

PIREP

PSICOTERAPIA INTEGRATA DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E PSICOSOMATICA

Lavorare sulla disregolazione della neurocezione

Dalla minaccia implicita alla sicurezza incarnata attraverso la relazione terapeutica

webinar 05.05.2026

VINCENZO CARETTI
ANDREA FONTANA
ADRIANO SCHIMMENTI
GIOVANBATTISTA DI CARLO
ALESSIO GORI

Perché la neurocezione è centrale nella cura della sofferenza mentale

Il paziente porta nel trattamento non solo un problema ma anche:

un corpo

una fisiologia

una sua previsione implicita del mondo e degli altri

La sofferenza mentale (ovvero la **psicopatologia** che è la branca della psichiatria e della psicologia clinica che studia i disturbi mentali e il disagio psicologico)

→ *è la condizione del sistema nervoso del paziente, ovvero la sua neurocezione*

La domanda clinica diventa:

👉 *In che stato è il sistema nervoso del paziente mentre mi sta parlando?*

5. I tre stati polivagali (S. Porges)

● Ventrovagale → sicurezza, connessione, mentalizzazione

● Simpatico → attacco/fuga, iperattivazione

● Dorsovagale → collasso, ritiro, dissociazione

👉 *Il paziente non resiste: il suo sistema nervoso si sta proteggendo*

Le 5 + 1 piattaforme neurali della regolazione

Le 5 piattaforme di base

1. Social Engagement (VVC)

- Stato: connessione, sicurezza
- Funzione: relazione, mentalizzazione, co-regolazione
- Esperienza: *“Posso stare con te”*

2. Play/Dance (VVC + SNS)

- Stato: attivazione sicura
- Funzione: esplorazione, creatività, cambiamento
- Esperienza: *“Posso muovermi restando connesso”*

3. Fight or Flight (SNS)

- Stato: mobilitazione difensiva
- Funzione: protezione attiva
- Esperienza: *“Devo reagire”*

4. Intimacy (DVC + VVC)

- Stato: immobilità sicura
- Funzione: legame profondo, fiducia, abbandono
- Esperienza: *“Posso lasciarmi andare nella relazione”*

5. Shutdown / Immobilization (DVC)

- Stato: spegnimento difensivo, Dissociazione
- Funzione: sopravvivenza estrema
- Esperienza: *“Mi ritiro / non sento”*

+1 Piattaforma: Co-attivazione disorganizzata (SNS + DVC)

6. Collasso / Sincopa

- Stato: attivazione paradossale (iper + ipo insieme)
- Funzione: risposta estrema a minaccia non gestibile
- Esperienza: *“Sistema in crash”*

Nella clinica PIREP

👉 Le piattaforme non sono scelte psicologiche

👉 Sono **configurazioni neurofisiologiche della neurocezione**

👉 La terapia lavora nel **passaggio tra piattaforme, non sul sintomo isolato**

[VVC]

Sicurezza - Connessione - Mentalizzazione

[VVC + SNS]

Attivazione sicura

Gioco - Esplorazione

Creatività - Cambiamento

[DVC + VVC]

Intimità

Immobilità senza paura

Fiducia - Abbandono

[SNS]

Attacco/Fuga - Difesa attiva

[DVC]

Spegnimento - Dissociazione - Ritiro

[SNS + DVC]

Co-attivazione disorganizzata

Collasso - Sincope - Freeze estremo

Lettura clinica delle piattaforme

1. VVC (Ventral Vagal Complex)

- Stato: sicurezza
- Funzione: relazione, regolazione, integrazione, connessione
 - ☞ *Base della cura*

2. VVC + SNS (Play/Dance)

- Stato: attivazione regolata
 - ☞ energia + connessione
 - ☞ *cambiamento possibile*

3. SNS (Fight/Flight)

- Stato: difesa attiva
 - ☞ ansia, rabbia, iperattivazione

4. DVC + VVC (Intimacy)

- Stato: immobilità sicura
 - ☞ connessione profonda, pieno abbandono
 - ☞ *intimità senza minaccia*

5. DVC (Shutdown)

- Stato: spegnimento difensivo
 - ☞ dissociazione, ritiro

6. SNS + DVC (co-attivazione disorganizzata)

- Stato: paradossale
 - ☞ collasso, sincope, freeze traumatico

☞ **Le piattaforme sono configurazioni dinamiche del sistema autonomico**

☞ **Le co-attivazioni definiscono la complessità clinica**

☞ **Il terapeuta lavora per riattivare il VVC come regolatore gerarchico**

☞ **Non è lo stato che cambia la cura, ma la presenza del VVC che lo rende regolato e trasformativo**

3. Definizione chiave (S. Porges)

Neurocezione: **il nostro sistema di sicurezza**

Processo implicito, automatico, immediato attraverso cui il sistema nervoso valuta :

sicurezza → pericolo → minaccia estrema

organizza lo stato corporeo e la disposizione relazionale per la connessione, *precede il comportamento, il pensiero, la consapevolezza*

👉 *Non percepiamo il mondo → lo anticipiamo*

Il Self riletto alla luce della Teoria Polivagale: come la neurocezione organizza gli stati del Self

Neurocezione → Stato autonomico → Sensazione → Emozione → Pensiero → Comportamento

↓
ventrovagale (connesso)
simpatico (attacco/fuga)
dorsovagale (immobilizzazione → dissociazione)

Principio clinico polivagale: **il comportamento è l'esito dello stato autonomico**

DAL TRAUMA ALLA DISSOCIAZIONE

La psicopatologia attraverso le lenti della disregolazione della neurocezione

TRAUMA → *mancata sintonizzazione* → *impredibilità del caregiver* → *dinamiche familiari disturbate* → *abuso* → *esordio della disregolazione della neurocezione nel sistema di attaccamento* → *l'intimità viene registrata come disagio/pericolo/minaccia* → *la connessione viene dissociata* → **DISSOCIAZIONE**

è in questo contesto che hanno esordio:

disregolazione psicosomatica

sabotatore interno

dissociazione dell'intimità

☞ *Il problema non è solo il sintomo del paziente →
è la aspettativa implicita di pericolo che impedisce al paziente la connessione*

....quindi la **Disregolazione della neurocezione?**

☞ **La disregolazione della neurocezione è la tendenza del sistema nervoso a rilevare pericolo anche in condizioni di sicurezza**

- La valutazione implicita di sicurezza è distorta
- La relazione viene percepita come potenzialmente minacciosa
- Il corpo attiva automaticamente difese (attacco, fuga, spegnimento)
- La connessione è disturbata

**Trauma relazionale → Neurocezione di disagio/pericolo/minaccia nella connessione →
Attivazione difensiva → Sintomo**

Traduzione clinica

☞ *Il paziente ha una sua previsione implicita della realtà: il suo sistema nervoso non risponde a ciò che accade, ma a ciò che si aspetta.*

☞ **La disregolazione della neurocezione è un errore di previsione persistente della sicurezza nella connessione.**

◆ **La dimensione psicopatologica della disregolazione della neurocezione nel funzionamento interpersonale**

DISAGIO → PERICOLO → MINACCIA

Quando la disregolazione della neurocezione diventa cronica e persistente, la connessione viene progressivamente trasformata in segnale di allarme.

◆ **DISAGIO**

- attivazione lieve, senso di tensione o inquietudine (*uneasiness*)
- aumento della vigilanza relazionale
- difficoltà a stare pienamente nella presenza
- ☞ *“C’è qualcosa che non va... ma posso ancora restare”*

◆ **PERICOLO**

- attivazione simpatica (ansia, irritazione, ipercontrollo, dominio/rango)
- la vicinanza diventa troppo intensa → emergono difese (compiacenza, evitamento, controllo, agiti impulsivi)
- ☞ *“Questa relazione può farmi male”*

◆ **MINACCIA**

- attivazione estrema o collasso (dorsovagale)
- spegnimento → ritiro → dissociazione
- impossibilità di restare nella connessione
- ☞ *“Devo uscire / sparire / proteggermi”*

Dinamica della disregolazione della neurocezione nella connessione

Connessione (intimità) → Disagio → Pericolo → Minaccia → Difesa dissociativa → Sintomo

◆ Punto chiave clinico

☞ Non è l'intimità a essere pericolosa

☞ *È la neurocezione nella connessione ad essere distorta*

◆ Obiettivo terapeutico PIREP

Trasformare la sequenza:

Da:

Vicinanza → allarme → dissociazione

A:

Vicinanza → regolazione → permanenza → Connessione (intimità)

Come si manifesta la DN nel comportamento?

