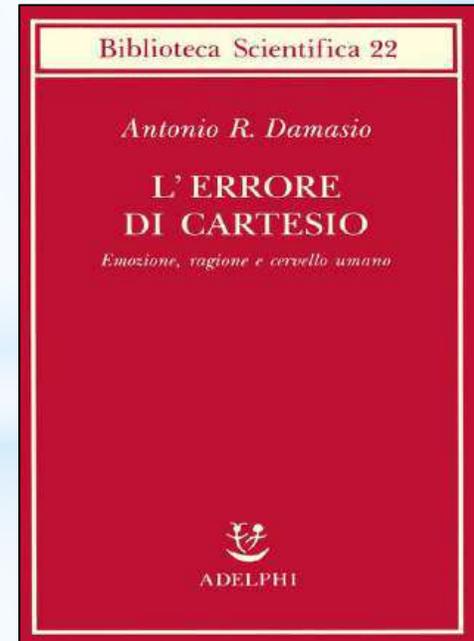
L'**Interocezione** può essere definita come il **processo di rappresentazione, istante per istante**, delle sensazioni somatiche che provengono dal **corpo stesso** (Craig, 2002).

ESTEROCEZIONE

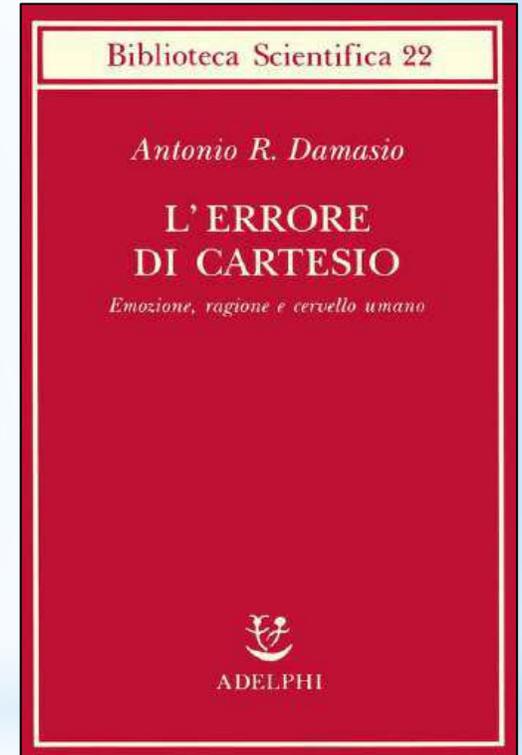
L'**Esterocezione (sensibilità)** può essere definita come **l'insieme delle funzioni esplicate dai centri nervosi e dai recettori per acquisire informazioni dall'ambiente esterno**.

La percezione corporea nella costruzione del Sé corporeo

Antonio Damasio per primo ha introdotto il concetto di **sentimenti di fondo (Background Feelings)** nel suo *L'errore di Cartesio*. Con questo concetto si vuole sottolineare la natura intrinsecamente corporea di questo specifico tipo di 'feeling' (e non solo), misconosciuto (o, quantomeno, sottovalutato) dalla maggior parte degli approcci 'standard' al feeling - soprattutto quelli di stampo cognitivista (cfr. Frijda 1987, Ortony 1988, etc.). I principali 'background feelings' [fatigue; energy; excitement; wellness; sickness; tension; relaxation; surging; dragging; stability; balance; imbalance; harmony; discord] indicano la "temperatura" interna temporanea dell'organismo. Ciò che 'sentiamo' sono percezioni dello stato presente del **corpo come un tutto**, nel suo complesso.



La rappresentazione dello stato corporeo attuale o, come dice Damasio, *l'esperienza online* del proprio corpo, così come cambia momento per momento, avviene in aree corticali (mappe della corteccia sensoriale-motoria, topograficamente organizzate in base a segnali provenienti dai muscoli) e in aree subcorticali, non mappati e quindi non coscienti, deputati alla ricezione di segnali provenienti dal **SNA** (Sistema Nervoso Autonomo). Il risultato di tutti questi *feedback* corporei è il *senso della corporeità* nel suo insieme, che è sempre presente, almeno sullo sfondo, finché non vi dirigiamo l'attenzione.



Body Awareness

La rappresentazione dello stato potenziale del corpo, invece, deriva dalla **propriocezione** e dall'**interocezione** (complessivamente indicate come **Enterocezione**). La **propriocezione** - la percezione dei muscoli e della struttura scheletrica, che restituisce il senso della posizione del corpo nell'ambiente - e l'**interocezione** - la percezione del milieu interno e dei segnali provenienti dai visceri, concernente il senso di equilibrio omeostatico dell'organismo - assieme ai 'background feelings' costituiscono le principali modalità con cui percepiamo il nostro corpo.

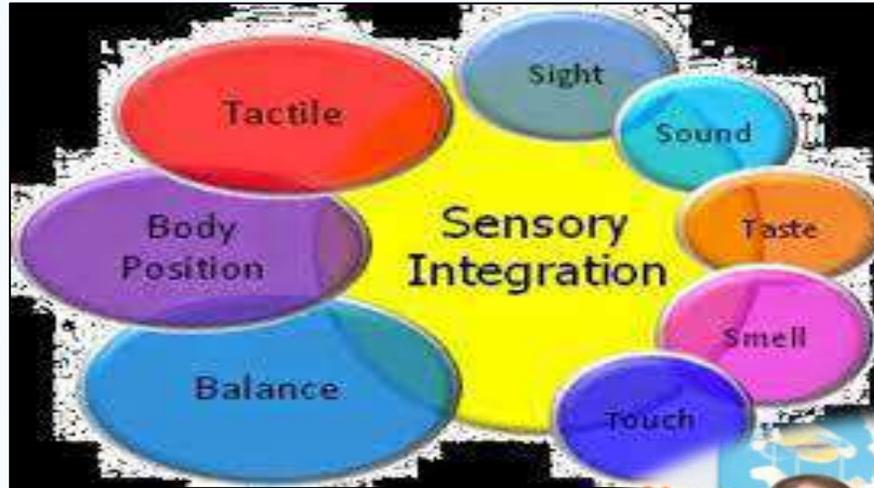
Grazie a tale percezione di base, si costituisce anche il "senso di essere", la nostra identità biologica, che è il senso più elementare possibile che possiamo attribuire all'esperienza del Sé ("Sé biologico").

Questo è collegato agli altri sensi del Sé: dal Sé emergente al Sé narrativo (Stern).

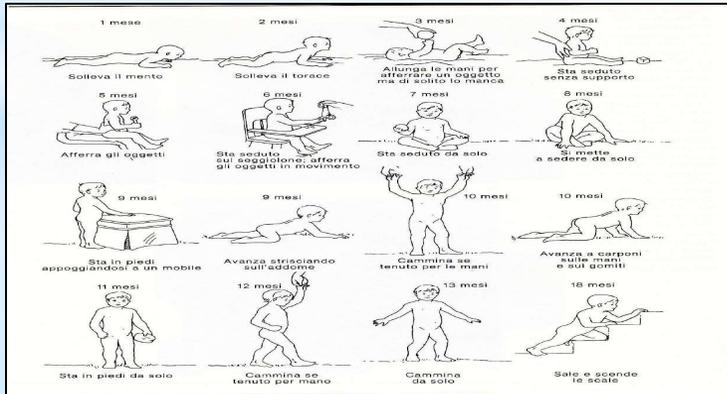


Body Awareness

Integrazione Sensoriale in età evolutiva e sviluppo dell'identità corporea



Embodiment



Lo sviluppo del cervello

Per riprodurre la sequenza dello sviluppo anatomico del cervello umano, i ricercatori del National Institute of Mental Health hanno sottoposto a risonanza magnetica un gruppo di bambini di cinque anni, continuando a controllarli fino ai 21 anni d'età. I risultati hanno mostrato che la materia grigia (composta principalmente da cellule nervose) si sviluppa nella corteccia cerebrale e si riduce progressivamente nel tempo. Le regioni che maturano per ultime – non prima dell'età adulta – sono quelle collegate a funzioni complesse come pianificare, riflettere e controllare gli impulsi.

TRAUMATIC STRESS

Età (anni)

1,0
0,9
0,8
0,7

L'assottigliamento della materia grigia tra i cinque e i vent'anni è legato allo sviluppo cerebrale.

Disembodiment



L'Integrazione Sensoriale è il processo neurologico mediante il quale vengono organizzate le informazioni sensoriali, provenienti dal corpo e dall'ambiente, per consentire all'individuo un funzionamento e una relazione efficace nel e con l'ambiente.

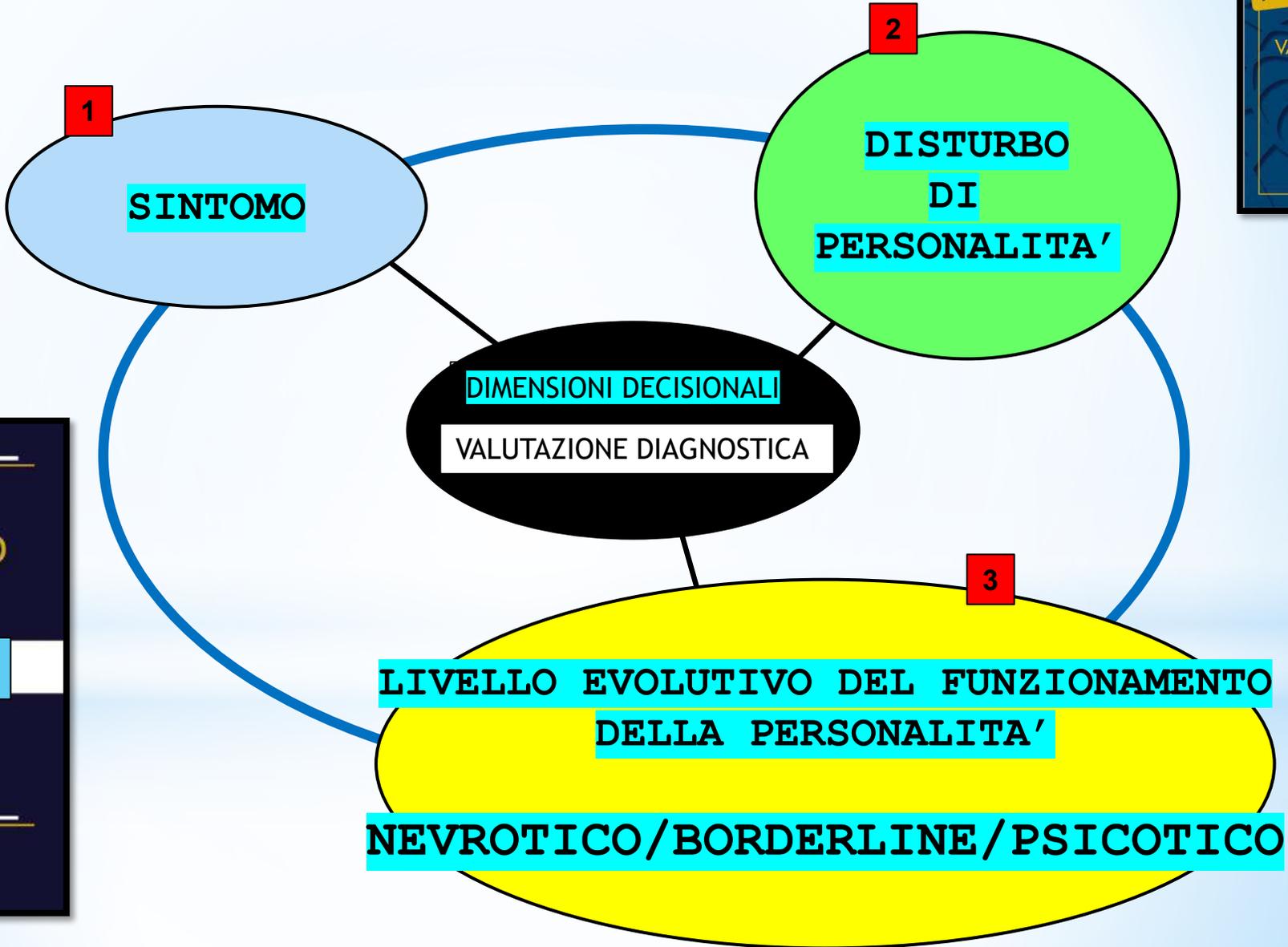
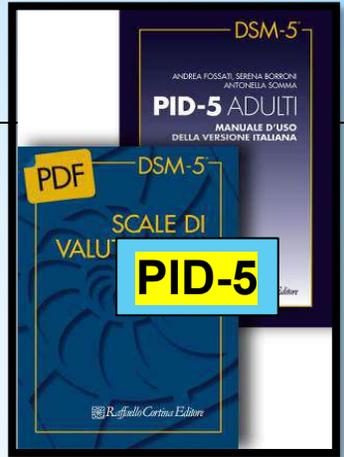
L'Integrazione Sensoriale rappresenta la base del processo di sviluppo umano. Il processo di maturazione del sistema nervoso centrale determina un progressivo adattamento dell'individuo alle necessità dettate dall'ambiente.

Regolazione emotiva e somatica, apprendimento, attenzione, sono i risultati di un adeguata Integrazione Sensoriale.

L'Integrazione Sensoriale, oltre ad essere un processo neurologico, è il principio teorico elaborato dalla Terapista Occupazionale **Jean Ayres**, PhD, OTR, a partire dagli anni '70 nella teoria dell'Integrazione Sensoriale (ASI®). Esso rappresenta un approccio d'intervento per bambini con disordini percettivi del neuro sviluppo.

DIAGNOSI

LA DIAGNOSI CON IL DSM-5



PERCHE' LA DIAGNOSI NON VA COMUNICATA AL PAZIENTE

IL VANTAGGIO SECONDARIO DELLA MALATTIA

Il concetto di "vantaggio secondario" può essere associato all'idea di evitare il cambiamento o le responsabilità che potrebbero derivare da una situazione diversa. In alcuni casi, una persona potrebbe trarre un beneficio o un vantaggio dall'essere malata o dal mantenere una determinata condizione di salute, perché ciò potrebbe consentire di evitare responsabilità, doveri o situazioni impegnative conseguenti il cambiamento che si verificherebbero in assenza della malattia.

Ad esempio, una persona potrebbe sperimentare un vantaggio secondario se, a causa di una malattia, può evitare di andare a lavorare o di affrontare altre sfide quotidiane. In tal caso, la malattia potrebbe diventare una sorta di "difesa" che permette di evitare le pressioni e le responsabilità della vita quotidiana.

È importante sottolineare che il vantaggio secondario non significa necessariamente che la persona voglia essere malata o che la malattia sia desiderata. Piuttosto, indica che potrebbero esserci motivi inconsci o non evidenti che contribuiscono a mantenere una determinata condizione di salute.

Questo concetto è stato discusso e approfondito in vari contesti, inclusi quelli legati alla psicologia e alla psicoanalisi, ma può anche essere applicato in altri ambiti, come la medicina comportamentale e la terapia cognitivo-comportamentale.

IL MODELLO ALTERNATIVO PER I DISTURBI DI PERSONALITA'

La valutazione del funzionamento di personalità 3° sez. del DSM-5



L'intervista strutturale di O. Kernberg (1984) per la valutazione del **funzionamento di personalità**

Tabella 9.1 Le organizzazioni della personalità (da Kernberg, 1984, p. 33).

Criteria strutturali	Personalità nevrotica	Personalità al limite	Personalità psicotica
Integrazione dell'identità	Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono nettamente delimitate	Dispersione dell'identità, gli aspetti contraddittori del Sé e degli altri sono scarsamente integrati e sono tenuti separati	Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono scarsamente delimitate oppure è presente un'identità delirante
Operazioni difensive	Identità integrata: le immagini contraddittorie del Sé e degli altri sono integrate in concezioni complessive Rimozione e difese di alto livello: formazione reattiva, isolamento, annullamento retroattivo, razionalizzazione e intellettualizzazione	Perlopiù scissione e difese di basso livello: idealizzazione primitiva, identificazione proiettiva, diniego, onnipotenza, svalutazione	Le difese proteggono il paziente dalla disintegrazione e dalla fusione del Sé con l'oggetto. L'interpretazione provoca regressione
Esame di realtà	Le difese proteggono il paziente dal conflitto intrapsichico. L'interpretazione migliora il funzionamento È mantenuta la capacità di esaminare la realtà: differenziazione del Sé dal non-Sé, delle origini intrapsichiche da quelle esterne di percezioni e stimoli	Si verificano alterazioni nei rapporti con la realtà e nei sentimenti di realtà	La capacità di esaminare la realtà è persa

ANTISOCIALE/PSICOPATICO

ANTISOCIALE/PSICOPATICO

NEVROTICO

NEVROTICO OSSESSIVO

NARCISISTICO

BORDERLINE

PSICOTICO

CONTINUUM

L'intervista strutturale di O. Kernberg (1984) per la valutazione del **funzionamento di personalità**

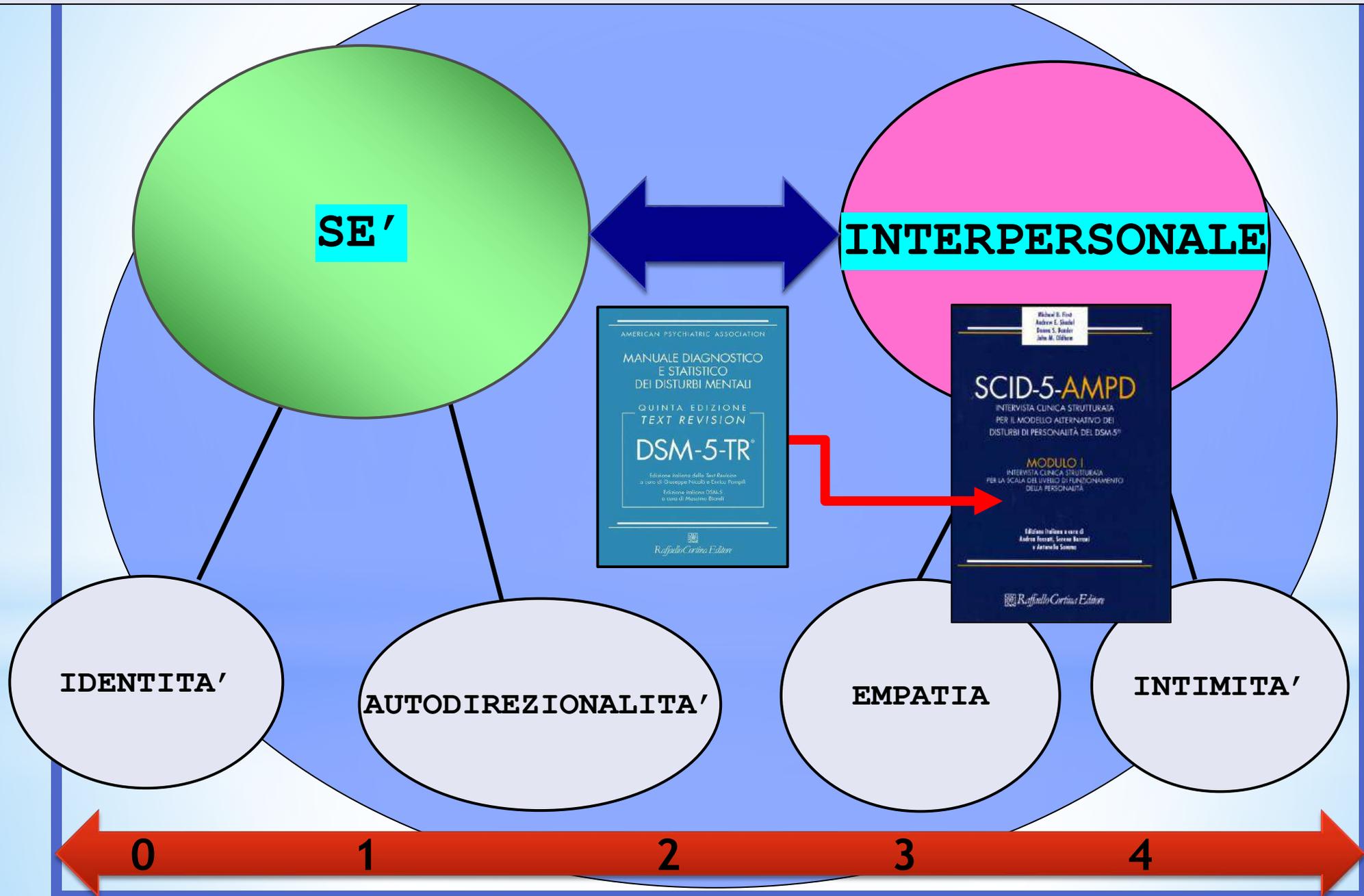
Tabella 9.1 Le organizzazioni della personalità (da Kernberg, 1984, p. 33).

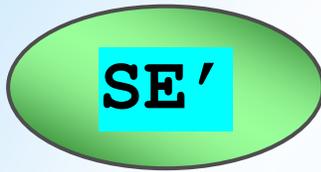
Criteria strutturali	Personalità nevrotica	Personalità al limite	Personalità psicotica
Integrazione dell'identità	Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono nettamente delimitate	Dispersione dell'identità: gli aspetti contraddittori del Sé e degli altri sono scarsamente integrati e sono tenuti separati	Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono scarsamente delimitate oppure è presente un'identità delirante
Operazioni difensive	Rimozione e difese di alto livello: formazione reattiva, isolamento, annullamento retroattivo, razionalizzazione e intellettualizzazione Le difese proteggono il paziente dal conflitto intrapsichico. L'interpretazione migliora il funzionamento	Perlopiù scissione e difese di basso livello: idealizzazione primitiva, identificazione proiettiva, diniego, onnipotenza, svalutazione	Le difese proteggono il paziente dalla disintegrazione e dalla fusione del Sé con l'oggetto. L'interpretazione provoca regressione
Esame di realtà	È mantenuta la capacità di esaminare la realtà: differenziazione del Sé dal non-Sé, delle origini intrapsichiche da quelle esterne di percezioni e stimoli Esiste la capacità di valutare il Sé e gli altri realisticamente e in profondità	Si verificano alterazioni nei rapporti con la realtà e nei sentimenti di realtà	La capacità di esaminare la realtà è persa



La diffusione dell'identità è una compromissione del processo di ricerca di un senso di sé che si caratterizza in una instabilità nelle rappresentazioni di sé e degli altri. Si riferisce a una condizione confusiva in cui un individuo non ha un'identità consolidata e non è alla ricerca attiva di uno stato identitario particolare verso cui orientare la sua realizzazione, dove il desiderio non può essere proiettato nel futuro ma resta persistentemente imprigionato nel "qui ed ora" e nell'emergenza dell'esperienza presente.

IL FUNZIONAMENTO DELLA PERSONALITA' CON LA (SCID-5 AMPD)





SCID-5 AMPD MODULO I
4 DOMINI
12 COMPONENTI



IDENTITA'

- 1) Senso del Sé
- 2) Autostima
- 3) Gamma dell'esperienza emotiva e regolazione



EMPATIA

- 1) Comprensione e valorizzazione delle altrui esperienze e motivazioni
- 2) Tolleranza di prospettive differenti
- 3) Comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri

AUTODIREZIONALITA'

- 1) Capacità di perseguire obiettivi significativi
- 2) Standard interni di comportamento costruttivi e prosociali
- 3) Capacità autoriflessive

INTIMITA'

- 1) Profondità e durata del rapporto con gli altri
- 2) Desiderio e capacità di vicinanza
- 3) Reciprocità del rispetto che si riflette nel comportamento interpersonale

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

SE'

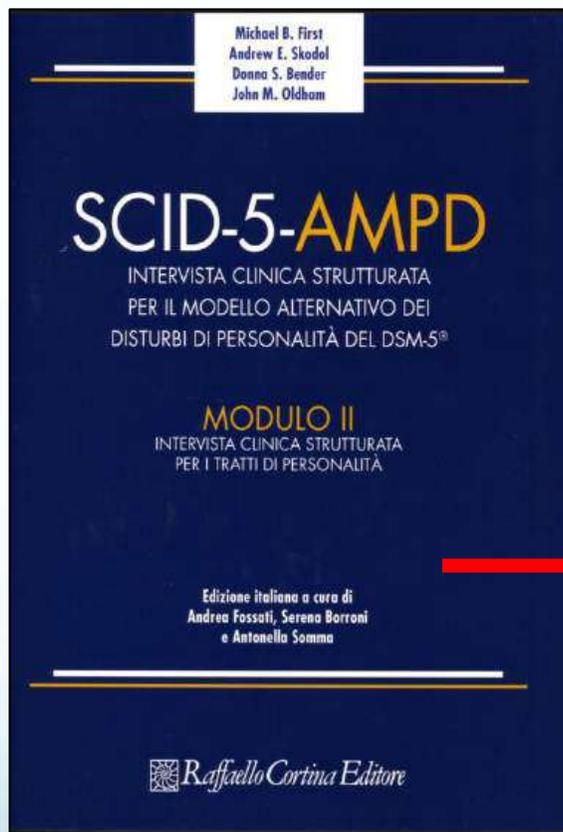
INTERPERSONALE

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/rifiuto 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 24 tratti specifici di personalità con il PID-5



5 DOMINI
24 TRATTI



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

Nome: _____ Et : _____ Sesso: Maschio Femmina Data: _____

Istruzioni: Questo   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 pi  sincero possibile; considereremo le sue risposte confidenziali. La invitiamo a usare tutto il tempo che le   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 traggo cos� 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 perch� altre cose catturano la mia attenzione.	0	1	2	3		
7.	Amo 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 intimit� con le persone.	0	1	2	3		
11.	Spesso do inizio a scritti fisici	0	1	2	3		

Michael B. First
Andrew E. Skodol
Donna S. Bender
John M. Oldham

SCID-5-AMPD

INTERVISTA CLINICA STRUTTURATA
PER IL MODELLO ALTERNATIVO DEI
DISTURBI DI PERSONALITÀ DEL DSM-5®

MODULO II
INTERVISTA CLINICA STRUTTURATA
PER I TRATTI DI PERSONALITÀ

Edizione italiana a cura di
Andrea Fossati, Serena Borroni
e Antonello Somma

Raffaello Cortina Editore

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.

A cura
del clinico

		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	

PID-5: 5 Domini e 24 tratti di personalità nel DSM-5AMPD

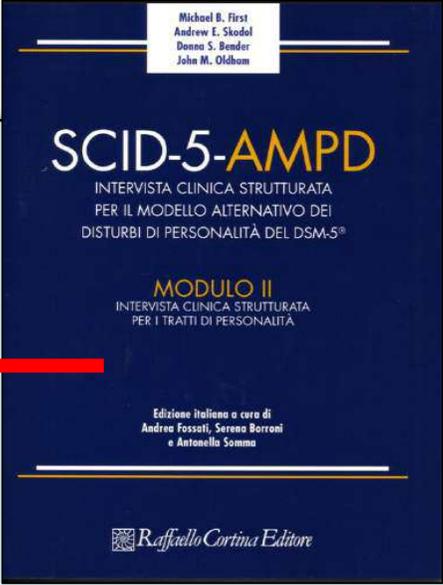
- 1) Affettività negativa
- 2) Distacco
- 3) Antagonismo
- 4) Disinibizione
- 5) Psicoticismo

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

Nome: _____ Età: _____ Sesso: Maschio Femmina Date: _____

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 descrivervi 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 trarre.	0	1	2	3	
2. Un sacco di gente se l'ha con me.	0	1	2	3	
3. La gente mi descriverebbe come spertacolato/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 "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 irrita e scotto i miei...	0	1	2	3	



- 3 Versioni del PID-5**
- 1) Adulti (100 items)
 - 2) Adolescenti (100 items)
 - 3) **INFORMANT**

**AFFETTIVITA'
NEGATIVA**

DISTACCO

PSICOTICISMO

ANTAGONISMO

DISINIBIZIONE

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.

A cura
del clinico

	Sempre o spesso falso	Talvolta o abbastanza falso	Talvolta o abbastanza vero	Sempre o spesso vero	Punteggio Item
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. Snesso da inizio a sonetti fisici	0	1	2	3	



**PID-5
5 DOMINI
24 TRATTI**

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

Nome: _____ Et : _____ Sesso: Maschio Femmina Data: _____

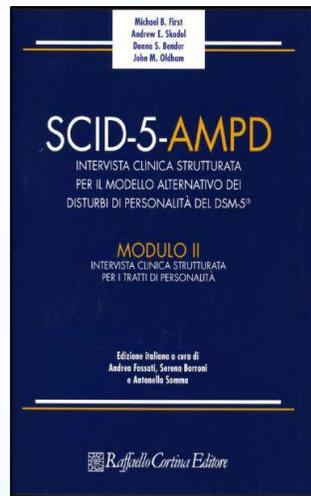
Istruzioni: Questo   un elenco di affermazioni che persone differenti potrebbero fare a proposito di loro stesse. Siamo interessati a sapere in quale modo lei si descriverebbe. Non ci sono risposte "giuste" o "sbagliate". Quindi, cerchi di descriversi nel modo pi  sincero possibile; considereremo le sue risposte confidenziali. La invitiamo a usare tutto il tempo che le   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 traggo cos� 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 perch� 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 intimit� con le persone.	0	1	2	3		
11. Spesso do inizio a scontri facili.	0	1	2	3		

dei disturbi di personalit  del DSM-5

Domini e aspetti (Opposte polarit�)	Definizioni
Affettivit� negativa (vs. Stabilit� 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., autolesivit�) e interpersonali (per es., dipendenza).
Labilit� emotiva	Instabilit� 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 eventualit� 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 capacit� 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 ci� � antitetico ai propri interessi, bisogni o desideri.
Ostilit�	Sentimenti di rabbia persistenti o frequenti; rabbia o irritabilit� in risposta a offese e insulti di poco conto; comportamento meschino, malevolo o vendicativo. <i>Si veda</i> anche Antagonismo.
Perseverazione	Persistenza in un'attivit� o in un particolare modo di fare le cose molto pi� a lungo di quanto risulti funzionale o efficace; continuare nello stesso comportamento nonostante ripetuti fallimenti o palesi motivi per interromperlo.
Depressivit�	<i>Si veda</i> Distacco.
Sospettosit�	<i>Si veda</i> Distacco.
Affettivit� ridotta (mancanza di)	La <i>mancanza</i> di questo aspetto caratterizza i <i>bassi livelli</i> di Affettivit� 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 capacit� di provare ed esprimere gli affetti, in particolare limitata capacit� di provare piacere.
Ritiro	Preferenza per il restare da soli piuttosto che con gli altri; reticenza nelle situazioni sociali; evitamento di contatti e di attivit� sociali; mancanza di iniziativa nel contatto sociale.
Evitamento dell'intimit�	Evitamento di relazioni intime o affettive, di stretti legami interpersonali e di relazioni sessuali.
Anedonia	Incapacit� di trarre godimento da/ impegnarsi in/ o trovare l'energia per le esperienze della vita; deficit nella capacit� di provare piacere o interesse per le cose.
Depressivit�	Sentimenti di scoraggiamento, infelicit� e/o mancanza di speranza; difficolt� 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
24 TRATTI



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

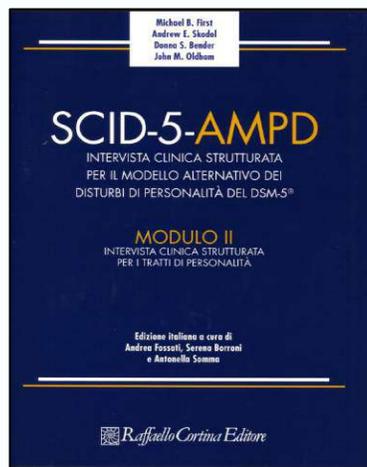
Domini e aspetti (Opposte polarità)	Definizioni
Affettività ridotta	Scarsa reazione a situazioni emotivamente eccitanti; ridotta capacità di provare ed esprimere le emozioni; indifferenza e freddezza nelle situazioni comunemente coinvolgenti.
Sospettosità	Attesa di – e sensibilità ai – segni di malevolenza 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	Convinzione 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	<i>Si veda</i> 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; considerato 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
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 sonni/fischi	0	1	2	3	



PID-5
5 DOMINI
24 TRATTI

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

Nome: _____ Et : _____ Sesso: Maschio Femmina Data: _____

Istruzioni: Questo   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 pi  sincero possibile; considereremo le sue risposte confidenziali. La invitiamo a usare tutto il tempo che le   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 cos� 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 perch� 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 intimit� con le persone.	0	1	2	3		
11.	Sensso da inibito a sentirmi fiero/a.	0	1	2	3		

906 Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalit 

Domini e aspetti (Opposte polarit )

Definizioni

Psicoticismo
(vs. Lucidit  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 capacit , come la lettura del pensiero, la telecinesi, la fusione pensiero-azione; insolite esperienze di realt , tra cui quelle di tipo allucinatorio.

Eccentricit 

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.

TEORIA POLIVAGALE
POLIVAGALE

LA TEORIA POLIVAGALE AL CENTRO DEL MODELLO DELLA PIREP

Nello specifico il modello della PIREP può essere considerato come un'applicazione della Teoria Polivagale di Stephen Porges, ovvero *polyvagal informed*.

Infatti nella Teoria Polivagale la *disregolazione autonoma* intervenuta del sistema di attaccamento, ovvero del sistema dell'ingaggio sociale primario, incentiva non solo la sofferenza psichica e i disturbi delle relazioni oggettuali ma, da un punto di vista neurocomportamentale, favorisce un deficit del sistema ventrovagale da cui la disregolazione della neurocezione e un *cronico stato di minaccia e di solitudine* che si esprime nell'incapacità di cercare l'aiuto, di dare aiuto e di ricevere aiuto, di muoversi senza paura per esplorare il mondo, di stare nelle relazioni e nell'intimacy, di giocare con gli altri e di rilassarsi nel proprio benessere.



La disregolazione autonoma si esprime nei differenti quadri della psicopatologia in cui, a causa del collasso del sistema di sicurezza ventrovagale (*safety*) nelle relazioni interpersonali, hanno esordio già in età evolutiva: i disturbi clinici, i disturbi delle relazioni oggettuali, i disturbi di personalità, i disturbi somatoformi e i disturbi funzionali (Porges, 2011).

