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

SPC 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?"

ATTI DEL XXIX CONGRESSO NAZIONALE DELLA SIMP

INDICE

Plenarie

- Tavola Rotonda: "Impatto e conseguenze del trauma"
  - "*I traumi sociali e la promozione della salute*" – Carlo Simionato - pag. 2
- Lettura Magistrale: "*Psicosomatica del trauma psichico: dalla genesi alla cura*" – Massimo Biondi - pag. 4
- Tavola Rotonda: "Come se ne esce?"
  - "*Promuovere la resilienza e la crescita post traumatica: l'approccio EDMR*" – Elisa Faretta - pag. 9
  - "*Epigenetica, ipnosi e trauma intergenerazionale*" – Luisa Merati - pag. 12
  - "*Il corpo ricorda il trauma in analisi bioenergetica*" – Patrizia Moselli - pag. 15
  - "*Il ruolo dell'oblio nel percorso terapeutico*" – Vittorio Caprioglio - pag. 22
- Sessione plenaria a cura del Parlamentino della SIMP: "Traumi individuali e collettivi: dalla frammentazione del sé all'unità psicosomatica"
  - "*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"
  - "*Percorso pain & care*" – Federica Bergamaschi - pag. 27
- "Il trauma non esiste? Riflessioni sull'azione terapeutica in psicosomatica"
  - *"Il trauma non esiste? Riflessioni sull'azione terapeutica in psicosomatica"* – Marta Monciotti - pag. 28
  - *"La mitologia in aiuto della psicoterapia"* – Fulvio Pasquale D'Ostuni - pag. 33
- "Dalla trascuratezza alla cura: esperienze nelle varie fasi di vita"
  - "*Dalla trascuratezza alla cura: elementi di vicinanza e sicurezza nell'età dello sviluppo*" - Daniela Giovannini, Silvia Grassi e Laura Ricci - pag. 35
- "Il colore del trauma: confronto tra percezioni cromatiche del vissuto traumatico"
  - "*La rilevanza della percezione cromatica, ai fini del riconoscimento e della intercettazione diagnostica nei traumi*" - Grazia De Mori – pag. 38
  - "*Ipnosi: esiti dell'elaborazione del trauma attraverso la percezione soggettiva del colore*" - Silvana Cagiada - pag. 42
  - "*Ipnosi: il colore del trauma "incarnato" nel corpo*" - Flavia Barbagelata - pag. 44
- "L'ipnosi come risposta profonda al trauma psicofisico"
  - "*Il trauma subdolamente erosivo della odontofobia: caso clinico*" - Flavia Barbagelata - pag. 50
- "Lo spartito nascosto delle esperienze traumatiche. Formazione all'arte dell'ascolto"
  - *"Arte dell'ascolto nella Relazione Terapeutica"* - Pietro Martellucci - pag. 54
  - "*Il potere e l'essenza della voce come ponte di guarigione" - Alessandra Giuliana Marson - pag. 56*

Comunicazioni scientifiche

- *"La terapia psicosomatica dei gruppi Balint nella medicina generale"* - Pietro Martellucci - pag. 59
- *"Dimensioni musicali della formazione psicosomatica"* - Pietro Martellucci, Giorgio Fabbri - pag. 61
- "*Il trauma psicologico personale. Vissuti e possibili soluzioni*" – Lucio Martina - pag. 63
- "*Il trauma della detenzione. Arteterapia come strumento per elaborare il vissuto traumatico e realizzare il riscatto del sè*" – Rosanna Pellicani - pag. 64

I Traumi Sociali e la Promozione della Salute

Carlo Simionato

Nel prepararmi a questo nostro incontro ho ripercorso la mia esperienza terapeutica e professionale sui Traumi e volevo condividerla in questa tavola rotonda, anche se con un taglio un po' diverso dal tema Congressuale.
Dopo alcuni anni di lavoro, come Medico di Medicina Generale, avevo la sensazione di trovarmi spesso nella situazione dell'agnello della notissima favola di Esopo e Fedro.
Anche se il tema della favola è la prepotenza di chi ha potere, per associazione mi sembrava di essere sempre e comunque "a valle" dei problemi.
Impressione ampiamente confermata successivamente nel mio lavoro di psicoterapeuta psicosomatista: chi ha un ruolo di Cura si occupa di situazioni generate da e in un contesto e non occuparsi del contesto rischia di rendere il nostro lavoro inefficiente.
Per altro non serve sottolineare che, per definizione, l'intervento di terapia, quale essa sia, è un intervento sulle conseguenze e questo vale logicamente anche per le conseguenze del Trauma.
Di questa nostra attitudine al "dopo" risentono anche i nostri appuntamenti, come in ogni caso nella maggior parte degli altri eventi medici e psicologici, che sono quasi esclusivamente centrati sulla patologia e sugli interventi terapeutici.
Così trovando personalmente necessario certo, ma insufficiente il solo intervento terapeutico, ho cominciato ad occuparmi di quello che "sta a monte", come studio e ricerca inizialmente e come iniziative di formazione e divulgazione successivamente.
Perché Salute e Benessere riconoscono dei Determinanti e questi ormai sono ampiamente noti e studiati nei loro vari aspetti anche psicosociali, ambientali, economici.
Già da qualche decennio, ad esempio, la ricerca epidemiologica internazionale 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.
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), concetto codificato già nel 1986 dalla "Carta di Ottawa", sottoscritta da tutti gli Stati appartenenti all'OMS (21 novembre 1986), che, a distanza di quasi quarant'anni, costituisce un importante, quanto attuale, documento di riferimento per lo sviluppo di adeguate politiche sanitarie.
La Carta definisce la Promozione della Salute come "**il processo che consente alle popolazioni di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla".**
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 intervenire con piena consapevolezza in questa direzione e non sempre e solo "a valle" dei problemi, in una logica solo "riparativa" (3).
Nel mio intervento volevo così cercare 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.
Secondo la Corte dei Conti Europea (4), in Italia, utilizzando l'indice AROPE (at risk of poverty or social esclusion) si può calcolare che il 30,6% di bambine e bambini sia a rischio di povertà e, secondo un recentissimo report dell'UNICEF (5), si può affermare che il 17% di bambine/i viva nel nostro Paese già in condizioni di povertà relativa.
Come ha dimostrato lo studio ACE (adverse childhood experiences) (6), l'abuso e l'incuria sui minori, in qualsiasi classe sociale, sono la singola causa più prevenibile di malattia mentale, la singola causa più comune di abuso di droghe e alcol e un contributo significativo alle principali cause di morte come diabete, malattie cardiache, cancro, ictus, e suicidio. E così come povertà ed esclusione sociale infantili, come drammatiche concause.
Così come sono drammatici, nel nostro Paese e nel Mondo, i numeri della violenza sulle donne.

La violenza sessuale, fisica, psicologica, economica contro le donne rappresenta ormai una grandeemergenza e una **grande questione di civiltà** per il nostro paese.
I dati 2006 dell'Istat dimostrano che in Italia le donne tra 16 e 70 anni vittime di violenza nel corsodella vita, sono stimate in quasi 7 milioni.
Un milione ha subito stupri o tentati stupri; il 14,3% delle donne ha subito violenza da parte di unpartner, ma solo il 7% denuncia.
La rilevazione del fenomeno da parte dei servizi ospedalieri e territoriali è sottostimata.
E così come la povertà e l'esclusione sociale infantile, anche la violenza contro le donne ha una forte rilevanza sanitaria, per le conseguenze immediate delle lesioni fisiche e per gli effetti secondari: depressione, ansia e attacchi di panico, disturbi dell'alimentazione, dipendenze, disturbisessuali e ginecologici, malattie sessualmente trasmissibili, disturbi gastrointestinali e cardiovascolari (7).
Perché noi, Professioniste/i della Salute, ci facciamo sentire così poco su questi temi?
Personalmente ritengo, da tempo, urgente e doveroso rivolgere la nostra attenzione, proprio perché testimoni delle conseguenze, alle cause dei traumi, alla loro dimensione sociale e al nostro possibileruolo di promotori della salute, anche in ottica psicosomatica.
Come affermato quest'anno da Gianmario Gazzi, Presidente dell'Ordine professionale degliAssistenti Sociali, in occasione della giornata mondiale del servizio sociale:

"…usciamo dagli uffici, cambiamo la cultura del paese."
Uscire dai nostri Studi professionali: questo è il compito che auspico, quanto prima possibile, ancheper noi.

BIBLIOGRAFIA

1) Tarlov AR *Public policy frameworks for improving population health.* Ann N Y Acad Sci1999; 896:289-93.
2) National England Commissioned Reports *Good practice in social prescribing for mentalhealth: the role of nature-based interventions* Natural England 2017
3) Van Der Kolk B *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing ofTrauma* Viking Press 2014
4) Corte dei Conti europea Relazione Speciale 20/2000 *La lotta contro la povertà infantile – Ènecessario rendere più mirato il sostegno della Commissione* www.eca.europa.eu
5) Adamson P *Il benessere dei bambini nei paesi ricchi: Un quadro comparativo*, *InnocentiReport Card*, no. 11, 2013
6) Petruccelli K, Davis J, Berman T *Adverse childhood experiences and associated healthoutcomes: A systematic review and meta-analysis* Child Abuse Negl. 2019
7) *Lo Stato di Salute delle Donne in Italia* Primo Rapporto sui lavori della Commissione"Salute delle Donne" Roma, marzo 2008 www.ministerosalute.it

Psicosomatica del trauma psichico: dalla genesi alla cura

Massimo Biondi
Già Professore Ordinario di Psichiatria
Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria-SAPIENZA Università di Roma
Direttore UOC Psichiatria- SPDC e Day Hospital Psichiatrico
Direttore del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale- Policlinico Umberto I° Roma

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 ormai molto ampia, con migliaia di pubblicazioni, difficilmente sintetizzabili in una lettura. Gli studi, le ricerche e le osservazioni cliniche spaziano dall'ambito squisitamente 'psicologico', analizzando fenomenologia, fattori intrapsichici e funzionamento mentale, cognitivo e affettivo, all'ambito biologico-somatico, riguardante in primis il cervello e poi anche le strutture sistemiche (sistema nervoso vegetativo, sistema muscolo-scheletrico, psiconeuroendocrino e immuno-infiammatorio. Questi due ambiti. Non sono per nulla in contrapposizione o 'verità' diverse, come talora alcuni sembrerebbero suggerire. Essi, anzi, possono proprio essere analizzati, studiati e compresi proprio in un'ottica psicosomatica dove aspetti mente-corpo sono paralleli, simultanei, compenetrati. Atti 'mentali' hanno correlati biologici si aa livello centrale e periferico, e viceversa. I recenti studi sull'epigenetica per i disturbi mentali hanno aperto nuove prospettive anche per la psicopatologia da trauma - così come per la sua cura - come ha mostrato Biggio e il lavoro di Daniele e coll.. Questo apre, infatti, importanti prospettive anche in campo dei trattamenti, soprattutto per gli approcci di psicoterapia corporea e le cosiddette terapie *mind-body*.

Le condizioni che sono oggetto di studi nel settore della psicobiologia dello stress e della psicopatologia del trauma spaziano da eventi e situazioni esistenziali stressanti acute o perduranti di gravità variabile; potremmo ricordare la letteratura sui *life stress events* iniziata in modo sistematico negli anni '70 con Holmes e Rahe, proseguita poi con Sarason, Paykel, Horowitz, Lazarus e altri (cfr Biondi e Pancheri, 1999), fino a Chrousos, a Friedman e coll, agli studi di stress, epigenetica e resilienza di McEwen, sino agli eventi traumatici estremi, così come riconosciuti dalla diagnosi di Disturbo da stress post-traumatico (DSTP) che entrò in modo netto nella letteratura specialistica in modo definitivo nel 1980, con il Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali, DSM III.

Nell'ambito della dissociazione di coscienza e DSPT sono decisivi i contributi di Pierre Janet, di Freud, Jaspers, utili alcune revisioni (Pancheri e Biondi; Biondi); altri gli studi più recenti di vari autori quali Bremner e Marmar.

Gli eventi esistenziali stressanti in medicina psicosomatica come fattori di rischio e co-fattori eziopatogenetici hanno dati di ricerca vasti e consolidati. Eventi traumatici e Disturbo da stress post-traumatico hanno in confronto un volume di minore letteratura, ma più selettivo e specifico, che si è sviluppato in particolare in questi ultimi vent'anni. Come prima accennato, gli studi clinici sono sia sul versante fenomenologico (in particolare nell'ambito della depressione e dei disturbi dissociativi della coscienza) sia biologico-somatico. nato ma sono noti sia i circuiti neurali coinvolti che l'impatto a valle, con rischio aumentato di varie patologie somatiche nei soggetti colpiti.

I principali circuiti centrali coinvolti (cfr. Friedman; Mc Ewen), sono:
Circuiti di apprendimento/rilevazione di minaccia (amigdala, ippocampo)
Circuiti di processazione del contesto (ippocampo)

Circuiti di regolazione emozionale (corteccia prefrontale dorso-laterale, ventro-laterale, dorso-mediale, orbito-frontale, amigdala
Asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene (CRF-ACTH), tiroideo; asse ipotalamo-midollosurrenale; oppiati endogeni; endocannabinoidi
Sistema immuno-infiammatorio.

Lo studio delle conseguenze dei traumi psichici richiede una conoscenza solida della Psicopatologia della coscienza e della dissociazione (si rimanda a Jaspers e per una revisione Biondi e Pancheri 1996; Pancheri 1999), così come della Psicopatologia del trauma, incluso il vissuto, e della sua evoluzione (Bromberg; Bremner); lo studio dei circuiti neurali centrali di stress e trauma, che consente di esplorare e riconoscere gli effetti "somatici" e "psicofisiologici" acuti e persistenti (ad esempio anche nell'adulto dopo l'esposizione a traumi infantili).
Sono noti anche effetti psicopatologici e somatici sull'adulto di abuso e trascuratezza (*neglect*) nel neurosviluppo: una prima ricaduta di esposizione a ambienti di sviluppo con traumi, abusi, insicurezza dell'attaccamento è l'aumentata vulnerabilità adulta per diversi disturbi psicopatologici (disturbo borderline, psicosi, disturbi del sonno depressione, disturbi dissociativi, disturbi somatoformi, stress da trauma, ecc.). Una seconda, poco esplorata, è un aumento di vulnerabilità somatica legata a un sistema psicobiologico dello stress più instabile e meno resiliente dimostrato ormai da numerosi studi (es. dolore). Ricerche recenti hanno sottolineato il rapporto tra esposizione a trauma psichico e neuroplasticità, suggerendo possibili meccanismi di mediazione a riguardo con interessanti risvolti anche per il versante psicoterapeutico (Daniele e al).

Per quanto riguarda i principali fenomeni e disturbi di coscienza associati ad abusi ed esperienze traumatiche è indispensabile che il terapeuta abbia conoscenze approfondite in merito ai diversi Fenomeni e stati dissociativi; Disturbi dissociativi; la Dissociazione peri-traumatica (predittore di DPTS); fenomeni e disturbi di Derealizzazione; di Depersonalizzazione (allopsichica); gli stati crepuscolari, frequenti in situazioni di stress estremo; i flashbacks, ri-esperienza dell'evento; i disturbi del sonno, con incubi ricorrenti; parasonnie; l'amnesia psicogena. Tra questi concetti particolare interesse in medicina psicosomatica ha la Dissociazione somatica (Ninjeuis). Questo concetto ha fortuna dopo adozione del DSM III nel 1980 negli anni a seguire fino al DSM5. La dissociazione è sempre stata anche "somatica" ma il DSM III aveva smembrato una grande area (isteria-conversione-somatizzazione) isolando e separando artificialmente i Disturbi dissociativi e i Disturbi somatoformi. Diversi studi hanno riscoperto come molti disturbi somatoformi. Essi sono disturbi mentali che si presentano come sintomi di sofferenze somatiche: ovvero la mente 'usa' il corpo come rappresentazione della propria sofferenza, spesso secondaria a traumi psichici. Subentra in questo anni il concetto di "Dissociazione somatica" che dà rientro di sintomi classici fisici nella clinica medica e psichiatrica. Si sono moltiplicati dopo il 1980 i *report* di dissociazione somatica in varie condizioni fisiche (che in passato sarebbero stati ritenuti pleonastici). Vi sono sintomi dissociativi somatici "positivi" comprendono intrusioni di esperienze sensitivo-motorie che corrispondono al rivivere un'esperienza traumatica come dolori, atti motori, tic o parestesie, così come sintomi dissociativi somatici "negativi", che corrispondono alla perdita di funzioni motorie o sensitive o percettive. Si presentano dopo traumi psichici e sotto stress, a causa di tensioni o conflitti troppo intensi. Il corpo reagisce e partecipa nella sofferenza da stress, peri-trauma e post-traumatica (interessanti gli studi di Porges con la teoria polivagale).
E' importante sottolineare che diversi disturbi mentali a presentazione somatica, oppure disturbi diagnosticati in ambiti specialistici (ad esempio gastroenterologici, neurologici, nel settore del dolore funzionale) possono avere una componente, o meglio una radice, in situazioni traumatiche infantili (traumi, violenze, abusi) che nell'adulto si 'riverberano' come sofferenze somatiche o 'sintomi senza malattia'. Nella nostra esperienza, anni addietro in collaborazione con la 2° Clinica medica e la gastroenterologia del Policlinico Umberto I di Roma (Corazziari) notammo tra i primi

che pazienti con stipsi e colon irritabile (caratterizzate da disturbi funzionali dell'alvo, dolori addominali ricorrenti, accesso a svariate terapie senza successo, sia farmacologiche che psicoterapia) resistenti ai consueti trattamenti avevano anche elevata quota di sintomi dissociatici e, in particolare, riportavano situazioni traumatizzanti infantili. Esse vennero confermate da interviste fatte ai familiari.
Essi, in sostanza, sono dovuti alla mancata integrazione e sintesi a livello della coscienza delle componenti "somatiche" dell'esperienza come le funzioni motorie o sensitive.

Vi è poi un ampio settore, classicamente ambito della MP, quello del ruolo 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. La letteratura a riguardo è molto ricca. La diagnosi è spesso difficile, perché l'attenzione va verso patologie "mediche" a se stanti, senza riconoscere la connessione con esperienze traumatiche o stressors. Solo per citare alcuni esempi a livello della clinica, fatta una corretta diagnosi differenziale rispetto a patologie 'primarie', possono sintomi e essere disturbi somatici post traumatici non dissociativi, stress-dipendenti: cefalea muscolo tensiva; dolore lombare; dolori distrettuali da iper contrazione muscolare, alcune sindromi dolorose funzionali o senza apparente causa organica, casi di disfagia, di ulcera peptica; casi di colon irritabile; Iperidrosi, casi di tachicardia parossistica; la sindrome di Takutsubo; casi di aritmie cardiache, extrasistolia; alcuni casi di infarto miocardico; di ipertensione arteriosa; casi di sindromi vertiginose; casi di amenorrea, disfunzioni ciclo mestruale; disfunzioni tiroidee; casi di manifestazioni dermatologiche; aumentata morbilità infettiva ed altre ancora.

