SIMP Società Italiana Medicina Psicosomatica

# XXIX CONGRESSO NAZIONALE SIMP
## Società Italiana Medicina Psicosomatica

Presidente del Congresso e Responsabile Scientifico
**Antonino Minervino**

# IL TRAUMA
## COME SE NE ESCE?

**20 e 21 Ottobre 2023**

Salone degli Stemmi
Palazzo Arcivescovile di Cosenza Bisignano
Piazza Parrasio, 16 - Cosenza

Con la sponsorizzazione non condizionante di:

fidia

Con il Patrocinio di:

ASILS Alta Scuola Italiana per la Lotta allo Stigma

Città di Cosenza

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI COSENZA E PROVINCIA

CSPP Centro Studi di Psicologia e Psicosomatica Clinica Individuale e di gruppo

SIPC Società Italiana di Psichiatria di Consultazione

CKF DIGIORNO POLIAMBULATORI PRIVATI CENTRI KINESI FISIOTERAPICI DI GIORNO EXCELLENCE REHABILITATION MEDICAL CENTRE ORTHOPEDIC AND SPORTS REHABILITATION BOLOGNA - ROMA - COSENZA - LAMEZIA TERME www.ckf-digiorno.com

# RAZIONALE SCIENTIFICO

Qualcosa accade, improvvisa e rapida, scompone l'ordine costituito, produce conseguenze, immette disordine, incanala energie in direttrici impreviste. È il trauma.

La sua entità può oscillare da una minimalità infinita ad una grandezza inimmaginabile. Può irrompere nello spazio più intimo o avere dimensioni collettive. Può generarsi dalle forze che ci abitano e costituiscono o dalle forze del mondo e dell'ambiente che abitiamo. Possiamo esserne attori o vittime.

Il senso ampio che diamo alla parola trauma ci fa dire che non c'è esistenza che non ne faccia esperienza, fino ad indicare che lo stesso momento della nascita possa essere al contempo trauma ed evento di infinita felicità. È dunque possibile pensare che l'esperienza del trauma abbia per ogni individuo una sua intrinseca appartenenza alla vita insieme alle risorse necessarie ad armonizzarlo al corso dell'esistenza. Sono la sua natura e la sua dimensione che fanno la differenza facendolo trasformare in un evento devastante a fronte del quale le risorse dell'individuo si consumano sterilmente.

Servono altra energia, aiuti alla persona, a quella soggettività, a quella collettività. Serve ristorare quelle soggettività ferite e rimetterle su una linea esistenziale in cui l'individuo o l'insieme degli individui si riconoscano nel diritto di una vita che guardi al futuro, rompendo quel guscio d'immobilità al presente che, fra le tante conseguenze, il trauma produce.

"Conosci te stesso" è dunque la traccia che indichiamo per la domanda che poniamo: "Come se ne esce?"

# VOLUME ABSTRACT

# INDICE

**Plenarie**


- Introduzione al Congresso: "*Trauma: come se ne esce?*" – Antonino Minervino – pag. 1
- Lettura Magistrale: "*Epigenetica del trauma dal preconcepimento all'adolescenza: l'evoluzione del cervello sano e patologico*" – Giovanni Biggio – pag. 2
- Tavola Rotonda: "Impatto e conseguenze del trauma"
  - "*I traumi sociali e la promozione della salute*" – Carlo Simionato – pag. 3
  - "*Il trauma abbandonico: conseguenze e prime strategie di intervento in psicoterapia psicosomatica*" – Andrea Nervetti – pag. 4
- Lettura Magistrale: "*Recovering from traumatic event(s)*" – Richard Beck – pag. 5
- Lettura Magistrale: "*Psicosomatica del trauma psichico: dalla genesi alla cura*" – Massimo Biondi – pag. 6
- Tavola Rotonda: "Sonno, sogni e parole che guariscono"
  - Introduzione: "*Trauma: circadianità e melatonina*" – Antonino Minervino – pag. 7
  - "*Melatonina, trauma e disturbi del sonno*" – Laura Palagini – pag. 8
  - "*Trauma e lutto*" – Giuliano Turrini – pag. 9
  - "Emergere dalla psicosi: terapia conversazionale e sogno" - Maria Zirilli – pag. 10
  - "*La cultura che si ammala. La prospettiva Gruppoanalisi e l'uso del sogno nella esperienza del Intergenerational Immigrant Trauma*" – Domenico Agresta – pag. 11
- Tavola Rotonda: "Come se ne esce?"
  - "*Promuovere la resilienza e la crescita post traumatica: l'approccio EDMR*" – Elisa Faretta – pag. 13
  - "*Epigenetica, ipnosi e trauma intergenerazionale*" – Luisa Merati – pag. 14
  - "*La compromissione del Sé e il trattamento psicodinamico del trauma*" – Antonio Suman – pag. 15
  - "*Il corpo ricorda il trauma in analisi bioenergetica*" – Patrizia Moselli – pag. 16
  - "*Il ruolo dell'oblio nel percorso terapeutico*" – Vittorio Caprioglio – pag. 17
  - "*Sentire, conoscere, guarire. Una esperienza da Paziente e da Medico*" – Salvatore Fiore – pag. 18
- Sessione plenaria a cura del Parlamentino della SIMP: "Traumi individuali e collettivi: dalla frammentazione del sé all'unità psicosomatica" – pag. 19
  - "*Partire dalla fisiologia come opportunità per la terapia integrata*"- Battistino Sanna – pag. 20
  - "*Il linguaggio del corpo e l'evoluzione del concetto di catarsi*" – Livia Geloso – pag. 21
  - "*L'influenza del trauma collettivo sul pensiero socio-culturale*" – Paola Ferrari – pag. 22
  - "*L'impatto traumatico dei media che espongono eventi catastrofici*" – Maria Rosa Zigliani – pag. 23
  - "*In che modo il trauma può diventare opportunità di crescita*" – Roberto Ercolani – pag. 24
  - "*Il setting come momento di autoanalisi per il terapeuta*" – Silvana Cagiada – pag. 25

**Simposi in parallelo**


- "Resilienza come risposta al trauma di una diagnosi di cancro"
  - "*Psicoterapia integrata con ipnosi, mindfulness, metodo Simonton*" – Luisa Merati – pag. 26
  - "La formazione del personale sanitario per prevenire il trauma nella relazione in oncologia" – Alberto Laffranchi – pag. 27
  - "*Percorso pain & care*" – Federica Bergamaschi – pag. 28
- "Il trauma non esiste? Riflessioni sull'azione terapeutica in psicosomatica" – pag. 29
- "L'organismo e il trauma. Area neuroscienze 1" – pag. 30
  - "*Trauma, automatismi procedurali, ruolo del Sistema Nervoso Autonomo nel determinare il benessere"* – Battistino Sanna – pag. 31
  - "*II linguaggio del corpo: il trauma irrisolto e la somatizzazione*" - Fabio Carbonari e Livia Geloso – pag. 32
  - "*L'Io sopraffatto, disregolazione emotiva nei traumi individuali: la diagnosi di HIV/AIDS*" - Maria Rosa Zigliani – pag. 33
  - "*Dipendenze come speranza disfunzionale di cura, il caso di KD*" - Luigi Alberto Gozzi – pag. 34
- "Il trauma e l'organismo partendo dalla storia personale. Area neuroscienze 2" – pag. 36
  - "*Sentire, conoscere, guarire: una esperienza da paziente e da medico*" - Salvatore Fiore e Battistino Sanna – pag. 37
  - *"Il trauma: una esperienza in un centro medico*" - Manuel Mazzei – pag. 38
  - "*Lettura del trauma famigliare in MG e disturbi psicosomatici correlati*" - Piero Paradisi e Ada Lentini – pag. 39
  - "*Il dolore come trauma nel paziente fibromialgico*" - Annalisa Suman – pag. 40
- "Dalla trascuratezza alla cura: esperienze nelle varie fasi di vita" – pag. 41
  - "*Dalla trascuratezza alla cura: elementi di vicinanza e sicurezza nell'età dello sviluppo*" - Daniela Giovannini, Silvia Grassi e Laura Ricci – pag. 43
  - "Primi sguardi - L'importanza della relazione e dell'esperienza nei primi anni di vita" - Laura Garrone – pag. 44
  - "*Dalla trascuratezza alla cura: l'importanza dell'ascolto, della cura e delle modalità prescrittive nella medicina dei migranti per non aggiungere trauma al trauma*" - Silvia Grassi e Paola Maria Palumbo – pag. 45
- "Il colore del trauma: confronto tra percezioni cromatiche del vissuto traumatico" – pag. 46
  - "*La rilevanza della percezione cromatica, ai fini del riconoscimento e della intercettazione diagnostica nei traumi*" - Grazia De Mori – pag. 47
  - "*L'emergere spontaneo del colore del trauma tramite il training autogeno superiore*" - Paola Ferrari – pag. 48
  - "*Ipnosi: esiti dell'elaborazione del trauma attraverso la percezione soggettiva del colore*" - Silvana Cagiada – pag. 49
  - "*Ipnosi: il colore del trauma "incarnato" nel corpo*" - Flavia Barbagelata – pag. 50
- "L'ipnosi come risposta profonda al trauma psicofisico" – pag. 51
  - "*Il dolore nel trauma. Modificare la coscienza dopo che essa è stata a sua volta modificata*" - Giuseppe Brundusino – pag. 52
  - *"La rilevazione della condizione ipnotica con l'indice bispettrale (bispectral index, BIS). Un "case report""* - Enrico Di Mambro – pag. 54

- "*Psicosomatica dell'aneurisma cerebrale: il contributo dell'ipnosi*" - Fulvianna Furini – pag. 55
- "*Trattamento del trauma sessuale in ipnosi*" - Fabiana Zermiani – pag. 57
- "*Il trauma subdolamente erosivo della odontofobia: caso clinico*" - Flavia Barbagelata – pag. 58

- "Una conversazione felice per il trauma" – pag. 59
  - "*Disidentità e tecnica dei battesimi*" – Antonio Mariconti e Simona Boni – pag. 60
- "Lo spartito nascosto delle esperienze traumatiche. Formazione all'arte dell'ascolto" – pag. 61
  - "*Arte dell'ascolto nella Relazione Terapeutica*" - Pietro Maria Martellucci – pag. 62
  - "*Linguaggi impliciti dello spartito musicale*" - Giorgio Fabbri – pag. 63
  - "*Il potere e l'essenza della voce come ponte di guarigione" - Alessandra Giuliana Marson* – pag. 64

**Comunicazioni scientifiche**

- "*Preparazione del trauma: tecniche immaginative psicoterapeutiche nel cammino di fine vita*" – Fulvio Pasquale D'Ostuni – pag. 65
- "*La terapia psicosomatica dei gruppi Balint nella medicina generale*" – Pietro Maria Martellucci – pag. 67
- "*Dimensione musicale della formazione psicosomatica*" - Pietro Mario Martellucci e Giorgio Fabbri – pag. 68
- "*Il trauma psicologico personale. Vissuti e possibili soluzioni*" – Lucio Martina – pag. 69
- "*Immagini mitopoietiche come processo auto curativo della psiche in conseguenza a un trauma*" – Giovanna Pascolo – pag. 70
- "*Il trauma della detenzione. Arteterapia come strumento per elaborare il vissuto traumatico e realizzare il riscatto del sè*" – Rosanna Pellicani – pag. 71

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il trauma: come se ne esce?** |
| **Autore/i** | A. Minervino |
| **Ente/i di appartenenza** | Presidente SIMP; segretario scientifico ASILS (Alta Scuola Italiana per la Lotta allo Stigma) |
| **E-mail** | antonino.minervino@gmail.com |
| **Abstract** | Qualcosa accade, improvvisa e rapida, scompone l'ordine costituito, produce conseguenze, immette disordine, incanala energie in direttrici impreviste. È il trauma.<br>La sua entità può oscillare da una minimalità infinita ad una grandezza inimmaginabile. Può irrompere nello spazio più intimo o avere dimensioni collettive. Può generarsi dalle forze che ci abitano e costituiscono o dalle forze del mondo e dell'ambiente che abitiamo. Possiamo esserne attori o vittime.<br>Il senso ampio che diamo alla parola trauma ci fa dire che non c'è esistenza che non ne faccia esperienza, fino ad indicare che lo stesso momento della nascita possa essere al contempo trauma ed evento di infinita felicità. È dunque possibile pensare che l'esperienza del trauma abbia per ogni individuo una sua intrinse- ca appartenenza alla vita insieme alle risorse necessarie ad armonizzarlo al corso dell'esistenza. Sono la sua natura e la sua dimensione che fanno la differenza facendolo trasformare in un evento devastante a fronte del quale le risorse dell'individuo si consumano sterilmente.<br>Servono altra energia, aiuti alla persona, a quella soggettività, a quella collettività. Serve ristorare quelle soggettività ferite e rimetterle su una linea esistenziale in cui l'individuo o l'insieme degli individui si riconoscano nel diritto di una vita che guardi al futuro, rompendo quel guscio d'immobilità al presente che, fra le tante conseguenze, il trauma produce.<br>"Conosci te stesso" è dunque la traccia che indichiamo per la domanda che poniamo: "Come se ne esce?".<br>È dunque una questione che occupa legittimamente il dominio della psicosomatica e della parola. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Epigenetica del trauma dal preconcepimento all'adolescenza: lo sviluppo del cervello sano e patologico** |
| **Autore/i** | G. Biggio |
| **Ente/i di appartenenza** | Professore Emerito, Università degli Studi di Cagliari |
| **E-mail** | biggio@unica.it |
| **Abstract** | La ricerca neurobiologica sperimentale e clinica degli anni duemila grazie allo sviluppo delle super tecnologie delle immagini ha dato il via a una vera e propria rivoluzione nella comprensione dei meccanismi che sono alla base delle funzioni cerebrali sia normali che patologiche. Infatti, le immagini delle modificazioni (morfologiche e funzionali) del cervello, ottenute col "Brain Imaging", insieme alle immagini dei neuroni, ottenute con i super microscopi, e ai dati molecolari (meccanismi epigenetici) hanno permesso di capire le straordinarie proprietà dinamiche sia dei nostri neuroni che dei nostri geni.<br>In particolare, la stupefacente capacità dei nostri geni di potere modificare, in tempo reale, la loro funzione in relazione a stimoli provenienti dall'ambiente con conseguenze positive o negative sullo sviluppo, trofismo e proprietà plastiche dei neuroni ha permesso di capire come la psicopatologia possa sviluppare le sue basi biologiche di vulnerabilità già durante la vita intrauterina, la vita neonatale, l'infanzia, e l'adolescenza.<br>Saranno discussi i più importanti meccanismi biologici indotti, attivati o slatentizzati da gravi traumi psicologici subiti nei suddetti periodi di vita. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **I traumi sociali e la promozione della salute** |
| **Autore/i** | C. Simionato |
| **Ente/i di appartenenza** | Direttivo SIMP |
| **E-mail** | carlosimionato79@gmail.com |
| **Abstract** | Già da qualche decennio la ricerca epidemiologica ha dimostrato come sulla Salute ed il Benessere delle persone e delle popolazioni incidano di più le condizioni di vita e di lavoro, che non l'assistenza sanitaria (1), che pure deve essere garantita e di qualità.<br>Per cui per molti osservatori e per alcuni governi nel mondo l'attenzione si è sempre più spostata prima sulla prevenzione e poi sulla promozione della salute (2).<br>Anche per il Trauma molti autorevoli ricercatori affermano che è venuto il momento di agire "a monte" dei problemi perché le conoscenze accumulate dovrebbero permetterci di agire con piena consapevolezza in questa direzione e non sempre e solo "a valle" dei problemi, in una logica solo "riparativa" (3).<br>L'obiettivo dell'intervento è quello di illustrare come, a partire da due esempi drammatici di esperienze fortemente traumatiche, come la povertà infantile e la violenza di genere, sia necessario ed urgente spostare l'attenzione anche delle/dei Professioniste/i della salute verso la dimensione sociale dei problemi e gli interventi possibili e doverosi sui determinanti.<br>Come affermato da Gianmario Gazzi, presidente dell'Ordine professionale degli assistenti sociali, in occasione della giornata mondiale del servizio sociale:"…usciamo dagli uffici, cambiamo la cultura del paese." Questo è il compito che auspico anche per noi.<br><br>BIBLIOGRAFIA<br>1) Tarlov AR *Public policy frameworks for improving population health.* Ann N Y Acad Sci 1999; 896:289-93.<br>*2)* National England Commissioned Reports *Good practice in social prescribing for mental health: the role of nature-based interventions* Natural England 2017<br>*3)* Van Der Kolk B *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma* Viking Press 2014 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il trauma abbandonico: conseguenze e prime strategie di intervento in psicoterapia psicosomatica** |
| **Autore/i** | A.Nervetti |
| **Ente/i di appartenenza** | Istituto Riza di Medicina psicosomatica |
| **E-mail** | Andrea.nervetti@riza.it |
| **Abstract** | In psicoterapia psicosomatica, il fuoco dell'intervento clinico è focalizzato sul momento presente che vive il paziente. Gli stati d'animo, quindi i disagi vengono trattati come messaggi dell'inconscio volti a riequilibrare una condizione nella quale il paziente si è allontanato dal suo naturale modo d'essere, dalla sua armonia interiore. Poiché il trauma abbandonico rievoca in ognuno una condizione letale (ogni bambino piccolo se lasciato a se stesso perisce), la prima reazione di fronte all'evento è spesso di grande dolore e smarrimento. Attraverso l'esposizione di casi clinici, lo scrivente descriverà la metodica psicoterapeutica adottata, volta da un lato a favorire il superamento del lutto abbandonico e dall'altro ad aiutare il paziente a ritrovare le risorse interiori e le capacità innate che, riattivate, spontaneamente consentono il superamento della dimensione traumatica in una direzione di recupero della salute e del benessere psicologico.<br><br>Raffaele Morelli "Nessuna ferita è per sempre" Mondadori<br>Andrea Nervetti "Ritrova la tua unicità" Edizioni Riza |