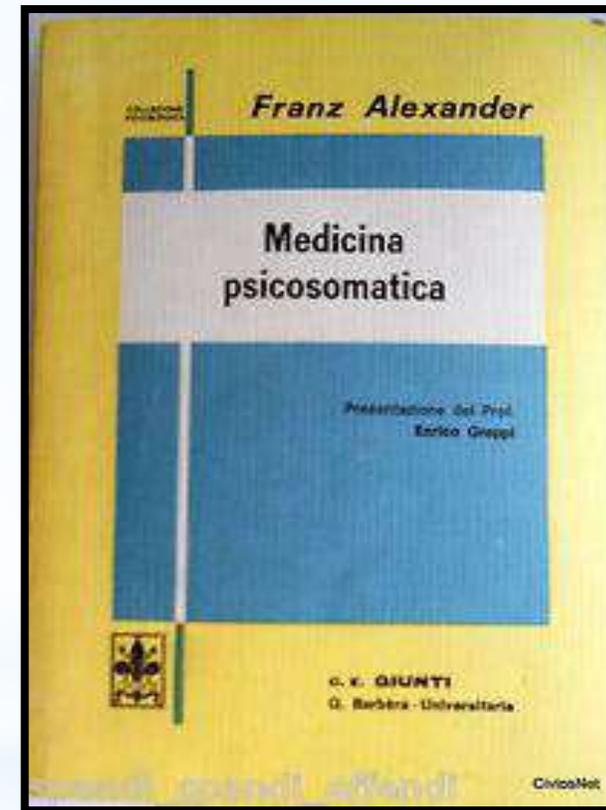


Esperienze traumatiche, regolazione autonoma e mentalizzazione della sicurezza nel coinvolgimento sociale

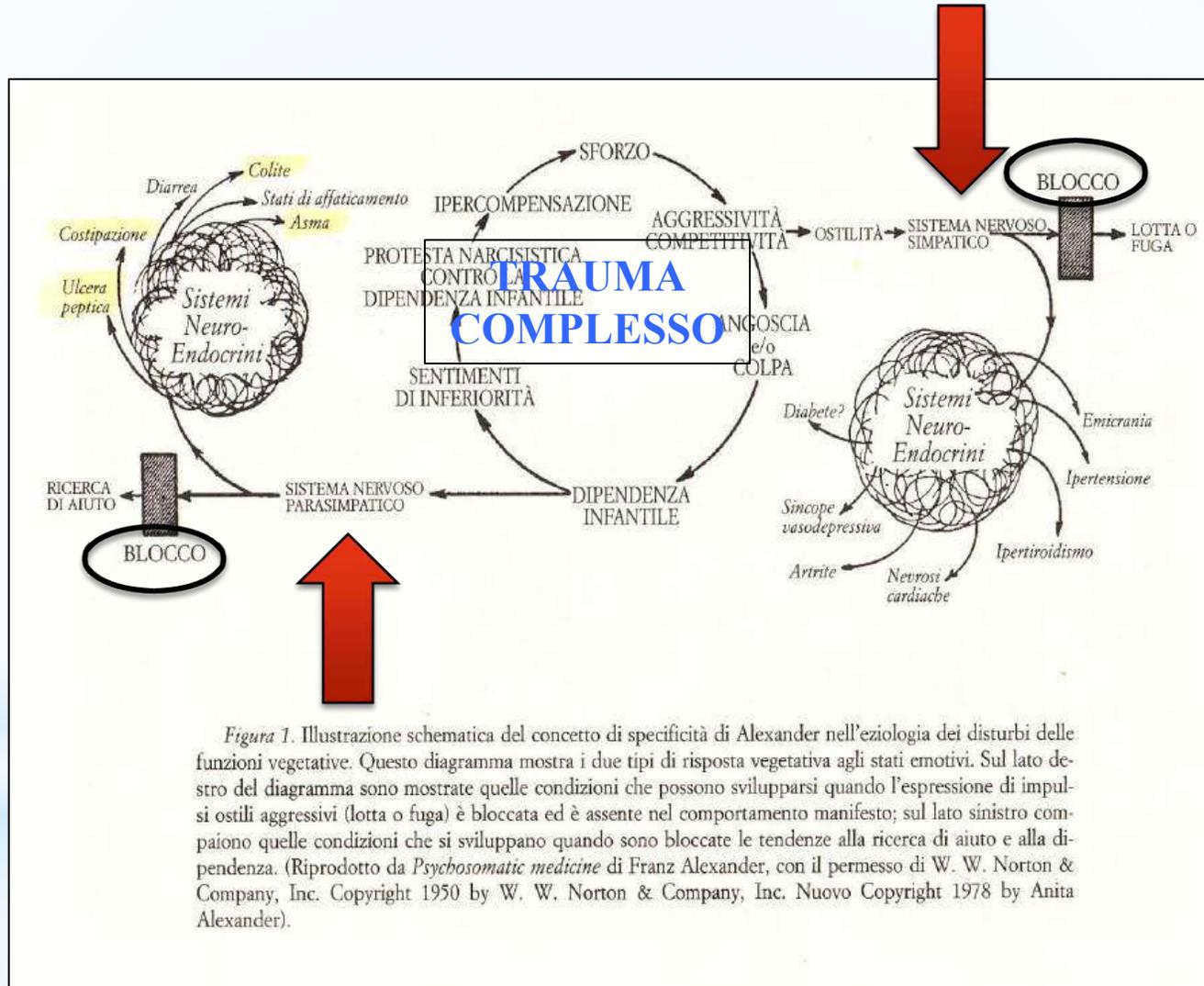
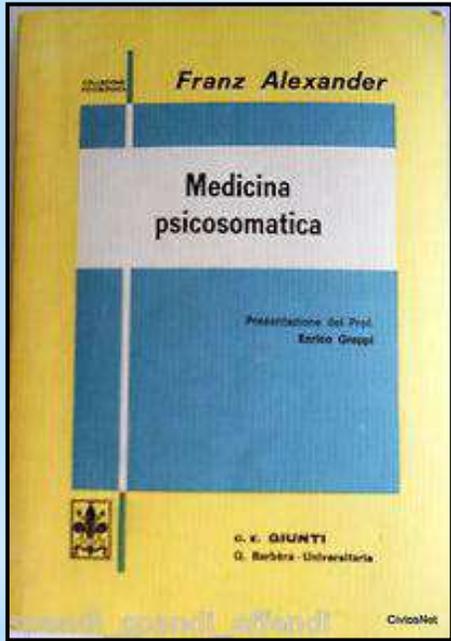


La teoria polivagale offre al clinico e al ricercatore una cornice di ragionamento per comprendere i substrati biocomportamentali delle emozioni che dipendono dalla regolazione autonoma dei visceri (per esempio il cuore) (Porges 2009). La struttura neurale per l'ingaggio sociale ottimale, il circuito volto-cervello-visceri, favorisce il freno vagale che trasforma le **reazioni di difesa** (attacco/fuga/congelamento) (Porges 2009) a favore dell'ingaggio sociale e dell'Intimacy. Attraverso la mentalizzazione dei segnali facciali e dei processi motori attivati inconsciamente dal sistema nervoso autonomo nella comunicazione sociale, i pazienti traumatizzati possono gradualmente allentare le reazioni difensive per rimanere *dentro* l'intersoggettività. Quando i pazienti si avviano verso una regolazione emotiva più consapevole e più competente, sono in grado di 'mantenere lo sguardo, vocalizzare con un ritmo adeguato e usare espressioni facciali appropriate' (Porges 2009, p. 22) attivando esperienze di sicurezza interpersonale in modo più efficace, basandosi su una corretta interpretazione dei segnali esterni che arrivano dal contesto sociale e da quelli interni e che implicano reazioni soggettive di difesa, mettendo in atto risposte più adeguate nelle diverse circostanze relazionali.

Alexander F (1950), *Medicina Psicosomatica*, Firenze: Giunti, 1972

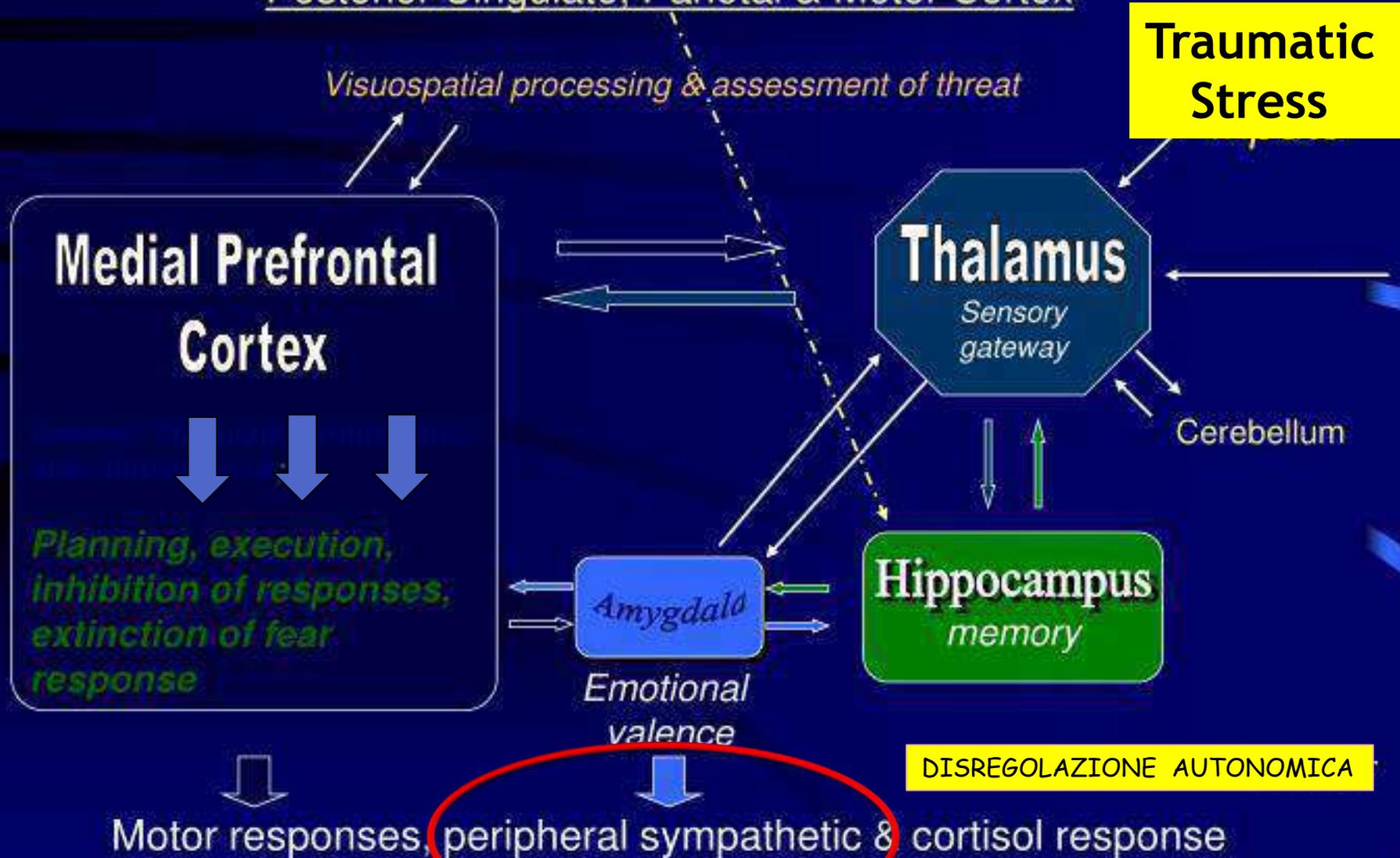


Alexander F (1950), *Medicina Psicosomatica*, Firenze: Giunti, 1972

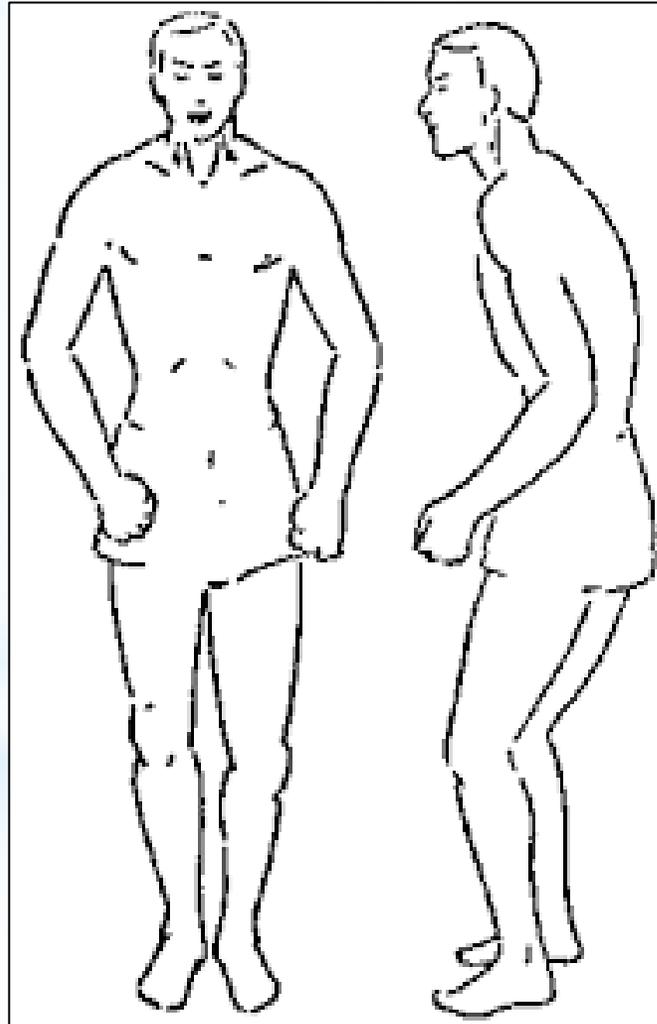


Functional Neuroanatomy Of Trauma Spectrum Disorders

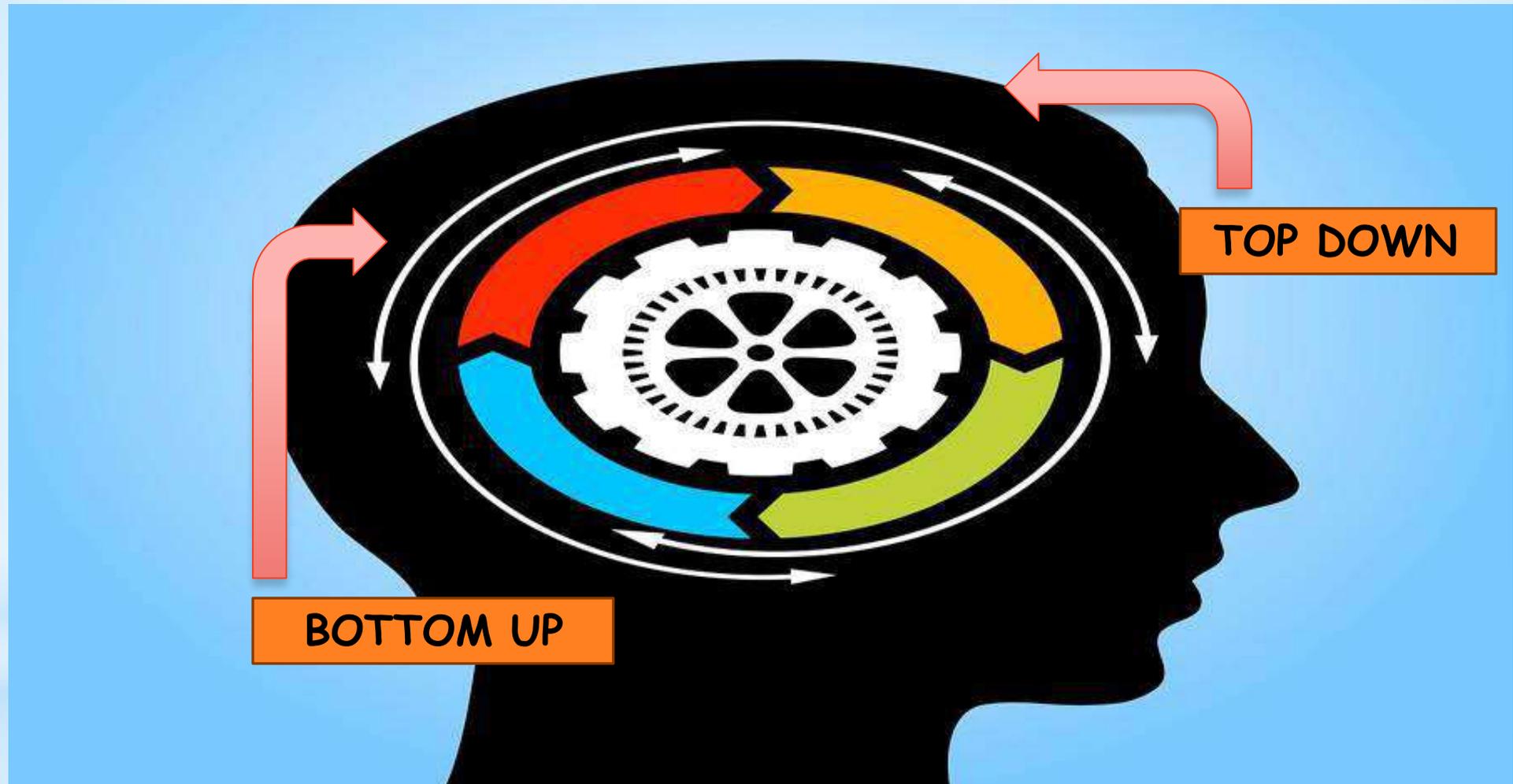
Posterior Cingulate, Parietal & Motor Cortex



IL RIFLESSO STARTLE: la reazione di trasalimento o allarme a uno stimolo forte, improvviso di breve durata.



BOTTOM UP/TOP DOWN PROCESSING



“Le strutture nervose superiori inibiscono (o controllano) quelle inferiori e quindi, quando le superiori vengono improvvisamente disattivate si attivano quelle inferiori.” J.H. Jackson (1835-1911)

Walter B Cannon



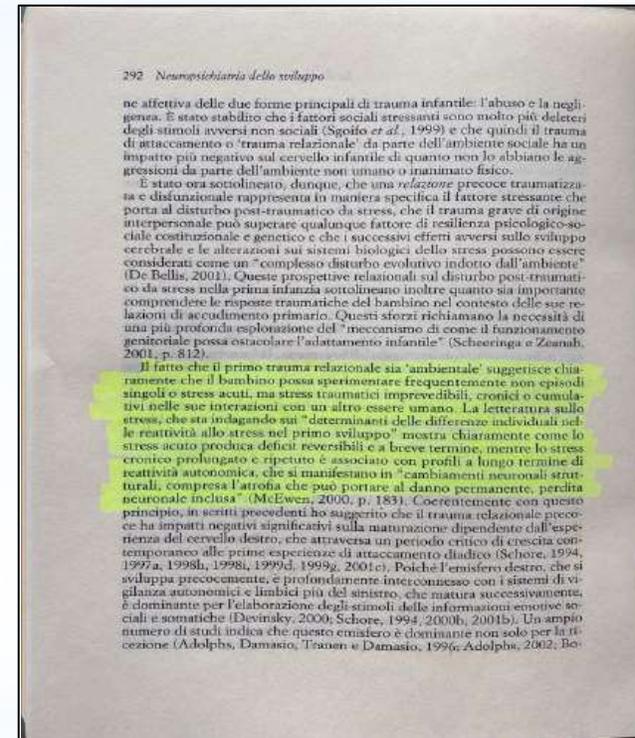
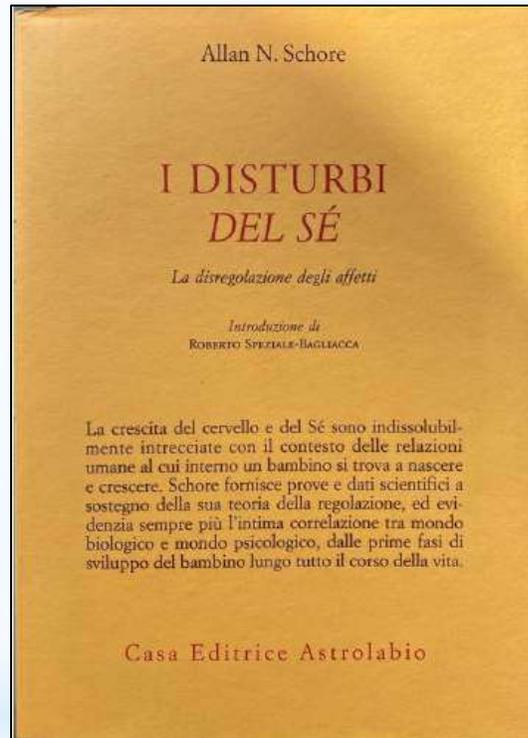
“ Il tempo ... è un requisito essenziale per un'indagine efficace. Un investigatore può avere un intero palazzo in cui vivere, un laboratorio perfetto in cui lavorare, può essere circondato da tutte le comodità che il denaro può fornire; ma se gli verrà tolto il suo tempo rimarrà sterile. ”

Walter Cannon



**NASCEVA OGGI NEL 1871 UNO DEI PIÙ
GRANDI FISILOGI AMERICANI E
PIONIERE DELLE EMOZIONI UMANE:
WALTER CANNON**

IL TRAUMA COMPLESSO E LA PREVALENZA DELLA RISPOSTA AUTONOMICA



Lo stress acuto produce deficit reversibili e a breve termine, mentre lo stress cronico prolungato e ripetuto è associato con profili a lungo termine di **reattività autonoma** che si manifestano in cambiamenti neuronali strutturali, compresa l'atrofia che può portare al danno permanente

MODIFICAZIONI CORPOREE CONSEGUENTI ALL'ATTIVAZIONE DELL'AMIGDALA

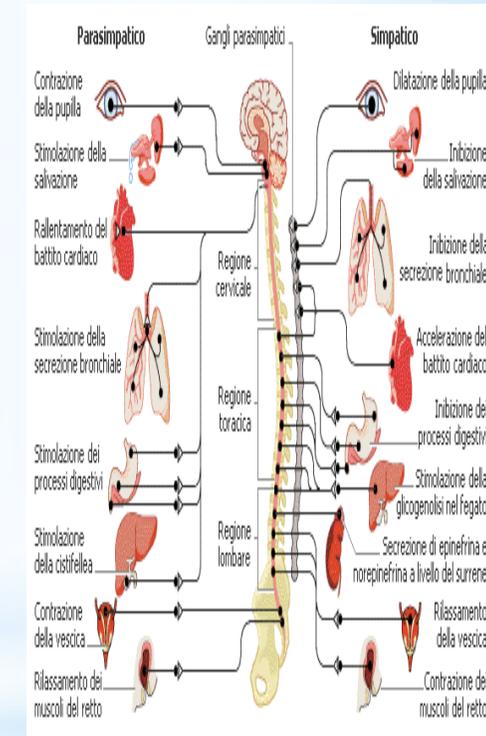
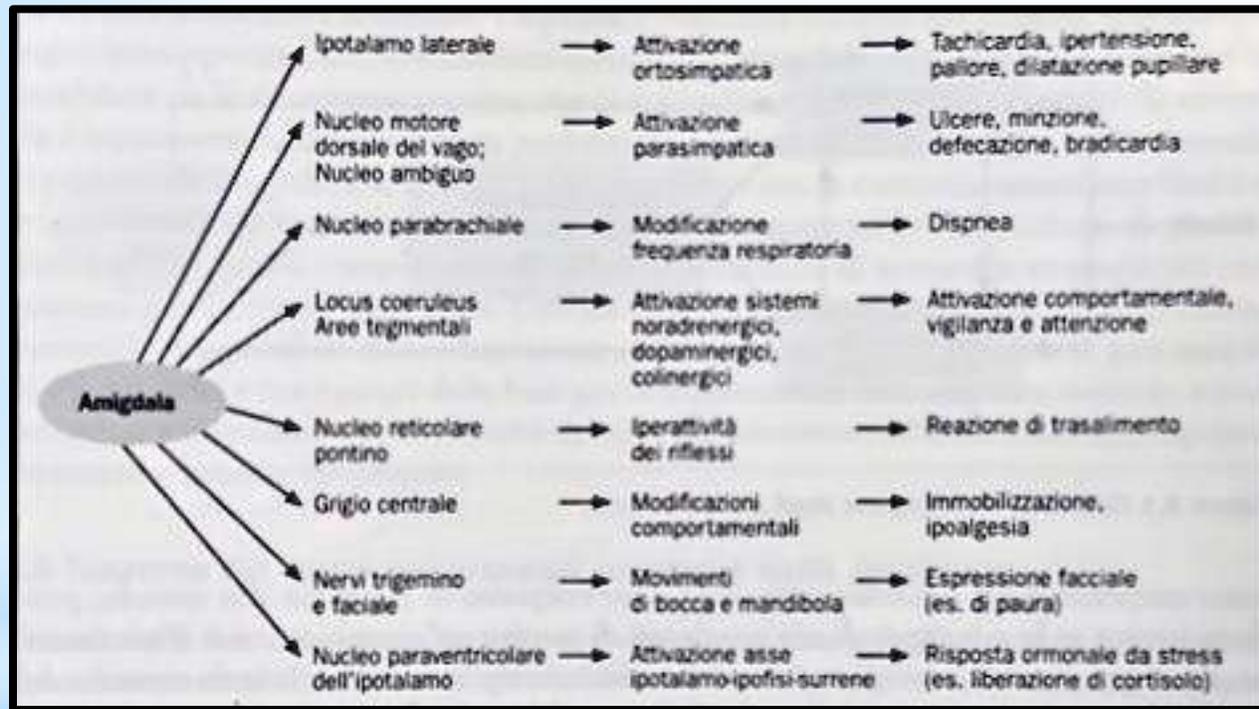
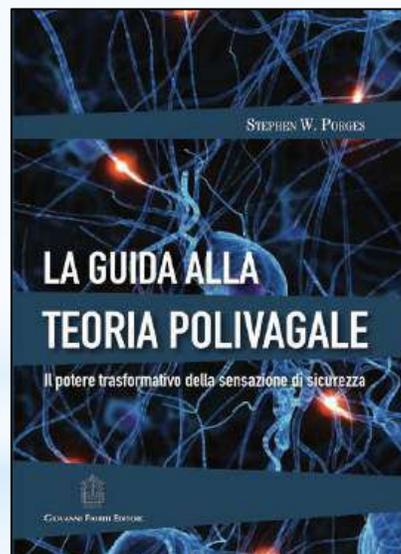


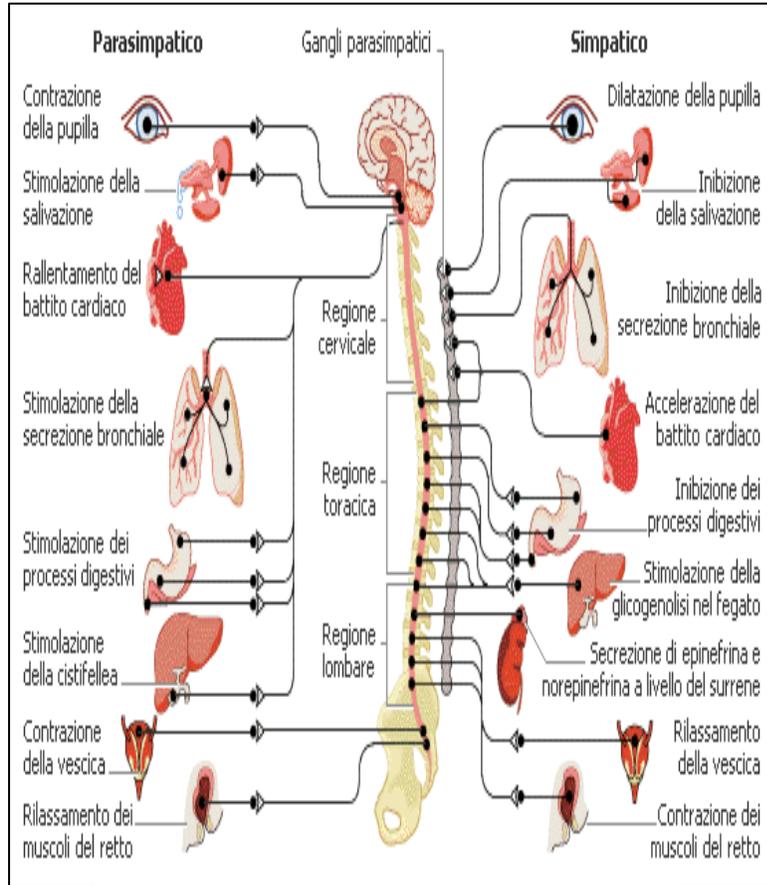
Figura da: Bellodi L. (2005), Psicopatologia funzionale, Masson, Milano



La Teoria Polivagale di S. Porges della disregolazione autonoma basata sull'attaccamento traumatico



IL CERVELLO UNO E TRINO



Sistema Nervoso Autonomo

CERVELLO CORTICALE

CERVELLO DEI NEOMAMMIFERI

CERVELLO EMOTIVO

CERVELLO DEI PALEOMAMMIFERI (Sistema limbico)

CERVELLO DEI RETTILI

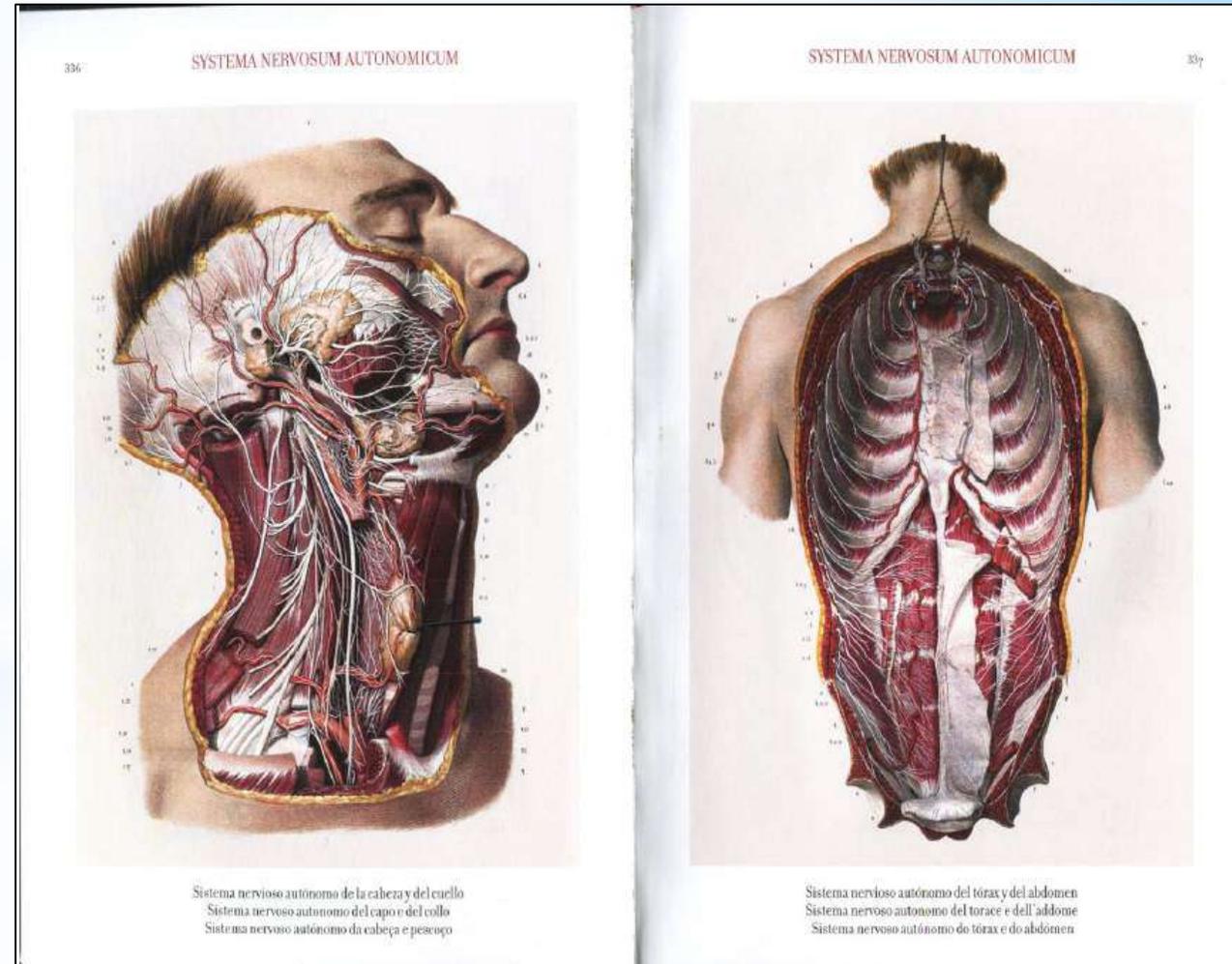
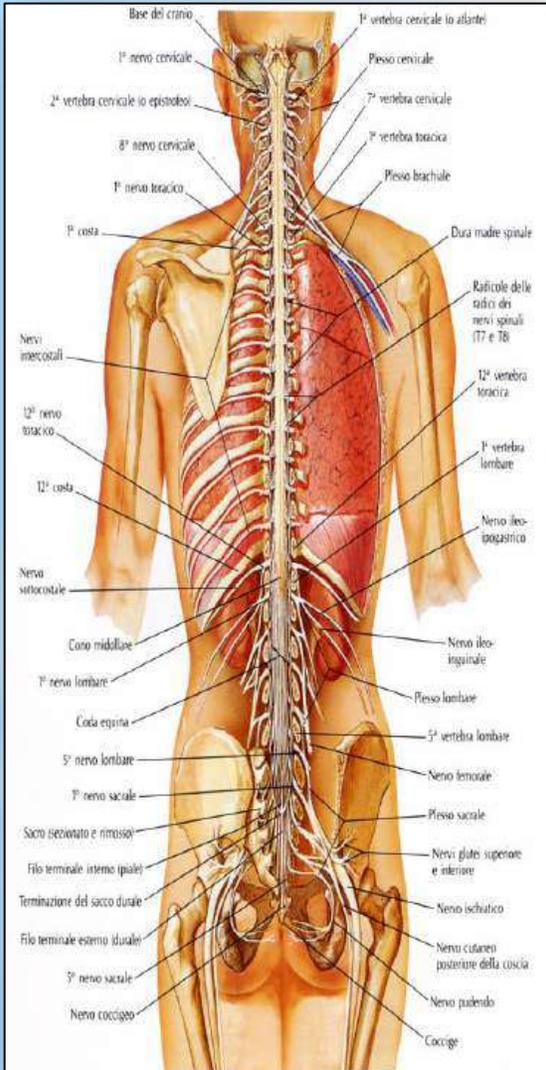
CERVELLO SENSORIALE

Figura 6. Il cervello trino. Nella sua evoluzione, il proencefalo umano si espande in maniera gerarchica lungo le linee di tre schemi di base che possono essere caratterizzati come cervello dei rettili, dei paleomammiferi e dei neomammiferi. (Riprodotta da MacLean, 1967. Copyright © 1967 by The Williams & Wilkins Co., Baltimore).