Disregolazione della neurocezione in azione;

- evita situazioni relazionali significative
- si adatta eccessivamente agli altri
- si ritira / reagisce impulsivamente (acting out)
- si sente esageratamente importante
- interrompe relazioni quando diventano più intime
- controllo eccessivo sulle situazioni
- alterna vicinanza e distanza
- disagio nel legame
- disagio nella separazione
- cerca rassicurazione ma non la tollera o la svaluta
- utilizza strategie di evitamento (lavorare eccessivamente, isolamento, alimentazione disregolata, dipendenze patologiche)
- comportamenti esternalizzanti

La neurocezione è la logica biologica implicita del comportamento manifesto

👉 **Non è scelta consapevole → è il tentativo di regolazione del sistema nervoso in allarme**

◆ **Esempio clinico** - "tentativo di regolazione del sistema nervoso in allarme"

Situazione

Andrea è con la sua ragazza.

La relazione si fa più intima: lei si avvicina, lo guarda, cerca contatto.

Cosa succede internamente ad Andrea (non consapevole)

- aumento dell'attivazione corporea
- tensione nel petto
- micro-sensazione di perdita di controllo
- neurocezione: "troppo vicino = pericolo"

Comportamento osservabile

Andrea:

- si chiude
- diventa freddo
- si irrita
- oppure interrompe la relazione

👉 dall'esterno sembra:

evitamento / mancanza di interesse / comportamento disfunzionale

◆ Lettura Polivagale

- 👉 Andrea Non sta “scegliendo” di allontanarsi
- 👉 Andrea **Sta regolando il suo sistema nervoso in allarme**

Traduzione clinica

Il comportamento è:

- ✗ non: rifiuto dell'altro
- ✗ non: incapacità relazionale

✅ **ma: tentativo automatico di ridurre l'attivazione neurofisiologica**

Vicinanza → Attivazione → Disregolazione → Allarme → Comportamento evitante

- 👉 *Il paziente non si allontana dalla relazione*
- 👉 *si allontana dallo stato interno che quella relazione gli attiva*

Schema dinamico della disregolazione della neurocezione

Attivazione interna → percezione di pericolo → comportamento difensivo di protezione (attacca/fuga/dissociazione)

Collegamento clinico

- 👉 Il comportamento non esprime solo intenzioni
- 👉 esprime uno **stato neurofisiologico**

- 👉 **Non è la sola cognizione a guidare il comportamento del paziente, ma lo stato della sua neurocezione di sicurezza.**

- 👉 **Errore clinico: interpretare il comportamento, introdurre tecniche bottom-up/top-down, senza leggere lo stato autonomico**
- 👉 **Errore clinico: interpretare lo stato autonomico del paziente senza aver valutato anche la propria neurocezione nel momento presente della seduta**

Come si manifesta la DN in seduta?

Segni osservabili della disregolazione della neurocezione nel setting
(nella relazione terapeutica: nel paziente come nel terapeuta)

CORPO

- **respiro corto / trattenuto → respiro più lento, fluido, spontaneo**
 - **tensione muscolare (spalle, mandibola sopracciglia in tensione o aggrottate) → rilassamento progressivo del volto, delle spalle e della mandibola**
 - **immobilità o agitazione → postura viva ma stabile, movimento libero e non difensivo**
 - **il movimento delle mani → gestualità più naturale, coordinata, meno contratta o dispersiva**
 - **variazioni cardiache percepite → ritmo interno più regolare e tollerabile, minore allarme somatico percepito**
- 👉 **Il corpo segnala la minaccia; il corpo regolato rende possibile la parola.**

ESPRESSIONI FACCIALI

- **mimica ridotta o congelata → mimica più mobile, responsiva, con micro-variazioni affettive**
- **micro-espressioni di paura, vergogna o disgusto → micro-espressioni di apertura, curiosità, interesse relazionale**
- **sorriso incongruente (non allineato all'emozione) → sorriso coerente, contestuale, integrato con lo stato emotivo**
- **tensione mandibolare o labbra serrate → mandibola più morbida, labbra rilassate, disponibilità espressiva**
- **evitamento o fissità dello sguardo → sguardo flessibile, modulato, capace di contatto e di pausa**

👉 **Il volto rivela lo stato autonomico prima della relazione**

👉 **Il volto comunica la neurocezione prima della parola**

👉 **Il volto è il primo canale di co-regolazione implicita**

VOCE

- **tono piatto o monotono → tono modulato, con variazioni affettive (prosodia ventrovagale)**
- **cambi improvvisi di ritmo → ritmo più continuo, prevedibile, regolato**
- **voce più bassa o accelerata → voce centrata, con velocità adeguata e sostenibile**
- **pause insolite → pause fisiologiche, integrate nel flusso comunicativo**

👉 **La prosodia non solo rivela, ma può anche regolare lo stato autonomico**

👉 **La voce è un vettore diretto di co-regolazione**

PROSSEMICA

- **aumento della distanza corporea → distanza modulata, tollerabile, adattiva alla relazione**
- **inclinazione o allontanamento del busto → orientamento del corpo verso l'altro, con possibilità di modulazione**
- **irrigidimento posturale → postura più fluida, con micro-movimenti autoregolativi**
- **evitamento o iper-controllo della distanza → uso flessibile dello spazio, senza rigidità difensiva**
- **movimenti di dominanza o sottomissione → posizione relazionale più integrata (né dominanza né sottomissione rigida)**

👉 **La gestione dello spazio diventa un indicatore di sicurezza interna regolata**

👉 **Lo spazio non è solo distanza: è regolazione incarnata della relazione**

RELAZIONE

- **evitamento dello sguardo → contatto visivo modulato, tollerabile, non intrusivo**
- **eccessiva compiacenza → capacità di esprimere sé mantenendo il legame (agency + relazione)**
- **bisogno di controllo → fiducia progressiva nella relazione e nel processo terapeutico**
- **ritiro improvviso → capacità di restare in contatto anche nelle attivazioni emotive**

👉 **La relazione non è il contesto: è il sistema di regolazione**

👉 **La relazione è il luogo in cui il sistema nervoso decide se aprirsi o difendersi**

Indicazioni per il clinico:

- 👉 Il terapeuta osserva il cambiamento della presenza del paziente, non solo il suo modo di parlare**
- 👉 Il terapeuta legge la relazione clinica attraverso la chiave polivagale della neurocezione di sicurezza/allarme**
- 👉 Il terapeuta valuta lo stato autonomico del paziente, non solo il contenuto della sua narrazione**
- 👉 Il terapeuta valuta il proprio stato autonomico, il controtransfert psicosomatico, per regolare la neurocezione e orientarsi per la connessione**