| **Titolo del Contributo** | **Recovering from Traumatic Event(s)** |
|---|---|
| **Autore/i** | R. Beck |
| **Ente/i di appartenenza** | *Richard Beck, LCSW, BCD, CGP, AGPA-F is the Immediate Past President of the International Association for Group Psychotherapy and Group Processes; a Senior Lecturer at Columbia University, on the Voluntary Faculty of Weill Cornell Medical College/New York Presbyterian Hospital and and Honorary Member of the Italian Society for Psychosomatic Medicine. Richard has a full time psychotherapy practice in New York City where he treats individuals, couples, groups and traumatized organizations.* |
| **E-mail** | rbeckny1@aol.com |
| **Abstract** | This talk will enable everyone to both respect and understand the relationship between a traumatic event, the culture in which it occurs, the meaning of time in the healing process, the relationship of location with respect to the potential impact of the traumatic event, and the types of interventions that are possible, given the timing of the response to the traumatic event.<br><br>The importance of self care of the responder will be woven into the fabric of this talk during the entire presentation. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Psicosomatica del trauma psichico: dalla genesi alla cura** |
| **Autore/i** | M. Biondi |
| **Ente/i di appartenenza** | *Sapienza Università di Roma* |
| **E-mail** | massimo.biondi@uniroma1.it |
| **Abstract** | Il rapporto tra eventi stressanti, traumi psichici e conseguenze sulla salute fisica - così come l'efficacia di trattamenti biologici e psicologici - è oggetto di una letteratura sconfinata, con migliaia di pubblicazioni, difficilmente sintetizzabili in una lettura. Gli eventi esistenziali stressanti in medicina psicosomatica come fattori di rischio e co-fattori etiopatogenetici hanno dati di ricerca vasti e consolidati. Eventi traumatici e Disturbo da stress post-traumatico hanno in confronto una minore letteratura, ma sono noti sia i circuiti neurali coinvolti che l'impatto a valle, con rischio aumentato di varie patologie somatiche nei soggetti colpiti. Lo studio delle conseguenze dei traumi psichici richiede una conoscenza solida della Psicopatologia della coscienza e della dissociazione. Importanti a questo riguardo i s sintomi di dissociazione somatica, positivi e negativi.<br>Vi è poi il settore degli eventi esistenziali stressanti sul rischio di malattia somatica. I mediatori sono noti: I principali sistemi dell'organismo partecipano: muscolo scheletrico, neurovegetativo, neuroendocrino e peptidergico, immuno infiammatorio, da segnali di disfunzione, variabili per gravità e durata, fino alla morte.<br>I trattamenti per queste condizioni sono numerosi e si basano su molte risorse (farmaci, psicoterapia, terapie mind-body). |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Trauma: circadianità e melatonina** |
| **Autore/i** | A. Minervino |
| **Ente/i di appartenenza** | Presidente SIMP; segretario scientifico ASILS (Alta Scuola Italiana per la Lotta allo Stigma) |
| **E-mail** | antonino.minervino@gmail.com |
| **Abstract** | L'interesse che è si sviluppato dalla seconda metà del secolo scorso su quanto accade fra le funzioni fisiologiche e il contesto temporale e ambientale in una sincronia fra l'interno e l'esterno ha portato, grazie al numero sempre più crescente di ricerche in questo campo, a dare alla CRONOBIOLOGIA e alla MEDICINA CIRCADIANA piena autonomia nell'ambito delle discipline scientifiche.<br>Conscerla comporta un deciso miglioramento della vita.<br>Consente, per esempio:<br>▶ Il ripristino di un buon sonno;<br>▶ Un'organizzazione migliore e più proficua della propria giornata;<br>▶ Un miglioramento della capacità di prendere decisioni;<br>▶ l'individuazione del miglior momento per prendere un certo farmaco;<br>▶ Una migliore comprensione delle oscillazioni del tono dell'umore nella sua fisiologia e nelle sue alterazioni.<br>La modalità con la quale i ritmi quotidiani si esprimono non sono immutabili nel tempo della nostra vita perché essi vengono modificati:<br>▶ dalle nostre azioni;<br>▶ dalla qualità dell'ambiente che ci contiene e che ci circonda;<br>▶ dalla nostra relazione con l'ambiente;<br>▶ da come avanziamo nell'età.<br><br>Il sonno è l'esempio più evidente dell'importanza della sincronizzazione dei ritmi interni ai ritmi dell'ambiente e una sua alterazione compromette la qualità del sonno fino a generare l'insonnia.<br>La melatonina favorisce l'abbassamento della temperatura interna determinando una vasodilatazione periferica e con ciò facilitando l'inizio e lo svolgimento del sonno. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Melatonina, trauma e disturbi del sonno** |
| **Autore/i** | Laura Palagini |
| **Ente/i di appartenenza** | Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana Pisa |
| **E-mail** | lpalagini@gmail.com |
| **Abstract** | Obiettivo: L'obiettivo dell'intervento sarà di discutere l'importanza del sonno nella risposta allo stress nelle varie età della vita iniziando dalla vita prenatale con un focus sul ruolo della melatonina<br>Metodi: Si è condotto una review sistematica sull'argomento<br>Risultati: i dati della letteratura consentono di dimostrare che il sistema di regolazione del sonno è il primo target degli eventi stressanti. In particolar modo gli eventi stressanti agiscono sul nucleo soprachiasmatico che regola i ritmi circadiani di sonno modificando la sua sincronizzazione nonché la produzione della melatonina nell'arco della vita.<br>Conclusioni Un buon sonno aiuta i processi di resilienza mentre un sonno disturbato contribuisce alla risposta maladattiva allo stress e al trauma. Trattare i disturbi del sonno diventa un operazione di promozione della resilienza. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Trauma e Lutto** |
| **Autore/i** | G. Turrini |
| **Ente/i di appartenenza** | *Ospedale privato accreditato Maria Luigia – Monticelli T. (PR)* |
| **E-mail** | turrini@ospedalemarialuigia.it |
| **Abstract** | Il lutto complicato o patologico, non a caso definito nella letteratura anglosassone *traumatic grief,* consegue frequentemente ad un evento traumatico. La distinzione rispetto al lutto normale, o fisiologico, appare fondamentale sotto il profilo clinico nonché sotto quello medico-legale, potendo configurare, in tale ambito, un tipico danno alla salute indiretto, come tale risarcibile. Il quadro clinico può assumere forme estremamente variabili, le cui caratteristiche e la cui evoluzione derivano da numerose variabili, tra le quali grande preminenza hanno il tipo di evento traumatico, la personalità premorbosa, il contesto familiare ed ambientale, e, nel caso di lutto determinato dalla perdita di una persona cara, il legame del soggetto con la persona scomparsa. Accanto a forme con prevalenza di sintomi depressivi, ve ne sono altre con caratteristiche maggiormente rivendicative, sino a giungere a veri e propri sviluppi deliranti, di frequente monotematici. Non di rado la sindrome comporta modificazioni stabili della personalità. La nosografia categoriale, ad esempio quella riferita al modello DSM (dal III in poi), mostra una sostanziale inadeguatezza a causa della rigidità dei criteri diagnostici, quasi mai soddisfatti in toto. Un approccio maggiormente orientato verso un modello dimensionale si mostra in genere più consono alla comprensione e alla corretta descrizione di questi complessi quadri clinici. La strategia terapeutica richiede il più delle volte un approccio combinato tra sostegno psicologico, sino ad una vera psicoterapia, e utilizzo di farmaci psicotropi. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Emergere dalla psicosi: terapia conversazionale e sogno** |
| **Autore/i** | M. Zirilli |
| **Ente/i di appartenenza** | *Accademia della parola* |
| **E-mail** | mariazirilli4747@gmail.com |
| **Abstract** | Psicoterapia della psicosi.<br>Nella esperienza di chi parla, la psicoterapia rappresenta la strada principale verso la guarigione, essendo i farmaci, nient'altro che il supporto alla possibilità per il Soggetto malato (affetto da psicosi) di poter continuare a Conversare. Viene presentato il caso clinico di una giovane donna in terapia da tredici anni, il cui esordio è stato quello tipico del breakdown psicotico in tarda adolescenza. La terapia volge ormai al termine; la ragazza è divenuta donna e medico. Le parole e i sogni scambiati nel corso degli anni, hanno rappresentato la via maestra grazie alla quale tutto quello che era "disceso" negli inferi della inconsapevolezza, ha potuto/saputo diventare Parola.<br><br>Bibliografia<br>• Freud S., (1899) "L'interpretazione dei sogni" traduzione di Elvio Fachinelli e Herma Trettl, Collana Opere di Sigmund Freud n.3, Torino, Boringhieri, 1971. - Collana Universale n.96-97, Boringhieri, 1985; Bollati Boringhieri, 1989-2019.<br>• Lai G., (2008) "Le parole del primo colloquio", ed. Bollati-Boringhieri, Torino.<br>• Lai G., (1977) "Un sogno di Freud", ed. Boringhieri, Torino.<br>• Lai, G., (1985) "La conversazione felice", Il Saggiatore, Milano.<br>• Morgenthaler F., (1983), "Diagnostica del sogno. Il significato dei punti di vista formale e strutturale", Psicoterapia e scienze umane, 1985, 1: 7-26.<br>• Morgenthaler F., (1986), "Un sogno come mezzo di prova", Psicoterapia e scienze umane, 1987, 2: 3-24.<br>• Muraro G., (1994) "Sorpresa ed enigma. La funzione del rapporto nella prassi psicoanalitica e la definizione di analisi" ed Franco Angeli Milano. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **La cultura che si ammala. La Prospettiva Gruppoanaltica e l'uso del sogno nella esperienza del Intergenerational Immigrant Trauma** |
| **Autore/i** | D. Agresta |
| **Ente/i di appartenenza** | Direttivo SIMP; Presidente CSPP (IT): IAGP (CH); GASI (UK); Social Dreaming International Network (UK); Balint Society (UK). |
| **E-mail** | mimmoag@hotmail.com |
| **Abstract** | Il tema dell'immigrazione e dei rifugiati è piuttosto rilevante negli ultimi anni. Diverse Organizzazioni sono attive nel territorio sia a livello nazionale sia internazionale. La questione migranti sarà nei prossimi anni un tema fondamentale nello studio della matrice fondativa, per quanto riguarda gli studi sociali ed anche clinici, considerando i processi di trasmissione psicobioculturali. La prospettiva Gruppoanalitica e l'applicazione del metodo della Social Dreamaing Matrix sono qui presentate come epistemologia e strumento di intervento in progetti di consulenza e di assesment sulla base di un lavoro di analisi delle cosiddette "Sindromi Etniche". L'obiettivo è quello di mappare l'immaginario e di renderlo utilizzabile in progetti di gruppo e comunità affinchè ci sia la possibilità di sviluppare, per quanto possibile, la prevenzione dello Intergenerational Immigrant Trauma che comporterebbe la manifestazione di reazioni psicosomatiche, involuzioni antisociali, formazione di processi di anti-group collettivi causati da una non conoscenza della matrice culturale del qui e ora rispetto al mito fondativo delle neo-culture. l trauma intergenerazionale si riferisce al trauma che viene trasmesso da un sopravvissuto al trauma ai suoi discendenti. Può anche essere definito trauma transgenerazionale o multigenerazionale. Le persone che subiscono un trauma intergenerazionale possono sperimentare sintomi, reazioni, modelli ed effetti emotivi e psicologici derivanti dal trauma vissuto dalle generazioni precedenti (non limitati solo ai genitori o ai nonni).<br><br>A tal proposito, verranno presentati due progetti ed un lavoro di ricerca.<br><br>Biobiografia.<br><br>Agresta D., (2015), *La questione antropopoietica della mente: osservazioni sul sogno, sul rito, sulla storia nell'inconscio. La Battaglia di Mlawa nella Social Dreaming Matrix*. http://www.doppio-sogno.it/numero19/ ita/7.pdf<br><br>Agresta D., (2019). Festino of San Silvestro, Rites and Social Dreaming. In J. Manley and S. Long (Ed.), *Social Dreaming: Philosophy, Research, Theory and Practice*. Routledge. |

