

Dalla rielaborazione del trauma alla regolazione neurofisiologica: EMDR e Teoria Polivagale nella dipendenza da cocaina

Angela Colajanni*, Angela Ballatore**, Santina Sferruggia***, Martina Margiotta****, Gaetano Vivona*****

Summary

■ *This paper examines the integration of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) therapy and the Polyvagal Theory in the treatment of cocaine addiction, one of the most complex challenges in the fields of psychotherapy and public health. After outlining the severity of the phenomenon in Italy – marked by an increasing health and social impact, a rise in drug-related hospitalizations, and significant involvement of both young people and adults – the theoretical foundations of the two approaches are explored.*

The article illustrates this perspective through the clinical case of Vito, a patient with cocaine dependence and a history of early relational trauma, treated with an integrated EMDR-Polyvagal approach within a Gestalt-oriented psychotherapy framework.

The case highlights how the combined work on trauma reprocessing and neurophysiological regulation promotes a reduction in substance use, improved body awareness, relational trust, and emotional self-regulation.

The paper emphasizes the importance of the therapeutic relationship as a space of safety and co-regulation, and the need for an integrated treatment approach that unites neuroscientific and humanistic perspectives to foster recovery, autonomy, and quality of life in individuals affected by cocaine addiction. ■

Keywords: Cocaine, EMDR, Polyvagal theory, Addictions, Psychotherapy.

Parole chiave: Cocaina, EMDR, Teoria polivagale, Dipendenze, Psicoterapia.

Il dilagante fenomeno della cocaina

Il trattamento della dipendenza da cocaina costituisce una delle sfide più impegnative nell'ambito della salute mentale e della psicoterapia.

Secondo i criteri del DSM-5, questa dipendenza si manifesta attraverso un intenso bisogno di assumere stimolanti (craving), il desiderio o lo sforzo infruttuoso di ridurne o controllarne l'uso e, se protratta nel tempo, comporta una compromissione significativa delle funzioni psicologiche, sociali e lavorative.

La cocaina rappresenta una delle sostanze con il maggiore impatto sanitario e sociale in Italia, responsabile del 35% dei decessi droga-correlati e del 30% dei ricoveri ospedalieri.

* *Dirigente psicologa-psicoterapeuta, Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) Mazara del Vallo.*

** *Dirigente medico psichiatra, Responsabile Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) Mazara del Vallo.*

*** *Psicologa-psicoterapeuta, progetto dipendenze comportamentali sine substantia, Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) Mazara del Vallo.*

**** *Tirocinante TPV in Psicologia, Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) Mazara del Vallo*

***** *Direttore Dipartimento Salute Mentale ASP 9 Trapani.*

ASP 9 Trapani - Dipartimento Salute Mentale - Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) Mazara del Vallo.

Tra gli utenti dei Ser.D., il 23% è in carico per cocaina come sostanza primaria e il 3,3% per crack.

Le analisi delle acque reflue urbane indicano la cocaina come la seconda sostanza illegale più consumata, con circa 11 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti.

Nel 2024, la cocaina è stata la causa principale del 38% dei nuovi accessi ai servizi per le dipendenze; includendo il crack, la percentuale sale al 44%, rispetto al 31% del 2015.

È la sostanza più associata al policonsumo, coinvolgendo un terzo dei pazienti trattati nei Ser.D., nelle strutture riabilitative e tra i detenuti tossicodipendenti.

L'impatto crescente si riflette anche nel sistema sanitario: nel 2023, i ricoveri attribuibili alla cocaina hanno rappresentato oltre il 30% delle ospedalizzazioni droga-correlate, rispetto al 16% del 2015, salendo al 38% se si considerano i ricoveri con diagnosi correlate all'uso di stupefacenti.

Tra i soggetti sottoposti a controlli stradali o coinvolti in incidenti stradali, le analisi chimiche condotte dalle tossicologie forensi hanno rilevato la presenza della cocaina nel 4,3% dei casi.

Nel 2024, il 35% dei decessi accertati dalle Forze dell'Ordine è stato attribuito alla cocaina, presente nel 48% delle intossicazioni acute letali, rispetto al 24% dell'eroina.

Tra gli studenti il 3,1% (circa 77mila studenti) ha assunto cocaina almeno una volta nella vita.

Il consumo cresce con l'età, è più frequente nei maschi e più della metà degli studenti che hanno usato cocaina (55%) ha iniziato tra i 15 e i 17 anni, mentre il 40% si è avvicinato alla sostanza prima dei 15 anni.

