

Regolazione e disregolazione emotiva



1

DEFINIZIONI DI EMOZIONE

- EMOZIONE = STATO PSICHICO AFFETTIVO MOMENTANEO CHE CONSISTE NELLA REAZIONE COSTRUITA DALL'ORGANISMO A PERCEZIONI O RAPPRESENTAZIONI CHE NE ALTERANO L'EQUILIBRIO.
- LE EMOZIONI SONO **INFORMAZIONI**: "COSA E' BUONO E COSA NON E' BUONO PER ME"
- LE EMOZIONI **SI APPRENDONO** NELL'AMBIENTE SOCIALE E CAMBIANO CON L'ESPERIENZA ATTRAVERSO LA QUALE SI IMPARA A RICONOSCERLE. LA PAURA E' INNATA MA LE COSE DI CUI ABBIAMO PAURA SONO DEFINITE
- CULTURALMENTE, ATTRAVERSO L'APPRENDIMENTO.
- LE EMOZIONI SONO **ATTIVATORI** PRIMARI DEL COMPORTAMENTO: COSTITUISCONO SCHEMI DI SIGNIFICATO E DI AZIONE.

2

• EMOZIONE = DEVIAZIONE FISIOLOGICA DELL'OMEOSTASI CHE E' **SOGGETTIVAMENTE** ESPERITA CON FORTI SENSAZIONI E CHE SI MANIFESTA IN CAMBIAMENTI NEUROMUSCOLARI, RESPIRATORI, CARDIOVASCOLARI, ORMONALI, O DI ALTRO TIPO, PREPARATORI ALL'ATTO ESPlicito, IL QUALE PUO' O PUO' NON ESSERE PORTATO A TERMINE.

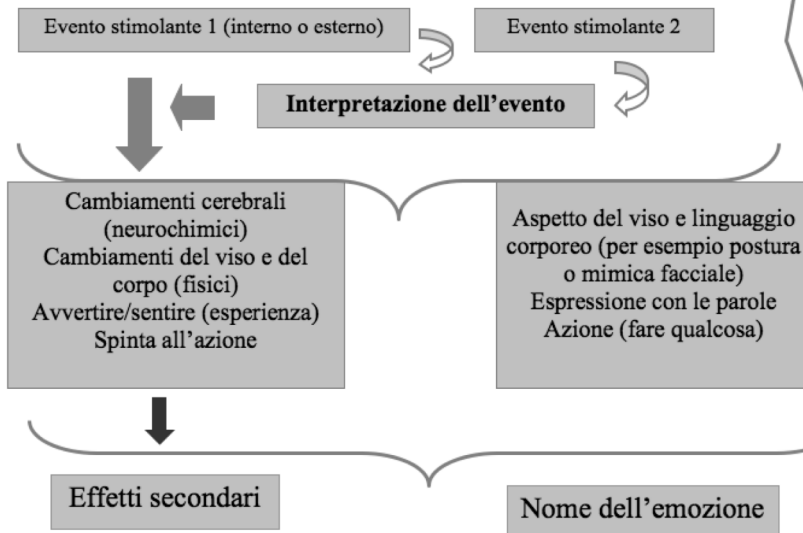
• **EMOZIONI FONDAMENTALI:**

- INTERESSE – ECCITAZIONE
- GIOIA – GODIMENTO
- ALLARME – SORPRESA
- DOLORE – ANGOSCIA
- COLLERA – RABBIA
- DISGUSTO – REPULSIONE
- DISPREGIO – SCHERNO
- PAURA – TERRORE
- VERGOGNA – TIMIDEZZA
- UMILIAZIONE
- COLPA - RIMORSO



3

COMPONENTI DELLE EMOZIONI:



4

ALCUNE TEORIE SULLE EMOZIONI

- **DARWIN (1872/1955):**
- L'ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI NELL'ANIMALE E NELL'UOMO È UNA CARATTERISTICA SELEZIONATA IN QUANTO FAVORISCE L'ADATTAMENTO.
- LE ESPRESSIONI DELLE VARIE EMOZIONI PRIMARIE SONO DISTINTE, FACILMENTE RICONOSCIBILI E IDENTIFICABILI, IN QUANTO CARATTERIZZATE DA SPECIFICI PATTERN MIMICI, E SONO UNIVERSALI SU BASE INNATA, IN QUANTO GENETICAMENTE PRECODIFICATE E PROGRAMMATE.