| | |
|---|---|
| | Agresta D. (2020), “Mapping the Unconscious”. Culture or Tragedy? A psychosocial program of Social Dreaming Matrix with refugees and immigrants, NIODA (National Institute of Organization and Dynamics, Australia);<br><br>Augé M., (2014), *L’antropologo e il mondo globale,* Milano: Raffaello Cortina. Bion W., (1992), Cogitans, London, Karnac.<br><br>Giovannini V., Menarini R., (2004). “Icone Oniriche: costruzione di significato, valore e senso in gruppo”. https://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/icone-oniriche.pdf<br><br>Kaes R., (1976), L’appareil psychique groupal, Malakoff: Dunod.<br>Menarini R., (2007). *Freud e Jung. Temi e motivi dell’inconscio.* Milano. Borla<br><br>Menarini R., Montefiori V., (2013). *Nuovi orizzonti della psicologia del sogno e dell’immaginario collettivo.* Roma: Edizioni Studium.<br><br>Menarini R., G. N. Mercanti, (2010), La cultura che si ammala. Guida ad una classificazione delle sindromi etniche, Borla. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Promuovere la resilienza e la crescita post traumatica: l'approccio EMDR** |
| **Autore/i** | E. Faretta (Milano) |
| **Ente/i di appartenenza** | Direttivo SIMP; Vicepresidente Direttivo EMDR Italia; Centro Studi e Ricerca e di Psicoterapia EMDR di Milano |
| **E-mail** | e.faretta@piiec.com |
| **Abstract** | Nel corso degli ultimi anni, abbiamo assistito allo sviluppo di conoscenze, strumenti, linee guida internazionali che hanno rilevato l'importanza di interventi psicologi ed emergenziali in situazioni traumatiche individuali e collettive. L'approccio EMDR è utilizzato con efficacia in moltissimi contesti e per affrontare i disturbi che hanno alla base vissuti traumatici con popolazioni traumatizzate provenienti da culture, religioni e lingue diverse. Gli studi e ricerche hanno dimostrato come molti dei sopravvissuti ad eventi traumatici possono superare queste esperienze e andare oltre.<br>Il paradigma teorico di riferimento dell'EMDR è l'AIP (Elaborazione adattiva dell'informazione) che postula che l'esistenza un **meccanismo innato** capace di elaborare le esperienze negative, stressanti o traumatiche. In alcuni casi questo meccanismo si blocca e il **ruolo dell'EMDR** è di fornire uno stimolo affinché nel cervello si possa riattivare questo naturale processo di guarigione. L'obiettivo è la riorganizzazione del ricordo nella memoria in modo che venga immagazzinato in modo funzionale, cioè in modo da **non causare più disturbo o sofferenza**.<br>Nel momento in cui lavoriamo sui ricordi traumatici il paziente non solo risolve le emozioni disturbanti legati a questi ricordi, ma è consapevole del processo che fa e soprattutto rafforza gli aspetti della sua autostima, del senso del Sé, è più centrato sul qui ed ora, ha più fiducia sulle sue capacità e sul suo valore come persona.<br>È importante considerare le varie fasi che attraversano le reazioni da stress ed il tipo di intervento più adatto, per portare le persone a raggiungere la resilienza e la crescita post-traumatica. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Epigenetica, ipnosi, trauma evolutivo** |
| **Autore/i** | L. Merati |
| **Ente/i di appartenenza** | *Vicepresidente SIMP*<br>*ICPM Psychosomatic specialist*<br>*S.I.P.O* |
| **E-mail** | luisa.merati@gmail.com |
| **Abstract** | Epigenetica, ipnosi e trauma evolutivo possono essere interconnessi. L'epigenetica è lo studio delle modificazioni chimiche che avvengono nel DNA e che possono influenzare l'espressione dei geni senza alterarne la sequenza. Queste modificazioni epigenetiche possono essere ereditate da una generazione all'altra e possono essere influenzate da fattori ambientali, compresi gli eventi traumatici. L'epigenetica rappresenta uno dei meccanismi attraverso cui l'ambiente può influenzare l'espressione genica e contribuire alla suscettibilità di un individuo a determinate condizioni o malattie.<br>Il trauma evolutivo si riferisce a esperienze traumatiche che possono influenzare non solo l'individuo coinvolto, ma anche le generazioni successive. Ad esempio, alcuni studi hanno dimostrato che gli effetti di eventi traumatici possono essere trasmessi attraverso le generazioni, indicando un possibile ruolo dell'epigenetica in questo processo. Questo fenomeno è noto come "trasmissione intergenerazionale del trauma" .<br>L'ipnosi è uno stato modificato di coscienza auto o eteroindotto Durante lo stato ipnotico, l'individuo può accedere a risorse cognitive ed emotive che altrimenti potrebbero essere inaccessibili nella coscienza. L'ipnosi viene spesso utilizzata come strumento terapeutico per affrontare il trauma e le sue conseguenze.In relazione al trauma evolutivo, alcuni ricercatori hanno suggerito che l'ipnosi potrebbe essere utilizzata per accedere alle memorie traumatiche trasmesse attraverso le generazioni, consentendo un'esplorazione e una risoluzione del trauma a livello profondo. L'ipnosi può anche essere utilizzata per lavorare sull'epigenetica, ad esempio attraverso la riduzione dello stress e l'influenza positiva sull'espressione genica.<br><br>– Merati L, Ercolani R. *Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi* EDRA 2015 EAN: 9788821438844 ISBN-10: 8821438848 ISBN-13: 978-8821438844<br>– Assis, A. V. (2013). Hypnosis and epigenetics: implications for mental health. American Journal of Clinical Hypnosis, 55(4), 369-377.<br>– Buric, I., Farias, M., Jong, J., Mee, C., & Brazil, I. A. (2017). What Is the Molecular Signature of Mind–Body Interventions? A Systematic Review of Gene Expression Changes Induced by Meditation and Related Practices. Frontiers in Immunology, 8, 670. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **La compromissione del sé e il trattamento psicodinamico del trauma** |
| **Autore/i** | A.Suman |
| **Ente/i di appartenenza** | Direttivo Nazionale SIMP, AFPP (Ass. Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica), IFP (Istituto Formazione Psicosomatica Firenze M. Rosselli) |
| **E-mail** | antoniosuman38@gmail.com |
| **Abstract** | Rispetto alle molte variabili delle conseguenze dei traumi psichici mi soffermo sulla scissione fra parte emotiva e quella cognitiva del Sè. L'evento traumatico può essere dimenticato, specie quando è avvenuto nella prima infanzia, o può venire spogliato della componente emotiva. Scompare la sofferenza esplicita ma non per questo non mancano le conseguenze dannose. La vita stessa può non essere più pienamente vissuta, i fatti biografici sono narrati con distacco e le relazioni interpersonali attuali sono prive di intimità. La patologia può essere sfuggente e rendere più incerta la diagnosi e la psicoterapia. Quest'ultima non riguarda la sola desensibilizzazione al trauma ma apre alla possibilità di vivere in modo sicuro i propri sentimenti attraverso un processo di "alfabetizzazione" degli stessi per riprendere a vivere più pienamente la propria vita.<br>Un caso clinico è esemplificativo di quanto descritto.<br><br>BIBLIOGRAFIA<br><br>VAN DER KOLK B. (2015), Il corpo accusa il colpo. Cortina , Milano<br>SIEGEL D. J. (2013), La mente relazionale. Cortina, Milano |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il corpo ricorda il trauma in analisi bioenergetica** |
| **Autore/i** | P. Moselli |
| **Ente/i di appartenenza** | S.i.a.b. (Società italiana di Analisi Bioenergetica |
| **E-mail** | Patriziamoselli1957@gmail.com |
| **Abstract** | Tutti gli psicoterapeuti che trattano il trauma stanno sempre più integrando il corpo nel loro lavoro attraverso tecniche che trattano la regolazione del trauma corporeo. Noi consideriamo l'analisi bioenergetica un approccio d'elezione nel trattamento del trauma rispetto ad altri approcci perché coniuga la conoscenza delle funzioni del corpo con l'analisi del profondo e quindi può intervenire sia sui traumi da contesto sia nella delineazione dei traumi cumulativi.<br><br>L' Analisi Bioenergetica ha da sempre compreso il trauma e le corrispettive conseguenze nel corpo, basti pensare agli studi sulla formazione del carattere, dove il carattere è sempre visto come una risposta ad un trauma evolutivo che s'inscrive nella mente e nel corpo.<br><br>Molte teorie e tecniche utilizzate nella terapia bioenergetica risultano molto utili per lavorare con pazienti che soffrono di shock da trauma, ma allo stesso tempo, è necessario fare attenzione in quanto alcune tecniche sono sconsigliate perché possono creare problemi quando si lavora sugli stati dissociativi di questi clienti.<br><br>In questo lavoro si esplorerà cosa funziona e cosa non funziona nel trattamento di clienti che hanno sia episodi singoli, sia traumi complessi dello sviluppo. Si affronterà come lo shock da trauma si esprima attraverso il corpo ed il sistema nervoso autonomo. Si esploreranno, inoltre, i pericoli di una "adrenalizzazione" troppo rapida del corpo, come spesso la dissociazione sia confusa erroneamente con la repressione, una modalità speciale di tracciamento della consapevolezza del cliente e la necessità per il terapeuta di trattare lo shock da trauma, oltre all'importanza di adottare un modello relazionale di terapia a due che si fondi su una sintonizzazione ed un processo di cura genuini. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il ruolo dell'oblio nel percorso terapeutico** |
| **Autore/i** | V. Caprioglio |
| **Ente/i di appartenenza** | *Istituto Riza di Medicina Psicosomatica* |
| **E-mail** | vic@riza.it |
| **Abstract** | Ricordare è sicuramente una funzione indispensabile della mente umana, ma dovrebbe valere la stessa cosa per la facoltà, altrettanto determinante, del dimenticare.<br>Nell'antichità infatti, la Mitologia collocava fianco a fianco le sorgenti dei fiumi Mnemosine (la memoria) e Lete (l'oblio), mettendo in luce il gioco di opposti su cui poggia il mondo, dove una cosa non può esistere senza il suo contrario, è la legge che M.L. Von Franz chiama dell'enantiodromia.<br>Oggigiorno però ricordare ha preso il sopravvento sul dimenticare: dimenticare è diventata una malattia, sinonimo di un cervello che invecchia e funziona male, trascurando il fatto che dimenticare è un processo assolutamente naturale e che l'uomo è un "animal obliviscens", che in primo luogo dimentica.<br>Se trasponiamo queste considerazioni nell'ambito della psicoterapia, in particolare quando si affronta il trauma, da un lato troviamo un approccio clinico che punta a ricordare il passato, a indagarlo, a richiamare alla coscienza il rimosso-inconscio, nella convinzione che si guarisca "solo" dopo aver portato a coscienza l'evento che ci ha segnati emotivamente….Esiste però un'altra modalità per affrontare il trauma in psicoterapia che sfrutta una risorsa cara al mondo dell'antichità, l'oblio. Nella cultura greca il dio Ermes si prendeva cura degli uomini, quando erano in crisi, facendoli scivolare nel sonno e poi, appunto, regalandogli l'oblio. L'utilizzo in psicoterapia di particolari tecniche, consente di uscire dal nesso di causa ed effetto, di by-passare la consueta identità dell'Io e di superare, una volta per tutte, i dolori del passato. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Sentire, Conoscere, Guarire: una esperienza da Paziente e da Medico** |
| **Autore/i** | S. Fiore |
| **Ente/i di appartenenza** | *Medico Neurofisiopatologo, Perfezionato in cefalee di interesse internistico; Medico Emergenza Territoriale Cosenza ; Coordinatore SIMP Cosenza; Coordinatore Medico CKF DI GIORNO* |
| **E-mail** | fiore.doc@virgilio.it |
| **Abstract** | *Per guarire dal Trauma* come in qualsiasi terapia procediamo per fasi affrontando i ricordi, individuando le risorse cognitive emotive relazionali e le risorse esterne per focalizzarci in una prospettiva sistemica verso obiettivi. La visione psicosomatica nella mia esperienza coincidente da Medico e da Paziente diventa più complessa sia nell'analisi delle componenti individuali e familiari sia in quelle professionali e socioculturali.<br>Il mio intervento avrà quindi un momento ed un aspetto socioculturale legato alla mia esperienza clinica abituata a vedere obiettivamente la cronaca della traumatologia dei pazienti e uno da paziente più interessato al racconto del vissuto del " mio " trauma.<br>In questo confronto la famiglia ed i colleghi della riabilitazione non potranno essere lasciati fuori dalla scena, dalla fase dell'intervento immediato, a quello del ricovero in Clinica e dell'intervento, e poi a casa, e alla rinegoziazione e allo scenario di guarigione.<br>Saranno infine ricordati i protocolli di lavoro dei Colleghi e il loro contributo in ambito clinico, psicologico, fisiatrico, logopedico e nutrizionale.<br><br>*"Guai a quel medico che cura il corpo senza aver curato la mente. Giacchè da essa tutto discende" Socrate*<br><br>(Damasio sentire e conoscere 2022 Adelphi Levine ecc.) |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Traumi individuali e collettivi: dalla frammentazione del Sé all'unità psicosomatica** |
| **Autore/i** | B. Sanna<br>L. Geloso<br>P. Ferrari<br>M. R. Zigliani<br>R. Ercolani<br>S. Cagiada |
| **Ente/i di appartenenza** | SIMP Sezioni di:<br>Verona<br>Roma<br>Brescia<br>Firenze<br>Naviglio Grande Milano<br>Crema (CR) |
| **E-mail** | Tsannavr1@gmail.com<br>Livia.geloso@gmail.com<br>Dott.ssapaolaferrari@gmail.com<br>mariarosazigliani@gmail.com<br>r.ercolani@gmail.com<br>sil.giada@libero.it |
| **Abstract** | In considerazione del fatto che i traumi sono diversi e che non esiste una terapia valida per tutti, che ci sono differenze tra tipi di traumi individuali e collettivi (provocati da pandemie, guerre, calamità naturali etc.), acuti e cumulativi complessi, relazionali e diversi anche per fasce di età, si rende necessario fare chiarezza sull'uso di concetti passepartout e di sinonimi sul trauma, per procedere ad un inquadramento psicosomatico che tenga conto degli aspetti fisici, dei vissuti e degli stimoli socioculturali.<br>Quali sono i ruoli delle nuove tecnologie nel superamento del trauma? I Media, internet e i social network sono sufficienti a fornire corrette informazioni alla popolazione per arginare e contenere il trauma, l'angoscia dell'imprevedibile?<br>Quando e come il superamento di un trauma può diventare opportunità di crescita? E, in caso contrario, come aiutare la persona ad adattarsi al cambiamento della propria esistenza? E ancora, quanto e quando un terapeuta può essere vulnerabile e modificare i suoi stessi schemi cognitivi nel corso della psicoterapia?<br>Questi sono gli interrogativi a cui si cercherà di rispondere, anche attraverso Il superamento del vecchio modello biomedico con il modello biopsicosociale, che sarà il presupposto della nostra tavola rotonda.<br><br>Damasio A.(2022). Storia delle menti coscienti, trad. Blum I.C., Adelphi.<br>Chomsky N. (2010) Il linguaggio e la mente, trad.De Palma A., Bollati Boringhieri.<br>Figley C. R. (2002), Compassion fatigue: Psychotherapists'chronic lack of selfcare. Psychotherapy in Practice, Vol.58:1433:1441. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Partire dalla fisiologia come opportunità per la terapia integrata** |
| **Autore/i** | B. Sanna |
| **Ente/i di appartenenza** | SIMP Verona. Coordinatore. Neurologo. Psicoterapeuta. |
| **E-mail** | tsannavr1@gmail.com |
| **Abstract** | La chiave e la base per la cura è nella nostra fisiologia dallo stimolo traumatico alle risposte adattative. Vale per tutte le esperienze che ledono l'integrità del sé compromettendone il benessere tali da determinare alterazioni temporanee o permanenti del funzionamento fisiologico, psicologico e relazionale dell'individuo (=Trauma)<br>L'attenzione al network di livelli consapevoli e inconsapevoli neurobiologici, endocrini, immunitari è condizione fondamentale non sufficiente. Approfondiremo in simposio.<br>Il problema non consiste solo nella natura del trauma e/o della malattia, se organica o funzionale, ma nel *peso relativo* che gli attori medico, paziente, ambiente culturale, attribuiscono ai diversi fattori biologici, psicologici, e sociali.<br>In partenza le talking therapies hanno maggiori difficoltà specie sui "nuovi" tipi di traumi (neurologici, sopravvissuti ad attacchi ..) ma sia nelle terapie top down che bottom up l'enfasi terapeutica e settoriale porta spesso alla ri-traumatizzazione e a riduzionismi di tipo biologico, psicologico o socioculturale.<br>E' sempre più evidente in letteratura forse non solo per la traumatologia, la necessità di presentazioni cliniche meno influenzate da inferenze teoriche che diventano facilmente ideologiche.<br>In psicosomatica: sviluppare la capacità di mindfulness, modulare l'arousal, rimodellare il contenuto traumatico, ancorare le memorie dissociative ad un nuovo repertorio integrato rappresentano pratiche comuni di un modello terapeutico integrato.<br><br>**J- Panksepp**. Archeologia della mente.. Cortina 2014<br>**A. Schore** I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti. astrolabio 2010.<br>**V. der Kolk** Il corpo accusa il colpo. Cortina 2015<br>**G. Ammon**. Psicosomatica. Una interpretazione psicoanalitica. Borla, 1992 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il linguaggio del corpo e l'evoluzione del concetto di catarsi** |
| **Autore/i** | L. Geloso |
| **Ente/i di appartenenza** | SIMP Roma. Coordinatore. Psicoterapeuta didatta. |
| **E-mail** | livia.geloso@gmail.com |
| **Abstract** | Nello spazio di riflessione e di scambio che la domanda posta dalla presente tavola rotonda offre, ovvero pensare il trauma come opportunità, propongo di porci dall'angolo visuale teorico e pratico che pone attenzione alla dimensione corporeo-emozionale in psicoterapia e alla sua evoluzione, in particolare relativamente al concetto di “catarsi" e alle esperienze che vi sono collegate nella tradizione analitico-corporea.<br>Come è noto, il rapporto tra trauma e catarsi sta all’origine della psicoterapia psicoanalitica con Freud. Dunque, a partire da Freud e passando per Reich e Lowen fino ad oggi, il mio contributo si focalizza sugli sviluppi che hanno visto, in campo psicotraumatologico, la tessitura degli apporti connessi alla finestra di tolleranza, alla svolta relazionale, nonché alla ridefinizione di inconscio sulla base delle attuali acquisizioni neuroscientifiche relative alla connessione tra emisfero destro ed emisfero sinistro.<br>Si tratta di sviluppi teorici e pratici di rilievo che si incardinano intorno al rapporto tra “catarsi “ e “regolazione”, entrambi concetti ben radicati nell'approccio analitico-corporeo.<br><br>Bibliografia<br>Klopsteck A., *Catharsis and Self-Regulation Revisited: Scientific and Clinical Considerations.* Bioenergetic Analysis, vol.5, 2005<br>Geloso L., *Riflessioni sul trauma in analisi bioenergetica. Presentazione di un caso.* Grounding, n.1/2011.<br>Levine P.A., *Traumi e shock emotivi, come uscire dall'incubo.* Cesena (Fc): Macro Edizioni, 2002. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **L'influenza del trauma collettivo sul pensiero socio-culturale** |
| **Autore/i** | P. Ferrari |
| **Ente/i di appartenenza** | *SIMP Società Italiana Medicina Psicosomatica*<br>*Sezione Brescia* |
| **E-mail** | dott.ssapaolaferrari@gmail.com |
| **Abstract** | Con il termine "trauma collettivo" si fa riferimento all'impatto di un'esperienza traumatica che colpisce e coinvolge interi gruppi di persone, comunità o società. Oltre che generare angoscia e conseguenze negative al singolo, può cambiare l'intero tessuto di una comunità.<br>Un evento traumatico può impattare sulle relazioni, modificare le politiche, cambiare le norme sociali, mutare le abitudini quotidiane; tali cambiamenti talvolta perdurano negli anni, anche decenni, altre volte sono modificazioni drastiche che si ridimensionano in poco tempo.<br>Una risposta traumatica collettiva può essere conseguenza di guerre, disastri naturali, sparatorie di massa, terrorismo, pandemie, recessioni o povertà grave.<br>Considerando che il ventunesimo secolo, seppur non abbia ancora concluso il suo primo quarto, ha già dovuto affrontare diverse di queste situazioni, l'obiettivo dell'intervento è di passare in rassegna e analizzare alcuni degli eventi traumatici che hanno avuto maggiore impatto sulle nostre abitudini ed usanze, su normative e sul pensiero collettivo.<br>Sarà interessante cogliere come nonostante le diverse entità dei traumi e le diverse ubicazioni geografiche degli eventi, i vissuti e le conseguenze siano molto simili.<br><br>Bibliografia:<br><br>Aydin, C. (2017). How to Forget the Unforgettable? On Collective Trauma, Cultural Identity, and Mnemotechnologies, Identity, 17:3, 125-137, DOI: 10.1080/15283488.2017.1340160<br><br>Erikson, K. (1976). Everything in its path. New York: Simon and Schuster Paperbacks<br><br>Chang K (2017) Living with Vulnerability and Resiliency: The Psychological Experience of Collective Trauma. Acta Psychopathol. 3:53. doi: 10.4172/2469-6676.100125 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **L'impatto traumatico dei media che espongono eventi catastrofici** |
| **Autore/i** | M.R. Zigliani |
| **Ente/i di appartenenza** | *Psicologa Counselor, Libera Professionista, Coordinatore SIMP SEz. Toscana* |
| **E-mail** | mariarosazigliani@gmail.com |
| **Abstract** | Nell'epoca di internet è l'immagine ad aver acquisito un ruolo decisivo nel coinvolgimento delle persone, veicolando gli stati di rabbia, terrore, eccitazione, tenerezza attraverso fotogrammi incisivi, che fanno leva su meccanismi di immediata riproducibilità e diffusione.<br>L'appropriazione mass mediale del trauma, attraverso le *news*, le rappresentazioni di *Hollywood*, i canali satellitari e *Youtube*, mettono in evidenza come si sia diffusa una vera e propria estetica del catastrofico. Immagini che finiscono per generare una sorta di assuefazione di massa da consumo di immagini macabre.<br>La portata traumatica dell'evento diventa paradossalmente anche garante di visibilità e nutre parte del mercato morboso di parte della stampa, del grande e del piccolo schermo, del web. Una propagazione traumatica e post-traumatica al fine di catalizzare attenzione o, peggio, generare nuovi scenari. Recenti studi hanno dimostrato che l'esposizione a tale mole di cattive notizie può favorire nelle persone sintomi di stress post traumatico. L'esposizione mediatica legata a un trauma quindi non solo alimenta un maggior stress ma perpetua un circolo vizioso di maggiore utilizzo dei media nel tempo, nella volontà di alleviare e gestire lo stress percepito.<br>Tenuto conto del significato di trauma collettivo e media, notizie catastrofiche e disturbi post traumatici di stress, sarà di favorita la riflessione da un punto di vista bio-psico-sociale e secondo i principi della Epistemologia della Complessità<br><br>Baudrillard J., *Pornografia del terrorismo*, Vanni Codeluppi (a cura di), Milano, Franco Angeli, 2017.<br><br>Pfefferbaum et al., *Copertura mediatica dei disastri e risultati psicologici: risultati descrittivi nella ricerca esistente, Rapporti* attuali di psichiatria, n° 16 articolo n°464, 2014.<br><br>Gianluca Bocchi, Mauro Ceruti, *La sfida della complessità*, Bruno Mondadori, Milano, 2007 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **In che modo il trauma può diventare opportunità di crescita** |
| **Autore/i** | R. Ercolani |
| **Ente/i di appartenenza** | SIMP Naviglio Grande - Milano |
| **E-mail** | r.ercolani@gmail.com |
| **Abstract** | La volontà di questo intervento è quella di predisporre terapeuti e pazienti ad una visione costruttiva partendo dal trauma.<br>Coscienti che esistono diversi tipi di trauma e diversi livelli di competenze, cercherò di portare l'attenzione sugli aspetti che dovranno essere ricercati al fine di stimolare i pazienti ad affrontare i diversi traumi vissuti per non essere sopraffatti dal senso di vuoto/ paura/ rabbia/ delusione/ vergogna/ inadeguatezza/ ecc che spesso segue l'evento traumatico.<br>Si partirà dal una lettura statistica (ad es. i risvolti dovuti al covid: separazioni, cambio di lavoro, hikikomori, autolesionismo...) che ci aiuterà a comprendere l'influenza dei cambiamenti socio culturali e gli aspetti positivi e negativi del wealfare.<br>Si metteranno a confronto differenti esempi e utilizzi di metodi psicoterapeutici (tra cui Procedura Immaginativa, Ipnosi, tecniche di rilassamento) e non psicoterapeutici (ad es. il programma televisivo degli anni '60 "Non è mai troppo tardi" di Alberto Manzi) al fine di responsabilizzare il terapeuta e il paziente verso la possibilità del cambiamento e dell'evoluzione individuale in risposta al trauma.<br><br>Riferimenti<br>http://dati.istat.it/ |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il setting come momento di autoanalisi per il terapeuta** |
| **Autore/i** | S. Cagiada |
| **Ente/i di appartenenza** | SIMP sezione di Crema, SII Roma, AIAMC Milano |
| **E-mail** | sil.giada@libero.it |
| **Abstract** | Le statistiche rilevano che quasi ogni persona sperimenta nella vita almeno un evento traumatico, anche se solo pochi sviluppano, in seguito, condizioni post traumatiche tali da modificare, temporaneamente o stabilmente, il loro stile di vita.<br>Il terapeuta che sperimenta personalmente un evento traumatico, e ne rielabora gli esiti, arricchendo il suo bagaglio esperienziale, può sviluppare una capacità intuitiva e introspettiva che gli permette di accedere, con più facilità, al Sé dell'altro laddove i ricordi traumatici possono assumere forma e colore ben definiti, così da poter essere decodificati.<br>Alcuni terapeuti, più vulnerabili, potrebbero sviluppare un trauma "vicario" venendo a contatto con le memorie traumatiche del paziente, nel caso in cui si instauri una relazione di aiuto significativa. Ciò potrebbe apportare modificazioni agli schemi cognitivi del terapeuta stesso (Blair et. Al., 1996), con conseguenze negative in ambito personale e professionale. Tale situazione si aggrava quando si sovrappongono sentimenti di profonda compartecipazione alle sofferenze dell'altro "Compassion Fatigue" (Figley, 2002). Lo stress lavorativo che ne consegue potrebbe sviluppare una sindrome da Burnout (Maslach et al., 2001).<br>Uno strumento poco usato dagli psicoterapeuti nell'esercizio della propria professione è la supervisione, che costituisce una buona pratica di confronto, di analisi della relazione terapeutica e di prevenzione delle conseguenze del trauma.<br><br>Blair D. T., Ramones V. A. (1996). Understanding vicarious traumatization. Journal of Psychosocial Nursing and Mental.<br><br>Figley C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapist's chronic lack of self care. Psychotherapy in Practice, Vol.58: 1433-1441.<br><br>Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology, Vol. 52:397-422. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Psicoterapia integrata con ipnosi, mindfulness, metodo Simonton** |
| **Autore/i** | L. Merati |
| **Ente/i di appartenenza** | Studio privato Milano<br>Direttivo SIMP<br>ICPM<br>SIPO |
| **E-mail** | luisa.merati@gmail.com |
| **Abstract** | Il percorso integrato con mindfulness,ipnosi immaginazione creativa consente di attivare le risorse interiori e la resilienza per migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei caregiver dopo il trauma conseguente alla diagnosi di una malattia oncologica,trauma che si perpetua durante l'iter terapeutico e il follow upTra i percorsi in cui sono presenti queste componenti il metodo Simonton è quello basilare che ha dato origine alla psiconcologia intesa come approccio al malato oncologico e non solo alla malattia in sé.Nel metodo Simonton troviamo applicate e integrate mindfulness,ipnosi,immaginazione creativa.L'ipnosi come trance più o meno profonda ,si sviluppa e si può utilizzare per favorire la meditazione di consapevolezza,le meditazioni guidate,la creazione di immagini mentali sulla guarigione,l'apprendimento di convinzioni sane.I più recenti approcci all'**ipnosi terapeutica** che si sono rivelati efficaci nel migliorare l'immunocompetenza in pazienti di cancro hanno rivelato almeno cinque applicazioni fondamentali: *rilassamento, immaginazione, ristrutturazione, meditazione e rafforzamento delle capacità di adattamento*.<br><br>l vantaggio di questi metodi ampiamente generici è dovuto al fatto che seguono il principio ericksoniano di lasciare che l'inconscio del paziente selezioni da sé quelle suggestioni che gli sono necessarie per facilitare l'attività terapeutica<br>Vengono esposti casi clinici trattati con le pratiche sopra citate<br><br>Merati L, Ercolani R. Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi EDRA 2015 EAN: 9788821438844 ISBN-10: 8821438848 ISBN-13: 978-8821438844<br>Carlson L,Speca M,Affrontare il cancro con la mindfulness ISBN-10 8898991452 ISBN-13 978-8898991457-Giovanni Fioriti Editore 2017 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **La formazione del personale sanitario per prevenire il trauma nella relazione in oncologia** |
| **Autore/i** | A.Laffranchi |
| **Ente/i di appartenenza** (in corsivo) | Studio Laffranchi Como<br>SIMP Naviglio Grande Milano |
| **E-mail** | laffranchi.alberto@gmail.com |
| **Abstract** | Il Gruppo di Studio multidisciplinare sulle Medicine e Terapie Complementari in Oncologia Me.Te.C.O., nasce il 06/09/1998 con due finalità principali: la prima culturale, legata all'aggiornamento sulle Terapie Complementari o CAM (Medicina Complementare/Alternativa), per costituire una fonte di informazioni aggiornata fruibile da Medici e Pazienti; la seconda disporre di un ambulatorio, con l'obiettivo di trasferire direttamente ai pazienti le esperienze positive, valutate preliminarmente con opportuni studi scientifici, su alcune Terapie delle "Medicine Complementari", approvate dal Comitato Scientifico dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (INT).<br><br>Metodi:<br>Tra le varie attività svolte, il gruppo Me.Te.CO. in accordo con la SSD Psicologia Clinica dell'INT e con il team del Simonton Cancer Center Italia, guidato dalla Dott.ssa Cornelia Kaspar, ha organizzato ogni anno tra il 2011 e il 2019 un meeting ECM sul metodo Simonton per il dipendenti dell'Istituto<br><br>Risultati:<br>I partecipanti per ogni corso ECM annuale sono stati 110. Il livello di soddisfazione del corso è stato valutato attraverso i previsti questionari di gradimento con un punteggio medio di 4,7 su 5.<br><br>Conclusioni:<br>Il grado di empatia che si è creato in ogni corso e l'alto grado di soddisfazione, nonché il miglioramento della qualità della vita lavorativa dei partecipanti, verificato negli anni, suggerisce di estendere questa esperienza alle strutture ospedaliere. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Percorso pain & care** |
| **Autore/i** | F. Bergamaschi, E Canavese |
| **Ente/i di appartenenza** | Costruttivamente Studi Medici Padova-Milano<br>SIMP CittadellaCamposampiero(PD)<br>SIMP Naviglio Grande Milano |
| **E-mail** | dott.bergamaschifederica@gmail.com |
| **Abstract** | Tutti noi partecipiamo alla nostra salute, non solo in modo diretto, tramite le scelte alimentari o il fatto che manteniamo efficace il nostro corpo con l'esercizio fisico, ma anche in modo indiretto "attraverso le nostre convinzioni, i nostri sentimenti e i nostri atteggiamenti verso la vita". Su questa intuizione Carl Simonton – medico oncologo radioterapista americano – fonda il suo metodo per cui ognuno è compartecipe del proprio stato di salute o malattia, in ogni momento.<br>Il metodo Simonton ha avuto origine negli negli anni Settanta, quando il dottor Carl Simonton ebbe modo di osservare come i pazienti che usufruivano di una forma di supporto psicologico presentassero tendenzialmente una prognosi migliore.<br>Fondamentalmente il metodo Simonton si pone come obiettivo il potenziamento di quelle che potremmo definire le naturali forze di autoguarigione, al fine di migliorare la qualità di vita dei malati e, indirettamente, dei loro famigliari. Si tratta di fornire un supporto integrativo alle cure mediche, destinato a sostenere e a rinforzare le terapie e ad aiutare il paziente a individuare il proprio cammino di guarigione.<br><br>A partire da queste premesse le autrici, sotto la supervisione della Dr.ssa Merati Luisa, hanno messo a punto il Percorso on-line Pain&Care, un percorso di consapevolezza e auto-aiuto per persone che si stanno confrontando con l'esperienza traumatica legata alla patologia oncologica o ad altre patologie organiche ad andamento cronico e che desiderano supportare attivamente il loro processo di cura. Il Percorso Pain&Care si rivolge ai pazienti, ai familiari, ai caregiver, agli operatori sanitari.<br><br>Bottaccioli, C. (2003) Fondamenti di Psiconeuro endocrino immunologia, Red Edizioni.<br>Simonton, O.C. (2005) Ritorno alla salute, Edizioni Amrita.<br>Kaspar, C. (2018) Il metodo Simonton anticancro. Feltrinelli. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il trauma non esiste? Riflessioni sull'azione terapeutica in psicosomatica** |
| **Autore/i** | M. Monciotti, F. D'Ostuni, G. Pascolo |
| **Ente/i di appartenenza** | Simp Sezione Milanese |
| **E-mail** | marta.monciotti@gmail.com |
| **Abstract** | Obiettivi:<br>L'etimologia della parola trauma, "passare oltre, passare al di là", se da un lato sottolinea come nel trauma venga superata una soglia che spacca l'equilibrio psicofisico di chi lo vive, dall'altro invita a guardare il trauma come un'apertura che chiede una metamorfosi. Questo cambio di prospettiva sgancia chi cura e chi è curato dall'idea che il trauma sia una ferita insuperabile.<br><br>Metodi:<br>Facendo riferimento ai contributi teorici e clinici di C.G. Jung, di J. Hillman e di M.L.Von Franz e approfondendo l'analisi di tre casi clinici, vengono messi in luce i capisaldi di un approccio terapeutico che, allontanandosi dai nessi causa effetto tra passato e presente, si focalizza sul potere curativo delle immagini, sulla percezione senza spiegazione, sulla saggezza del corpo, sul potere dell'oblio e del vuoto.<br><br>Risultati e Conclusioni:<br>I casi presi in esame e l'impianto teorico di riferimento permettono di sostenere che il trauma, inteso come ferita indissolubile che definisce per sempre la vita e il modo di essere di chi lo subisce, non esiste. Il cambio di prospettiva terapeutica, che porta il paziente a trasformare il suo stesso sguardo, apre uno spazio interiore dove possono attivarsi quei processi di guarigione che conducono al superamento del trauma e all'emergere di nuove identità.<br><br>Bibliografia:<br><br>Hillman, J, Storie che curano - Raffaello Cortina Editore<br>Jung, C.G. – Realtà dell'anima – Bollati Boringhieri<br>Jung, C.G. L'Uomo e i suoi simboli – Raffaello Cortina Editore |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **L'organismo e il trauma: Area Neuroscienze 1** |
| **Autore/i** | B.Sanna;<br>L. Geloso;<br>M.R. Zigliani |
| **Ente/i di appartenenza** | *SIMP Sez. Verona;*<br>*SIMP sez. Roma;*<br>*SIMP sez. Toscana* |
| **E-mail** | tsannavr1@gmail.com<br>livia.geloso@gmail.com<br>mariarosazigliani@gmail.com |
| **Abstract** | Il termine Trauma incorpora considerazioni teoretiche e cliniche provenienti da diverse origini ed spesso viene sostituito da sinonimi come dolore, paura ansia che richiamano tipi di trauma individuali, collettivi, per età e genere. Obiettivo dei simposi relativi all'Area Neuroscienze, legati fra loro, è quello di individuare le possibili articolazioni e integrazioni in chiave operativa/clinica tra le variabili psicosomatiche biopsicorelazionali.<br>Dopo un richiamo ai sostanziali contributi delle neuroscienze dell'ultimo decennio, con attenzione agli automatismi procedurali che indicano le risposte adattive nella determinazione del benessere ("Trauma, automatismi procedurali, ruolo del Sistema Nervoso Autonomo nel determinare il benessere"B.Sanna), il simposio approfondirà il tema del trauma rimosso e della somatizzazione, attraverso le terapie corporee ("Trauma rimosso e somatizzazione. Il contributo delle psicoterapie a mediazione corporea" L. Geloso), concludendo con un approfondimento della diregolazione affettiva nei traumi individuali ("L'Io sopraffatto, la disregolazione emotiva nei traumi individuali" M.R.Zigliani<br>La parte clinica, verrà approfondita nel simposio **Il trauma e l'organismo partendo dalla storia personale**: **Area Nuroscienze 2**, con l'approfondimento di casi clinici e con l'esperienza nei luoghi di cura.<br><br>Sentire e conoscere. A. Damasio. Milano Adelphi 2022<br>Trauma e memoria. P. Levine. . Roma Astrolabio 2018<br>Il corpo accusa il colpo. B. van der Kolk. Milano Cortina 2018<br>Nulla di più grande. G. Tononi. M. Massimini. Baldini 2013 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Trauma, automatismi procedurali, ruolo del Sistema Nervoso Autonomo nel determinare il benessere.** |
| **Autore/i** | B. Sanna |
| **Ente/i di appartenenza** | *SIMP Verona* |
| **E-mail** | tsannavr1@gmail.com |
| **Abstract** | Per uscire dal trauma è imprescindibile capire come ci si è entrati e in che modo le funzioni legate alla sopravvivenza, che in senso ontogenetico e filogenetico precedono il linguaggio verbale, somatizzino eludendo le funzioni cognitive più elevate e come lo stimolo traumatico porti a risposte o adattative o alla strutturazione delle difese o alla malattia.<br>Il trauma si conserva nella memoria procedurale con azioni, sensazioni, atteggiamenti automatici di cui non siamo nemmeno coscienti ed è replicato in forma di sensazioni viscerali nei vari apparati, movimenti corporei o immagini visive con sintomi generali emotivi e cognitivi.<br>Gli studi sulla memoria implicita nel trauma (Wan der Kolk, Levine, Porges), sulla coscienza (Damasio, Tononi), sul Sé sinaptico (LeDoux), sulla plasticità neuronale (Edelman), sull'archeologia della mente (Pankseep, Shore) ci hanno dato alcune opportunità sia per capire il processo bidirezionale mente-corpo, sia per l'utilizzo di un approccio integrato (quindi psicosomatico) nella terapia del trauma.<br>In tali situazioni le talking therapies incontrano maggiori difficoltà, specie sui "nuovi" tipi di traumi (danni neurologici, traumi da guerra, Alzheimer, sopravvissuti ad attacchi terroristici etc). Sia nelle terapie top down che bottom up, però, l'enfasi terapeutica può portare alla ri-traumatizzazione.<br>Con esempi pratici, complementari alle singole metodologie delle "scuole", proponiamo alcune pratiche utili per ricuperare la normalità dopo il trauma. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il linguaggio del corpo: il trauma irrisolto e la somatizzazione** |
| **Autore/i** | L. Geloso e Fabio Carbonari |
| **Ente/i di appartenenza** | *SIMP Roma* |
| **E-mail** | livia.geloso@gmail.com |
| **Abstract** | La questione del linguaggio del corpo nell'ambito del trauma può essere affrontata collegando due versanti dell'esperienza corporea: quello dello sviluppo della consapevolezza corporea, attraverso l'osservazione e l'esplorazione dell'espressività corporea; e quello relativo alla memoria corporea. I due versanti sono profondamente correlati in quanto si iscrivono nell'esperienza temporale che collega il presente al passato e al futuro.<br>Dal punto di vista dell'approccio corporeo alla psicoterapia, attivo da quasi un secolo, risulta notevolmente interessante la definizione, da parte delle neuroscienze affettive, del sistema di memoria esplicita, dichiarativa, e del sistema di memoria implicita, procedurale. In particolare, la memoria implicita può essere messa in relazione con la memoria corporea, nozione propria della psicoterapia corporea, in quanto memoria che emerge dai vissuti corporei. Il trauma spesso si riattiva nella memoria implicita, non verbale e la persona reagisce con stati interni automatici. Il sistema della memoria implicita è tutt'uno con i processi di somatizzazione, e dipende dalla rete di comunicazione del sistema nervoso autonomo con il sistema limbico e con la corteccia cerebrale, in particolare, la corteccia orbito-frontale destra. Il trauma incide sul funzionamento della memoria e sull'integrazione della dimensione implicita con quella esplicita, oltre che sull'arousal. Il lavoro sulla memoria e il lavoro sull'arousal vengono, di norma, affiancati. Frammenti della memoria traumatica, infatti, tendono ad riavviare fenomeni di iper-attivazione, di ipo-attivazione o di oscillazione tra i due estremi. Nel setting analitico-corporeo tali tendenze sono evidenziabili attraverso l'osservazione della postura, dello stato tonico-viscerale, della prosodia, dello sguardo e della qualità della motilità, nonché dall'analisi remota e dalle modalità affettivo-relazionali che si esprimono nella relazione terapeuta-paziente, modalità colorate dalle esperienze relazionali primarie impresse proprio nella memoria implicita.<br><br>Carbonari F., (2015). Psicoterapia corporea reichiana. Milano: Ed.ni Accademiche Italiane.<br>Lewis R. (2013). Il trauma umano. Manuale di analisi bioenergetica. Milano: F. Angeli.<br>Shore A. (2019). Psicoterapia con l'emisfero destro. Milano: Cortina, 2022. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **“L’Io sopraffatto, disregolazione emotiva nei traumi individuali: la diagnosi di HIV/AIDS”** |
| **Autore/i** | M.R. Zigliani |
| **Ente/i di appartenenza** | Libera Professionista Coordinatrice SIMP sez. Toscana |
| **E-mail** | mariarosazigliani@gmail.com |
| **Abstract** | Chi ha vissuto, ha assistito o si è confrontato con eventi come incidenti, malattie, violenze o minacce di volenze fisiche, in genere attiva reazioni emotive e corporee importanti, che non sempre il cervello riesce ad elaborare. La risposta emotiva è caratterizzata da paura intensa e sentimenti di impotenza o di orrore. Van der Kolk e McFarlane hanno posto l’accento sulla complessità e la molteplicità dei modi nei quali gli individui reagiscono ad esperienze sconvolgenti, legata alla stretta correlazione tra trauma, dissociazione e somatizzazione. Gli autori ritengono che il trauma possa colpire le vittime a qualsiasi livello di funzionamento: biologico, psicologico, sociale o spirituale.<br>La popolazione sieropositiva all’HIV è vulnerabile ad alti tassi di traumi psicologici con il 30-40% che hanno traumi correlati all'infezione e tassi fino al 90% di traumi non correlato all'HIV. Il trauma correlato all'HIV è legato a vari eventi come ricevere la diagnosi, il numero di sintomi medici, ricevere cure, il livello di stigma percepito e assistere a decessi correlati alla malattia. Il rischio di subire traumi correlati a L'HIV è più alto in quelli con traumi precedenti ed eventi di vita negativi. I pazienti con sintomi post-traumatici mostrano una minore aderenza alla terapia farmacologica, ma anche negli individui che aderiscono alla terapia, i sintomi post-traumatici sono associati a disregolazione immunitaria. Verrà esposto come l’esperienza di un intervento di counseling, come proposto dalle Linee Guida dell’I.S.S, possa contribuire ad affrontare il trauma, al fine di ridurre la mortalità correlata alla bassa aderenza al trattamento e per migliorare la qualità della vita e la funzionalità relative alla salute.<br><br>Mc Farlane A.C., Weisaeth L., Van der Kolk B. A, Il trauma e la sua sfida alla società in van der kolk b. a., mc farlane a.c., weisaeth l. – a cura -, 1996, Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili, Ma.Gi., Bergamo, 2004.<br><br>CPDR (a cura di), L’impronta del Trauma, Milano, Franco angeli, 2009<br>M.L.Bellani, F.Furlani, E.Trotti, G.G. Bellotti, Linee guida per il counseling nella fasi evolutive dell’infezione da HIV, Istituto Superiore della Sanità |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Dipendenze come speranza disfunzionale di cura, il caso di KD** |
| **Autore/i** | L. A. Gozzi |
| **Ente/i di appartenenza** | *SIMP Verona* |
| **E-mail** | Luigi.gozzi.1@gmail.com |
| **Abstract** | Con il termine dipendenza si intende un'alterazione del comportamento che si caratterizza per la ricerca anomala ed eccessiva di sostanze o di attività che si mantiene nonostante l'evidenza che queste siano dannose. Tra i neurotrasmettitori coinvolti nella dipendenza, la dopamina è il più conosciuto (1). Studi di imaging mostrano che i tossicodipendenti hanno una marcata diminuzione dei recettori della dopamina e del rilascio di dopamina (2). Sostanze o comportamenti agiscono come rinforzo positivo, perché sollecitano i circuiti del piacere. Inoltre, hanno un effetto immunizzante, dando la sensazione di riuscire ad aiutare a gestire pensieri legati ai problemi della quotidianità, sensazioni di vuoto, isolamento sociale, ma anche eventi traumatici. Dopo una breve introduzione sulle dipendenze e i suoi correlati neurobiologici, In questo simposio verranno presentati alcuni dei contributi della letteratura al fine di spiegare la correlazione tra trauma e lo sviluppo di forme di *addicition*. Diversi studi infatti riportano una forte correlazione tra persone esposte a traumi infantili e un alto livello di dipendenza da sostanze nell'arco di vita (3), e che la gravità dell'abuso di sostanze, è fortemente correlato con l'abuso fisico, sessuale ed emotivo durante l'infanzia (4). Oltre all'assunzione di droga, è possibile che le vittime di abuso e trauma sviluppino delle dipendenze comportamentali non correlate all'uso di sostanze. I traumi infantili possono ad esempio facilitare lo sviluppo di una dipendenza da gioco d'azzardo (5). In questo simposio verrà approfondito meglio cosa sia il Disturbo da Gioco D'Azzardo (DGA) e verrà presentato un caso clinico esemplificativo tra la presenza di un trauma e lo sviluppo del DGA.<br><br>*Biografia*:<br><br>1) Solinas M, Belujon P, Fernagut PO, Jaber M, Thiriet N. Dopamine and addiction: what have we learned from 40 years of research. J Neural Transm (Vienna). 2019 Apr;126(4):481-516. doi: 10.1007/s00702-018-1957-2. Epub 2018 Dec 19. PMID: 30569209.<br>2) Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Baler R, Telang F. Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction. Neuropharmacology. 2009;56 Suppl 1(Suppl 1):3-8. doi: 10.1016/j.neuropharm.2008.05.022. Epub 2008 Jun 3. PMID: 18617195; PMCID: PMC2696819.<br>3) Lisak, David. (1994). The Psychological Impact of Sexual Abuse: Content Analysis of Interviews with Male Survivors. Journal of Traumatic Stress, 7(4): 525-548. |