La neurocezione nelle espressioni somatiche

Respiro

Tono muscolare

Le espressioni del volto

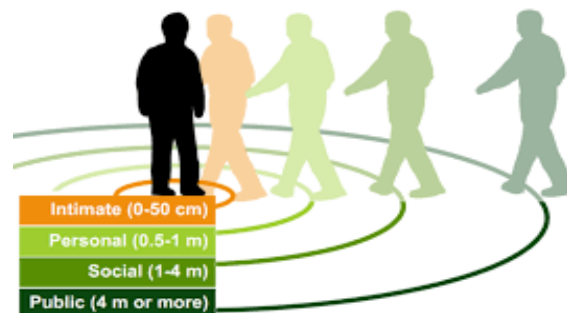
Sguardo

Postura

Il movimento delle mani

Prosodia

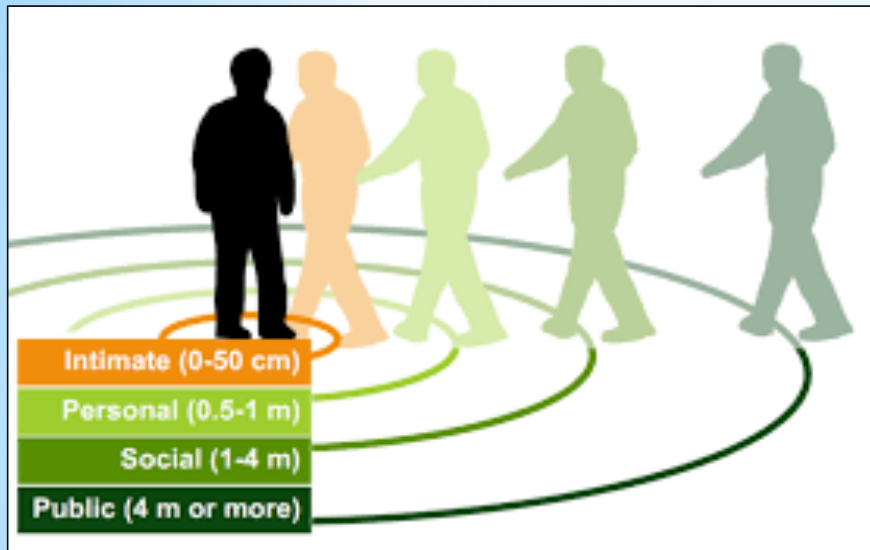
Prossemica



Prossemica: la comunicazione
che non usa le parole

- 👉 *Il corpo è il primo indicatore clinico*
- 👉 *Il corpo non mente sulla neurocezione*
- 👉 *Il corpo dice quello che la mente ancora non pensa*

LA PROSSEMICA



Edward T Hall (1966), La dimensione nascosta, Bompiani, 1968

La prossemica è una funzione percettiva implicita che integra neurocezione, stati autonomici e rappresentazioni relazionali (DMN/ToM), trasformando la distanza interpersonale in esperienza soggettiva di sicurezza, minaccia o ritiro.

La prossemica è la percezione implicita della sicurezza nella vicinanza.

- La prossemica riguarda il modo in cui il sistema nervoso sente la vicinanza dell'altro.
- La prossemica descrive come la vicinanza viene vissuta, prima ancora che pensata.
- La prossemica esprime la qualità neurofisiologica della distanza tra due persone.

La prossemica non è semplicemente una condizione spaziale, ma una forma di percezione relazionale incarnata, attraverso cui il sistema nervoso valuta, in modo implicito e continuo, il grado di accessibilità, sicurezza o pericolo dell'altro.



.....come in auto: se la distanza si riduce troppo, scatta il sistema di sicurezza.

Nelle relazioni: quando la vicinanza supera la soglia tollerabile, emerge la difesa.

Quando guidi e ti avvicini troppo all'auto davanti, **non è una valutazione cognitiva che scatta per prima**, ma una **percezione immediata di rischio**: il corpo segnala "troppo vicino" prima ancora del pensiero.

☞ *In senso relazionale accade la stessa cosa.*

Formulazione clinica:

La prossimità relazionale è come la distanza di sicurezza nella guida: quando viene percepita come troppo ridotta, il sistema nervoso attiva automaticamente risposte di protezione.

La differenza cruciale tra la vicinanza nella guida e quella relazionale, è questa:

- Nella guida → il pericolo è reale e attuale
- Nella relazione → il pericolo è **neurocepito**, spesso legato a memorie traumatiche implicite

☞ Quindi:

non è la vicinanza in sé a essere pericolosa, ma il modo in cui il sistema nervoso la interpreta

.....e qui si apre direttamente il tema della **dissociazione dell'intimità**.

Caso clinico - Andrea, 18 anni

Andrea, 18 anni, studente liceale , si presenta alla consultazione in seguito a un **episodio acuto di attacco di panico**, insorto improvvisamente dopo un uso occasionale di cannabis. Descrive l'evento come un'esperienza di intensa attivazione corporea: tachicardia, sensazione di soffocamento, paura di perdere il controllo e di morire. Dopo l'episodio, permane uno stato di **iperallerta somatica**, con attenzione costante ai segnali del corpo e timore che l'evento possa ripetersi.

Andrea riferisce una vita apparentemente stabile sul piano scolastico e sociale, ma caratterizzata da una sensazione persistente di **vuoto emotivo e scarso piacere**. Si descrive come una persona che tende ad adattarsi agli altri, evitando conflitti e modulando costantemente il proprio comportamento in funzione delle aspettative altrui.

Storia evolutiva

Andrea è primogenito di due fratelli, Giovanni 16 anni col quale non va molto d'accordo. Cresce in un contesto familiare caratterizzato da una madre **presente ma fortemente normativa**, attenta al comportamento e alla prestazione, e da un padre **emotivamente e fisicamente assente**, impegnato in difficoltà lavorative ed economiche. Poco contatto fisico sintonizzato. Fin dall'infanzia, Andrea sviluppa una modalità adattiva centrata su:

adeguamento alle aspettative

perfezionismo rigido

inibizione emotiva

evitamento del conflitto

La regolazione affettiva di Andrea avviene prevalentemente attraverso il controllo emotivo e il conformismo relazionale, soprattutto nei riguardi della madre, piuttosto che attraverso l'espressione dei suoi bisogni e la condivisione emotiva.

Situazione attuale

Recentemente Andrea ha interrotto una relazione di due anni con Petra sua coetanea, evento che ha determinato un aumento della vulnerabilità emotiva che ha avuto conseguenze negative sul rendimento scolastico. Nonostante mantenga una rete sociale ampia, riferisce di sentirsi **marginale e meno adeguato**, soprattutto sul piano economico rispetto ai suoi amici.

Sul piano relazionale emerge una dinamica ambivalente:

desiderio di appartenenza → tendenza al ritiro e alla distanza

Dati psicometrici

PID-5 (*Personality Inventory for DSM-5*)

“Modifico quello che faccio in base a quello che vogliono gli altri”

“Non traggo quasi mai piacere dalla vita”

“Non divento emotivo”

“Sono molto irritabile”

👉 Profilo caratterizzato da:

.compiacenza relazionale

.anestesia emotiva

.irritabilità trattenuta

ISS (*Internal Saboteur Scale*)

“Dentro di me sento di essere un peso per gli altri”

“Rivivo mentalmente i miei errori passati come se fossero ancora presenti”

👉 Presenza di:

.autosvalutazione profonda

.ruminazione persecutoria

.dialogo interno critico e colpevolizzante

DIQ (*Dissociation of Intimacy Questionnaire*)

“Quando sono innamorato temo di essere abbandonato”

“Quando sono con gli altri non vedo l’ora di andarmene”

👉 Configurazione di:

dissociazione dell’intimità

oscillazione tra:

ricerca di vicinanza

attivazione difensiva e ritiro

PDI (*Psychosomatic Dysregulation Inventory*)

Bruciore di stomaco

Dolori articolari diffusi

Palpitazioni

Difficoltà a raggiungere l’orgasmo (eiaculazione ritardata)

👉 Indicativi di:

attivazione autonoma non mentalizzata (alesstimia)

disregolazione psicosomatica persistente nella connessione

Lettura clinica integrata PIREP

Il funzionamento di Andrea appare organizzato attorno a una **neurocezione di disagio-pericolo-minaccia** nella funzionamento interpersonale.

L'adattamento precoce a un ambiente: madre normativa, padre assente, entrambi poco regolativi sul piano affettivo, nonché di regolare la rivalità tra fratelli. La carenza di contatto fisico e di gioco interpersonal,

ha favorito lo sviluppo di:

.Sabotatore Interno

.inibizione emotiva (assetto pseudo-regolato)

.iperadattamento relazionale

.Falso Sé

Organizzazione neurofisiologica di Andrea oscilla tra:

ventrovagale inibito (pseudo adattivo nella connessione) → funzionamento sociale controllato (immobilità con paura)

simpatico → irritabilità, impulsività, tensione, iper-allerta, panico

dorsovagale → ritiro → anedonia → distacco → dissociazione

👉 L'attacco di panico rappresenta una **rottura dell'equilibrio difensivo**

L'uso di cannabis ha probabilmente ridotto il controllo top-down e quindi favorito l'attivazione autonoma latente di sopravvivenza.

