



GIOVANNI FIORITI EDITORE

Giovanni Fioriti Editore s.r.l.  
via Archimede 179, 00197 Roma  
tel. 068072063  
E-Mail info@fioriti.it - www.fioritieditore.com  
www.clinicalneuropsychiatry.org  
www.medicinaesocieta.it

# Le applicazioni cliniche della teoria polivagale

La progressiva affermazione della  
teoria polivagale nelle terapie

A cura di Stephen W. Porges e Deb Dana

Traduzione e cura dell'edizione italiana di Andrea Poli

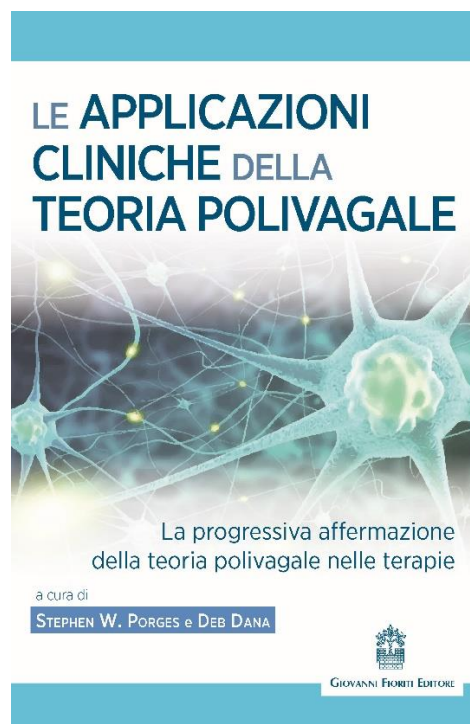
## Presentazione

Questo fondamentale volume descrive i principi della teoria polivagale e illustra come integrarla proficuamente nella pratica clinica all'interno dei contesti psicologici, psichiatrici e sanitari, fornendo impareggiabili strumenti di comprensione e intervento per la costruzione di relazioni di aiuto trasformativa che vengono vissute dai pazienti come sicure, condivise ed efficaci.

**Adriano Schimmenti**  
Università degli studi di Enna "Kore"

## INDICE

AUTORI	IX
PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE ITALIANA	
Andrea Poli	XV
PREFAZIONE	



Stephen W. Porges 1

## PARTE I

### L'INGRESSO DELLA TEORIA POLIVAGALE NEL MONDO DEI TERAPEUTI DEL trauma

#### CAPITOLO 1

La teoria polivagale e il trauma

Peter Levine 11

#### CAPITOLO 2

Sicurezza e reciprocità: la teoria polivagale come cornice per la comprensione e il trattamento del trauma dello sviluppo

Bessel van der Kolk 36

#### CAPITOLO 3

La teoria polivagale e la psicoterapia sensomotoria

Pat Ogden 43

#### CAPITOLO 4

La teoria polivagale: concetti di base

Stephen W. Porges 60

## PARTE II

### La sicurezza come nucleo della terapia

#### CAPITOLO 5

La sicurezza è il trattamento

Bonnie Badenoch 85

#### CAPITOLO 6

Rendere possibile la sicurezza "profonda" per i bambini che hanno vissuto un abuso: l'applicazione della teoria polivagale nel lavoro terapeutico con i bambini e i giovani traumatizzati

Joe Tucci, Angela Weller, Janise Mitchell 103

#### CAPITOLO 7

Presenza terapeutica e teoria polivagale: principi e pratiche per sviluppare relazioni terapeutiche efficaci

Shari M. Geller 122

#### CAPITOLO 8

Alleati consapevoli: prospettive polivagali sulla relazione medico-paziente

George Thompson 146

#### CAPITOLO 9

La teoria polivagale sostiene l'importanza della professione infermieristica

Moira Theede 171

#### CAPITOLO 10

Presenza, prosodia e contatto: coinvolgere il sistema nervoso autonomo dei mammiferi

Alan Theede 192

### **PARTE III**

#### **Approcci terapeutici e applicazioni cliniche**

#### CAPITOLO 11

Il PlayLab polivagale: aiutare i terapeuti a trasmettere la teoria polivagale ai loro pazienti

Deb Dana, Deb Grant 211

#### CAPITOLO 12

Radici, ritmo, reciprocità: danza movimento terapia basata sulla teoria polivagale per i sopravvissuti al trauma