| | |
|---|---|
| | 4) Khoury, L., Tang, Y. L., Bradley, B., Cubells, J. F., & Ressler, K. J. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population. Depression Anxiety, 27(12), 1077-1086.<br>5) Dion J, Cantinotti M, Ross A, Collin-Vézina D. (2015). Sexual abuse, residential schooling and probable pathological gambling among Indigenous Peoples. Child Abuse Negl. pii: S0145-2134(15)00086-1. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il trauma e l'organismo partendo dalla storia personale. Area Nuroscienze 2** |
| **Autore/i** | S. Fiore; B. Sanna<br>M. Mazzei; A. Urso<br>P. Paradisi; A. Lentini<br>A.L. Suman |
| **Ente/i di appartenenza** | Medico Coordinatore SIMP Sez. Cosenza;<br>Psicologa Psicoterapeuta Libera Professionista Coordinamento SIMP sez. Toscana; |
| **E-mail** | fiore.doc@virgilio.it<br>annalisasuman@gmail.com |
| **Abstract** | In questo simposio verranno presentati dei contributi che mirano ad analizzare l'esperienza del paziente vittima di trauma. Il vissuto traumatico, lIna sua manifestazione e la risoluzione di questo hanno spesso valenza soggettiva e come tale necessita di approcci differenti che non devono necessariamente essere uno alternativa all'altro, ma che invece possono fornire, tramite le proprie caratteristiche costitutive, una varietà di "soluzioni" utili al paziente per uscire o migliorare il suo stato di sofferenza. Per questo motivo verranno approfonditi i temi tramite l'importanza del medico di MMGE ("L'esperienza in ambulatorio di Medicina generale nella lettura del trauma e dei disturbi psicosomatici correlati e Lettura e terapia di traumi familiari in un ambulatorio di medicina generale (Paradisi. Lentini), tramite l'approccio fisioterapico (CKF di Cosenza dei programmi riabilitativi sul trauma a livello psicomotorio, M. Mazzei; A. Urso), e quello psicoterapeutico ("Il dolore fisico come trauma nella fibriomialgia" A.L. Suman) in cui il vissuto dolore somatico è il trauma principale. Questi approcci sono fondamentali per creare una supporto specialistico cin il quale il paziente può essere aiutato. Nel simposio sarà presentato una testimonianza di un evento traumatico che permetterà di comprendere il trauma da colui che lo vissuto in prima persona,("Sentire, conoscere, guarire: una esperienza da paziente e da medico" Fiore; Sanna.) |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Sentire, conoscere, guarire: una esperienza da paziente e da medico.** |
| **Autore/i** | S. Fiore; B. Sanna |
| **Ente/i di appartenenza** | F.Fiore Neurofisiopatologo. Coordinatore SIMP Cosenza<br>B. Sanna Neurologo psicoterapeuta. Coordinatore SIMP Verona |
| **E-mail** | fiore.doc@virgilio.it<br>tsannavr1@gmail.com |
| **Abstract** | Per guarire dal trauma come in qualsiasi terapia procediamo per fasi affrontando i ricordi, individuando le risorse cognitive emotive relazionali e le risorse esterne per focalizzarci in una prospettiva sistemica verso obiettivi. La visione psicosomatica nella mia esperienza coincidente da medico e da paziente diventa più complessa sia nell'analisi delle componenti individuali sia in quelle professionali e socioculturali.<br>L' intervento avrà quindi un momento e un aspetto socioculturale legato alla mia esperienza clinica abituata a vedere obiettivamente la cronaca della traumatologia dei pazienti e uno da paziente più interessato al vissuto del "mio" trauma.<br>Pertanto la seconda parte di questo confronto sarà stimolato da un collega per la componente relazionale e individuale partendo dalle emozioni presenti così criticamente sulla scena come per i processi di memoria in alcune fasi fuorvianti nella soggettività di me paziente, che però scopre l'illusione dell'autosufficienza, il peso delle relazioni di appartenenza, il felt sense e l'importanza della riabilitazione integrata.<br>In questo confronto la famiglia e i colleghi della riabilitazione non potranno essere lasciati fuori dalla scena, dalla fase dell'intervento immediato a quella del trasporto in ospedale poi a casa, fino alla rinegoziazione e allo scenario di guarigione.<br>Saranno infine ricordati i protocolli di lavoro dei colleghi, il loro contributo in ambito clinico, psicologico, fisiatrico, logopedico e nutrizionale.<br><br>A. Damasio Sentire e conoscere. Adelphi2022<br>P. Levine Traumi e shock emotivi. Macro Ed. 2005<br>P. Ogden e altr. Manuale di psicoterapia sensomotoria. Cortina 2016 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il trauma: una esperienza in un centro medico** |
| **Autore/i** | Salvatore Fiore<br>Manuel Mazzei<br>Alessandra Urso |
| **Ente/i di appartenenza** | Centri Kinesi Fisioterapici Di Giorno |
| **E-mail** | Manuelmazzei1995@gmail.com |
| **Abstract** | Lo sviluppo del processo terapeutico parte dalla presa in carico del paziente, che, grazie ad un programma riabilitativo motorio e psicoterapico, mira al superamento dello stato ansioso- depressivo e di isolamento. Un approccio olistico che permette di accompagnare i pazienti verso un riequilibrio psichico e fisico. Il trattamento è rivolto alla riduzione dei sintomi come ansia e depressione. Mediante esercizi riabilitativi motori si mira al miglioramento della salute fisica, delle funzioni cognitive e del benessere psicologico. La postura, nei pazienti con stati depressivi post-traumatici può variare in base al loro umore giornaliero riducendo o aumentando il loro grado di autostima. L'approccio parte da una valutazione neuromotoria globale del paziente, indagando il corretto funzionamento dei principali recettori posturali, come il recettore podalico, oculare e dento-occlusale in ambito tonico-posturale. L'esercizio riabilitativo motorio, mediante un migliore controllo del proprio corpo nello spazio permette di raggiungere una migliore consapevolezza del sé, una riduzione dell'affaticamento fisico e maggiore autoconcentrazione.<br><br>Upright posture improves affect and fatigue in people with depressive symptoms **(**Carissa Wilkes , Rob Kydd , Mark Sagar , Elizabeth Broadbent**)**<br><br>Exercise for the treatment of depression and anxiety **(**Peter J Carek , Sarah E Laibstain, Stephen M Carek)<br><br>Do slumped and upright postures affect stress responses? A randomized trial (Shwetha Nair , Mark Sagar , John Sollers 3rd , Nathan Consedine , Elizabeth Broadbent |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Lettura del trauma famigliare in Medicina Generale e disturbi psicosomatici correlati.** |
| **Autore/i** | P. Paradisi A. Lentini |
| **Ente/i di appartenenza** | P. Paradisi Medico di Medicina Generale ASL Teramo, psicoterapeuta e didatta SIAR<br>A. Lentini, Medicina e Chirurgia Generale ASL RM6 psicoterapeuta e didatta SIAB |
| **E-mail** | piero.paradisi@icloud.com<br>adalentini66@gmail.com |
| **Abstract** | Il Medico di Famiglia è quasi sempre la prima figura che il paziente consulta per un problema legato al suo stato di salute ed i sui sintomi riferiti devono essere ricondotti con ordine ed attenzione ad un contesto nosologico al fine di definire una diagnosi ed impostare una terapia.<br>Il compito del medico di medicina generale che, come valore aggiunto, è anche psicoterapeuta è quello di individuare nel paziente gli aspetti di possibile somatizzazione per poterlo accompagnare in un processo di cura psico-organico integrato.<br>Il setting della MG svolge il lavoro clinico in un contesto complesso della cura familiare. Le dinamiche psicologiche del sistema complesso possono interferire con il funzionamento del sistema globale e dunque, in particolare, di un singolo elemento di esso. Quindi possiamo dire che oltre agli aspetti integrati di cura psico-soma dobbiamo anche considerare l'eco che il trauma produce nel sistema familiare.<br>Sappiamo inoltre che i vissuti familiari possono trasmettersi alle generazioni successive con un processo intergenerazionale di passaggio di contenuti in buona parte elaborati o, al contrario, con un meccanismo di tipo trans generazionale, in cui non è stato possibile risolvere i problemi psico-traumatici della generazione precedente e questi ultimi possono trasmettersi alle generazioni successive con la possibile emersione del sintomo.<br>Saranno presentati due casi clinici rappresentativi della nostra modalità integrata di intervento.<br><br>Bibliografia:<br>P.A. Levine. Trauma e Memoria. Collana Psiche e Coscienza. Astrolabio-Ubaldini Ed., Roma 2018<br>M.T. Daniele, V. Manna, M. Pinto. Stress, Trauma e Neuroplasticità. Alpes, Roma 2014<br>F. Bottaccio. Epigenetica e Psico Neuro Endocrino Immunologia. Era, Milano 2022 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il dolore come trauma nel paziente fibromialgico** |
| **Autore/i** | A.L.Suman |
| **Ente/i di appartenenza** | Psicologa Psicoterapeuta Libera Professionista Coordinamento SIMP sez. Toscana; |
| **E-mail** | annalisasuman@gmail.com |
| **Abstract** | La fibromialgia (FM) è una condizione muscolo-scheletrica cronica invalidante di eziologia sconosciuta caratterizzata da dolore muscoloscheletrico<br>generalizzato, affaticamento estremo, disturbi dell'umore, compromissione della cognizione e mancanza di sonno ristorativo.<br>Il dolore è il sintomo dominante nella FM e ha un ampio impatto negativo sullo stato fisico e psicologico del paziente. Diversi pazienti sono stati identificati come fisicamente disabili con una grande compromissione della qualità della vita<br>Il dolore è forse l'esperienza soggettiva più difficile da spiegare.<br>I pazienti affetti da questa sindrome vivono la propria esperienza dolorosa come un vero e proprio trauma. Dopo aver esperito il dolore, la vita non è più come prima. Il soggetto affetto da dolore "si sente oggetto" e vive "l'effetto che fa essere oggetto", esperendo il proprio corpo non più solo dall'interno, ma anche per dall'esterno, in una sorta di ibridazione e intreccio tra attività e passività: si prova dolore e si vive il dolore.<br>Con una serie di vignette cliniche verrà illustrato come i pazienti tramite la loro narrativa e anche con l'uso di scale specifiche hanno tentato di rappresentare e far comprendere agli altri la propria sofferenza e come questa sia vissuta come un evento-trauma.<br><br>Suman A.L in Pellegrino F. Il dolore. Aspetti psicologici e psicopatologici. Mediserve, 2008<br>Vanzago, L. 2016: L'esperienza del dolore. Modelli concettuali a confronto, in«Philosophical Readings» 8, 2016 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Dalla trascuratezza alla cura: esperienze nelle varie fasi di vita** |
| **Autore/i** | S. Grassi, L. Ricci, D. Giovannini, L. Garrone, P. Palumbo |
| **Ente/i di appartenenza** | |
| **E-mail** | segreteria@doceat.org, dottoressalauragarrone@gmail.com, palumbopaolamaria@gmail.com |
| **Abstract** | Obiettivi:<br>Il trauma priva la persona della possibilità di essere padrona del proprio corpo e della propria mente, ovvero di sé stessa. Gli interventi educativi, formativi e di cura che presentiamo in questo simposio hanno come obiettivo di permettere alle persone traumatizzate, o a rischio di trauma, di sentirsi libere di stare in contatto con ciò che sentono, senza paura del giudizio. Così le persone si sentono al sicuro e hanno la possibilità di cambiare la narrazione del proprio vissuto, nelle varie fasi della vita.<br><br>Metodi:<br>Come riferimenti teorico-metodologici utilizziamo la neurobiologia, l'Analisi Transazionale, la teoria polivagale, la Psicomotricità Funzionale, il Dirfloortime e la relazione balintiana medico-paziente. Integrando questi riferimenti, il processo che sta alla base delle esperienze raccontate in questo simposio evidenzia 4 passaggi:<br>• intraconnessione del professionista con sé stesso<br>• interconnessione di ogni professionista con i suoi colleghi o co-conduttori<br>• interconnessione del sistema cliente- paziente con il professionista<br>• intraconnessione del sistema cliente- paziente con sé e interconnessione con il suo ambiente relazionale, co-costruendo un setting sicuro, metafora di una narrazione inedita.<br><br>Risultati e conclusioni<br>A seconda della varie fasi della vita e situazione riportate, si evidenziano diversi risultati:<br>• nei bambini e nei ragazzi i "pattern di disconnessione" sono sostituiti da "pattern di connessione" e l'autoregolazione diventa adeguata ed efficace<br>• negli educatori è accresciuta la capacità di affiancare bambini e ragazzi, facilitando la costruzione di un ambiente fisico e relazionale sicuro<br>• si può conoscere come un bambino si relaziona con il mondo e quale sia il suo profilo sensoriale individuale, come risponde a situazioni di stress e come può sentirsi al sicuro nei vari contesti<br>• i migranti si sentono presi in carico come persone con pari dignità, pur nella loro diversità, sentono di poter seguire le proprie tradizioni e credenze e si crea un clima emozionale tale da |