IL RUOLO DELL'ANSIA DI SEPARAZIONE E LA DISREGOLAZIONE AUTONOMICA

Journal of Psychiatric Research 192 (2026) 180–187



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Journal of Psychiatric Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jpsychires



The role of separation anxiety and autonomic dysregulation in pediatric vasovagal syncope. A cross-sectional study

Gaia Cuzzocrea^{a,*,1}, Andrea Fontana^{a,*,1}, Cristiana Alessia Guido^b, Marta Mascanzoni^a, Alberto Spalice^b, Camilla Guccione^a, Angelos Halaris^c, Stephen Porges^{d,e}, Lucia Sideli^{a,*,1}, Vincenzo Caretti^{a,1}

^a Department of Human Sciences, LUMSA University, Piazza Delle Vaschette 101, 00193, Rome, Italy

^b Pediatric Neurology Division, Department of Maternal Sciences, Sapienza University, Italy

^c Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, Loyola University Medical Center, Loyola University Chicago, Maywood, IL, 60153, USA

^d Department of Psychiatry, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, 27514, USA

^e Kinsey Institute, Indiana University, Bloomington, IN, 47405, USA

ABSTRACT

Objectives: Pediatric Vasovagal syncope (VVS) is a frequent condition often related to anxiety and post-traumatic stress symptoms, and autonomic dysregulation. The aim of this study was to investigate the relationship between separation anxiety and autonomic dysregulation, as estimated through Heart Rate Variability (HRV), in preadolescents with clinically documented VVS.

Methods: Forty preadolescents, aged 10–16 years, participated in the study, undergoing both psychological assessment and HRV monitoring during resting and emotionally stressful conditions, triggering separation anxiety. Anxiety and post-traumatic stress symptoms were assessed using the Separation Anxiety Test, the Multidimensional Anxiety Scale for Children, and the Trauma Symptom Checklist for Children. Autonomic dysregulation was estimated through a combination of parasympathetic (RSA), and sympathetic (HR).

Results: Anxiety ($r = 0.32$ to 0.45 , $p < .05$) and post-traumatic stress symptoms ($r = 0.31$ – 0.42 , $p < .05$) positively correlated with number of VVS episode. Furthermore, moderately and severely stressful stimuli were associated with decreased parasympathetic activity ($F = 15.4$, $p < .001$) and increased sympathetic activity ($F = 13.8$, $p < .001$), as compared to resting conditions.

Conclusions: The findings suggest the potential role of autonomic dysregulation in response to separation anxiety. The study underscores the importance of integrating psychological and physiological assessments in the diagnostic process of VVS.

Il nucleo clinico

Andrea:

non esprime → si adatta

non sente → si anestetizza

non integra → somatizza

👉 *Il corpo diventa il primo luogo di emergenza del conflitto*

Neurocezione implicita

La neurocezione è organizzata su:

paura di essere di troppo

aspettativa di rifiuto

difficoltà a tollerare la vicinanza

👉 *L'intimità viene vissuta come potenzialmente disorganizzante*

Direzione del trattamento

Il lavoro terapeutico non si focalizza inizialmente su:

contenuti cognitivi

interpretazioni

ma su:

stato corporeo

regolazione autonoma

qualità della relazione

Obiettivo clinico

trasformare il corpo da luogo di allarme → a luogo di esperienza
rendere l'attivazione **tollerabile e mentalizzabile**
costruire una **neurocezione di sicurezza nella relazione**

👉 *Il panico non è l'inizio del problema: è il primo momento in cui il corpo smette di adattarsi e inizia a segnalare pericolo*

Micro-dialogo clinico

Paziente (Andrea):

Da quando ho avuto quell'attacco... ho sempre paura che succeda di nuovo. Sento il cuore... e mi blocca.

Terapeuta:

Adesso, mentre lo racconti... cosa succede nel corpo?

Paziente:

(il silenzio)

Il petto... è come stretto... e il cuore va più veloce.

Terapeuta:

Va bene... non dobbiamo cambiare niente.

Possiamo solo restare un attimo qui... insieme... mentre lo senti?

Paziente:

(lungo respiro)

È fastidioso... ma... meno di prima.

Terapeuta:

Continua a respirare, poi dopo un po'.....

Terapeuta:

C'è qualcosa diverso adesso?

Paziente:

Non so... è come se... come se non fosse così pericoloso.

Terapeuta:

Forse perché non sei da solo mentre succede.

Paziente:

(sguardo più presente)

Sì... da solo è peggio... mi sembra che sto per impazzire.

Terapeuta:

Qui invece cosa succede?

Paziente:

Succede... che lo sento... ma non mi travolge.

Lettura clinica implicita

Il terapeuta:

non interpreta

non rassicura cognitivamente

ancora l'esperienza al corpo

Intervento chiave:

👉 *“Possiamo restare qui... insieme...”*

“Continua a respirare”

Effetto sull'esperienza:

da minaccia → a esperienza condivisa

da panico → attivazione tollerabile nell'alleanza terapeutica

👉 *La regolazione non avviene spiegando, ma restando dentro l'esperienza senza perderla*

Micro-dialogo clinico – (Petra)

Dissociazione dell'intimità In un'altra seduta.....

Paziente (Andrea):

Con Petra... all'inizio stavo bene. Poi più diventava importante... più mi chiudevo.
E non capivo perché.

Terapeuta:

Quando dici "mi chiudevo"... cosa succedeva nel corpo?

Paziente:

Quando lei si avvicinava fisicamente, era come se... mi spegnevo.
Non sentivo più niente....

Terapeuta:

E adesso, mentre lo racconti... c'è qualcosa di simile?

Paziente:

(un attimo di silenzio, abbassa impercettibilmente lo sguardo)
Sì... un po'. Come un vuoto... qui (indica il petto).

Terapeuta:

Va bene (sorridente)... non dobbiamo riempirlo.
Possiamo solo notarlo... insieme.

Paziente:

(un po più stabile)

È strano... perché con lei... questo mi faceva scappare.

Terapeuta:

E qui invece?

Paziente:

Qui... non devo scappare.

È fastidioso... ma riesco a stare.

Terapeuta:

Forse perché la vicinanza... adesso non è pericolosa allo stesso modo.

Paziente:

(sguardo più coinvolto)

Sì... con lei era troppo.

Come se... mi perdessi.

Terapeuta:

Come se la vicinanza attivasse qualcosa da cui proteggerti.

Paziente:

(sospira)

Sì... come se... stare vicino volesse dire poi star male.

Lettura clinica implicita

- **Trigger:** aumento della vicinanza → attivazione neurocezionale simpatica di atto/fuga (vergogna, colpa, irritabilità)
- **Risposta:**
 - spegnimento (dorsovagale)
 - ritiro
- **Significato implicito:**
👉 *l'intimità è pericolosa*

Intervento del terapeuta

- non interpreta subito il contenuto relazionale
- lavora su:
 - esperienza corporea
 - presenza condivisa
 - tolleranza del vuoto
- 👉 trasforma:
 - “vuoto = minaccia”
→ in
 - “vuoto = esperienza condivisibile”

👉 *La dissociazione dell'intimità non è evitamento relazionale: è protezione neurocezionale dalla vicinanza*

Vicinanza → Neurocezione di minaccia → Spegnimento → Ritiro → Dissociazione

Dissociazione dell'intimità (sequenza dinamica implicita)

Dissociazione dell'intimità: la sequenza dinamica implicita

Schema centrale

Vicinanza (Intimacy)

→

Neurocezione di minaccia

→

Spegnimento (dorsovagale)

→

Ritiro

→

Dissociazione

👉 *Non è solo un disturbo di evitamento: è una sequenza automatica di protezione*

Intervento PIREP

👉 Il terapeuta introduce una nuova esperienza:

- una vicinanza (*intimacy*)
- senza perdita
- senza disagio-pericolo-minaccia

👉 *La cura non interrompe la sequenza, la trasforma*

COME IL TERAPEUTA PIREP LAVORA SULLA NEUROCEZIONE ?