Amber Gray 236

#### CAPITOLO 13

Le basi legate alla teoria polivagale del trattamento Theraplay: combinare il coinvolgimento sociale, il gioco e la cura, per creare sicurezza, regolazione e resilienza

Sandra Lindaman, Jukka Mäkelä 259

#### CAPITOLO 14

Quando il trauma medico pediatrico si presenta come sindrome di Asperger: le spiegazioni fornite dalla teoria polivagale e il gioco terapeutico polivagale

Stuart Daniel, Angie Masters e Kieran Donovan 282

#### CAPITOLO 15

Psicologia energetica, teoria polivagale e il trattamento del trauma

Robert Schwarz 305

#### CAPITOLO 16

La gravità del trauma: i parallelismi tra il modello SPIM-30 e la teoria polivagale

Ralf Vogt 321

#### CAPITOLO 17

Il trattamento della fobia del volo: una prospettiva polivagale  
Tom Bunn 341

CAPITOLO 18

Il lutto attraverso la lente della teoria polivagale: umanizzare  
la nostra risposta clinica alla perdita  
Candyce Ossefort-Russell 356

CAPITOLO 19

Teoria polivagale, poesia e DSPT: ritratto del poeta come terapeuta del trauma  
Gary Whited 381

**Parte IV**

**Applicazioni in medicina**

CAPITOLO 20

Rafforzare il circuito della sicurezza: applicare la teoria polivagale nell'unità di terapia intensiva neonatale  
Marilyn Sanders 403

CAPITOLO 21

Un racconto di recupero da ictus narrato attraverso una prospettiva polivagale  
Deb Dana 424

CAPITOLO 22

Nato con una problematica cardiaca: le implicazioni cliniche della teoria polivagale  
Liza Morton 446

Indice analitico 468

## PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE ITALIANA

La teoria polivagale ha progressivamente rivoluzionato la comprensione e il trattamento della psicopatologia lungo le ultime due decadi. Nella sua formulazione iniziale, la teoria non proponeva applicazioni alla salute mentale o ai disturbi psichiatrici, ma mirava a generare ricerca che portasse alla comprensione di come il sistema nervoso autonomo fosse in grado di influenzare il comportamento, la fisiologia e i processi cognitivi. La teoria polivagale è stata presentata per la prima volta alla comunità scientifica, in occasione del congresso di Atlanta della Society for Psychophysiological Research, l'8 ottobre 1994, e ha sancito la transizione alle sue possibili applicazioni cliniche il 21 maggio 1999 quando Bessel van der Kolk ha invitato Stephen Porges a relazionare alla conferenza annuale sul trauma da lui organizzata ogni anno a Boston.

La teoria polivagale non è l'unico modello proposto dalla comunità scientifica riguardante il controllo neurale della variabilità della frequenza cardiaca (Laborde et al. 2017, Shaffer et al. 2014), ma ha saputo integrare al suo interno gli aspetti legati alla mediazione delle emozioni da parte del nervo vago con la co-regolazione interpersonale e sociale di tali emozioni (Porges 2001, 2007). La teoria polivagale pone l'accento sull'organizzazione gerarchica delle risposte di difesa in base al livello di pericolo presente nell'ambiente. Il livello di pericolo (o di sicurezza) è rilevato grazie alla neurocezione (la rilevazione, istintiva e inconsapevole, del livello di rischio presente nell'ambiente) (Porges 2001, 2007). Finché il livello di rischio rilevato nell'ambiente rimane nel range della sicurezza, è la branca parasimpatica mielinizzata ventro vagale, evolutivamente più recente e unicamente presente nei mammiferi, a essere attiva, che, interagendo col sistema di coinvolgimento sociale, va a formare il complesso ventro vagale (Porges 2007). Quando nell'ambiente viene rilevato pericolo, a livello neurocettivo, vengono violate le necessità evolutive del sistema di coinvolgimento sociale e, nel momento in cui le strategie mirate alla connessione sociale non trovano soddisfazione, vengono reclutate le strategie, evolutivamente più antiche, del sistema nervoso simpatico legate alla mobilitazione (attacco o fuga). Se anche queste strategie non trovano successo, e neurocettivamente si attiva un livello di rischio percepito connesso alla minaccia di vita, vengono reclutate le ultime risposte di difesa gerarchicamente disponibili, le più antiche e legate al sistema parasimpatico dorso vagale non mielinizzato, che produce risposte di immobilizzazione, finta morte e che, nell'uomo, rappresentano l'anticamera della dissociazione.

