

Le nuove frontiere del Funzionalismo

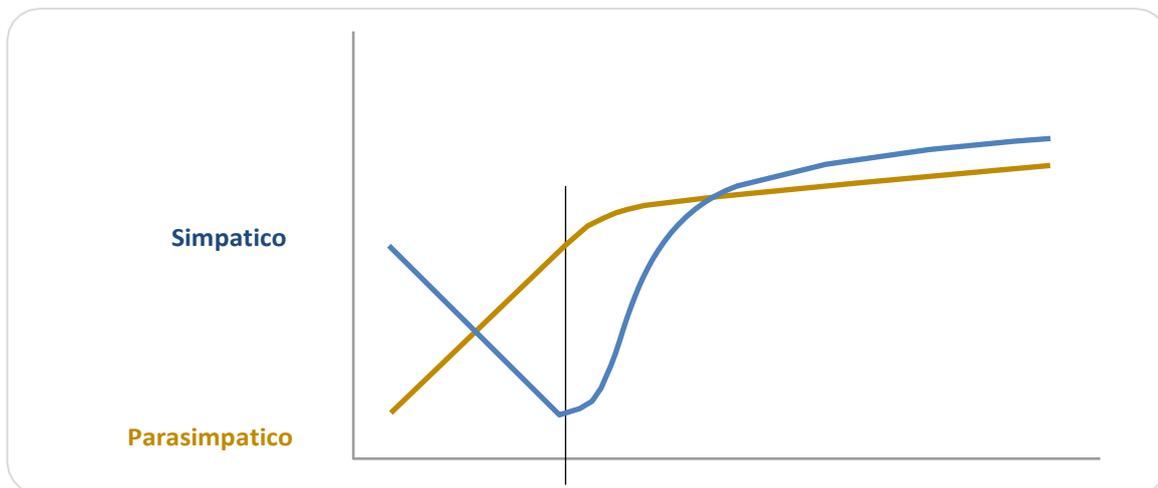
*Un approccio integrato al trauma
tra la teoria polivagale di Porges
e la psicoterapia Funzionale di Rispoli*

a cura di

Roberta Vacca, Psicologa e Psicoterapeuta
Funzionale

La teoria polivagale di Porges e la prospettiva Neo-Funzionale di Rispoli forniscono due approcci differenti nell'analizzare le risposte di adattamento all'ambiente, i comportamenti socio-affettivi e comunicativi e la

psicoterapia nel trattamento del trauma, specificamente nel funzionamento del vago.



Secondo Porges, quest'ultimo segue una sequenza gerarchica delle risposte di adattamento: di mobilitazione (attacco-fuga) e immobilizzazione (attivazione dorso-vagale, finta morte, blocco totale del comportamento). I comportamenti adattativi sono affidati a tre circuiti neurali,

rispondenti a un diverso stadio filogenetico del sistema nervoso autonomo (dei rettili, dei mammiferi, dei primati), ciascuno **collegato ad un diverso sistema di feedback** interessato dal vago.

In caso di pericolo estremo, si verifica una regressione del sistema nervoso dai più recenti atteggiamenti positivi di comportamento sociale a quelli più primitivi di “attacco-fuga”, freezing.

Il Neo-Funzionalismo non riconosce la separazione gerarchica tra i vari livelli di funzionamento del vago

(ramo dorsovagale/ventrovagale) e ritiene che vi sia in realtà una loro integrazione; per cui le risposte adattive, di difesa e di azione, riguardano **tutte le innervazioni del vago e tutti i livelli del corpo**. La sensazione d'impotenza di fronte al pericolo è dovuta alla carenza di risorse interne piuttosto che alla mancanza di regolazione.

Freezing: il parasimpatico attivo sovrasta l'attività del Simpatico: freno ed acceleratore insieme

Alla base dello stato di **freezing/congelamento** (immobilità + dissociazione), c'è la **sovrattivazione contemporanea di**

Simpatico e Parasimpatico che determina il crollo del controllo e l'impossibilità di fronteggiare l'evento; il logoramento, già in atto, impedisce all'organismo di attingere pienamente alle proprie risorse perché impegnate nella condizione di distress causata dalla persistenza e ripetitività del trauma, il quale stressa le capacità dell'individuo fino ad annullarle.