1. Rallenta

- abbassa ritmo e intensità
- usa pause e silenzi regolativi
- riduce la pressione relazionale

👉 **Interrompe l'escalation neurocezionale**

2. Porta attenzione al corpo (senza forzare)

- “Cosa succede adesso nel corpo?”
- “Dove lo senti?”

👉 Sposta da:

- narrazione → esperienza

3. Co-regola attraverso la presenza

- voce calda, prosodia stabile
- postura e prossemica non invasiva
- sguardo modulato

👉 **Offre sicurezza implicita, non spiegazioni**

4. Favorisce oscillazioni tollerabili

- entra → esce → ritorna sull'esperienza
- modula l'intensità
- 👉 *Non spinge, accompagna*

5. Nomina l'esperienza senza interpretare

- “Sembra che qui qualcosa si chiuda...”
- “Come se diventasse troppo...”
- 👉 linguaggio:
 - descrittivo
 - non invasivo
 - non interpretativo precoce

6. Trasforma la rappresentazione della relazione attraverso l'alleanza terapeutica

- da:
 - vicinanza = pericolo
- a:
 - vicinanza = esperienza tollerabile

👉 *Il terapeuta favorisce una nuova neurocezione: non con una tecnica ma regolando la sua neurocezione e connettendosi con l'emisfero destro*

👉 *Il terapeuta non spinge il paziente verso la relazione: rende la relazione pensabile e abitabile.*

Micro-sequenza clinica (30 secondi)

Dissociazione dell'intimità in tempo reale

0–5 secondi | Trigger

Paziente (Andrea):

“Con Petra... quando si avvicinava troppo...”

- voce rallenta
- sguardo si abbassa
- micro-ritiro del corpo

👉 Neurocezione di minaccia attivata

5–10 secondi | Inizio spegnimento

- tono emotivo si appiattisce
- pausa più lunga
- riduzione del contatto

👉 Entrata in stato dorsovagale

Intervento del terapeuta (immediato)

(voce lenta, bassa, stabile)

Terapeuta:

“Possiamo fermarci un attimo...
cosa succede adesso nel corpo?”

10–15 secondi | Contatto corporeo

Paziente:

“...vuoto... qui” (indica il petto)

👉 attenzione spostata:

- da relazione → corpo

15–20 secondi | Co-regolazione

Terapeuta:

“Va bene... non dobbiamo cambiarlo...

restiamo un attimo qui... insieme”

- ritmo rallentato
- presenza stabile

👉 **Introduzione di sicurezza implicita**

20–25 secondi | Oscillazione

Paziente:

“...è strano... è fastidioso...
ma riesco a stare”

👉 da:

- spegnimento → minima attivazione tollerabile

25–30 secondi | Nuova esperienza

Terapeuta:

“Qui non devi allontanarti”

Paziente:

“...no... qui no”

👉 *Vicinanza senza attivazione difensiva*

👉 *Il terapeuta interviene prima sullo stato, non sul contenuto*

👉 **Trasforma:**

- vuoto → esperienza condivisa
- ritiro → permanenza
- minaccia → tollerabilità

👉 *La trasformazione avviene in pochi secondi, quando lo stato cambia dentro la relazione*

Il terapeuta come regolatore della neurocezione

Messaggio centrale PIREP:

- 👉 *Il terapeuta non regola il paziente*
- 👉 *offre un sistema nervoso regolato*

Elementi:

voce
ritmo
presenza
sguardo
postura
prossemica

La relazione come campo neurofisiologico

Non è solo relazione psicologica

È:

co-regolazione

sincronizzazione

sintonizzazione

modulazione reciproca

👉 Due sistemi nervosi in interazione

Errori clinici più frequenti

Intervenire sul contenuto quando il sistema è in difesa

Interpretare in stato simpatico/dorsovagale

Forzare la mentalizzazione

Ricorrere immediatamente alle tecniche

Non leggere il corpo (neurocezione) nel campo terapeuta/paziente

👉 *Errore fondamentale: lavorare sulla mente senza il corpo*

Quando NON lavorare cognitivamente solo con l'emisfero sinistro: interpretare, commentare

.....quando il paziente è in:

- iperattivazione (ansia, rabbia)
- collasso (vuoto, dissociazione)
- freezing

👉 Prima: **regolazione** → 👉 Dopo: **interpretazione/commento**

Il terapeuta prima si regola, poi sente, poi comprende, poi restituisce

Cosa vuol dire lavorare sulla neurocezione

Riconoscere lo stato autonomico proprio e del paziente

Non forzare il cambiamento

Offrire sicurezza implicita, non solo rassicurazioni top-down

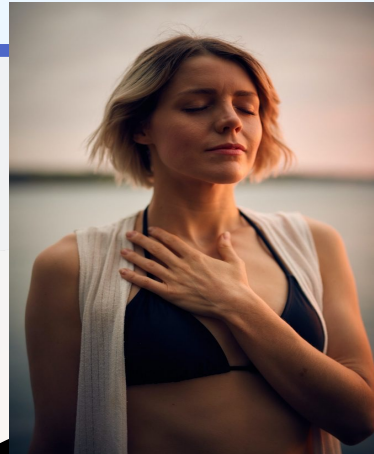
Il terapeuta resta nella relazione

Favorire oscillazioni tollerabili

(aiutare il paziente a muoversi tra stati emotivi e corporei senza andare in iperattivazione o collasso)

RESPIRAZIONE MINDFULNESS

per la regolazione dell'arousal
per la regolazione della
neurocezione di pericolo
per l'incentivazione
del freno vagale



ROLE PLAYING

per incrementare
l'assertività e la sicurezza
nella comunicazione interpersonale
la co-regolazione
e l'empatia nella gestione dei
conflitti e delle rotture
relazionali

FOCUSING

per aumentare l'Interocezione
per la mentalizzazione
della 'sensazione sentita' nel corpo
e delle emozioni correlate

3 ESERCIZI NEURALI:

3 TECNICHE BOTTOM-UP
1 TECNICA TOP-DOWN
NELLA PIREP

Gli **esercizi neurali** sono pratiche terapeutiche esperienziali che integrano **processi bottom-up** (corpo → emozione → significato) e **top-down** (pensiero → parola → relazione) con l'obiettivo di **regolare il sistema nervoso autonomo**, trasformare gli stati difensivi e facilitare l'emergere di una **neurocezione di sicurezza**.

Si chiamano "neurali" perché agiscono direttamente sui **circuiti neurofisiologici della regolazione** descritti dalla **Teoria Polivagale**, modulando il tono vagale, l'arousal e la percezione implicita di pericolo o sicurezza.

Strumenti bottom-up

- . Grounding
- . Respirazione Mindfulness
- . Focusing

👉 **Obiettivo PIREP** mentalizzare *mente* → *corpo* → *relazione*

modificare lo stato di arousal → *incentivare l'interocezione* → *regolare la neurocezione*

