

**LA REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI  
come FUNZIONE FONDAMENTALE nel  
processo di ATTACCAMENTO  
CLIENTE-AGEVOLATORE**

Le persone interiorizzano le esperienze relazionali con le proprie figure di accudimento come schemi di regolazione emotiva, inseriti nel Modello Operativo Interno che modella e influenza le “mosse” di avvio e di evoluzione delle relazioni interpersonali (e della relazione di aiuto) e le strategie di gestione delle emozioni.

**Comunicazione affettiva implicita** (Hill, 2017)

- **L'affetto, a base corporea, viene espresso automaticamente attraverso comunicazioni implicite: l'espressione facciale (che può avere una durata di soli 30 millisecondi), i ritmo, l'intonazione e l'accentuazione del linguaggio (prosodia), la postura e la gestualità;**
- **la corrispondenza neurobiologica involontaria è la condizione fondamentale che ci permette di conoscere e sperimentare l'esperienza soggettiva degli altri.**
- **La comunicazione implicita è il mezzo di comunicazione fondamentale che ci permette di sperimentare un senso di condivisione reciproca, su cui, inoltre, ci basiamo per cogliere ciò che accade negli altri.**
- **Scambi impliciti di affetto (espressione e corrispondenza/ricezione –sono le basi fisiologiche dell'intersoggettività)**

### Comunicazione affettiva implicita (Hill, 2017)

- **La trasmissione interpersonale dell'affetto viene spesso processata troppo velocemente per la coscienza, che ha bisogno di tempi più lunghi di attenzione focalizzata, da un quarto di secondo a mezzo secondo.**
- **L'affetto è portato da cervello a cervello neurocettivamente, per esempio con un cambio di tono di voce o un'espressione facciale appena percettibile, e ci permette di conoscere lo stato affettivo dell'altro – informazione cruciale per la cooperazione e la competizione.**

Le abilità di regolazione emotiva sono un requisito indispensabile per sviluppare un "impegno sociale".

Indicatori responsabili della regolazione del sistema dell'attaccamento

1. Percezione di **minaccia** della disponibilità del partner, attiva il sistema dell'attaccamento con stato di ansia e allerta e porta alla ricerca della prossimità emotiva e fisica del partner
2. Percezione di **disponibilità responsiva** del partner: se sì, la persona si sente libera di impegnarsi in attività che la riguardano, se no, si vive l'insicurezza che porta a iperattivazione (preoccupati) o disattivazione (distaccati) delle strategie di regolazione affettiva.

## **Il processo di mutua regolazione**

**I PARTNER DI UN' INTERAZIONE AFFETTIVA REGOLANO LE  
LORO INTENZIONI RELAZIONALI E LO STATO  
DELL' INTERAZIONE APPRENDENDO E RISPONDENDO AL  
SIGNIFICATO MOMENTANEO DI QUANTO ESPRESSO A LIVELLO  
AFFETTIVO E COMPORTAMENTALE DA PARTE DI  
ENTRAMBI I PARTECIPANTI DELLO SCAMBIO.**

**ENTRAMBI SONO PROTAGONISTI ATTIVI  
DEL PROCESSO DI REGOLAZIONE.**

**LA DISREGOLAZIONE PRODUCE LA FRATTURA DELLA SINTONIA  
E SEGNA LA  
LA NECESSITÀ DI UNA RIPARAZIONE SOLLECITA**

**Il processo interattivo implicito si  
svolge parallelamente a quello esplicito**

**La madre e il bambino coordinano le  
loro le vocalizzazioni, le pause e i  
cambi di turno: vocalizzazioni e pause  
dell' uno sono prevedibili sulle pause e  
sulle vocalizzazioni dell' altro**