DUE LE MAGGIORI CORRENTI TEORICHE (ANNI '60):

TEORIA PSICO-EVOLUZIONISTICA:

- EMOZIONI COME COSTRUTTI DISTINTI E SUDDIVISI IN PRECISI PROCESSI NEUROFISIOLOGICI DETERMINATI GENETICAMENTE E SELEZIONATI NELL'ARCO DELL'EVOLUZIONE.

TEORIA COSTRUTTIVISTA:

- LE EMOZIONI COINCIDONO CON PATTERN DI RISPOSTE APPRESE NELL'INTERAZIONE E RIVOLTE A REGOLARE L'INTERAZIONE SOCIALE STESSA

5

EVENTO STIMOLO	SENSAZIONE + AFFETTO	VALUTAZIONE COGNITIVA	COMPORTAMENTO	EFFETTO STIMOLO
MINACCIA	<i>Paura, terrore</i>	Pericolo	<i>Fuggire</i>	Protezione
OSTACOLO	<i>Collera, rabbia</i>	Nemici	<i>Mordere, colpire</i>	Distruzione
POTENZIALE PARTNER SEX	<i>Gioia, estasi</i>	Possesso	<i>Corteggiare, accoppiarsi</i>	Riproduzione
PERDITA	<i>Tristezza</i>	Separazione	<i>Piangere</i>	Reintegrazione
MEMBRO GRUPPO	<i>Fiducia</i>	Amico	<i>Condividere</i>	Affiliazione
OGGETTO DISGUSTOSO	<i>Disgusto, schifo</i>	Veleno	<i>Vomitare, cacciare via</i>	Rifiuto
NUOVO TERRITORIO	<i>Anticipazione</i>	Cosa c'è là?	<i>Indagare,</i>	Esplorazione
OGGETTO IMPREVISTO	<i>Ansia</i>	Che cos'è	<i>Arrestarsi, allertarsi</i>	Orientamento

6

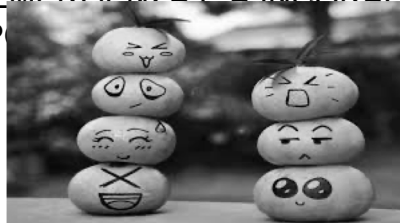
NATURA DELLE EMOZIONI

- HANNO UNA BASE NEUROLOGICA
- SONO FUORI DALLA COSCIENZA
- SONO FUORI DAL LINGUAGGIO, CON CUI SI FONDONO NEL CORSO DELLO SVILUPPO
- L'ASPETTO EMOTIVO E' IN CONNESSIONE COSTANTE E CIRCOLARE CON L'ASPETTO COGNITIVO
-
- LE EMOZIONI HANNO LA FUNZIONE DI ESPRESSIONE DI **STATI INTERNI**, PIU' O MENO RAPPRESENTABILI DA PARTE DELLA COSCIENZA, E COSTITUISCONO UN POTENTE SEGNALE DI **COMUNICAZIONE INTERPERSONALE**, SVOLGENDO UN RUOLO FONDAMENTALE NEL COLLEGAMENTO TRA MONDO INTERIORE PERSONALE E MONDO ESTERNO SOCIALE.
-
- LE ESPERIENZE EMOZIONALI E LE REAZIONI APPRESE POSSONO ESSERE CAMBIATE.