Strumenti top-down

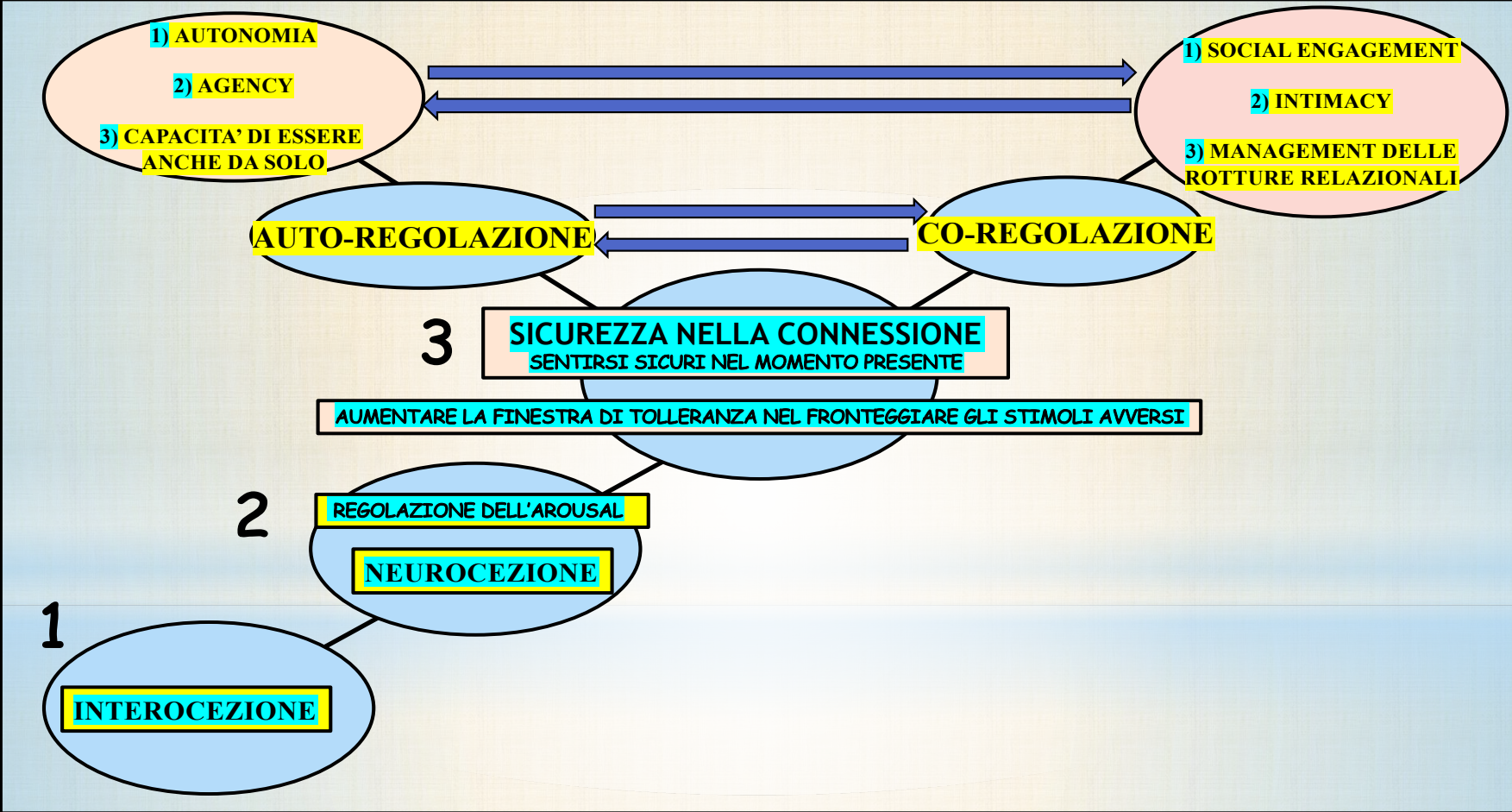
mentalizzazione cognitiva, riflessività

lavoro sul sabotatore interno

Role Playing (per la sicurezza nella gestione delle rotture/riparazione relazionali)

👉 ***Sono tecniche che vanno introdotte nel setting
solo dopo la regolazione***

OBIETTIVI DELLA PIREP



Integrazione PIREP

👉 Bottom-up + Top-down + Alleanza Terapeutica

**Regolazione → esperienza bottom-up/top-down nel setting →
mentalizzazione → simbolizzazione → integrazione dell'esperienza**

Alleanza terapeutica e Neurocezione

alleanza = sicurezza percepita

rottura = attivazione neurocezionale

riparazione = nuova esperienza

**👉 *La cura avviene nell'alleanza e nella gestione delle rotture
riparazioni nel processo clinico***

Il cambiamento terapeutico nella PIREP

Non è soltanto:

comprensione, insight, mentalizzazione, reappraisal

È:

- 👉 ***un cambiamento neurofisiologico***
- 👉 ***una trasformazione della neurocezione***

Il cambiamento terapeutico

- 👉 *Il paziente non cambia perché capisce*
- 👉 *cambia perché il suo sistema nervoso smette di difendersi e si connette*

23. Lavorare sulla neurocezione significa:

lavorare sul corpo

lavorare sulla relazione

lavorare sulla sicurezza

👉 *rendere possibile ciò che prima era intollerabile.....*

.....precentemente abbiamo visto il passaggio clinico cruciale:

👉 dalla regolazione → alla simbolizzazione

Micro sequenza sequenza in seduta – Andrea

Dissociazione dell'intimità *in tempo reale (30 secondi)*

0–5 secondi | Trigger di prossimità

Paziente (Andrea)

“Con Petra... quando si avvicinava troppo...”

sguardo si abbassa

micro-arretramento del busto

voce rallenta

👉 **Neurocezione:** “troppo vicino = pericolo”

Terapeuta (internamente)

coglie il segnale *prima delle parole*

sospende ogni intervento interpretativo

👉 **Riconosce:** *sta cambiando lo stato autonomico di Andrea, non il contenuto*

5–10 secondi | Inizio spegnimento (dorsovagale)

Paziente

- tono emotivo piatto
- pausa lunga
- perdita di contatto

👉 ingresso in **ritiro protettivo**

Terapeuta (intervento minimo)

(voce più lenta, bassa, stabile)

“Possiamo fermarci un attimo...”

👉 *Rallenta il campo → interrompe escalation neurocezionale*

10–15 secondi | Spostamento sul corpo

Paziente

“...vuoto... qui” (mano sul petto)

👉 da relazione → **interocezione**

Terapeuta

“Cosa succede lì... se restiamo un momento?”

👉 *Non chiede spiegazioni → mantiene l'esperienza*

15–20 secondi | Co-regolazione

Paziente

- resta nel sentire
- non fugge

Terapeuta

“Va bene così... non dobbiamo cambiarlo... continua a respirare
restiamo qui... insieme...”



👉 **Intervento chiave PIREP**

- ✓ presenza
- ✓ prosodia
- ✓ non direttività
- 👉 introduce: **sicurezza implicita**

20–25 secondi | Oscillazione tollerabile

Paziente

“...è fastidioso... ma meno...”

👉 da spegnimento → **attivazione tollerabile**

Terapeuta

- mantiene ritmo
- non aumenta intensità

👉 ***sostiene la finestra di tolleranza***

25–30 secondi | Nuova esperienza relazionale

Paziente

“...riesco a stare...”

Terapeuta

“Qui non devi allontanarti...”

👉 **Nuova neurocezione:**

vicinanza ≠ pericolo

👉 Il terapeuta interviene **sullo stato prima del significato**

👉 intercetta la difesa di sopravvivenza **nei primi secondi**

👉 trasforma la sequenza:

prima

Vicinanza → minaccia → spegnimento → ritiro → dissociazione

in seduta

Vicinanza → attivazione → presenza condivisa → tollerabilità → intersoggettività

La trasformazione avviene in pochi secondi:

quando la vicinanza non attiva più difesa, la vicinanza può essere abitata insieme

(dopo i 30 secondi).... Micro-sequenza estesa dell'interazione a favore della mentalizzazione del trauma (Yascuratezza emotiva) del dintomo (attacco di panico)

👉 **Transizione: dall'esperienza al significato**

30–45 secondi | Stabilizzazione dell'esperienza

Paziente (Andrea)

“...riesco a stare...”

👉 stato: **attivazione regolata (ventrovagale emergente)**

Terapeuta

(non interpreta subito)

“Com'è stare qui... così... senza allontanarti?”

👉 consolida:

- permanenza
- sicurezza
- continuità dell'esperienza

45–60 secondi | Apertura alla connessione implicita

Paziente

“...è strano... perché con Petra non ci riuscivo...”

👉 compare il **ponte spontaneo**

Terapeuta

“Con lei... diventava troppo?...”

👉 **micro-rispecchiamento**, non interpretazione

60–90 secondi | Primo collegamento

Terapeuta

(voce lenta, tono esplorativo)

“Questa sensazione...di quando qualcuno è vicino...e diventa troppo...ti è familiare anche da prima?”

👉 NON:

- “tua madre faceva...” ❌
- “questo viene dall’infanzia” ❌

👉 MA:

- attiva memoria **implicita** → **esplicita**

Risposta di Andrea

“...sì... con mia madre...

era sempre... troppo...

dovevo stare attento... a tutto...”