Concetti generali sulla terapia EMDR

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), sviluppato da F. Shapiro (1987), è un protocollo clinico costituito da procedure strutturate, riconosciuto come trattamento d'elezione per il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), basato sulla scoperta degli effetti comportati dai movimenti oculari.

Uno dei punti su cui si è concentrata l'autrice è stata l'ipotesi secondo la quale tali movimenti oculari guidati potessero stimolare lo stesso processo innescato nella fase REM del sonno.

L'EMDR fonda le sue radici nell'AIP (Adaptive Information Processing) e si basa sull'ipotesi che un evento traumatico blocchi il processo innato del cervello di elaborazione dell'informazione, congelandola, così come le emozioni e le sensazioni fisiche legate al trauma, in una forma frammentata.

Lo squilibrio portato da un trauma, secondo l'AIP, può essere risolto dalla persona tramite un sistema di auto guarigione che, se attivato, porta alla sua integrazione.

Attraverso varie forme di stimolazione bilaterale alternata (come i movimenti saccadici oculari e il tapping), combinate con una riattualizzazione della memoria traumatica, l'informazione fino ad allora intrappolata riprende ad essere elaborata giungendo ad una risoluzione neurologicamente adattiva e integrata delle memorie del paziente legate all'episodio traumatico.

Tale metodo permette di operare una desensibilizzazione dei ricordi traumatici e una ristrutturazione cognitiva della memoria disturbante, comprensiva di valutazioni cognitive, di emozioni e sensazioni.

Secondo la prospettiva EMDR il comportamento da uso di sostanze e i sintomi di craving vengono mantenuti da associazioni mnestiche e immagini mentali non adattive, che possono essere desensibilizzate tramite la stimolazione oculare, che agisce sia sugli aspetti psicologici che su quelli neurobiologici.

Grazie a questo approccio i pazienti sviluppano la capacità di autoregolazione, di consapevolezza della propria storia e di empatia nelle relazioni affettive.

Inoltre la rielaborazione del ricordo traumatico e della storia della dipendenza con l'EMDR riduce i fattori di rischio e diventa fattore di protezione per ulteriori eventi di vita che possono presentarsi. Sappiamo quanto, al di là degli aspetti tecnici, sia necessario un incontro con l'altro, un'accoglienza che crei una sintonia interpersonale.

"I pazienti riescono a percepire quando non li vediamo come "altri", ma li riconosciamo come compagni di viaggio, compagni di sofferenza. Questo sentimento di riconoscimento ha un valore terapeutico, dal momento che permette ai pazienti di sentirsi parte della famiglia umana, un potente antidoto al senso di isolamento generato da molti disturbi psicologici" (Pollak e Pedulla Siegel, 2015).

Hase afferma che "è impossibile desensibilizzare ricordi annessi alla dipendenza se è ancora attivo un PTSD" in quanto il craving è alimentato dai traumi sottostanti.

Si rende quindi necessario il riprocessamento della memoria di dipendenza, oltre che la desensibilizzazione dei ricordi connessi al comportamento, in modo da agire congiuntamente sia sulla riduzione del craving, sia sui canali del cervello connessi alle ragioni per cui un individuo diviene dipendente.

Lo studio di Pagani *et al.* (2012) comprova l'efficacia dell'EMDR nel trattamento della dipendenza e dimostra che la terapia agisce sulla regione ippocampale, sull'amigdala, sulla corteccia cingolata anteriore; induce un aumento nell'attivazione della corteccia prefrontale; aiuta il cervello a integrare elementi emotivi e cognitivi; aumenta la capacità di immagazzinare nuove informazioni.

Tali regioni cerebrali, sono attive sia durante l'acquisizione del trauma, sia nella dipendenza da sostanze.

Si ipotizza che un intervento verificato nel caso dei disturbi post-traumatici possa essere efficace anche nelle dipendenze, poiché coinvolge gli stessi processi.

Concetti generali sulla Teoria Polivagale

La Teoria Polivagale, ideata dal neuroscienziato S. Porges, descrive la gerarchia delle risposte del Sistema Nervoso Autonomo (SNA) al fronte di situazioni percepite come pericolose.