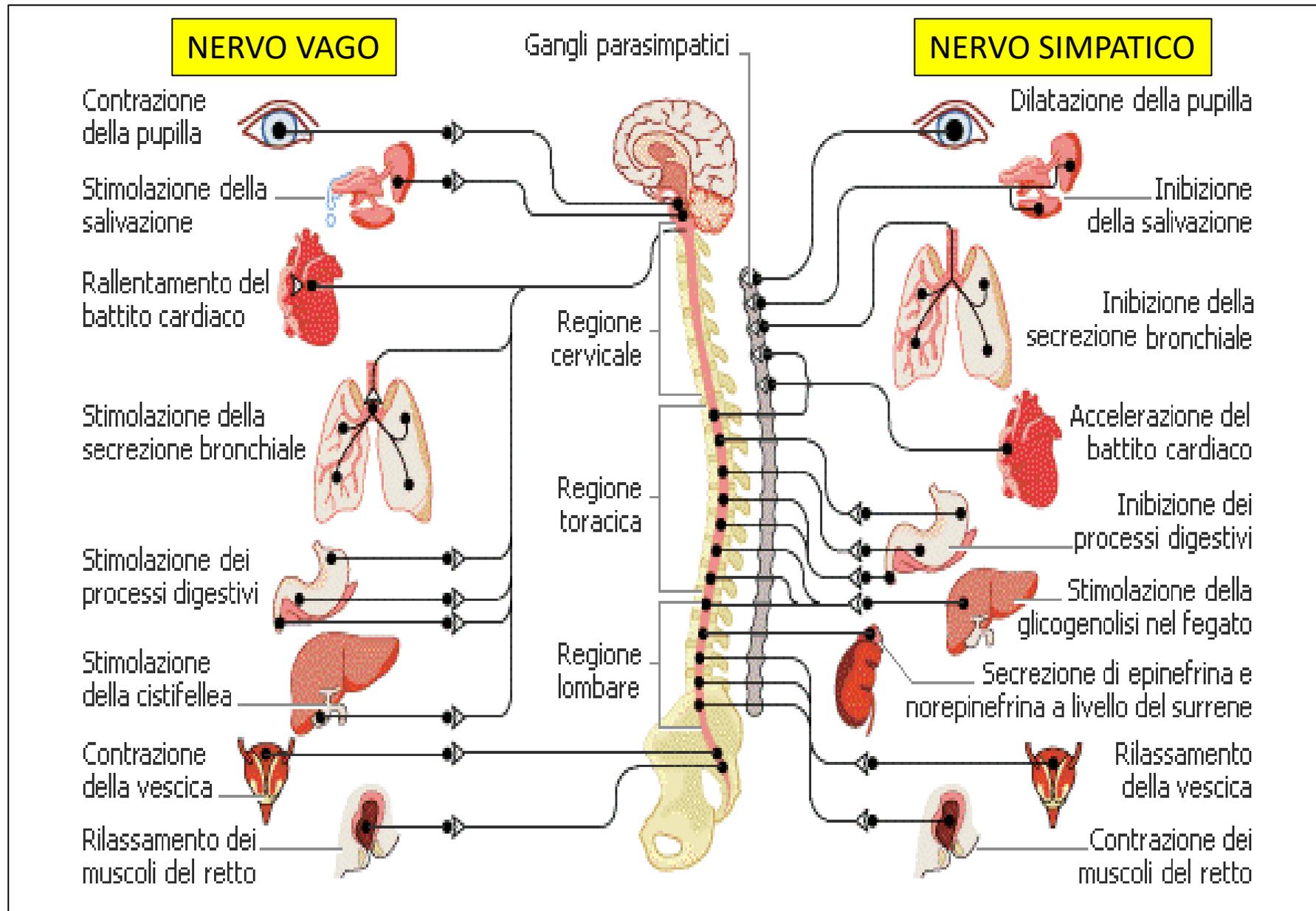
IL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO

Il Sistema Nervoso Autonomo (**SNA**) controlla le funzioni viscerali del corpo.

Esso innerva la muscolatura liscia e cardiaca e le glandole (il Sistema Endocrino) e governa i processi viscerali che comprendono l'attività cardiovascolare, la digestione, il metabolismo e la termoregolazione. (Porges, 2011)



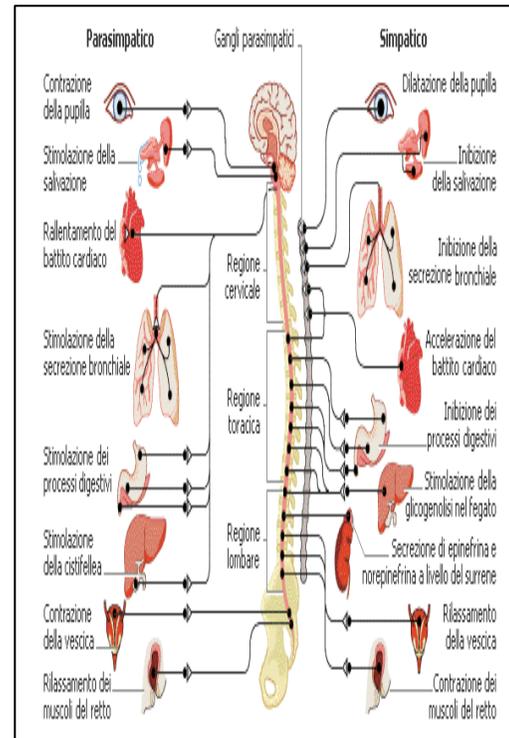
Il Sistema Nervoso Autonomo (SNA)



IL CIRCUITO VENTROVAGALE DELL'ATTACCAMENTO E DEL COINVOLGIMENTO SOCIALE



In condizioni di pericolo il circuito ventrovagale dell'ingaggio sociale ha un effetto calmante sul cuore, i polmoni e l'intestino, riduce la reattività simpatica e promuove comportamenti di ingaggio sociale, mentre al contrario quando diventa prevalente la risposta dorsovagale anche quando non c'è nessun pericolo le strutture più antiche danno luogo alla risposta rettiliana dell'immobilizzazione del collasso, della depressione.

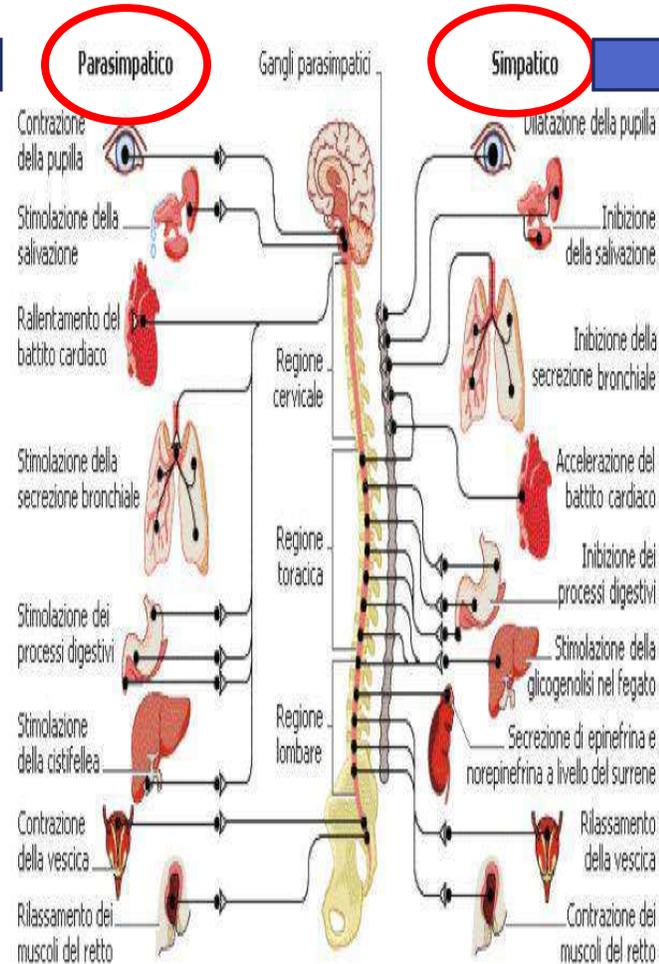


La Teoria Polivagale è la scoperta di Porges di un “nuovo circuito” in senso filogenetico, che regola il funzionamento e la struttura stessa del sistema autonomico. Esistono due principali branche del sistema parasimpatico appartenenti a periodi diversi della nostra storia filogenetica: un circuito vagale più nuovo e mielinizzato (ventrovagale) che ha fibre afferenti agli organi sopra-diaframmatici e che guida i muscoli del volto, della faringe, dei polmoni, del cuore e determina la nostra capacità di esprimere le emozioni con il volto, la voce, la prosodia e il respiro; poi c'è un circuito vagale più antico (dorsovagale) che ha fibre afferenti agli organi sotto-diaframmatici e che ha un ruolo importante del mantenere l'omeostasi e il controllo delle funzioni viscerali di base (stomaco, intestino tenue, colon e vescica).

Comportamento di FREEZING/INGAGGIO SOCIALE

Il primo circuito che compare (il più arcaico filogeneticamente) è quello denominato **dorsovagale**, osservabile nei rettili e nei mammiferi superiori; è collegato con la regolazione dei processi vegetativi e del funzionamento degli organi posti al di sotto del diaframma. Si attiva in condizioni di pericolo estremo, creando uno stato di rallentamento che arriva fino all'immobilizzazione (la difesa dei rettili), e determina, quindi, uno stato di immobilità che non nasce da una condizione di sicurezza, bensì dal sentirsi in pericolo. Nei mammiferi superiori questa condizione di **immobilizzazione con paura** è collegata all'ottundimento mentale e alla perdita del senso di controllo e le emozioni sottostanti sono tristezza, disgusto, paura.

Il Sistema Nervoso Autonomo (SNA)

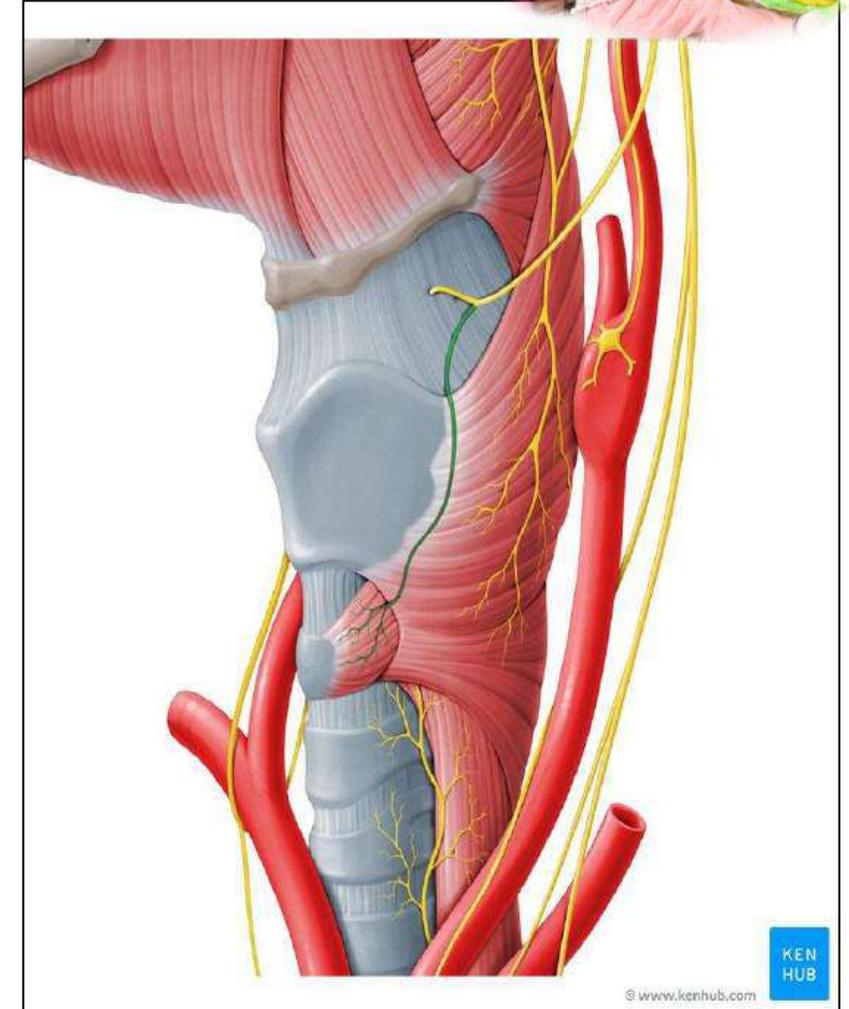


Comportamento di ATTACCO/FUGA

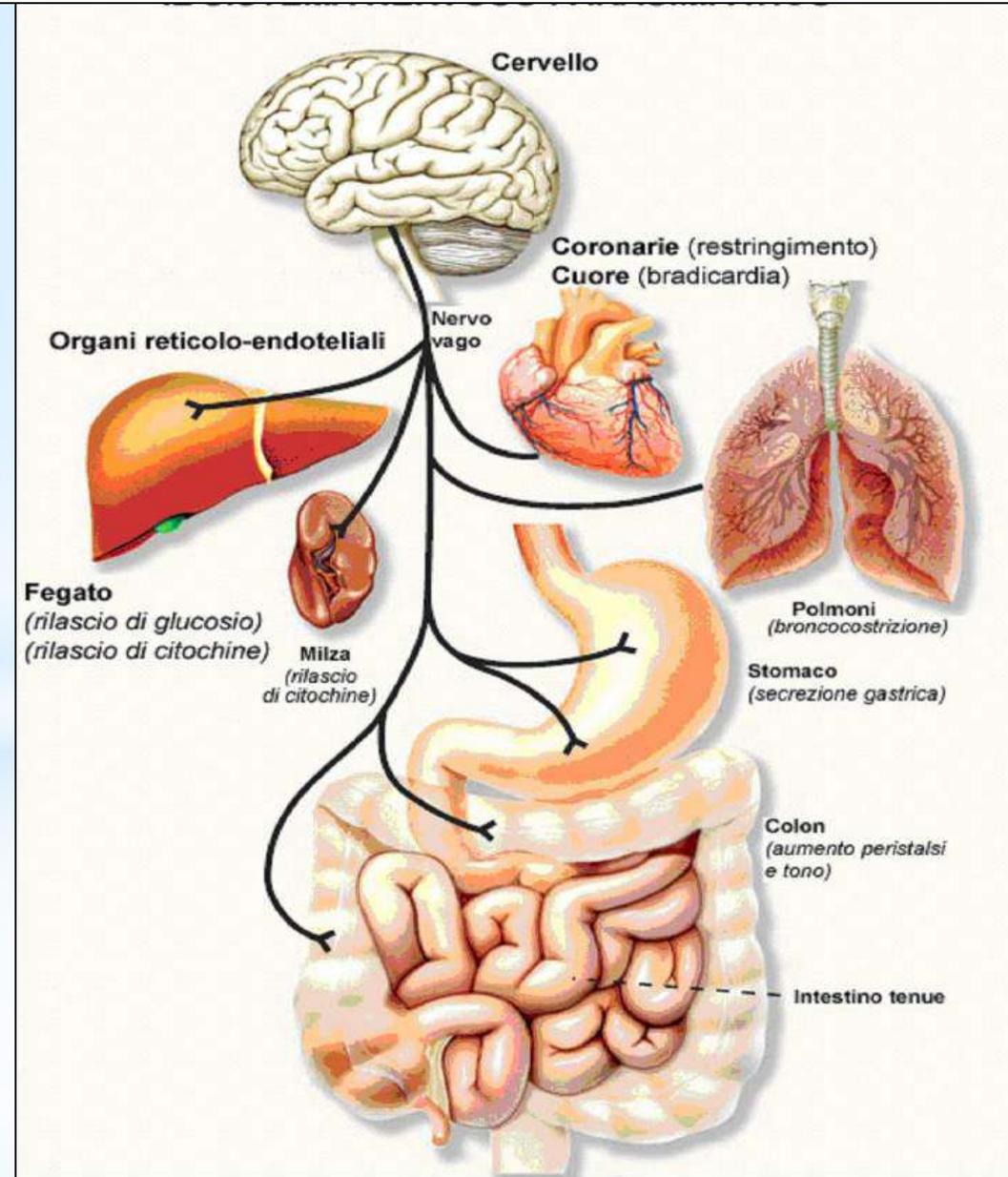
IL CIRCUITO VENTROVAGALE

Lo stadio filogenetico ancora successivo ha portato allo sviluppo del **circolo ventrovagale**, che è specifico dei mammiferi superiori e dell'uomo; si tratta di un circuito che ha un effetto calmante e frenante, perché frena l'attività del simpatico; il battito cardiaco decelera, ma, in questo caso, si tratta di un'immobilizzazione senza paura, in assenza di pericolo. Quando la persona è in uno stato ventrovagale il battito cardiaco rallenta (ma non è la bradicardia dovuta alla paura, come avviene nello stato dorsovagale), il respiro diventa più lento e profondo, avviene la modulazione dei muscoli dell'orecchio medio (che migliora la capacità di prestare ascolto e comprendere) e possiamo osservare movimenti armonici del collo e della testa.

Il sistema di autoregolazione parte, quindi, da un sistema primitivo di inibizione (il sistema rettiliano), si affina, nel corso dell'evoluzione, con il sistema di attacco-fuga, e culmina in un sistema sofisticato di **ingaggio sociale** mediato dalle espressioni facciali e dalla vocalizzazione.



IL SISTEMA VENTROVAGALE FUNZIONA COME FRENO VAGALE



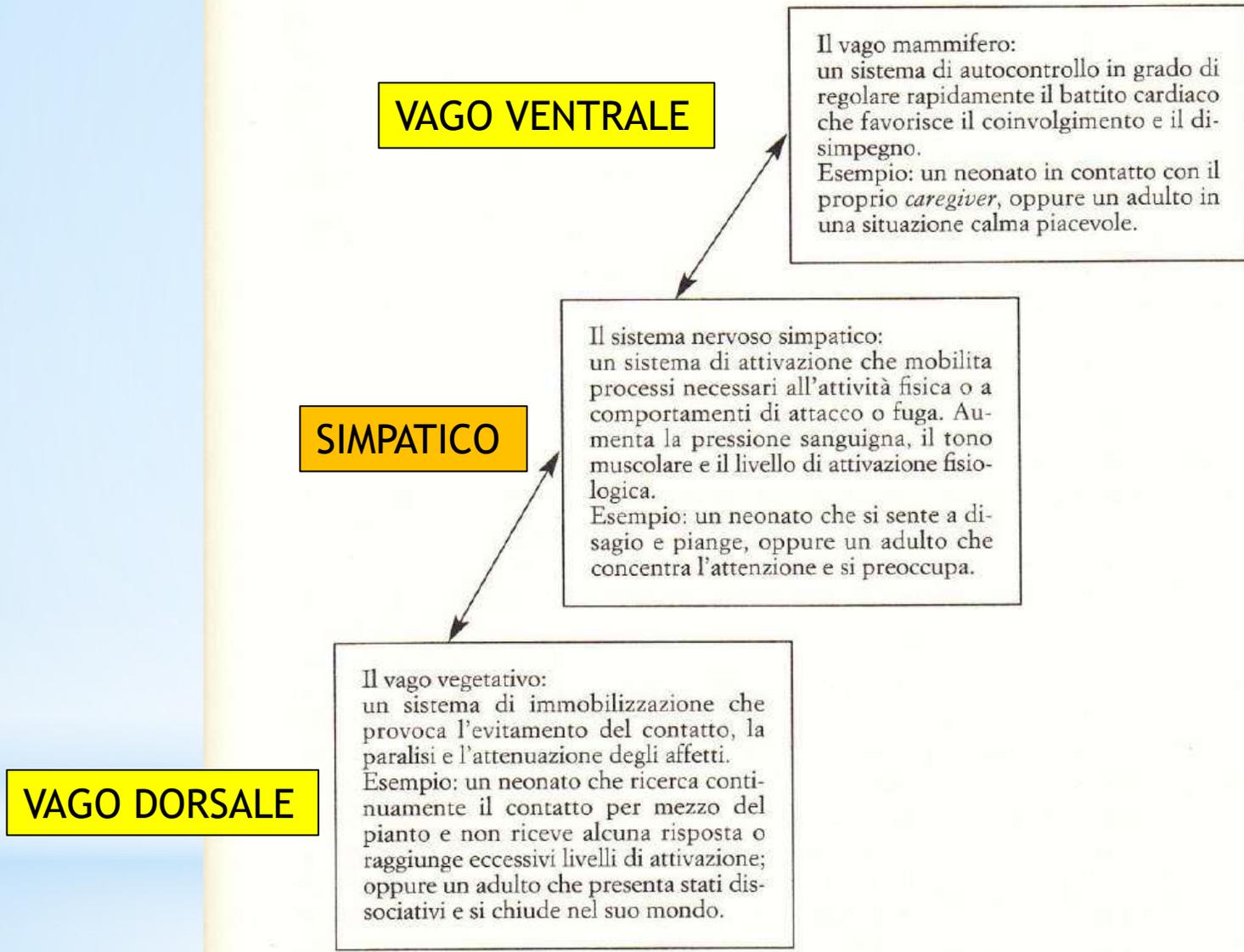


Figura 6.5. Illustrazione della teoria polivagale di Porges.

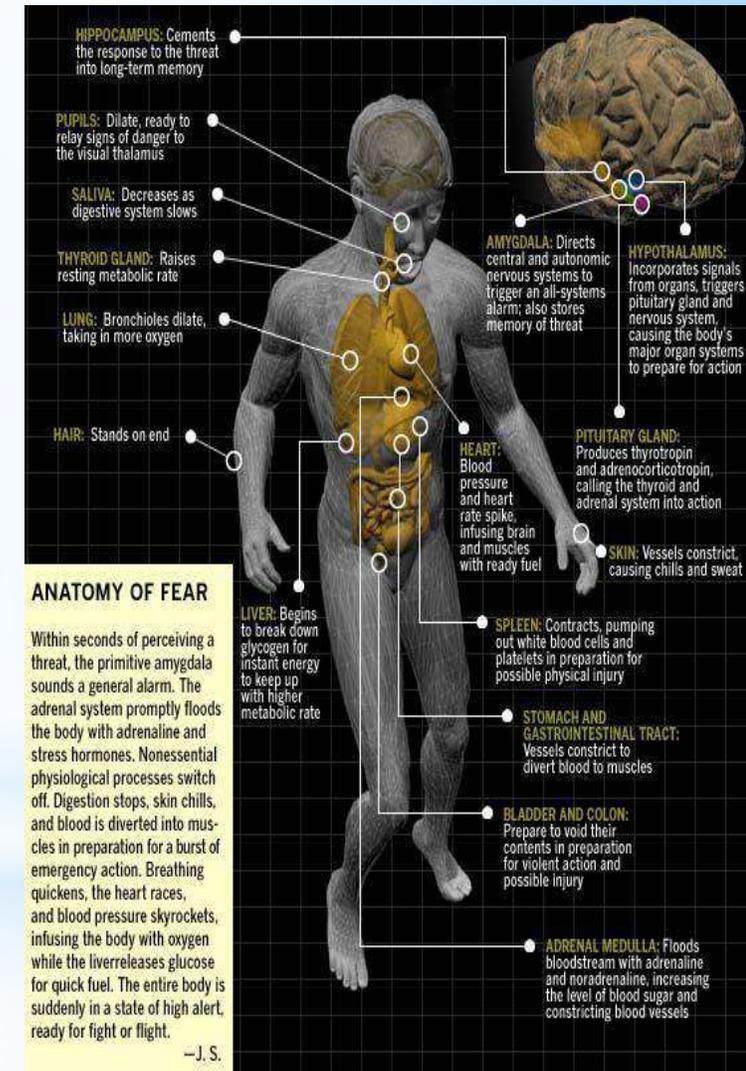
LA REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI E LA REGOLAZIONE DELLA NEUROCEZIONE

Neurocezione : il sistema di percezione subconscia, costantemente attivo, di valutazione della minaccia e della sicurezza basato sulle informazioni provenienti dal SNA e sulla regolazione del cervello corticale.

BOTTOM UP / TOP DOWN

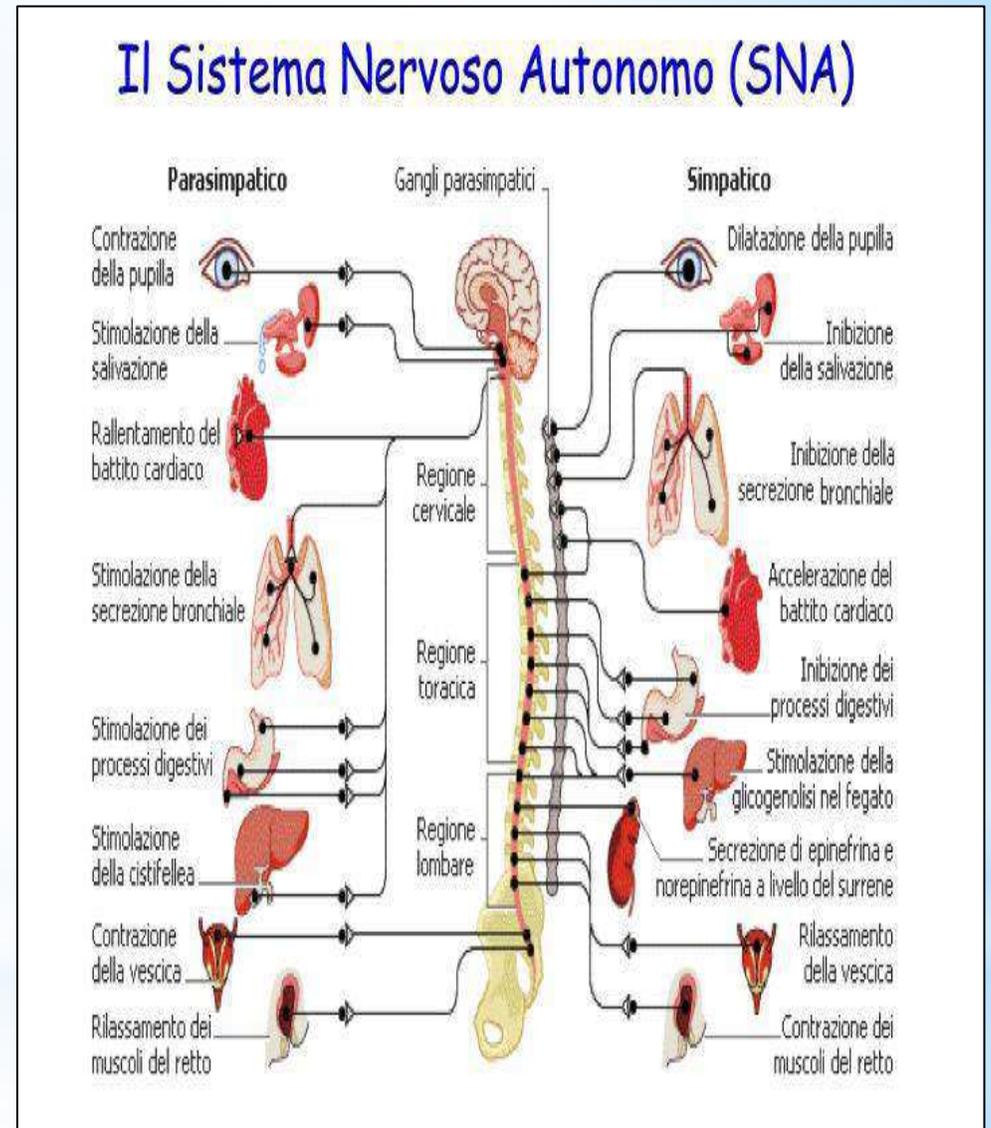


Le aree corticali del SNC permettono la capacità di disattivare il sistema di difesa in situazioni di sicurezza o, al contrario, la capacità di attivare comportamenti difensivi in situazioni di pericolo.



*Le **emozioni negative disregolate**, come il risentimento, il rimpianto e l'ansia cronica possono mantenere il **sistema nervoso autonomo SNA** (simpatico/parasimpatico) in uno stato di **iperattivazione/ipoattivazione** e il corpo in una condizione di emergenza continua, a volte per un tempo più lungo di quello che l'organismo è in grado di sopportare.

*Le **emozioni negative disregolate** possono quindi mantenere il **SNA** in uno stato di attivazione/difesa persistente (**hiper/ipo arousal**) con la conseguenza di danni psicobiologici a sfavore degli **organi più vulnerabili e dello stato mentale della persona**.



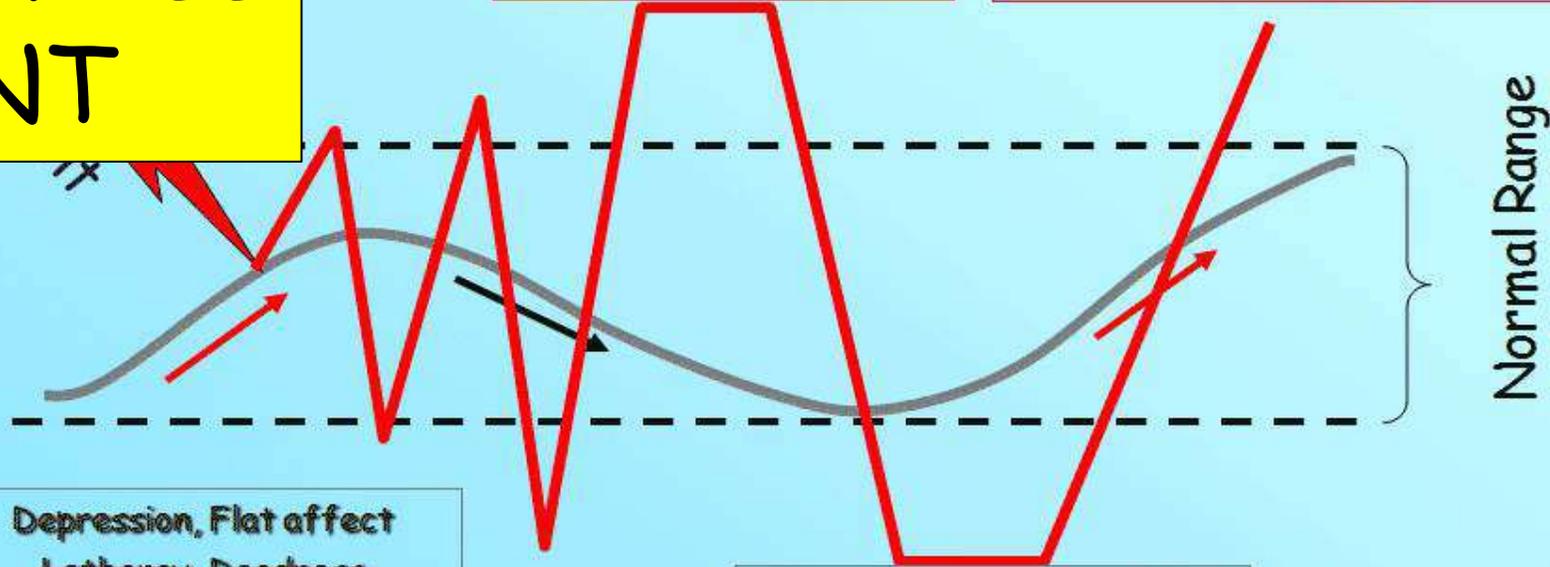
Symptoms of Un-Discharged Traumatic Stress

STRESSFUL EVENT

Anxiety, Panic, Hyperactivity
Exaggerated Startle
Inability to relax, Restlessness
Hyper-vigilance, Digestive problems
Emotional flooding
Chronic pain, Sleeplessness
Hostility/rage

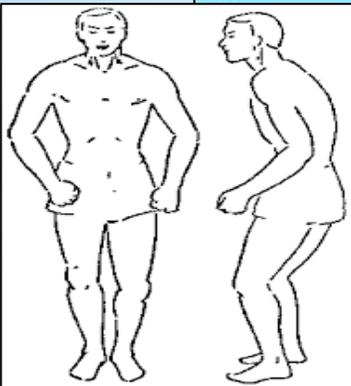


Stuck on "On"



Stuck on "Off"

Depression, Flat affect
Lethargy, Deadness
Exhaustion, Chronic Fatigue
Disorientation
Disconnection, Dissociation
Complex syndromes, Pain
Low Blood Pressure
Poor digestion





WINDOW OF TOLERANCE

Symptoms of Un-Discharged Traumatic Stress

STRESSFUL EVENT

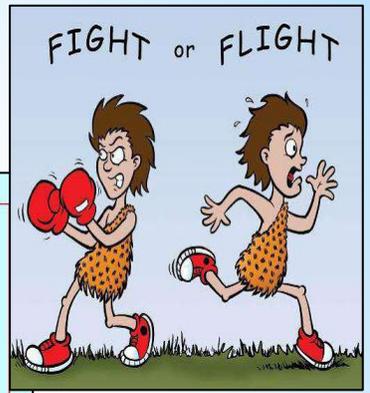
HIPERAROUSAL

Stuck on "On"

FEAR: I'M IN DANGER

- Anxiety, Panic, Hyperactivity
- Exaggerated Startle
- Inability to relax, Restlessness
- Hyper-vigilance, Digestive problems
- Emotional flooding
- Chronic pain, Sleeplessness
- Hostility/rage

SYMAPATETIC TONE



WHEN IT RAISE THE SYMPATETIC TONE IN ABSENCE OF FEAR, WE EXPLORE THE WORLD

WHEN IT RAISE THE VENTRAL VAGAL TONE IN ABSENCE OF FEAR WE ARE WE ARE STILL AND SECURE

VENTRAL VAGAL TONE

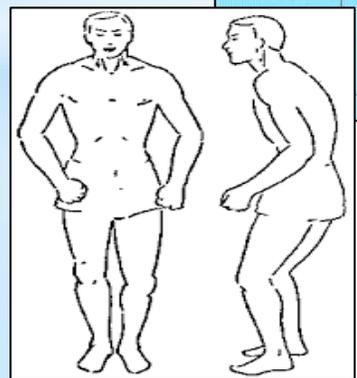
- Depression, Flat affect
- Lethargy, Deadness
- Exhaustion, Chronic Fatigue
- Disorientation
- Disconnection, Dissociation
- Complex syndromes, Pain
- Low Blood Pressure
- Poor digestion

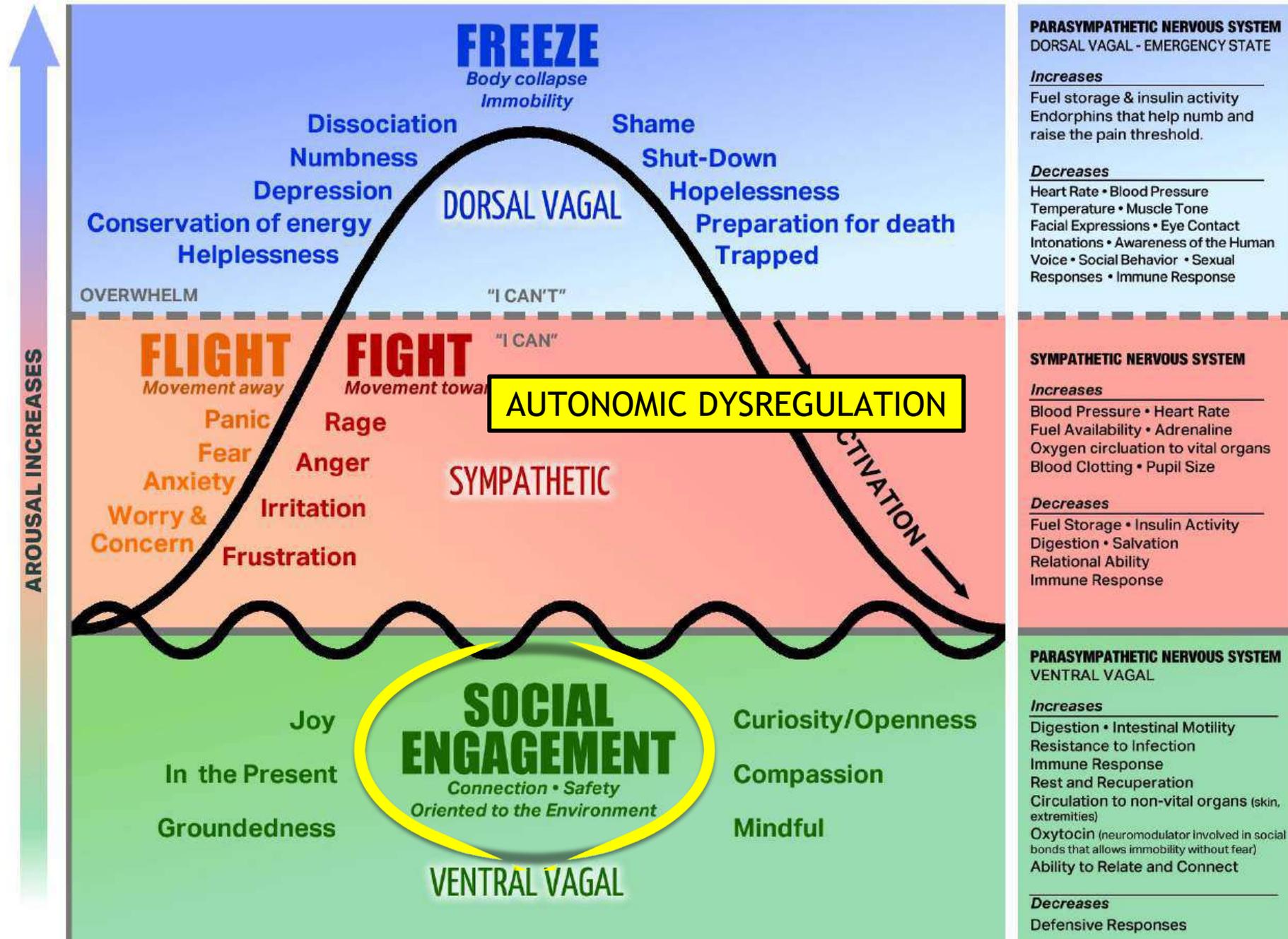
Stuck on "Off"

FEAR: I'M IN DANGER

DORSAL VAGAL TONE

HIPOAROUSAL





PARASYMPATHETIC NERVOUS SYSTEM
 DORSAL VAGAL - EMERGENCY STATE

Increases

- Fuel storage & insulin activity
- Endorphins that help numb and raise the pain threshold.