| | |
|---|---|
| | migliorare la relazione medico-paziente, evitando situazioni manipolatorie e attivando una relazione transculturale<br>È tramite questi processi che il cervello cambia in risposta alle esperienze, e ci sperimentiamo e cresciamo sia come individui che come comunità<br><br>Bibliografia e sitografia:<br>• Baylin J. Apprendimento relazionale inverso, dalla sfiducia alla fiducia. Congresso Attaccamento e Trauma. Roma: ISC, 2022<br>• Greenspan S. e Wieder S. Trattare l'autismo-il metodo floortime per aiutare il bambino. Milano: Cortina Editore,2007<br>• Vercillo E. Guerra M. Clinica del Trauma nei Rifugiati. Milano: Mimesis 2019 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Talla trascuratezza alla cura: elementi di vicinanza e sicurezza nell'età dello sviluppo.** |
| **Autore/i** | S. Grassi – A. Garuglieri – L. Ricci – D. Giovannini |
| **Ente/i di appartenenza** | Associazione Doceat; SIMP Toscana |
| **E-mail** | segreteria@doceat.org |
| **Abstract** | Obiettivi: Il nostro lavoro è con bambini, ragazzi e con figure educative, focalizzato sull'offrire sicurezza e calma, in situazioni di trauma, per prevenire il manifestarsi di sintomi e malattia<br><br>Metodi: la nostra presenza corporea coinvolta, attenta, ritmica, persistente, calma, con lo sguardo, il sorriso, faccia a faccia, voce a voce, crea un contesto di accuratezza emotiva, che aiuta e ci aiuta a condividere una intimità vera di emozioni, pensieri e percezioni.<br><br>Risultati e conclusioni: attraverso i metodi descritti, le menti in sviluppo fanno esperienza di stare-con, connessi, condividendo cosa le agita anziché fuggire lo spazio della relazione, ed evitando così disregolazioni e ferite: si riduce di chiusura da parte dei ragazzi, determinata dalla percezione di una mancanza di sicurezza, e il congelamento nella solitudine o nella aggressività, con la riduzione di sintomi fisici e conseguente malattia. Nell'arco di due anni, negli educatori è accresciuta la capacità di affiancare bambini e ragazzi, facilitando la costruzione di un ambiente fisico e relazionale sicuro, che impedisce, quindi, esperienze dovute a trascuratezza emotiva.<br><br>Bibliografia<br>• Baylin J. Apprendimento relazionale inverso, dalla sfiducia alla fiducia. Congresso Attaccamento e Trauma. Roma: ISC, 2022.<br>• Sanders E.S e Thompson G.S. La teoria polivagale e lo sviluppo del bambino. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2022.<br>• Van der Kolk B. Sicurezza e reciprocità. In Applicazioni cliniche della teoria polivagale di Porges W, Dana D. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2020. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **"Primi sguardi" - L'importanza della relazione e dell'esperienza nei pimi anni di vita** |
| **Autore/i** | L. Garrone |
| **Ente/i di appartenenza** | Pedagogista clinico, Psicomotricista funzionale, Neuropedagogista e Terapista Dirfloortime; Simp-Sezione Polesine; ANPEC; ASPIF |
| **E-mail** | dottoressalauragarrone@gmail.com |
| **Abstract** | Ciò che capita nei primi anni vita, delinea la base dell'individuo. Le esperienze emotive, familiari, corporee, sensoriali, creano un bagaglio di conoscenze e problem solving, fondamentali per i bambini. L'approccio della Psicomotricità Funzionale e del Dirfloortime porta una nuova visione educativa: poter conoscere come un bambino si relaziona con il mondo e quale sia il suo profilo sensoriale individuale, come risponde a situazioni di stress e come può sentirsi al sicuro nei vari contesti, è un approccio diverso per la prevenzione del trauma e della gestione del rapporto con la famiglia.<br><br>Bibliografia: "trattare l'autismo-il metodo floortime per aiutare il bambino" S: Greenspan e S. Wieder<br>"Capire i segnali sensoriali del tuo bambino"A. Voss<br>"La psicomotricità funzionale, scienza e tecnica" G. Pesci |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Dalla trascuratezza alla cura:<br>l'importanza dell'ascolto, della cura e delle modalità prescrittive nella medicina dei migranti per non aggiungere trauma al trauma** |
| **Autore/i** | P. Palumbo - S. Grassi |
| **Ente/i di appartenenza** | SIMP Toscana, AMIGB Associazione Italiana Gruppi Balint Ospedale San Paolo Milano (medico volontario) |
| **E-mail** | palumbopaolamaria@gmail.com |
| **Abstract** | Obiettivi: il mio lavoro all'ospedale San Paolo in un ambulatorio di medicina dei migranti con pazienti senza permesso di soggiorno, è focalizzato sull'offrire loro una possibilità di salute psico-fisca<br><br>Metodi: attenzione alla relazione medico-paziente, all'ascolto empatico (pur con difficoltà linguistiche), ascolto della mimica e del corpo, attenzione alle modalità prescrittive che devono tener conto oltre che delle caratteristiche personali, anche di caratteristiche culturali. Tutto volto ad evitare la retorica della accoglienza, del buonismo o dell'etica dell'ospitalità.<br><br>Risultati e conclusioni: mi sono accorta che è possibile integrare alcune loro credenze e rimedi con la nostra clinica tradizionale. Con questo tipo di lavoro i pazienti, la cui unica alternativa alla morte spesso è rischiare la stessa vita che sperano di migliorare nel nostro paese, si sentono presi in carico come persone con pari dignità pur nella loro diversità, sentono di poter seguire le proprie tradizioni e credenze. Riusciamo a creare un clima emozionale tale da migliorare la relazione medico-paziente, evitando situazioni manipolatorie e attivando una relazione transculturale<br><br>Bibliografia:<br>Mia Wuehl: Il migrante ascolto e cura. Viavarium 2018<br>Emilio Vercilli Maria Guerra: clinica del Trauma nei Rifugiati Mimesis 2019<br><br>Sitografia:<br>Da www.iltascabile.com , 1° giugno 2022 l'onda lunga del trauma migratorio<br>Da www.naga.it |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il colore del trauma: confronto tra percezioni cromatiche del vissuto traumatico** |
| **Autore/i** | G. De Mori<br>P. Ferrari<br>S. Cagiada<br>F. Barbagelata |
| **Ente/i di appartenenza** | SIMP MN<br>SIMP BS<br>SIMP Crema<br>Simp Naviglio Grande |
| **E-mail** | carlottagdm@alice.it<br>dott.ssapaolaferrari@gmail.com<br>sil.giada@libero.it<br>flavia.barbagelata@gmail.com |
| **Abstract** | Partendo dal test psicodiagnostico dei colori di M. Luscher abbiamo individuato, usando tre metodi diversificati, la presenza di un trauma mediante:<br><br>- il training autogeno superiore con l'esercizio dei colori;<br>- l'ipnosi con una modalità, non consueta, utilizzando una tavola multicromatica graduata, attraverso un percorso di elaborazione spontanea dell'evento traumatico;<br>- l'ipnosi con l'individuazione di una mappatura, attraverso "ponte cromatico", correlata a specifiche parti del corpo.<br><br>Il confronto con altri metodi di rilevazione della dimensione cromatica, in seguito ad un trauma, diventa particolarmente importante e stimola ulteriori approfondimenti.<br><br>Bibliografia<br>Del Longo N. *Il test dei colori di Lüscher. Manuale di diagnostica in età evolutiva*. Franco Angeli. Milano. 2010<br>LeDoux, J.E. (2000). Emotion circuits in the brain. Ann. Rev. Neurosci., 23, 155-184.<br>Nummenmaa L. et al. Bodily maps of emotions. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2013 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **La rilevanza della percezione cromatica, ai fini del riconoscimento e della intercettazione diagnostica nei traumi** |
| **Autore/i** | G. De Mori |
| **Ente/i di appartenenza** | *Socio SIMP, Membro ICSAT* |
| **E-mail** | carlottagdm@alice.it |
| **Abstract** | A partire dal *Caso di Anna O.* (1883) di S. Freud, la manifestazione cromatica dei vissuti emotivi è stata rilevata, anche se circoscritta alla sola dimensione onirica e con interesse essenzialmente descrittivo. Un contributo significativo sul piano clinico è stato offerto dallo studioso M. Luscher, grazie alla creazione dell'omonimo Test (1949), un reattivo di personalità che consente di sondare le personali reazioni fisiologiche e psicologiche alle sfumature cromatiche contenute nelle tavole.<br>Un particolare campo di applicazione del Test dei colori è quello riguardante il riconoscimento diagnostico dei traumi (Del Longo, 2010, 2011). Infatti l'ostacolo principale alla intercettazione del disagio è dato dalla difficoltà di ricordare gli eventi (amnesia post-traumatica) o dalla impossibilità di raccontare le vicende per vergogna, in quanto considerate *indicibili*. La somministrazione del reattivo fornisce indizi estremamente utili, in quanto la risposta fisiologica spontanea ai colori consente di superare le difese e di ipotizzare un trauma. La reazione soggettiva diventa *perturbante* soprattutto quando la tonalità affettiva percepita è *isomorfica* rispetto alla tonalità cromatica, in quanto *colore del trauma.*<br>In questo studio, l'interpretazione dei protocolli di alcuni pazienti sottoposti al Luscher Test ha fornito indicazioni diagnostiche di DPTS, a sostegno dei risultati di altre indagini riguardanti le preferenze e i rifiuti dei colori al reattivo dopo gravi eventi. La particolare tavola degli 8 colori è risultata uno strumento efficace e veloce nell'intercettare i traumi e fornire indicazioni riguardo alla scelta terapeutica più appropriata.<br><br>BIBLIOGRAFIA<br>Del Longo N. *Il test dei colori di Lüscher.* Franco Angeli. Milano. 2010 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **L'emergere spontaneo del colore del trauma tramite il training autogeno superiore** |
| **Autore/i** | P. Ferrari |
| **Ente/i di appartenenza** | *SIMP Società Italiana Medicina Psicosomatica*<br>*Sezione Brescia* |
| **E-mail** | dott.ssapaolaferrari@gmail.com |
| **Abstract** | Per anni diversi studiosi si sono interessati agli effetti che il colore ha sul nostro organismo; Max Lűscher scoprì i due assiomi alla base del suo test:<br>-ogni colore ha significato fisiologico e psicologico preciso<br>-la scelta dei colori su base soggettiva si basa sullo stato psicovegetativo<br><br>Partendo da questi due assiomi è interessante ipotizzare che un vissuto traumatico possa portare a scelte cromatiche differenti rispetto a situazioni neutre o rilassanti. Il lavoro su alcuni pazienti con la tecnica del training autogeno superiore permette di cogliere se vi siano similitudini in base alla natura del trauma.<br>Per ottenere risultati attendibili, il numero di pazienti è ridotto in quanto l'utilizzo corretto del TAS richiede un buon addestramento con il training autogeno di base.<br>Prima di evocare il colore del trauma, il paziente durante una sessione di TAS lascerà emergere in modo spontaneo un colore e completerà il protocollo relativo a quel colore, in un secondo momento verrà mostrata una tavola di colori e il paziente dovrà indicare istintivamente un colore mentre pensa al trauma, tale colore sarà poi evocato durante la sessione di TAS, al termine della quale sarà compilato e analizzato il protocollo per verificare se il colore visualizzato muta o se visualizzando quel colore emergano altre situazioni traumatiche.<br><br>Bibliografia:<br><br>Peresson L., *Trattato di Psicoterapia Autogena. Il training autogeno superiore ad orientamento analitico.* Abano Terme (Pd), Piovan., 1984.<br><br>Del Longo N., *Il test dei colori di Lüscher, Manuale di diagnostica per l'età adulta*. Milano, Franco Angeli, 2013.<br><br>Schultz J.H., *Il training autogeno II - esercizi superiori. Teoria.* Milano, Feltrinelli, 1979. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Ipnosi: esiti dell'elaborazione del trauma attraverso la percezione soggettiva del colore** |
| **Autore/i** | S. Cagiada |
| **Ente/i di appartenenza** | *SIMP sez. Crema, SII Roma (Società Italiana di Ipnosi), ICPM (International College of Psychosomatic Medicine), AIAMC Milano (Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento)* |
| **E-mail** | sil.giada@libero.it |
| **Abstract** | Il lavoro presentato si basa sugli esiti dell'osservazione di soggetti affetti da un disturbo post traumatico da stress (DSPT) secondo i criteri diagnostici del DSM-5, in trattamento con terapia ipnotica.<br>Poiché i colori costituiscono una forma comunicativa della nostra mente, percepiti spontaneamente e registrati nel nostro cervello, e dato che l'ipnosi permette di visualizzare il colore, si è introdotta nel percorso terapeutico una seduta di elaborazione spontanea dell'evento traumatico, con una diversa modalità. Si chiede al paziente di visualizzare, in trance, il colore che associa al trauma, poiché ne possiede la medesima tonalità emotiva, guidandolo in un percorso.<br>Viene utilizzata una tavola multicromatica graduata per permettere al paziente, dopo la seduta, di indicare il preciso colore visualizzato, al fine di identificare la sfumatura esatta. I risultati ottenuti depongono a favore dell'utilizzo del colore, non in sostituzione delle tecniche utilizzate per il trattamento del trauma in ipnosi, ma come risorsa aggiuntiva. Il colore diventa così il "protagonista" del trauma, assumendo su di sé il comportamento emozionale del soggetto, perché ne rispecchia la tonalità affettiva (isomorfismo).<br><br>Bibliografia<br>Cagiada, S. (2019). "*Catharsis and hypnosis*". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2019: 88(supp1.)<br>Cesarini Argiroggo G,(2018)*L'importanza del fenomeno cromatico per l'umanità,* neuroscienze.net<br>A. LeDoux, J.E. (2000), *Emotion circuits in the brain*, Ann. Rev. Neurosci., 23, 155-184. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Ipnosi: il colore del trauma "incarnato" nel corpo** |
| **Autore/i** | F. Barbagelata |
| **Ente/i di appartenenza** | Simp Naviglio Grande |
| **E-mail** | flavia.barbagelata@gmail.com |
| Abstract | Lo stato di trance indotto in ipnosi, modificando lo stato di coscienza, appare un modo rapido ed efficace, e, con tecnica simbolica idonea, sufficientemente distanziante e protetto per accedere e trasformare contenuti inaccessibili preclusi nel trauma da forclusione esistenziale difensiva.<br><br>Presento una piccola casistica di soggetti in trattamento, indotti in trance ipnotica a proiettare, tramite "ponte affettivo", il ricordo del vissuto traumatico sottoforma di colore, collocandolo poi su una specifica sede corporea. Lo scopo è di rilevare se e quanto l'attivazione affettiva con elicitazione sensoriale del trauma ed il suo riferimento topografico nello schema corporeo correlino con la Bodily Map of Emotions (attivazione termosensoriale distrettuale specifica per emozione percepita) oppure differenti percezioni cromatiche. La richiesta di indicare poi una specifica localizzazione del trauma/colore/dolore sul corpo dà accesso ad una percezione più "incarnata" del vissuto, consentendo una comprensione globale degli elementi complessi condensati, mascherati al ricordo ricostruito ma intercettabili in profondità. Dati preliminari confermano la prevalenza di emozioni deattivanti a contenuto negativo (colore) significative sia per forma e dinamica che per sede proiettata, suggestive dei movimenti sottesi al loop traumatico e psichismo di perdita incarnato per esiti.<br><br>Bibliografia<br>— Nummenmaa L. et al. Bodily maps of emotions. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2013<br>— Ogden P. Minton K. Pain C. (2006). Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria, Tr.it. Ist. Scienze Cognitive Edizioni, Sassari 2012<br>— W. Kandinsky, *Lo spirituale nell'arte*, a cura di E. Pontiggia, Edizioni SE, Milano 2005. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **L'ipnosi come risposta profonda al trauma psicofisico** |
| **Autore/i** | F.Barbagelata<br>G.Brundusino<br>E.Di Mambro<br>F.Furini<br>F.Zermiani |
| **Ente/i di appartenenza** | SIMP Naviglio Grande<br>SIMP Polesine |
| **E-mail** | flavia.barbagelata@gmail.com, giuseppebrundusino@yahoo.it, enricodimambro@gmail.com, fulvianna.furini@libero.it, dott.zermiani@gmail.com |
| **Abstract** | Non è possibile parlare di trauma senza evocare un vissuto globale che coinvolge mente e corpo. Sia neltrauma psichico dove percezioni ed emozioni possono attivare risonanze profonde che richiamano la partecipazione del corpo (brividi, cardiopalmo, mancamento ecc), che nel trauma fisico in cui, accanto al dolore organico, un caleidoscopio di emozioni, convinzioni, stili di coping partecipano “a gamba tesa” nel realizzare la risposta all’evento, più o meno resiliente. Il trauma, per sua natura “inaspettato”, getta in uno stato di coscienza modificato dall’impatto e dal disorientamento, analogo ad uno stato di trance che condensa il trauma in un “nodo” che rimane incagliato nel passato.L’ipnosi è una chiave per entrare in quello stato modificato di coscienza, ed attraverso la trance indotta può riportare al momento dello schema emotivo condensato nel ricordo, ed attraverso le sue tecniche può aprire vie inconsce di rielaborazione |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il dolore nel trauma. Modificare la coscienza dopo che essa è stata a sua volta modificata** |
| **Autore/i** | G. Brundusino |
| **Ente/i di appartenenza** | |
| **E-mail** | giuseppebrundusino@yahoo.it |
| **Abstract** | L'ipnosi è un fenomeno neurofisiologico caratterizzato da una modificazione dello stato di coscienza. Tale stato rende il soggetto più ricettivo alle suggestioni. Lo stato ipnotico può essere indotto naturalmente e senza l'ausilio di un operatore, oppure con l'ausilio di un ipnologo, oppure, al bisogno, tramite l'autoipnosi.<br><br>Il trauma ha un impatto enorme su tutti gli aspetti della civiltà umana e della vita degli individui. Può essere definito come una "ferita dell'anima", che rompe il consueto modo di vivere e vedere il mondo e che ha un impatto negativo sulla persona che lo subisce.<br><br>Esistono diverse forme di esperienze potenzialmente traumatiche a cui può andare incontro una persona nel corso della vita. Esistono esperienze soggettivamente disturbanti come un'umiliazione subita,<br>oppure eventi che portano alla morte o che minacciano la<br>propria integrità fisica o delle persone a noi care.<br><br>Nonostante le esperienze traumatiche possano essere tra loro molto differenti, la ricerca scientifica ha mostrato che le persone reagiscono, dal punto di vista emotivo, mostrando gli stessi sintomi.<br>La reazione al trauma è strettamente personale e non tutte le persone che vivono esperienze traumatiche reagiscono allo stesso modo.<br><br>I progressi compiuti dalle neuroscienze nel corso della passata decade, hanno condotto a nuove importanti conoscenze sul modo in cui la mente e il cervello elaborano le esperienze traumatiche. Le strutture limbiche cerebrali, come l'amigdala, etichettano gli stimoli sensoriali in entrata per determinarne il loro significato emotivo.<br><br>L'interpretazione effettuata da queste strutture cerebrali sottocorticali è basata largamente sull'esperienza precedente e determina la nostra tendenza all'azione:<br>la persona elabora le percezioni in entrata, confronta le informazioni con le esperienze precedenti e sulla base di questo confronto predice l'esito di varie azioni possibili, organizzando una risposta fisica allo stimolo in entrata.<br><br>Una delle scoperte più importanti<br>degli studi di neuroimaging sulle persone traumatizzate è che, sotto stress, le aree del cervello coinvolte nelle funzioni esecutive diventano meno attive e i trigger sensoriali legati al trauma passato, attivano il cervello |