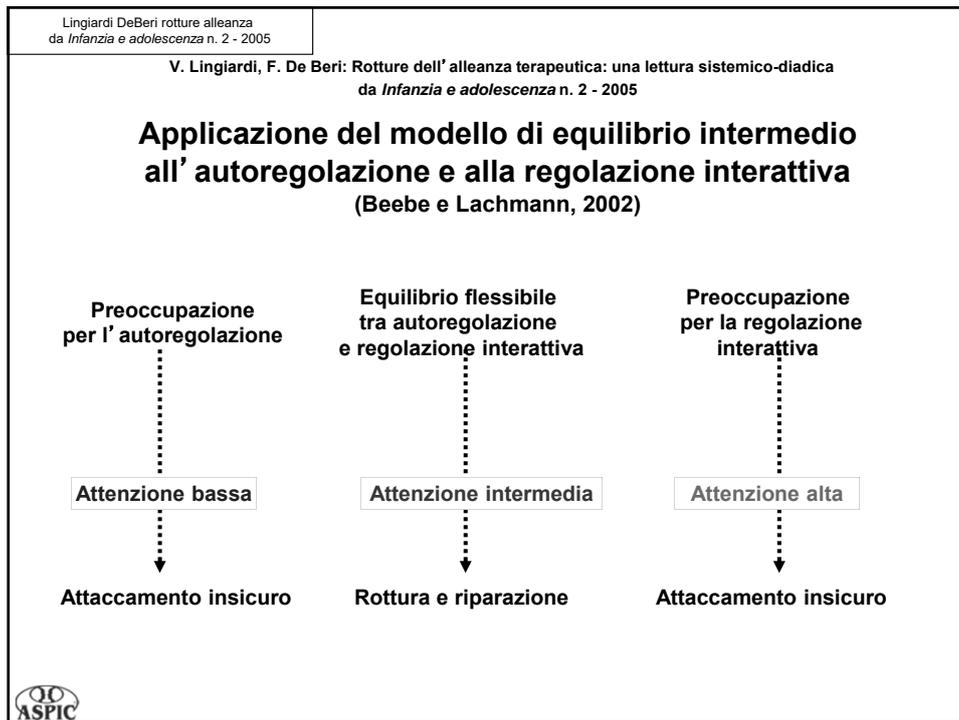
**Le stesse "regole" sono alla base della  
"danza terapeutica"**

**Un alto grado di coordinazione bidirezionale può costituire un fattore di rischio di disorganizzazione in quanto può essere il risultato di un alto sforzo dei partecipanti centrato sull'interazione per superare problemi nella comunicazione (vocalizzazioni, pause, cambi turno) per renderla più prevedibile.**

**Nella diade la regolazione interattiva è simultanea con lo sforzo costante di autoregolazione del paziente (e anche del clinico).**

**Carenze nell' autoregolazione incidono sulla regolazione interattiva e viceversa.**

**Quando uno dei due partner agisce fuori dalla zona intermedia di equilibrio tra autoregolazione e regolazione interattiva significa che sta affrontando un problema nella relazione (Beebe, Lachman, 2002)**



**La sicurezza relazionale consiste nella possibilità di spostarsi tra i poli senza restare ancorati all' uno o all' altro.**

**Uno spostamento del paziente verso la vigilanza interattiva segnala un eccessivo monitoraggio del terapeuta a spese dell' autoregolazione (acquiescenza come segnale di rottura dell' alleanza)**

**Qui il terapeuta deve focalizzare il qui e ora della relazione ed**

**esplorare i sentimenti evitati del paziente.**

**Il processo riguarda nello stesso modo anche il terapeuta.**

**Il timing interpersonale tra paziente e terapeuta (ritmo cenestesico, tono, scambi vocali simultanei e alternati) crea uno stato simile tra i partner, che favorisce intimità e attaccamento**

**Un' interazione polarizzata sul "ritiro" è connessa a un eccesso di attenzione all' autoregolazione a discapito della sensibilità interattiva.**

**La segnalazione di rottura qui è caratterizzata da disaffezione o risentimento nei confronti del terapeuta o del setting terapeutico.**

**➔ Evitare di rispondere in modo difensivo e porre l'accento sul vissuto che il paziente ha dell'interazione che ha determinato la rottura, spostando così l'attenzione sulla regolazione interattiva (polo relazionale)**

**➔ Ridurre o stimolare affetti e il livello di attivazione del paziente.**

## **LO SVILUPPO DELLA CO-REGOLAZIONE**

**LA REGOLAZIONE INTERATTIVA E  
L' AUTOREGOLAZIONE COSTITUISCONO LE  
DUE MODALITA' CONGIUNTE DELLA  
REGOLAZIONE AFFETTIVA**

### **REGOLARITA'**

**La costanza degli scambi interattivi fondata sulle  
regolazioni attese e prevedibili genera  
aspettative che organizzano l' esperienza  
secondo un codice condiviso di regole**

**Ricerche neurofisiologiche dimostrano che  
familiarità, ripetizione e attesa rappresentano il  
principio organizzativo neurale più importante**

**Eccessi di prevedibilità e regolarità disegnano un  
mondo rigido, inflessibile e  
facilmente alterabile**

**Gravi carenze di prevedibilità disegnano un  
mondo caotico, alti livelli di allarme**

## **INTERRUZIONE E RECUPERO DELLA REGOLARITA'**

**Le rotture della sintonizzazione nella  
diade paziente-terapeuta  
e le modalità di riparazione  
risultano fattori strutturanti  
la rappresentazione della realtà  
soggettiva e interpersonale (alla base  
delle riparazioni delle ferite profonde)**