Decreases

- Heart Rate • Blood Pressure
- Temperature • Muscle Tone
- Facial Expressions • Eye Contact
- Intonations • Awareness of the Human Voice • Social Behavior • Sexual Responses • Immune Response

SYMPATHETIC NERVOUS SYSTEM

Increases

- Blood Pressure • Heart Rate
- Fuel Availability • Adrenaline
- Oxygen circulation to vital organs
- Blood Clotting • Pupil Size

Decreases

- Fuel Storage • Insulin Activity
- Digestion • Salvation
- Relational Ability
- Immune Response

PARASYMPATHETIC NERVOUS SYSTEM
 VENTRAL VAGAL

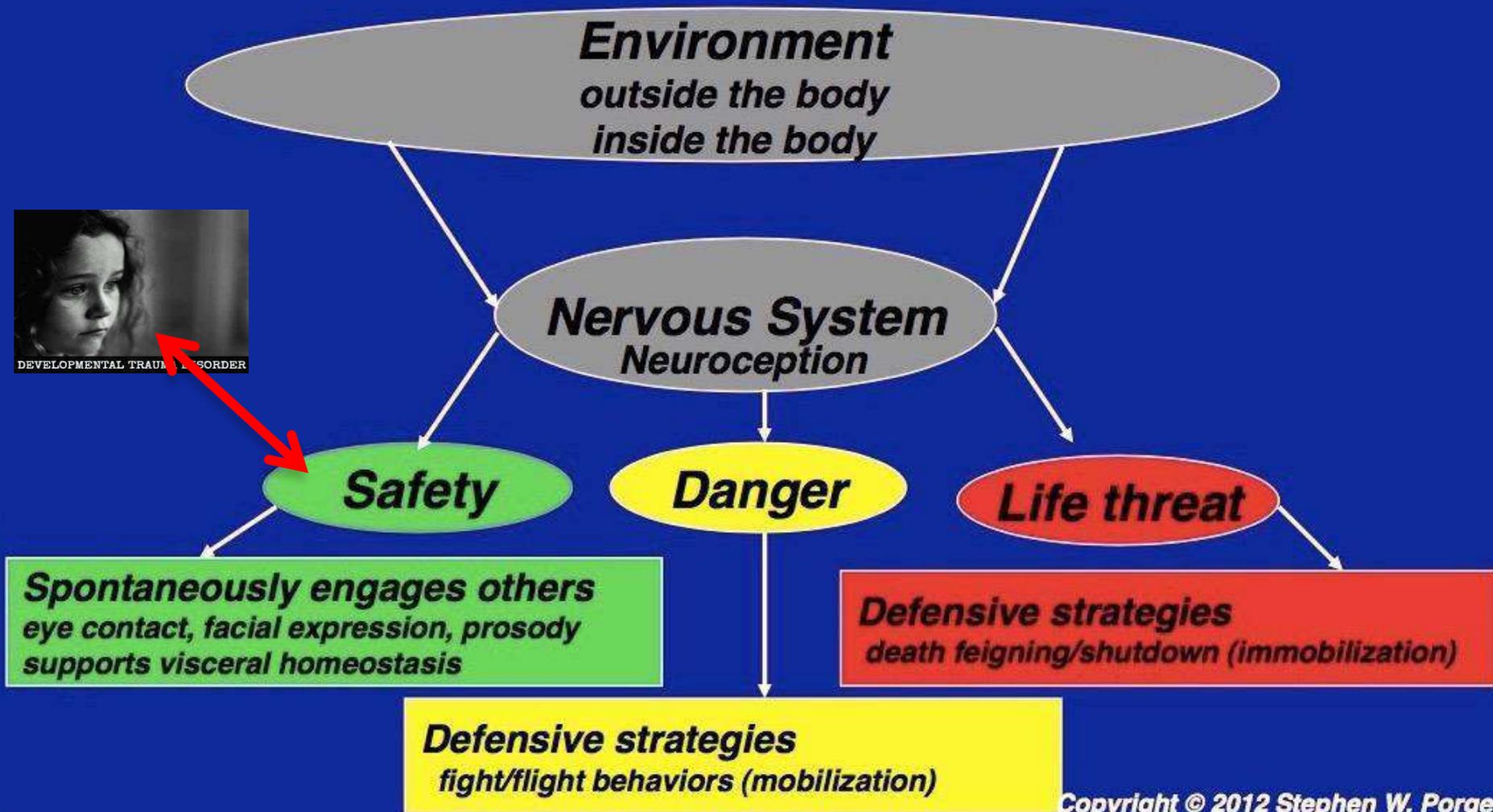
Increases

- Digestion • Intestinal Motility
- Resistance to Infection
- Immune Response
- Rest and Recuperation
- Circulation to non-vital organs (skin, extremities)
- Oxytocin (neuromodulator involved in social bonds that allows immobility without fear)
- Ability to Relate and Connect

Decreases

- Defensive Responses

The Quest for Safety: Emergent Properties of Physiological State



Difese di Mobilizzazione



Parasimpatico (Vagale Ventrale)

- 1) Coinvolgimento Sociale (Attachment) – **Social Engagement**
(Comunicazione sociale/chiedere e ricevere aiuto/calmarci)

Simpatico

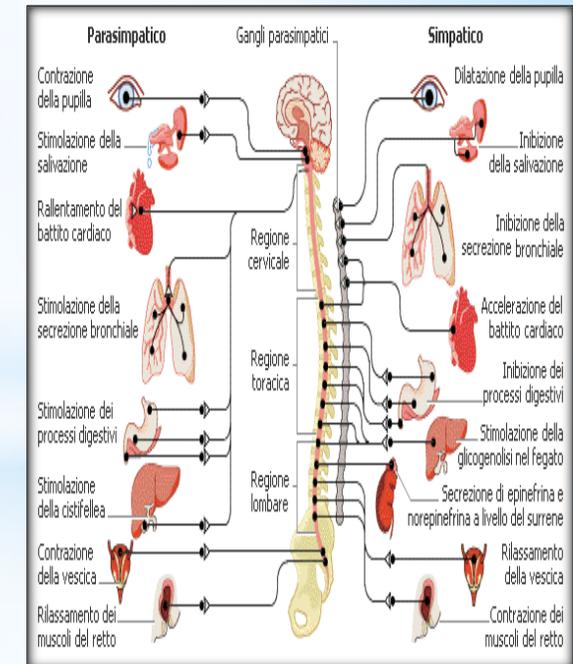
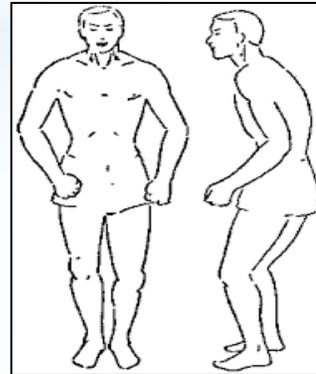
- 2) Lotta/Fuga (**Fight or Flight**)

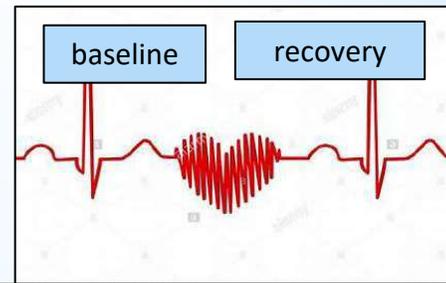
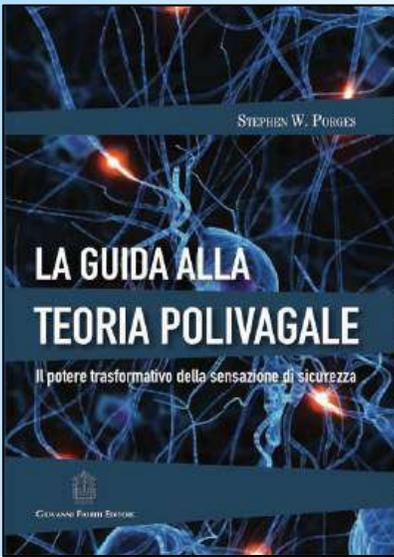


Difese di Immobilizzazione

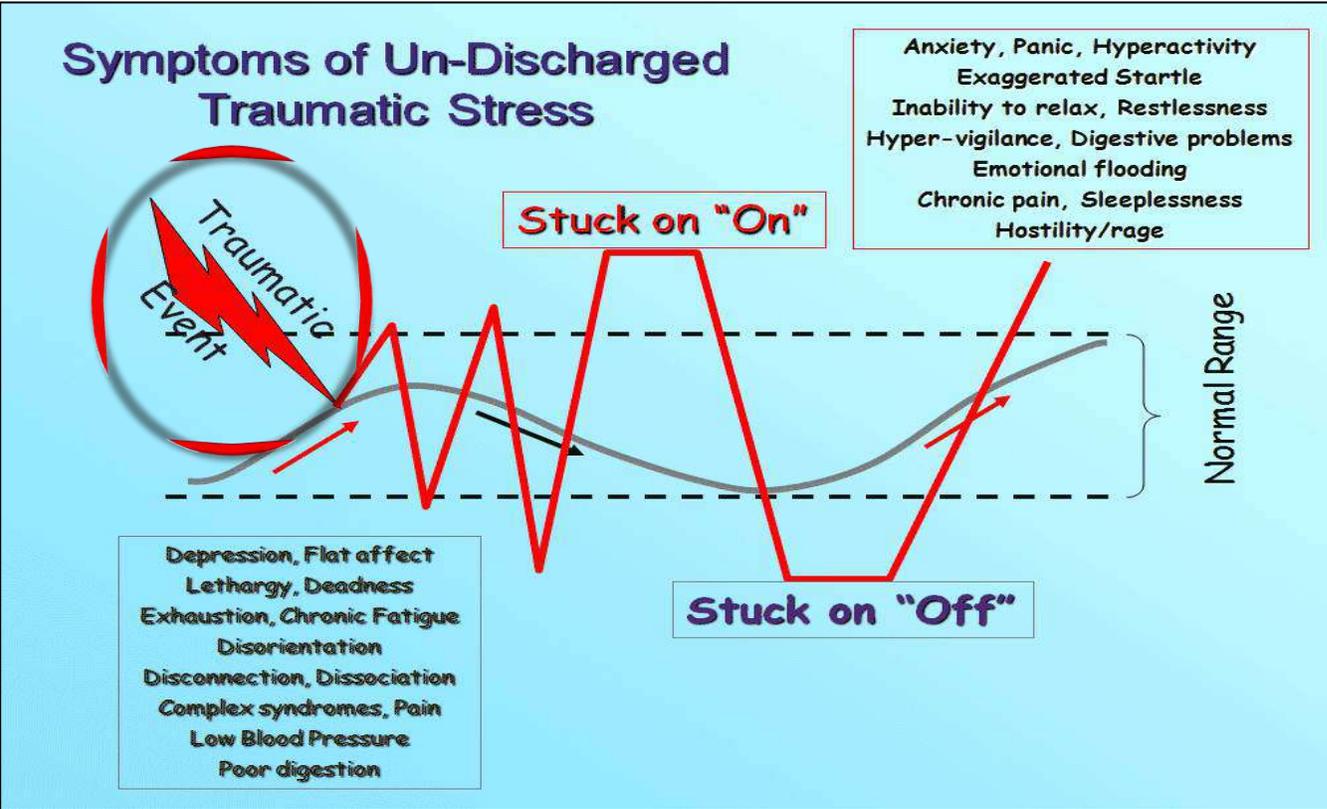
Parasimpatico (Vagale Dorsale)

- 3) Congelamento (**Freezing**): immobilità Vigile/
Fingersi morti (feigned death)/Sottomissione totale/
Desensibilizzazione/Dissociazione Somatoforme/Paralisi/
Insensibilità al dolore e alla punizione





AUTONOMIC DYSREGULATION

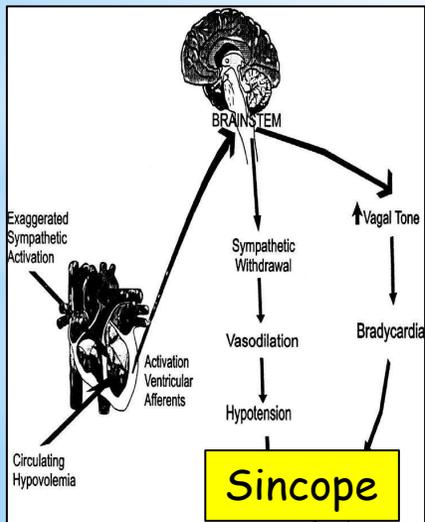


MISURANDO CON LA HRV L'ATTIVITA' DEL SISTEMA VAGALE E SIMPATICO SI POSSONO AVERE INFORMAZIONI SUL LIVELLO DI STRESS DEL NOSTRO ORGANISMO

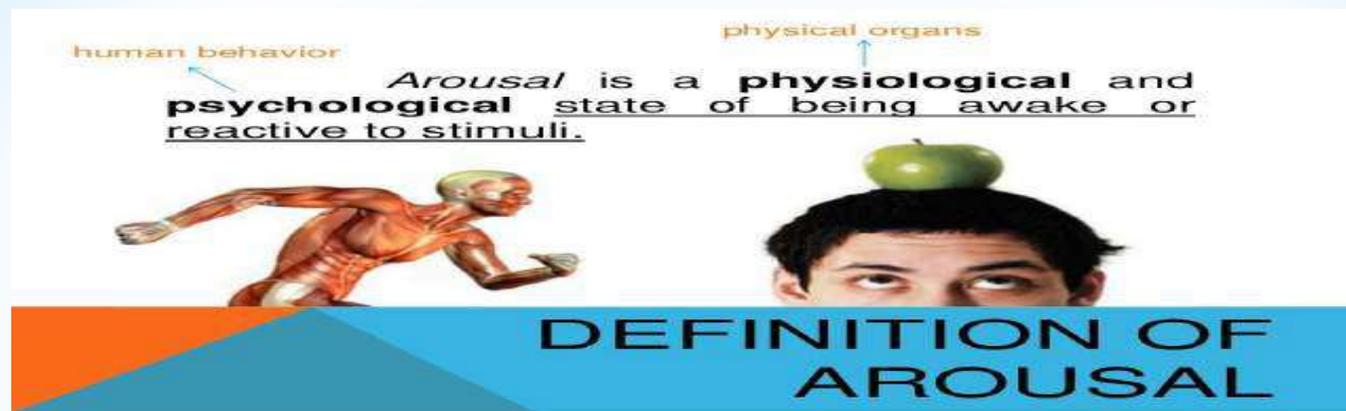


Le 5 piattaforme neurali

Global state	Neural platform	Emergent properties
Social engagement	VVC	Safety, connection, clarity, eudaimonia, calmness, tranquility, equanimity
Play/Dance	VVC and SNS	Activity, creativity, motivation, capacity for change
Fight or flight	SNS	Fear, anger, greed
Intimacy	DVC with VVC	Stability, form, restraint, social bonding
Shutdown/immobilization	DVC	Obscuration, inertia, dullness, ignorance, delusion, dissociation



SNS with DVC: COATTIVAZIONE DEL SISTEMA SIMPATICO E DEL SISTEMA DORSOVAGALE NELLA SINCOPE



In psicologia fisiologica l' ***Arousal*** (dall'inglese *eccitazione, risveglio*) è una **condizione temporanea di ATTIVAZIONE** del sistema nervoso, in risposta ad uno stimolo significativo e di intensità variabile, di un generale stato di eccitazione, caratterizzato da un maggiore stato attentivo-cognitivo di **vigilanza** e di **pronta reazione agli stimoli esterni**.

L'*Arousal* è presente negli animali e nell'uomo, ad esempio durante i momenti dove vengono richieste maggiori prestazioni psicofisiche di abilità come, ad esempio, una verifica, un esame, una competizione agonistica, l'attacco a una preda o durante una sfida, ma anche durante l'attività sessuale.

Durante l'arousal viene coinvolto sia il sistema nervoso centrale (SNC) che il periferico (SNP) e vegetativo (SNA), **con conseguente aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa**, al fine di generare in tutto il corpo una condizione generale di **maggiore allerta sensoriale, mobilità e prontezza di riflessi**.

LE 4 FASI DELLA PAURA



La **Paura** è un'emozione primaria di difesa contro il dolore che ci prepara ad agire per fronteggiare una situazione di pericolo. La **Paura** può essere reale, anticipata dalla previsione, evocata dal ricordo o prodotta dalla fantasia. La **Paura** è sempre accompagnata da una reazione fisiologica, di cui è responsabile il Sistema Nervoso Autonomo, che prepara l'organismo alla situazione d'emergenza, attivando l'*arousal* per l'organizzazione delle difese che si esprimono automaticamente in comportamenti di *tensione corporea*, di congelamento (*freezing*), di lotta (*fight*) o di fuga (*flight*).

La più antica e potente emozione umana è la paura, e la paura più antica e potente è la paura dell'ignoto.
(Howard Phillips Lovecraft)

LE 4 FASI DELLA PAURA

1° fase: Immaginazione: La Paura anticipata dalla previsione negativa

Nell'immaginazione esaminiamo le possibilità in cui si potrebbero presentare gli eventi futuri in modo da essere preparati per affrontarli. La normale ansia anticipatoria, a causa della persistenza di emozioni negative, diventa PAURA.

2° fase: Percezione corporea : Tensione Corporea per la Paura

La paura si manifesta nei pensieri, ma anche nell'esperienza corporea. Quando si sperimenta la Paura, iniziamo ad iperventilare, il cuore batte più forte, rossore o pallore si sperimentano nel volto, la voce si attenua e diventa stridula, crollo del tono muscolare etc., tutto il corpo entra in uno stato di tensione.

3° fase: Immaginazione: Ricordi e Fantasie di Paura relative a esperienze passate di Paura

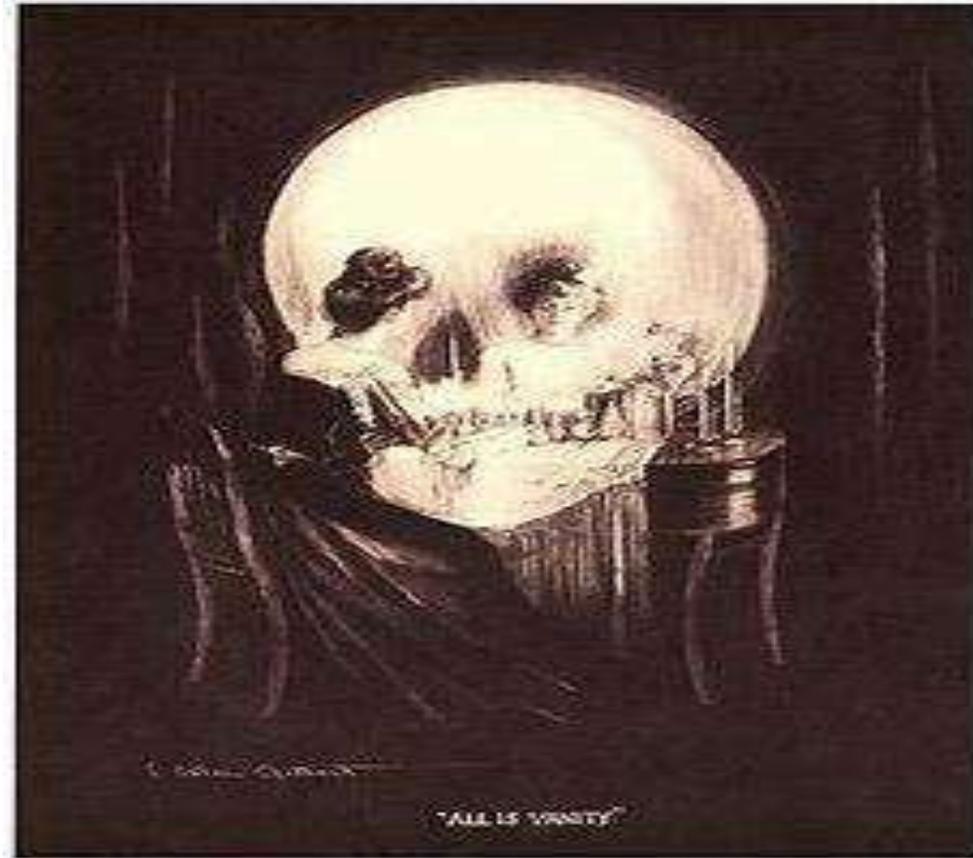
La mente può rammemorare la paura allo stato puro di tutte le esperienze vissute di paura: i ricordi della paura passata influenzano e suggestionano l'aspettativa soggettiva nei confronti della vita e del divenire e pertanto, quando la Paura è cronica e persistente, possono incentivare la tensione corporea, l'immobilizzazione (*freezing*) o l'accelerazione del sistema psicobiologico (*fight or flight*).



4° fase: Percezione corporea: Congelamento (*freezing*) e Aitazione (*fight or flight*) per la Paura

LA SUGGESTIONABILITA'

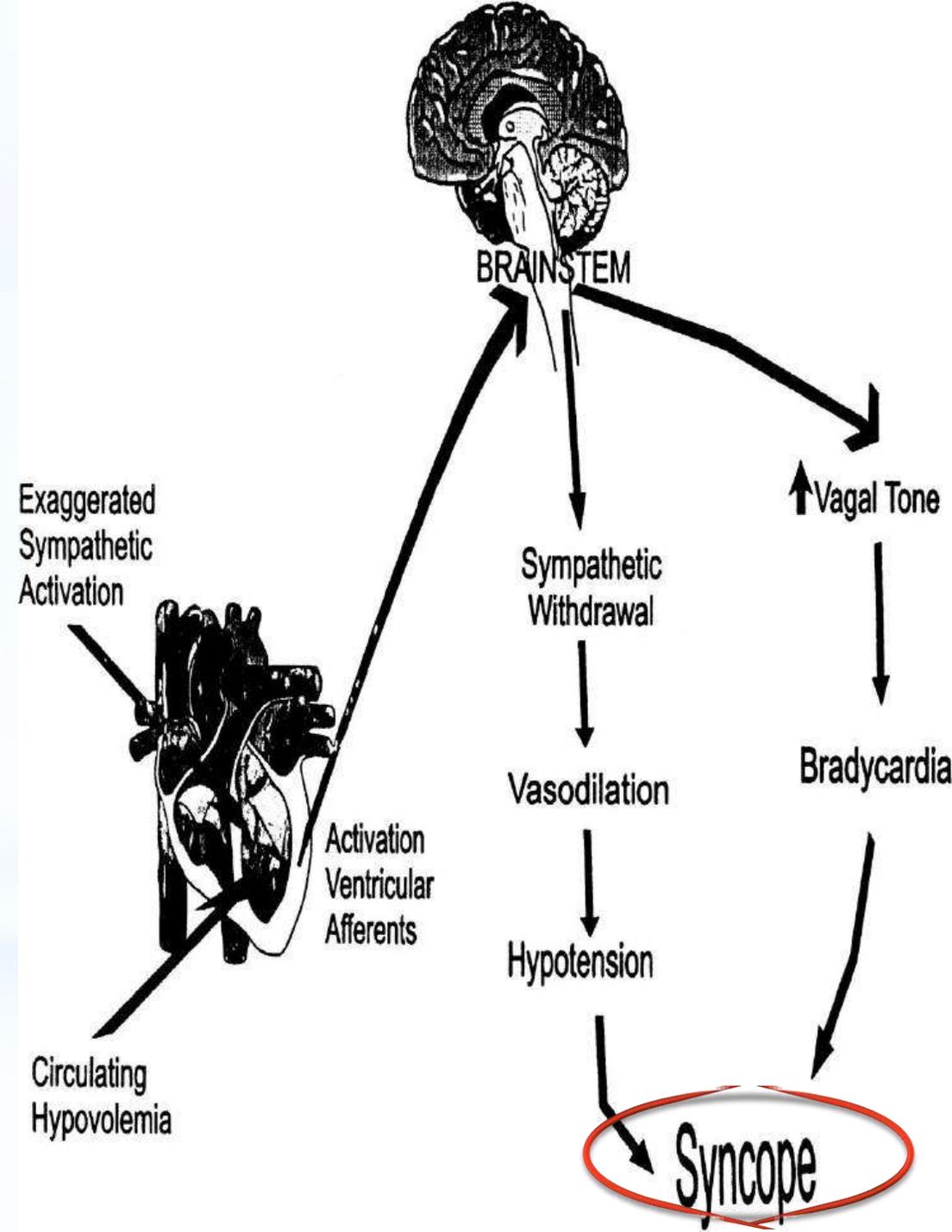
in psicopatologia



LA **suggestionabilità** in psicopatologia è una condizione psichica che consiste nella minore o maggiore disposizione ad essere influenzati dalle proprie fantasie e dalle rappresentazioni di sé e degli altri, dagli stati psico-somatici interni, dagli eventi esterni o dai comportamenti altrui e a lasciarsi impressionare fino a un invischiamento clinicamente significativo che si aggrava a causa di emozioni negative che diventano sempre più persistenti, in un quadro psicopatologico di vulnerabilità e di ipersensibilità alle percezioni interne/esterne, fino alla paranoia.

Sincope Neurogena

Alcuni studi (Grubb, 2005; Beacher et al., 2009; Kaufmann e Hainsworth, 2001; Kinsella e Tuckey, 2001; Diehl, 2005), svolti prevalentemente su popolazioni di adulti, **dimostrano una correlazione significativa tra la disregolazione emotiva, una disfunzione del sistema nervoso autonomo e gli episodi sincopali ricorrenti.** Queste ricerche necessariamente hanno dovuto inserire ed integrare nell'iter diagnostico la registrazione di alcune variabili fisiologiche associate alla misurazione della regolazione emotiva all'interno di un determinato paradigma sperimentale. Per esempio, sono state selezionate sia delle immagini a contenuto di allarme dall'International Affective Picture System (IAPS; Lang et al., 2008) che delle parole, che semanticamente anticipavano il contenuto emozionale delle immagini. Contemporaneamente sono stati registrati i potenziali evento correlati (ERPs) mediante la tecnica dell'EEG con lo scopo di misurare l'attività elettrica corticale in funzione a degli stimoli emozionali (Buodo et al., 2012). Lo studio di Buodo et al. (2012) dimostra che i pazienti adulti con sincope neurogena presentano una alterazione nell'anticipazione affettiva e non presentano invece differenze rispetto al gruppo di controllo nell'elaborazione degli stimoli emozionali. Ad oggi, la correlazione fra risposte emotive a stimoli visivi e ERPs non si conosce in individui in età adolescenziale ed inoltre non è stato ancora esplorato il ruolo del sistema nervoso simpatico come un indice fisiologico della regolazione emotiva in soggetti adolescenti con una predisposizione allo svenimento non legato a cause organiche.