👉 emergono:

- **ipercontrollo**
- **assenza di sicurezza affettiva**

90–120 secondi | Integrazione corpo–storia

Terapeuta

“Quindi quando qualcuno si avvicina...
il tuo corpo sembra ricordare
che può diventare troppo...
anche adesso...”

👉 qui avviene il passaggio chiave:

- ✓ collega corpo
- ✓ collega presente
- ✓ collega storia

SENZA rompere la regolazione

Il passato viene introdotto solo quando il corpo è nel presente

◆ nella PIREP:

Non si parte dalla storia per capire il corpo.

Si parte dal corpo per rendere accessibile la storia.

Cosa sta facendo il terapeuta (a livello implicito)

1. Ha regolato lo stato
2. Ha reso tollerabile la prossimità
3. Ha creato una nuova esperienza relazionale
4. **SOLO DOPO:**
→ introduce il significato

◆ Errore clinico che qui viene evitato

- ✗ interpretare troppo presto
- ✗ dire: “è per via di sua madre”
- ✗ lavorare sul contenuto in stato difensivo (controtransfert non elaborato)

👉 Questo avrebbe riattivato:

- chiusura
- sabotatore interno
- distanza

Sequenza terapeutica PIREP:

Regolazione → Esperienza → Permanenza → Connessione → Significato condiviso → Integrazione

Andrea ricorda a quel punto che sua madre lo portava a fare shopping in un outlet senza alcuna partecipazione emotiva, gli faceva piacere e allo stesso tempo si sentiva a disagio di stare con lei in mezzo alla gente che camminava, guardava e comprava. Il terapeuta collega allora l'attacco di panico a quel ricordo.

◆ Micro-sequenza – Emergere del ricordo e collegamento al panico

Fase 1 | Emergenza spontanea della memoria (stato regolato)

Paziente (Andrea)

“...mi viene in mente una cosa...
mia madre mi portava negli outlet...
stavamo ore... lei guardava... comprava...
io ero lì...”

(pausa)

“...mi faceva anche piacere...
ma allo stesso tempo... stavo male...
mi sentivo... fuori posto... osservato....”

👉 stato: ancora **tollerabile**, non dissociato

👉 ambivalenza: **piacere + disagio**

Fase 2 | Il terapeuta NON interpreta subito

Terapeuta

(voce lenta, contenitiva)

“Se restiamo un attimo lì...
com'è per te... essere lì... adesso?”

👉 mantiene:

- esperienza incarnata
- continuità tra passato e presente

Fase 3 | Riattivazione somatica leggera

Paziente

“...è simile...
come quando mi è venuto l'attacco...”

👉 il link nasce dal paziente

Fase 4 | Collegamento guidato (non invasivo)

Qui il terapeuta può fare il passaggio, ma in forma **fenomenologica**, non causale rigida.

Terapeuta

“Come se...
in quella situazione...
essere lì... esposto... vicino...
diventasse troppo... per il tuo corpo...”
(pausa)
“...un po' come nell'attacco di panico...”

Fase 2 | Il terapeuta NON interpreta subito

Terapeuta

(voce lenta, contenitiva)

“Se restiamo un attimo lì...
com'è per te... essere lì... adesso?”

👉 mantiene:

- esperienza incarnata
- continuità tra passato e presente

Fase 3 | Riattivazione somatica leggera

Paziente

“...è simile...
come quando mi è venuto l'attacco...”

👉 il link nasce dal paziente

Fase 4 | Collegamento guidato (non invasivo)

Qui il terapeuta può fare il passaggio, ma in forma **fenomenologica**, non causale rigida.

Terapeuta

“Come se...
in quella situazione...
essere lì... esposto... vicino...
diventasse troppo... per il tuo corpo...”
(pausa)
“...un po' come nell'attacco di panico...”

◆ **Lettura PIREP**

👉 Nell'outlet:

- **prossemica non regolata**
- **assenza di sintonizzazione materna**
- **iper-esposizione sociale senza condivisione**
→ neurocezione: **pericolo nella vicinanza**

👉 Nel panico:

- **stessa configurazione neurocezionale**
→ **riattivazione autonoma della disregolazione della disregolazione della neurocezione/prossemica/intimacy**

Il panico non è un evento nuovo.

È una memoria del corpo che si riaccende nel presente.

La memoria traumatica non si presenta come ricordo, ma come stato

**Solo quando lo stato diventa tollerabile,
può trasformarsi in memoria narrabile.**

◆ Chiusura terapeutica

Terapeuta

“Con una differenza importante...
qui... non sei solo mentre succede.”

👉 questo evita:

- . regressione
- . ri-traumatizzazione
- . collasso

👉 e introduce:

nuova esperienza emozionale correttiva

◆ Dissociazione dell'intimità: sequenza dinamica + trasformazione terapeutica

LIVELLO 1 – Sequenza automatica (neurocezionale)

Vicinanza → Neurocezione di minaccia → Spegnimento (dorsovagale) → Ritiro → Dissociazione

☞ Non è solo evitamento nel funzionamento interpersonale

☞ È una sequenza di protezione automatica del sistema nervoso

LIVELLO 2 – Memoria e riattivazione (caso Andrea)

Memoria implicita → Riattivazione nel presente → Stato corporeo (panico / vuoto)

☞ Outlet con la madre:

- vicinanza/prossemica non regolata
- iper-esposizione senza condivisione
- assenza di connessione con il mondo esterno

☞ Oggi:

- stessa configurazione → attacco di panico

LIVELLO 3 – Intervento PIREP (in seduta)

Co-regolazione → Permanenza → Tollerabilità → Nuova esperienza

👉 Il terapeuta:

- rallenta
- ancora al corpo
- resta nella relazione
- non interpreta precocemente

👉 introduce: *vicinanza senza pericolo*

LIVELLO 4 – Trasformazione

Da:

Vicinanza = minaccia

A:

Vicinanza = esperienza tollerabile e condivisa

◆ Schema finale:

PRIMA (automatico)

Vicinanza



Minaccia



Spegnimento



Ritiro



Dissociazione

**AL DI SOTTO DEL COMPORTAMENTO MANIFESTO
(mondo interno di Andrea)**

Memoria implicita di angoscia dell'ambivalenza desiderio/fuga)



Riattivazione

IN SEDUTA (trasformazione)

Co-regolazione (esperienza condivisa)



Permanenza (rimanere e stare con l'esperienza)



Nuova esperienza (insight psico-somatico)



Trasformazione



👉 *La psicoterapia non elimina i pattern automatici di difesa appresi.
Ne trasforma il significato attraverso una nuova esperienza relazionale.*

Antefatto clinicouna rottura senza riparazione.....

In una seduta, Andrea arriva apparentemente tranquillo, ma con una qualità del tono emotivo più piatto del solito. Dopo alcuni minuti di conversazione, racconta un episodio accaduto il giorno prima con la madre.

Andrea:

“Ieri mia madre mi ha chiamato...
voleva che andassi con lei in un centro commerciale...
non avevo voglia... ero stanco...”

(pausa)

“...ma poi sono andato lo stesso”

Mentre lo racconta:

- abbassa lo sguardo
- le spalle si incurvano leggermente
- la voce diventa più monotona

 **micro-segnali di spegnimento**

Terapeuta (internamente):

coglie il cambiamento dello stato

→ sospende ogni interpretazione

→ si orienta alla regolazione

Andrea continua:

“Non è che mi dispiace stare con lei...

però...

è come se... non potessi dire di no”

(pausa più lunga)

“...se dico di no... mi sento in colpa...

come se la stessi deludendo”

👉 emerge il nucleo:

- compiacenza
- paura di deludere
- perdita di agency

Il terapeuta nota che, mentre parla:

- il corpo si irrigidisce
- il respiro si accorcia
- compare una lieve tensione nel volto

👉 **neurocezione: pericolo nella separazione**

Terapeuta (voce lenta, regolativa):

“Possiamo fermarci un attimo...

cosa succede nel corpo mentre dici che non puoi dire di no?”