Ciò comporta ansia, depressione, senso d'impotenza; tachicardia; blocco vigile, rigidità muscolare, mancanza di tonicità; esclusione del movimento tranne che per respirazione e movimenti oculari;

sentirsi sconnessi e incapaci di chiedere assistenza, etc. La risposta difensiva del collasso (shut down) non deriva dall'eredità rettiliana, non rappresenta un "paradossale vantaggio adattivo" (Rispoli, 2019) ma un disfunzionamento globale dell'organismo-persona che può portare a collassare in situazioni di estremo pericolo.

L'attivazione del simpatico non è legata a un adattamento filogenetico, e non avviene solo in caso di pericolo (è infatti presente in molti funzionamenti di attività e di azione, positivi e non di reazione

a pericoli). La mobilitazione complessiva avviene su tutti i livelli psico-corporei e l'espressività emozionale non riguarda solo la rabbia o la paura ma altre emozioni e altri Funzionamenti, quali la Sicurezza, la Forza, la Fierezza, l'Assertività, l'Autoaffermazione, etc. Rispetto al **senso di sicurezza**, secondo Porges, se l'ambiente è percepito come sicuro, l'intero organismo è regolato in modo da promuovere il ristoro e lo scambio sociale.

Lo stato di sicurezza si attiva sia in condizioni di vagotonia sia di lieve simpaticotonia

Al contrario, il Neo-Funzionalismo ha dimostrato che lo stato di sicurezza percepito si attiva sia in condizioni di vagotonia sia di lieve simpaticotonia (Rispoli, 2016).

La capacità di sentirsi al sicuro è piuttosto legata alla possibilità di modulare, di muoversi nella gamma di specifiche EBS: Benessere, Essere tenuti, Essere presi, etc. Pertanto, la competizione bio-psico-sociale tra il sistema simpatico e il sistema parasimpatico è impensabile: entrambi concorrono e collaborano per l'azione adattiva e autoregolativa dell'organismo-persona, insieme con la gamma

ricca di sfumature che vede sul piano fisiologico la compresenza delle due polarità: simpaticotonia vago-tonia come ambedue aventi diritto di pienezza espressiva nel benessere dell'individuo, sia in situazioni di pericolo sia di sicurezza. (Rispoli, 1994; 2004; 2016).

Trauma: sintomi vs. ricordo

Il trauma è una ferita relativa ad un accadimento che intacca o interrompe il senso di noi stessi, della nostra vita. Ha una natura psico-fisica con effetti su sensazioni, pensiero, comportamento.

Il sistema nervoso

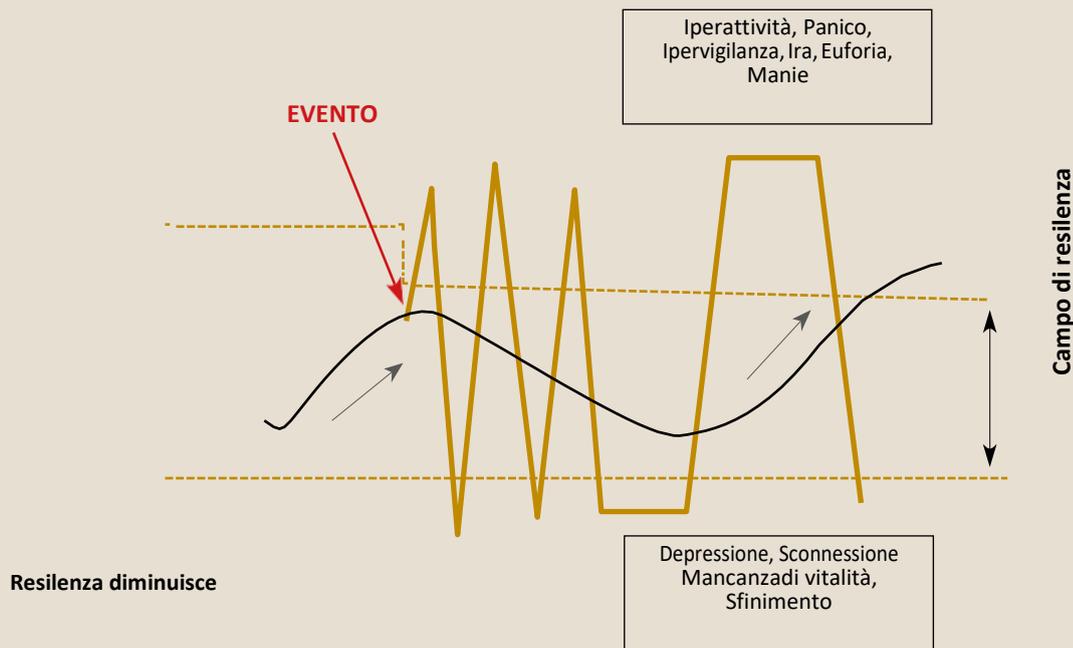
“traumatizzato” è in- trappolato in uno stato di allerta e di simpaticotonia cronica e fissa come se il pericolo fosse persistente.