■ Sintomi della **sincope vasovagale**

1
* Vertigini e
giramenti di testa

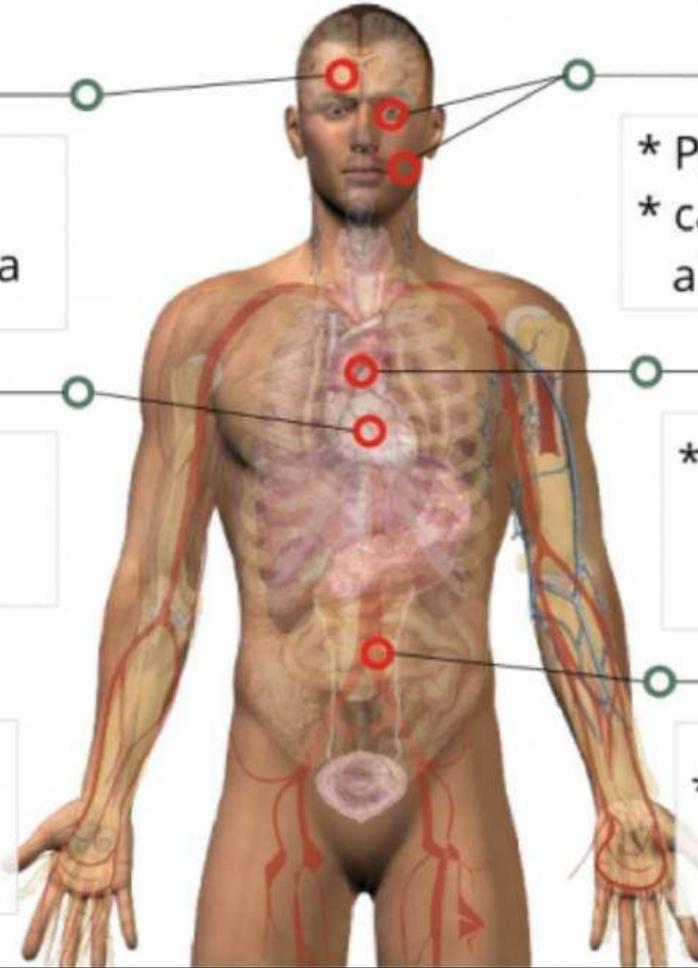
2
* Battito cardiaco
accelerato

3
* Sudorazione
* Sensazione di
calore/freddo

4
* Pallore
* campo visivo
alterato

5
* Dolore toracico
nella zona
sternale

6
* Sconvolgimenti
gastro intestinali

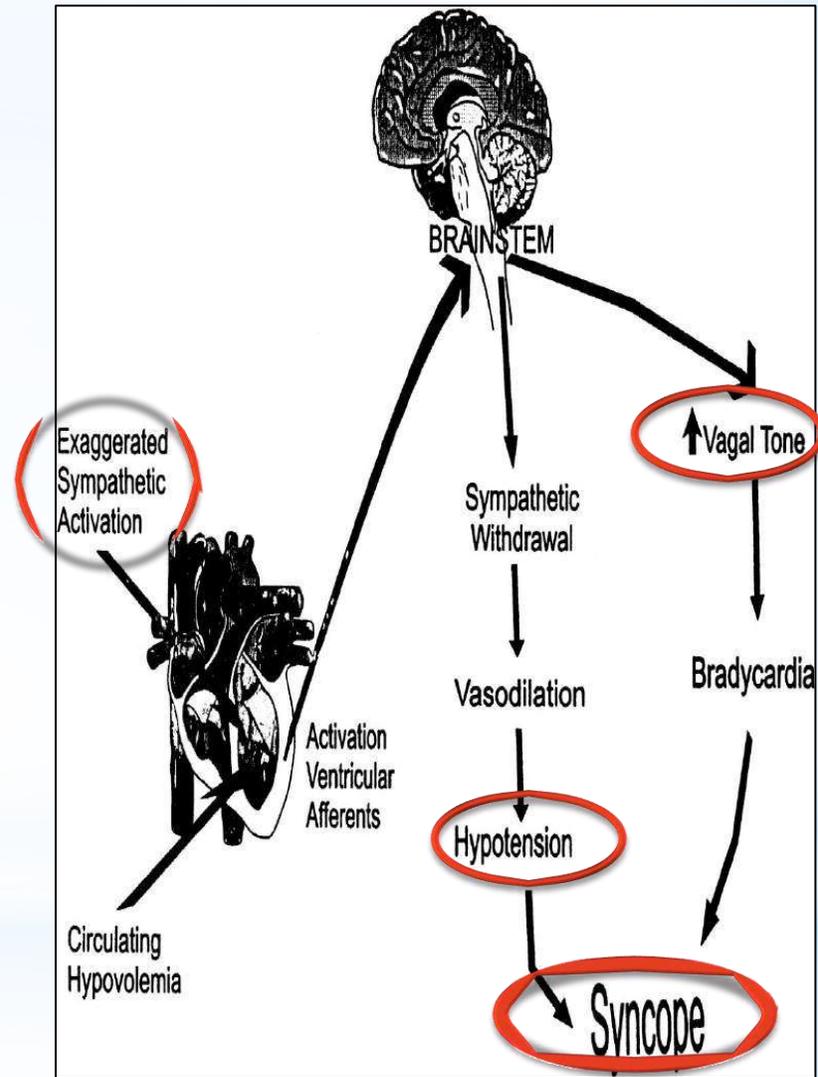


THE VASOVAGAL SYNCOPE MODEL

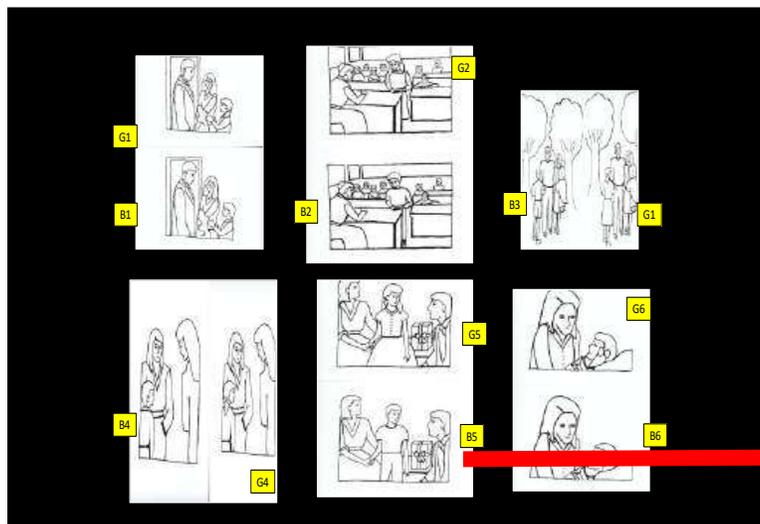
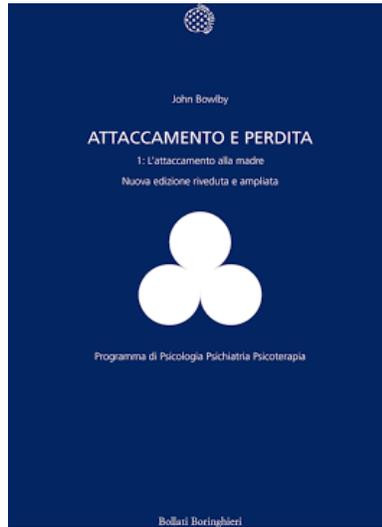
Transitoria inibizione del sistema simpatico che induce la vasodilatazione, che, a sua volta, determina la diminuzione della pressione arteriosa.

Sympathovagal Imbalance

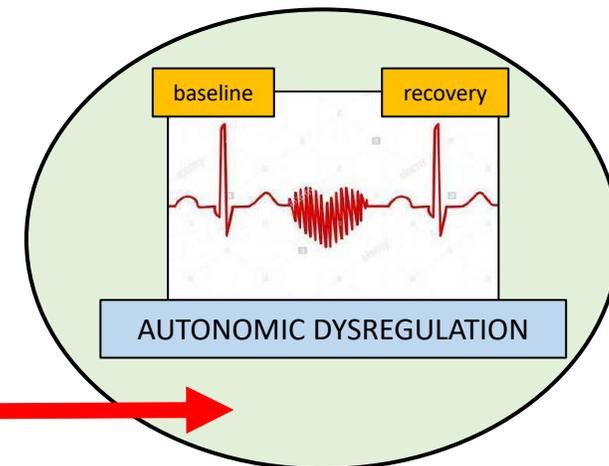
Contemporanea attivazione del sistema vagale che invece determina diminuzione della frequenza dei battiti cardiaci.



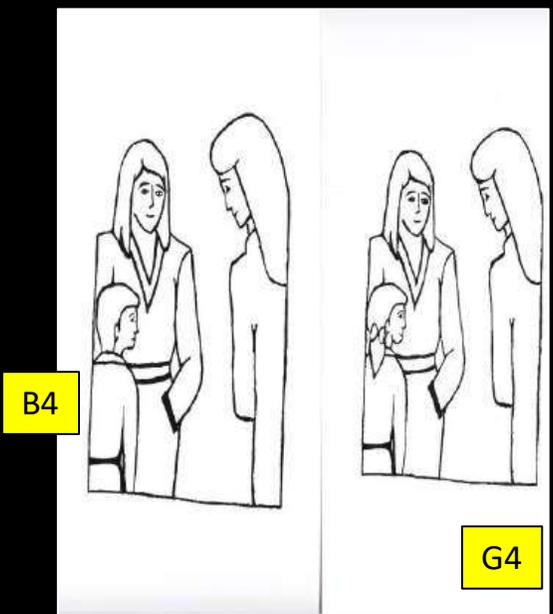
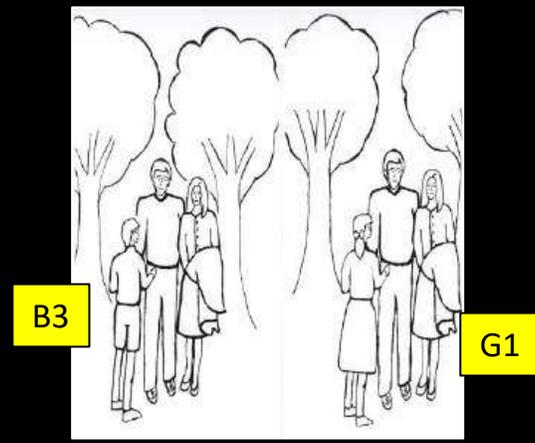
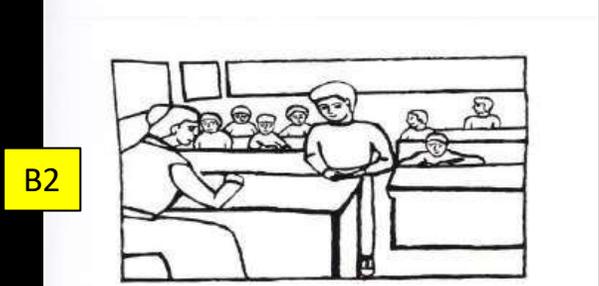
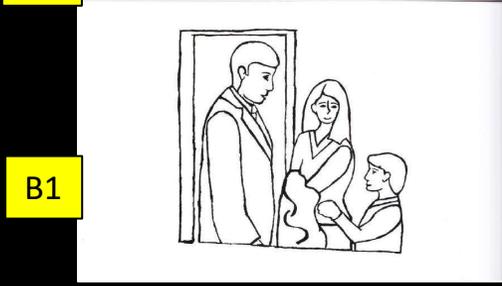
SEPARATION ANXIETY TEST (SAT) Klagsburn, Bowlby (1976) AND HEART RATE VARIABILITY



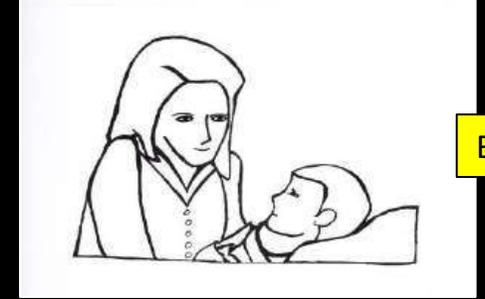
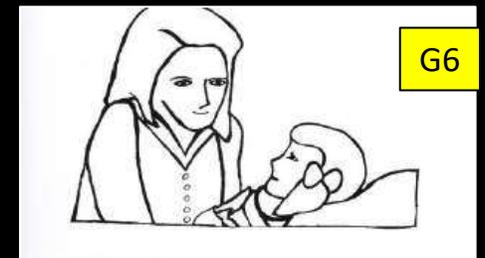
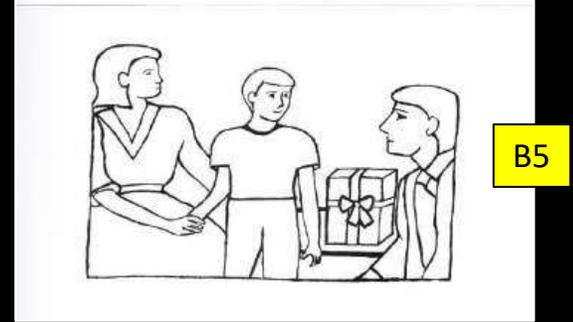
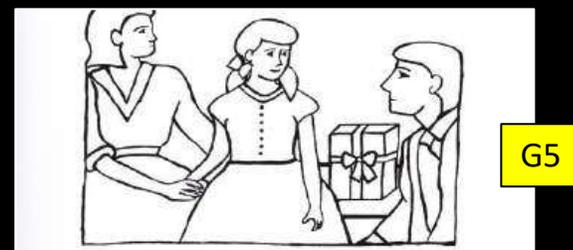
TRIGGER →



SEPARATION ANXIETY TEST *Klagsburn, Bowlby (1976)*



G4



INTERVISTATORE

G1

In questo disegno il papà e la mamma vanno fuori per la serata.
E lasciano la bambina a casa.
Qui stanno uscendo e la stanno salutando.

DOMANDE 1.2.3.4

BAMBINO IPOTETICO

- 1) SECONDO TE COSA PROVA QUESTO/A BAMBINO/A ?
- 2) PERCHE' PENSI CHE PROVI QUESTO ?
- 3) CHE COSA PENSI CHE FACCIA, ORA, QUESTO/A BAMBINO/A ?
- 4) SECONDO TE, COSA FARA' QUESTO/A BAMBINO/A QUANDO RIVEDRA' I SUOI GENITORI ?

DOMANDE 1.2.3.4

BAMBINO REALE

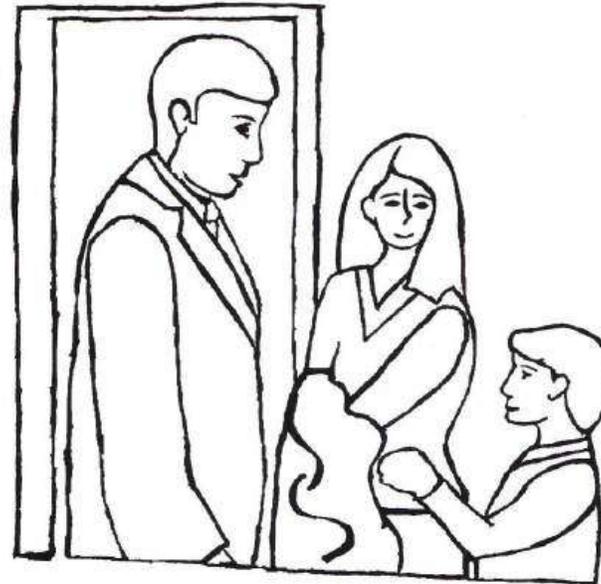
- 1) COSA PROVERESTI SE FOSSI TU QUESTO/A BAMBINO/A ?
- 2) PERCHE' PENSI CHE PROVERESTI QUESTO ?
- 3) TU, ORA, COSA FARESTI ?
- 4) CHE COSA FARESTI AL MOMENTO DELLA RIUNIONE CON I TUOI GENITORI (O CON TUA MADRE) ?

B1

In questo disegno il papà e la mamma vanno fuori per la serata.
E lasciano il bambino a casa.
Qui stanno uscendo e lo stanno salutando.



(S) (M)



(S) (M)

THE VASOVAGAL SYNCOPE MODEL

AGITAZIONE

IPERATTIVAZIONE

HIPER-AROUSAL

Stuck on "On"

Anxiety, Panic, Hyperactivity
Exaggerated Startle
Inability to relax, Restlessness
Hyper-vigilance, Digestive problems
Emotional flooding
Chronic pain, Sleeplessness
Hostility/rage



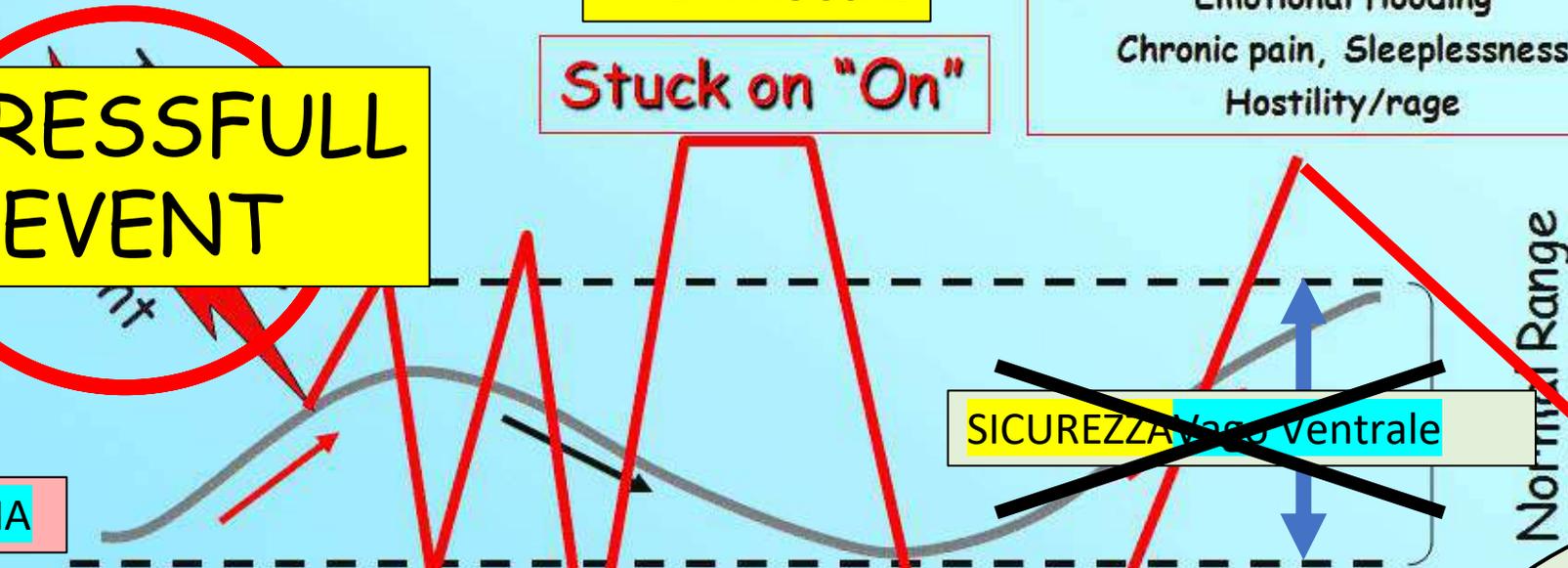
VASOVAGAL SYNCOPE

Sympathovagal Imbalance

STRESSFULL
EVENT



COMPLEX TRAUMA



Normal Range

~~SICUREZZA Vago ventrale~~

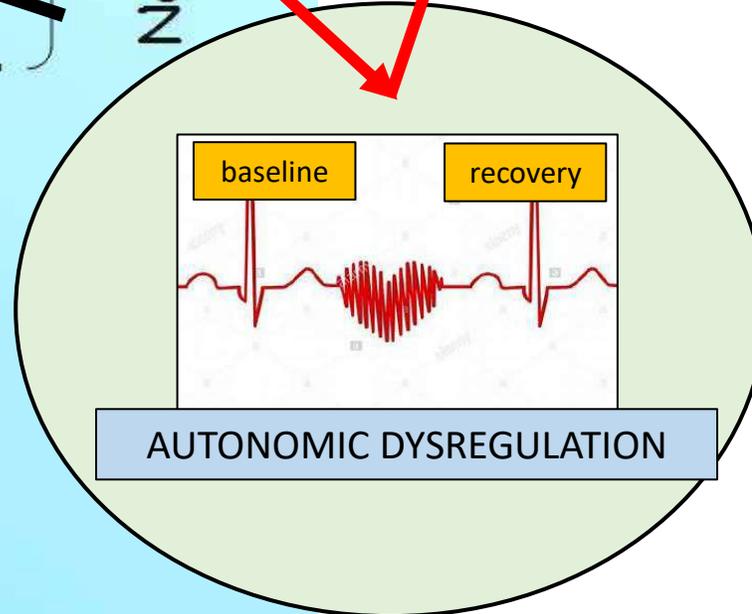
Depression, Flat affect
Lethargy, Deadness
Exhaustion, Chronic Fatigue
Disorientation
Disconnection, Dissociation
Complex syndromes, Pain
Low Blood Pressure
Poor digestion

Stuck on "Off"

IPO-AROUSAL

IMMOBILIZZAZIONE

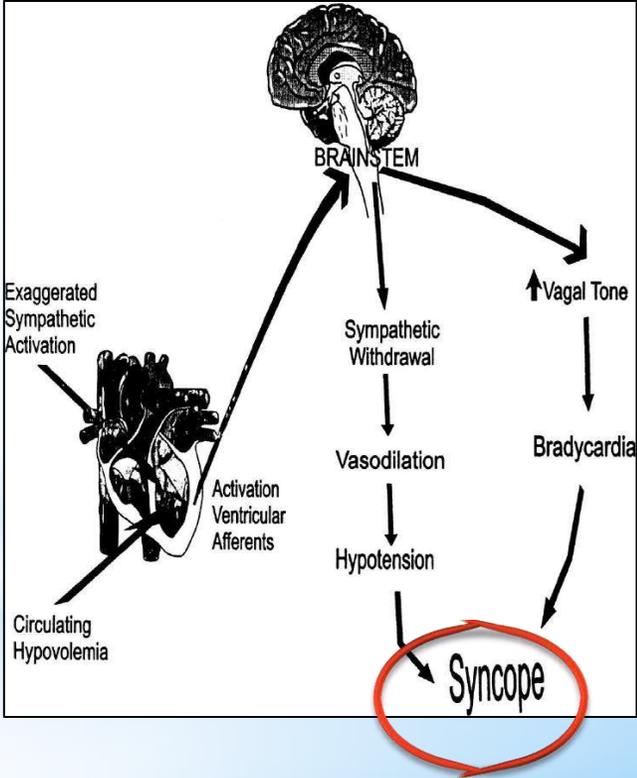
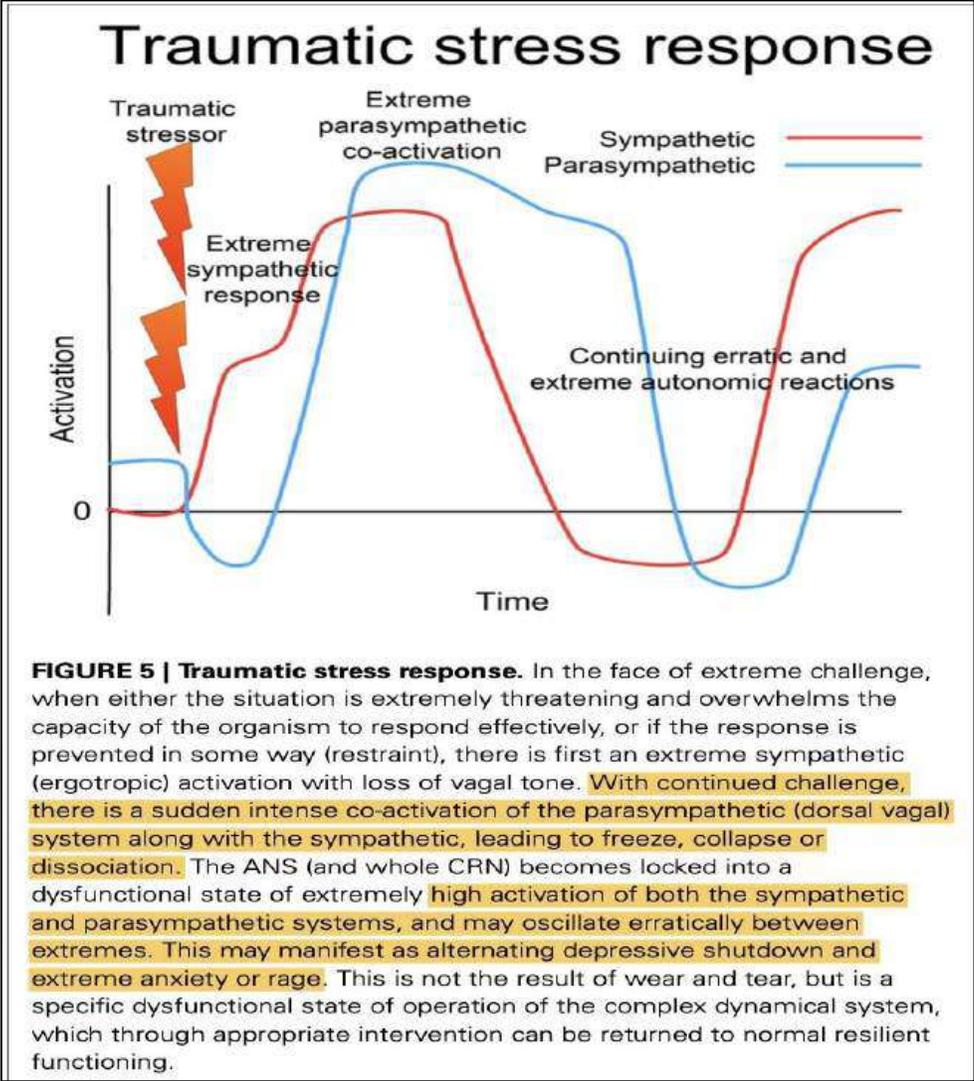
DISSOCIAZIONE



baseline recovery

AUTONOMIC DYSREGULATION

La coattivazione della risposta simpatica e dorsovagale e la persistenza di reazioni autonome in un'alternanza di crolli depressivi e stati di ansia e di rabbia



LA RICERCA DELLA SICUREZZA

CO-REGOLAZIONE VENTROVAGALE AL SERVIZIO DELLA SICUREZZA

SOCIAL ENGAGEMENT

- Social support is a **robust buffer** for stress
- Some differences between men and women
- Social support associated with:
 - Overall reported health
 - Immune system (e.g. IL-6)
 - Cardiovascular health
 - Neuroendocrine function (e.g. cortisol)
 - Patient adherence to medication
 - Decreased depression



Il vago come sistema antincendio: il riflesso Antinfiammatorio del Vago

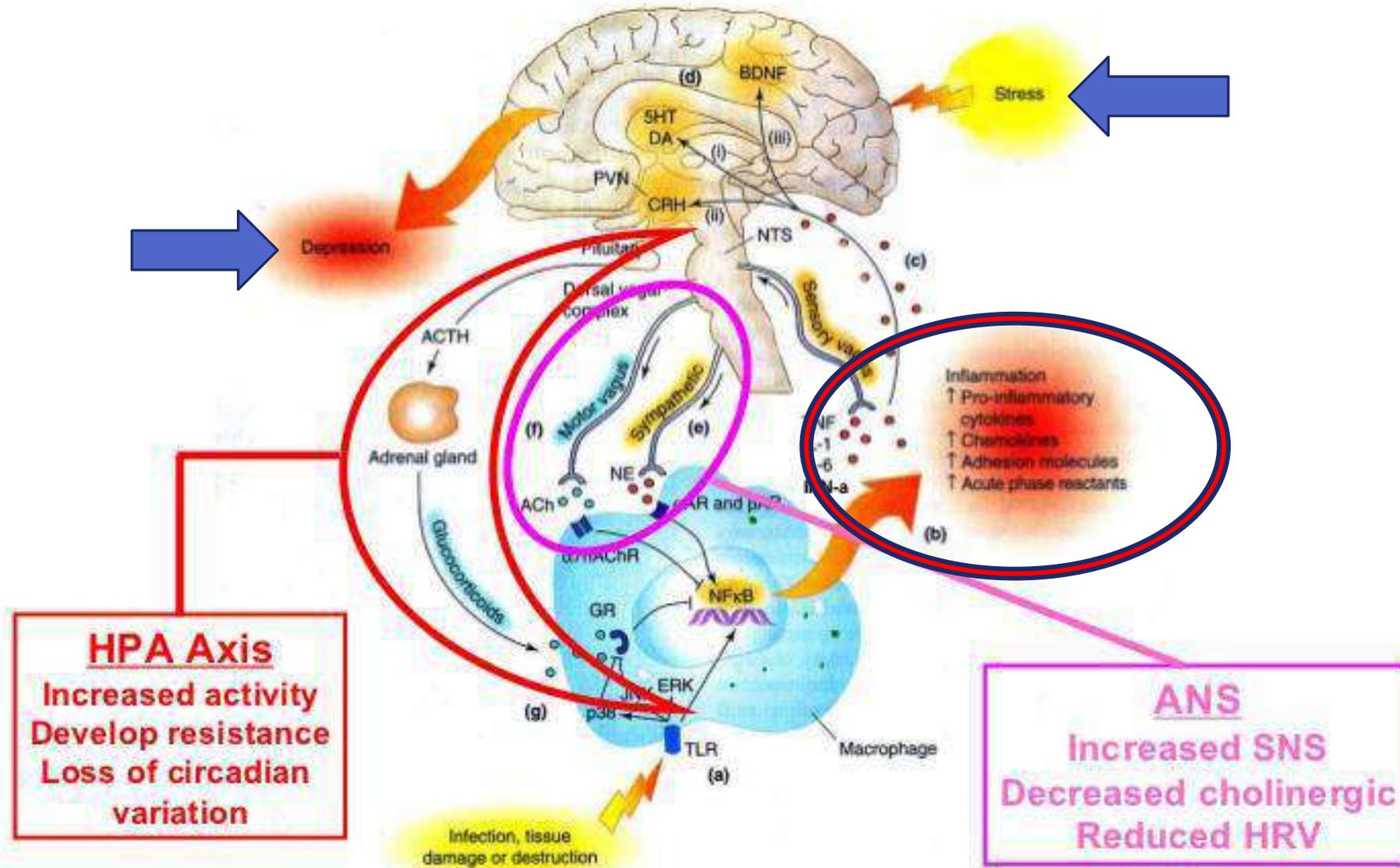
KEVIN J. TRACEY

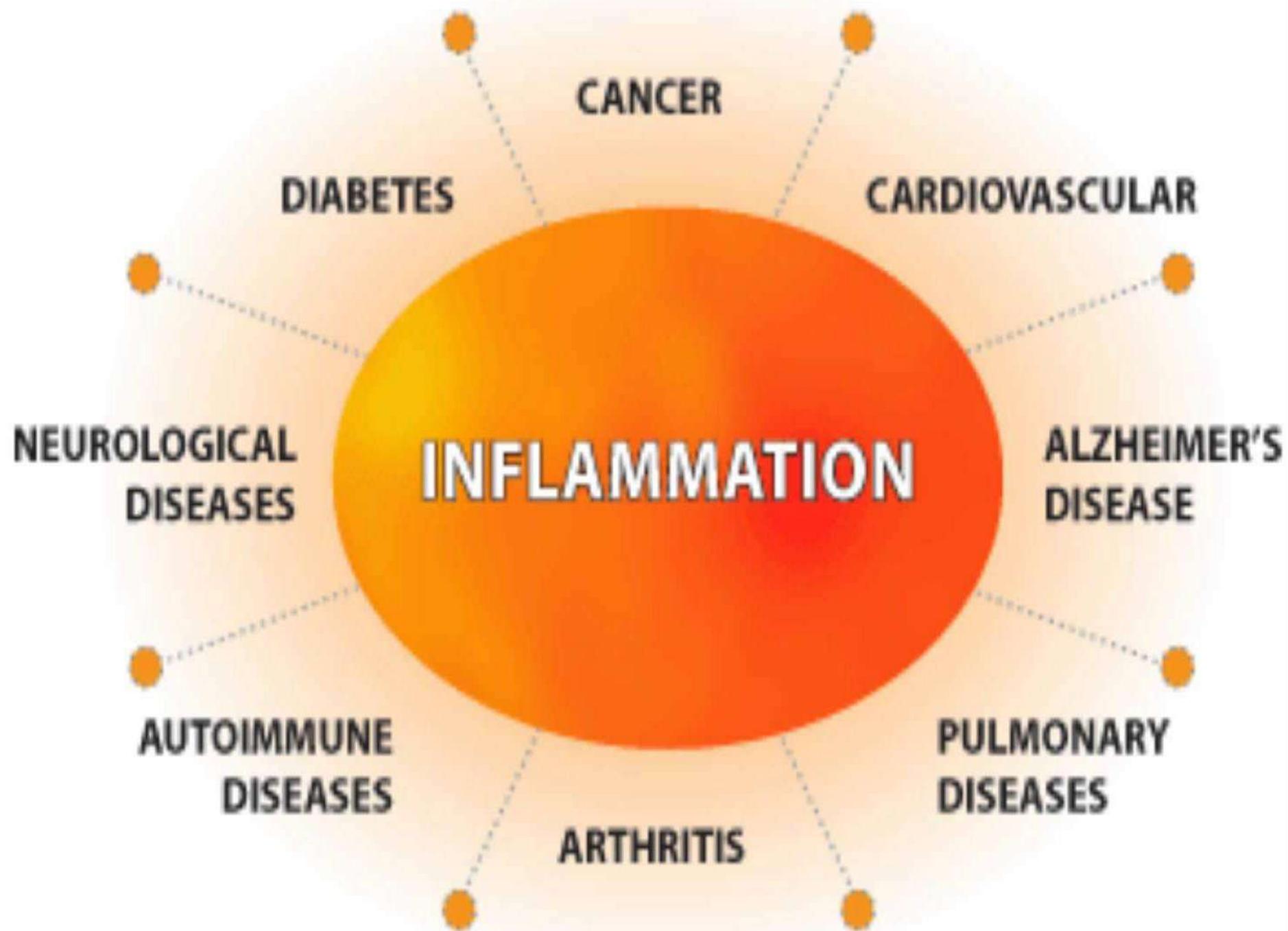
Tracey, KJ (2002). "The inflammatory reflex". *Nature* **420** (6917): 853–9.



Reasoning that evolution must have favored physiological mechanisms to maintain homeostasis, Tracey proposed a mechanism for neural control of TNF and HMGB1 to maintain immunological homeostasis. Termed the inflammatory reflex",^[10] action potentials carried in **the vagus nerve inhibit cytokine** release and innate immunity. The neurophysiological mechanism is dependent upon action potentials transmitted in the vagus nerve which activate release of acetylcholine, a neurotransmitter that interacts with alpha-7 nicotinic receptors expressed on the cell surface of macrophages that produce TNF and other cytokines.^[11] The interaction of acetylcholine with alpha-7 nicotinic receptors prevents cytokine release by downregulating nuclear activation of NFkB. **Stimulating the vagus nerve inhibits potentially damaging cytokine responses, and protects against organ damage caused by unregulated or excessive cytokine release.** In 2011 Tracey and his colleagues Mauricio Rosas-Ballina and Peder Olofsson discovered a memory T cell subset that secretes acetylcholine in the spleen when activated by signals arising in the vagus nerve.^[12] These T cells are regulated by incoming neurotransmission arising in the brain stem, and respond by producing the terminal neurotransmitter required to complete the inflammatory reflex.

Pathways Linking Stress, Inflammation and Depression





Association of Serum Interleukin 6 and C-Reactive Protein in Childhood With Depression and Psychosis in Young Adult Life A Population-Based Longitudinal Study

[Golam M. Khandaker](#), PhD, [Rebecca M. Pearson](#), PhD, [Stanley Zammit](#), PhD, [Glyn Lewis](#), PhD, and [Peter B. Jones](#), PhD

Department of Psychiatry, University of Cambridge, Cambridge, England (Khandaker, Jones); National Institute for Health Research Cambridge Biomedical Research Centre, Cambridge, England (Khandaker, Jones); Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care, East of England, Cambridge, England (Khandaker, Jones); Cambridgeshire and Peterborough National Health Service Foundation Trust, Cambridge, England (Khandaker, Jones); Centre for Mental Health, Addiction and Suicide Research, School of Social and Community Medicine, University of Bristol, Bristol, England (Khandaker, Pearson, Zammit, Lewis); Institute of Psychological Medicine and Clinical Neurosciences, Medical Research Council Centre for Neuropsychiatric Genetics and Genomics, Cardiff University, Cardiff, Wales (Zammit); Division of Psychiatry, University College London, London, England (Lewis).