I trattamenti per queste condizioni sono numerosi, variano naturalmente a seconda del quadro clinico e della storia. Si basano su molte risorse. La psicoterapia ha un ruolo primario, preferibilmente coinvolgendo il corpo – la dimensione corporea in psicoterapia (Manca; Moselli) e quella del sogno (Agresta); tra gli interventi *mind-body*, ricorderei mindfulness, yoga, Tai-chi, Qi-Gong, psicoterapie corporee e bioenergetica, diverse tecniche di rilassamento, biofeedback, nonché attività fisica aerobica, danza, massaggi, nutriceutica. Primi studi documentano che la psicoterapia ha diversi correlati biologici, suggerendo come essa può influenzare sia circuiti cerebrali che sistemi e organi periferici colpiti. Ancora, la visione longitudinale di esistenza può essere di particolare valore clinico, piuttosto che insistere sulla ri-evocazione e ripetizione del trauma o dell'evento stressante, nella nuova prospettiva di accettazione e 'reagire costruendo' all'esperienza traumatica (Biondi 2016; Filastro e Biondi) così come suggerì fortemente LeDoux ai cittadini newyorkesi dopo il trauma collettivo dell'attacco alle Twin Towers nel 2001. Importanti anche i nuovi contributi centrati sul recupero e valorizzazione del benessere (Fava).

La psicoterapia può tuttavia incontrare numerose difficoltà: prima tra tutte la disponibilità/motivazione del paziente, spesso in questi casi scarsa; la presenza di alexitimia; l'accessibilità difficoltata a servizi di salute mentale per orari o distanza; la scarsezza di sanitari nel SSN, ultimamente assai peggiorata in varie Regioni; la sostenibilità in termini dei costi per il paziente in ambito privato; la difficoltà di approcci in ospedale dato che si tratta di interventi spesso multi-disciplinari, tra esperti 'psi' e medicina interna e generale (in particolare con la figura del Medico di medicina generale) che richiedono tempo e impegno per disegnare, attuare e monitorare (ciclo di Deming) progetti d'intervento a più voci.

Non ultima, infine, è la criticità di formazione di psicoterapeuti per intervenire su questi quadri. Diverse Scuole di specializzazione, in psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia non preparano – o addestrano limitatamente - per questo tipo di patologie. Occorre formare competenze psicopatologiche, in particolare per la semeiotica della coscienza, della fascia intermedia tra ansia e depressione, del riconoscere il vissuto' del paziente, il 'sentire del clinico' nell'incontro, la

rivalutazione della inter-soggettività, lo studio dei meccanismi di mediazione mente-corpo, 'addestrare' al trattamento in questa particolare area. Lavorare con soggetti con anamnesi di trauma richiede infatti una sensibilità particolare, non solo una formazione teorica e 'protocolli' da eseguire.
La recente formazione di psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili e psicoterapeuti in base a sistemi come il DSM5 o ICD-10 e ICD-11 ha inaridito o addirittura eliminato la conoscenza della psicopatologia. Molti manuali del settore sono di fatto libri 'copia e incolla' dei criteri diagnostici DSM5 o ICD. La diagnosi viene purtroppo insegnata e scambiata con liste di sintomi presenti/assenti, a volte anche da alcuni stessi docenti. Diversi ambulatori e Centri nella valutazione del paziente fanno diagnosi con l'intervista strutturata SCID, ignorando che essa è solo confirmatoria di un attento e approfondito colloquio clinico. L'intervista strutturata va fatta dopo e non prima!. Ancora, in molti casi il colloquio clinico è sostituito da batterie di scale e test psicometrici (in certi casi fino a 15-20 test diversi) dove la compilazione di domande/rispose standardizzate sfinisce col sostituire il colloquio e la relazione terapeuta-paziente.
Analogamente, né è pensabile che acquisire l'abilità di una tecnica (es. EMDR, yoga, tecniche di rilassamento, ecc.) possa andare bene per tutti i casi. La logica del *one-size-fits-all* ('una taglia va bene per tutti') è inappropriata.
Qualcuno potrebbe osservare che diverse di questi trattamenti non sono *evidence-based* (EBM). Una mia riflessione a riguardo suggerisce di evitare l'equivoco che *la mancanza di evidenza di efficacia equivalga a mancanza di efficacia*: è solo mancanza di efficacia *ancora* dimostrata. Laddove la documentazione clinico-scientifica di cure EBM è scarsa, ma dove il disturbo coinvolge marcatamente il corpo - come nei traumi e nello stress – trattamenti con approcci corporei sembrano comunque preziosi e da prediligere.

Va considerato anche l'approccio con farmaci psicotropi (Biondi, 2023). Tra questi ansiolitici benzodiazepinici, antidepressivi triciclici e di nuova generazione, così come melatonina, diversi fitoterapici e prodotti naturali, la normalizzazione dei bioritmi, vanno considerati. Fondamentale è infatti la protezione del sonno, così come l'alleviare ansia e angoscia, dolore e depressione quando presenti, nonché – va sottolineato – valorizzare il ruolo che farmaci come le benzodiazepine possono avere su sintomi fisici (alterazioni del ritmo cardiaco o pressorio su base emozionale; modulazione della reattività viscerale gastro-enterica dal reflusso al colon irritabile, ecc.). Di recente l'efficacia e la sicurezza delle benzodiazepine è stata fortemente rivalutata da più parti.

Dato il contemporaneo coinvolgimento di sofferenza nella mente e nel corpo, l'approccio 'psicosomatico' e interdisciplinare, sia per mentalità del sanitario che per competenze d'intervento, in questi casi è la strada più appropriata ma incontra ancora ostacoli e difficoltà attuative.

Bibliografia essenziale

Daniele M.T., Manna V., Pinto M., Stress, trauma e neuroplasticità, ALPES; Roma, 2014.

Biondi M., Pancheri P., Lo stress: psiconeurobiologia e aspetti clinici in psichiatria, in Pancheri P. e Cassano G.B. (a cura di) Trattato Italiano di Psichiatria, Masson, Milano, 1999.

Biondi M., Disturbi d'adattamento e disturbo post-traumatico da stress, in Pancheri P., Cassano G.B. (a cura di) Trattato Italiano di Psichiatria, Masson, Milano, 1999.

Lazarus R.S., Stress and emotion. A new synthesis. Springer, New York, 1999.

Friedman M.J., Charney D.S, Deutch A.Y (a cura di) Neurobiological and clinical consequences of stress, Lippincott Raven, Philadelphia, 1995.

Chrousos G.P. (a cura di), Stress – Basic mechanisms and clinical implications, Annals of the New York Academy of Sciences, New York, 1995.

McEwen B., A life-course, epigenetic perspective on resilience in brain and body, in Stress resilience, Chen A (a cura di) Academic Press, New York, 2020.

Pancheri P., Biondi M. (a cura di), La coscienza e i suoi disturbi, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1996.

Biondi M., Compendio di psichiatria e salute mentale, ALPES, Roma, 2017.

Bremner J.D., Marmar C.R., Trauma, memory and dissociation, American Psychiatric press, Washington, 1995

Bromberg P.M, Clinica del trauma e della dissociazione, Raffaello Cortina, Milano, 2007.

Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali, DSM-5, dell'American Psychiatric Association, Raffaello Cortina, Milano, 2014

Jaspers K., Psicopatologia generale. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964 (Trad. it).

Pancheri P., La coscienza, in Pancheri P., Cassano G.B. (a cura di) Trattato Italiano di Psichiatria, Masson, Milano, 1999.

Manca L., Amore e psiche, La dimensione corporea in psicoterapia. ALPES; Roma, 2016.

Moselli P., I segreti del corpo. Corpo & Identità, 1, 2022.

Agresta F., Il linguaggio del corpo in psicoterapia. ALPES, Roma, 2010.

Biondi M., La dimensione temporale in psicoterapia. ALPES, Roma, 2016.

Filastro A., Biondi M., Manuale di psicoterapia umanistico-esistenziale, ALPES; Roma, 2021.

LeDoux, J., Ansia. Raffaello cortina, Milano, 2009.

Fava GA, Well-being therapy. Psychotherapy & Psychosomatics, 1999, 68, pp. 171-178.

Procyshyn R.M., Bezchlibnyk-Butler K.Z., Jeffries J.J., Biondi M., Manuale clinico dei Farmaci psicotropi, Hogrefe/ALPES, 2023 (tr. It.).

Promuovere la resilienza e la crescita post-traumatica: l'approccio EMDR

Dott.ssa Elisa Faretta
Trainer EMDR Europa

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.
Lo stato di salute mentale ha un effetto non solo sulle persone che hanno problemi mentali, ma anche sul loro lavoro e sulla produttività della società in generale.
Per questo motivo, le emergenze costanti che dopo due anni di Pandemia Covid-19 e ora nel contesto della guerra in Ucraina e delle guerre attuali, possono determinare conseguenze traumatico, a medio e lungo termine nella popolazione in generale, nei bambini e negli adolescenti.
Questi aspetti possono costituire grandi rischi per l'equilibrio psicologico e per il benessere.
Un supporto psicologico può facilitare il loro recupero, il ripristino di una loro serenità lavorativa e della loro routine quotidiana, togliendo allo stesso tempo fattori di rischio.
Le reazioni che queste emergenze hanno sollecitato sono molto complesse e hanno attraversato diverse fasi, con effetti soprattutto a livello collettivo e nella vita lavorativa di ogni azienda, di ogni scuola, Comune, nelle equipe sanitarie, ecc.
L'essere stato vittima di un evento traumatico porta a conseguenze che possono essere riscontrabili non solo a livello emotivo, ma lasciano il segno anche nel corpo di chi è sopravvissuto a uno di questi eventi. Le ricerche scientifiche hanno dimostrato che le persone che hanno vissuto traumi importanti nel corso della vita portano i segni anche a livello cerebrale, mostrando, ad esempio, un volume ridotto sia dell'ippocampo che dell'amigdala. Queste scoperte, avvenute negli ultimi anni grazie all'utilizzo di strumenti di indagine sempre più sofisticati, gettano luce sulla stretta connessione mente-corpo. Ciò che ha un impatto emotivo molto forte si ripercuote anche a livello corporeo, quindi, risulta evidente che intervenire direttamente sull'elaborazione di questi eventi traumatici abbia un effetto anche la neurobiologia Subito dopo aver vissuto un evento traumatico il nostro organismo e il nostro cervello vanno incontro ad una serie di reazioni di stress fisiologiche, che nel 70-80% dei casi tendono a risolversi naturalmente senza un intervento specialistico. Questo avviene perché l'innato meccanismo di elaborazione delle informazioni presente nel cervello di ognuno di noi è stato in grado di integrare le informazioni relative a quell'evento all'interno delle reti mnestiche del nostro cervello, rendendolo "digerito", ricollocato in modo costruttivo e adattivo all'interno della nostra capacità di narrare l'accaduto. Ma alcune persone continuano a soffrire per un evento traumatico anche a distanza di moltissimo tempo dall'evento stesso. Spesso riportano di provare le stesse sensazioni angosciose e di non riuscire per questo motivo a condurre una vita soddisfacente dal punto di vista lavorativo e relazionale. In questi casi, quindi, *il passato è presente*.

Un approccio efficace per aiutare le persone a recuperare il loro equilibrio dopo un evento traumatico è l'EMDR (Elaborazione e desensibilizzazione attraverso i movimenti oculari) che mira a ridurre il disagio soggettivo e rafforzare le cognizioni adattive correlate all'evento traumatico. Ad oggi, la terapia EMDR è considerata un trattamento di classe A per il trauma, raccomandata dalla World Health Organization (2013) per bambini, adolescenti e adulti.

Queste raccomandazioni sono state fatte dall'APA (2004), l'INSERM (2004), il Department of Veterans Affairs e il Dipartimento della Difesa degli Stati Uniti (2017), la SAMHSA (2011). Secondo

le linee guida pubblicate dall'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) nell'Ottobre 2018, gli interventi psicologici come l'EMDR oltre agli effetti sulla riduzione clinica dei sintomi, miglioramento del funzionamento/qualità della vita, sono considerati un intervento con prove evidenti negli adulti come intervento precoce, in fase acuta.

La cornice teorica di riferimento è quella dell'**AIP** (Adaptive Information Processing – Shapiro, 1995). Secondo il modello della Processazione Adattiva dell'Informazione, **i ricordi traumatici vengono fissati nella memoria** assieme alle caratteristiche che il soggetto ha sperimentato nel momento in cui stava vivendo l'evento: sono quindi presenti **emozioni disturbanti**, **sensazioni fisiche**, **immagini**, **aspetti percettivi e sensoriali** e **convinzioni sul Sé**.

Quando l'evento è troppo intenso per essere "digerito" dal nostro cervello, tutte queste **informazioni rimangono bloccate** ("congelate") all'interno delle reti neurali. Il ricordo può rimanere così "isolato" all'interno delle strutture cerebrali e, proprio perché **non elaborato**, continuare a produrre **disagio psicologico e sintomi anche per molti anni**.

Quindi, l'EMDR apre un accesso alla memoria disfunzionale "congelata", stimola il sistema di elaborazione delle informazioni per attivare le connessioni appropriate all'interno della rete della memoria e sposta le informazioni alla risoluzione adattiva. Concettualizzando che la rielaborazione è uguale ad un nuovo apprendimento.

È opportuno sottolineare che **i ricordi non vengono rimossi**, ma vengono percepiti con un **distacco più sano e neutrale**, anche i ricordi che sono stati particolarmente negativi o disturbanti.

Il protocollo standard EMDR si basa su 8 fasi.

La Fase 1 riguarda la raccolta della storia del paziente e la pianificazione del trattamento.

La Fase 2 è utile per spiegare alla persona come funziona l'EMDR., per rafforzare le risorse e il Luogo Scuro.

La Fase 3, si focalizza s sul ricordo individuato nel piano terapeutico e lo si collega all'immagine, emozioni, sensazioni fisiche e i pensieri ad esso associati.

La Fase 4, riguarda la fase di desensibilizzazione e rielaborazione delle emozioni disturbanti, misurandone il grado di sofferenza che provocano, finché questo non si attenua È possibile che emergano ricordi associati al target, esperienze magari similari, e che l'EMDR abbia un effetto benefico anche su quelle.

In Fase 5, sempre tramite la stimolazione bilaterale viene rafforzata la cognizione positiva precedentemente identificata, con l'obiettivo di sostituirla a quella negativa emersa all'inizio del trattamento.

La Fase 6, prevede il controllo e la rielaborazione di residui di tensione nel corpo eventualmente percepiti dalla persona.

In Fase 7, si conclude ogni incontro di EMDR. Serve a rassicurare la persona su quanto fatto in vista dell'incontro successivo e fornisce alcune indicazioni importanti rispetto a cosa aspettarsi tra un incontro e l'altro.

Infine, la Fase 8 apre ogni nuovo incontro e serve ad assicurarsi che i risultati positivi raggiunti sono stati mantenuti.

In conclusione, durante gli incontri di supporto specialistico con EMDR, è possibile dare sollievo, fare psicoeducazione ed elaborare gli aspetti più traumatici delle emergenze collettive, sia a livello di comunità che individuali. In questo modo si contribuisce alla prevenzione di ulteriori disturbi e si neutralizzano alcuni fattori di rischio per il futuro.

Allo stesso tempo si lavora per rafforzare le risorse interne ed esterne delle persone, per costruire aspetti di resilienza e di crescita post-traumatica.
La crescita post-traumatica è quindi un tipo di cambiamento positivo che gli individui possono sperimentare a causa di eventi di vita estremamente impegnativi (Tedeschi & Calhoun, 2004).
Il modello di crescita post-traumatica postula la crescita personale come risultato dell'elaborazione cognitivo-emotivo delle sfide innescate da un evento stressante. Tali sfide includono risposte al disagio emotivo legato al trauma, alle minacce all'idea di base su di sé e sul mondo, e all'interruzione della continuità della storia o narrativa della propria vita.

Bibliografia:

Faretta, E., Maslovaric, G., Garau, M. I., Marmondi, G., Piras, L., Rezzola, S., Incerti, A., Nardoni, A., Pagani, M., & Gallina, E. (2022). The psychological impact of the COVID emergency on Italian nursing homes staff and the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing. *Frontiers in psychology*, *13*, 969028. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.969028

Shapiro F. (1989), Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. Journal of Traumatic Stress, 2, 199-223.

Shapiro F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures. Guilford Press, NY. Trad. It. (a cura di I. Fernandez) EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. Mc Graw Hill, Italia, Milano (2000)

Shapiro F. (2000). Trad. It. (a cura di I. Fernandez) EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. Mc Graw Hill, Italia, Milano

Shapiro F., Kaslow F.W., Maxfield L. (2011), Manuale di EMDR e terapia familiare. FS Edizioni Milano

Epigenetica, ipnosi e trauma intergenerazionale

Luisa Merati-MD, ICPM Psychosomatic Specialist, Vicepresidente SIMP

Gli effetti di un trauma potrebbero essere legati ad alterazioni dell'espressione dei geni tramandati nelle generazioni, fenomeno studiato dall'epigenetica

La ricerca si sta impegnando nel cercare di comprendere come la predisposizione genetica e le esperienze salienti della vita possano modellare il comportamento umano e lo sviluppo psicologico L'epigenetica ci consente di studiare ed analizzare i meccanismi molecolari attraverso i quali le situazioni ambientali possono influenzare l'espressione genica senza modificare le sequenze inscritte nel DNA. Gli effetti di un trauma potrebbero essere legati ad alterazioni dell'espressione dei geni, che si perpetuano anche in assenza dell'evento che le ha generate. Al contrario della sequenza di DNA, che è per lo più statica per tutta la durata della vita, i marcatori epigenetici possono subire cambiamenti importanti nel corso dello sviluppo pur non alterando il codice genetico del DNA

Eventi positivi o negativi, traumi o semplicemente eventi stressanti possono influenzare il comportamento umano nel tempo. L'aspetto rivoluzionario che alcuni studi stanno dimostrando riguarda la possibilità di una 'trasmissione transgenerazionale' del trauma a livello epigenetico.

In letteratura compaiono sempre più ricerche che dimostrano come gli effetti di un ambiente negativo si possano riflettere sulle generazioni future. Carestie, guerre e catastrofi naturali verificatesi durante la vita dei nonni sembra possano influenzare l'aspettativa media di vita dei nipoti, suggerendo dunque che le conseguenze di una condizione ambientale possono essere ereditate (Pembrey et al., 2006).I cambiamenti epigenetici consistono in numerosi processi biochimici, tra cui metilazione e idrossimetilazione del DNA, acetilazione degli istoni(vedi figura).Questi processi si dimostrano influenzati dall'esposizione ambientale e modellano l'attività trascrizionale dei geni senza cambiare il codice genetico sottostante.È stato dimostrato che il trauma psicologico induce cambiamenti epigenetici che possono avere effetti a breve e lungo termine sulla funzione neuronale, sulla plasticità cerebrale e sugli adattamenti comportamentali agli stress psicologici (Zannas et al., 2015). I cambiamenti della metilazione del DNA indotti dal trauma possono essere allele specifici e possono interagire in modo complesso con il patrimonio genetico e l'esposizione al trauma. Queste interazioni possono influenzare l'espressione dei geni coinvolti nelle risposte allo stress, nella funzione dei neurotrasmettitori e nella regolazione immunitaria, contribuendo alla generazione di endofenotipi di vulnerabilità o resilienza (Zannas et al., 2015).