La Teoria Polivagale aggiunge una dimensione cruciale: la regolazione emotiva attraverso la riorganizzazione del SNA; ridisegna la mappa del SNA, superando la sua tradizionale divisione in Sistema Simpatico e Parasimpatico e proponendo una nuova articolazione in Sistema ventro-vagale; Sistema simpatico; Sistema dorso-vagale.

Negli anni recenti, la Teoria Polivagale ha contribuito a costruire un solido ponte tra la ricerca e la clinica, rendendo gli esperti del settore più consapevoli nel setting della relazione mente-corpo e valorizzando le scoperte nell'ambito delle neuroscienze dello sviluppo emotivo, della psicobiologia dell'attaccamento e dei correlati biologici del trauma complesso.

Questa nuova prospettiva terapeutica permette di intervenire sia sulle memorie traumatiche che sui conflitti che ne sono derivati e che vengono riattualizzati.

Rende consapevole il paziente di come gli stati di tensione o di freezing, derivanti dall'attivazione di memorie traumatiche e dalla disregolazione autonoma, abbiano effetti di profonda insicurezza nelle rappresentazioni di sé e degli altri e intervengano nel corpo.

Le emozioni negative, che non sono state elaborate e trasformate né nel sistema di attaccamento primario né nell'ambito delle relazioni interpersonali successive, mantengono il SNA in uno stato di attivazione/difesa cronico (iper/ipoarousal) con conseguenti danni psicobiologici.

La Teoria Polivagale enfatizza il ruolo del SNA nel segnalare la presenza o meno di una minaccia attraverso l'attivazione di tre stati autonomici.

Lo stato ventro-vagale permette di calmarci quando ci troviamo in uno stato sicuro; al primo segnale di pericolo, il sistema mette in moto la reazione di attacco-fuga attivando lo stato simpatico, che ci consente di fronteggiare la minaccia o di fuggire qualora non è possibile affrontarla.

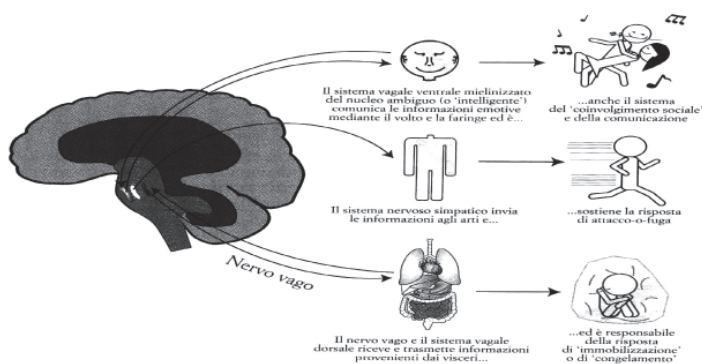
L'ultimo, lo stato dorso-vagale, si attiva quando non siamo in grado né di lottare né di fuggire, è qui che ci immobilizziamo per assicurarci la sopravvivenza.

Le tre parole chiave per comprendere la Teoria Polivagale sono:

- **Gerarchia**, perché i tre stati si attivino in modo gerarchico e prevedibile, in base al proprio funzionamento autonomico, è possibile prevedere quali eventi possono innescare *reazioni simpatiche* o quali segnali abbiano il potenziale di riportarci alla *regolazione ventro-vagale* che ci permette di "sentirci al sicuro".

- **Neurocezione**, è il termine coniato da Porges (2015) per indicare la capacità del nostro SNA di individuare e comunicare la presenza di una minaccia ancora prima di essere consciamente consapevoli della sua presenza e del suo significato. La neurocezione è il sistema di percezione subconscia, costantemente attivo, di valutazione della minaccia e della sicurezza basato sulle informazioni provenienti dal SNA e sulla regolazione del cervello corticale.
- **Coregolazione** è il target psicobiologico della Teoria Polivagale, ovvero *l'ingaggio sociale*, essenziale per la sopravvivenza. Attraverso una *regolazione autonoma reciproca* siamo in grado di sentirci al sicuro, di creare relazioni durature e benefiche con gli altri e di vivere prevalentemente in una neurocezione di sicurezza.

Gerarchia filogenetica delle strategie di risposta



Pensiamo al SNA come alle fondamenta dalle quali ha origine la nostra percezione di vita.

Questa risorsa biologica (Kok et al., 2013) è la piattaforma neurale che si nasconde dietro ogni esperienza.

La Teoria Polivagale fornisce ai terapeuti una cornice neuro-fisiologica per considerare le ragioni che stanno alla base del comportamento.