Corresponding author: Golam M. Khandaker, PhD, Department of Psychiatry, University of Cambridge, Box 189, Level E4, Cambridge Biomedical Campus, Cambridge CB2 0QQ, England (gmk24@medschl.cam.ac.uk)

Author Contributions: Dr Khandaker had full access to all the data in the study and takes responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

Study concept and design: Khandaker, Lewis, Jones. *Acquisition, analysis, or interpretation of data:* Khandaker, Pearson, Zammit, Lewis.

Drafting of the manuscript: Khandaker, Jones. *Critical revision of the manuscript for important intellectual content:* Khandaker, Pearson, Zammit, Lewis.

Statistical analysis: Khandaker, Pearson.

Obtained funding: Khandaker.

Cytokine concentrations throughout pregnancy and risk for psychosis in adult offspring: a longitudinal case-control study



Dana M Allswede, Robert H Yolken, Stephen L Buka, Tyrone D Cannon

Summary

Background Schizophrenia has been associated with pregnancy and birth complications and fetal exposure to inflammation is thought to be a common underlying mechanism. However, whether the risk is specific to particular phases of pregnancy is unclear. The aim of this study was to characterise and compare longitudinal patterns of maternal serum concentrations of cytokines across pregnancy between offspring who were later ascertained to have a psychotic disorder, non-psychotic siblings of these cases, and unrelated, non-psychotic individuals who served as controls.

Methods The National Collaborative Perinatal Project was a large-scale prospective longitudinal study that assessed the effects of perinatal factors on infant and child development. At sites across the USA, over 50 000 pregnant women were enrolled during prenatal clinical visits between 1959 and 1965. The present study draws from the Philadelphia cohort, which includes 9236 surviving offspring of 6753 pregnant women. Psychotic disorder diagnoses in adulthood were assessed with review of medical records and were confirmed with a validation study. Concentrations of TNF α , IL-1 β , IL-5, IL-6, IL-8, IL-10, and IL-17a were assessed using a multiplex bead assay in archived maternal serum samples collected across prenatal visits and birth. We characterized cytokine patterns with linear mixed models.

Findings Our final sample comprised 90 cases, 79 siblings (of 40 cases), and 273 matched controls. Concentrations of proinflammatory cytokines TNF α , IL-1 β , and IL-6 were significantly higher in maternal serum of offspring who later developed psychosis compared with maternal serum of matched controls. These differences were greatest in the first half of pregnancy (7–20 weeks), with no difference observed during the second half of pregnancy.

Interpretation Our results suggest that exposure to high maternal proinflammatory cytokine concentrations in early pregnancy might play a part in psychosis. These findings place the timing of risk associated with maternal inflammation much earlier in prenatal development than previously documented in humans and provide insight into a potential developmental pathway to the disorder.

Funding National Institute of Mental Health (P50) Silvio O Conte Center at Johns Hopkins, Stanley Foundation, March of Dimes, Yale University, National Science Foundation, and National Institute of Child Health and Human Development/Division of Intramural Population Health Research.

Copyright © 2020 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Introduction

Schizophrenia has been linked with various adverse prenatal events, including maternal infection with certain pathogens,¹ hypoxic birth complications,² and maternal stress.³ Fetal exposure to maternal inflammation is one hypothesised mechanism that could underlie the association of these risk factors with schizophrenia and other psychotic disorders.⁴ A candidate inflammatory pathway is the cytokine system, which consists of regulatory pro-inflammatory and anti-inflammatory proteins secreted by immune and other cell types in response to immune challenges.⁵ Cytokines also actively contribute to various prenatal neurodevelopmental processes, including neuronal and glial migration and differentiation, synaptic maturation, and myelination.⁶ Rodent studies showed that maternal immune challenge alters cytokine concentrations in several maternal and fetal tissues,⁶ can have lasting effects on cytokine concentrations in the fetal

brain,⁷ and leads to neurological and behavioural changes in the adult offspring that mimic aspects of schizophrenia.¹ The long-term effects of prenatal immune exposure are influenced by the timing of the insult during gestation⁴ and can be affected by the balance between pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines.⁸ These findings suggest that understanding the timing and nature of prenatal cytokine perturbations associated with risk for psychosis could provide greater understanding of the neurodevelopmental origins of the disorder.

In human studies, risk for psychosis has been associated with perturbations in mean proinflammatory cytokine concentrations in maternal serum during the second and third trimesters, including higher IL-8 in the second trimester,⁹ higher IL-6 (for male offspring), lower TNF α (for female offspring) in the third trimester,¹⁰ and higher TNF α at delivery.¹¹ A protective effect has been observed for higher composite scores of anti-inflammatory IL-4,

Lancet Psychiatry 2020

Published Online

February 5, 2020

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30006-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30006-7)

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30006-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30006-7)

See Online/Comment

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30042-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30042-0)

Department of Psychology

(D M Allswede MS,

Prof T D Cannon PhD) and

Department of Psychiatry

(Prof T D Cannon), Yale

University, New Haven, CT,

USA; Department of Pediatrics,

Johns Hopkins School of

Medicine, Baltimore, MD, USA

(Prof R H Yolken MD); and

Department of Epidemiology,

School of Public Health, Brown

University, Providence, RI, USA

(Prof S L Buka PhD)

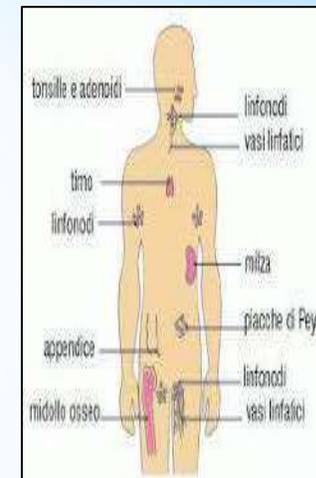
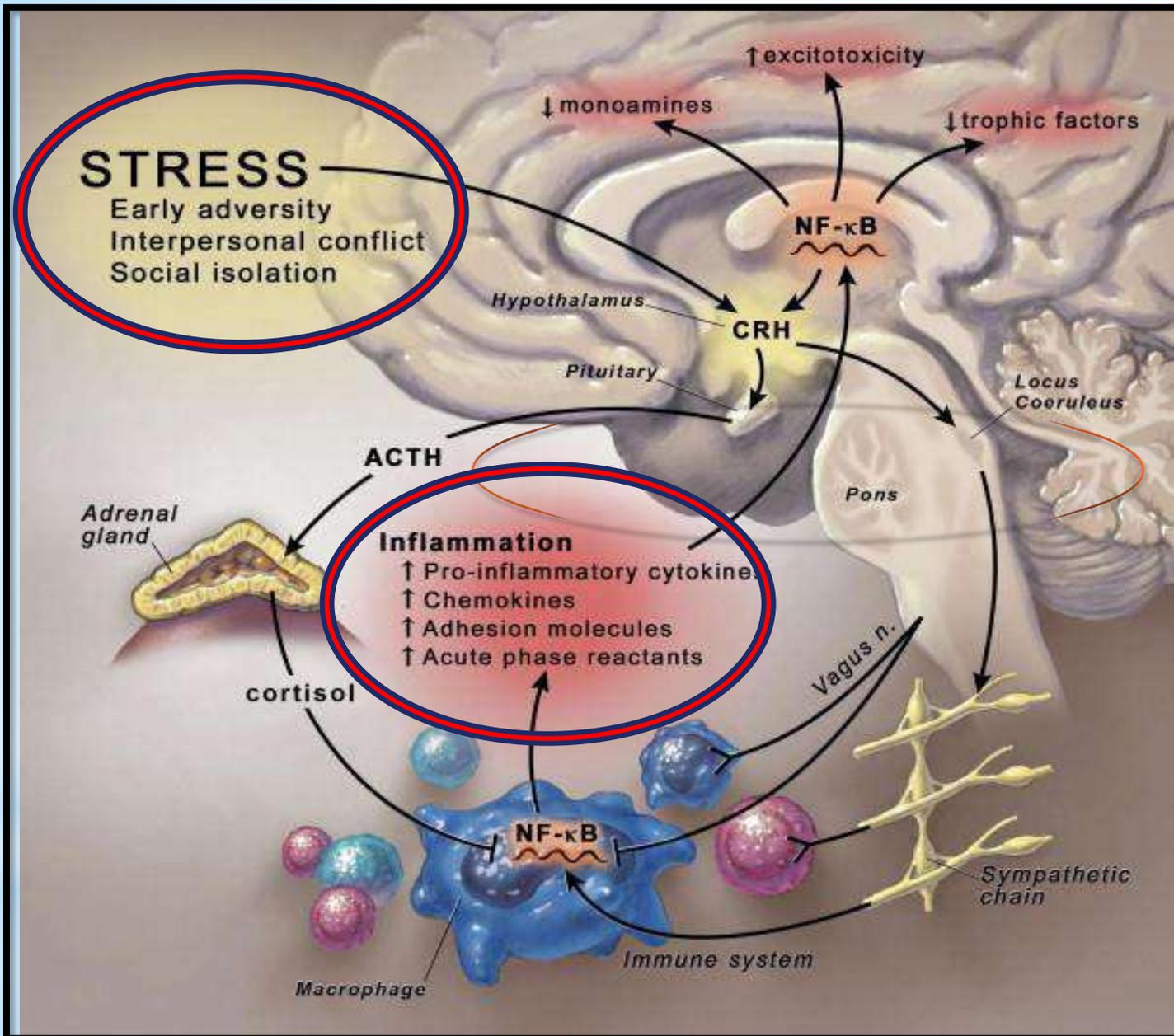
Correspondence to:

Ms Dana Allswede, Department

of Psychology, Yale University,

New Haven, CT 06520, USA

dana.allswede@yale.edu

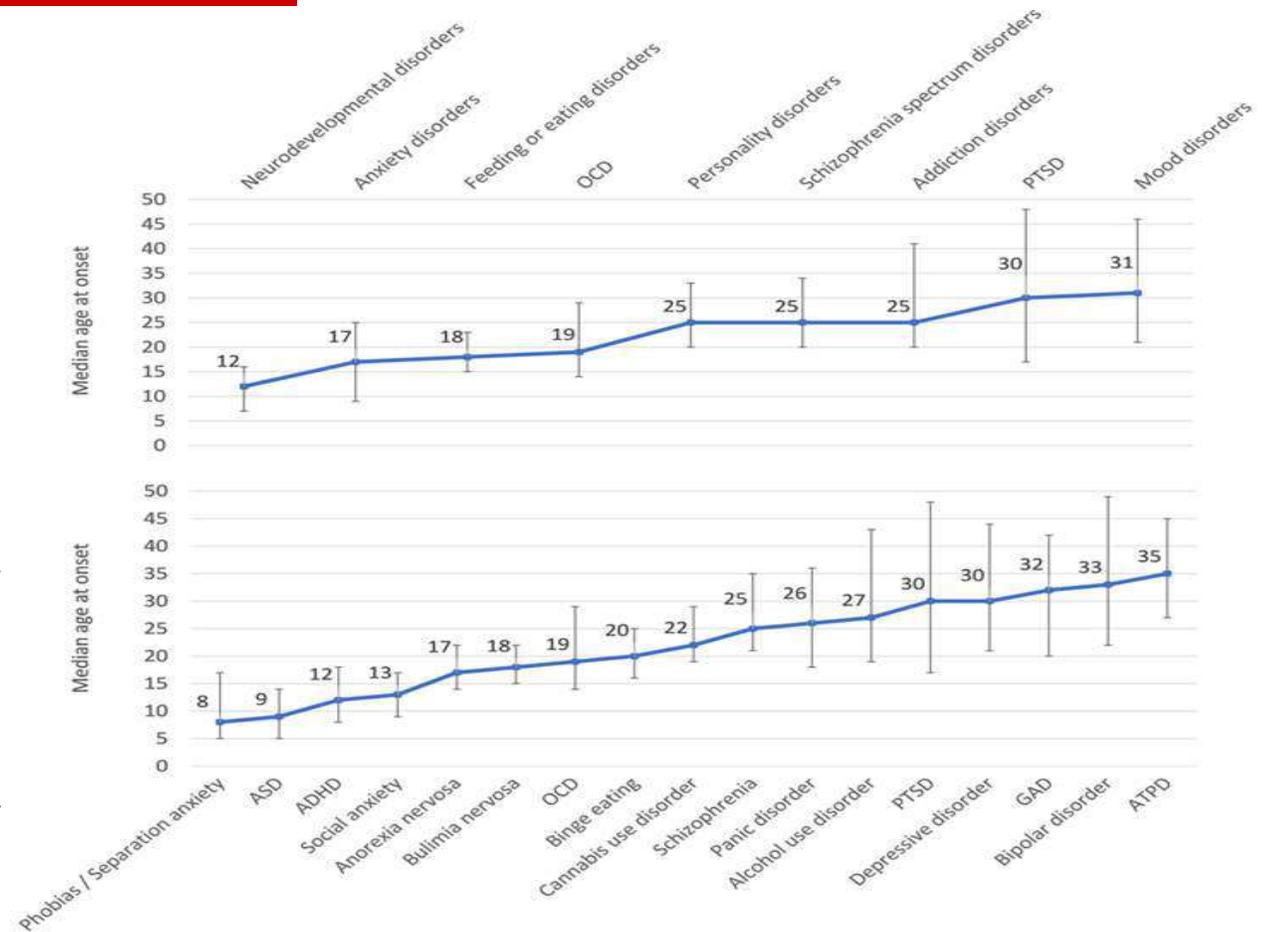


Bullmore E (2018), La mente in fiamme. Un nuovo approccio alla depressione, Boringhieri, Torino 2019

ESORDIO

Age at onset of mental disorders

- Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies worldwide (N=708,561 patients).
- Overall, the proportion of individuals with onset of any mental disorders was **34.6%** before the age of 14, **48.4%** before the age of 18, and **62.5%** before the age of 25.
- Adult mental disorders originate early during the neurodevelopmental phases of life and peak by mid to late adolescence.
- The complex combination of biological and environmental factors during sensitive and critical periods of neurodevelopment determines risk and resilience to later neuropsychiatric illness.



EARLY SIGNS OF SCHIZOPHRENIA AND AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM DYSREGULATION: A LITERATURE REVIEW

Guccione C , Lanza di Scalea G, Ambrosecchia M, Terrone G, Di Cesare G, Ducci G, Schimmenti A, Caretti V (2019), *Clinical Neuropsychiatry*, 16,2, Roma Giovanni Fioriti Editore

Clinical Neuropsychiatry (2019) 16, 2, 86-97

EARLY SIGNS OF SCHIZOPHRENIA AND AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM DYSREGULATION: A LITERATURE REVIEW

Camilla Guccione, Giulia Lanza di Scalea, Marianna Ambrosecchia, Grazia Terrone, Gianluigi Di Cesare, Giuseppe Ducci, Adriano Schimmenti, Vincenzo Caretti

Abstract

Objective: Recent research suggests that early signs of schizophrenia can be detected several years before its onset. Evidence suggests that the identification of at-risk individuals before the psychotic onset can significantly improve the course of the disorder. However, instruments employed for the detection of prodromal symptoms are far from being accurate in the prediction of a future transition to psychosis. The aim of the present review is to summarize literature on the early signs of schizophrenia and to identify physiological markers that may aid the identification of the disorder before psychotic transition.

Method: This critical review includes studies published between 1979 and 2018 that were indexed in major databases with the following keywords: schizophrenia, prodromal phase, basic symptoms, autonomic nervous system, heart rate variability.

Results: The examination of the relevant literature showed that, despite recent progress in the identification of at-risk states, the currently employed instruments do not allow an effective prediction of a future psychotic onset. Also, evidence suggests a significant association between alterations in the autonomic nervous system (ANS) functioning and psychotic disorders. However, literature on the association between ANS functioning and at-risk states for psychosis is still scarce. The addition of physiological risk indicators may represent a step forward in the detection of at-risk individuals.

Conclusions: Overall, the present literature review highlights that a future schizophrenic onset cannot be strongly predicted with current available measures. Given the established correlation between schizophrenia and autonomic dysregulation, an investigation of the ANS functioning in individuals who are at increased risk of developing schizophrenia may be particularly useful to improve the quality of the assessment, to identify at an early stage the dysregulated physiological patterns that have been linked with schizophrenia, and therefore to develop tailored interventions. Accordingly, it is crucial that future research investigates the presence of autonomic deficits in individuals at risk for psychosis.

Key words: schizophrenia, prodromal phase, basic symptoms, autonomic nervous system, heart rate variability

Declaration of interest: none

Camilla Guccione^a, Giulia Lanza di Scalea^a, Marianna Ambrosecchia^b, Grazia Terrone^c, Gianluigi Di Cesare^d, Giuseppe Ducci^e, Adriano Schimmenti^f, Vincenzo Caretti^g

^a Department of Human Sciences, LUMSA University of Rome

^b Department of Medicine and Surgery, Unit of Neuroscience, University of Parma

^c Department of Humanities, Literature, and Cultural Heritage, University of Foggia

^d Department of Mental Health, ASL Rome 1

^e Faculty of Human and Social Sciences, UKE – Kore University of Enna

Corresponding author

Camilla Guccione

Dipartimento di Scienze Umane, Università LUMSA, Piazza delle Vaschette, 101, 00193 Roma.

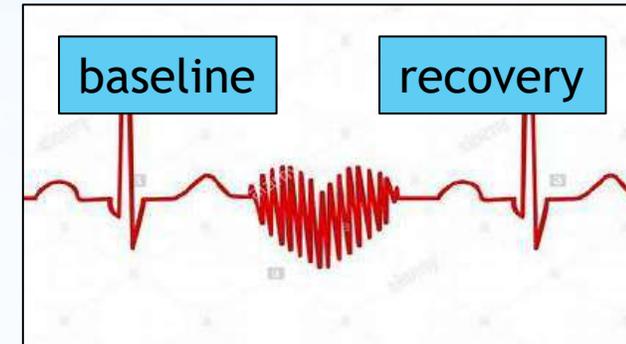
Email: c.guccione@lumsa.it

Introduction

Schizophrenia is a mental disorder characterized by the persistent and invalidating presence of thought, perception, and behavioural symptoms, which result in major consequences for the global functioning of the individual on the cognitive, emotional and social level (Laursen et al. 2015, American Psychological Association 2013).

Schizophrenia often becomes a chronic condition (Belbasis et al. 2017) and its consequences are so negative that it has been considered as the most severe

mental illness (Andreasen 2001). Research reports lifetime prevalence to be around 1%, varying from 0.4% to 1.5% according to the country of residence (Cannon 1996, McGrath et al. 2008, Yung and Nelson 2013). Less than half (20–40%) of patients diagnosed with schizophrenia have been found to show substantial clinical improvement after follow-up averaging 5–6 years (Hafner and der Heiden 2003, Lauronen et al. 2009), although the outcome in developing countries has been reported to be generally more favourable (Hopper 2000). The effects of schizophrenia on society are also considerable: in terms of the global burden of disease and



AUTONOMIC DYSREGULATION



EARLY SIGNS OF SCHIZOPHRENIA

Heart Rate Variability (HRV) and Schizophrenia



Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology[☆]

Theodore P. Beauchaine^{*}, Julian F. Thayer

The Ohio State University, United States

ARTICLE INFO

Article history:
Received 3 October 2014
Received in revised form 1 August 2015
Accepted 3 August 2015
Available online 11 August 2015

Keywords:

RDoC
Mesolimbic
Septo-hippocampal
Prefrontal
BNS
BBS
Bifactor

ABSTRACT

The Research Domain Criteria (RDoC), developed by the National Institute of Mental Health as a neuroscience-informed alternative to traditional psychiatric nosology, is an explicitly dimensional system in which classification of psychopathology is derived inductively (i.e., from basic science), across multiple levels of analysis (e.g., genetic, neural, psychophysiological, and behavioral). Although RDoC is often presented as paradigmatically revolutionary, a review of the history of psychophysiology suggests that roots of RDoC thinking extend at least as far back as the mid-20th Century. In this paper, we briefly and selectively review the historical emergence of neurobiologically-informed dimensional trait models of psychopathology, and we summarize our thinking regarding high frequency heart rate variability (HF-HRV) as a transdiagnostic biomarker of self-regulation and cognitive control. When functional interactions between HF-HRV and systems of behavioral approach and avoidance are considered, diverse patterns of behavioral maladjustment can be subsumed into a single model. This model accommodates the general bifactor structure of psychopathology, and suggests that HF-HRV can be viewed as an autonomic, transdiagnostic biomarker of mental illness.

© 2015 Elsevier B.V. All rights reserved.

1. Introduction

The Research Domain Criteria (RDoC) is an explicitly dimensional system in which classification of psychopathology is derived inductively, across multiple levels of analysis spanning genes to behavior. Fundamental objectives of RDoC are to (1) identify core biological systems that are disrupted in different forms of psychopathology, (2) determine how distinct biological systems interact to confer vulnerability to psychopathology, and (3), identify single biological systems that confer transdiagnostic vulnerability to psychopathology. Although RDoC is often presented as paradigmatically revolutionary, a review of the history of psychophysiology suggests that roots of RDoC thinking extend at least as far back as the mid-20th Century. In this paper, we briefly review the historical emergence of neurobiologically-informed dimensional trait models of psychopathology, which have deep roots in psychophysiology research, and we summarize our thinking regarding high frequency heart rate variability (HF-HRV) as a transdiagnostic biomarker of self-regulation and cognitive control. When functional interactions between HF-HRV and systems of behavioral approach and avoidance are considered, diverse patterns of behavioral maladjustment can be subsumed into a single model. This model is fully consistent with the

[☆] Research reported in this article was supported by National Institute of Mental Health grants MH67192 and MH63699.
^{*} Corresponding author at: Department of Psychology, The Ohio State University, 1835 Neil Avenue, Columbus, OH 43210, United States.
E-mail address: beauchaine.1@osu.edu (T.P. Beauchaine).

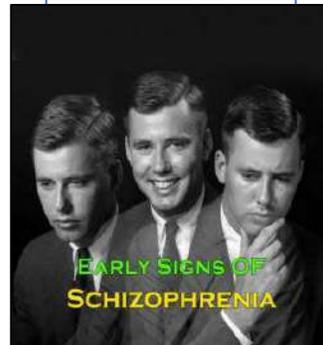
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2015.08.004>
0167-8760/© 2015 Elsevier B.V. All rights reserved.

bifactor structure of psychopathology that has emerged from the behavioral genetics literature. In sections to follow, we (1) describe links between HF-HRV and psychopathology, (2) discuss the importance of transdiagnostic vulnerabilities to psychopathology, (3) define subcortical neural circuits that give rise to behavioral approach and avoidance tendencies, (4) consider how these subcortical circuits interact with cortical networks to confer vulnerability to psychopathology, and (5) present a model that integrates behavioral vulnerabilities with bifactor models of psychopathology.

2. HF-HRV and psychopathology

It has now been about two decades since the first studies emerged in which links between resting HF-HRV and psychological functions—including expression of psychopathology—were described. In general, these early studies, and many that followed, demonstrated that tonic HF-HRV correlates with various positive psychological adjustment outcomes among children, adolescents, and adults, including empathic responding to others who are in distress (Fabes et al., 1993; Liew et al., 2011), social competence (Eisenberg et al., 2008), sustained attention abilities (Suess et al., 1994), executive function (Thayer et al., 2009), temperamental compliance (Huffman et al., 1998), behavior regulation during social challenges (e.g., Hastings et al., 2008a, 2008b), attachment security (Diamond et al., 2012), and positive social interactions with partners (Diamond et al., 2012).

In contrast, abnormally low resting HF-HRV and large reductions in HF-HRV to assorted challenges—particularly emotion evocation—are



Review article

Resting vagal activity in schizophrenia: meta-analysis of heart rate variability as a potential endophenotype

Annika Clamor, Tania M. Lincoln, Julian F. Thayer and Julian Koenig

Background

Cardiac vagal tone, indexed by heart rate variability (HRV), is a proxy for the functional integrity of feedback mechanisms integrating central and peripheral physiology.

Aims

To quantify differences in HRV in individuals with schizophrenia compared with healthy controls.

Method

Databases were systematically searched for studies eligible for inclusion. Random effect meta-analyses of standardised mean differences were calculated for vagal activity indicated by high-frequency HRV and the root mean square of successive R-R interval differences (RMSSD).

Results

Thirty-four studies were included. Significant main effects were found for high-frequency HRV ($P=0.0008$; Hedges'

$g=-0.98$, 95% CI -1.56 to -0.41 , $k=29$) and RMSSD ($P<0.0001$; $g=-0.91$, 95% CI -1.19 to -0.62 , $k=24$), indicating lower vagal activity in individuals with schizophrenia than in healthy controls. Considerable heterogeneity was evident but effects were robust in subsequent sensitivity analyses.

Conclusions

Given the association between low HRV, threat processing, emotion regulation and executive functioning, reduced vagal tone may be an endophenotype for the development of psychotic symptoms.

Declaration of interest

None.

Copyright and usage

© The Royal College of Psychiatrists 2016.

More than three decades ago vulnerability–stress models emphasised that psychotic symptoms stem from an interaction of individual vulnerability and experienced stressors.^{1,2} Since then, research has broadened our understanding of vulnerability, important stressors and possible mechanisms of their interaction to elucidate the development and maintenance of psychotic disorders such as schizophrenia.³ Autonomic dysfunction is emphasised as a core feature of the models linking vulnerability to the everyday experience of stressors, due to an impaired adaptation to environmental challenges.⁴ Indeed, physiological measures that reflect autonomic function may serve as indices of the extent to which an individual is able to flexibly and adaptively regulate emotional, behavioural and physiological responses when facing changing environmental conditions.⁴ Thus, the autonomic nervous system appears a promising target for schizophrenia research.

Both branches of the autonomic nervous system – the sympathetic and the parasympathetic – dually innervate the heart. Parasympathetic vagal activity decelerates the heart rate whereas sympathetic activity accelerates it, not only in response to environmental demands but also in relation to bodily signals such as respiration and the baroreflex. The resulting variability in the heart rate serves as an important marker of autonomic nervous system activity and of functional connectivity in related areas of the brain. The model of neurovisceral integration proposes that the heart rate variability (HRV) serves as a readily available index of central–peripheral neural feedback mechanisms, highlighting cardiac vagal tone as a psychophysiological resource when facing environmental challenges.⁵ Low cardiac vagal activity (resulting in low HRV), for example due to a constant perception of threat, leads to a lack of highly necessary recreational phases.

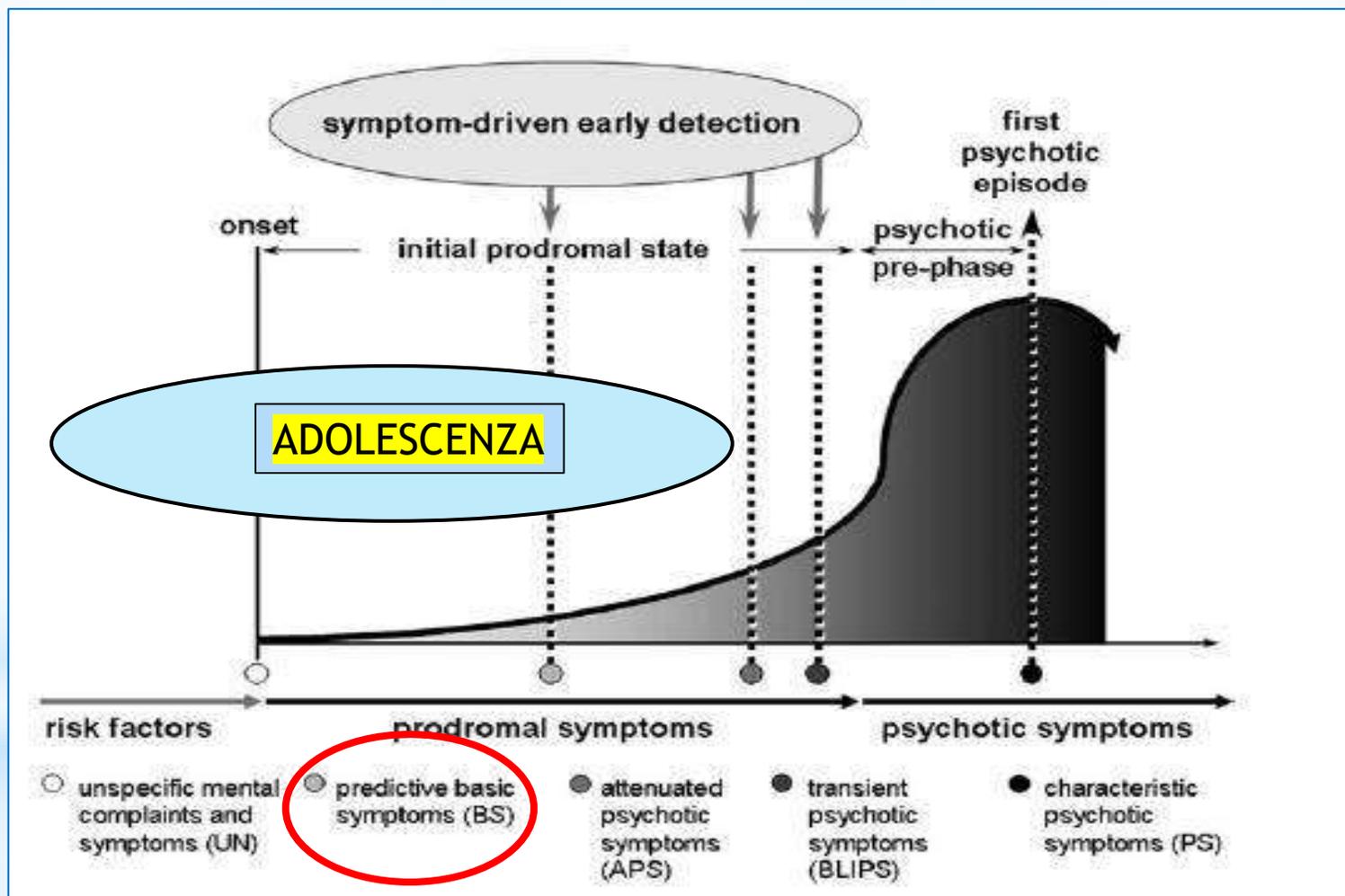
Methodologically the HRV is derived from the inter-beat interval time series, reflecting time intervals between adjacent heartbeats in milliseconds. Numerous methods of operationalising HRV exist but fall broadly into one of the three classes of time

domain, frequency domain and non-linear measures. This meta-analysis considered time and frequency domain measures, as those are most frequently applied and reported most consistently. A precise overview of different measures and underlying mechanisms may be found elsewhere.⁶ Time domain indices are derived directly from the inter-beat interval series and generally measure the variability contained therein. Frequency domain measures are derived through spectral analytic techniques such as fast Fourier transform or autoregressive algorithm applied to the inter-beat interval series. The power spectrum of short-term HRV recordings contains two major components: high frequency (0.15–0.40 Hz) and low frequency (0.01–0.15 Hz). Parasympathetic modulation of the heart rate is fast (milliseconds) whereas sympathetic effects are much slower.⁷ Thus, time and frequency domain measures reflecting these fast changes – the root mean square of successive R-R interval differences (RMSSD) and high-frequency HRV – index vagal parasympathetic activity.

Several commonalities are evident in the research conducted on schizophrenia and HRV and are worth mentioning. First, schizophrenia has been associated with an increased risk of cardiovascular disease as well as cardiac mortality,⁸ and HRV has been found to be a reliable indicator of such risk.⁹ Second, complex executive dysfunctions are reported in individuals with schizophrenia.² HRV is highly relevant for these functions.^{10,11} Third, difficulties in emotion regulation are prominent in schizophrenia,¹² which are also associated with decreased HRV.⁵ Finally, studies that investigated neural factors underlying the development of schizophrenia identified several brain regions that differed in structure or functionality compared with healthy individuals. These regions included different areas of the anterior cingulate cortex and the medial prefrontal cortex,^{13–15} regions in which activity has also been associated with HRV.^{4,10} Reduced HRV could thus provide an endophenotype for schizophrenia,^{16,17} characterised by an increased risk of cardiovascular disease.

LA HRV CI PERMETTE DI CONOSCERE L'EFFETTO E L'AZIONE DEI DUE SISTEMI VAGALE E SIMPATICO E QUALE DEI DEI DUE IN UN DETERMINATO MOMENTO, PREVALE SULL'ALTRO

Basic Symptoms and Ultrahigh Risk Criteria: Symptom Development in the Initial Prodromal State



Frauke Schultze-Lutter^{1,4}, Stephan Ruhrmann⁴,
Julia Berning³, Wolfgang Maier³, and
Joachim Klosterkötter²



I **Sintomi di Base** sono esperienze anomale, **disturbi subclinici**, **percepiti solo dai pazienti**, che riguardano i processi cognitivi e il pensiero, la percezione sensoriale, l'interocezione, le emozioni, la risposta allo stress, l'arousal, il linguaggio e la motricità.

