SCHEDA TECNICA CLINICA · PROTOCOLLO OPERATIVO TA - Reg/A

Tecniche Autogene per la Regolazione dell'Ansia

Intervento psicologico strutturato in 12 sedute per la regolazione psicofisiologica dell'ansia

DURATA PERCORSO	ARTICOLAZIONE	SETTING	MODALITÀ
12 sedute	**3 Fasi progressive**	**Individuale**	**In presenza (Vicenza) e Online**

1. CONDUZIONE CLINICA E CONTATTI

Dott.ssa Caterina Mengotti · Psicologa Clinica iscritta all'Ordine degli Psicologi del Veneto n. 16175, Operatrice di Training Autogeno. Esercita la libera professione a Vicenza (Studio Cairoli, Via Cairoli 26). Partita IVA: 04663540245.
Contatti: Cell. 349 2883569 · Email: caterina.mengotti@gmail.com · Sito web: www.caterinamengotti.it

2. INQUADRAMENTO TEORICO E RAZIONALE CLINICO

Nel **Protocollo TA - Reg/A**, l'ansia viene concettualizzata come una **disregolazione dei processi psicofisiologici di base che governano la vita neurovegetativa**, matrice somatica e viscerale da cui emergono gli stati affettivi ed emotivi (Craig, 2002; Carvalho & Damasio, 2021). Le emozioni emergono infatti dalla lettura, dalla predizione e dall'integrazione corticale dei segnali interocettivi (variazioni cardio-respiratorie, vasomotorie, viscerali e del tono muscolare), processi mediati principalmente dalla corteccia insulare anteriore e dalla corteccia cingolata anteriore (Craig, 2009; Seth, 2013). Quando i processi psicofisiologici di base perdono flessibilità — configurando una rigidità del Sistema Nervoso Autonomo e un deficit del controllo inibitorio prefrontale-vagale o "freno vagale" (Thayer & Lane, 2000, 2009; Porges, 2011) — l'organismo genera uno sfondo somatico di instabilità, disinibizione simpatica e iper-eccitazione che affiora alla coscienza come ansia.

In questa prospettiva clinica, l'ansia si configura inoltre come **componente integrante delle Sindromi da Sensibilizzazione Centrale (CSS)** (Yunus, 2007; Harte et al., 2018): uno stato di allarme neurobiologico continuo che compromette la flessibilità del Sistema Nervoso Autonomo, interferisce con i sistemi inibitori discendenti di modulazione degli stimoli (Woolf, 2011), altera i processi di recupero trofotropico (sonno ristoratore e omeostasi viscerale; Hess, 1949) e riduce la finestra di tolleranza somato-emotiva dell'individuo.

> **Presupposto clinico:** L'ansia viene affrontata come un processo psicofisiologico dinamico che coinvolge simultaneamente la vita neurovegetativa, l'assetto somatico-viscerale, l'elaborazione interocettiva e la regolazione affettiva (Thayer & Lane, 2009; Porges, 2011).

Su questa base, l'intervento opera attraverso **due livelli regolatori integrati**:

- **Autoregolazione (bottom-up) — Alfabetizzazione interocettiva e commutazione autogena:** Attraverso l'impiego clinico delle commutazioni autogene derivate dal metodo di J.H. Schultz (Schultz, 1932; Stetter & Kupper, 2002; Miu et al., 2009), la persona sviluppa una fine capacità di auto-osservazione somatica e viscerale. La commutazione autogena consente di modulare direttamente gli stati di iperarousal simpatico e di sovraccarico allostatico, favorendo il ripristino della flessibilità autonomica.
- **Co-regolazione (top-down e relazionale) — Connessione e sicurezza incarnata:** La regolazione degli stati interni si consolida all'interno di una relazione clinica sintonizzata. Il colloquio clinico focalizzato sull'esperienza presente opera come uno specchio regolatorio intersoggettivo (co-regolazione diadica; Porges, 2011): attraverso la connessione relazionale, l'ascolto sintonizzato e la funzione regolativa della verbalizzazione affettiva (Torre & Lieberman, 2018), lo psicologo aiuta la persona a riconoscere, nominare e modulare in tempo reale i segnali neurovegetativi ed emotivi emergenti, disattivando i circuiti difensivi dell'allarme per costruire un'esperienza stabile di sicurezza incarnata.