Attraverso la lente polivagale, comprendiamo che le azioni vengono generate dal SNA in modo automatico e adattivo e sono al di sotto dei livelli di consapevolezza conscia.

Non è il cervello che compie una scelta ma sono le energie autonome che si spostano verso pattern di protezione.

Il SNA non dà una valutazione di ciò che è giusto e ciò che è sbagliato, semplicemente, interviene nella gestione del rischio e nella ricerca di sicurezza ("ogni risposta è un'azione al servizio della sopravvivenza").

Aiutare i pazienti a comprendere le intenzioni protettive delle loro risposte autonome permette di ridurre la vergogna e l'autocolpevolizzazione.

I segnali di sofferenza presenti in un paziente possono essere riscontrati nella storia delle sue risposte autonome.

Integrazione tra Teoria Polivagale e terapia EMDR

L'integrazione tra la Teoria Polivagale e la Terapia EMDR offre un approccio sinergico alla cura dei traumi, poiché la Teoria Polivagale fornisce un quadro neuro-scientifico per comprendere come il trauma influenzi il Sistema Nervoso Autonomo e come l'EMDR possa facilitare la rielaborazione del trauma ripristinando il Sistema in uno stato di sicurezza.

Questo approccio, spesso chiamato PoliVagal-EMDR (PV-EMDR), arricchisce il processo terapeutico applicando i principi polivagali a ogni fase del protocollo EMDR, migliorando la preparazione del paziente e riducendo gli ostacoli nella rielaborazione.

L'approccio integrato PV-EMDR, sostiene che l'EMDR possa influenzare il SNA, in particolare il **nervo vago**, che gioca un ruolo cruciale nella regolazione dell'arousal e della risposta allo stress. L'EMDR potrebbe aiutare a riportare il sistema in uno stato di "sicurezza", facilitando la rielaborazione dei ricordi traumatici.

Non ci sono ancora in letteratura abbastanza studi che confermino l'efficacia dell'approccio integrato; le evidenze scientifiche provengono principalmente da studi che validano le basi neuro-scientifiche di entrambi gli approcci e che documentano come la Teoria Polivagale possa arricchire il modello EMDR, pur mantenendo la sua efficacia comprovata.

La storia di Vito - Caso clinico

Vito presenta un profilo clinico complesso.

Dalla somministrazione del MCMI-III emerge l'abuso di droghe e alcool unito ad un pattern di personalità schizoide evitante con tratti depressivi e ansiosi, ipotesi diagnostica supportata dall'osservazione clinica psicologica che delinea l'isolamento sociale e l'assenza di passioni, hobby o progettualità anche di routine quotidiana.

Intrapreso il viaggio di cura con Vito, si decide di applicare l'approccio integrato PV-EMDR all'interno di sedute di psicoterapia ad orientamento gestaltico.

Rinascere dal silenzio

Vito ha 45 anni, ma ne sente addosso molti di più.

Vive da solo in un piccolo appartamento a Mazara del Vallo, tra muri umidi e mobili ereditati.

Non lavora da tempo.

Le giornate scorrono lente, scandite da gesti ripetitivi: una sigaretta accesa con mani che tremano, la televisione che trasmette immagini senza emettere suoni, il frigo quasi vuoto.

Da anni, il suo mondo è fatto di silenzi, fantasmi e sostanze.

È il terzogenito, nato dopo due sorelle che sembravano avere una parte già scritta nella sceneggiatura familiare.

Lui no, lui è sempre stato quello "che non si sa bene cosa vuole", diceva il padre.

Un uomo rigido, con una voce che sapeva solo giudicare, mai consolare.

Il loro rapporto non è mai stato un dialogo: solo imposizione e punizione.

Vito ha imparato presto a evitare, a non rispondere, a non sentire.

Sua madre c'era, ma non bastava: troppo stanca, troppo sola anche lei, per accorgersi del figlio che si stava lentamente spegnendo dietro gli occhi bassi e il corpo rannicchiato.

A scuola era invisibile.

Nessun problema di apprendimento, nessun gesto eclatante, solo una presenza sbiadita tra i banchi.

E quella solitudine cucita addosso come una seconda pelle iniziò a farsi pesante verso i tredici anni. Fu in quel periodo che un gruppo di ragazzi più grandi lo invitò a fumare una canna, "Fa stare meglio", gli dissero.