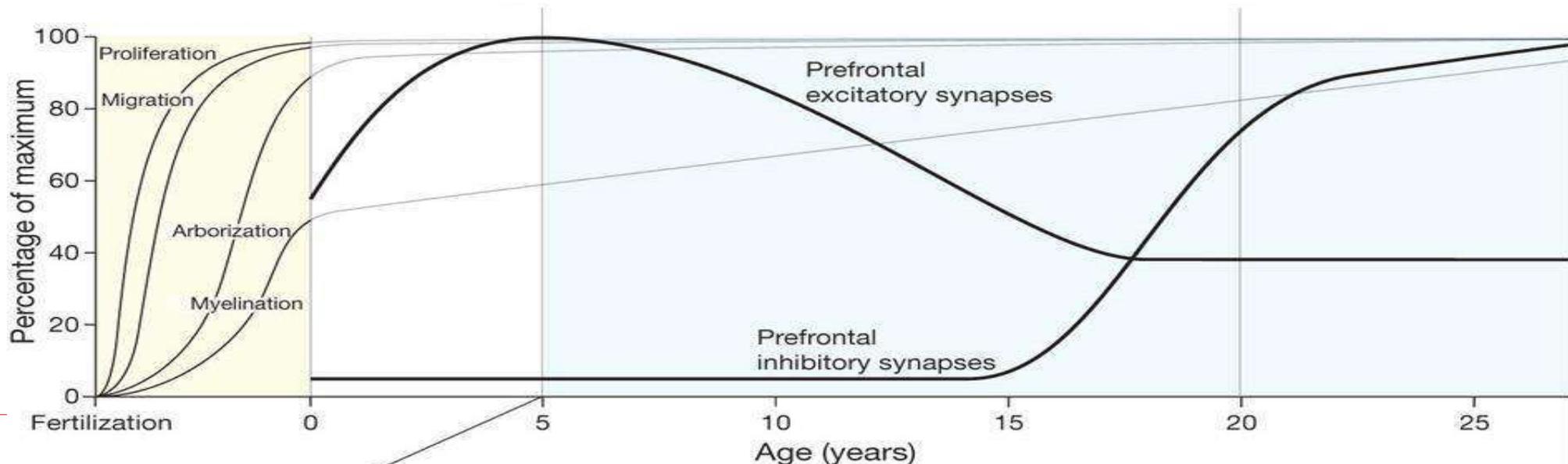
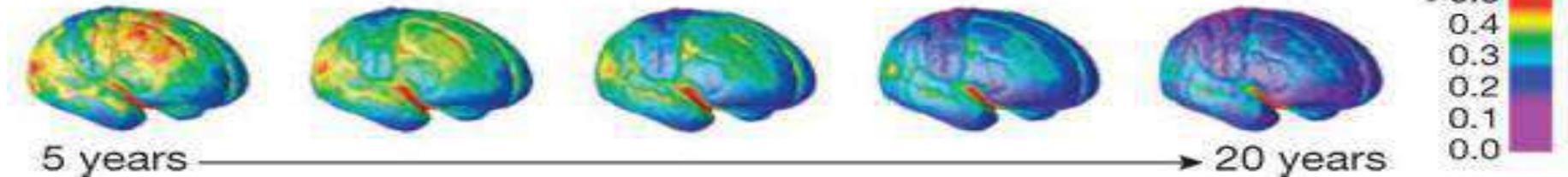


Sensitive periods in neurodevelopment

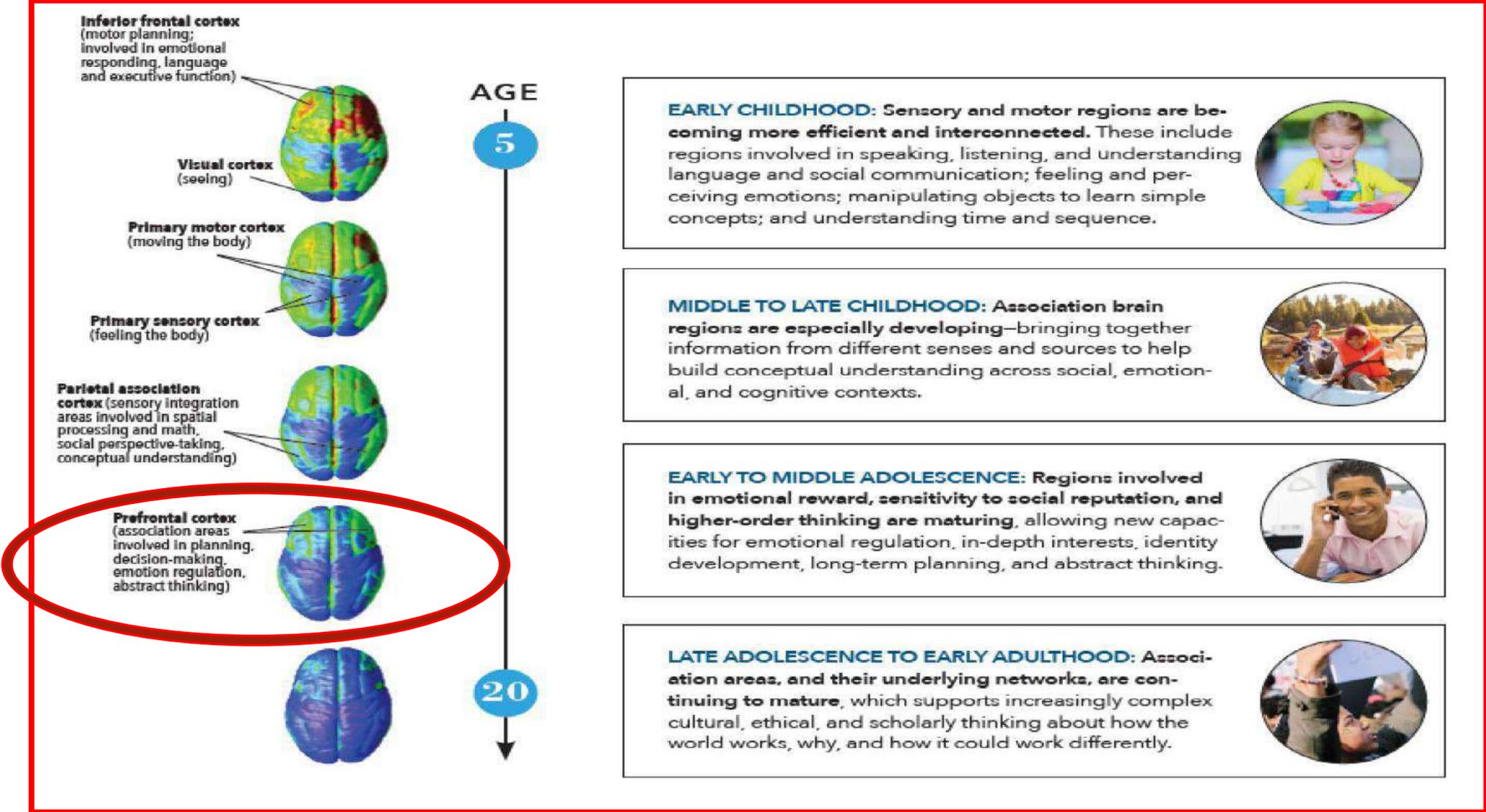


Brain development and pruning

Grey-matter volume changes during normal development

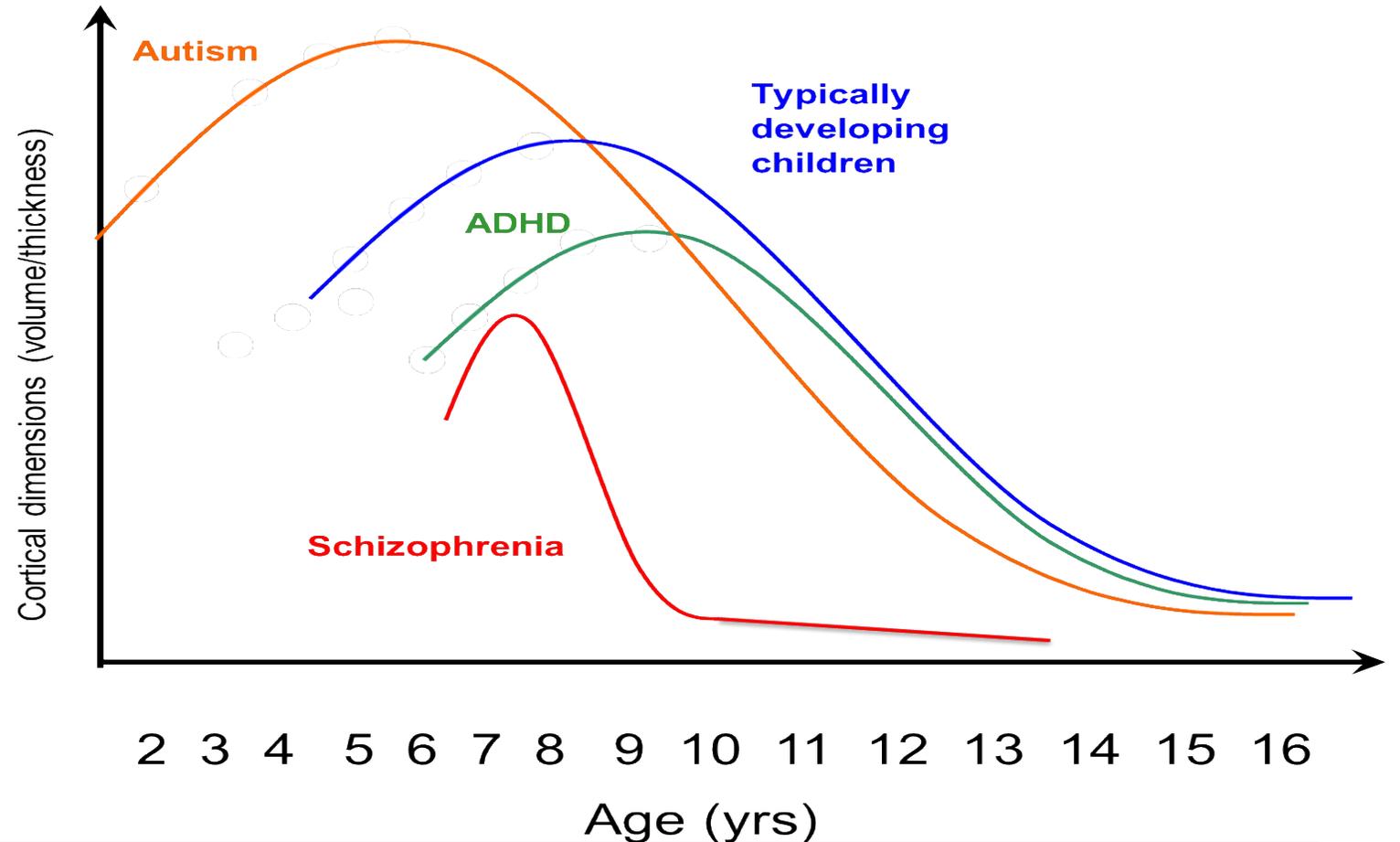


Stages of brain Development and Associated Functions

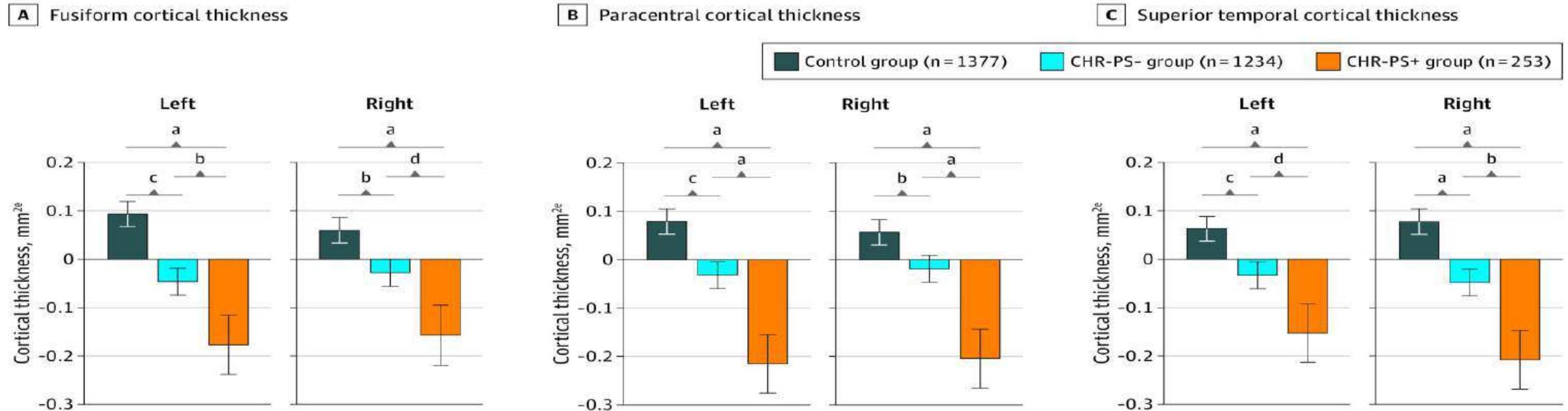


Trajectory disturbances and neuropsychiatric disorders

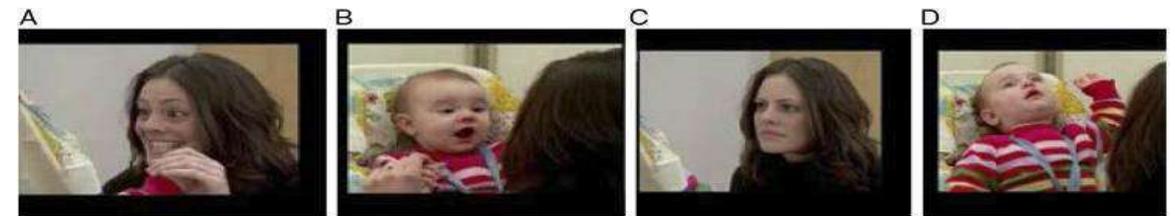
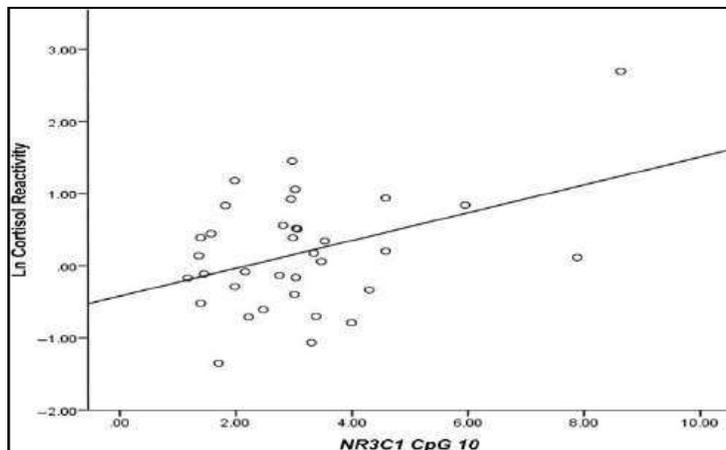
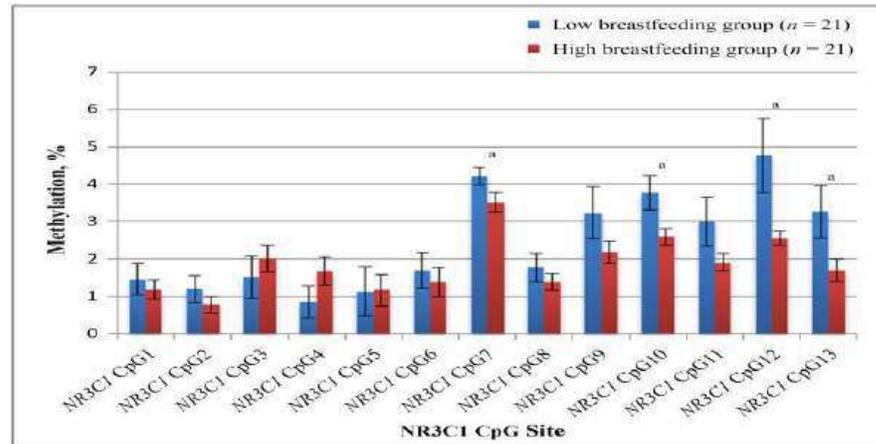
- Schizophrenia: marked increase in the velocity of loss of cerebral gray matter in adolescence.
- Autism: early acceleration of brain growth, with transient cerebral enlargement.
- ADHD: cortical development is delayed (about 2 years) especially in prefrontal cortex.



Cortical Thickness Differences in Clinical High Risk for Psychosis

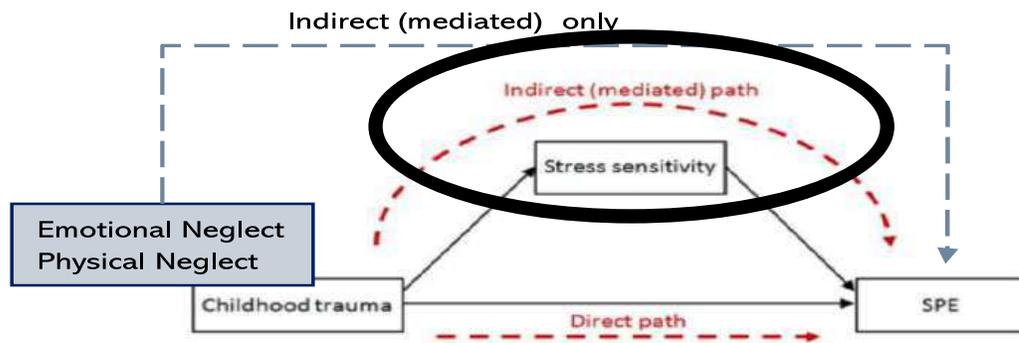
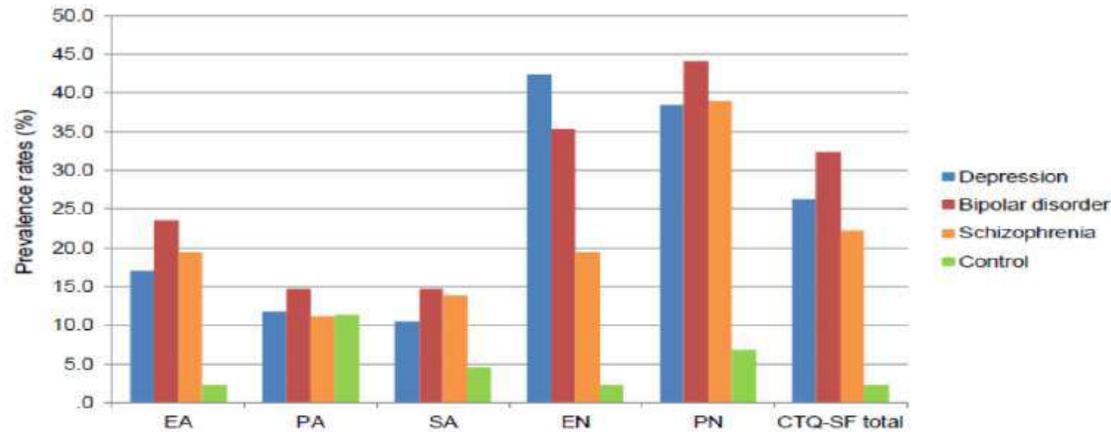


Epigenetic Programming by Maternal Behavior in the Human Infant



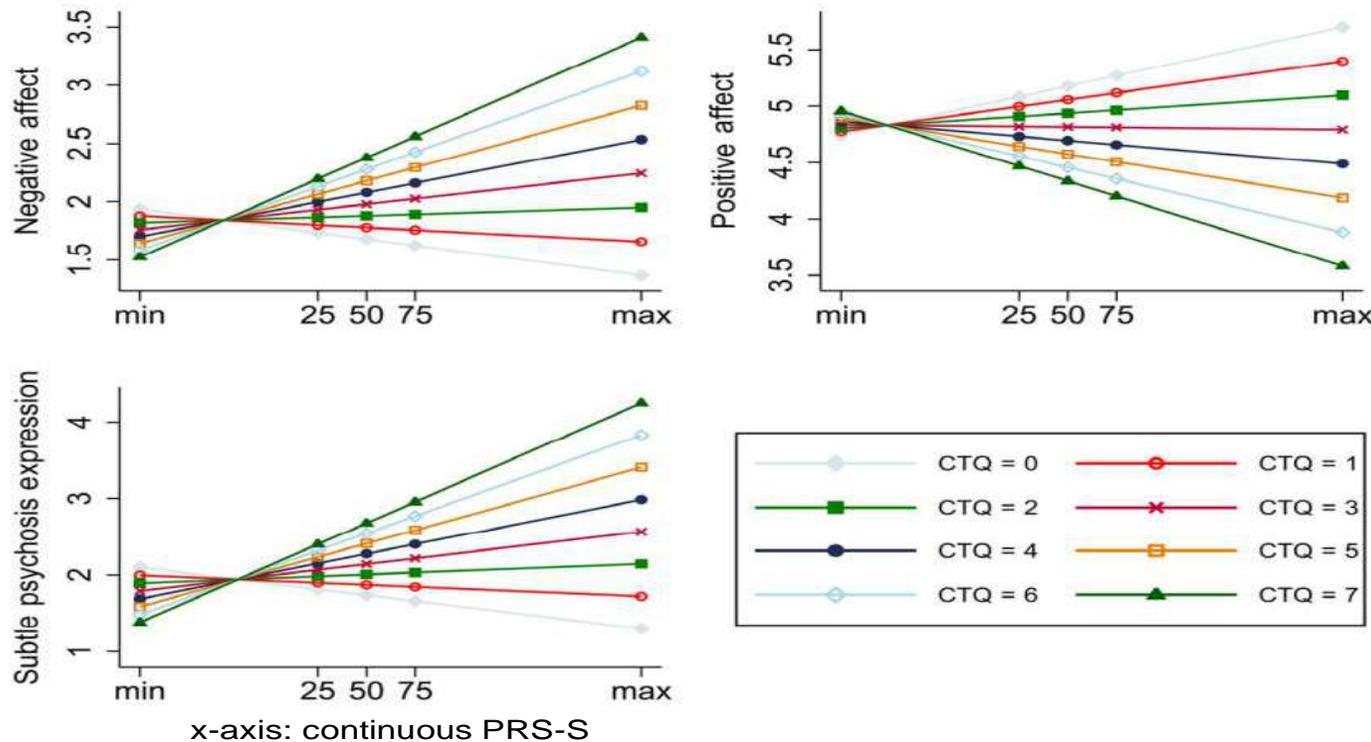
- Breastfeeding (as proxy for high nurturing activity) was associated with decreased DNA methylation of the glucocorticoid receptor promoter and decreased cortisol reactivity in 5-month-old infants.
- Decreased DNA methylation occurred in the promoter region involved in regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal and immune system responses.
- Lower DNA methylation was associated with decreased cortisol reactivity.

Role of traumatic experiences in psychotic symptoms



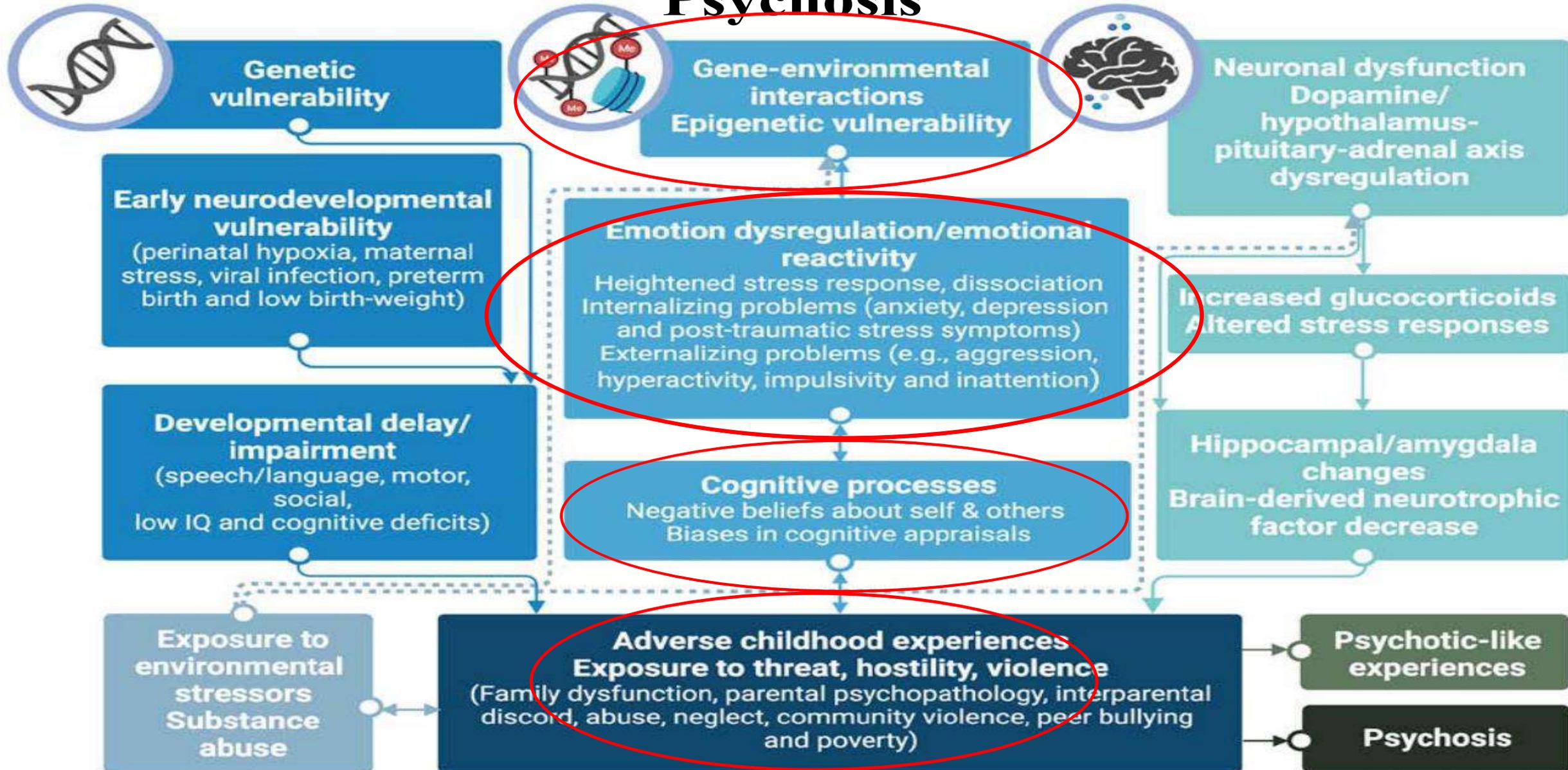
- ❑ Childhood trauma (CT) is frequently observed in psychiatric patients, including CHR and UHR, and correlates with psychotic symptoms, more severe clinical presentations, and worse outcome.
- ❑ CT is associated with endocrine and immuno-inflammatory systems alterations, and with hyper-reactivity of the amygdala to negative emotional stimuli.
- ❑ In large population-based cohort (N=4433), exposure to any trauma up to age 17 years was associated with increased odds of psychotic experiences at age 18 years, with dose-response associations for exposure to multiple trauma types and at multiple age periods.
- ❑ In another population-based study (N=1500), subclinical psychotic experiences (SPE) are affected by CT, mostly through the pathway of a heightened subjective stress appraisal.
- ❑ In particular, the pathways from emotional neglect/abuse and physical neglect to SPE were mediated by stress sensitivity.
- ❑ Emotional neglect mediates mental illness by affecting resilience.

Polygenic liability for schizophrenia and childhood adversity influences daily-life emotion dysregulation and psychosis proneness



- General population cohort including 593 adolescents and young adults
- Polygenic risk score for Schizophrenia (PRS-S) assessment
- Early-life stressors influence momentary mental state domains (negative affect, positive affect, and subtle psychosis expression).
- PRS-S moderates the association between early-life stressors and momentary mental state domains as well as stress-sensitivity measures.
- **Exposure to childhood adversities, especially in individuals with high molecular genetic risk for schizophrenia, is linked to emotion dysregulation and psychosis proneness.**

Links between Trauma, Emotion Regulation, and Psychosis



Tecniche e Fasi

**PSICOTERAPIA
INTEGRATA
DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA
E PSICOSOMATICA**

1

REGOLAZIONE EMOTIVA
REGOLAZIONE AUTONOMICA
DEL TERAPEUTA

2

IL **CONTRATTO**
TERAPEUTICO
DEFINIRE GLI
OBIETTIVI DELLA
PSICOTERAPIA

D

LAVORARE SULLE **FANTASIE**
PROCESSI IMMAGINATIVI
I SOGNI

con lo scopo di mentalizzare
emozioni/sensazioni e contenere le
ANGOSCE DI FRAMMENTAZIONE

Reazione Terapeutica Negativa

B

LAVORARE SULLE
MEMORIE TRAUMATICHE
(emozioni e sensazioni)
E SULLA LORO RIPETIZIONE
NEL PRESENTE
(**COAZIONE A RIPETERE**)

E

LAVORARE SUGLI
STATI PSICO-SOMATICI DISSOCIATI
NELL'INGAGGIO SOCIALE

a favore del cambiamento/trasformazione nelle
rappresentazioni di sé e degli altri,
nella riparazione dei conflitti,
nella riattivazione del sistema
di attaccamento/**INTIMACY**

A

LAVORARE SULLA
REGOLAZIONE
delle **emozioni** e delle **sensazioni**
negative croniche e persistenti
e sulle **emozioni** e **sensazioni**
positive dissociate

C

LAVORARE SUL
SABOTATORE INTERNO
E SUGLI STATI DI
TENSIONE CORPOREA DI
ATTACCO/FUGA/IMMOBILIZZAZIONE
(**ATTACCO AL LEGAME**)
DISATTIVAZIONE DEL
SISTEMA DI ATTACCAMENTO
DISSOCIAZIONE DELL'INTIMACY

F

IMPLEMENTARE
ESERCIZI NEURALI
PSICOSOMATICI (**FOCUSING**)
al servizio dell'**AGENCY**,
della **sicurezza**, del **rilassamento**
e del **piacere** nell'**ingaggio sociale**
e nell'**INTIMACY**

TARGETS OF THE INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY FOR EMOTIONAL AND PSYCHOSOMATIC REGULATION

AUTONOMIA + RIATTIVAZIONE DI UN SISTEMA DI ATTACCAMENTO SICURO

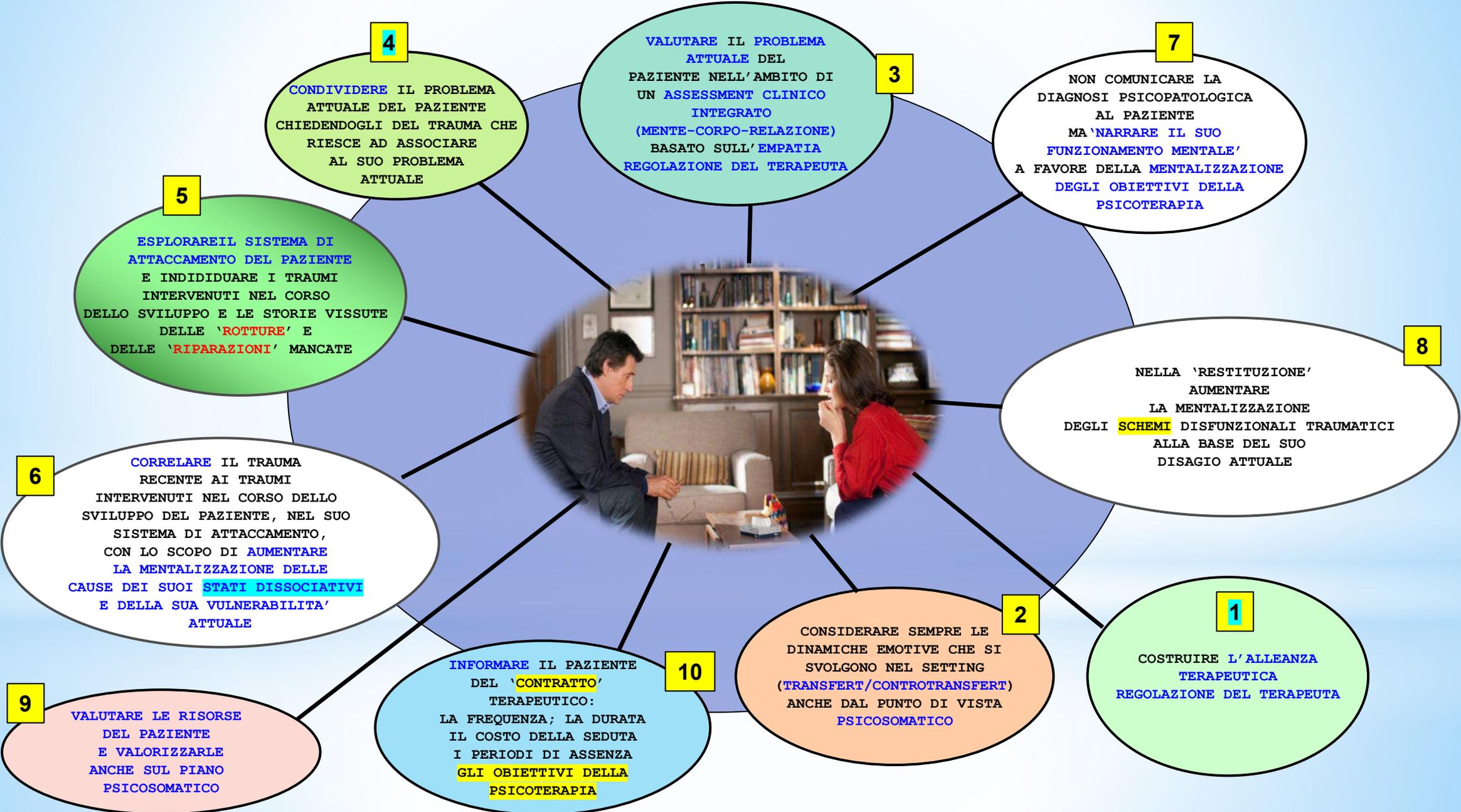
Self Awareness (auto-consapevolezza, insight) - the ability to recognise emotions and body sensations and their impact on self and others

Self-management (auto-autoregolazione, regolazione delle emozioni e degli stati corporei associati)- the ability to regulate emotions and body states to adapt to changing circumstances and improve your well-being both when you are with yourself and in relationships with others