| | |
|---|---|
| | emotivo. I cambiamenti risultanti nell'arousal simpatico e parasimpatico, causano una "regressione" comportamentale che porta la persona a reagire agli stimoli con pattern rigidi di azioni basate sulla fuga, la lotta, il congelamento e la percezione del dolore.<br><br>L'ipnosi interviene rallentando l'impulso a livello del fascio spino talamico, riducendo o eliminando il dolore fisico, a sua volta conseguenza della precedente attività di modifica dello stato di coscienza da parte del trauma. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **La rilevazione della condizione ipnotica con l'indice bispettrale (bispectral index, BIS). Un "case report"** |
| **Autore/i** | E. Di Mambro |
| **Ente/i di appartenenza** | Medico, Ginecologo, Psicoterapeuta, Libero professionista<br>SIMP Polesine |
| **E-mail** | enricodimambro@gmail.com |
| **Abstract** | L'indice bispettrale (bispectral index, BIS) è stato introdotto nella pratica clinica dell'anestesia e della terapia intensiva nel 1997 ed è utilizzato per ridurre l'incidenza il risveglio intraoperatorio, per ottimizzare la somministrazione di narcotici e per ridurre i tempi di permanenza in sala risveglio.<br>La metodica BIS permette di riassumere in un solo valore più variabili elettroencefalografiche sia nel dominio del tempo (variazioni di voltaggio) che nel dominio della frequenza (onde sinusoidali che compongono il tracciato). L'incidenza dei differenti sottoparametri è definita da un modello multivariato basato su un database di registrazioni elettroencefalogafiche correlato a diversi livelli di narcosi e di concentrazione ematica dei farmaci ipnotici.<br>L'algoritmo del BIS utilizza una formula complessa che permette di eliminare gli artefatti per giungere a definire un indice che va da 0 (elettroencefalogramma isoelettrico associato alla morte clinica) a 100 (associato a paziente sveglio e vigile).<br>Il BIS si riduce linearmente all'aumentare della concentrazione di farmaci narcotici e tale linearità esiste anche nel caso dell'ipnosi come dimostrato in vari studi.<br>In questa sede si descrive un caso clinico in cui un attacco di panico in sala operatoria, nella imminenza di un intervento chirurgico, è stato trattato con l'ipnosi. Il caso ha voluto che l'Anestesista avesse già attivato la registrazione BIS e, quindi, è stato possibile conservare il tracciato ottenuto. In questa sede si analizza tale tracciato che, accompagnato all'elettro-miografia sempre presente nello stesso tracciato, fornisce interessanti spunti di indagine sulla condizione ipnotica. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Psicosomatica dell'aneurisma cerebrale: il contributo dell'ipnosi** |
| **Autore/i** | F. Furini |
| **Ente/i di appartenenza** | Studio privato in libera professione |
| **E-mail** | fulvinna.furini@libero.it |
| **Abstract** | Il sintomo e la malattia sono un evento centrale nella storia di una persona e spesso rappresentano le uniche parti di essa in grado di raccontare qualcosa di più' profondo. Gli "errori" del corpo sono la via di transito su cui scorre il cambiamento dell'individuo, in questa prospettiva la malattia diviene un'occasione trasformativa. Occorre rimettere la persona in collegamento con la coreografia del proprio mondo interiore, stimolarlo, avviare la possibilità interiore di ricreare in nuovo spazio e una nuova capacità trasformativa. Considerare la malattia come una fase di adattamento chiarifica quanto sia essenziale la sua esistenza: essa rappresenta un "momento flessibile" in cui la salute può ridisegnarsi verso un nuovo equilibrio. Per questo bisogna "essere capaci anche di ammalarsi ". Scrive Nietzsche: la malattia mi sciolse lentamente da questi legami, mi risparmiò ogni rottura. La malattia mi diede diritto al capovolgimento completo delle mie abitudini. Mi fece il regalo di obbligarmi all'immobilità, all'ozio, all'attesa, alla pazienza. Il caso clinico della signora M. esemplifica quando sia importante imparare a stare con sé stessi in moda da far fluire dentro di *noi la sofferenza, come l'acqua, che scorre e non si ferma* .Siamo noi che cronicizziamo il dolore dentro di noi facendo troppo pieno di ragionamenti, di pensieri, di pianificazioni, di parole che diciamo a noi stessi e che diciamo agli altri. La malattia esige di essere ascoltata, di essere accolta, è venuta a raccontarci qualcosa su noi stessi. La sig.ra M. è un'impiegata di 51 anni, all'inizio della prima seduta riferisce uno stato ansioso depressivo insorto in seguito alla rottura di un aneurisma cerebrale, a causa del quale è rimasta in coma per circa un mese. Al momento del colloquio non presenta lesioni permanenti, riferisce, tuttavia, la presenza di una condizione di debolezza e stanchezza, anedonia, insonnia e tensione costante mal tollerati dalla stessa. "*Non mi riconosco più"* ripete, ho sempre avuto un carattere forte, estroverso, allegro, ora vivo nella paura di poter morire. Riporto a titolo esemplificativo parte della prima seduta:<br><br>T: " *Che cosa l'ha portata da me oggi?"*<br>P:*"Dottoressa non mi riconosco più, mi riporti come ero prima".*<br>*(...)"Prima (dell'aneurisma) avevo una vita pienissima, facevo tante cose, il figlio (16 anni), la casa....mi arrangiavo in tutto. Poi tutto è cambiato. Non ho mai mollato (pausa) ...siamo in quattro sorelle, loro sono fragili, io invece resisto sempre.*<br>T:"Mentre mi racconta queste cose, che immagine le viene in mente?" . |