E in effetti, per qualche ora, fu così. Il rumore nella testa si abbassò, il mondo si allontanò quel tanto che bastava a non farlo più tremare.

Poi arrivò l'alcol, la cocaina, il crack.

Le dipendenze diventano un modo per stare al mondo senza esserci davvero.

Per anestetizzare quel sistema nervoso sempre in allerta, sempre pronto alla fuga o al congelamento.

Non è mai stato in comunità, mai una richiesta d'aiuto, mai un ricovero.

Ha imparato a cavarsela da solo, come meglio poteva, anche se il prezzo è stato altissimo.

Vive senza amici, senza relazioni significative, ogni tentativo di legame lo mette in crisi, lo paralizza, non riesce a sostenere lo sguardo dell'altro senza sentirsi giudicato o inadeguato.

Ha sempre avuto paura dell'altro: paura dell'opinione, dell'invadenza, della delusione e per anni ha creduto che il problema fosse lui, che lui fosse "sbagliato", e così ha costruito attorno a sé un muro, alto e silenzioso, e ci si è chiuso dentro.

Vito non è cattivo, non è perso del tutto.

È solo un uomo che ha smesso di credere di poter cambiare.

Un uomo stanco, che ha conosciuto la solitudine fin troppo presto, e che continua a viverla come unica certezza.

Ma anche nelle storie più dure, resta sempre una possibilità, una fessura, una mano tesa.

Basta che qualcuno abbia il coraggio – o la pazienza – di bussare, piano e con tenerezza, alla porta del suo silenzio.

L'inizio di qualcosa di diverso

Vito si presenta al Ser.D. su invio della Commissione Medica Patenti a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza e alterazione da uso di sostanze stupefacenti.

L'accesso è motivato dalla necessità di ottenere la certificazione di idoneità alla guida.

Questa sua richiesta iniziale ha rappresentato l'occasione per agganciarlo.

Un infermiere del servizio, durante l'accesso settimanale di routine, gli propone di parlare con una psicoterapeuta, "Non è un obbligo, ma magari ti può far bene", gli dice.

Vito ci pensa per mesi e poi, un giorno in cui sente che non ce la fa più a reggere il vuoto, a respingere i pensieri che si affollano nella sua testa, accetta.

La psicoterapeuta lo accoglie con tenerezza, non lo forza, ascolta il suo silenzio con religioso rispetto. Non chiede "perché ti droghi?" o "perché sei solo?".

Gli chiede solo come si sente, cosa sente nel corpo.

Vito comincia così un percorso lento, ma costante. In uno degli incontri settimanali, la psicoterapeuta decide di parlargli di qualcosa che lui non conosce: la Teoria Polivagale.

Gli spiega che il suo sistema nervoso non è rotto ma è solo stato per troppo tempo in modalità sopravvivenza, congelamento, chiusura.

Lo rassicura sul fatto che lui non è sbagliato, si è solo difeso come meglio poteva.

Gli parla del nervo vago, delle reazioni di attacco-fuga, del collasso dorso-vagale.

Gli dice che si può, gradualmente, tornare in uno stato di sicurezza, dove il mondo non è più solo una minaccia, ma un luogo in cui è possibile anche sentirsi accolti.

Vito per la prima volta si sente visto non come un problema ma come un essere umano che ha fatto e che sta facendo del suo meglio per trovare il "suo posto" in questo mondo.

Continua a presentarsi ogni settimana alle sedute di psicoterapia concordate, mostra una motivazione fragile ma comunque presente, sostenuta da una buona relazione terapeutica.

Dopo qualche mese, la psicoterapeuta decide di introdurre l'EMDR, spiegandogli che si tratta di un metodo per rielaborare traumi passati, stimolando il cervello ad elaborare i ricordi dolorosi in modo meno invasivo.

Gli spiega che il trauma non è l'evento in sé, ma ciò che resta bloccato nel corpo e nella mente, come un nodo che non si scioglie mai.

Durante una seduta, tornano alla mente di Vito immagini sepolte:

- il padre che urla perché ha rotto un piatto;
- le risate delle sorelle, da cui si è sempre sentito escluso;
- i giorni di scuola, passati nascosto dietro l'ultimo banco;
- il primo tiro di cocaina, che sembrava liberarlo e invece lo stava incatenando.

Con la stimolazione bilaterale qualcosa cambia, quelle immagini, così forti, iniziano a perdere potere, non spariscono ma smettono di tenerlo prigioniero.