Sebbene la teoria polivagale abbia effettuato il suo ingresso nella clinica mostrandosi particolarmente utile e illuminante nel concettualizzare le risposte di auto-protezione dei sopravvissuti al trauma, appare evidente come essa si proponga, a tutti gli effetti, come cornice interpretativa di tutto il range psicopatologico, del funzionamento umano in risposta agli stimoli ambientali e stimoli la riflessione sull'organizzazione del lavoro e degli ambienti di istituzioni legate alla cura e all'istruzione, come ospedali e scuole. Tutto ciò si evince piuttosto chiaramente nei primi quattro capitoli di questo libro che rappresentano la prima parte introduttiva.

Poiché il concetto di sicurezza, di cui la neurocezione è la principale custode, rappresenta l'aspetto per cui, se non rispettato, ha luogo l'attivazione di strategie di auto-protezione evolutivamente più antiche, risulta chiaro che essa venga posta come elemento nucleare del trattamento (come evidenziato nel primo capitolo della seconda parte, il capitolo 5). Gli ambiti in cui, potenzialmente, vi è una grande necessità di dover recuperare, o mantenere, la consapevolezza dell'importanza della presenza di sicurezza costante sono molti. Nel libro viene approfondita la possibilità di rendere la sicurezza possibile per i bambini che hanno vissuto un abuso (capitolo 6) e, soprattutto, che è possibile generare sicurezza solo se nella relazione apportioniamo presenza terapeutica, che ha a che fare con un'attenzione consapevole al momento presente, e con l'essere ricettivo e sintonizzato con i propri pazienti a molteplici livelli (capitolo 7). In seguito, nel capitolo 8, viene approfondita la relazione tra figura sanitaria di accudimento e paziente e viene chiaramente evidenziato come la comprensione, e soprattutto, il rispetto delle difese dorso vagali di un paziente possa consentire al medico di salvare la vita al paziente stesso. Nel capitolo 9, viene messo in evidenza come, nella relazione tra infermiere e paziente, la presenza relazionale dell'infermiere verso il paziente implichi il riuscire a vedere il paziente come persona unica che possiede dei propri bisogni individuali, e che non venga trattato come un generico individuo che occupa un posto letto e a cui debbano essere somministrate delle terapie, aiuti il paziente stesso a sentire la sicurezza e a fuoriuscire da stati dorso vagali, aspetti che lo aiutano nel processo di recupero medico. Allo stesso modo, nel capitolo 10 vengono illustrate le strategie per minimizzare la neurocezione di pericolo, favorire la sicurezza e il recupero medico, nella relazione tra veterinario e pazienti mammiferi, attraverso la stimolazione del loro sistema di coinvolgimento sociale.

Poiché la sensazione di sicurezza, veicolata attraverso la relazione, è in grado di attivare il freno vagale, di depotenziare le risposte di auto-protezione e di stimolare le prime risposte auto-compassionevoli (Porges 2017), è indispensabile riuscire a veicolare al meglio i principi polivagali ai pazienti. È di questo ultimo aspetto ciò di cui si occupa il capitolo 11, il primo capitolo della terza parte dedicata agli approcci terapeutici e alle applicazioni cliniche. Il primo approccio presentato nel capitolo 12 riguarda la danza movimento terapia, applicata nel caso di una sopravvissuta alla tortura, finalizzata al ripristino di una sensazione di sicurezza, di connessione con l'ambiente e di