Le persone sono vittime di uno stato di sospensione, che possiamo definire il “**TROPPO**”: una condizione che si muove contemporaneamente tra il ricordare troppo e troppo poco bloccando la persona nell’esperienza traumatica, continuamente riattualizzata e mai superata.

In un evento traumatico succede qualcosa di troppo, qualcosa si rompe, il sistema organismo è sregolato non funziona più come prima.

Ai fini di una “guarigione” non è necessario ricostruire ed elaborare consapevolmente l’evento traumatico in tutti i suoi dettagli. La persona traumatizzata, nel ricordare il trauma, non sempre lo riconosce come ricordo, ma reagisce come se stesse accadendo qui ed ora.

La Sregolazione nel Sistema Nervoso Autonomo



L'origine traumatica dei ricordi si traduce nell'immagazzinamento separato di frammenti congelati a tutti i livelli

La narrazione di sé non è un resoconto fedele, ma un risultato del proprio vissuto emotivo, una traccia percettiva con una visione della realtà che è interamente soggettiva. Non c'è una narrativa

logica e coerente; al contrario, il sistema limbico esprime la sua attivazione alterata attraverso modifiche dell'arousal emotivo, della fisiologia corporea e dell'azione muscolare (Bessel Van DerKolk, 2014).

Secondo l'automatismo psicologico di Janet, le persone traumatizzate continuano a ripetere le azioni, a provare le emozioni, a sentire le sensazioni legate al trauma, inconsapevoli e incapaci di fare una distinzione tra là e allora e qui ed ora.

Breuer e Freud avevano affermato l'utilità della "scarica energetica" dell'evento traumatico, anche se per loro l'affetto rimane attaccato alla memoria e non può essere scaricato.

I trigger sono elementi del presente scatenanti, in qualche misura associati all'esperienza traumatica e in grado automaticamente di sollecitarla

In realtà noi affermiamo qualcosa di molto diverso: prendersi cura di una persona traumatizzata è aiutarla a non avere paura di "ritornare" bisognosa di cure e di attenzioni, a non temere i sintomi

fisici e le improvvise riattualizzazioni; le quali, questa volta, a distanza di tempo, possono essere riattraversate insieme in un setting protetto qual è la psicoterapia.

L'obiettivo della terapia per il Neo-Funzionalismo è integrare gli elementi dissociati del trauma nella condizione corrente della vita per annullare i processi di logoramento.

L'apertura delle sensazioni è la via di accesso alla memoria non verbale del trauma. Il terapeuta lavora tecnicamente per superare i **trigger** specifici che mantengono

attive le memorie traumatiche (non solo cognitive ma di tutto l'organismo). Il minimo comune denominatore nel trauma è l'intrusione nei nostri confini corporei, emotivi e cognitivi.

Le tecniche di neuroimaging funzionali mostrano come l'impronta traumatica rompe l'equilibrio dell'organismo impedendone la funzionalità a tutti i livelli. Tra gli altri, nel livello emotivo si verifica uno stato di paura persistente che ostacola l'esame di realtà e produce alterazioni di vario grado anche sugli altri livelli del Sé.

Il trauma, impattando sui Funzionamenti di fondo e alterandoli, comporta l'iperattivazione di: vie neuronali e neurovegetative, determinati neurotrasmettitori, respiro toracico, soglie percettive del dolore, etc.