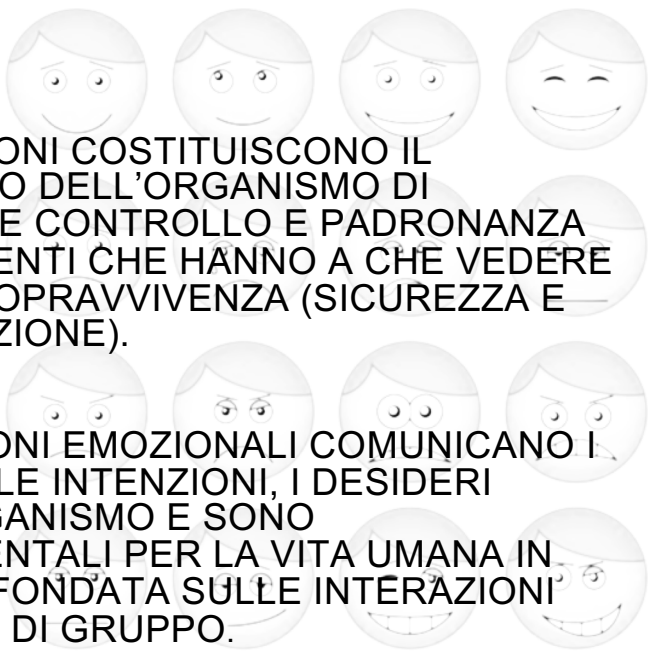
7

FUNZIONI DELLE EMOZIONI UMANE:

- COMUNICARE GLI STATI INTERNI AD ALTRI SIGNIFICATIVI (IMPLICA I PROCESSI SENSORIALI, PERCETTIVI E DI VALUTAZIONE SOGGETTIVA)
- INFORMARE IL SOGGETTO DELLE EMOZIONI ALTRUI
- PROMUOVERE LA COMPETENZA ESPLORATIVA DELL'AMBIENTE
- PROMUOVERE RISPOSTE ADEGUATE ALLE SITUAZIONI DI EMERGENZA E A INCORAGGIARE TRANSAZIONI P...



8

- 
- LE EMOZIONI COSTITUISCONO IL TENTATIVO DELL'ORGANISMO DI ACQUISIRE CONTROLLO E PADRONANZA SUGLI EVENTI CHE HANNO A CHE VEDERE CON LA SOPRAVVIVENZA (SICUREZZA E RIPRODUZIONE).
 - LE REAZIONI EMOZIONALI COMUNICANO I BISOGNI, LE INTENZIONI, I DESIDERI DELL'ORGANISMO E SONO FONDAMENTALI PER LA VITA UMANA IN QUANTO FONDATA SULLE INTERAZIONI SOCIALI E DI GRUPPO.

9

Nella reazione emotiva automatica le aree frontali del cervello non sono coinvolte, la reazione è direttamente azionata dal cervello limbico

Quando invece la reazione è mediata dalla ragione il comportamento è frutto di pianificazione, l'uso del linguaggio è privilegiato

10

È importante che l'attenzione focalizzata di psicologo e cliente passi dal racconto narrativo alla consapevolezza *mindful* dell'**esperienza presente** (sensazione, percezione con i cinque sensi, movimento, emozione, cognizione) ***Fare conversazione, risolvere problemi, "fare", organizzare il cliente non deve occupare tutto lo spazio terapeutico*** (OGDEN, 2006-2012)

11

**LA DIALETTICA
DELL' ESSERE E DEL FARE
CON IL CLIENTE**

SEGUIRE IL CLIENTE: RIMANERE
EMPATICAMENTE IN SINTONIA CON LA
SUA ESPERIENZA INTERNA IMMEDIATA,
MOMENTO PER MOMENTO

CONDURRE IL PROCESSO COME UNA
GUIDA ESPERIENZIALE, CHE CONOSCE
L' AMBITO SOGGETTIVO E I PROCESSI
EMOZIONALI

12

Per offrire struttura e costruire una base sicura:

- **“Ti dimostro che capisco e comprendo le origini profonde del tuo disagio e del tuo malessere”**
- **“Rispecchio i tuoi sentimenti e ti faccio *sentire sentito*”**
- **“Accolgo e contengo le tue emozioni che, anche quando sono dolorose e spaventanti, sono gestibili, non mi sommergono né mi allontanano”**

13

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

**Le persone interiorizzano le
esperienze relazionali con le proprie
figure di accudimento come
schemi di regolazione emotiva, inseriti
nel Modello Operativo Interno**

14

LA REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI
come FUNZIONE FONDAMENTALE nel
processo di ATTACCAMENTO
CLIENTE-PSICOLOGO COUNSELOR

Il Modello Operativo Interno 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.