ritmicità di base, caratteristiche che rappresentano dei segnali di coinvolgimento sociale. I due capitoli successivi presentano un caso ciascuno in cui un trauma medico pediatrico si presenta successivamente sotto forma di mutismo selettivo (capitolo 13) e sindrome di Asperger (capitolo 14) e di come l'approccio Theraplay® ed il gioco terapeutico, rispettivamente, applicati secondo i principi della teoria polivagale, siano in grado di riconnettere socialmente i pazienti. Il capitolo 15 mostra come il tapping sui punti dell'agopuntura rappresenti un efficace e rapido trattamento per le memorie traumatiche dei pazienti, verosimilmente perché sei degli otto punti di agopuntura utilizzati nei protocolli sono localizzati sul volto e sulla testa in zone che si trovano proprio sui nervi cranici, o molto vicino ad essi, i quali connettono al nervo vago. Il capitolo 16 propone il parallelismo tra lo SPIM30, un modello della regolazione del comportamento a seconda del livello di stress e la teoria polivagale, e illustra un modello a sette livelli per la concettualizzazione della gravità del trauma e del suo trattamento. Anche il trattamento di alcune condizioni cliniche specifiche viene preso in esame in questa terza parte. La fobia del volo (capitolo 17) e le condizioni luttuose (capitolo 18) vengono esaminate alla luce della teoria polivagale: il trattamento della fobia del volo prevede che stabilendo dei collegamenti tra le sensazioni di attivazione e il ricordo di una neurocezione di sicurezza, la sensazione di attivazione attiverà il circuito ventro vagale che prevarrà sugli effetti degli ormoni dello stress, mentre nel caso del lutto la teoria polivagale può rappresentare un elemento di contrasto alle inefficaci risposte culturali giudicanti che incrementano le risposte difensive, e illustra la necessità della sicurezza sociale per la guarigione. Infine, l'ultimo capitolo della terza parte invita il terapeuta a ingaggiare la propria innata sensibilità poetica, in quanto è in grado di favorire l'ascolto di se stessi e degli altri in modi che possono intensificare la capacità di guarigione condivisa (capitolo 19).

In conclusione, il libro presenta alcune possibili applicazioni in medicina. Il capitolo 20 mostra come, nel contesto delle unità di terapia intensiva neonatale, uno staff formato sui principi della teoria polivagale possa impiegare le proprie energie ventro vagali per promuovere la co-regolazione dei membri dello staff e delle famiglie sotto stress che si trovano in uno stato di attivazione simpatica o di collasso dorso vagale, favorendo così anche la cura e il recupero del bambino. Poiché i servizi di pronto soccorso, gli ospedali e le cliniche non sono tipicamente a conoscenza dei principi relativi alla teoria polivagale, il capitolo 21 si focalizza sui sistemi medici, e sulle risposte del paziente e delle figure di accudimento, all'ictus e al recupero da ictus attraverso una prospettiva polivagale, mostrando come invece, tipicamente, molte tipologie di risposte delle istituzioni mediche favoriscano lo scivolamento del paziente all'interno di risposte difensive che ostacolano, o addirittura bloccano, il recupero. L'ultimo capitolo è uno dei più importanti, in quanto discute l'influenza diretta che una problematica cardiaca congenita possa primariamente rivestire a livello di ricadute psicologiche e sociali, e non solo come conseguenze secondarie, avanzando il rationale per un nesso causale, e non solo correlativo, tra problematica cardiaca congenita ed effetti psicologici e sociali. Poiché le anomalie cardiache congenite possono compromettere la neurocezione, la teoria polivagale offre strategie per ottimizzare il normale sviluppo dei comportamenti sociali e difensivi dei pazienti (capitolo 22).

L'accesso alle vie ventro vagali agevola l'emersione della compassione verso di sé (Svendsen et al. 2016), ciò favorisce la comparsa di uno degli aspetti più importanti della teoria polivagale, ovvero riuscire a sentire (non solo a comprendere razionalmente) il sintomo come un'auto-protezione adattiva che ha protetto il paziente fino a quel momento della sua vita, e non come un nemico da eliminare nei tempi più rapidi, come talvolta può accadere nei trattamenti di alcune terapie standard che rischiano di veicolare implicitamente al paziente il messaggio che il suo comportamento, o lui come persona, finora è stato inadeguato e che necessita di cambiare (Schermuly-Haupt et al. 2018). Guardare ai propri sintomi attraverso la lente della compassione verso se stessi è in grado di dar luogo alla presenza di un minore livello di sintomi psicopatologici (MacBeth e Gumley 2012), è in grado di creare una baseline di emozioni positive che aumentano la coerenza cardiaca e che, a sua volta, facilitano l'accesso alle funzioni cognitive superiori che mantengono la stabilità emotiva e facilitano gli stati di calma (McCraty e Zayas 2014), e consente, inoltre, di non ingaggiare una sfida (seppur inizialmente necessaria in alcuni casi di acuzie) contro i sistemi di difesa del paziente. Facilitare l'accesso alle vie ventro vagali, e quindi all'attivazione del freno vagale che consente la disattivazione delle risposte difensive simpatiche o dorso vagali, è di fondamentale importanza soprattutto perché consente al sistema nervoso autonomo di non dover reclutare gli organi e le energie, per implementare risposte di difesa, o sfide contro i sistemi di difesa, ma di partecipare al processo di cura e guarigione che può, in questo modo, diventare più rapido.