Andrea:

“...è come una stretta... qui” (petto)

“...e come se... dovessi farlo per forza”

👉 il conflitto non è cognitivo

👉 è **incarnato e neurocezionale**

A questo punto diventa chiaro che:

- non si tratta di una difficoltà comunicativa
- ma di una **sequenza automatica di sottomissione**

👉 **Vicinanza (intimità) → Disagio-Pericolo-Minaccia →**

Colpa/Vergogna → Sottomissione → Spegnimento → Dissociazione

Il terapeuta, mantenendo una presenza stabile e non invasiva, valuta che:

- **lo stato è sufficientemente regolato**
- **Andrea è in grado di restare nell'esperienza**

👉 ***introduce allora il Role Playing***

Terapeuta:

“Potremmo provare a mettere qui questa scena...
così com'è successa...
ma insieme”

👉 ***Quando il conflitto non può essere pensato, può essere messo in scena.***

ROLE PLAYING – Andrea e la madre

(Dalla sottomissione → all'agency → alla connessione attraverso la relazione terapeutica)

FASE 1 – Messa in scena

Terapeuta (calmo, contenitivo):

“Portiamo qui una scena reale con tua madre...
tu fai Andrea... io sarò tua madre”

Andrea (voce bassa, corpo contratto):

“Mamma... oggi non so se ho voglia di venire...”

Terapeuta (come madre, tono normativo):

“Ma come no? Dai, non fare storie. Vieni e basta.”

👉 Andrea abbassa lo sguardo, sospira

Andrea:

“...va bene...”

👉 **Pattern attivo: sottomissione → spegnimento → dissociazione**

FASE 2 – Inversione di ruolo

Terapeuta:

“Adesso proviamo a invertire i ruoli.
Tu fai tua madre... io sarò Andrea”

Andrea (come madre, tono più deciso):

“Dai Andrea, non fare il difficile. Vieni con me.”

Terapeuta (come Andrea, inizialmente sottomesso):

“...ok...”

(pausa)

Poi cambia leggermente tono, più presente:

“...non è che non voglio stare con te...
è che... a volte per me è troppo”

👉 Andrea osserva, si attiva emotivamente

👉 **emerge empatia + consapevolezza della pressione**

FASE 3 – Modeling (terapeuta assertivo)

Terapeuta (ancora nel ruolo di Andrea, ma più regolato):

“Mamma... stare con te mi fa anche piacere...
ma ho bisogno di avere un po' di spazio...
altrimenti mi sento sotto pressione”

(voce calma, ferma, non piagnucolosa, non aggressiva)

 **mostra:**

- assertività
- regolazione
- connessione senza sottomissione

FASE 4 – Andrea prova (con supporto)

Terapeuta:

“Ora prova tu... ma restiamo nel tuo ritmo...
non deve essere perfetto”

Andrea (esita, poi, sospira):

“Mamma...
non è che non voglio stare con te...
però... quando è troppo... mi chiudo...”

👉 si ferma, respiro corto

Terapeuta (regola):

“Va bene... rallenta...
resta un attimo con quello che senti...
io sono qui”

Andrea (più stabile):

“...avrei bisogno... di scegliere un po' di più...”

👉 **agency emergente**

FASE 5 – Mentalizzazione e integrazione

Terapeuta:

“Com’è stato dirlo... senza dire subito ‘va bene’?”

Andrea:

“...strano...
ma... non mi sono sentito schiacciato”

Terapeuta:

“Questa è una differenza importante...
sei rimasto nella relazione... senza perdere te stesso”

👉 integrazione:

- corpo → esperienza
- esperienza → significato
- significato → possibilità relazionale (intimacy)

LETTURA CLINICA

Prima

Vicinanza (intimità) → Disagio-Pericolo-Minaccia → Sottomissione → Spegnimento → Dissociazione

Nel Role Playing

Vicinanza → Attivazione della disregolazione → Co-regolazione → Agency → Permanenza → Connessione

PUNTO CHIAVE PIREP

👉 Il cambiamento non avviene perché Andrea “impara cosa dire”

👉 ma perché:

- il terapeuta regola la propria neurocezione
- crea sicurezza
- **permette ad Andrea una nuova esperienza incarnata di essere connesso**

👉 *L'assertività non nasce dal controllo, ma dalla sicurezza di poter restare nella relazione senza sottomettersi.*

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

Il processo del terapeuta che procede nel setting per sintonizzarsi con il paziente:

1. **diventa consapevole del sua presenza corporea (controtransfert somatico)**
2. **impara a regolarsi nel setting (regola la neurocezione)**
3. **costruisce l'alleanza**
4. **tollera la rottura**
5. **usa le tecniche psicoterapeutiche senza difendersi**
6. **diventa sicuro**
7. **diventa curioso**
8. **continua a trasformare la sua presenza al servizio della sintonizzazione**
9. **arriva alla rêverie clinica**
10. **sente**
11. **comprende**
12. **restituisce**



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

IL CAMBIAMENTO NELLA PSICOTERAPIA POLIVAGAL INFORMED



La cura non cambia ciò che il paziente pensa, ma le condizioni in cui può sentire, pensare e stare in relazione

*Qui è essenziale distinguere con precisione **relazione** e **connessione** nel senso della Teoria Polivagale, perché non sono sinonimi sul piano clinico.*

La **relazione** è una organizzazione psicologica interpersonale che implica rappresentazioni di sé e dell'altro, modelli operativi interni, aspettative, significati. È quindi mediata dai sistemi di mentalizzazione (DMN/ToM) e può esistere anche in assenza di sicurezza: ovvero si può essere in relazione e, allo stesso tempo, essere difesi, ritirati, all'attacco, compiacenti o dissociati.

La **connessione**, invece, è una condizione neurofisiologica di sicurezza: è lo stato in cui il sistema nervoso, attraverso l'attivazione ventrovagale, percepisce reciprocità, curiosità, empatia e rende possibile l'ingaggio sociale e l'intersoggettività.

Non è soltanto una rappresentazione di sé e dell'altro, ma una **esperienza incarnata di sicurezza condivisa**.

Senza connessione, la relazione rimane formalmente attiva, ma biologicamente non abitata.

In questo senso,

la connessione è il fondamento regolativo della relazione:

- la **relazione** appartiene al piano simbolico e rappresentazionale
- la **connessione** appartiene al piano autonomico e implicito di sicurezza.

Per questo motivo, ***la cura non mira primariamente a modificare i contenuti della relazione (cosa il paziente pensa di sé e dell'altro), ma a rendere possibile la connessione (come il sistema nervoso del paziente può stare con se stesso e con l'altro in sicurezza).***

Quando la connessione si stabilizza:

- . la relazione diventa più flessibile e meno difensiva
- . la mente non si agita (iper-mentalizzazione)/ la mente non collassa nella ruminazione persecutoria
- . l'intimità nella connessione non viene più automaticamente registrata come disagio-pericolo-minaccia.

Da qui la formulazione più precisa:



La cura non cambia direttamente i pensieri del paziente, ma trasforma lo stato neurofisiologico che rende possibile pensare, sentire e stare in relazione.

Non interviene sulla relazione in quanto tale, ma sulla capacità del sistema nervoso di cercare e rimanere nella connessione.

Ed è questa connessione, incarnata e condivisa, che rende finalmente abitabile la relazione, con sé stessi e con gli altri.

Lavorare sulla disregolazione della neurocezione è quindi un processo:

Regolazione → Permanenza → Connessione → Significato condiviso → Integrazione dell'esperienza

Non significa:

calmare il paziente
cambiare i pensieri di allarme
trasformare le convinzioni patogene
interpretare il sintomo
correggere il comportamento

Significa:

- 👉 *riconoscere lo stato autonomico*
- 👉 *regolare la neurocezione (terapeuta/paziente)*
- 👉 *offrire sicurezza implicita nel setting (connessione)*
- 👉 *permettere al paziente di poter restare nella connessione*



"La PIREP è una psicoterapia volta a ristabilire il dialogo interrotto dal trauma, tra mente, corpo e relazione. Lì dove il trauma ha spezzato la continuità dell'esperienza, la psicoterapia diventa il luogo in cui il paziente può tornare a sentirsi, a pensarsi e a riconnettersi."

Vincenzo Caretti