3. INDICAZIONI CLINICHE

Il protocollo è rivolto a persone adulte che presentano quadri di **disregolazione psicofisiologica e stati di allarme neurovegetativo**, caratterizzati dalle seguenti manifestazioni cliniche:

- **Stati di allerta persistente e picchi di attivazione autonomica:** Percezione continua di essere in stato di allarme e difficoltà a distendersi anche a riposo, accompagnate da attivazioni improvvise e destabilizzanti (tachicardia, fame d'aria o dispnea soggettiva, vampate vasomotorie, sudorazione, capogiri, costrizione faringea, oppressione toracica) e ipervigilanza verso i segnali fisici interni.
- **Manifestazioni somatiche e Sindromi da Sensibilizzazione Centrale (CSS):** Quadri in cui lo stato di allarme continuo si associa a tensione muscolare cronica, cefalea tensiva, fibromialgia, bruxismo, somatizzazioni viscerali (spasmi addominali, colon irritabile) e ipersensibilità agli stimoli ambientali e corporei.
- **Alterazioni del recupero, stanchezza e disturbi del sonno:** Difficoltà di addormentamento, risvegli frequenti, sonno non ristoratore, marcata fatica a recuperare le energie dopo lo stress o lo sforzo e affaticamento attentivo (brain fog).
- **Esaurimento regolatorio, catastrofismo e deflessione dell'umore:** Passaggio dall'iperattivazione al crollo energetico (ipoattivazione da sovraccarico allostatico), tendenza al catastrofismo legato al sintomo e deflessione secondaria del tono dell'umore conseguente alla persistenza dello stato di allerta e di fatica.
- **Integrazione multidisciplinare:** Pazienti già seguiti da medici di medicina generale, specialisti (neurologi, reumatologi, fisiatri, gnatologi, gastroenterologi) o fisioterapisti, per i quali risulti indicato affiancare un percorso strutturato di autoregolazione psicofisiologica e co-regolazione somato-emotiva.

Valutazione iniziale: L'avvio del protocollo è sempre preceduto da un colloquio conoscitivo volto a valutarne l'appropriatezza clinica rispetto alla situazione della persona.

4. ARTICOLAZIONE OPERATIVA (12 SEDUTE · 3 FASI)

Il protocollo prevede una struttura standard di **12 sedute individuali** (in presenza presso lo Studio Cairoli di Vicenza oppure in teleconsulenza), modulabile in base al profilo di attivazione neurovegetativa e ai tempi regolatori della persona:

Fase e Struttura	Obiettivi Clinici e Metodologia
FASE 1 · Inquadramento Clinico e Analisi Processuale *2 sedute (1 da 60 min + 1 da 90 min)*	• **Colloquio psicologico clinico:** Inquadramento anamnestico e analisi funzionale dell'esperienza presente, dei meccanismi di innesco e mantenimento dell'iperattivazione, dei segnali neurovegetativi prevalenti e delle strategie regolatorie in atto. • **Test dei Colori di Lüscher:** Valutazione psicodiagnostica dello stato di attivazione vegetativa, delle tensioni compensatorie e delle risorse regolatorie. • **Prima induzione autogena:** Sperimentazione iniziale della calma e mappatura della responsività interocettiva.
FASE 2 · Autoregolazione Psicofisiologica e Co-regolazione *8 sedute (60 minuti ciascuna)*	• **Tecniche autogene di autoregolazione (bottom-up):** Esplorazione guidata e progressiva delle commutazioni autogene (pesantezza, calore, ritmo cardio-respiratorio, distensione viscerale e freschezza cefalica), calibrata sulla finestra di tolleranza somatica della persona per favorire il ripristino dell'equilibrio neurovegetativo e della flessibilità autonomica. • **Co-regolazione e dialogo clinico (top-down e relazionale):** Rispecchiamento intersoggettivo dei segnali neurovegetativi ed emotivi emergenti, modulazione dei pattern di ipercontrollo e consolidamento della sicurezza incarnata. • **Applicazione nella vita quotidiana:** Integrazione graduale di brevi pratiche di autoregolazione e richiami autogeni rapidi nella routine giornaliera, al fine di consolidare la flessibilità autonomica anche al di fuori del setting clinico.