Ciò a cui ci invita il libro è a coltivare rispetto per la neurocezione, per ciò che sente istintivamente il corpo e, quindi, per quell'80% di fibre vagali sensoriali che vanno a definire la quasi totalità dei vissuti delle persone. L'auspicio è che questa opera, di ampio respiro clinico, riesca a stimolare un ripensamento e una riorganizzazione di una parte sostanziale dei processi di cura del mondo psicologico e medico, sia nel singolo studio del terapeuta ma anche, in senso più ampio, a livello ospedaliero e nei contesti dell'istruzione deputati all'insegnamento.

**Andrea Poli**

Università di Pisa

Centro Clinico Verdi (CCV), Prato

Scuola Cognitiva di Firenze (SCF), Firenze

Psicologo, Psicoterapeuta, PhD in Neurobiologia presso la Scuola Normale Superiore di Pisa, EMDR Practitioner. Professore a contratto presso l'Università di Pisa, dove è anche docente del master in "Neuroscienze, mindfulness e pratiche contemplative".

Cofondatore del Centro Clinico Verdi (CCV, Prato) e membro dello staff clinico della Scuola Cognitiva di Firenze (SCF) presso

i quali esercita anche l'attività clinica. Ha lavorato per anni presso l'Istituto di Neuroscienze del CNR di Pisa. Socio Ordinario della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), della European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), dell'associazione EMDR Italia e membro della Society for Neuroscience (SfN). Autore/coautore di oltre 50 tra articoli su riviste internazionali e nazionali, presentazioni e poster a convegni e congressi, tra ricerca clinica e di base.

## Bibliografia

- Laborde, S., Mosley, E., & Thayer, J. F. (2017). Heart Rate Variability and Cardiac Vagal Tone in Psychophysiological Research - Recommendations for Experiment Planning, Data Analysis, and Data Reporting. *Frontiers in Psychology*, 8, 213. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00213>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- McCraty, R., & Zayas, M. A. (2014). Cardiac coherence, self-regulation, autonomic stability, and psychosocial well-being. *Frontiers in Psychology*, 5(414), 1090. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01090>
- Morris, J., Ohman, A., & Dolan, R. (1999). A subcortical pathway to the right amygdala mediating “unseen” fear. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96(4), 1680–1685. <https://doi.org/10.1073/pnas.96.4.1680>
- Porges, S. W. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Giovanni Fioriti Editore, Roma
- Porges, S. W. (2018). *La guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza*. Giovanni Fioriti Editore, Roma
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123–146. [https://doi.org/10.1016/s0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/s0167-8760(01)00162-3)
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>
- Porges, S. W. (2017). *Vagal Pathways: Portals to Compassion*. 189–204. In E. M. Seppala, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.), *The Oxford Handbook of Compassion Science*. New York, NY: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190464684.013.15>
- Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, J. A. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(3), 219–229. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>
- Shaffer, F., McCraty, R., & Zerr, C. L. (2014). A healthy heart is not a metronome: an integrative review of the heart's anatomy and heart rate variability. *Frontiers in Psychology*, 5, 1040. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01040>
- Svendsen, J., Osnes, B., Binder, P.-E., Dundas, I., Visted, E., Nordby, H., Schanche, E., & Sørensen, L. (2016). Trait Self-Compassion Reflects Emotional Flexibility Through an Association with High Vagally Mediated Heart Rate Variability. *Mindfulness*, 7(5), 1103–1113. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0549-1>

Collana: Psicotraumatologia

prezzo: € 38,00

Formato 16x24 - pagine 496

Publicazione: Marzo 2020 - ISBN: 978-88-36250-00-4