- Interagire con una figura di attaccamento come base sicura, ovvero avere la sensazione di esistere come persona, e non come oggetto, nella mente e nel cuore di un altro che abbia padronanza di sé, che si prenda cura, sia in sintonia, comprenda stati mentali, stati d'animo, bisogni ("l'adulto più grande, più forte, più saggio e premuroso"). La piena consapevolezza del terapeuta permette al paziente di sperimentare il suo **funzionamento riflessivo.**

**Quando siamo dentro al nostro corpo e stiamo a nostro agio possiamo essere più presenti e di aiuto nella relazione**

**Il paziente non ha bisogno di leggere la nostra mente perché può leggere il nostro corpo.**

**Sapendo e sentendo che siamo pienamente lì, presenti, può dedicarsi alla sua esperienza senza doversi occupare della nostra.**

**Quando siamo a disagio, sonnolenti, irrequieti o abitiamo solo la nostra mente, siamo disconnessi e questo rende più difficile al paziente l'essere presente, capace di riflettere e di sentirsi connesso.**

**Il corpo ha un ruolo centrale nella creazione di significati e ed emozioni.**

**Conoscere e sperimentare azioni fisiche basate sui gesti primari alla base di tutte le interazioni, aiuta a trasformare il modo con cui il paziente organizza le esperienze affettive significative nella propria vita.**

- la attivazione cronica del sistema di difesa (effetto di traumi cumulativi) viene incontrata empaticamente e rassicurata con gesti e movimenti riparativi e la finestra di tolleranza ampliata, regolando le risposte neurovegetative e restituendo al paziente la possibilità di poter riflettere sui suoi stati interni senza interferenze traumatiche.

- Il sistema neurovegetativo è formato da sottosistemi che si attivano in maniera gerarchica di fronte alle sfide ambientali.
- Il ramo ventrale del nervo vago, quello evolutivamente più recente e sofisticato, regola l'impegno sociale e favorisce un arousal ottimale, entro la "finestra di tolleranza".

- Il sistema simpatico , evolutivamente più primitivo e meno flessibile, regola le risposte difensive di mobilitazione, permettendo l'attivarsi delle reazioni di attacco e fuga, innalzando il livello di arousal globale per garantire al meglio le possibilità di sopravvivenza di fronte a un pericolo.

- Il ramo parasimpatico dorsale del nervo vago si attiva come ultima linea difensiva "di riserva" se le due precedenti falliscono: riduce drasticamente l'arousal fino allo svenimento o "finta morte" e consente l'immobilizzazione ai fini della sopravvivenza.

- La condizione di **immobilità vigile** e pronta all'azione che si attiva nell'istante in cui si percepisce la minaccia e si valuta quale difesa potrebbe essere più efficace, è invece determinata dall'**attivazione simultanea del sistema simpatico e parasimpatico**.

## La finestra di tolleranza

e la gerarchia polivagale



**Il sistema vagale ventrale ha il controllo primario non solo degli organi viscerali come il cuore, ma anche della muscolatura del viso e della testa, senza la quale è impossibile un'efficace comunicazione sociale (contatto oculare, vocalizzazione con intonazione accattivante, espressione facciale appropriata alle contingenze).**

### La finestra di tolleranza

**Iper-arousal simpatico, caos, alto livello di energia, sensoriale**

**Cognitivo:** pensiero frenetico, ansia, incapacità di pensare ed elaborare, immagini e pensieri intrusivi

**Emotivo:** Panico sopraffazione

**Somatico:** agitazione, impulsività, respirazione e battito cardiaco accelerati, trasalimenti esagerati

**Finestra di tolleranza: stato complesso adattivo, integrato**

**Cognitivo**  
Riflessivo,  
orientato al presente  
Contestualizzato

**Emotivo:**  
proporzionato  
alla situazione,  
tollerabile

**Somatico:** calmo,  
Radicato, incarnato

**IPOAROUSAL:** parasimpatico, rigido, conservazione dell'energia, motorio

**Cognitivo:**  
Disconnesso,  
disorientato, annebbiato

**Emotivo:**  
Devitalizzato,  
assente

**Somatico:**  
desensibilizzato,  
obnubilato, chiuso  
immobilizzato

**Quando le esperienze di minaccia e pericolo sono contingenti e occasionali le reazioni del rilascio del freno del vago sono adattive.**

**Il vissuto traumatico invece provoca “l'usura del freno” che attiva risposte (disadattive) di attacco-fuga o di immobilizzazione in risposta a stimoli di scarsa intensità.**

- **Iperattivazione SNS:** aumento respirazione, ritmo cardiaco accelerato, dilatazione pupille, calore e afflusso sanguigno negli arti, volto che perde colore. Il paziente si sente sopraffatto e disorganizzato
- **Attivazione parasimpatico:** respirazione e ritmo cardiaco rallentano, le pupille si restringono, volto accaldato. Il paziente si sente stordito, spento.

## **Iperattivazione simultanea SNS e SNP**

segnali : viso rosso, ritmo accelerato.