15

Comunicazione affettiva implicita (D.Hill, 2017)

- **L'affetto, a base corporea, viene espresso automaticamente attraverso comunicazioni implicite: l'espressione facciale (30 millisecondi), il ritmo, l'intonazione e l'accentuazione del linguaggio (prosodia), la postura e la gestualità;**

16

Comunicazione affettiva implicita

(Hill, 2017)

- **La corrispondenza neurobiologica involontaria è la condizione fondamentale che ci permette di conoscere e sperimentare l'esperienza soggettiva degli altri.**

17

Comunicazione affettiva implicita (Hill, 2017)

- **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.**

18

Comunicazione affettiva implicita (Hill, 2017)

- **Scambi impliciti di affetto
-espressione e
corrispondenza/ricezione –
sono le basi fisiologiche
dell'intersoggettività**

19

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.**

20

Comunicazione affettiva implicita (Hill, 2017)

- **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.**

21

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.

22

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,
PROTAGONISTI ATTIVI
DEL PROCESSO DI REGOLAZIONE.**

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

23

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

**“Regole” della “danza terapeutica”
I partner dell'interazione 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**

24

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 all'interazione per superare problemi nella comunicazione (vocalizzazioni, pause, cambi turno) per renderla più prevedibile.

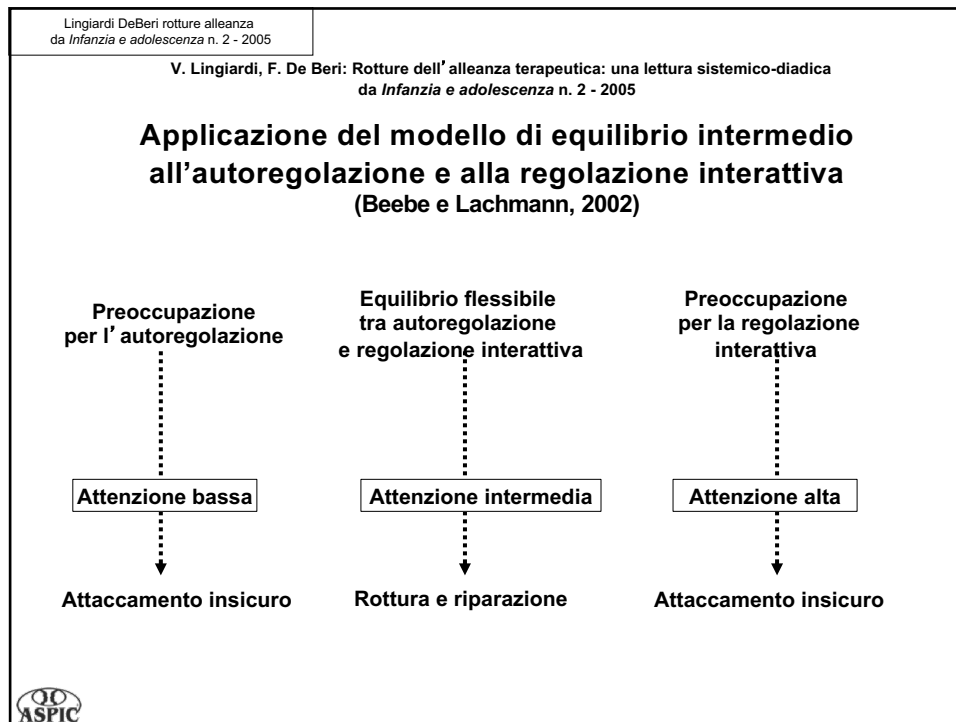
25

Nel modello sistemico della 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; 2017)

26



27

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

28

**Uno spostamento del
cliente verso la vigilanza interattiva
segnala un eccessivo monitoraggio
dello psicologo a spese
dell'autoregolazione
(acquiescenza come segnale di
rottura dell'alleanza)
Qui lo psicologo deve focalizzare il
qui e ora della relazione ed
esplorare i sentimenti evitati dal
cliente.**

29

**Il processo riguarda nello
stesso modo
anche lo
Psicologo Counselor.**

30

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

31

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.