I marcatori epigenetici andrebbero a formare una sorta di memoria biologica delle esperienze e di ciò che questi hanno appreso nel corso della vita. Pensiamo alle storie sulle prigionie di guerra, l'olocausto, le carestie che ci sono state raccontate dai nostri antenati e riflettiamo su quanto una traccia delle paure, delle sofferenze e dei traumi vissuti possano essere impressa nel nostro epigenoma.

Secondo Kellerman (2013) sono diversi i fattori da considerare quando si tratta della trasmissione del trauma: modelli relazionali disfunzionali, paure e ansie dei genitori che poi possono influenzare lo stile genitoriale, comportamenti problematici dei figli, modelli socioculturali appresi ed inoltre il

disturbo del genitore potrebbe essere trasferito geneticamente al bambino, che sarebbe quindi predisposto a determinate risposte allo stress biologico. La trasmissione del trauma potrebbe dunque dipendere da uno, da tutti o da una combinazione di questi fattori.Nello studio della trasmissione transgenerazionale del trauma bisogna prestare una particolare attenzione a non confondere la trasmissione transgenerazionale con un'influenza diretta genitore-figlio. Ad esempio, genitori iperprotettivi attraverso i loro comportamenti possono trasmettere le loro paure ai figli rendendoli ansiosi, o ancora genitori affetti da PTSD condizionano i propri figli attraverso una sorta di contagio emotivo. Mentre il processo di trasmissione transgenerazionale del trauma è più difficile da delineare: in questo caso si eredita il dolore e la sofferenza pur non entrandovi direttamente in contatto. In pratica la progenie dei sopravvissuti al trauma sarebbe in qualche modo 'programmata' per esprimere una specifica risposta cognitiva ed emotiva in determinate situazioni difficili.

Alla base della resilienza umana vi è proprio la capacità di rispondere in modo flessibile agli stimoli ambientali che proprio come i vissuti traumatici possono essere trasmessi transgenerazionalmente, così può esserlo anche la capacità di fronteggiare e superare il trauma, con lo sviluppo di meccanismi di resilienza da parte delle generazioni successive esplorando i propri vissuti e significati, allenando la propria capacità introspettiva.

Galit Atlas, psicanalista di fama internazionale e autrice di "*L'eredità emotiva*", scrive: "*Tutte le famiglie sono segnate da qualche storia traumatica. Ogni trauma è conservato all'interno di una famiglia in maniera unica e lascia il proprio marchio emotivo su quelli che ancora non sono nati*" (Atlas, 2022, p. 11)..

Ciò che ci viene trasmesso intergenerazionalmente lascia una traccia nella nostra mente e ci condiziona. Anzi, sono proprio le "e*sperienze ridotte al silenzio*" (ibidem), i segreti che i nostri antenati portano con sé, a impedirci molto spesso di esprimere tutto il nostro potenziale e a influenzare la nostra salute psichica e fisica. Atlas parla di "esperienze fantasmatiche", che da soli possiamo soltanto presagire (soprattutto da bambini, quando non abbiamo gli strumenti per capire e dipendiamo dai nostri genitori), ma che "*invadono la nostra realtà in modi invisibili e concreti*" (Atlas, 2022, p. 18).

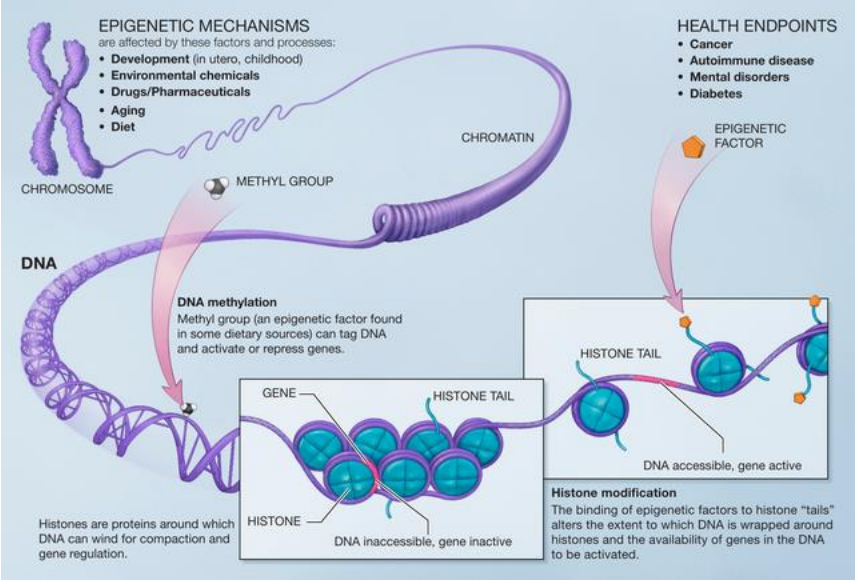
Quando impariamo a identificare l'eredità emotiva che vive dentro di noi le cose iniziano ad acquisire un senso e le nostre vite iniziano a cambiare: una porta si apre (Atlas 2022)

Sebbene gli studi sull'intersezione tra **ipnosi ed epigenetica** siano ancora in fase iniziale, esistono alcune evidenze che suggeriscono un possibile collegamento. Ad esempio, la ricerca ha dimostrato che lo stress può influenzare l'epigenoma, e l'ipnosi potrebbe essere un mezzo per ridurre lo stress e quindi gli effetti negativi sull'espressione genica Inoltre, alcuni studi preliminari suggeriscono che l'ipnosi potrebbe influenzare direttamente i processi epigenetici. Ad esempio, uno studio condotto su persone ipnotizzate ha rilevato cambiamenti nelle modificazioni chimiche dell'istone, che sono una delle principali modalità di regolazione epigenetica.

Viene esposto il caso di ipotesi di un trauma preconcezionale trattato con ipnosi Un paziente viene per ipocondria e paura della morte insorte in adolescenza.I genitori si sono trasferiti da un'altra città per cause imprecisate;due anni dopo il trasferimento nasce il primo figlio e in seguito il paziente.Il fratello maggiore è asintomatico e ha un figlio affetto da attacchi di panico.Il paziente viene in terapia due anni dopo la morte del padre.L'anamnesi famigliare appare silente,il paziente

riferisce buon rapporto con la famiglia di origine Casualmente durante le sedute parlando della morte del padre emerge che dopo il decesso tra i documenti personali del genitore risulta chiaramente che il padre è stato coinvolto in un attentato terroristico nella città da cui si erano trasferiti due anni prima della nascita del primo figlio ed è sopravvissuto miracolosamente.In famiglia non si è mai parlato dell'accaduto e i figli l'hanno sempre ignorato:il paziente peraltro non ha ritenuto opportuno riferire durante i colloqui introduttivi o ha rimosso l'evento.Il fratello maggiore appare immune da conseguenze ma ha un figlio affetto da attacchi di panico,mentre il paziente nato dopo qualche anno manifesta ipocondria e paura della morte.Eredità biologica dell'espressione genica di un trauma preconcezionale o eredità emotiva di una esperienza fantasmatica?

Comunque sia la lacuna (o inconscia o biologica) viene colmata attraverso una esperienza emozionale correttiva vissuta dal paziente in stato di coscienza ipnotica immaginando un colloquio chiarificatore con il padre che racconta la sua esperienza e la modalità per cui è rimasto incolume ed è sopravvissuto-la consapevolezza ottenuta mediante la psicoterapia ipnotica aiuta il paziente a contenere e gestire la sua paura.



YEHUDA, Rachel; BIERER, Linda M. Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk. *Progress InBrain Research*. NY, p. 121-135. nov. 2007

Cozzolino M., Iannotti S., Castiglione S., Cicatelli A., Rossi K., Rossi E.L., *A bioinformatic analysis of the molecular-genomic signature of therapeutic hypnosis.* The International Journal of Psychosocial and Cultural Genomics, Consciousness & Health Research, 1, 6-11, 2014.

Atlas G. L'eredità emotive Raffaello Cortina editore 2022

Il corpo ricorda il trauma in analisi bioenergetica

Patrizia Moselli

"Tutto il trauma è preverbale… nel trauma esiste una naturale trasformazione nel modo in cui mente e cervello organizzano le percezioni" (Von der Kolk, 2014).
Se trattiamo il trauma non possiamo non trattare il "corpo" che contiene, nasconde e custodisce i segreti dell'evento traumatico. L'analisi bioenergetica in quanto psicoterapia corporea, è un approccio bottom-up, che lavora direttamente con gli effetti dell'evento traumatico sul corpo. Metodi che mirano a risvegliare, in modo naturale, l'innata capacità del corpo di rilasciare lo stress traumatico, mediante episodi di tremore controllato.
Tutte le malattie sono psicosomatiche dal momento che psiche e soma non sono che due differenti aspetti del funzionamento di un organismo…tutte le malattie possono essere viste come risposte allo stress…. Una malattia va vista come il tentativo del corpo di ristabilire la sua integrità in conseguenza di un trauma….l'attitudine caratteriale della persona è tuttavia il fattore che in larga misura determina il tipo di malattia che essa svilupperà se lo stress della vita diventa insopportabile (Lowen, 2001)
Da tale affermazione fatta da Lowen possiamo dedurre che, non c'è trauma senza stress ma c'è stress senza trauma.
Se il processo si allunga nel tempo si producono danni organici irreversibili accompagnati da gravi scompensi metabolici fino al determinarsi di una malattia da adattamento.

Traumi di sviluppo

Eventi che non rappresentano una minaccia di vita ma che rientrano nella sfera delle relazioni di attaccamento possono essere:
- Perdita di una persona cara
- Inganno e tradimento da parte delle figure genitoriali
- Trascuratezza
- L'abuso infantile, la mancanza di consolazione,

La mancanza di esperienze riparative rappresentano eventi di traumatizzazione cronica che espone a sintomi più gravi e pervasivi

Sintomi:

Ipereccitazione. I segni più comuni sono fisici - accelerazione del battito cardiaco, difficoltà di respirazione (rapida, bassa, poco profonda, ansimante, ecc.), sudori freddi, formicolio, tensione muscolare - mentale - pensieri che si affollano, pensieri che si rincorrono, preoccupazione.

Contrazione. Il sistema nervoso concentra tutte le sue risorse sul pericolo comprimendoci sia a livello fisico che percettivo. I vasi sanguigni della pelle, le estremità e gli organi interni si

contraggono per poter inviare più sangue ai muscoli che sono tesi e pronti per l'azione difensiva. La contrazione altera la respirazione, il tono muscolare e la postura.

Dissociazione. La separazione tra coscienza e realtà fisica che ci protegge dall'impatto derivante dal processo di attivazione in crescendo. Se l'evento che minaccia la nostra vita procede nel suo corso, la dissociazione ci protegge dal dolore della morte. È un mezzo comune per sopportare esperienze che sono, in quel momento, oltre ogni sopportazione.

Negazione. Questa è una forma di dissociazione che richiede livelli di energia più bassi. In questo caso, lo scollegamento avviene tra la persona e il ricordo di un particolare evento (o serie ed eventi) o le sensazioni provate. Possiamo negare che è un evento sia accaduto o possiamo comportarci come se fosse irrilevante.

Sensazioni di impotenza, immobilità o irrigidimento. Se l'ipereccitazione rappresenta l'acceleratore del sistema nervoso, l'immobilità è invece il freno. Quando entrambi questi stati si presentano contemporaneamente, ne risulta un senso di estrema impotenza. Non è il comune senso di impotenza che può prendere tutti occasionalmente, ma la sensazione di essere completamente immobilizzato e impossibilitato ad agire. Non è una percezione, convenzione o fantasia. È reale. Il corpo si sente paralizzato.

"La traumatizzazione cronica rappresenta uno dei fattori determinanti per lo sviluppo di forme più complesse di dissociazione strutturale". (*Van der Hart, 2011)*
Possiamo dunque affermare che la parola chiave per la definizione del trauma é: *incontrollabile*, il quale facendoci provare l'impotenza, rende l'evento soggettivamente travolgente, crea una breccia nella membrana protettiva, penetra nell'integrità dell'essere e
influenza la definizione dei confini. Il confine dunque lo percepiamo nella mente e lo sentiamo nel corpo, così come nel trauma la mente registra l'evento e il corpo ne custodisce la memoria. I confini possono essere di vari tipi:

Rigidi
È interrotto un accesso fluido al rapporto interpersonale: è come se non si lasciasse entrare niente e nessuno

Diffusi
Porta aperta agli stati emotivi o inconsci, non si ha scelta o controllo su chi o cosa entrerà.

Confini sani
Sono come la membrana di una cellula: permeabile ma selettiva. Tengono ciò che è tossico all'esterno
e lasciano entrare ciò che nutre.

A tal proposito Reich attraverso i suoi studi, ci fornisce il *Modello biologico della Corazza (*precursore delle attuali teorie sopracitate), affermando che, ogni individuo possiede un involucro protettivo che viene indossato di fronte a esperienze dolorose o minacciose e che in reazione alla contrazione, dovuta da tali episodi, segue un aumento della tensione muscolare. L'Armatura muscolare del carattere può dunque provocare:

- Cambiamenti nel corpo
- Contrazione cronica
- Investimento energetico in paralisi" (possiamo considerare questo concetto anticipatorio del modello del freezing)

A tal riguardo Peter Levine, importante autore nel trattamento del trauma, definisce l'immobilità come dei residui congelati di energia incapsulati nel sistema nervoso. È dunque necessario uscire dall'immobilità o dalla condizione di congelamento causati dalla situazione.

Traumi di sviluppo in analisi bioenergetica

Una definizione di esperienza traumatica di sviluppo ci viene offerta da Robert Lewis, International Trainer I.i.b.a., il quale ha individuato con il termine shock cefalico quel trauma che passando per la corteccia visiva rimane inelaborato ma pieno di informazioni sensoriali che restano lì congelate, impedendo l'accesso alle piene sensazioni corporee. Così il bambino, diventato un adulto, vive nella e per la sua testa, nel senso sia letterale che figurato

Come viene valutato un trauma in analisi bioenergetica?

La valutazione che viene svolta in analisi bioenergetica per la valutazione di un trauma segue le seguenti linee guida:

- Esposizione ad uno "Stress Cronico"

- Interruzione nel processo di maturazione

- Violazione dei 5 diritti o bisogni fondamentali (Lowen), che possiamo schematizzare nel seguente specchietto:

Fasi di sviluppo	Bisogni	Carattere	Emozioni	Illusioni
Prenatale Nascita Perinatale Fase Indifferenziata	Di esistere	Schizoide	Terrore e rabbia distruttiva	Sono speciale, quindi esisto
Allattamento Simbiosi-differenziazione	Di aver bisogno	Orale	Rabbia vorace	Non ho bisogno io ma gli altri
Fase di Riavvicinamento Due anni	Di essere rispettati e sostenuti	Psicopatico	Furia	Posso ottenere qualunque risultato
Fase di Autonomia Tre anni circa	Di essere liberi	Masochista	Sfida rabbiosa	Se sarò bravo sarò amato
Fase Edipica Integrare sesso e cuore	Di amare	Rigido	Profonda sofferenza	Posso essere performante ma non posso dare il mio cuore

La formazione del carattere si interseca tra i seguenti tre fattori:

- Ricerca del piacere (affermazione dei diritti)
- Frustrazione
- Reazioni – Difese e conseguenti; Blocco muscolare; Blocco emotivo e irrigidimento dell'io.

Cosa guarda il terapeuta bioenergetico nella fase di approccio al trauma?

- Qualità della presenza
- Identità nel contatto
- Pelle e occhi

Approccio psico-corporeo al trauma

Il lavoro svolto in analisi bioenergetica passa sia attraverso la psiche che il corpo, non essendo due aspetti separati nell'integrità di ogni individuo, il processo terapeutico segue di pari passo su entrambi i fronti:

- Rilasciando l' energia poco a poco,
- Percezione dei "micro-movimenti"
- Lento lavoro
un
- Osservazione interna di ogni sentimento

- Contenimento per ricostituire la membrana per non ri-traumatizzare
- Riavviare le difese di attacco o di fuga
- Riorganizzare le memorie per costruire racconto

Di conseguenza il processo terapeutico segue gli aspetti:

- Cognitivo
- Somatico dando sollievo attraverso il respiro,
  aiuta a ritrovare nel corpo un luogo sicuro accompagna le sensazioni corporee, ripristina i riflessi di orientamento
- Contatto relazionale : accettare l'aiuto, lasciare che il dolore venga registrato, rivelare

Questo tipo di approccio è stato sviluppato, in maniera particolare da David Berceli analista bioenergetico americano che ha creato il metodo TRE (Tension and Trauma Releasing Exercises - Esercizi per il Rilascio di Tensioni e Traumi), sulla base della sua esperienza presso le popolazioni traumatizzate dalle guerre,dai massacri, dalle violenze sessuali, dagli attentati, durante le missioni affidategli dalle ONG, in paesi come Africa in Iraq e in Afganistan. Il metodo consiste in esercizi di semplice esecuzione che aiutano a decontrarre i muscoli cronicamente contratti e a innescare il così detto "tremore neurogeno", un tremore corporeo spontaneo, un meccanismo biologico naturale proprio della nostra neurofisiologia per rilasciare le tensioni profonde che consente al corpo di raggiungere uno stato di equilibrio psicofisico.
Gli esercizi sulle vibrazioni sono da sempre stati una parte fon
dante del lavoro di Alexander Lowen. Mentre gli esercizi del Metodo Tre sono adattabili a traumi di contesto quelli di Lowen si inseriscono in una modulazione tra analitico-profondo e corporeo.
Le tecniche terapeutiche consistono in un modello di lavoro con il trauma, per attivare l'impulso congelato di combattere e fuggire e tecniche bioenergetiche per regolare il contenimento o l'espressione.

BIBLIOGRAFIA

Berceli D. (2016), Il metodo TRE. Esercizi per rilasciare stress e traumi. Roma: Edizioni Spazio interiore.
David Boadella, Jerome Liss (1986), La psicoterapia del corpo. Le nuove frontiere tra corpo e mente, Roma: Astrolabio.
Bower G.H. e Sivers H. (1988) Cognitive impact of traumatic events. "Development and Psychopathology"; 10: 625-654.
BRETHERTON I. (1992), "Modelli operativi interni e trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento". In M. Ammaniti, D.N. Stern (a cura di) Attaccamento e Psicoanalisi, Roma: Laterza.