Alcuni ricordi li affronta con gli occhi pieni di lacrime e le parole che gli si bloccano in gola, altri con il modo a lui conosciuto di comunicare: il silenzio.

Ma ogni volta, quando apre gli occhi alla fine della seduta, sente un po' meno peso sul petto, e sente crescere la fiducia che qualcosa può cambiare in lui, nella sua vita.

Lentamente, qualcosa iniziava a incrinarsi nella corazza che si era costruito negli anni.

Da lì, il dialogo prese forma, a piccoli passi.

Giorni buoni e giorni neri, ricadute ma anche intuizioni e speranze.

Parlò per la prima volta della madre, fragile e distante, e del padre, assente anche quando era presente.

E parlò dell'alcol, del crack, ... e di come l'abuso di queste sostanze fosse diventato l'unico modo per sperimentare la sua esistenza.

Vito ha iniziato a ridurre l'uso di sostanze.

Non per eroismo, non per miracolo ma perché sta iniziando a cercare altro: pezzi di sé, emozioni confuse ma vere.

Un giorno, durante una seduta, disse: "Non so se posso guarire. Ma forse posso provare a farmi meno male".

Era una frase semplice, ma è stato il primo vero atto di volontà.

Non è una trasformazione magica.

La droga non sparisce in un attimo, la solitudine non si colma istantaneamente.

Ma Vito comincia a sentire che può scegliere, comincia a notare i segnali del suo corpo: il cuore che accelera quando ha paura, la chiusura della gola quando prova a parlare e invece di scappare prova a restare, a respirare, a chiedere: "Possiamo fare una pausa?".

Il percorso con la psicoterapeuta continua, con alti e bassi.

A volte ricade nei vecchi schemi, a volte sente di non farcela, ma ora sa che può tornare, che c'è uno spazio dove può sentirsi sicuro, dove non deve fingere, dove può essere semplicemente se stesso senza vergogna.

Vito non è "guarito" ma oggi riesce a camminare per strada senza abbassare lo sguardo.

Non parla molto, ma ascolta e a volte sorride.

La psicoterapeuta gli ha spiegato che la guarigione è un ricostruirsi con quello che si è diventati, con le consapevolezza acquisite durante il duro lavoro fatto insieme.

Sta imparando a stare nel mondo non come spettatore ma come presenza viva anche se fragile.

Ha smesso di credere che la solitudine fosse il suo destino e dentro di lui, in quel sistema nervoso che per anni ha conosciuto solo allerta o spegnimento, stanno cominciando a fare capolino altre cose: connessione, relazione, reciprocità, fiducia.

- **EMDR:** utilizzato per elaborare ricordi traumatici di natura relazionale (abuso emotivo, negligenza, esclusione sociale) e per ridurre i trigger legati all'uso di sostanze.
- **Teoria Polivagale:** introdotta per normalizzare le risposte fisiologiche di congelamento e chiusura, facilitando la regolazione autonoma. Lavoro mirato su grounding, co-regolazione terapeutica, identificazione degli stati autonomici.
- **Alleanza terapeutica:** cruciale per trattare la profonda sfiducia e l'evitamento. Il focus iniziale è sulla costruzione della sicurezza relazionale.
- **Obiettivi:** stabilizzazione, incremento delle risorse, reintegrazione somato-emozionale, miglioramento della capacità di mentalizzazione.

Conclusioni

L'obiettivo della terapia, utilizzando l'approccio integrato, è che l'intervento psicoterapeutico possa passare attraverso la terapia del trauma e nello stesso tempo utilizzare le risorse del vago-ventrale, per reclutare i circuiti che supportano i comportamenti prosociali del Sistema di Ingaggio Sociale (Porges, 2009a, 2015a).

Il Sistema di Ingaggio Sociale rappresenta la nostra connessione tra faccia e cuore, creata dal collegamento del vago-ventrale (cuore) e dei muscoli striati della nostra faccia e della nostra testa, che controllano il modo in cui guardiamo, in cui ascoltiamo e in cui parliamo (Porges, 2017a).

Sia nel setting terapeutico che nella seduta terapeutica, è necessario creare le condizioni per la presenza di uno stato fisiologico che supporti il Sistema di Ingaggio Sociale.

La terapia deve seguire la regola delle quattro R, più una:

- **Relazione terapeutica positiva.**
- Riconoscere lo stato autonomo.
- Rispettare le risposte adattive di sopravvivenza.
- Regolare o coregolare verso uno stato ventro-vagale.
- Reinterpretare la storia.