32

INTERRUZIONE E RECUPERO DELLA REGOLARITA'

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

33

- **Guidare** la consapevolezza del cliente verso gli elementi dell'esperienza corporea (movimenti, gesti, posture che rispecchiano e sostengono la sua storia) e **seguirli**, momento per momento, finché cambiano spontaneamente
- Proporre **azioni specifiche** che portano gli **schemi somatici radicati nel passato a riorganizzarsi**

34

**Quando siamo
presenti/sintonizzati,
la nostra
esperienza corporeo-emotiva
può simulare
l'esperienza corporeo-emotiva
del cliente
(conrotransfert somatico)**

35

***Cosa ha bisogno di trovare il cliente nella nuova
relazione di attaccamento con lo psicologo?***

- una figura di attaccamento come base sicura
- avere la sensazione di esistere come persona, e non come oggetto
- un altro che abbia padronanza di sé, che si prenda cura, sia in sintonia, comprenda stati mentali, stati d'animo, bisogni

36

- 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")

37

La piena consapevolezza del counselor permette al cliente di sperimentare il suo funzionamento riflessivo.

38

Sperimentare un **buon accudimento** innesca il rilascio di **ossitocina**, l'ossitocina gioca un ruolo primario nel premettere di **sentirsi** abbastanza **sicuri** da restare **aperti** durante la vicinanza con partner sociali, attivare il **coinvolgimento** e **l'empatia**, sintonizzandosi sulle reciproche esperienze interiori (in particolare di sofferenza, sia fisica che emotiva)

39

Un **accudimento carente** viene registrato a livello del **collicolo** (poco sotto il talamo), che riceve informazioni da *occhi, orecchie* e dalla *corteccia somatosensoriale*, e innesca la risposta di “**orientamento obbligatorio**”
(informazioni salienti: **attenzione!**)
Input inviato all'**amigdala** che fa una rapida valutazione ai fini della **sopravvivenza** ed eventualmente attiva reazioni difensive...
IL TUTTO IN MENO DI 50 MILLISECONDI!
E il **cervello** si sposta in **modalità autodifesa...**

40

Un carente/cattivo
accudimento determina
reazioni difensive eccessive
che inibiscono gli altri sistemi
superiori del cervello

41

Quando il sistema di autodifesa è
iperattivato il processo di aiuto
può avviare la
desensibilizzazione di questo
circuito, per far sperimentare una
relazione di fiducia con un
caregiver rassicurante

42

Ossitocina per disarmare il sistema di difesa sociale:

**Una narrazione degli eventi
“con occhi amichevoli, voce
gentile e contatto confortante”
riattiva il sistema dell’ossitocina e
inizia a
sciogliere il blocco della fiducia**

43

- ***Mi sento pienamente presente e in connessione con il cliente?***
- ***Sto vivendo le mie emozioni?***
- ***Se non è così quale esperienza sto vivendo?***
- ***Quale relazione può esserci tra quello che sto sperimentando e l’esperienza vissuta dal cliente?***

44

**Guardiamo dentro noi stessi
per conoscere di più il cliente
e
la qualità e il significato della
nostra responsabilità verso di lui**

45

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

**Il cliente 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.**

46

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

47

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

48

- 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".