Brewer W. F. A (1988) Qualitative analysis of the recalls of randomly sampled autobiographical events. In Gruneberg M.M., Morris P. E. e Sykes R.N. “Practical aspects of memory”; 1: 263-268. Chichester; John Wilwy and Sons.
Boris Cyrulnik (2009), Autobiografia di uno spaventapasseri. Strategie per superare un trauma, Milano: Cortina Raffaello.
Deb Dana (2019) La teoria polivagale nella terapia. Prendere parte al ritmo della regolazione. Roma: Editore Franco Fioriti.
Downing G. (1995), Il Corpo e la Parola, Roma: Astrolabio.
J. Fisher (2017). Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors. Ed. Routledge
M. Giannantonio (2013), Trauma, attaccamento e sessualità. Psicoterapia integratacorporeae bodywork per le ferite invisibili. Sesto San Giovanni (Milano): Mimesis Edizioni.
Livia Geloso (2011) Riflessioni sul trauma in analisi bioenergetica. Presentazione di un caso. Rivista Grounding.
Herman (2011), Guarire dal trauma. Roma: Edizioni Magi.
Vita Heinrich-Clauer (2013), Manuale di analisi bioenergetica. Milano: Editore FrancoAngeli
Le Doux J.E. “The emotional brain” (1996) (Tr. It. “Il cervello emotivo. Alle origine delle emozioni”. Milano: Baldini e Castoldi, 1999).
Levine P.A. (2002), Traumi e shock emotivi. Cesena (FC): Macro Edizioni.
Levine P.A. (2014), Somatic Experiencing. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
Levine P.A. (2015), Trauma e memoria. Roma: Casa Editrice Astrolabio
Van Der Kolk, B. (2015), Il corpo accusa il colpo. Milano: Raffaello Cortina Editore.
A. Lowen(1972). La depressione e il corpo – Ed. Astrolabio
A. Lowen(1975). Bioenergetica, Milano, Feltrinelli.
A. Lowen, Leslie Lowen (1977), Espansione e integrazione del corpo in bioenergetica. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
A. Lowen (1980).Paura di vivere – Ed. Astrolabio
A. Lowen(1984). Il piacere. Un approccio creativo alla vita
A. Lowen(1984). Amore e orgasmo – Ed. Feltrinelli
A. Lowen(1985). Il linguaggio del corpo. Milano: Editore Feltrinelli.
A. Lowen(1989). Amore, sesso e cuore – Ed. Astrolabio
A. Lowen(1990). La spiritualità del corpo. L’armonia del corpo e della mente con la bioenergetica. - Ed Astrolabio
A. Lowen (1992). Il narcisismo – Ed. Feltrinelli
A. Lowen(1994). Arrendersi al corpo – Ed. Astrolabio
A. Lowen(1997). Il tradimento del corpo- Ed. Mediterranee
A. Lowen(2007). La Voce del Corpo, Roma, Astrolabio.
Robert Lewis (2008), Bioenergetics in Search of a Secure Self , https://bodymindcentral.com/publications
Mc Ewen B.S. Stress and hippocampal plasticity. “Ann. Rev. Neuroscience” 1999; 22: 105-122.
Marchino L., Mizrahil M. (2011), Il corpo non mente. Milano: Sperling &Kupfer Editori S.P.A.
Pat Ogden, Kekuni Minton, Claire Pain. (2015) Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria. Sassari: Editore. Ist. Scienze Cognitive.

Stephen W. Porges (2014), La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione. Roma: Editore Franco Fioriti.
Wilhelm Reich (1973), Analisi Del Carattere, Milano: Sugar Editore.
Schore A.N. (2008) La regolazione degli affetti e la riparazione del sé, Roma: Astrolabio.
Siegel, D.J. (2011), La mente relazionale. Milano: Raffaello Cortina Editore
Daniel J. Siegel (2012), prefazione dell'editore a cura di, in Ogden P., Minton K., Pain C., Il Trauma e il Corpo, Sassari: Istituto di Scienze Cognitive.
Appunti tesina Federica Ottomanelli

Il ruolo dell'oblio nel percorso terapeutico

Vittorio Caprioglio, medico psicoterapeuta, Direttore Istituto Riza di Milano

Ricordare è sicuramente una funzione preziosa, indispensabile della mente umana, una funzione che si coniuga inscindibilmente con la storia dell'umanità. Grazie al ricordo, infatti, gli eventi e le esperienze si fissano nella memoria individuale e collettiva, rimangono delle tracce, c'è un prima e un dopo, vengono riportate nel tempo: così prende vita la narrazione, prima orale e poi scritta e nasce la storia. Ma la domanda che possiamo farci è se l'importanza che dedichiamo al ricordare, non debba essere riservata anche a un'altra facoltà della mente, altrettanto determinante, il dimenticare.
Non a caso, nell'antichità, la Mitologia collocava fianco a fianco le sorgenti dei fiumi Mnemosine (la memoria) e Lete (l'oblio), mettendo in luce, così, il classico gioco di opposti su cui poggia il mondo, e quindi anche la mente umana, un equilibrio fatto in modo che ogni cosa non possa esistere senza il suo contrario, è la legge che la Von Franz chiama dell'enantiodromia.

Ma in realtà, in questa nostra epoca, ricordare ha preso un netto sopravvento sul dimenticare: oggi siamo convinti che dimenticare sia espressione di malattia, sia sinonimo di un cervello che invecchia o funziona male.
Così facendo però trascuriamo il fatto che l'uomo è, per sua stessa natura, un animale che in primo luogo dimentica, come dicevano i latini, un ANIMAL OBLIVISCENS, e gli antichi lo sapevano così bene che ci hanno trasmesso un concetto forte, che dimenticare non solo non è un problema di cui preoccuparsi, bensì è qualcosa di prezioso, un dono degli dei ed è una delle principali cure dell'anima quando soffre. Presso i Greci, il dio Ermes si prendeva cura degli uomini quando erano in crisi, facendoli scivolare nel sonno e regalandogli l'oblio: li avvolgeva in una nube soporifera e terapeutica facendo perder loro la memoria relativa al fatto in questione. E al risveglio il ricordo delle sofferenze e dei disagi era svanito.

Lete - dicevo in precedenza - è il nome del fiume nelle cui acque, racconta sempre la mitologia, ci si immerge per liberarsi dai ricordi e rinnovare la coscienza: il fiume che lava le reminiscenze e permette di rinascere a nuova vita.
Platone lo cita ricordando il celebre mito di Ur dove le anime si preparano alla reincarnazione, bevendo l'acqua - appunto - di questo fiume e dimenticando le loro vite passate… Lo descrive anche Virgilio nell'Eneide, quando parla dei Beati che si abbeverano a quella fonte per poter affrontare, liberi, la reincarnazione in un nuovo corpo.
E ne parla anche Goethe, quando nel Faust cita "l'eterea corrente del Lete" che attraversa, confortandola, la vita intera. E ne ribadisce il valore in una lettera degli ultimi anni di vita , quando scrive "*questo sublime dono di Dio ho sempre saputo valutarlo, usarlo e intensificarlo*".(1)
Insomma, nel passato l'uomo sapeva una cosa che noi "moderni" ignoriamo: non è possibile affrontare il futuro se prima non ci si è liberati dai ricordi del passato. E il nostro cervello è talmente orientato in questa direzione fa ciclicamente pulizia al suo interno: le neuroscienze infatti hanno di recente scoperto che il cervello, di sua iniziativa, fa un profondo lavoro di potatura, il termine inglese è *pruning*.
Per continuare a crescere e maturare, elimina parti "vecchie" di sé che non ritiene più utili alla sua evoluzione, al suo sviluppo. Lo deve fare, perché altrimenti certe tappe della vita non potrebbero compiersi…

Dal momento che viviamo di un'inarrestabile metamorfosi, abbiamo necessità di un *pruning* continuo, ovvero di liberarci ciclicamente di ciò che siamo stati, di "svuotarci" del nostro passato, dei nostri ricordi.
In particolare la fase di potatura più eclatante è stata riscontrata in età adolescenziale, quando il cervello ha bisogno di rinnovarsi profondamente e "dimenticare" l'infanzia per far spazio all'adulto che deve affacciarsi; ma il meccanismo di *pruning* poi si ripete, meno evidente, sottotraccia, ma di continuo. Semplicemente non ce ne rendiamo tanto conto. Dimenticare quindi è un processo vitale e non dovremmo in alcun modo ostacolarlo….

Le più recenti ricerche con le tecniche di *neuroimaging* dimostrano che ripensare ad un evento traumatico attiva a livello cerebrale le stesse aree cerebrali attivate dal trauma; ciò conferma l'idea che per guarire da un trauma non sia opportuno ripescarlo nell'inconscio, ricordarlo, ragionarci, parlarne… così facendo si suscitano molte sofferenze inutili, aggiungendo danno a danno, perché non è tanto il trauma che crea il disagio, quanto traumatico è il ricordarlo.
A proposito del rapporto tra il trauma e il ricordo,
la cultura greca ci offre un'altra lezione indimenticabile quando, in un passo dell'Iliade, Achille e Priamo si incontrano, entrambi disperati per la perdita in battaglia l'uno dell'amato Patroclo, l'altro di Ettore, il figlio prediletto ucciso sotto le mura di Troia proprio da Achille. Né l'uno né l'altro possono perdonarsi – il perdono è un concetto cristiano che non appartiene alla cultura greca – ma entrambi possono dimenticare.
"*Vieni vecchio -dice Achille a Priamo prima di riconsegnargli il corpo del figlio ucciso – siediti al mio desco, mangiamo, beviamo e…dimentichiamo.*
Achille e il suo ospite si rilassano, dimenticano, vogliono dimenticare l'inespiabile".(2)
Rachel Bespaloff , nel suo lavoro dedicato all'Iliade, scrive proprio così " *non il perdono dell'offesa, che l'antichità non conosce, ma l'oblio dell'offesa*"(3) sottolineando in questo modo come l'oblio sia una risorsa inestimabile dell'uomo.

Noi però, uomini della modernità, ci sforziamo di tenere a mente le cose, esercitiamo la memoria con le parole crociate, ripassiamo i ricordi nel tentativo di mantenerli vivi… ma siamo patetici, lottiamo contro un processo del tutto naturale, in quanto il nostro cervello ha finalità ben diverse e più profonde rispetto alle nostre… Perché l'oblio… arriva per svolgere una importante funzione terapeutica:

Il cervello, grazie all'oblio, è capace in ogni istante di produrre le sostanze che cicatrizzano i dolori subiti.
Si tratta quindi di capovolgere il nostro abituale atteggiamento mentale e di cedere, di non sforzarsi di ricordare: noi tendiamo a non avere il presente bensì il passato come riferimento identificativo e con questo atteggiamento mentale offriamo terreno fertile ai traumi, in quanto ovunque la memoria detti legge, loro si radicano indisturbati.

Quindi:
o il trauma è un evento, pur drammatico, che mi è accaduto ma che appartiene a un momento della mia vita ormai superato, che di fatto non c'è più e, dunque, nonostante sia stato pesantissimo, è destinato a sfumare giorno dopo giorno
Oppure:

Io sono colui che ha subito un trauma, la mia identità ruota attorno a quell'evento che ormai mi ha segnato per sempre, non posso anzi non devo dimenticarlo, sarò in eterno la conseguenza di quel trauma.

Questi due modi diametralmente differenti di concepire il trauma danno luogo a conseguenze completamente diverse…Ma ora guardiamo la questione dal punto di vista dell'approccio psicoterapeutico:

Da un lato esistono correnti psicologiche che concepiscono il passato come territorio da studiare e il trauma come elemento da rivisitare; e se quest'ultimo è stato dimenticato è opportuno riportarlo alla luce in quanto "rimosso"; tutto questo nella convinzione che il paziente guarirà "solo" dopo aver messo ben a fuoco tutti i particolari del trauma subito, dopo averli portati per bene a coscienza, analizzati e discussi. Secondo questa corrente di pensiero è determinante mettere in atto una "strategia della memoria".

Esiste però un altro modello di psicoterapia – utilizzato tra gli altri dall'Istituto Riza a cui appartengo, che, sulla scorta dell'insegnamento degli antichi, vede nell'oblio una risorsa imprescindibile che va accolta, favorita e valorizzata in psicoterapia, trasformandolo così in un elemento di grande efficacia terapeutica per chi ha vissuto un evento traumatico.
Dobbiamo quindi favorire in tutti i modi quel processo naturale, l'oblio, che altro non è – come dice magistralmente Borges "*una forma della memoria, il suo luogo sotterraneo, l'altra faccia segreta della moneta"* (4)
Quindi se non frapponiamo resistenze culturali, ideologiche o morali a che la mente dimentichi progressivamente ciò che l'ha ferita… la ferita, ben curata dall'oblio, si rimarginerà.

Bibliografia

1) Lettera indirizzata a Zelter del 15/2/1830 riportata in "Lete" di Harald Weinrich ED. IL Mulino, Bo 1999
2) "Iliade", Castelvecchi Ed, Roma 2012, pg. 62
3) "Iliade", Castelvecchi Ed, Roma 2012, pg. 62
4) Jorge Luis Borges "Obras completas", Buenos Aires Emecè Editiones 1974 – La biblioteca de Babel pp.465-471

Il setting come momento di autoanalisi per il terapeuta

Silvana Cagiada

Essere testimoni come terapeuti di esperienze traumatiche, in modo particolare di racconti che possono sconvolgere l'aspetto più umano del terapeuta (come ad es. atti di violenza fisica e psicologica, abusi, soprusi, o vissuti reali non immaginabili), non sempre ci permette di mantenere quel giusto distacco come conviene ad un sano ed efficace rapporto terapeutico.

Creare una buona e significativa relazione terapeutica, significa, dal punto di vista del terapeuta, raggiungere quel giusto equilibrio tra "cuore e cervello", quella sincronia chiamata 'coerenza psico-fisiologica' che si traduce in un atteggiamento positivo, sincero e sentito, come dovuto all'interno della relazione di aiuto.

Il raggiungimento di uno 'stato armonico', inteso come tendenza, non fa che migliorare le abilità del terapeuta nel processare le informazioni, e costituisce allo stesso tempo una forma di 'protezione' contro lo stress e le emozioni negative, favorendo l'alleanza terapeutica.

Ma non sempre ciò è possibile, perché anche il terapeuta ha le proprie fragilità che possono emergere quando, nell'arco della sua vita egli stesso può aver sperimentato eventi traumatici direttamente o indirettamente, anche attraverso la testimonianza di persone a lui care e familiari: vissuti traumatici non completamente rielaborati relegati nella mente inconscia.

Di conseguenza, il terapeuta potrebbe sviluppare, anche a distanza di anni, una reazione di controtransfert, sia con atteggiamenti consci che inconsci.

Anche con l'ascolto dettagliato delle esperienze traumatiche del paziente, il terapeuta potrebbe sviluppare sintomi traumatici secondari che potrebbero evolvere con una sintomatologia più severa.

Anche in questo caso si incrina lo 'stato armonico', sopra menzionato come condizione ottimale per il terapeuta, a seguito del racconto doloroso del paziente, che egli 'assorbe' sia per l'eccessivo coinvolgimento sia per il forte desiderio di aiutarlo.

In quest'ultimo caso, si parla di traumatizzazione vicaria.

Entrambe le situazioni descritte possono modificare inconsapevolmente o consapevolmente gli schemi cognitivi e comportamentali del terapeuta (Blair et al., 1996), creando un senso di disorientamento e successivamente, con la manifestazione di reazioni dovute ai cambiamenti che avvengono nei propri schemi di riferimento, una limitazione della libertà personale e del senso di sicurezza. Il terapeuta diventa così vulnerabile.

Laddove affiorassero residui traumatici che disturbano la vita personale e professionale del terapeuta, sarebbe buona cosa che lo stesso non fosse autoreferenziale, ma si rivolgesse ad altri, persona competente di sua fiducia per affrontare l'imprevisto.

Quando il coinvolgimento empatico del terapeuta è eccessivo si realizza una traumatizzazione vicaria. Questa può estendersi fino ad includere le caratteristiche sintomatologiche del Disturbo Post traumatico da Stress, uno 'stress traumatico secondario' meglio definito come 'Compassion Fatigue'(Figley, 2002) che logora il terapeuta, mettendone a rischio la professionalità.

Il vissuto stressante, presenta alcune caratteristiche tipiche del Burnout (distress, compromessa efficienza lavorativa, insoddisfazione e forme differenziate di cinismo) dovute proprio al contrasto tra il dover inibire i propri stati d'animo e mostrare invece compartecipazione per il ruolo svolto.

Come affrontare e prevenire il trauma vicario o altri coinvolgimenti sopra descritti?

Ogni psicoterapeuta dovrebbe accedere alla supervisione come modalità formativa, continua nel tempo, anche quando possieda un'ottima formazione.

In psicoterapia, lavorare nell'isolamento, significa rischiare di diventare autoreferenziali e perdere quella visione obiettiva del senso di identità personale che ci permette di mantenere un livello di consapevolezza dei nostri limiti in quanto esseri imperfetti.

Il supervisore, a sua volta, dovrebbe essere supervisionato. Lo scambio, indipendentemente dagli approcci terapeutici, è sempre proficuo perché favorisce il confronto.

Oltre a questo aspetto, questo ci permette di prendere in considerazioni altre strategie di coping centrate non solo sul problema che dobbiamo affrontare in quel momento, ma anche sul suo significato, dando un senso agli eventi vissuti come dannosi.

E che dire quando un terapeuta sperimenta personalmente un evento traumatico e ne rielabora gli esiti, arricchendo il proprio bagaglio esperienziale?

In questo caso 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.

Per meglio spiegare tale affermazione, penso che non ci si possa esprimere adeguatamente con le parole, se non attraverso quella quasi impercettibile sensazione che talvolta ognuno di noi avverte, e che è frutto di un vissuto interiore. Ciò sta ad indicare quella qualità indefinita o indefinibile, che ci permette di avvicinarci all'altro, al di là delle tecniche, così da aiutarlo a cogliere quelle parti, quei frammenti del sé rinnegati alla propria coscienza. Lo aiuteremo, forse, ad evitare quel dolore che mantiene viva la frammentazione del sé, favorendo la ricostruzione dell'unità psicosomatica.

Bibliografia

Blair D. T., Ramones V. A. *Understanding vicarious traumatization,* Journal of Psychosocial Nursing and Mental, 1996.

Figley C. R. *Compassion fatigue: Psychotherapist's chronic lack of self care,* Psychotherapy in Practice, Vol.58: 1433-1441, 2002.

Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. *Job burnout*, Annual Review of Psychology, Vol. 52:397-422, 2001.

Percorso Pain&Care

Federica Bergamaschi, Psichiatra Psicoterapeuta Terapeuta Certificato con il Metodo Simonton, Padova
Elena Canavese, Counselor Certificato con il Metodo Simonton, Assistente Spirituale, Milano

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. 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. 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. 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.
Verranno presentati i dati preliminari relativi al primo gruppo condotto dalle autrici tra Marzo e Aprile 2023.