FASE 3 · Consolidamento e Follow-up
2 sedute (60 minuti ciascuna)

- **Verifica dell'autonomia regolatoria:** Monitoraggio della stabilità della commutazione autogena e della flessibilità autonomica nel tempo, con prevenzione delle ricadute.
- **Valutazione conclusiva:** Bilancio degli esiti clinici, eventuale re-test di confronto e definizione del piano individuale di mantenimento.

5. SVOLGIMENTO DEL PERCORSO E INFORMAZIONI PRATICHE

- **Primo incontro conoscitivo:** L'avvio del protocollo è preceduto da un colloquio conoscitivo gratuito (30 minuti, in presenza o online) volto ad accogliere la domanda della persona, illustrare la struttura dell'intervento e valutarne l'appropriatezza clinica.
- **Eventuale confronto con altri specialisti:** Qualora la persona stia già seguendo cure mediche, farmacologiche o riabilitative e lo ritenga utile, previo consenso informato è possibile attivare un dialogo clinico con i professionisti di riferimento (medico di medicina generale, psichiatra, neurologo, fisioterapista) per favorire un lavoro integrato.
- **Aspetti amministrativi:** Le sedute costituiscono prestazioni sanitarie esenti IVA (art. 10, n. 18, DPR 633/72) e sono detraibili fiscalmente secondo la normativa vigente tramite trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria.

6. RIFERIMENTI SCIENTIFICI ESSENZIALI

Psicofisiologia Clinica, Interocezione e Regolazione Autonomica

Carvalho, G. B., & Damasio, A. (2021). *Interoception and the origin of feelings: A new synthesis.* BioEssays, 43(6), 2000261.

Craig, A. D. (2002). *How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body.* Nature Reviews Neuroscience, 3(8), 655–666.

Craig, A. D. (2009). *How do you feel — now? The anterior insula and human awareness.* Nature Reviews Neuroscience, 10(1), 59–70.

Hess, W. R. (1949). *The Central Control of the Activity of Internal Organs.* Nobel Lecture in Physiology or Medicine.

Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation.* W. W. Norton & Company.

Seth, A. K. (2013). *Interoceptive inference, emotion, and the embodied self.* Trends in Cognitive Sciences, 17(11), 565–573.

Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). *A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation.* Journal of Affective Disorders, 61(3), 201–216.

Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2009). *Claude Bernard and the heart–brain connection: Further elaboration of a model of neurovisceral integration.* Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 33(2), 81–88.

Sindromi da Sensibilizzazione Centrale (CSS) e Allarme Neurobiologico

Harte, S. E., Harris, R. E., & Clauw, D. J. (2018). *The neurobiology of central sensitization.* Journal of Applied Biobehavioral Research, 23(2), e12137.

Woolf, C. J. (2011). *Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain.* PAIN, 152(3), S2–S15.

Yunus, M. B. (2007). *Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes.* Seminars in Arthritis and Rheumatism, 36(6), 339–356.

Training Autogeno: Applicazioni Cliniche su Ansia, Dolore Cronico e Cefalee

Dobos, D., Kökönyei, G., Gyebnár, G., Szabó, E., Kocsel, N., Galambos, A., ... & Juhász, G. (2022). *Regular Practice of Autogenic Training Reduces Migraine Frequency and Is Associated With Brain Activity Changes in Response to Fearful Visual Stimuli.* Frontiers in Behavioral Neuroscience, 15, 780081.

Kohlert, A., Wick, K., & Rosendahl, J. (2022). *Autogenic Training for Reducing Chronic Pain: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials.* International Journal of Behavioral Medicine, 29(5), 531–542.

Miu, A. C., Heilman, R. M., & Miclea, M. (2009). *Reduced heart rate variability and vagal tone in anxiety: trait versus state, and the effects of autogenic training.* Autonomic Neuroscience, 145(1-2), 99–103.

Schultz, J. H. (1932). *Das Autogene Training (Konzentrative Selbstentspannung).* Georg Thieme Verlag.

Stetter, F., & Kupper, S. (2002). *Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies.* Applied Psychophysiology and Biofeedback, 27(1), 45–98.

Torre, J. B., & Lieberman, M. D. (2018). *Putting Feelings into Words: Affect Labeling as Implicit Emotion Regulation.* Emotion Review, 10(2), 116–124.

Documento informativo a carattere clinico-metodologico elaborato dalla Dott.ssa Caterina Mengotti, Psicologa Clinica (Albo Psicologi del Veneto n. 16175). Le presenti informazioni non sostituiscono una valutazione clinica individuale.