| | |
|---|---|
| | P: Una montagna, una montagna…<br>T: Me la descriva.<br>P: Alta, altissima, non c'è vegetazione, è tutta roccia, solo roccia….”<br><br>Da qui inizia il nostro viaggio di trasformazione, attraverso l'esplorazione della saggezza intrinseca del corpo e delle immagini interiori della paziente, utilizzando diverse metodologie in sinergia: la psicoterapia ad orientamento psicosomatico, le terapie a focalizzazione corporea, le terapie immaginative e l'ipnosi.<br><br>Scriveva Gaston Bachelard (1884-1962) “*La nostra appartenenza al mondo delle immagini è più forte, più costitutiva del nostro essere, della nostra appartenenza al mondo delle idee*”.<br>Bibliografia<br>- G. De Benedittis, C. Loriedo, C. Mammini, N. Rango : Trattato di Ipnosi. Ed. FrancoAngeli<br>- N. De Longo, A. D'Ilario : Immaginazione Dinamica. Ed. libreriauniversitaria<br>- P.Odgen, J. Fisher : Psicoterapia Sensomotoria. Ed. Raffaello Cortina |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Trattamento del trauma sessuale in ipnosi** |
| **Autore/i** | F. Zermiani |
| **Ente/i di appartenenza** | Studio privato in libera professione |
| **E-mail** | dott.zermiani@gmail.com |
| **Abstract** | I sopravvissuti a un abuso sessuale portano con sé ferite che si ripercuotono sia nel corpo che nella psiche: il corpo memorizza l'abuso subito.<br>L'abuso sessuale infantile causa un'attivazione prolungata e continua del sistema nervoso autonomo che dà luogo a deficit cronici nello sviluppo fisiologico e psicologico. L'abuso dei caregiver primari generano attaccamenti patologici e psicopatologia (Van der Kolk, 2015).<br>La ricerca ha dimostrato come gli effetti dell'abuso sessuale infantile, siano risultati più gravi se l'abuso è stato intrafamiliare, durante i primi anni di vita, reiterato e costante, e con bassi livelli di supporto sociale percepito (Hall & Hall, 2011). Attraverso il caso clinico della signora M., andremo a vedere come l'ipnosi possa aiutare nel trattamento di una paziente con abusi sessuali infantili con le caratteristiche della tipologia più grave elencati. M. presenta infatti una significativa disfunzione emozionale, del pensiero e del comportamento. Attraverso l'ipnosi, la paziente è riuscita a sbloccare le emozioni legate al primo abuso sessuale, a ricollegarle con i sintomi psicosomatici attuali e a incrementare le sue risorse psichiche. L'ipnosi si è quindi dimostrata un valido strumento attraverso cui lavorare con la paziente e con il trauma.<br><br>- Hall, M. & Hall, J. (2011). The long-term effects of childhood sexual abuse: Counseling implications. Retrieved from https://counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Article_19.pdf;<br><br>- Mosquera, D., (2023), "Libera. Comprendere e trattare gli effetti della violenza sulle donne", Raffaello Cortina Editore, Milano, 2023;<br><br>- B. Van der Kolk (2015). Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche. Raffello Cortina, Milano. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il trauma subdolamente erosivo della odontofobia: caso clinico** |
| **Autore/i** | F.Barbagelata |
| **Ente/i di appartenenza** | SIMP Naviglio Grande |
| **E-mail** | flavia.barbagelata@gmail.com |
| **Abstract** | Il trauma non sempre si presenta come singolo evento traumatico che lacera la struttura psichica nella sua stabilità, integrità e continuità fisica o psicologica. Spesso consegue ad una "sequenza di eventi critici", eccedenti la capacità di integrazione all'interno della continuità dell'esperienza del soggetto che, a rischio dissociativo, rimuove cognitivamente. Persiste tuttavia il conflitto tra la parte evitante focalizzata sulla quotidianità e la parte "fissata" sul trauma che rivive continuativamentente memorie traumatiche provocando emozioni ed attivazioni fisiologiche di difesa dalla minaccia. Che, in soggetti predisposti, ricadono sul piano somatico dando luogo a manifestazioni e/o sintomi fortemente espressivi dei movimenti profondi rimossi. Presento le diverse fasi del "vissuto traumatico complesso" di una paziente narrato dalla stessa tramite "story telling", comparandone il correlato psicofisico delle riattivazioni trigger. In parallelo gli interventi terapeutici effettuati in setting di Medicina Generale, accompagnati da un percorso ipnotico di diversi anni, cadenzato a fasi distinte, ciascuna caratterizzata da tecnica propria poichè taylorizzata sui bisogni specifici emergenti, fino a giungere ad una risoluzione "psicosomatica" indotta inconsciamente dalla paziente stessa. Che ha consentito la restituzione di una dimensione di senso al vissuto soggettivo, la scomparsa delle manifestazioni psichiche (panico, fobia) e l'acquisizione di una consapevolezza di sé decisamente più resiliente.<br><br>L'ipnosi può rivelarsi un efficace strumento per il trattamento di quadri traumatici complessi con ricadute somatopsichiche in setting medico ambulatoriale, integrato alla terapia farmacologica.<br><br>Bibliografia<br>– Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. *Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study.* Psychiatry Res. 1998 Jun 15;79(2):131-8. doi: 10.1016/s0165-1781(98)00026-2. PMID: 9705051.<br>– Brooks SP, Zimmermann GL, Lang M, Scott SD, Thomson D, Wilkes G, Hartling L. *A framework to guide storytelling as a knowledge translation intervention for health-promoting behaviour change.* Implement Sci Commun. 2022 Mar 28;3(1):35. doi: 10.1186/s43058-022-00282-6. PMID: 35346397; PMCID: PMC8962242.<br>– Merati L, Ercolani R. *Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi* EDRA 2015 EAN: 9788821438844 ISBN-10: 8821438848 ISBN-13: 978-8821438844 |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Una conversazione felice per il trauma** |
| **Autore/i** | A. Minervino |
| **Ente/i di appartenenza** | Presidente SIMP; segretario scientifico ASILS (Alta Scuola Italiana per la Lotta allo Stigma) |
| **E-mail** | antonino.minervino@gmail.com |
| **Abstract** | Nella prospettiva che utilizziamo in questo simposio ci riferiamo all'utilizzo del dispositivo tecnico-pratico che Giampaolo Lai ha creato con il nome del Conversazionalismo e che rappresenta il campo di ricerca dell'Accademia delle Tecniche Conversazionali (http://www.tecnicheconversazionali.it/) oltre che la specificità nella formazione degli psicoterapeuti utilizzata nella Scuola di Psicoterapia Conversazionale di Parma (https://www.scuolapsicoterapiaconversazionale.it/).<br>Per quanto riguarda l'ambito del trauma, l'approccio conversazionale risulta particolarmente ricco di risorse a sostegno della questione posta dal "come se ne esce?". Tale domanda infatti rappresenta per il Conversazionalismo la regola costitutiva che affianca la regola normativa rappresentata dal criterio della felicità conversazionale. In questa cornice di riferimento specifiche tecniche rappresentate dalla individuazione del motivo narrativo e dalla sua restituzione, dall'approccio conversazionale ai sogni, dalla tecnica dei battesimi nell'ambito della "Disidentità" sono esempi dell'approccio conversazionale. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Disidentità e tecnica dei battesimi** |
| **Autore/i** | S. Boni; A. Mariconti |
| **Ente/i di appartenenza** | Attività libero professionale presso gli studi di Lodi, Pandino e Parma |
| **E-mail** | lusibo72@gmail.com; a_mariconti@yahoo.it |
| **Abstract** | L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare lo scambio di parole tra i due conversanti al fine di cercare una "via di uscita" dal vissuto di trauma portato in terapia dal paziente: attraverso i metodi e le tecniche del Conversazionalismo sarà cura del conversazionalista promuovere una conversazione felice, nello specifico avendo come punto di riferimento la disidentità e la tecnica dei battesimi. Il concetto di disidentità si riferisce alla compresenza, sotto lo stesso nome, di due o più persone, ciascuna a sé stante, appunto disidentica. In un diverso orizzonte spazio-temporale c'è la possibilità che queste si moltiplichino e si trasformino in una serie di nuove identità. Invece la tecnica dei battesimi è una procedura mediante la quale il nome proprio di una persona viene trattato come un nome comune, il quale viene a designare una classe di individui, ciascuno con un nome proprio. Nell'analisi dei testi emerge che il conversante non rimane identico a sé stesso, ma, nel corso degli incontri con il terapeuta, "salta" da una persona all'altra, si sdoppia, si moltiplica e si trasforma; dando luogo a una serie di continui scambi, di nuove identità libere dal trauma. Attraverso questo metodo si è cercato di comprendere e di bonificare i patimenti dell'altro e rimettere in moto la spinta evolutiva in modo da accedere al divenire anziché sentirsi inappropriati e perduti. Dal presente, sentito come immodificabile ed "incastrante" si è passati ad un futuro possibile, aperto, ancora da scrivere.<br>Bibliografia: Lai G., Disidentità. Ed. Feltrinelli, Milano (1988) |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Simposio** | **Lo spartito nascosto delle esperienze traumatiche. Formazione all'arte dell'ascolto** |
| **Autore/i** | P. M. Martellucci |
| **Ente/i di appartenenza** | Psicologo psicoterapeuta, conduttore Gruppi Balint. Docente a.c. Psicologia Generale Università di Siena, Istituto Formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" Firenze |
| **E-mail** | pietromartellucci@hotmail.com |
| **Abstract** | Lo scopo del simposio è quello di partire da alcune riflessioni sul concetto di trauma, di identificare e di promuovere una specifica Arte dell'ascolto nella Relazione Terapeutica, attraverso percorsi essenziali di ascolto guidato della musica e dell'uso terapeutico della voce. A partire dall'esperienza clinica con persone che hanno vissuto nella loro esistenza esperienze di natura traumatica, inscritte in una sorta di "spartito nascosto" almeno in parte alla propria coscienza, risulta utile pensare ad una formazione psicosomatica del terapeuta, all'interno della quale i fattori emotivi della sintonizzazione, dell'empatia e della comprensione, ne costituiscano la centralità. I linguaggi della corporeità relativi ai contenuti emotivi, immaginativi, sensoriali ed altro e della mente, lacerata dall'esperienza traumatica, entrano nella dimensione musicale della relazione, non tanto per il contenuto delle parole quanto piuttosto attraverso il tono, il timbro, il volume della voce, il ritmo, la prosodia, poiché proprio questo linguaggio affonda le sue radici nella struttura affettiva ed emozionale del soggetto. E' attraverso l'Arte dell'ascolto, dell'essere ascoltati e dell'ascoltarsi, in un contesto di sicurezza, di rassicurazione e di fiducia reciproca, che si vengono a generare livelli profondi di comunicazione terapeutica e conseguenti percorsi di guarigione. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Simposio** | **Arte dell'ascolto nella Relazione Terapeutica** |
| **Autore/i** | P. M. Martellucci |
| **Ente/i di appartenenza** | Psicologo psicoterapeuta, conduttore Gruppi Balint. Docente a.c. Psicologia Generale Università di Siena, Istituto Formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" Firenze |
| **E-mail** | pietromartellucci@hotmail.com |
| **Abstract** | Sono gli aspetti formali della comunicazione che "rappresentano la musica di ciò che avviene in seduta"(T.H.Ogden, 2001) a richiedere che l'ascolto del paziente costituisca una specifica competenza relazionale, poiché volta a cogliere i contenuti affettivi, emozionali, immaginativi, sensoriali del soggetto nelle loro modalità di essere individuati e comunicati ai fini della Relazione Terapeutica. Questi contenuti si ritengono inscritti in un particolare "spartito" costituito essenzialmente dalle tracce, dai ricordi, dalle risposte emotive dei vissuti traumatici che vengono man mano ad affiorare o a ricostruirsi nei loro particolari linguaggi, sia delle parole con il loro corpo ed i significanti che sono capaci di esprimere, sia nel linguaggio paraverbale e della prosodia del parlato. Sono le dimensioni musicali della relazione capaci di influenzare la condizione di sofferenza e promuovere la guarigione, assimilabili all' effetto di un farmaco, laddove il terapeuta, capace di ascoltare "con tutto il corpo"e che si colloca nell'esser-ci, costituisce un ancoraggio di sicurezza e di protezione. La particolare qualità dell'ascolto richiama le risonanze emozionali dell'esperienza vissuta, difficili da definire nei loro confini in quanto ri-generate, talvolta ricostruite all'interno della Relazione Terapeutica attraverso contenuti di memori e conseguenze di fissazioni, dissociazioni e contenuti inconsci non rimossi. E' l'ascolto che all'interno del percorso terapeutico permette che si aprano varie possibilità: una ricomposizione della lacerazione del trauma ed una possibile elaborazione come catarsi, superamento, adattamento, accettazione, perdono, per uscire infine dalla situazione di impotenza e di passività. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Linguaggi impliciti dello spartito musicale** |
| **Autore/i** | G. Fabbri |
| **Ente/i di appartenenza** | Direttore d'orchestra, concertista, compositore. Docente a contratto Università di Ferrara e di Pavia |
| **E-mail** | giorgio.fabbri@libero.it |
| **Abstract** | In questo contributo abbiamo deciso di adottare lo spartito musicale come una figura che richiama metaforicamente la disposizione grafica pertinente ad una prospettiva psicosomatica. E'infatti capace di raccogliere e di contenere nei vari righi fattori psicologici, corporei, sociali, relazionali, esistenziali dell'individuo, al fine di ri-produrre la narrazione del paziente come una composizione musicale e permettere di "controllare e di gestire con un colpo d'occhio" l'intera simultaneità delle parti che vi concorrono, come richiesto da un direttore d'orchestra. Le esperienze traumatiche che afferiscono ai terapeuti hanno indotto a considerare come la comunicazione dei contenuti potesse avvalersi non solo del linguaggio verbale ma traesse maggiore efficacia dall'osservare e dall'ascoltare quanto i linguaggi della corporeità esprimono, laddove prevalgono sentimenti, emozioni, immaginazioni, istinti, insomma ciò che rappresenta il mondo della vita all'interno delle relazioni, anche le più complesse e dolorose. Gran parte di questi contenuti confluiscono in una sorta di linguaggio implicito, espresso non tanto dal non detto, ne come conseguenza logica del contenuto delle parole usate, quanto nell'arricchirne il senso ed introdurre inferenze, richiami, associazioni pertinenti ai contesti di riferimento, alle risonanze emotive della voce di chi parla, al richiamo dei ricordi archiviati altrimenti nella memoria implicita e nell'inconscio soggettivo, per sua natura atemporale. L'esperienza di ascolto guidato di alcune esecuzioni musicali, avvicineranno i partecipanti ad una maggiore comprensione delle dimensioni implicite della comunicazione. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il potere e l'essenza della voce come ponte di guarigione** |
| **Autore/i** | Alessandra Giuliana Marson<br>Musicoterapeuta |
| **Ente/i di appartenenza** | AIM (Associazione Italiana Professionisti della Musicoterapia), Società Italiana Psicosintesi Terapeutica |
| **E-mail** | alessandragiulianamarson@gmail.com |
| **Abstract** | La formazione all'Arte dell'ascolto richiede una specifica competenza per il terapeuta al fine di raccogliere e/o ricostruire gli specifici eventi traumatici all'interno della relazione con il paziente. Dovrà infatti essere in grado di ascoltare i linguaggi e le risonanze profonde della sofferenza ancorandosi alle forme possibili della comunicazione in particolare esplorando i linguaggi della corporeità, coinvolgendosi e partecipando con empatia al lavoro terapeutico. Condizioni che implicano una particolare attenzione ai contesti ed agli ambienti della vita del paziente e alla natura olistica delle vicende relazionali ed esistenziali che lo riguardano. All'interno della relazione terapeutica con il paziente, il suono delle parole, la frequenza del suono, l'intonazione del discorso, la qualità della voce veicolano gran parte delle informazioni verbali ed emozionali della comunicazione. I partecipanti al Simposio potranno fare un'esperienza della propria voce, rivolta ad accrescere la consapevolezza di sé in contatto emotivo con le proprie emozioni, nella disposizione naturale a rendere partecipe l'Altro attraverso la condivisione e considerare possibile come questa esperienza condivisa in gruppo, possa costituire il piccolo nucleo di un modo diverso di ascoltare, che parte dalla corporeità della voce, per approdare ad una comunicazione più ampia e intellegibile pervasa di senso. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Preparazione del trauma: tecniche immaginative psicoterapeutiche nel cammino di fine vita** |
| **Autore/i** | F.P. d'Ostuni |
| **Ente/i di appartenenza** | Simp sezione milanese |
| **E-mail** | docfulvio@libero.it |
| **Abstract** | SCOPO<br>Lo scopo del lavoro è descrivere un percorso di psicoterapia online ad una Malata terminale in cui c'è consapevolezza di diagnosi e prognosi e grande paura della morte utilizzando le tecniche immaginative e l'uso del rito.<br><br>METODO<br>Tecniche immaginative e tecniche della ritualizzazione nella psicoterapia del profondo.<br><br>RISULTATI<br>Michela è un medico di 60 anni che quattro anni fa scopre di avere un tumore al seno. Si opera, ma avendo già al momento dell'intervento delle metastasi linfonodali, esegue anche chemioterapia e radioterapia. Per circa due anni i controlli sono negativi, poi ricompaiono i primi linfonodi mediastinici. Riprende la chemioterapia ma a distanza di poco tempo compaiono metastasi polmonari, ossee ed epatiche. La progressione di malattia è netta, ma Michela da medico con le sue conoscenze si sottopone a ulteriori tecniche come la crioablazione epatica senza esito. A settembre 2022 mi contatta per iniziare un percorso di psicoterapia con l'esigenza di essere aiutata a convivere con i sintomi e le limitazioni che la malattia porta. Dalle prime sedute non tocca il tema della morte, anzi mi racconta di come stia contattando numerosi centri oncologici italiani ed esteri per delle terapie sperimentali, perché lei ce la farà. Presenta una profonda e incessante ansia che aumenta quando i sintomi fisici sono più acuti. Cerco razionalmente di chiederle se abbia paura della morte, ma lei tende a negare. Facciamo un esercizio immaginativo, le chiedo di visualizzare questa ansia e lei mi porta un'immagine spontanea: una nuvola nera a forma di un uomo con un mantello nero, molto grande e alto. Rimaniamo con questa immagine nelle sedute successive per cercare di abituarla a visualizzare e stare con l'immagine e la paura che essa rappresenta. Michela ha paura dell'immagine ma resiste e la visualizza. Dopo alcune sedute le fornisco un nuovo scenario partendo da una frase da lei pronunciata in un momento di rabbia:"questi sassi dentro il mio fegato mi fanno impazzire".<br>Le faccio immaginare di camminare in un bosco e trovare sulla sua strada un sacchetto di cuoio in cui trova una pietra magica, questa pietra magica ha un potere: quello di imprigionare quel demone nero. Per qualche seduta immaginiamo di trovare questa pietra e di custodirla nelle nostre tasche.<br>Le chiedo in pratica di cercare una pietra che le assomigliasse da tenere sulla Sua scrivania, lei abita sul mare e la trova in spiaggia.<br>A questo punto introduco il rito. Le faccio incontrare nella sua immaginazione questo uomo nero, ma questa volta le faccio prendere in mano la pietra |