Bibliografia:
Bottaccioli, C. (2003) Fondamenti di Psiconeuro endocrino immunologia, Red Edizioni.
Simonton, O.C. (2005) Ritorno alla salute, Edizioni Amrita. Kaspar, C. (2018).
Il metodo Simonton anticancro. Feltrinelli.

Il trauma non esiste? Riflessioni sull'azione terapeutica in psicosomatica

Marta Monciotti – Psicologa psicoterapeuta

INTRODUZIONE

Il trauma esiste?
Già porsi questa domanda fa entrare in una dimensione innovativa nei confronti di uno dei tempi più diffusi e discussi della psicoterapia odierna.
L'idea che si è diffusa oggi, è che il trauma sia una ferita che genera continue conseguenze sulla persona anche a distanza di tempo, l'altra idea diffusa è che per poterlo superare sia necessario parlarne, analizzarlo, scavarci dentro.
Questo approccio però porta ad una iper-focalizzazione sull'evento: e così, sia paziente che terapeuta rischiano di rimanere accecati dal trauma stesso.
Tutto il lavoro che in questi anni l'equipe dell'Istituto Riza ha fatto sui traumi però parte da un presupposto diverso, parte dall'idea che nessuna ferita, nemmeno la più grave e profonda, è fatta per durare per sempre.
Allora se il trauma è una ferita, per essere superato, come ci suggerisce Hillman, ha bisogno di un certo atteggiamento.

"La reazione giusta a un sintomo (trauma) dunque potrebbe essere gratitudine e accoglienza, (...) Dare attenzione significa dedicarsi a, (...) fermarsi, ascoltare; richiede un lasso di tempo e un prolungamento della pazienza."

In questo tempo di attesa e di pazienza, la psicoterapia secondo l'approccio dell'Istituto Riza, si concentra su quegli aspetti che concorrono a mettere in moto e sostenete il processo di guarigione, come vederemo nei tre casi clinici esposti: l'utilizzo delle immagini, l'accento sulla percezione pura, la focalizzazione sul corpo e sulla sua saggezza, la resa di fronte al dolore, l'uso dei miti e dei riti.
Quello che possiamo osservare, in tutti i casi esposti,
è un altro aspetto fondamentale: il trauma diventa un evento necessario, come la Von Franz dice molto chiaramente:
"Il vero processo di individuazione, (...) inizia generalmente con una lacerazione della personalità e con la sofferenza che ne consegue. Questo turbamento iniziale costituisce una sorta di "chiamata".
Allora il trauma torna ad essere quello che la sua etimologia suggerisce: un'apertura, un passare oltre, affinché sia possibile scoprire cos'altro c'è.
In conclusione potremmo dire che il trauma esiste, certo, come evento che produce sofferenza. Ma il trauma non esiste come causa assoluta di tutte le sofferenze di un individuo, non esiste come ferita insuperabile, e non esiste come spiegazione e giustificazione di qualsiasi difficoltà, disagio o fatica quotidiana.

CASO CLINICO

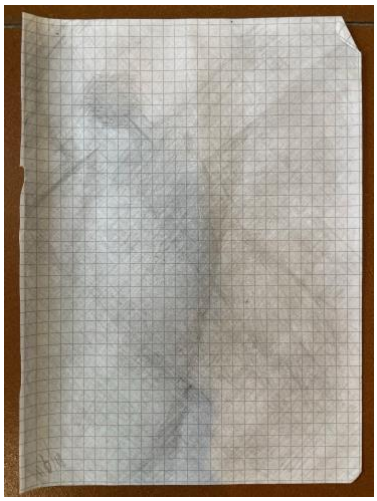
Per tutti quelli che lo conoscono Davide è Il Drago. Questo il suo soprannome: la sua vita da Drago è tutta corpo ed energia fisica: allenamenti di calcio, serate piene di avventure, divertimento, alcol e di giorno le ore come operaio.

Questo mi racconta di sé quando lo vedo la prima volta in terapia: chi era prima. Nel suo racconto c'è sempre un prima e un dopo.
E lo spartiacque tra questi due mondi è la diagnosi di un angioma cavernoso a livello cervicale che necessita di essere asportato immediatamente.
Dopo l'intervento Davide si ritrova in sedia a rotelle con una grave emiparesi del lato sinistro.
Per mesi fa fisioterapia per recuperare quello che è possibile recuperare e poi per mantenerlo. Si rimette in piedi ma con una forte zoppia e con una compromissione residua del braccio sinistro.
La sua prima risposta al dolore di questa nuova condizione è reattiva. Vuole tornare a essere il Drago, ma il suo fisico non regge, non ce la fa.
A questo punto inizia per Davide una fase depressiva e inizia il suo percorso di psicoterapia.
In terapia torna sempre a parlare del passato e il trauma diventa una sorta da di magnete che attrae tutti i dolori della sua vita: l'abbandono del padre a quindici anni, la ragazza che lo ha lasciato dopo la malattia, il lavoro da "invalido"... Davide si sta convincendo di essere destinato a soffrire e si sta trasformando in una vittima.

L'approccio terapeutico
Dopo un primo momento di accoglienza di questo suo racconto iniziamo il viraggio: dai ragionamenti e dai lamenti gli chiedo di spostarsi sulla percezione pura. Davide inizia a percepire ciò che sente: i dolori del corpo, le sensazioni e le emozioni prendono diventano immagini nella sua mente, che gli suggerisco di disegnare.

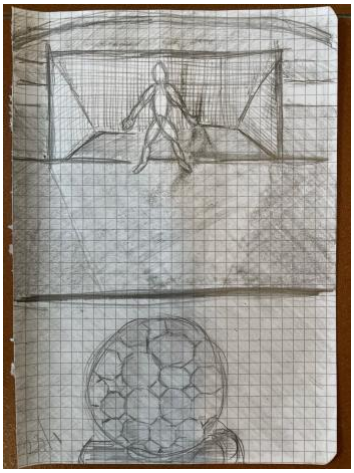
Da quando Davide inizia il lavoro col disegno non lo abbandona più: anzi si rende conto e lo verbalizza che solo il disegno lo aiuta davvero non solo a tollerare i disagi, ma anche per andare oltre. Proprio come dice Jung: *"Spesso accade che le mani sappiano svelare un segreto attorno a cui l'intelletto si affanna inutilmente".*

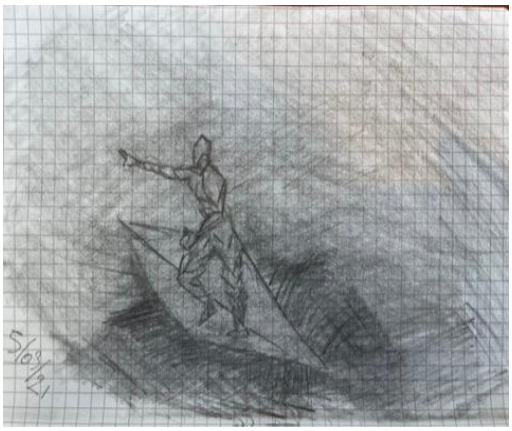
1.



La cicatrice è il centro dei primi lavori, cicatrice che Davide ha sulla nuca, poi il tempo che è stato e che non è più, il tempo che non vede davanti a sé.
Infine la sensazione di essere intrappolato in un corpo che non è più il suo.
È la fase in cui Davide entra in contatto con quello che gli è successo: ma anziché farlo con le parole lo fa passando dalla immagini.

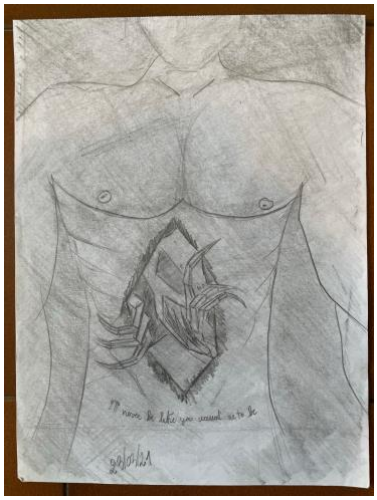
2.





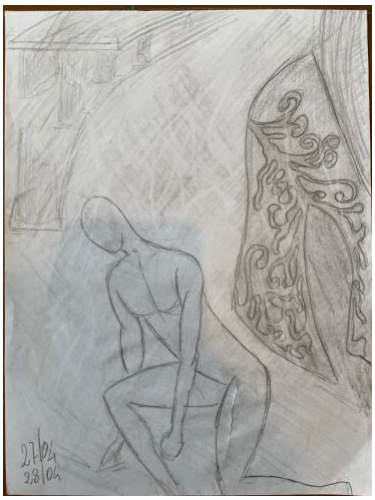
Mentre approfondisce la percezione nei disegni c'è una svolta.
La figura umana, prende corpo, diventa tridimensionale,
nell'ultimo di questa serie la cicatrice è un apertura da cui esce la figura di un uomo.
Un passaggio interessante in questa fase: Davide si rende conto di essere stufo di essere guardato come quello che ha avuto una grave malattia e inizia a non parlarne più.

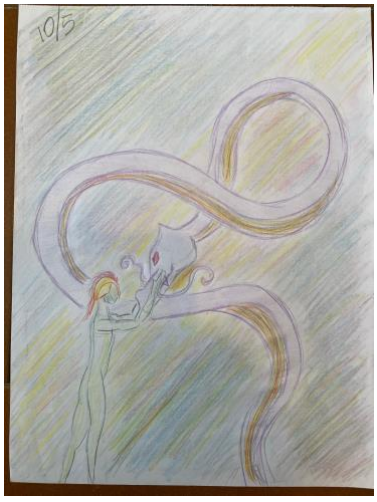
3.

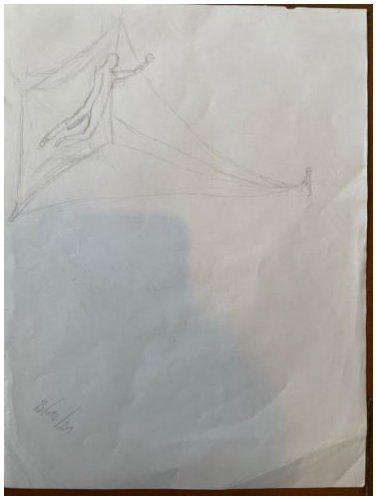


Oa l'apertura è spostata sul petto e una dichiarazione annuncia la presa di distanza dal trauma/mostro.
È la fase in cui emerge Altro: Davide inizia a leggere e scopre di avere anche la capacità di riflettere, di studiare, di usare la testa.
In quel periodo compaiono molte fantasie: viaggiare, imparare l'inglese cambiare lavoro.

4.







Vediamo un guerriero, nudo, che si rialza: è il momento della resa davanti al dolore.
Da lì, il rivolgersi verso l'alto, verso figure alate e alleate.
Davide inizia a fare tutte quelle cose che ha nella testa: un corso di inglese e di computer aprono le porte ad un'offerta di lavoro che gli dà soddisfazione.

5.

Gli ultimi tre disegni sono il racconto del progressivo processo di integrazione che Davide sta vivendo e la cicatrice torna sotto forma di pianta fiorita.
Queste le parole di Davide: “Forse senza quello che mi è stato tolto, non avrei scoperto cos'altro avevo dentro di me.”

L'abbandono del racconto traumatico, la percezione pura e l'uso delle immagini hanno facilitato il processo, così
Il trauma ha smesso di esistere in quanto tale ed è diventato nello sguardo di Davide il canale di passaggio della sua metamorfosi.

Bibliografia:

Bennet E. A., Conversazioni con Jung - Vivarium
Hillman, J, Psicologia Alchemica - Adelphi
Hillman, J, Fuochi Blu - Adelphi
Hillman, J, Il codice dell'anima - Adelphi
Hillman, J, Storie che curano - Raffaello Cortina Editore
Jung, C.G. – Realtà dell'anima – Bollati Boringhieri
Jung, C.G., Ricordi sogni riflessioni - BUR
Jung, Opere, vol 15 – Bollati Boringhieri
Von Franz M.L., L'Uomo e i suoi simboli – Raffaello Cortina Editore

La mitologia in aiuto della psicoterapia

Fulvio Pasquale D'Ostuni

Silvia ha iniziato il suo percorso psicoterapeutico un anno fa, aveva 47 anni, laureata in economia, impiegata in banca, sposata da dodici anni, madre di due figli di 11 e 6 anni.
Otto anni fa il marito scopre un tumore dell'esofago nella porzione cervicale, viene operato con successo. I primi controlli vanno bene e nonostante il rischio di recidiva molto alto per i tumori di quella regione decidono di fare un secondo figlio. Negli ultimi tre anni le cose peggiorano, si presentano numerose recidive sempre più gravi tanto che Silvia su consiglio della cognata e degli oncologi inizia un percorso di psicoterapia con me. Il marito non intraprende allo stesso tempo un suo percorso negando la gravità della situazione.
Incontro Silvia nel marzo 22 quando il marito (Luca) si muove con difficoltà, continua a lavorare (spesso da casa); lui è un dirigente di un azienda. Silvia è molto angosciata per la situazione del marito. Nega anche lei il tema della morte ma, ricondotta, ammette che ci sono molte possibilità che lui non viva a lungo; lei quantifica questo tempo in anni, anche se in realtà sono verosimilmente mesi. Si trova ormai ad occuparsi unicamente della gestione dei figli, della casa e di tutte le attività di una famiglia in quanto lui a malapena riesce a muoversi in casa. Lei è molto stressata, se la prende con lui che non l'aiuta e le impedisce una vita normale. Questi scatti provocano poi in lei grandi sensi di colpa, consapevole che lui non abbia una grande responsabilità.
Vi è inoltre una sottile forma di rabbia verso di lui, legata al fatto che lui non vuole parlare della sua situazione, mentre lei vorrebbe pianificare il futuro anche se è un'operazione dolorosa. Lei è spaventata di ritrovarsi sola e senza "le spalle coperte" come dice lei, con per giunta due bambini piccoli.
In questa fase della terapia ho introdotto un'immagine, una scultura greca raffigurante Atlante, re della Mauritania; e considerato il primo ad aver studiato la scienza dell'astronomia. Diodoro Siculo scrive che Atlante fu il primo a rappresentare il mondo per mezzo di una sfera e per questo motivo si diceva che portasse il cielo sulle spalle. Esiodo narra che Atlante fu costretto a tenere sulle spalle l'intera volta celeste per volere di Zeus, che decise di punirlo perché durante la guerra tra Titani e Dei si era alleato con Crono quando guidò i titani contro gli dèi dell'Olimpo. Questa immagine è servita a mostrarle come si possa sopportare grandi pesi sulle spalle; necessariamente la posizione del corpo ne risente e di conseguenza si deve imparare a risistemarsi per tenere l'equilibrio, un nuovo equilibrio. Atlante ci insegna come per gestire delle situazioni pesanti dobbiamo reinventarci e accettare di cambiare, stare fermi in ginocchio invece che correre e saltare può essere funzionale al superamento di quel momento. Nel frattempo la situazione di Luca precipita e nel mese di ottobre delle gravi emorragie dalla bocca portano l'uomo ad un ricovero in ospedale. Il dolore è ingestibile e i medici sospendono le terapie. In questa fase della psicoterapia introduco Chirone.
Nella tradizione mitologica greca, Chirone è il più sapiente dei Centauri, conosciuto soprattutto come educatore di dei ed eroi, quali Achille, Asclepio ecc. E' il primo medico conosciuto e inizia Asclepio alla conoscenza delle erbe e alla medicina. Nella tradizione sofferente per una ferita da una freccia avvelenata lanciatagli per errore da Eracle, accetta, benché immortale, la morte, scambiando la propria immortalità con Prometeo per il troppo dolore irreversibile provato. Questo personaggio serve ad introdurre il concetto di morte come liberazione dalla sofferenza. Chirone ci permette di prepararci ed accettare la morte che difatti dopo pochi giorni avviene.
Dopo la morte di Luca, Silvia ha iniziato un periodo di grande difficoltà, con tutto il mondo che gli ricordava che coppia meravigliosa erano, i figli in grande sofferenza e lei che doveva rimanere in piedi. In una seduta di febbraio (tre mesi dopo la morte), nel periodo più oscuro della sua disperazione

sogna Luca che appare nella sua camera da letto per sgridarla. Lei riferisce di ricordare lui seduto sul bordo del letto che le dice:"Silvia, ora basta, devi reagire!" Con tono deciso e per questo motivo lei si sveglia di soprassalto con l'impressione che la voce l'abbia sentita davvero. La mattina successiva al sogno a colazione i due figli riferiscono due esperienze diverse: il maschio riferisce di aver sognato il padre e la bambina riferisce di aver guardato per molto tempo una stella nel cielo che lei ritiene sia il padre che la guardi dalla volta celeste. Non possiamo dopo questo episodio non citare la Jaffe in Sogni, profezie e apparizioni.
Questo evento dà a Silvia un'energia nuova per alcune settimane, sembra più motivata e tranquilla. Le sedute sono meno drammatiche, mi racconta di eventi anche indipendenti dall'assenza del marito ma poi l'incontro con un uomo divorziato e interessato a lei la porta verso un nuovo stato di depressione motivato dal senso di colpa. In questa fase della psicoterapia introduco il terzo elemento mitologico.
Eracle e le sue dodici fatiche. Le racconto il mito e la conduco ai punti di contatto tra lei e il mito che vertono su due punti fondamentali: le dodici fatiche sono per Eracle il riscatto dopo un dolore e si realizzano grazie alla sua forza e anche ad aiuti esterni e solo dopo un periodo di sofferenza si supera un grande dolore fatto di prove sempre più difficili fino a quando il dolore svanisce improvvisamente. Faccio notare a Silvia come l'ultima prova sia quella di entrare nell'Ade e che quindi per lei sarebbe importante entrare in contatto con la morte di Luca nell'unico modo possibile: la resa. Silvia in questo caso impiega alcune sedute per tornare sull'argomento, l'elaborazione di questo messaggio è complesso, ma arrivano i primi segnali. Uno, molto importante, è quello di iniziare a frequentare questo uomo con meno sensi di colpa, inizia a prendersi qualche piccolo spazio per il suo benessere, organizza delle vacanze con i figli per l'estate e si pone in una nuova posizione rispetto al trauma. Non più sotto ma al fianco. Il mito, come sosteneva Jung, è una rappresentazione delle personalità e dei comportamenti umani e riesce a mantenere nonostante la sua età, un'essenza di contemporaneità tale da poter essere uno strumento prezioso in psicoterapia.
La paziente è ancora in terapia e presumo rimarrà per un certo tempo e pertanto dovremo ancora vedere i futuri andamenti. Certo che il trauma in lei ha modificato varie volte il suo aspetto e la terapia, si è dovuta adeguare e reinventare. In tutti i casi il trauma è stato affrontato e in un certo senso superato.
Non siamo rimasti agganciati al passato togliendo al trauma la sua arma migliore: il mantenimento del suo stato vitale attraverso la memoria della vittima. Grazie alle immagini abbiamo superato il ricordo.