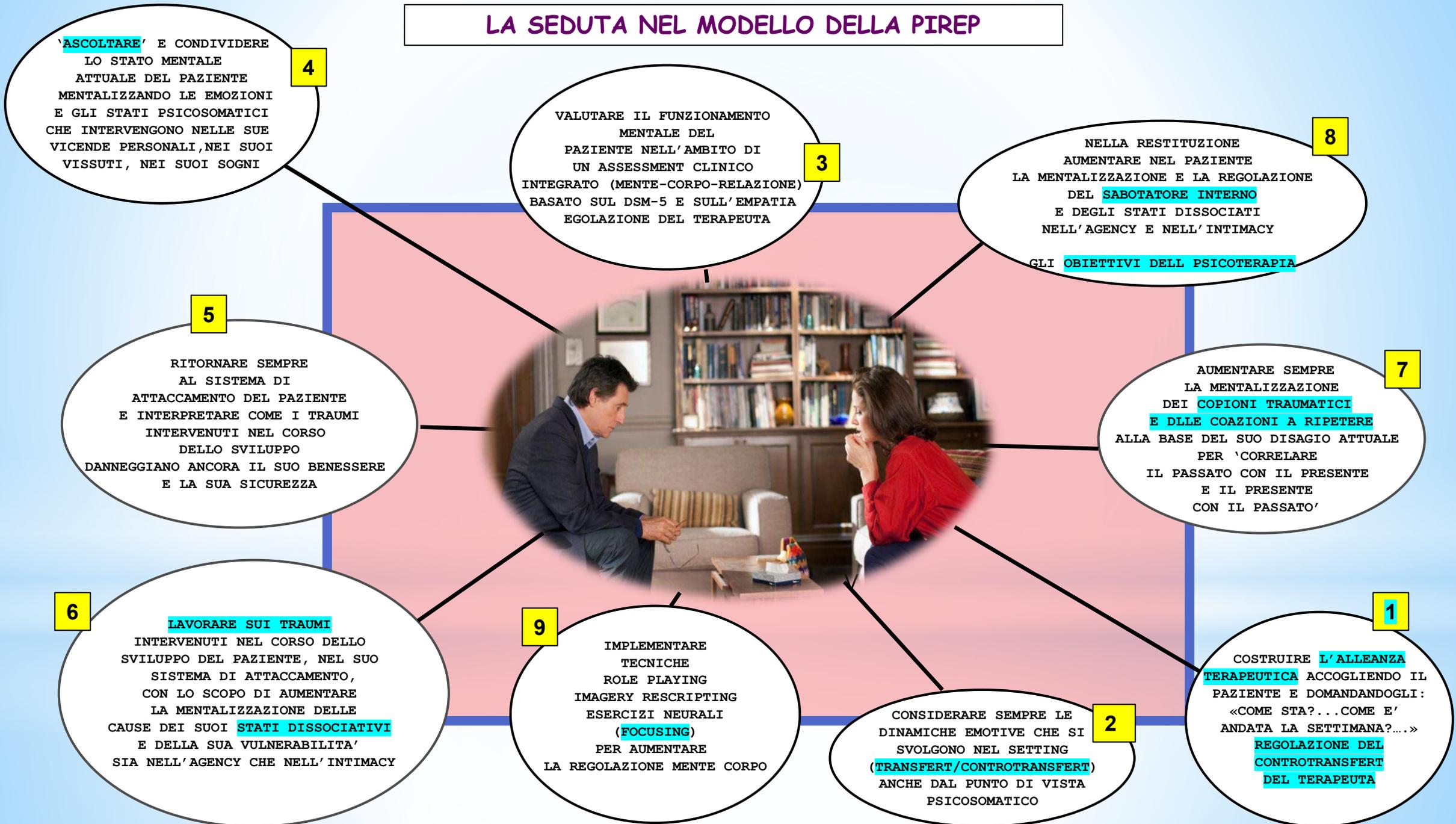
Social Awareness (consapevolezza delle proprie e della emozioni altrui al servizio dell'adattamento e della sicurezza nelle relazioni interpersonali) - the ability to sense, understand, react to others emotions and feel comfortable and safe socially

Relationship management (mentalizzazione di nuove competenze interpersonali al servizio della connessione con gli altri (empatia) e della capacità di riparare le rotture relazionali e di fronteggiare i conflitti interpersonali) the ability to inspire, influence and connect to others and manage conflict

IL PRIMO COLLOQUIO NELLA PIREP



LA SEDUTA NEL MODELLO DELLA PIREP



LA PIREP IN ADOLESCENZA



6

INCENTIVARE L'AUTONOMIA EMOTIVA E PSICOSOMATICA DEL PAZIENTE ADOLESCENTE PARTENDO DALLE SUE RISORSE PER REGOLARE LE EMOZIONI E PER REGOLARE GLI IMPULSI

7

INCENTIVARE LA REGOLAZIONE DELLA COPPIA GENITORIALE PARTENDO DALLE DINAMICHE FAMILIARI E DALLE RISORSE DI CIASCUNO DEI GENITORI

INTERVENTO SULLA FAMIGLIA

8

MENTALIZZARE E REGOLARE LA VULNERABILITA' AI CONFLITTI E ALLE «**ROTTURE RELAZIONALI**»
MENTALIZZARE GLI **STATI MENTALI DISSOCIATI**
AUMENTARE LA **SICUREZZA**
SIA NELL'AGENCY CHE NELL'INTIMACY

VALUTARE IL FUNZIONAMENTO PAZIENTE ADOLESCENTE E LA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DI UN ASSESSMENT CLINICO INTEGRATO BASATO SUL DSM-5 E SULL'EMPATIA

3

4

NON COMUNICARE LA DIAGNOSI AL PAZIENTE NE' ALLA SUA FAMIGLIA
MA 'NARRARE IL FUNZIONAMENTO MENTALE' A FAVORE DELLA **MENTALIZZAZIONE/REGOLAZIONE** DEGLI **OBIETTIVI DELLA PSICOTERAPIA**

5

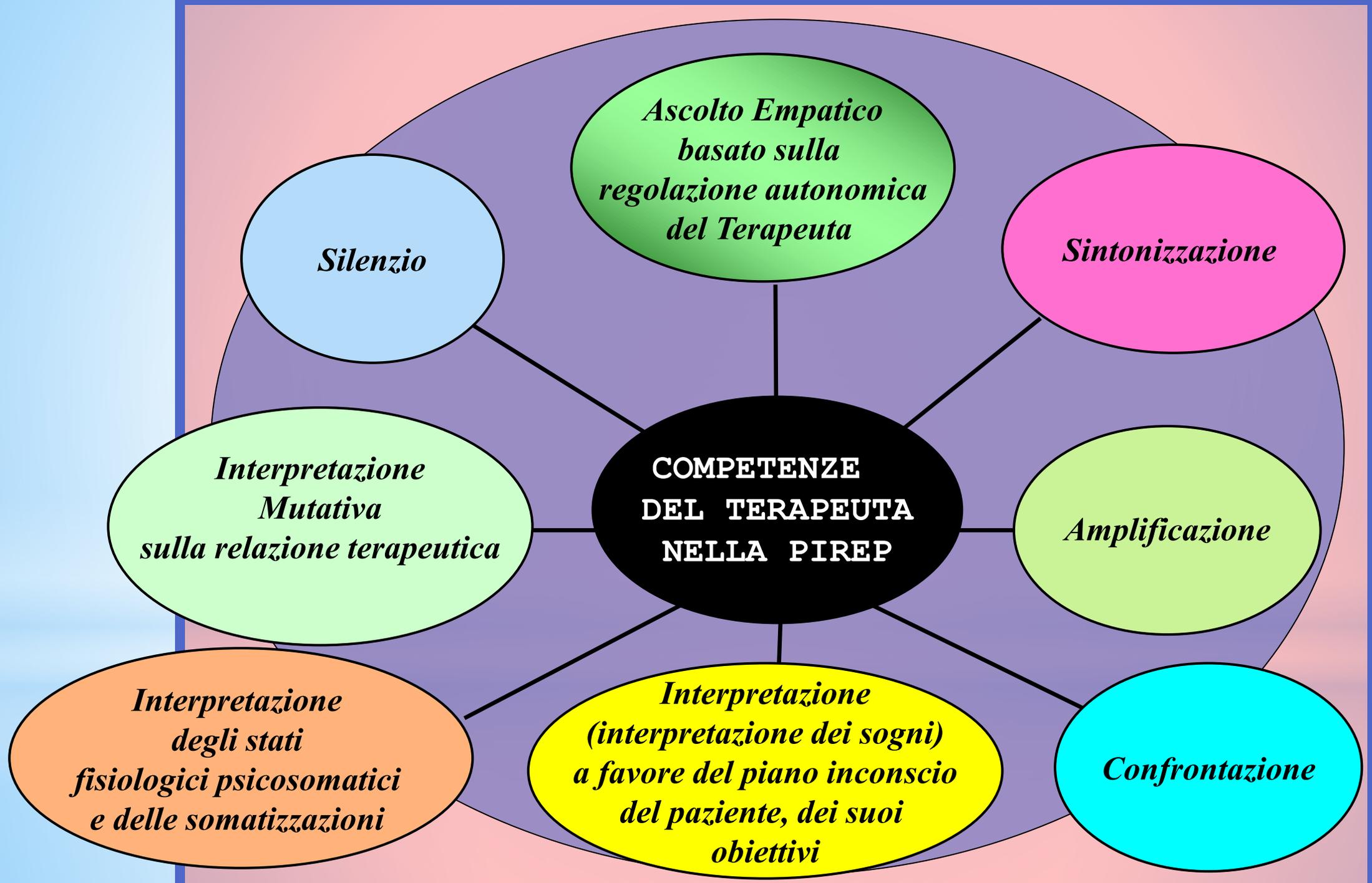
NON COLPEVOLIZZARE NE' L'ADOLESCENTE NE' LA SUA FAMIGLIA
MA SOSTENERE L'AGENCY E L'INTIMACY
LA REGOLAZIONE MENTE/CORPO
GLI OBIETTIVI DELLA PSICOTERAPIA

2

CONSIDERARE SEMPRE LE DINAMICHE EMOTIVE E PSICOSOMATICHE CHE SI SVOLGONO NEL SETTING
(**TRANSFERT/CONTROTRANSFERT**)

1

COSTRUIRE L'ALLEANZA TERAPEUTICA CON L'ADOLESCENTE E LA SUA FAMIGLIA
REGOLAZIONE DEL TERAPEUTA



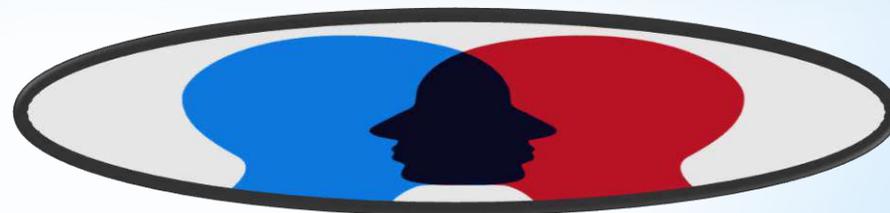
Tecniche della psicoterapia integrata

- 1) **Ascolto**: è la capacità di *ascoltare empaticamente* il disagio del paziente fin dal primo colloquio, è la base dell'alleanza terapeutica attraverso cui è possibile la comprensione della domanda di psicoterapia.
- 2) **Sintonizzazione**: è la capacità di *sintonizzarsi* (*attunement*) sul conflitto attuale del paziente e sulle sue origini, sul sintomo e sulla valenza simbolica del sintomo, sulle esperienze traumatiche e sui pattern relazionali del paziente, così come lui li sperimenta anche nella relazione con il terapeuta.
- 3) **Chiarificazione**: l'uso della chiarificazione permette l'approfondimento e la comprensione di quei temi che appaiono vaghi, irrisolti, confusi o incoerenti nel racconto paziente, per raccogliere il maggior numero d'informazioni su di lui, per aiutarlo a riconoscere le modalità inconsce del suo funzionamento e la loro evoluzione nell'ambito del suo ambiente di sviluppo, con lo scopo di incentivare il processo di mentalizzazione dei suoi processi psichici e psicosomatici.

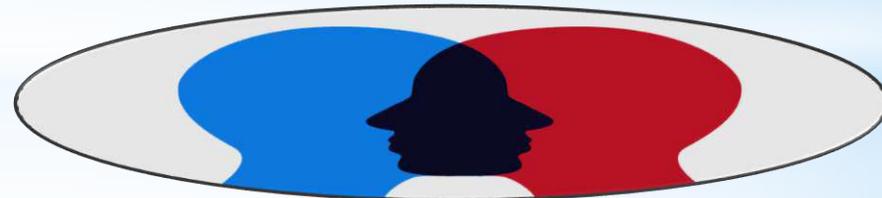
- * 4) **Confrontazione**: attraverso questa tecnica vengono valutati due o più elementi propri dell'esperienza del paziente in conflitto tra di loro, che si presentano contemporaneamente e che risultano tra loro contrastanti, sia nella narrazione, sia nell'espressione verbale, sia nel comportamento, sia a livello onirico. Questi elementi conflittuali consci e inconsci vengono considerati con il paziente al fine di renderlo consapevole delle motivazioni del suo disagio, con lo scopo di attivare in lui un nuovo processo di significazione e di integrazione del suo mondo interno e del suo rapporto con la realtà esterna.
- * 5) **Interpretazione**: l'interpretazione è un processo basato sul ragionamento clinico e sulla sintonizzazione empatica che ha lo scopo di **creare un ponte tra il conscio e l'inconscio del paziente** al fine di incentivare il pensiero simbolico, la mentalizzazione dei conflitti e le migliori strategie volte al cambiamento e all'individuazione. L'interpretazione è una **sintesi narrativa sempre orientata al piano inconscio del paziente e agli obiettivi della psicoterapia** che lo psicoterapeuta formula al paziente al fine di promuovere una diversa conoscenza di sé che favorisce le trasformazioni volte all'insight e a nuove forme di Agency e di Intimacy.



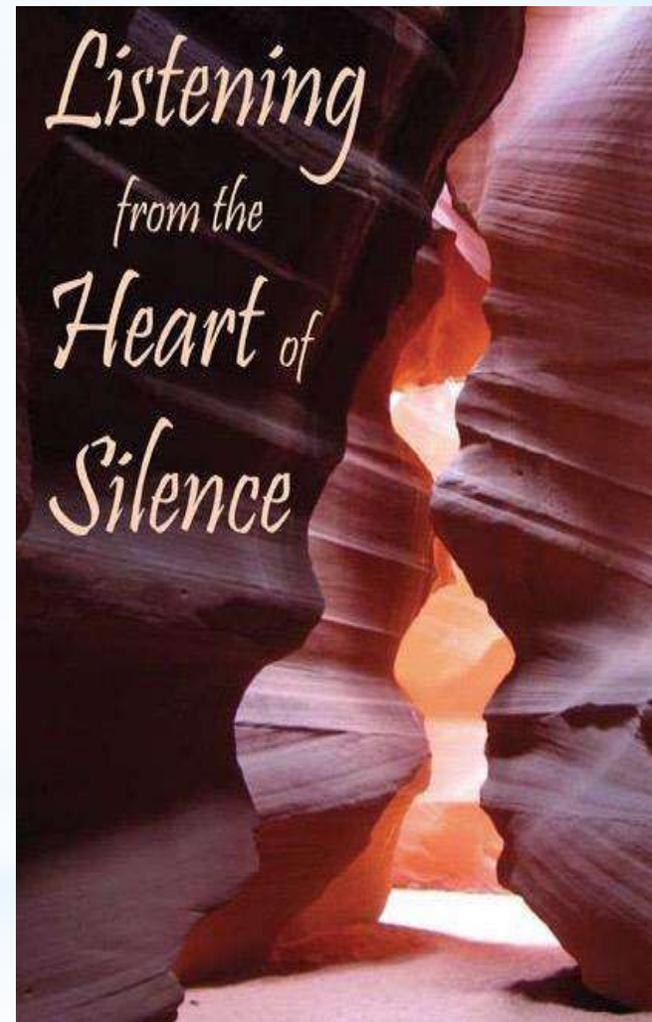
* 6) **Interpretazione psicosomatica** degli stati fisiologici psicosomatici e delle somatizzazioni. Traumi relazionali e dinamiche disfunzionali nell'attaccamento precoce condizionano la comunicazione non verbale del paziente e viene riattualizzata nel setting. La comunicazione implicita, non-conscia (che si esprime **nei gesti**, nella **posizione**, nella **postura**, nella **prosodia**, nel **timbro vocale**, nei **movimenti oculari**, nelle **espressioni facciali** e negli **schemi di movimento individuali**) costituiscono **l'esperienza sensoriale** di ogni relazione. I comportamenti non verbali basati sul corpo servono a regolare le emozioni e sono fondamentali per la trasmissione delle informazioni. L'interpretazione psicosomatica promuove nel paziente la consapevolezza e **la simbolizzazione della relazione mente-corpo** a favore della regolazione e del controllo delle emozioni e degli impulsi, compresi gli stati fisiologici e somatici a essi correlati. Essa ha lo scopo di rendere consapevole il paziente di come gli *stati di tensione* derivanti dall'attivazione delle memorie traumatiche non mentalizzate e dall'**hyper-hypo-arousal** psicofisiologico, aumentano la sua vulnerabilità psicosomatica allo stress, diminuiscono la sua resilienza e costituiscono un fattore di rischio per le somatizzazioni, i disturbi funzionali e l'esordio delle malattie (Taylor, 1987, 1997; Porges, 2011).



* 7) **Interpretazione mutativa**: è l'interpretazione che avviene nel campo bipersonale (Strachey, 1934; Baranger, 1961) del setting psicoterapeutico, basata sulla valutazione competente delle dinamiche del transfert e del controtransfert e che, proprio perché avviene nella relazione con il terapeuta, **mette il paziente nella condizione di trasformare i suoi affetti nel momento presente della seduta**, sperimentando nuove emozioni/sensazioni nelle rappresentazioni di sé e degli altri. L'interpretazione è mutativa difatti quando può essere **sentita emotivamente** da entrambi i partner del processo psicoterapeutico, ed è pertanto sensibile dei livelli di regressione e di maturazione che il paziente realizza di seduta in seduta: si tratta di quell'interpretazione che produce dei cambiamenti maturativi all'interno della relazione terapeutica. Il valore mutativo e trasformativo dell'interpretazione sta nella sua natura interpersonale che contribuisce a trasformare i pattern relazionali disfunzionali del paziente, consentendogli l'integrazione simbolica tra il contenuto proiettato e la motivazione inconscia della proiezione, nel setting, e quindi **il ritiro della proiezione a favore del cambiamento**.



8) **Silenzio**: Il silenzio viene utilizzato dal terapeuta essenzialmente con una duplice finalità: come **ascolto** delle dinamiche che intervengono nel setting, che da spazio al paziente, e come **risonanza emotiva non verbale** dello scenario terapeutico interpersonale. L'uso del silenzio, come momento d'intensa e intima condivisione umana, è il cuore della psicoterapia che costruisce l'intersoggettività, fin dal primo colloquio.



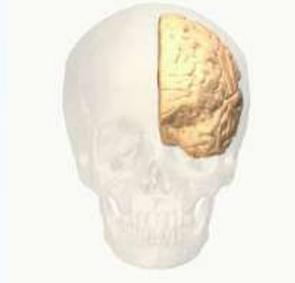
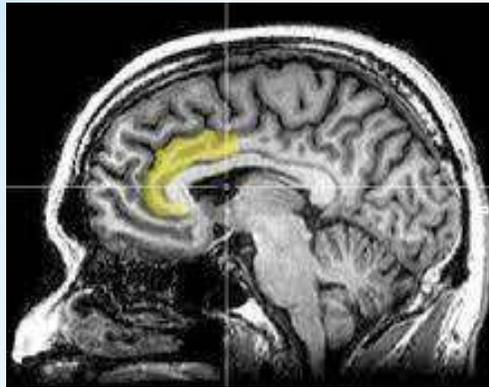
Fasi della Psicoterapia integrata della regolazione emotiva e psicosomatica

Il processo terapeutico della *psicoterapia della regolazione emotiva e psicosomatica* si può idealmente articolare in **tre differenti fasi**, dove le prime due si sovrappongono e si alternano nelle progressioni e nelle regressioni che intervengono nel processo terapeutico, fino alla sua conclusione:

* **1° fase** (*autonomizzazione del paziente e miglioramento del suo benessere generale*). E' la fase iniziale del trattamento: dell'assessment, della formulazione del contratto terapeutico e della costruzione dell'alleanza terapeutica; della definizione e della condivisione degli obiettivi terapeutici, della comparsa del transfert e del controtransfert. E' la fase della rielaborazione narrativa dei traumi passati non mentalizzati e di come questi si riproducono in schemi comportamentali disfunzionali attuali nelle dinamiche della coazione a ripetere. E' la fase dei sogni che riproducono le emozioni di base disregolate del paziente e dell'aumento della sua consapevolezza corporea delle sensazioni di attacco-fuga-immobilizzazione sia quando si ritrova con se stesso sia nelle sue relazioni interpersonali. E' la fase della progressiva autonomizzazione del paziente e del suo miglioramento relazionale e psicosomatico attraverso l'aumento della mentalizzazione che avviene nell'ambito della relazione terapeutica.

* **2° fase** (*progressioni e regressioni del paziente e della relazione terapeutica; l'emergere del sabotatore interno e la reazione terapeutica negativa*). E' la fase intermedia del trattamento, delle **progressioni** e delle **regressioni** nella regolazione emotiva e psicosomatica del paziente che intervengono nei processi di cambiamento, di riattivazione e di ristrutturazione del suo sistema relazionale di ingaggio sociale di intimacy, nei sogni di frammentazione, di attacco e di fuga, negli attacchi al legame e nell'angoscia della dipendenza dagli altri, dal mondo esterno e dal proprio corpo. E' la fase delle rotture e delle riparazioni dell'alleanza terapeutica, delle reazioni terapeutiche negative alimentate dal sabotatore interno che distorce o distrugge i processi di cambiamento del paziente. (Fairbairn, 1970; Bion, 1962; Seinfeld, 1990; Mollon, 2005).

* **3° fase** (*conclusione della psicoterapia e cambiamento del paziente*). E' la fase finale del trattamento o dell'eventuale interruzione del trattamento, in cui si affrontano i temi della fine della terapia, dell'interruzione unilaterale della terapia o della compiuta conclusione della terapia e della separazione finale. E' la fase in cui la relazione terapeutica finisce e si trasforma nell'esperienza soggettiva del paziente e del terapeuta, in cui si condividono verbalmente gli obiettivi raggiunti nella regolazione emotiva, psicosomatica e relazionale del paziente, le motivazioni e le fantasie finali con lo scopo di dare un senso e una cornice al lavoro svolto, indipendentemente da come la terapia si conclude, anche nel caso in cui venga interrotta dal paziente.



La **volontà di perseverare** e cingolato anteriore mediale

Neuron Case Study

Cell
PRESS

The Will to Persevere Induced by Electrical Stimulation of the Human Cingulate Gyrus

Josef Parvizi,^{1,*} Vinitha Rangarajan,¹ William R. Shirer,² Nikita Desai,¹ and Michael D. Greicius²

¹Laboratory of Behavioral and Cognitive Neurology (LBCN), Stanford Human Intracranial Cognitive Electrophysiology Program (SHICEP)

²Functional Imaging in Neuropsychiatric Disorders (FIND) Lab

Department of Neurology & Neurological Sciences, Stanford University, Stanford, CA 94305, USA

*Correspondence: jparvizi@stanford.edu

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2013.10.057>

SUMMARY

Anterior cingulate cortex (ACC) is known to be involved in functions such as emotion, pain, and cognitive control. While studies in humans and nonhuman mammals have advanced our understanding of ACC function, the subjective correlates of ACC activity have remained largely unexplored. In the current study, we show that electrical charge delivery in the anterior midcingulate cortex (aMCC) elicits autonomic changes and the expectation of an imminent challenge coupled with a determined attitude to overcome it. Seed-based, resting-state connectivity analysis revealed that the site of stimulation in both patients was at the core of a large-scale distributed network linking aMCC to the frontoinsula and frontopolar as well as some subcortical regions. This report provides compelling, first-person accounts of electrical stimulation of this brain network and suggests its possible involvement in psychopathological conditions that are characterized by a reduced capacity to endure psychological or physical distress.

INTRODUCTION

The greatest of life's challenges leave us mired in "a sea of troubles," battered by the "slings and arrows of outrageous fortune" (Shakespeare, 1603). It is at such moments that an individual's will to persevere is put to the test. While some are able to marshal the necessary physical and psychological resources in the face of challenges, others have a pathologically lowered motivation and mental strength for enduring physical or psychological pain. Understanding the structure and physiology of the brain networks mediating attributes, such as the resolve to overcome upcoming challenges, will create new diagnostic and therapeutic frontiers for disorders such as depression and chronic pain that are characterized, in part, by reduced motivation, endurance, and perseverance.

Two lines of evidence suggest that the anterior cingulate cortex (ACC) and a set of connected regions might be the key network in this context. First, studies in humans and nonhuman mammals suggest that the ACC (including its midcingulate

region) is essential for initiating changes in behavior, making associations between reward and action, determining the action necessary to obtain a goal, and synthesizing information about reinforcers ranging from pain and threatening consequences to aversive cues and negative feedback (Carter et al., 1999; Devinsky et al., 1995; Hayden et al., 2009; Rushworth et al., 2011; Shackman et al., 2011; Shenkar et al., 2013; Vogt and Silkes, 2000). Second, the ACC is anatomically well situated for such functions. For instance, anatomical tracing studies in nonhuman primates, as well as tractography and functional connectivity studies in humans, have suggested strong anatomical and functional connectivity between the ACC and brain structures known to be important for pain, pleasure, emotion, and decision making (for original references see Seeley et al., 2007; Van Hoesen et al., 1996; Vogt et al., 2004).

While lesion studies in humans have shown that the ACC is important for decision making and emotional processing, the anatomical imprecision of this approach can be problematic. It is often unclear the extent to which the cognitive and behavioral deficits in these patients are due to the compromise of the ACC itself rather than the adjacent cortical gray and white matter tissue frequently included in the lesion. In addition, subjective correlates of ACC activity have been methodologically difficult to assess given its hidden position deep within the mesial surface of the brain.

In the current multimodal study, we provide detailed, first-person accounts of neuromodulation in the anterior midcingulate cortex (aMCC) and its associated functional network using a combination of electrical brain stimulation (EBS) and preoperative resting-state functional magnetic resonance imaging (fMRI) in two epilepsy patients implanted with intracranial electrodes. In both patients, we demonstrate a remarkably stereotyped set of autonomic, cognitive, and emotional changes and establish a common functional connectivity map linking the aMCC stimulation site to a distributed network of regions, often referred to as the "emotional salience" or "cingulo-opercular" network (Seeley et al., 2007).

RESULTS

Two patients with refractory epilepsy were implanted with intracranial depth electrodes to localize the source of seizure activity. We localized the anatomical position of intracranial electrodes in each subject's native neuroanatomical space. As part of their routine clinical diagnosis, a volley of electrical charge was



Neuron 80, 1359–1367, December 18, 2013 ©2013 Elsevier Inc. 1359

PREMIO NOBEL PER LA MEDICINA
Elizabeth Blackburn
Elissa Epel

**LA
SCIENZA
CHE ALLUNGA
LA VITA**

La rivoluzione dei **TELOMERI**

«Un classico. Uno dei libri sulla salute più importanti degli ultimi anni:
come rallentare in modo radicale l'invecchiamento.»
ERIC KANDEL, vincitore del Premio Nobel

MONDADORI

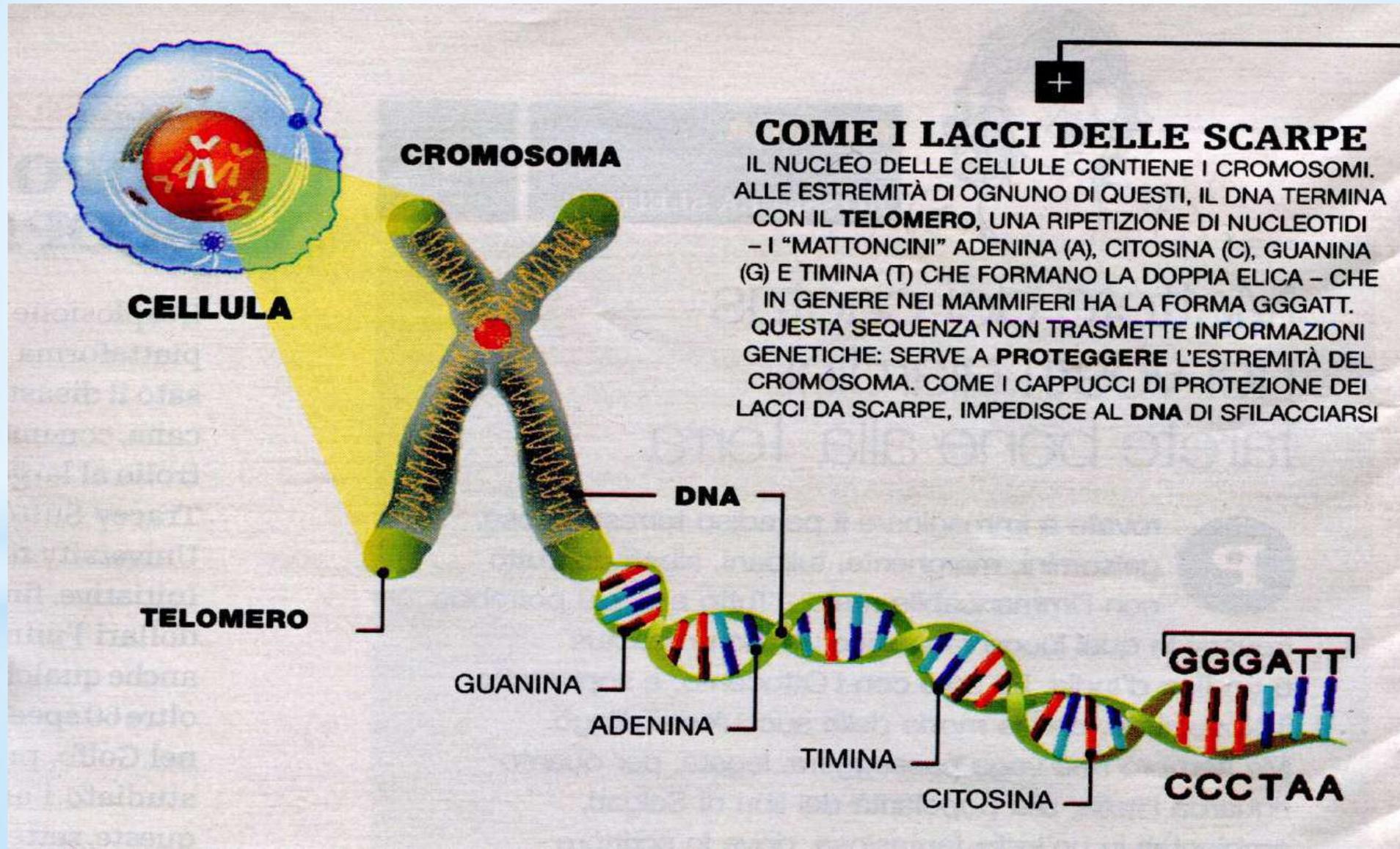


E. Blackburn

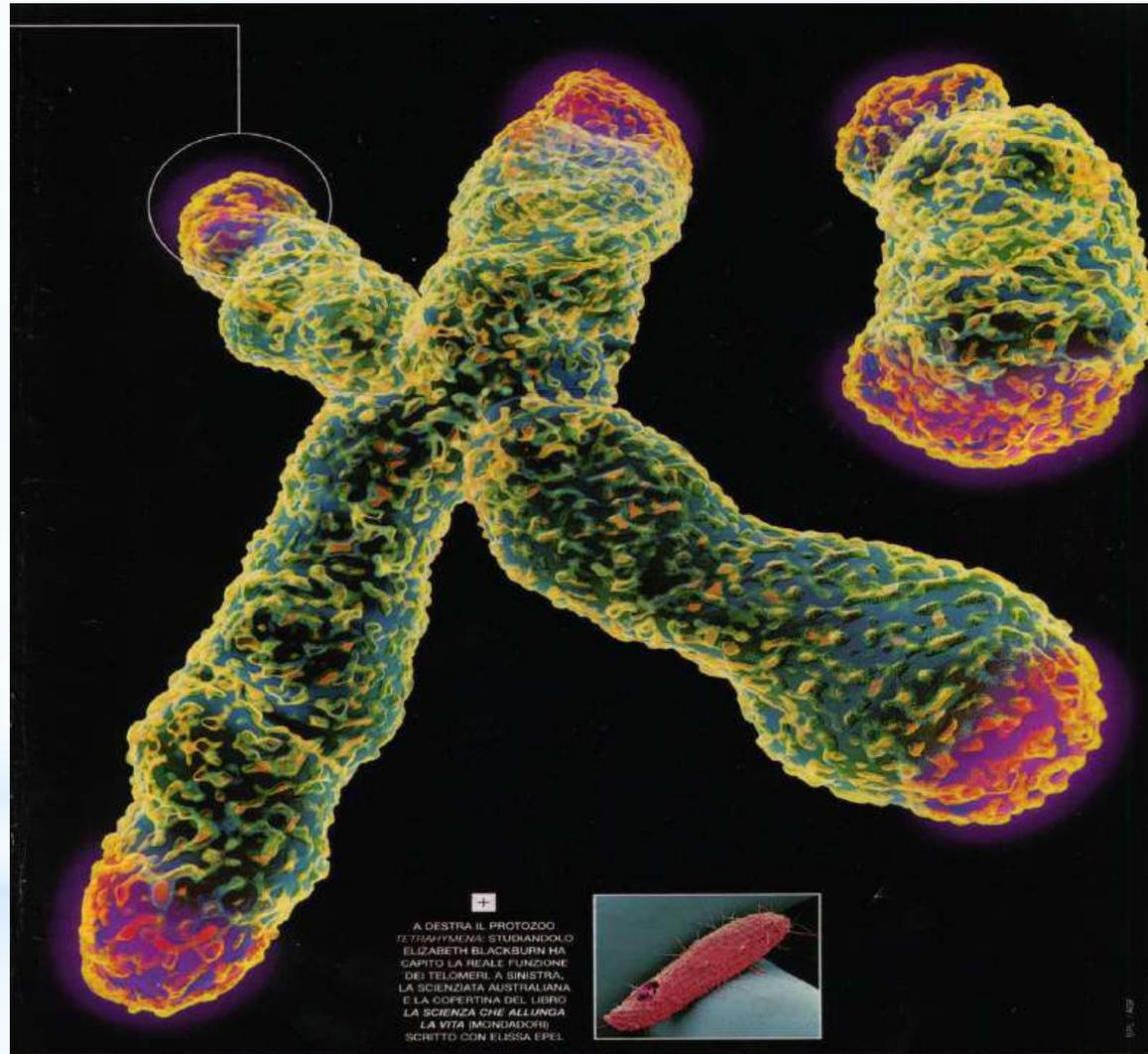
**I TELOMERI
E LA
TELOMERASI**



I TELOMERI E LA TELOMERASI



E. Blackburn | TELOMERI E LA TELOMERASI



Il mondo spezza chiunque e poi molti diventano forti proprio dove sono stati spezzati.

Hernst Hemingway



Vincenzo Caretti

GRAZIE

*How can I expect somebody to love me
if I can't even love myself.*