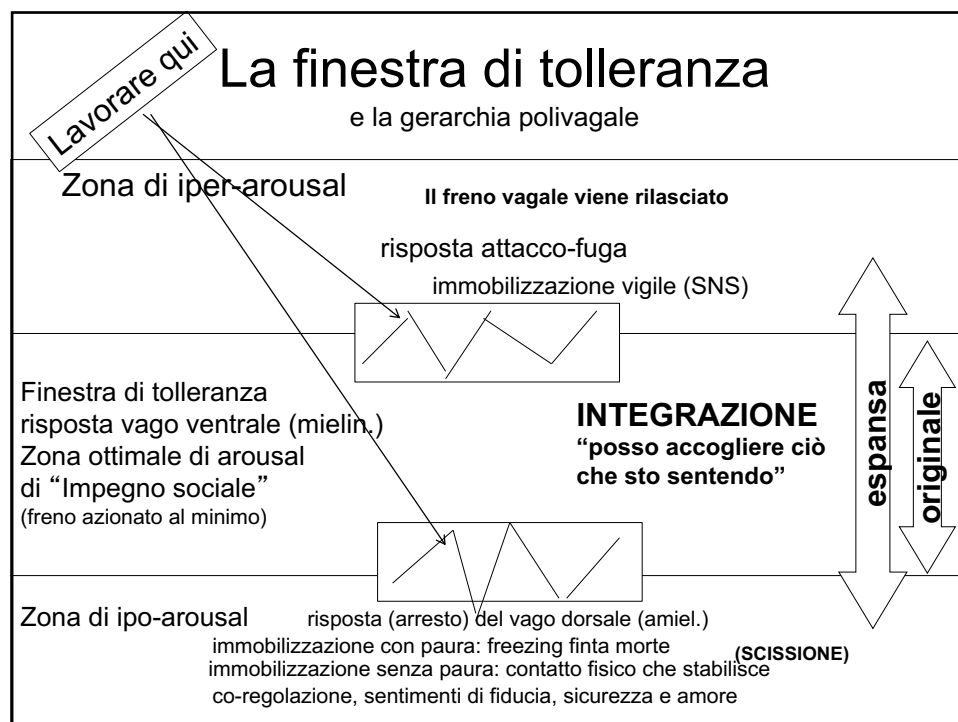
49

- 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.

50

- 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.

51



52

**Sistema vagale ventrale
controllo primario
degli organi viscerali (come il
cuore)
della muscolatura del viso
della testa, per un' efficace
comunicazione sociale**

53

**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).**

54

NEUROCEZIONE: IL NOSTRO AGENTE DI SICUREZZA PERSONALE CHE CI CONSENTE UNA VALUTAZIONE DINAMICA DEL RISCHIO

Rilevamento **inconsapevole** di caratteristiche,
per la

disattivazione dei sistemi difensivi,
facilitando il comportamento sociale,
oppure

l'attuazione di strategie difensive di
mobilizzazione (attacco/fuga) o
Immobilizzazione (dissociazione, sincope)

55

NEUROCEZIONE: IL NOSTRO AGENTE DI SICUREZZA PERSONALE CHE CI CONSENTE UNA VALUTAZIONE DINAMICA DEL RISCHIO

NEUROCEZIONE: il rilevamento
inconsapevole di caratteristiche, negli altri o
nell'ambiente circostante, che consente la
disattivazione dei sistemi difensivi, facilitando il
comportamento sociale o, AL CONTRARIO,
l'attuazione di strategie difensive di
mobilizzazione (attacco/fuga) o
Immobilizzazione (sincope, dissociazione)

56

...possiamo incorrere in **errori neurocettivi**:

- **situazioni complesse determinano un cambiamento dello stato fisiologico e comportamentale**
- **la consapevolezza sociale è alterata**
- **comportamenti sociali spontanei “appropriati” sono sostituiti da comportamenti asociali o reazioni difensive**

57

...possiamo incorrere in **errori neurocettivi**:

quando la complessità delle situazioni determina un cambiamento dello stato fisiologico e comportamentale,
 altera la consapevolezza sociale,
 porta a sostituire comportamenti sociali spontanei “appropriati” con comportamenti asociali o reazioni difensive
 (es.: il gattino che “soffia” quando tenti di prenderlo in braccio, il bambino che piange spaventato in braccio a Babbo Natale)