Dalla trascuratezza alla cura:
elementi di vicinanza e sicurezza nell'età dello sviluppo

D. Giovannini, S. Grassi, L. Ricci – Doceat - SIMP Toscana

Nelle nostre stanze della terapia ci imbattiamo spesso in situazioni di trauma nascosto, impercettibile,che Caretti definisce di 1°e 2° livello, cioè trauma da trascuratezza emotiva e da abusi emotivi comeiperprotettività, offese o permalosità di genitori e educatori. Abbiamo sperimentato, inoltre, che la mancanza di vera intimità emotiva è il minimo comune multiplo delle storie dei nostri clienti e, per questo deficit, i bambini in via di sviluppo si sentono senza sicurezza e con la paura di venire respinti.Come dice Cozolino, il nostro cervello è progettato per essere relazionale ed è organizzato per sentireprima che pensare, in accordo con le teorie neuro scientifiche sull'intersoggettività.
In accordo con le osservazioni di Perry e Schore, promuoviamo un approccio che tenga conto dei principi del neurosviluppo: alcune cose si possono dire con le parole, altre con il movimento e con i 5 sensi che partono dal nostro cervello più antico che ci aiuta nella sopravvivenza. Il successo dell'intervento terapeutico è quindi dato dall'integrazione di terapie convenzionali con le esigenze fisiologiche del bambino, altrimenti il processo di trascuratezza emotiva permane e si rivela nell'energia bloccata.
È di sollievo, peraltro, sapere che anche le cellule dell'Ippocampo, sede della memoria, crescono e sisviluppano per un'intera vita e, come dice Song, "*sono neuroni più flessibili nel fare connessioni rispetto ai neuroni maturi, e questo è fondamentale per un sano apprendimento, per la memoria e laregolazione dell'umore*" (Song, 2017).
Abbiamo deciso di farvi fare esperienza nel nostro simposio di questa abilità, che ogni terapeuta puòacquisire, dato che il trauma di 1° e 2°livello è diffusissimo: vi facciamo entrare nelle nostre stanze proponendovi due casi clinici e, per ogni caso, un'attivazione che permette di immergersi nel sentiredel paziente.

Federico: Koala e Stanchezza

Mettetevi una mano sul viso, come se indossaste una maschera di plastica sul volto.Premete un poco fino a che non sentite che state andando in affanno
State in contatto con ciò che sentite….probabilmente è simile a ciò che ha sentito il nostro pazienteFederico.

La mamma di Federico ci racconta che il figlio quindicenne ha dato uno schiaffo violento un compagno di classe che gli ha coperto con le mani, per scherzo, la bocca e il naso. La signora Elisabetta rimane stupefatta dalla reazione spropositata del figlio, che a scuola, per questo atto, vienesospeso.
Ci chiede un aiuto per gestire questa situazione che la mette in allarme, poiché il ragazzo è un adolescente tranquillo e ben inserito in famiglia e socialmente.
La terapeuta accompagna Elisabetta a ripercorrere la storia evolutiva per ri-contattare la sua

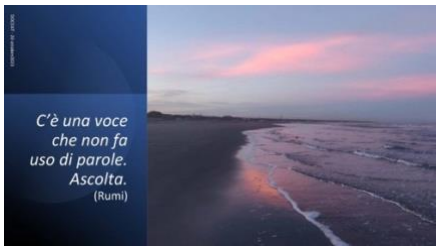
esperienza materna da quando il figlio è nato. Durante questa narrazione, la madre si ricorda di quandoFederico aveva 20 mesi ed era stato in rianimazione pediatrica per 12 giorni, con la maschera d'ossigeno, che lui non aveva tollerato e una notte si era tolta da solo.
Dopo il rientro a casa, nella normalità del quotidiano, le stava tanto tempo in braccio "come un Koala", e la teneva stretta per molte ore; inoltre, ogni elettrodomestico che ricordasse il rumore del respiratore era per lui fonte di stress, che manifestava con pianti e urli difficili da calmare.

Nella relazione con Elisabetta la terapeuta non fa nessuna domanda: percepisce la paura materna perFederico e sente intuitivamente che l'unico intervento efficace è stare in attaccamento come allora loera stata la madre col figlio. Sente la stessa fatica emotiva di Elisabetta, quindi non reagisce e rimanenella calma, senza giudizio per entrambi. Nella stanza della terapia percepisce anche la stessa fatica fisica di Elisabetta: è proprio questa intuizione inconsapevole che le permette di dare aiuto e sostegno.

Francesca - Come la vergogna ti rende invisibile

Provate a pensare ad un momento in cui avete sentito qualcuno che si preoccupava per voi e aveva compassione di voi. Come vi siete sentiti? Come lo notate nel vostro corpo?

Una coppia di genitori racconta che la loro bambina di 3 anni, Francesca, si isola e si arrotola i capelliintorno alle dita e muove la bocca come se succhiasse…. E non smette neanche sotto minaccia di punizioni. Se Francesca non perpetua questo rituale non riesce ad addormentarsi.
Sono preoccupati e non sanno più cosa fare: hanno provato in tanti modi, anche a svergognarla con ilbarista, dicendole che lo speaker alla tv la guarda, mettendo una "brutta foto" sulla chat di famiglia mentre la piccola agisce questi comportamenti…
Loro hanno detto a Francesca di vergognarsi e la coppia si vergogna con la terapeuta.
I genitori attribuiscono alla figlia la colpa delle loro fatiche…Si è così creato un legame minaccioso con angoscia di abbandono, c'è un sabotatore interno, una voce critica che emerge nel dialogo interiore e incentiva pensieri negativi e paure, e si manifesta con fantasie di vergogna…



La terapeuta si pone questa domanda: "Che esperienza di vergogna ho? E di fiducia?" e si connette col cervello destro di questi genitori. Intuitivamente, infatti, la terapeuta sente che tutto ciò ha a che fare con l'esperienza di ciascuno con la vergogna, e che ciò che può servire per permettere un attaccamento sicuro riparatore è un'accettazione non giudicante, e con tutto il tempo che può servire:può accompagnarli, fare loro compagnia, ascoltarli, manifestare vicinanza con la voce, lo sguardo, ilcorpo, come altri hanno fatto con lei.
Inizia da qui un lavoro terapeutico, che richiederà tempo, tutto quello necessario per venire fuori dall'«angolo della vergogna» e dare un senso a quello che è accaduto nella storia di ciascuno.

Conclusione

Il Bambino maltrattato, che è in noi in ogni età e che è "rimasto indietro" emotivamente, sembra incapace di un comportamento empatico, intimo. Se ci diamo tempo, spazio ed intimità, cioè in praticafavoriamo la connessione tra il nostro cervello destro con il cervello destro dei nostri pazienti, comedice Schore, allora l'energia riprende a fluire e, re-incanalata, fa fiorire la persona. Aiutiamo la flessibilità e la plasticità neuronale.
Abbiamo avuto anche noi, come counselor e terapeuti, un minimo comune multiplo come bussola, esono le 4 S di Siegel: Safety, Seen, Soothed, Security. E abbiamo sperimentato che dal trauma si puòuscire.

Bibliografia

Caretti V., *La dissociazione del legame e dell'intimacy nella Psicoterapia della Regolazione Emotivae Psicosomatica,* Presentazione al Convegno Attaccamento e Trauma, Roma 2023
Cozolino L., *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*, Raffaello Cortina editore,Milano 2008
Perry B.D., *Modelli neurosequenziali di terapia,* Guildford Press, New York 2006
Schore A. N., *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina editore, Milano 2022.
Siegel D., *La mente relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2021.

La rilevanza della percezione cromatica, ai fini del riconoscimento e della intercettazione diagnostica nei traumi

G. De Mori
Psicologa, Psicoterapeuta
Socio SIMP

> Sono troppo rossi anzitutto, questi tulipani, mi fanno male[...]il loro rosso parla alla mia ferita, vi corrisponde[...]
> (S. Plath, Tulipani, 1961)

La traccia di un episodio traumatico può essere conservata nella memoria, oppure rimossa, oppure dissociata, oppure rimanere collegata ad un complesso inconscio, a seconda del livello di gravità.
A prescindere dalla modalità di archiviazione, il colore può rivelarsi funzionale alla intercettazione ed alla elicitazione dei vissuti traumatici per una affinità a livello percettivo/emotivo (principio dell'isomorfismo) che arriva a produrre *una vibrazione, una risonanza interiore*. Infatti alcuni colori, secondo Jung, possono essere intesi come immagini primordiali dall'effetto numinoso, cioè dotati di una forza fascinatrice che può indurre un cambiamento in un soggetto.
Max Lüscher, che si è ispirato alla Psicoanalisi per la creazione e l'interpretazione dell'omonimo reattivo (1949), considera innate le reazioni fisiologiche e psicologiche ai colori, in quanto, nella contemplazione, qualcosa attrae o infastidisce istintivamente un soggetto. Per questo motivo le sfumature cromatiche del Lüscher test possono rilevare ed esprimere le emozioni collegate al trauma che da tempo non hanno voce. Infatti i colori preferiti o rifiutati nella principale tavola degli 8 colori (Fig. 1), insieme alle interpretazioni delle altre tavole del reattivo, rimandano alle reazioni psicosomatiche ed alle difese del soggetto dopo un evento traumatico (Del Longo, 2010). Individui particolarmente eccitati tendono a preferire i colori freddi (violetto, blu, verde) ed a rifiutare i colori caldi (rosso, giallo) (Fig. 2).
Alcune soggetti, invece, possono temere la contemplazione di particolari colori perché realmente osservati nell'ambiente durante l'esperienza traumatica, tanto da diventare "marcatori somatici" e fungere da "triggers", anche a distanza di anni (Damasio, 2000).
J. Bobic (2007), a partire dagli anni '90, ha compiuto una importante ricerca mediante la somministrazione della tavola degli 8 colori del Lüscher test a 188 ex prigionieri croati, rinchiusi nei campi di detenzione serbi, durante il conflitto serbo/croato. Quasi tutti i reduci erano stati diagnosticati affetti da PTSD di diverso livello, parziale (+) (++) o completo (+++), a seconda della comparsa o meno di tre sintomi: esperire il trauma, evitamento, eccitazione.
I risultati sono stati confrontati con quelli di un gruppo di controllo di 188 studenti senza traumi.
La maggioranza dei reduci con grave PTSD (13) sceglieva il verde (7) o il nero (4) in prima posizione; fra i pazienti con due sintomi (60), 27 soggetti preferivano il verde e 5 soggetti il nero, mentre fra quelli con un solo sintomo (64) solo 13 soggetti sceglievano il verde e nessuno il nero. La scelta del violetto compariva solo fra gli individui meno colpiti dal trauma (sui 64 soggetti, con un solo sintomo di PTSD, comparivano 25 preferenze); sui 60 soggetti con 2 sintomi, 12 preferenze: sui 13 soggetti con 3 sintomi non vi era alcuna preferenza. Al contrario, la preferenza assegnata al violetto era solo del 13.3% fra i soggetti del gruppo di controllo.

Inoltre un sottogruppo di 51 ex detenuti, senza apparenti sintomi di PTSD, mostrava attrazione verso il violetto in 14 casi e verso il blu in altri 14 casi, forse per la presenza di una forma di PTSD *più sommersa e silente* (possibile dissociazione), rilevata comunque dal Lüscher test. Solamente il 7,5% dei reduci aveva scelto il rosso, contro il 28,9% del gruppo di controllo.

RICERCA SUI COLORI DEL TRAUMA

Tra la fine del 2020 e l'inizio del 2023, partendo dalla ricerca di Bobic, abbiamo somministrato la tavola degli 8 colori di Lüscher a 10 soggetti (6 femmine, 4 maschi), di età compresa età fra i 12 e i 57 anni, che avevano subito traumi di grado medio (neglect, maltrattamenti. lutti traumatici), confusamente ricordati. Dopo essere stati sottoposti al test, i pazienti hanno iniziato ad aggiungere nuovi dettagli.

I risultati sono congruenti con quelli della ricerca croata: 6 soggetti pongono il violetto in prima posizione (3 maschi e 3 femmine); 1 (femmina) preferisce il verde, 1 (maschio) il nero, 1 (femmina) il blu, 1 (femmina) il grigio. Il rosso non è mai stato inserito come prima scelta, ma eventualmente come colore collocato in seconda posizione (2 femmine), oppure in posizione di indifferenza (2 maschi e 1 femmina), cioè in quinta o in sesta posizione, oppure apertamente rifiutato (1 maschio e 1 femmina), probabilmente per tenere sotto controllo l'*effetto perturbante* che esso provoca.

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

Il violetto è il colore preferito da coloro che presentano reazioni psicosomatiche perché fa riferimento al corpo ed allo spirito, in quanto compartecipa, nello spettro dei colori, sia all'istinto nella componente rossa (infrarosso) sia alla sfera degli archetipi nella componente blu/viola (ultravioletto). Fra tutti i colori, il violetto è quello che maggiormente si avvicina all'Archetipo dell'Uroboro (Jung, 1954) e rappresenta una perfetta "conjunctio oppositorum" tra rosso e blu. Viene preferito quando il trauma ha lasciato una memoria somatica perchè il corpo e stato coinvolto direttamente nella esperienza traumatica

Verde, nero e blu vengono prescelti dai soggetti che hanno tentato di difendersi rispetto al trauma da separazione (neglect) ritirandosi in se stessi (preferenza verde) oppure entrando in una condizione depressiva (preferenza nero) oppure avvicinandosi a forme di dipendenza (preferenza blu). Nella nostra ricerca, la scelta del verde è associata ad un impatto negativo sulla sfera della sessualità, con comportamenti di evitamento verso questa dimensione.

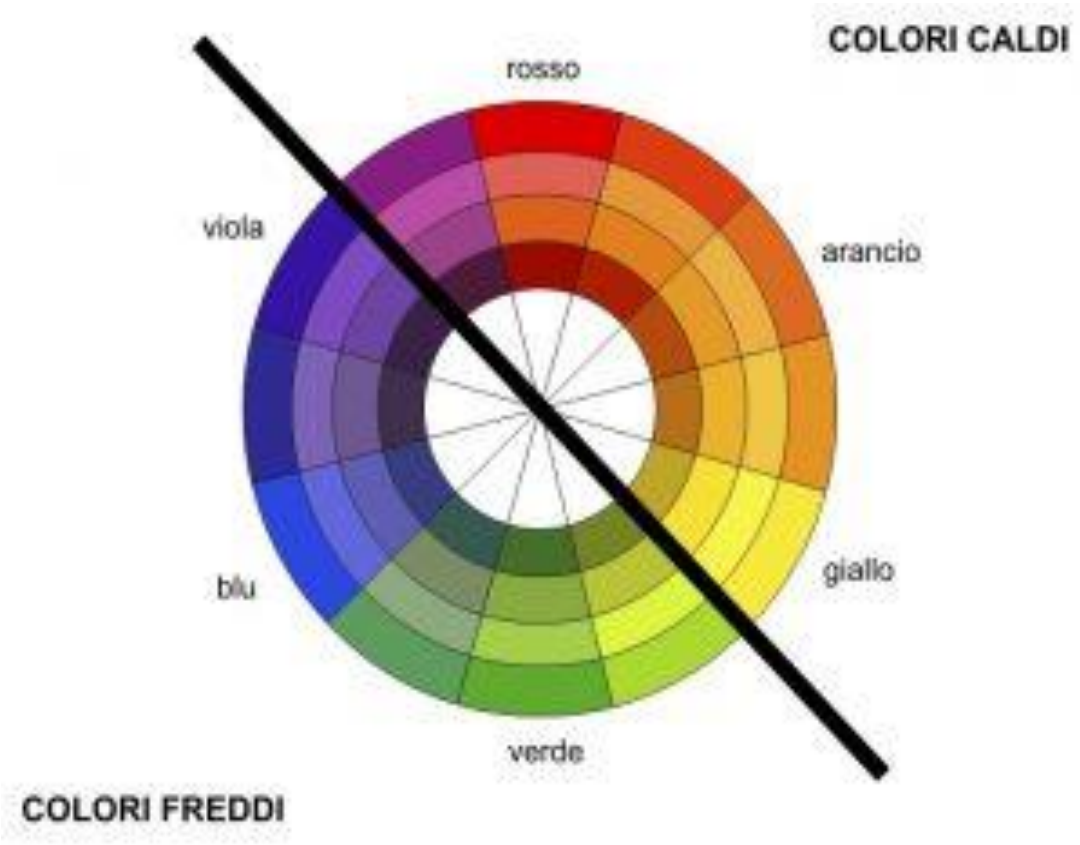
Per quanto concerne le coppie di colori, la scelta di grigio/marrone rimanda ad un logoramento interiore, con la necessità di schermarsi, rispetto all'angoscia, attraverso la ricerca di benessere corporeo. Per un soggetto la preferenza accordata alla coppia violetto/marrone indica la traccia di una possibile seduzione sessuale infantile.

Nel rifiuto del rosso, invece, emerge un eccesso di eccitazione corrispondente allo choc al rosso del test di Rorschach.

Questi primi risultati della ricerca incoraggiano ulteriori studi sulla intercettazione dei traumi attraverso il Lüscher test ed identificano nelle terapie legate sia al rilassamento del corpo sia alla visualizzazione di immagini (terapie psico-corporee finalizzate alla rilevazione dei colori) gli strumenti elettivi per uscire dal vissuto traumatico di livello medio di gravità.

. Fig. 1 Tavola degli 8 colori del Lüscher test

Fig. 2 Ruota dei colori



Bibliografia
Bobic J., Pavicevic L., Gomzi M., *Post traumatic stress disorder and color preferences in released prisoners of war*, in "Studia Psychologica", vol. 49, n. 3, 2007, pp. 223-232.
Del Longo N., *Il test dei colori di Lüscher,* Franco Angeli, Milano 2010.
Jung C.G., *La dinamica dell'inconscio,* Opere, vol. 8, Boringhieri, Torino 1976.