L'attivazione simpaticotonica cronica (con possibili crolli vagotonici) si verifica a causa della presenza di traumi anche ripetuti. L'alterazione prodotta da più episodi compromette le EBS in particolare della Calma, della Forza, della Consistenza, etc. rendendole carenti; per cui la persona perde la

propria flessibilità nel passare dall'una all'altra a prescindere dall'evento in sé. I sintomi del trauma sono **svegli interne** che possono restare latenti per decenni e in genere non si manifestano singolarmente ma a gruppi (sindromi).

In relazione alla condizione traumatica e al suo persistere, possiamo distinguere differenti evoluzioni sintomatologiche:

- a) fase acuta (es. immagini intrusive o “flashback, ipervigilanza, etc.),
- b) breve/medio termine (attacchi di panico, ansia, fobie, vuoti

mentali etc.), c) lungo termine (derealizzazione, depressione, malattie psicosomatiche, etc.).

Diagnosi, cura e tipi di trauma

Da un punto di vista diagnostico non è utile considerare la dicotomia simpatico-parasimpatico (pericolo vs. sicurezza). Individuare quale sia lo stile abituale di attivazione del paziente che Porges mappa misurando le entità delle reazioni del SNA lungo un continuum tra ipoarousale iperarousal è utilizzabile se inteso come stereotipia di funzionamento che determina la simpaticotonia

cronica, per cui Calma, Benessere, Condivisione diventano carenti.

La teoria delle polarità come false antitesi, invece, spiega come il benessere del Sé dipenda tanto dalla sicurezza (uno dei due poli) quanto dal pericolo o dall'ostacolo da superare (l'altro polo) al fine di attivare i funzionamenti più appropriati: senza percepire il pericolo, senza attivazione, non sentiremo la sicurezza e la calma, e viceversa (Rispoli, 2016).

Una persona affetta da sindrome traumatica ha la tendenza abituale ad essere nell'allarme perché rimangono cronicamente attivate alcune Funzioni: tono muscolare tendente all'ipertono, respiro simpaticotonico toracico, paura al di là della realtà alimentata da fantasie, preoccupazioni, ricordi terrifici etc.; al minimo accenno di un potenziale pericolo (reale o immaginato) tutti i circuiti psico-corporei si attivano nella modalità stereotipata alterata.

E il soggetto si ritrova come se fosse in una condizione di stress violento che non permette realmente di reagire.

Il progetto terapeutico lavora per sciogliere i disfunzionamenti psico-corporei di cui abbiamo già parlato (non solo quello del SNA), e individuati in base alla specifica configurazione di quel paziente. Il tutto per ripristinare i Funzionamenti che si erano alterati.

Dunque, ancora una volta possiamo precisare che per il **Neo-Funzionalismo** quando un

pericolo viene meno, non è a uno stato di regolazione (ipotizzato come perso) che la persona ritorna, ma ad a una condizione complessiva di **Allentamento** proprio delle EBS che sono quelle del Lasciare, della **Calma**, della **Forza Calma**, della **Consistenza**, del **Benessere**: sensazioni aperte e positive, respiro diaframmatico pieno, tono muscolare morbido, percezione chiara e ampia della realtà, serenità di fondo, sguardo morbido, presenza di endorfine e dopamina, poca adrenalina, etc.

Distinguere il tipo di trauma è fondamentale per diversificare il tipo di intervento terapeutico; qui se ne riportano alcuni esempi chiarificatori. Traumi **recentissimi**: sono situazioni di emergenza nelle quali la configurazione cui riferirsi è quella del freezing: impotenza, impossibilità di agire per assenza di mezzi nel fronteggiare un pericolo troppo forte; la reazione è di crollo vagotonico (il collasso impatta tutti i sistemi).

L'obiettivo è quello di interrompere tale condizione lavorando su riequilibrio dei

Funzionamenti che produca una capacità di ritornare al reale, ad una condizione nuovamente positiva, complessa e articolata (mentale, emotiva, corporea etc.).

Traumi **antichi**: non c'è paralisi, si lavora sui Funzionamenti alterati di quel soggetto per arrivare a recuperare benessere senza dover necessariamente richiamare cognitivamente (per diminuirne la carica emotiva negativa) l'evento traumatico stesso.

In realtà gli interventi di diminuzione della carica emotiva del trauma (Varie tecniche di decondizionamento) spostano l'attività cerebrale sul livello cognitivo-razionale (come si può rilevare dal neuroimaging) ma non recuperano i Funzionamenti di fondo che si erano alterati in tutti i loro livelli psico-corporei.