58

**E possiamo imparare ad avere
maggiore consapevolezza neurocettiva
(mindfulness)**

**dei segnali di sicurezza, pericolo o
minaccia per la vita
e gestione**

- **Dei segnali di arousal autonomico**
- **Degli inneschi e della regolazione
dell'iper-arousal**
- **Degli inneschi e della regolazione
dell'ipo-arousal**

59

La finestra di tolleranza

IPER-AROUSAL

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

Arousal simpatico, caos, alto livello di energia, sensoriale

Finestra di tolleranza:

Cognitivo
Riflessivo,
orientato al presente
Contestualizzato

Emotivo:
proporzionato
alla situazione
tollerabile

Somatico: calmo,
Radicato, incarnato

Stato complesso e adattivo, integrato

IPOAROUSAL:

Cognitivo:
Disconnesso,
disorientato, annebbiato

Emotivo:
Devitalizzato,
assente

Somatico:
desensibilizzato,
obnubilato, chiuso
immobilizzato

Arousal parasimpatico, rigido, conservazione dell'energia, motorio

60

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.

61

- **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.

62

**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**

63

**Il nostro compito è quello di percepire
il movimento verso i margini della
finestra e lavorare in quest' area
“sicura ma non troppo al sicuro”,
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.**

64

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

65

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

66

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 mobilitare lo sguardo
- Premere forte i piedi a terra, allungare la spina dorsale, o semplicemente stare in piedi insieme

67

Per lavorare con l'ipoarousal

- 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.

68

QUANDO SIANO RISULTATE
PERSISTENTEMENTE INEFFICACI NEL
PRODURRE L'EFFETTO DESIDERATO,
LE AZIONI DI RICERCA DELLA
VICINANZA E LE AZIONI DISTANZIANTE
**-APPRESE NEL CONTESTO DELLE
RELAZIONI DI ATTACCAMENTO-**
VENGONO ABBANDONATE O
DISTORTE

69

LA REGOLAZIONE EMOTIVA IMPLICA

COMPRENDERE LE PROPRIE EMOZIONI

- Identificare (osservare, descrivere) l'emozione
- Comprendere cosa le emozioni fanno per te

RIDURRE LA VULNERABILITA' EMOTIVA

- Ridurre la vulnerabilità negativa (vulnerabilità alla "mente emotiva")
- Incrementare le emozioni positive

RIDURRE LA SOFFERENZA EMOTIVA

- Lasciare libero corso alle emozioni dolorose attraverso lo stato di *mindfulness*
- Modificare le emozioni dolorose attuando comportamenti di segno opposto.

70

Scrivere di eventi connotati emotivamente

consente di organizzare e ricordare gli eventi stessi in modo più coerente:

- integrando pensieri ed emozioni; una volta che si è riusciti a strutturare e dare un significato alla propria storia, gli effetti a livello emozionale dell'esperienza narrata diventano più gestibili.
- Le narrazioni personali aiutano ad ottenere una regolazione delle emozioni attraverso la riduzione dell'eccessivo controllo e dell'attivazione (arousal)
- Narrare permette di dare voce alla mente emotiva, alla mente razionale e alla mente saggia, per arrivare a offrire nuove strategie di azione (immagino, scrivo, racconto una situazione di vita in cui mi descrivo e racconto con il comportamento problema e senza lo stesso).

71

Approfondire la capacità corporea di giocare e gioire:

- **La regolazione degli affetti implica anche un'intensificazione delle emozioni positive, condizione necessaria per un'auto-organizzazione più complessa**

72

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.
- Taylor M. (2016), *Psicoterapia del trauma e pratica clinica. Corpo, neuroscienze e gestalt*, FrancoAngeli, Milano.
- Siegel D. (2014), *Il terapeuta consapevole*, ISC, Sassari.
- Wallin D.J. (2009), *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, il Mulino, Torino.