| | |
|---|---|
| | magica e mostrarla a quella figura nera, nell'altra mano le faccio tenere una specie di bottiglia che avevo visto nel suo studio e successivamente di immaginare che quella figura fosse risucchiata e imprigionata nella bottiglia. Dopo l'immaginata le chiedo di prendere la bottiglia e riempirla di una sostanza simile a quella dell'immaginazione e chiuderla mettendola vicina alla pietra. Lei la riempie di sabbia scura presente in spiaggia. A questo punto le faccio Preparare un elenco di attività, desideri da compiere molto piccoli e semplici Compatibili con il suo stato di salute. Il rito consiste nel realizzare un compito e dopo averlo terminato con un cucchiaio raccogliere un po' di sabbia e disperderla nel vento. Con la riduzione del livello di sabbia i sintomi ansiosi regrediscono spontaneamente anche nei giorni in cui i sintomi fisici sono più fastidiosi. Allo stesso tempo recepisce un calo del sintomo dolore.<br><br>CONCLUSIONI<br>La paziente ha visualizzato la morte e la paura della stessa e con un rito costruito insieme è riuscita ad arrivare ad un'accettazione e preparazione al fine vita. Ormai parla di morte e in una seduta ha detto che quando sarebbe finita la sabbia lei sarebbe morta. Ma avrà realizzato tutti i suoi desideri.<br>L'ansia è regredita, la morte è presente nei suoi discorso, ha smesso di cercare soluzioni terapeutiche. La malattia avanza,<br>Michela è mancata pochi giorni fa.<br><br>BIBLIOGRAFIA<br>C.G. Jung Anima e morte<br>J. Hillman L'ultima immagine<br>F. Ostaseski I cinque inviti<br>C.G. Jung Ricordi, sogni, riflessioni |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **La terapia psicosomatica dei Gruppi Balint nella Medicina Generale** |
| **Autore/i** | P. M. Martellucci - Psicologo psicoterapeuta, conduttore di Gruppi Balint |
| **Ente/i di appartenenza** | Istituto Formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" – Firenze<br>Docente a c. di Psicologia Generale Università di Siena |
| **E-mail** | pietro.martellucci@unisi.it |
| **Abstract** | Cambiamenti profondi conseguenti alla pandemia hanno investito i sistemi di cura e di assistenza della Medicina Generale, esponendo i medici ad un esorbitante livello di stress professionale e personale derivato nei contesti e nei sistemi di cura preposti alle relazioni con i pazienti ed i loro familiari, che sembrano aver procurato nel tempo specifiche conseguenze traumatiche. La partecipazione alla metodica di formazione psicosomatica dei Gruppi Balint costituisce una risposta efficace a questa sofferenza. Si sviluppa a partire dalla presentazione di "un caso", ovvero di una situazione *difficile* per il medico. I bisogni dei pazienti che connotano il "caso" sono in genere definibili all'interno di una complessità di fattori che comprendono, altre ai pazienti stessi, i loro familiari e gli operatori delle istituzioni sanitarie e sociali coinvolti nei processi di cura e di assistenza. Si chiede al proprio medico di essere ascoltati, di ricevere risposte adeguate alle molteplici esigenze, attraverso competenze professionali di comprensione e di empatia ma anche quelle personali dell'esserci, presenti con la soggettività della propria unità psicosomatica. Nel portare il "caso", il medico porta se stesso, consapevole di aver bisogno di ricevere dal gruppo l'attenzione e le giuste cure.<br><br>Bibliografia<br>Balint M. (2014), Medico, paziente e malattia. Giovanni Fioriti Editore, Roma<br>Martellucci P.M., Rosselli M., (2013), I Gruppi Balint in Italia. In: I gruppi Balint. Paziente, professionista, malattia. Edizioni ETS, Pisa<br>Martellucci P.M., Rosselli M., (2017), I Gruppi Balint nei contesti sanitari. In: Salute e Territorio - Monografia: La medicina della persona, N° 212, 31-34 |

| **Titolo del Contributo** | **Dimensione musicale della formazione psicosomatica** |
|---|---|
| **Autore/i** | *P. M. Martellucci - Psicologo psicoterapeuta, conduttore di Gruppi Balint<br>**G. Fabbri – direttore d'orchestra, concertista e compositore, formatore |
| **Ente/i di appartenenza** | *Istituto Formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" – Firenze<br>*Docente a c. di Psicologia Generale Università di Siena<br>**Docente a c. Dipartimento di Neurologia Università di Ferrara e di Pavia |
| **E-mail** | pietro.martellucci@unisi.it |
| **Abstract** | L'approccio psicosomatico al paziente si fonda sulla relazione d'ascolto, nella quale il terapeuta ed il paziente si ascoltano l'un l'altro, non solo attraverso il linguaggio delle parole ma anche all'interno del comportamento non verbale e paraverbale, negli aspetti prosodici del parlato, nel silenzio e nella qualità della voce. Componenti isomorfiche del linguaggio musicale, implicite all'interno della relazione, costituiscono un accesso privilegiato alla vita emotiva, affettiva, immaginativa, esistenziale, sia dei pazienti, sia dei loro "curanti".<br>L'esperienza della formazione psicosomatica a questa modalità di ascolto, comprende un gruppo di 15-18 partecipanti, costituito da medici e da psicologi, centrato sull'ascolto guidato della musica. Prevede una significativa sequenza di incontri, con la conduzione congiunta di un musicista compositore e di uno psicologo di formazione psicodinamica. Il lavoro formativo permette che si acquisiscono competenze personali-professionali all'ascolto del paziente nelle forme corporee, sonore e musicali delle parole, che permettano di accedere al linguaggio musicale della vita emotiva ed ai contenuti profondi del Sé, archiviati nella memoria implicita presente ma non suscettibile di ricordo. L'ascolto attento, con risonanza affettiva, consonante ed empatico che si generi nella relazione d'ascolto, assume per il paziente un'importante valenza terapeutica; e per i suoi "curanti" la possibilità di ascoltare se stessi ad un livello profondo, per tutto quanto "s'accorda alla musica di ciò che avviene".<br><br>Bibliografia<br>Grassi L., (2022), L'inconscio sonoro. Psicanalisi in musica, Franco Angeli, Milano<br>Mancia M., (2004), Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert, Bollati Boringhieri, Torino<br>Mado Proverbio A., (2023), Neuroscienze cognitive della musica. Il cervello musicale tra arte e scienza, Neuroscienze Zanichelli, Bologna |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il trauma psicologico personale. Vissuti e possibili soluzioni** |
| **Autore/i** | L.Martina.<br>Ex.MMG Alss 4 veneto<br>Sp.Medicina del Lavoro<br>Portogruaro(Ve) |
| **Ente/i di appartenenza** | Libero professionista pensionato. Ex MMG Alss 4 veneto. Sp.Medicina del Lavoro |
| **E-mail** | luciomartina84@gmail.com |
| **Abstract** | Obiettivi: scopo del presente studio è dimostrare come mediante un efficace intervento clinico di prevenzione, diagnosi, terapia ed ascolto sia possibile ottenere delle soluzioni positive psicosociali e mediche a traumi vissuti nel setting di Medicina generale e medicina del Lavoro nel corso di 25 anni di attività.<br><br>Metodi: in una casistica di circa 500 persone seguite dal 1987 al 2009 di Medicina generale e Medicina del lavoro (355 Lavoratori + 150 assistibili) è stato possibile effettuare un lungo e costante lavoro clinico preventivo, riabilitativo e terapeutico volto al problem solving dei lavoratori e famiglie e alla migliore qualità della vita (Firenze,Simp,2007).<br><br>Risultati e conclusioni: i problemi e vissuti che i vari pazienti hanno presentato riguardano soprattutto problemi di salute personale, difficoltà socioeconomiche, nevrosi e conflitti familiari e sul lavoro e, molto meno elaborazione del lutto per le perdite subite, che sono state veramente molto poche grazie al monitoraggio perfetto della casistica in studio e all'assistenza domiciliare ed Ospedaliera prestata.<br>Pertanto è stato utile anche il metodo Balint di formazione in psicologia medica e le nozioni di prevenzione, diagnosi e terapia in medicina psicosomatica, con l'attuazione dell'approccio Biopsicosociale integrato,e in Medicina del Lavoro.<br><br>Bibliografia.<br>1)Sarchielli G,Fraccaroli F:Introduzione alla psicologia del lavoro.Il Mulino,Bo,2010.<br>2)Watzlawick P:Il linguaggio del cambiamento.Elementi di comunicazione terapeutica.Feltrinelli Ed,2021.<br>3)Pellegrino F:Oltre lo stress.Burn out o logorio professionale?,CST,Torino,2006. |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Immagini mitopoietiche come processo auto curativo della psiche in conseguenza a un trauma** |
| **Autore/i** | G. Pascolo |
| **Ente/i di appartenenza** | Sezione Milanese<br>Istituto Riza |
| **E-mail** | giovannapascolo@mentecorpus.it |
| **Abstract** | Il trauma non esiste in quanto evento irreversibile della nostra esistenza o in quanto causa di un vivere infelice. Il trauma è un rito iniziatico, un'episiotomia che agevola un parto naturale al quale probabilmente il soggetto resiste.<br>Nella comunicazione scientifica presenterò una serie di rituali a sostegno di immagini archetipiche, all'interno di una cornice mitologica in pazienti che hanno vissuto traumi diretti e indiretti. È attraverso un lavoro con il rito, il moto e l'immagine che i traumi verranno rielaborati sino all'estinzione completa dei sintomi post traumatici.<br><br>Riferimenti bibliografici:<br><br>JUNG G. C. & KERÉNYI K., 1972, *Prolegomeni allo studio scientifico della mitologia.*<br>BURKERT W., *Mito e rituale in Grecia*<br>HILLMAN, *La vana fuga dagli dei* |

| | |
|---|---|
| **Titolo del Contributo** | **Il trauma della detenzione. Arteterapia come strumento per elaborare il vissuto traumatico e realizzare il riscatto del sé** |
| **Autore/i** | R. Pellicani |
| **Ente/i di appartenenza** | SIMP-Sez. Crema (CR) |
| **E-mail** | rosannapellicani@hotmail.com |
| **Abstract** | Il trauma è parte integrante del sistema penitenziario; allo scatto delle manette corrisponde uno scatto che nella psiche della persona riecheggia come la perdita della propria libertà, dei diritti, della propria identità. Mentre i cancelli e le spesse porte delle carceri si chiudono dietro di lui e per un tempo indefinito, si spalanca un modo "altro" che non è mai come lo si possa immaginare, privato di ogni punto di riferimento, il detenuto entra in un luogo-non luogo dove dovrà costruire una nuova immagine di sé. L'ambiente detentivo difficilmente favorisce il miglioramento evolutivo della persona che inevitabilmente si ritrova smarrita, privata di tutto, a volte persino della propria dignità di anima errante. Del resto il carcere non ha intenti terapeutici e spesso, se non in casi sporadici, neanche intenti riabilitativi, in vista del reinserimento del soggetto nella società, dopo aver scontato la condanna. All'interno di questo sistema possono trovarsi persone con fragilità psichica o disturbi di personalità anche gravi che spesso non vengono diagnosticati. L'assoggettamento al sistema carcerario e le ripercussioni sul benessere del detenuto sono un ostacolo oggettivo1 davanti al quale l'arteterapeuta si trova<br>e con i quali deve confrontarsi.<br>Lo spazio dell'arteterapia, per le sue caratteristiche di segretezza professionale diventa, pertanto, l'unico spazio di libertà, di dialogo costruttivo con la propria parte interna. L'arteterapia diventa, in questi casi,<br>l'unico strumento per ritrovare l'equilibrio tra le tensioni, attraverso il processo di sublimazione2 come accade in qualunque altro tipo di trauma che l'individuo possa subire.<br>In questo ambito, le arti - pittura, musica, teatro, danza - assumono un fortissimo valore terapeutico nella misura in cui, tra detenuto, terapeuta e gruppo, si stabilisce un legame di fiducia, accoglienza, mancanza di giudizio. Nel luogo dell'arte come espressione libera e percorso terapeutico,<br>si crea un nuovo modo di vedere se stessi. Qui si offre la possibilità di percepirsi intimamente come persona in grado di fare e fare bene. Attraverso gli strumenti dell'arte, e il processo artistico come metafora della<br>relazione, la persona può compiere un passo evolutivo in senso creativo, a volte, anche paradossalmente e drammaticamente definitivo. Il materiale con cui si confronta l'arteterapeuta è delicatissimo.<br>Nel percorso terapeutico, l'esposizione delle opere prodotte in terapia - decisione che spetta al paziente – rappresenta una nobilitazione dell'esperienza traumatica. Le opere d'arte escono dal loro piedistallo |

| | |
|---|---|
| | estetico e prendono coscienza della loro dimensione dialettica e della loro capacità di evocare la propria vita, integrare esperienze di dolore, nobilitare<br>le tracce della vulnerabilità umana ed elaborare il dolore.3<br><br>Riferimenti bibliografici<br><br>1.E. Giusti, L. Passalacqua; Guarire con le arti drammatiche; Sovera Editore; Roma; 2008.<br>2.Edith kramer; Art as Therapy with children, La Nuova Editrice, Firenze, 1977.<br>3.M. Lopez; Arte, memoria y trauma: Aletheia, dar forma al dolor; Editorial Fundametos;<br>2012; vol. 1- vol. 2 |