Ipnosi: esiti dell'elaborazione del trauma attraverso la percezione soggettiva del colore

Silvana Cagiada
SIMP sezione di Crema (CR), SII Roma, Psychosomatic specialist (ICPM) , AIAMC Milano,

Il lavoro si basa sugli esiti dell'osservazione di soggetti affetti da un disturbo post traumatico da stress (DSPT) e disturbo da stress acuto secondo i criteri diagnostici del DSM-5, in trattamento con terapia ipnotica.
Le esperienze del passato negative si fissano a livello inconsapevole condizionando la vita della persona che tende ad avvalersi di schemi rigidi e disfunzionali, come modelli autoreferenziali. La terapia ipnotica permette l'avvio del processo di rielaborazione e ristrutturazione grazie al quale, tali schemi, vengono rimodulati anche attraverso stimoli che, fino a quel momento, venivano considerati marginali, privi di efficacia.
Attraverso l'ipnosi diamo l'avvio ad una reazione 'somato-viscerale'.
L' utilizzo del colore, nell'elaborazione del trauma, è una risorsa aggiuntiva e non sostitutiva delle tecniche principalmente utilizzate in ipnosi per il suo trattamento, quali:
1)la tecnica di dissociazione visivo-cinestesica che permette al paziente una rivisitazione dell'evento traumatico, in una situazione protetta, come osservatore dell'accaduto;
2)il "Cambiamento di Storia" che permette al paziente di modificare alcuni aspetti delle conseguenze emotive, introducendo nuovi significati all'esperienza stessa.
A livello oculare, un segnale che rileva la fase di visione ed elaborazione del vissuto traumatico è dato dal movimento dei bulbi oculari, sotto le palpebre chiuse, come se la persona sognasse, 'pur non dormendo'.
Le tecniche ipnotiche di cui si parla, vengono utilizzate in assenza di un protocollo rigido, ma attraverso una sintonia sulla modalità comunicativa tra i due protagonisti.
Perché il colore?
In Fisica, i colori sono onde elettromagnetiche e la loro visione richiede luce. Secondo gli effetti emozionali, il colore viene associato all'emotività soggettiva e può variare nelle diverse culture.
Il cervello riesce a codificare i colori nella regione dei lobi frontali e precisamente nel giro frontale mediale.
Ciò che mi preme sottolineare ai fini dell'osservazione è che, attraverso gli occhi, noi acquisiamo una informazione esterna che può produrre interpretazioni soggettive diverse.
Lo stimolo sensoriale (stimolo visivo) viene elaborato dall'amigdala, sistema limbico del lobo temporale che coordina gli stati emotivi cioè il ricordo non a livello di coscienza.
La sensazione si attiva a seguito di uno stimolo esterno, dopodiché si passa alla 'percezione' che integra l'informazione con la conoscenza di esperienze precedentemente apprese, a cui diamo un valore (LeDoux, 2000).
I colori, che da sempre attraggono uomini e animali, anche per motivi legati alla sopravvivenza come i colori della natura, attraverso l'elemento visivo, percepito nell'immediato, entrano in relazione con le nostre esperienze passate, stimolando il ricordo, producendo effetti a livello inconscio.
Ed ecco che il verde e il blu, colori legati alla natura, hanno un diretto richiamo con la natura stessa; il viola sembra essere più collegato alla spiritualità o ad altre associazioni meno positive e che dipendono dalle diverse culture; il giallo è associato al sole e all'energia, mentre il rosso alla visceralità, alla forza, ma anche al pericolo: 'vita e morte'.

Il Nero può evocare forti emozioni, coinvolgenti; il marrone ci collega alla terra, alla stabilità, alla forza; il bianco alla purezza, alla semplicità, ma anche ad un vuoto che deve ancora essere colmato. Le potenzialità della mente umana fanno anche emergere i suoi limiti.
L'occhio è in grado di percepire la luce attraverso la retina per la presenza di cellule fotosensibili, fotorecettori (coni, bastoncelli), che consentono la visione durante il giorno e, seppur molto limitata, durante la notte. La luminosità notturna produce infatti una sensibilità limitata ai colori, con la possibilità di rendere visibili quelli con tonalità scure come il grigio, il blu, il verde cupo e il marrone (Purghè, Stucchi, Oliviero, 1999).
Le stesse tonalità notturne di colore, si ritrovano anche nel test diagnostico di M. Lüscher per la rilevazione del trauma (casualità suggestiva). La luce non è quindi colorata, ma siamo noi che percepiamo il colore come sensazione psicofisiologica.
Le informazioni, sopra enunciate, permettono una maggior comprensione circa le scelte di utilizzare il colore in ipnosi, come risorsa aggiuntiva, nella fase conclusiva dell'elaborazione del trauma.
Fase operativa
1)Il paziente visualizza, in trance, il colore che associa al trauma, proiettandolo dapprima sul 'grande schermo ' su cui aveva precedentemente vissuto l'evento traumatico (Dissociazione Visivo-Cinestesica e Cambiamento di Storia);
2) nel rispetto delle pause e dei silenzi, si chiede al paziente di dirigersi verso una sorgente situata nel suo giardino, luogo sicuro, la cui acqua si raccoglie in un piccolo bacino, conca, per poi incanalarsi in un ruscello, dove l'acqua è limpida, e scende a valle (nella mitologia l'acqua è un elemento sacro, simbolo potente e versatile);
3)viene chiesto al paziente di rivedere il 'colore del trauma' in quella conca, lasciandolo completamente libero nella sua immaginazione.
I casi osservati, al momento, sono 10 ed i colori che vengono associati al trauma sono gli stessi riscontrati nel test diagnostico di M. Lüscher: blu cobalto- grigio - marrone- viola- verde pino- nero.
Il colore, associato al trauma, viene riconosciuto dal paziente alla fine della seduta utilizzando una tavola multicromatica graduata.
Descriverò, brevemente e indicativamente, la fase ipnotica utilizzata con l'uso del colore.
CASO
Donna di 23 anni – Trauma da separazione per morte improvvisa di una persona cara, impossibilita, per divieto, di partecipare alle onoranze funebri (durante la pandemia da Covid) colore associato al trauma blu cobalto che vede nella conca sopra descritta … " come macchia di inchiostro, con la forma di una fuoriuscita di petrolio…come macchia circoscritta finché i confini si sono definiti meglio e pian piano, partendo dall'esterno, la macchia perde densità e si dissolve fino a diventare acqua trasparente, pulita".

Ed ecco che il colore diventa così il 'protagonista' del ricordo del trauma, assumendo su di sé il comportamento emozionale del soggetto, rispecchiandone la tonalità affettiva.

Durante il follow-up, a 1 mese dall'ultima seduta, i pazienti ricordano quell'ultima fase del percorso, come un'esperienza segnatamente coinvolgente e piacevole.

Bibliografia
Cagiada, S., "*Catharsis and hypnosis*", Psychotherapy and Psychosomatics, 88(supp1.), 2019.
Cesarini Argiroggo G., *L'importanza del fenomeno cromatico per l'umanità*, neuroscienze.net, 2018.
LeDoux, J.E., *Emotion circuits in the brain*, Ann. Rev. Neurisci, 23,155-184, 2000.
Purghè F., Stucchi N., Oliviero A., *La percezione visiva*, UTET Università, 1999.

“Ipnosi: il colore del trauma "incarnato" nel corpo"

Flavia Barbagelata
Medico, Ipnotista, Psicoterapeuta, Psicosomatista ICPM, SIMP Naviglio Grande

Il lessico comune associa emozioni, vissuti anche traumatici (verde d’invidia, rosso di rabbia, bianco come un cadavere, umore nero) ad un colore (percezione visiva a valenza simbolica). A partire da questa euristica ho voluto verificare se e quanto tale percezione si associ a specifiche emozioni con sensazioni corporee topograficamente distinte e culturalmente universali (BSMs) o riveli un’embodiment somatico correlato ad altri livelli del Sé.
Ho reclutato alcuni pazienti in trattamento psicoterapico e/o psicosomatico, ad uno studio osservazionale per verificare quanto il vissuto traumatico, elicitato in trance ipnotica in termini di colore e di dolore/peso, fosse localizzato in una sede precisa del corpo, comparandolo con la topografia delle sensazioni corporee innescate dalle emozioni (5). Allo scopo di valutare quanto sul corpo possano convergere gli affetti in forma pre-logica sub-simbolica, condensati come significanti del vissuto profondo del trauma (7).
L’ipnosi consente un accesso rapido e validato ai livelli profondi della mente e lo stato modificato di coscienza in trance permette l’esplorazione di contenuti altrimenti rimossi. L’utilizzo di idoneo linguaggio simbolico-archetipico apre a spazi inconsci particolarmente difesi, dissociati come nel trauma, e con tecnica del “ponte affettivo” è possibile proiettare la memoria traumatica sottoforma di colore, visualizzandone le trasformazioni, collocandola topograficamente su una specifica sede corporea. I colori a loro volta hanno una struttura percettiva significativa (primarietà, complementarietà) ben nota a livello fisico-sensoriale. Possibile quindi esplorare le potenzialità del colore “embodied” in termini di percezione, ma anche di somatolocalizzazione, *lessico* simbolico primario (unità minime formali) del proto-sé collettivo (5).
Per la mappatura delle sensazioni corporee mi sono riferita al BSM, nuovo strumento di autovalutazione che colloca specifiche sensazioni corporee innescate dalle emozioni in termini di attivazione/disattivazione su di una silhouette corporea, delineando una topografia sensoriale alla base delle esperienze emotive coscienti, oggi proposta come biomarcatore dei disturbi emotivi (2).
Al report emozionale dei BSM di attività, ho associato il reportv delle sensazioni di leggerezza/pesantezza corporea (2), che riflettono parte distinta della conoscenza delle emozioni.
Una possibile criticità sul registro cognitivo-linguistico potrebbe interferire nel resoconto post-ipnotico soggettivo, ma recente letteratura conferma che i colori rimandano a “concetti” associati alle emozioni trasmettendo significati affettivi e che quindi proprio questo dato percettivo offra un nuovo modo sintetico di raccogliere una semantica incarnata basata sulla metafora e sugli affetti (1, 3).
Studio osservazionale su 10 pazienti in trattamento psicoterapico e/o psicosomatico. Ai soggetti con bisogni diversi e programmi terapeutici specifici e solida relazione terapeutica in corso, informati della ricerca e del suo scopo, veniva prospettato di ricontattare l’ evento più traumatico della loro vita, e rievocarlo poi in forma protetta simbolica e proiettiva con trance ipnotica, allo scopo (non secondario) di guidare ad una riparazione profonda tramite catarsi.
Prima dell’ipnosi venivano invitati a richiamare la memoria del trauma con ampia narrazione autobiografica. Dato spazio al racconto ed allo scarico emotivo, per un ricordo più circoscritto e contestualizzato, era stimata l’intensità del dolore riferito al trauma stesso, attraverso la Scala VAS (Visual Analogue Scale), nota misura del dolore soggettivo acuto e cronico. Il percorso ipnotico funzionale alla condensazione psichica del vissuto del trauma, muove da un primo movimento simbolico-archetipico verso una sorgente d’acqua raccolta in un bacino/specchio nel quale far

scendere il peso del trauma in forma di macchia sul fondo, con un suo specifico colore, densità, e possibilità di movimento/trasformazione, legata al continuo scorrere dell'acqua che stempera e porta via con un ruscello. Ripresa leggerezza e serenità il paziente viene risvegliato e subito indica l'emozione provata, il momento di maggiore intensità del vissuto ipnotico e descrive con sue parole la macchia visualizzata (forma, colore ed eventuali trasformazioni) indicando il colore percepito su una tavola di colori (Mappa Policromatica -Atlas De Colores). Localizzando poi (X sulla sagoma) la sede del corpo centro della sensazione/emozione/peso al pensiero del trauma (Fig.1)

IL PROTOCOLLO

Fig. 1

<u>In sintesi: tabelle per sintomi, eta' e sesso.</u> I pazienti psicologici mostrano amplificata sofferenza psichica indipendente dal tipo di emozioni o difese. I pazienti psicosomatici (pensiero concreto prevalente) appaiono provvisti di robuste difese di diniego (o squalifica) tranne i due casi con trauma acuto organico, a cui rispondono in modalità controfobica (Tab.1). Ad un'età più giovanile pare corrispondere un vissuto emotivo del trauma più annichilente (Tab.2). Il sesso maschile mostra traumi legati ad una relazione disfunzionale col padre, mentre quello femminile presenta traumi variabili più soggetti ad elaborazione interna (Tab.3).

Dolore e/o manifestazioni psichiche

Sintomi organici funzionali

Malattie a forte azione psicosomatica

	ETA'	SESSO	COLORE	DINAMICA COLORE	SOMATOTOPICA COLORE	EMOZIONE ASSOCIATA ALLA SUGGESTIONE	DIFESE	PSICHE	ACUTO	CUMUL	VAS	TRAUMA	ASPETTI ORGANICI	STORIA DEL TRAUMA
PSICOLOGICI	40	M	NERO	*spirale che ruota in senso orario*	toraca (sterno/bronchi)	Rilassamento. Desiderio di entrare in quella spirale.	RITIRO	Depressione	+	+	50%	BULLISMO - PERDITA	///	Immaturità. Bullismo. Morte madre (a 30 aa). Licenziato x fuoco amico. Abbandono compagna.
	58	F	BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	manubrio sterno /clavear sx	Impotenza alla suggestione "lascia scorrere..."	RAZIONALIZZAZIONE	Depressione	+	+	80%	ABBANDONO FAMILIARE/ SCONFERMA	///	Mandata a lavorare dalla nonna elementari/medie (i genitori non potevano seguirla). Diversa per *sorello*. Abbandono a casa per 3 gg senza dirgliela. Sconferma sua azione autonoma di collaborazione a casa. Abbandono marito al parto.
	64	M	BIANCO	trasformazione in BLU NAVY	cuore	Dolore acuto per riaffiorare del ricordo. Realizza presenza di dolore sordo che non lo ha mai lasciato	SVALUTAZIONE	Depressione	+	+	100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	///	Adolescente smonta un trattore per pulirlo. Il padre di fronte ad altri lo squalifica (*chi sò se adesso lo sa rimontare!*). Sconferma affettivo-sessuale nel matrimonio.
	55	F	VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	stomaco	Angoscia - ansia poi pace e tranquillità	IDEALIZZAZIONE	Ansia. Fobia.	+	+	90%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA	///	A 8 aa colpevolizzata ingiustamente di azione violenta da figura adulta. Differente trattamento a casa con sorelle.
PSICOSOMATICI	40	F	GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO	pelvi/utero (mani sul pube) poi torace (bronchi/cuore)	Tranquilla. La macchia fluida si andava sfaldando già da subito.	DISTANZIAMENTO	Ipercontrollo	+	+	100%	ANGOSCIA DI MORTE/ FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO	asma pregressa	A 7 aa Minaccia di morte(zio, per gioco, lancia auto veloce contro di lei) + (fratello gioca su muretto, cade e si ferisce gravemente al volto). Blocco sessuale fino a 38 aa.
	48	F	MARRONE		diagonale dalla spalla dx all'anca sin	Bene quando corre nel prato. Vertigini (corpo senza appoggio) mentre si scioglie la macchia	DISTANZIAMENTO	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	70%	MINACCIA VITALE/ TRADIMENTO AFFETTIVO - INGANNO - PERDITA?	cefalea tensiva - trisma - colon irritabile	A 5 aa emottisi post-tonsillectomia (panico). Bullismo. Primo bacio inganno (ragazzo ride di lei con amici). Frustrazioni narcisistiche cumulative. Disoccupazione. Indigenza.
	37	M	NERO		diaframma	Incredulità e sbigottimento. Agitazione.	NEGAZIONE	Ipocondria	+	+	50%	RIPUDIO PATERNO - INGANNO - PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	tremore non-intenz. mano dx > sx	Padre ricco truffatore (mafia). Improvviso abbandono e rifiuto paterno prima famiglia per nuova relazione. Perdita status e indigenza per ripudio. Episodio di casa inaccessibile per cambio serratura. Sostegno parentale per alleanza con madre e fratello maggiore.
	66	F	VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga *ombra vert. CUORE ROSSO*	fianco sx che irradia a sx in alto(cuore) ed in basso(colon disc.)	Freezing e annichilimento. Vede la macchia avere una forma di cuore e prova dolore intenso.	SVALUTAZIONE	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	90%	ANGOSCIA ABBANDONICA. IRREALIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA	alimentazione compulsiva/obesità	Padre violento. Tradimento ed abbandono del marito con lunga causa risarcitoria. Frustrazione-realizzazione di coppia e sconferma esistenziale. Recente evento con consapevolezza traumatica di solitudine esistenziale reale.
	40	M	MATTONE	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	toraca (sterno/bronchi) + fascia a cintura (pancreas)	Fatica e disorientamento a ricordare i fatti. Nausea e vomito il giorno seguente.	ONNIPOTENZA	Reazione controfobica	+		95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRITA' AUTOPROCURATA.	contratture spastiche e fascicolazioni muscolari. Asma (*riferito solo prima dell'ipnosi*). Pancreatite recente.	Padre castrante. Bugiardo. Nonno corridore. Lui spericolato. Episodio motorino concesso motorino rosa da donna. Si oppone e usa moto adulto. Incidente grave (4 mesi).
	49	M	VERDE TURCHESE	alghe che sfumano a lato in BLU COBALTO	epigastrio ("bocca dello stomaco")	Paura inaspettata ma sensazione di fortuna ad essere uscito (aiuto per sopportare ustione e trapianti)	ANTICIPAZIONE	Reazione controfobica	+		80%	L'INASPETTATO. ANSIA. SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACCAMENTO.	ustione 3° grado (esiti). Ipertensione.	Padre assente. Africa. Incendio abitazione innescato da insufficiente controllo. Rischio vitale. Ricovero grandi ustionati con plurimi trapianti pelle.