È il momento di azionare il freno:

- prestando attenzione alle **sensazioni corporee**, e se questo è troppo
- dirigendo **l'attenzione su particolari dell'ambiente esterno**:  
impressioni sensoriali sul setting
- impegnando il paziente sulla **respirazione** per radicarlo nel momento presente  
(all'interno della finestra di tolleranza)

**Nel breve termine gli interventi clinici sono efficaci nella misura in cui aiutano a mantenere l'attivazione del Sistema Nervoso Autonomo del paziente all'interno di livelli tollerabili**  
**Nel lungo termine gli interventi efficaci permettono di ampliare la finestra di tolleranza**

**Il nostro compito è quello di percepire il movimento verso i margini della finestra e lavorare in quest' area "sicura ma non troppo", dove il cambiamento è possibile.**

**Se non ci spostiamo dal centro della finestra non consentiamo la disorganizzazione controllata e la riorganizzazione necessarie perché il sistema della persona cambi.**

## **Lavorare con l'arousal**

- Appoggiarsi alle risorse per andare vicino alle zone critiche
- Prendere delle pause per verificare lo stato di attivazione ed eventualmente fare un "passo indietro"
- Descrivere fenomenologicamente quanto accade

*Fino a quando le sensazioni non possono essere sperimentate senza sopraffare la persona in relazione all'esperienza traumatica che ha generato le dissociazioni, le intense espressioni di sensazioni danneggiano piuttosto che curare*

## Per lavorare con l'iperarousal

- Interventi che rallentino o fermino la persona nei momenti di picco emotivo
- Descrizione delle sensazioni fisiche
- Il ritmo e il tono del terapeuta è fondamentale per recuperare la regolazione
- Un movimento lento che favorisce il recupero
- Focalizzare e circoscrivere l'attenzione
- Dare un "titolo" all'esperienza

## Per lavorare con l'ipoarousal

- Ripristinare gradualmente (altrimenti si può aggravare la dissociazione) l'energia e il contatto (disponibili)
- Osservare l'ambiente e agevolare il riorientamento nella stanza
- Chiedere di individuare parti/oggetti della stanza che implicino la necessità di mobilizzare lo sguardo
- Premere forte i piedi a terra, allungare la spina dorsale, o semplicemente stare in piedi insieme
- Chiedere se nota un qualche impulso a muoversi (in genere nelle braccia o nelle mani). I muscoli congelati sono parti di uno schema motorio relativo ad azioni difensive abortite, in cui la fuga era impedita, quindi c'è spesso un'azione retroflessa
- Chiedere di pensare a un muscolo che si contrae in preparazione di un'azione. Contrazione e flessione consapevole incrementano la regolazione

**Movimenti di base:**

**funzione e significato emotivo/psicologico** (Bainbridge-Cohen, 1993)

- **Lasciarsi andare:** a gravità, cure di un'altra persona; ricettività, supporto, fiducia
- **Spingere:** con piedi, mani/braccia, ossa ischiatiche quando seduti, occhi; separazione, confini, difesa, differenziazione ("spinta" delicata = contatto)
- **Raggiungere:** con mani, braccia, occhi; ricerca, raggiungimento, esplorazione, provare a ottenere ciò che si vuole
- **Afferrare:** con mani, braccia, intero corpo, gambe; atto di avvolgersi, abbracciare, tenersi; attaccarsi a qualcosa/qualcuno
- **Tirare:** attirare qualcosa/qualcuno a sé,; aumentare la vicinanza; attrazione, accoglienza, soddisfazione.

QUANDO PERSISTENTEMENTE  
INEFFICACI NEL PRODURRE  
L'EFFETTO DESIDERATO, LE AZIONI  
DI RICERCA DELLA VICINANZA E LE  
AZIONI DISTANZIANTI

**-APPRESE NEL CONTESTO DELLE  
RELAZIONI DI ATTACCAMENTO-  
VENGONO ABBANDONATE O  
DISTORTE**

NEL SETTING TERAPEUTICO:  
PORTARE A COMPIMENTO IL  
MOVIMENTO/L'AZIONE INTERROTTA  
CONSENTE DI AVVIARE LA  
REGOLAZIONE AFFETTIVA E  
L'INTEGRAZIONE NEI PROCESSI DI  
MENTALIZZAZIONE

## Riferimenti bibliografici

- Hill D. (2017), *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*, R.Cortina, Milano.
- Ogden P, Fisher J. (2016), *Psicoterapia sensomotoria*, R. Cortina, Milano.
- Ogden P, Minton K., Pain C. (2013), *Il trauma e il corpo*, ISC, Sassari.
- Siegel D. (2014), *Il terapeuta consapevole*, ISC, Sassari.
- Wallin D.J. (2009), *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, il Mulino, Torino.