Il trauma influisce sulla regolazione autonoma, innescando un pattern di sistemi di difesa cronicamente attivo.

Il risultato è un disagio continuo, che altera la capacità personale di creare e sostenere relazioni nutrienti, fatto che spesso determina una mancanza di supporto sociale e di conseguenza aumenta i livelli di ansia, genera bassa autostima, sensazione di non avere il controllo e la ricerca di sollievo nella droga, nell'alcool o in altre forme di dipendenze.

Attraverso la terapia integrata, acquisiamo familiarità con i processi alla base della modulazione delle nostre esperienze quotidiane di vita e rielaboriamo il ricordo dell'evento traumatico desensibilizzandolo, e aiutiamo i pazienti a spostarsi dai pattern abituali di protezione a nuovi pattern di connessione.

L'attenzione agli eventi di ricaduta e agli attivatori, come elementi conosciuti e comprensibili all'interno della propria storia, permette di renderli espliciti, consapevoli, leggibili e quindi rimodellabili attraverso la lente polivagale.

L'esperienza fatta con Vito è stata estesa ad altri utenti del servizio che presentano i requisiti per accedere al programma psicoterapico.

La speranza è di poter estendere i benefici dell'approccio integrato e raggiungere obiettivi sempre migliori, uno di questi è

il manifestarsi di una buona compliance al trattamento e una forte alleanza terapeutica.

Tale presupposto resta per la nostra équipe un obiettivo primario, poiché il fine per ogni utente è non solo risolvere le problematiche legate alla dipendenza, ma anche raggiungere una propria autonomia e migliorare la qualità della vita.

In questa prospettiva diventa quindi fondamentale:

- co-costruire con l'altro una relazione terapeutica positiva e solida;
- conoscere la storia di vita della persona, attraverso una anamnesi dettagliata, indagare sulla famiglia d'origine, sui traumi, sulla storia di dipendenza;
- lavorare sul rafforzamento della motivazione personale al trattamento, attraverso obiettivi terapeutici raggiungibili a breve e medio termine che tengano conto del potenziamento delle risorse personali, declinabili in progetti personalizzati e condivisi;

Insegnare al soggetto il modo in cui funziona il proprio SNA per far fronte agli schemi rigidi e comprendere le ragioni che stanno alla base dei comportamenti disadattivi.

Tutto ciò porta alla costruzione di una dimensione soggettiva di progetto psicoterapeutico e di cura che rende l'altro protagonista attivo nel definire il suo contesto sociale e migliorare la propria qualità di vita.

Riferimenti bibliografici e sitografia

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5). Milano: Raffaello Cortina.
- Antonelli T. (2017). *EMDR e dipendenze patologiche*. Milano: Edizioni FS.
- Dana D. (2019). *La Teoria Polivagale nella terapia*. Roma: Fioriti.
- Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze (2025). *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*. Roma: Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri. <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/v5dlr0fu/relazione-al-parlamento-2025.pdf>.
- Fishbein W., Gutwein B.M. (1977). Paradoxical sleep and memory storage processes, *Behavioral Biology*, 19(4): 425-464.
- Hase M. (2009). CravEx: an EMDR approach to treat substance abuse and addiction. In: M. Luber (ed.), *Eye movement desensitization (EMDR) scripted protocols: Special population* (pp. 467-488). New York: Springer Publishing Company.
- Kok B.E., Coffey K.A., Cohn M.A., Catalino L.I., Vacharkulksemsuk T., Algoe S.B., ... Fredrickson B.L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24(7): 1123-1132.
- Pagani M. et al. (2012). Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring-An EEG Study, *PLOS ONE*, 7(9). Germany: Ulrike Schmidt, Max Plank Institute of Psychiatry.
- Pollak S.M., Pedulla T., Siegel R.D. (2015). *Mindfulness in Psicoterapia, tecniche integrate*. Milano: Edra Isrw.
- Porges S.W. (2009a). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(Suppl 2): S86-S90.
- Porges S.W. (2014). *La Teoria Polivagale - Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Fioriti.
- Porges S.W. (2015a). Making the world safe our children: Down-regulating defence and up-regulating social engagement to "optimise" the human experience. *Children Australia*, 40(2): 114-123.
- Porges S.W. (2017a). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe*. New York, NY: Norton.