Nel trauma di **tipo relazionale**, il soggetto tende a percepire l'Altro come fonte di estremo pericolo; poi, in caso di **abuso ripetuto**, il paziente si disprezza per essersi sentito impotente di fronte alla paura panica, prova un

sentimento di vergogna mortifero perché mantiene un contatto con l'abusante da cui è dipendente; si sente colpevole, si ritiene responsabile di aver contribuito con il suo atteggiamento al verificarsi dello stesso. C'è una grande confusione emozionale tra odio e amore, piacere e dolore.

La mission del terapeuta Funzionale

Nel trattare l'eredità traumatica, la mission non è tanto stabilire cosa sia realmente accaduto ma aprire – insieme con la persona – tutti i Funzionamenti che portano

con sé le impronte traumatiche,
per scioglierle senza più esserne
sopraffatti.

È importante superare i
sentimenti di vergogna e far
rendere conto che non c'è colpa.
Più che capire cosa nell'ambiente
stimola nell'attuale le reazioni
legate al trauma, bisogna
sciogliere le conseguenze del
trauma attraverso Contatto,
Essere tenuti, Calma,
Allentamento del Controllo,
Condivisione e Alleanza,
Continuità positiva etc.,
riattraversando queste EBS più e
più volte per ripristinare il

Benessere perduto nell'ambiente terapeutico sicuro.

La terapia ha l'obiettivo di sciogliere le conseguenze del trauma attraverso il riattraversamento e la riapertura delle EBS alterate.

Sulla funzione contenitiva e protettiva del setting terapeutico, Porges sottolinea che è necessario creare le condizioni di sicurezza per ripristinare l'omeostasi fisiologica senza la quale l'individuo è incapace di regolazione fisiologica ed affettiva (Porges, 2014).

Al contrario, per Rispoli: “la regolazione degli stati fisiologici non avviene soltanto all’interno di un contesto sicuro rappresentato esclusivamente dalla mente della madre”, o, in psicoterapia, dal terapeuta (Rispoli, 2016).

La persona ritrova i propri Funzionamenti, e di conseguenza la capacità di regolazione, che le è propria autonomamente sin da bambino, riprende la sua pienezza.

Nella psicoterapia Funzionale, i cambiamenti:

- non sono semplicemente modifiche espressivo-emozionali legate all'autoregolazione fisiologica;
- sono legati al ripristino di capacità, al recupero di Funzionamenti di fondo alterati o carenti. Il setting terapeutico si caratterizza sì per la sicurezza, ma anche per un clima di accoglienza e di apertura, per la chiarezza su obiettivi e metodi utilizzati al fine di creare una buona alleanza. Così il terapeuta “nuovo genitore” potrà accompagnare il paziente nel

viaggio del riattraversa- re le EBS carenti o alterate. A proposito della voce del terapeuta, la tonalità vocale nel dialogo clinico è un importante strumento di lavoro.

Secondo Porges:

- le frequenze più alte sono associate alla presenza di ansia e paura;
- i toni bassi e volume alto sono associati a rabbia e aggressività.

Secondo Rispoli la voce:

- è una Funzione psico-corporea che si modula dai toni più bassi a quelli più acuti, dalla voce

- sussurrata a quella piena e forte, a seconda dell'Esperienza di Base che la persona sta attraversando in quel momento;
- in particolare, quando è diaframmatica, calma, non di gola né di testa (polarità opposta rispetto a grida e rimproveri) è espressione di benessere in terapia.
 - È, infine, uno degli elementi utilizzati dal terapeuta nella sua funzione di Sé ausiliario: supporto ben definito alla conduzione di tecniche ed esperienze correttive atte a recuperare in modo preciso e chiaro le EBS.

Bibliografia:

- Rispoli L., *Il Corpo in Psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi integrati*, Franco Angeli, Milano, 2016
- Rispoli L., Vacca R., Pedrelli E., Porges' Polyvagal theory and its possible impact on clinical practice: The Neo-Functionalism perspective; Vol.2 n.60 2018 Rivista *Activitas Nervosa Superior Rediviva*



SEF - Via del Parco Comola Ricci 41, 80122 - Napoli
081 03.22.195 (Sede Centrale)

formazione@psicologiafunzionale.it
www.psicologiafunzionale.it/sef