Tab. 1

età adulta - il blocco traumatico

età pre-anziana - la traformazione esistenziale postraumatica

La percezione della frattura traumatica

L'elaborazione interiore del trauma

ETA'	SESSO	COLORE	DINAMICA COLORE	SOMATOTOPICA COLORE	EMOZIONE ASSOCIATA ALLA SUGGESTIONE	DIFESE	PSICHE	ACUTO	CUMUL	VAS	TRAUMA	ASPETTI ORGANICI
37	M	NERO		diaframma	Incredulità e sbigottimento. Agitazione.	NEGAZIONE	Ipocondria	+	+	50%	RIPUDIO PATERNO - INGANNO - PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	tremore non-intenz. mano dx > sx
40	M	NERO	*spirale che ruota in senso orario*	toraca (sterno/bronchi)	Rilassamento. Desiderio di entrare in quella spirale.	RITIRO	Depressione	+	+	50%	BULLISMO - PERDITA	///
40	F	GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO	pelvi/utero (mani sul pube) poi torace (bronchi/cuore)	Tranquilla. La macchia fluida si andava sfaldando già da subito.	DISTANZIAMENTO	Ipercontrollo	+	+	100%	ANGOSCIA DI MORTE/ FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO	asma pregressa
40	M	MATTONE	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	toraca (sterno/bronchi) + fascia a cintura (pancreas)	Fatica e disorientamento a ricordare i fatti. Nausea e vomito il giorno seguente.	ONNIPOTENZA	Reazione controfobica	+		95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRITA' AUTOPROCURATA.	contratture spastiche e fascicolazioni muscolari. Asma (*riferito solo prima dell'ipnosi*). Pancreatite recente.
48	F	MARRONE		diagonale dalla spalla dx all'anca sin	Bene quando corre nel prato. Vertigini (corpo senza appoggio) mentre si scioglie la macchia	DISTANZIAMENTO	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	70%	MINACCIA VITALE/ TRADIMENTO AFFETTIVO - INGANNO - PERDITA?	cefalea tensiva - trisma - colon irritabile
49	M	VERDE TURCHESE	alghe che sfumano a lato in BLU COBALTO	epigastrio ("bocca dello stomaco")	Paura inaspettata ma sensazione di fortuna ad essere uscito (aiuto per sopportare ustione e trapianti)	ANTICIPAZIONE	Reazione controfobica	+		80%	L'INASPETTATO. ANSIA. SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACCAMENTO.	ustione 3° grado (esiti). Ipertensione.
55	F	VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	stomaco	Angoscia - ansia poi pace e tranquillità	IDEALIZZAZIONE	Ansia. Fobia.	+	+	90%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA	///
58	F	BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	manubrio sterno /clavear sx	Impotenza alla suggestione "lascia scorrere..."	RAZIONALIZZAZIONE	Depressione	+	+	80%	ABBANDONO FAMILIARE/ SCONFERMA	///
64	M	BIANCO	trasformazione in BLU NAVY	cuore	Dolore acuto per riaffiorare del ricordo. Realizza presenza di dolore sordo che non lo ha mai lasciato	SVALUTAZIONE	Depressione	+	+	100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	///
66	F	VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga *ombra vert. CUORE ROSSO*	fianco sx che irradia a sx in alto(cuore) ed in basso(colon disc.)	Freezing e annichilimento. Vede la macchia avere una forma di cuore e prova dolore intenso.	SVALUTAZIONE	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	90%	ANGOSCIA ABBANDONICA. IRREALIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA.	alimentazione compulsiva/obesità

Tab. 2

SESSO

VAS - Scala del dolore

La percezione reattiva

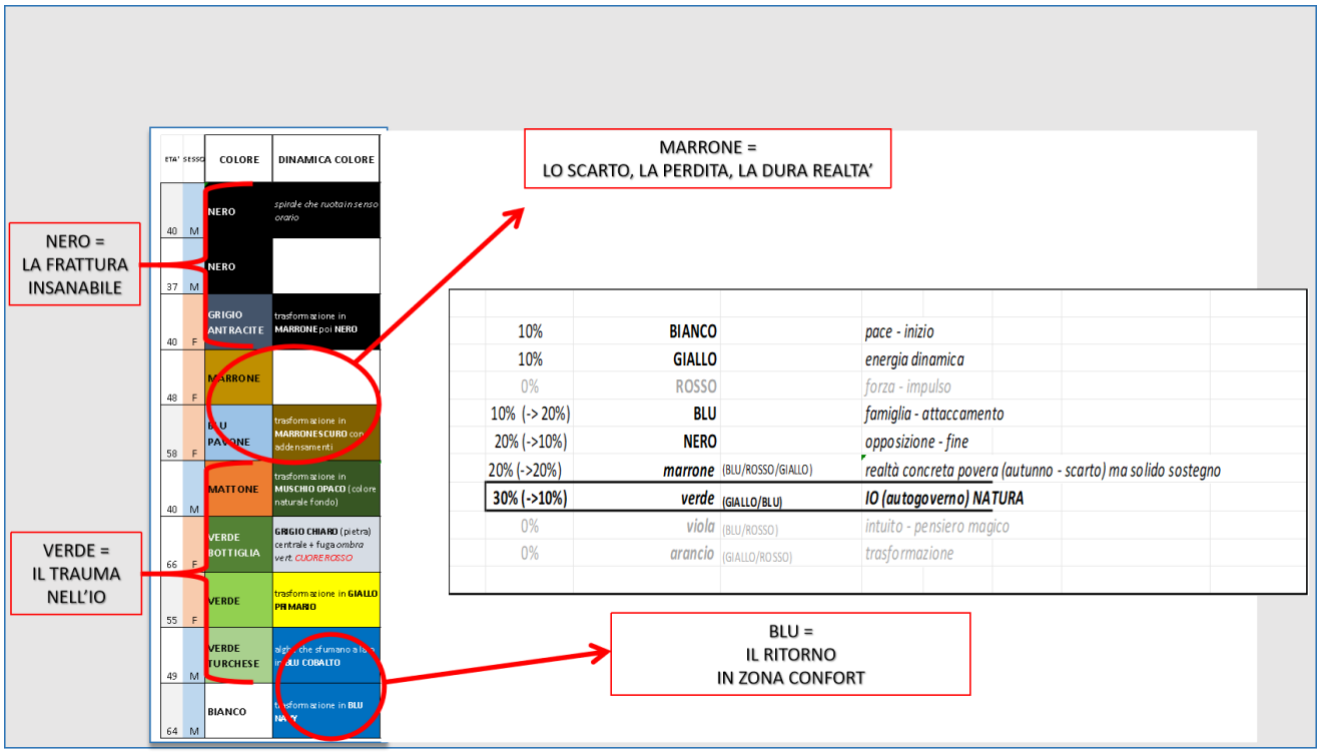
La percezione emotiva

Il padre

ETA'	SESSO	COLORE	DINAMICA COLORE	DIFESE	PSICHE	ACUTO	CUMUL	VAS	TRAUMA	STORIA DEL TRAUMA
37	M	NERO		NEGAZIONE	Ipocondria	+	+	50%	RIPUDIO PATERNO - INGANNO - PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	Padre ricco truffatore (mafia). Improvviso abbandono e rifiuto paterno prima famiglia per nuova relazione. Perdita status e indigenza per ripudio. Episodio di casa inaccessibile per cambio serratura. Sostegno parentale per alleanza con madre e fratello maggiore.
40	M	NERO	*spirale che ruota in senso orario*	RITIRO	Depressione	+	+	50%	BULLISMO - PERDITA	Padre iperprotettivo. Immaturità. Bullismo. Morte madre (a 30 aa). Licenziato x fuoco amico. Abbandono compagna.
49	M	VERDE TURCHESE	alghe che sfumano a lato in BLU COBALTO	ANTICIPAZIONE	Reazione controfobica	+		80%	L'INASPETTATO. ANSIA. SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACCAMENTO.	Padre assente. Africa. Incendio abitazione innescato da insufficiente controllo. Rischio vitale. Ricovero grandi ustionati con plurimi trapianti pelle.
40	M	MATTONE	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	ONNIPOTENZA	Reazione controfobica	+		95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRITA' AUTOPROCURATA.	Padre castrante. Bugiardo. Nonno corridore. Lui sperciolato. Episodio motorino (concesso motorino rosa da donna. Si oppone e usa moto a dulto. Incidente grave (4 mesi).
64	M	BIANCO	trasformazione in BLU NAVY	SVALUTAZIONE	Depressione	+	+	100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	Adolescente smonta un trattore per pulirlo. Il padre di fronte ad altri lo squalifica *(chissà se adesso lo sa rimontare!)*. Sconferma affettivo-sessuale nel matrimonio.
48	F	MARRONE		DISTANZIAMENTO	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	70%	MINACCIA VITALE / TRADIMENTO AFFETTIVO - INGANNO - PERDITA?	A5 aa emottisi post-tonsillectomia (panico). Bullismo. Primo bacio inganno (ragazzo ride di lei con amici). Frustrazioni narcisistiche cumulative. Disoccupazione. Indigenza.
58	F	BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	RAZIONALIZZAZIONE	Depressione	+	+	80%	ABBANDONO FAMILIARE/ SCONFERMA	Mandata a Milano dalla nonna elementari/medie (i genitori non potevano seguirla). Diverso per *sorello*. Abbandono a casa per 3 gg senza dirgliele. Sconferma sue azioni autonome di collaborazione a casa. Abbandono marito al parto.
66	F	VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga *ombra vert. CUORE ROSSO*	SVALUTAZIONE	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	90%	ANGOSCIA ABBANDONICA. IRREALIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA.	Padre violento. Tradimento ed abbandono del marito con lunga causa risarcitoria. Frustrazione realizzazione di coppia e sconferma esistenziale. Recente evento con consapevolezza traumatica di solitudine esistenziale reale.
55	F	VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	IDEALIZZAZIONE	Ansia. Fobia.	+	+	90%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA	A8 aa colpevolizzata ingiustamente di azione violenta da figura adulta. Differente trattamento a casa con sorella.
40	F	GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO	DISTANZIAMENTO	Ipercontrollo	+	+	100%	ANGOSCIA DI MORTE/ FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO	A7 aa Minaccia di morte (io, per gioco, lancia auto veloce contro di lei) + (fratello gioca su muretto, cade e si ferisce gravemente al volto). Blocco sessuale fino a 38 aa.

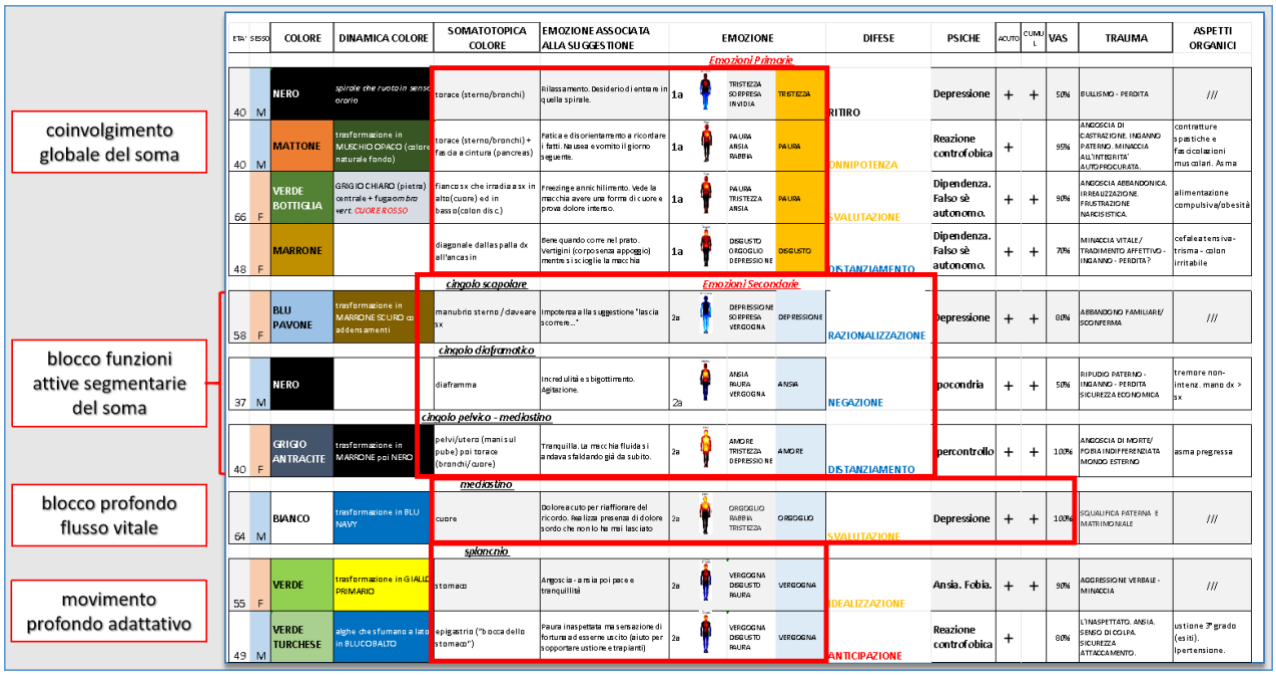
Tab. 3

<u>Il colore della ferita profonda.</u> (Tab.4) Il colore del trauma elicitato in modalità ipnotica: - Ruota prevalentemente attorno alle varie sfumature di verde (l'Io e l'autogestione - la natura e le sue leggi) - Il colore nero appare evidenziare una frattura interiore secondaria all'evento. -Il rosso, colore dell'energia pulsionale e di forza, e' assente (se non in forma associata nei marrone).
Il colore base del trauma mostra prevalentemente una trasformazione simbolica intraipnotica, che rimanda all'individuale elaborazione interiore del vissuto.



Tab. 4

<u>Trauma - embodiment - emozioni</u> (Tab.5) Le emozioni primarie paiono associarsi ad un vissuto somatico del trauma che coinvolge il corpo globalmente. Localizzazioni a livello dei cingoli (scapolare, diaframmatico, pelvico) rivelano il blocco dinamico conseguente al trauma embodied, attraverso le funzionalita' specifiche di livello. Non correlano a specifiche emozioni ma al tipo di difese in atto (diniego). Localizzazioni agli organi interni mostrano movimenti reattivi sottesi ad emozioni di tipo secondario, espressione di risposta viscerale.



Tab. 5

Conoscere l'embodiment psico-emozionale di un vissuto traumatico, attraverso tecnica ipnotica che eliciti livelli pre-logici sub-simbolici, migliora la taylorizzazione dell'intervento terapeutico.
Utilizzare il colore come medium intersoggettivo per riferirsi al vissuto degli eventi di vita può rivelarsi altamente efficace sia in termini di lessico che di accesso alla complessità psicosomatica. L'assenza di impulsivita' (rosso), suggerisce nel trauma ulteriori studi dei livelli profondi, possibili sedi di energie dissociate, potenzialmente esplosive.

Bibliografia

1. Douglas Guilbeault et al. *Color associations in abstract semantic domains.* Cognition, Vo. 201, 2020
2. Hartmann M et al. *Happiness feels light and sadness feels heavy: introducing valence-related bodily sensation maps of emotions*. Psychol Res. 2023
3. Jonauskaite D. et al. *Feeling Blue or Seeing Red? Similar Patterns of Emotion Association with Colour Patches and Colour Terms.* I-Perception , 2020
4. Kandinsky W., *Lo spirituale nell'arte*, a cura di E. Pontiggia, Edizioni SE, Milano 2005.
5. Nummenmaa L. et al. *Bodily maps of emotions.* Proceedings of the National Academy of Sciences. 2013
6. Ogden P. et al. (2006). *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria*, Tr.it. Ist. Scienze Cognitive Edizioni, Sassari 2012
7. *Passerini A. Barbagelata F. Il corpo nell'esperienza immaginativa,* Alpes Italia, Roma, 2023
8. *Passerini A. De Palma M. Neuroestetica ed esperienza immaginativa in psicoterapia,* Alpes Italia, Roma, 2016

Il trauma subdolamente erosivo dell' odontofobia: caso clinico

Flavia Barbagelata
Medico, Ipnotista, Psicoterapeuta, Psicosomatista ICPM, SIMP Naviglio Grande

Tramite un caso clinico, questo intervento affronta il tema dei traumi cumulativi e di come l'empatia professionale, con un'intersoggettività strutturata su modalità differenziate di intervento ipnotico agite per lungo tempo, abbia dato luogo ad una relazione terapeutica capace di guidare al pieno insight psicosomatico. Realizzando l'attuale autonomia della paziente nella gestione dei sintomi organici, oggi segnali introiettati utili ad una integrata conduzione delle scelte di vita.
Se normalmente si ritiene il trauma un'evento inaspettato e violento che espone a minaccia vitale, è dimostrato che molte situazioni pur non avendo carattere particolarmente violento o intenso possano creare nuclei psichici patogeni, poichè agiscono come violazione dell'apparato psichico del soggetto, specialmente in età precoce, tale da superare la naturale capacità riparativa della mente. Il trauma quindi, "ferita", improvvisa ma anche ripetuta o precoce, diviene lesiva in quanto assenti le difese utili per la protezione da vissuti annichilenti, impossibili ad essere elaborati dalla psiche. Il concetto di trauma cumulativo può essere inteso come vulnerabilità conseguente a lesione puntiforme della "membrana protettiva" di freudiana memoria, inefficiente funzione di contenimento primario dell'unità duale madre-bambino di Winnicott o contenitore-contenuto secondo Bion, che marca fasi di sviluppo così precoci da condizionare una corretta strutturazione dell'Io, di configurazione oggettuale primaria, fino a distorsioni percettive dell'Io-corporeo. Che espone all'incapacità di gestire efficacemente i diversi eventi di vita. Alterazioni così precoci fissate nella memoria emozionale implicita che segnano abitudini caratteriali e schemi comporamentali mai del tutto consci. Non stupisce quindi che questi pazienti non riportino un trauma specifico sufficientemente intenso nel loro passato, ma una sequenza di "coazioni a ripetere" che rimandano ad un elemento preverbale-presimbolico scarsamente aggredibile con la psicoterapia.
Il caso presentato è un vissuto che si svela nel suo divenire nel tempo, dove fatti "normali" di vita attivavano modalità traumatiche di risposta, con difese dissociative, dall'amnesia/fuga "faint" emotiva alla conversione somatoforme, per incapacità di regolazione emozionale allo stress e scarsa mentalizzazione tali da compromettere le relazioni interpersonali. Eventi rivelatisi poi nel loro carattere traumatico solo con l'insight post-trattamento, nel momento della revisione biografica ricostruttiva. Particolarità del percorso di cura è quello della durata di circa 20 anni e di flessibilità di ruolo e setting, centrato sulla funzione di medico che fin dall'inizio consente di gestire i diversi momenti della terapia sia con farmaci, che con ipnosi (nelle sue diverse modalità) e colloqui vis a vis. L'approccio utilizzato per il trattamento è stato quello di medico di famiglia con gli spazi anche istituzionali che questo ruolo consente, amplificato dalle competenze in ipnosi, particolarmente funzionali e nell'attivazione di una comunicazione efficace medico-paziente e nello stabilire una relazione solida nei tempi ristretti della visita ambulatoriale. Ciclicamente sono stati necessari paralleli cicli mirati di psicoterapia ipnotica proattivi ad obiettivi specifici, in setting dedicato a cadenza flessibile centrato sui bisogni emergenti, nel tempo gradualmente diradati man mano che la funzione del terapeuta veniva introiettata con lo sviluppo della capacità introspettiva inclusiva delle somatizzazioni. Attualmente ogni acquisizione di consapevolezza da parte della paziente stimola automaticamente una revisione della memoria autobiografica, che la porta a richiedere una seduta vis-a-vis per solidificare gli elementi trasformativi attivati dall'esperienza reale di vita.
Ho scelto di descrivere questo caso clinico con Story Telling, allo scopo di fornire uno sguardo top-down del lungo processo terapeutico consentendo parallelamente una prospettiva figura/sfondo attraverso la descrizione del vissuto traumatico fornito dalla paziente stessa e specularmente il

tracciato degli interventi terapeutici. Particolarmente interessante appare il momento di switch cognitivo-esperienziale indotto da patologia somatica emergente (ascesso dentale irriducibile se non con avulsione dentale) che "forza" la paziente ad affrontare il proprio blocco (panico - odontofobia) quasi come se il sè-corporeo, realizzato un contesto di "sicurezza emotiva" offerto dalle figure genitoriali Dottoressa/Dentista, avesse forzato un passaggio evolutivo profondo prima precluso. Mostrando quando e quanto il Sè corporeo possa agire sinergicamente ai bisogni profondi di autopoiesi vitale, anche attraverso le manifestazioni patologiche.
Nella prima parte (*Misa racconta...)* la paziente descrive il proprio vissuto biografico manifestando attraverso il linguaggio la struttura dei suoi processi psichici e delle sue difese (Fig.1). Una seconda parte (*La terapia...gli interventi...)* mostra le fasi, i momenti e gli interventi differenziati posti in opera durante questi lunghi venti anni di terapia. In particolare i movimenti controtransferali che attivano le diverse azioni terapeutiche e tecniche ipnotiche utilizzate; dalle dirette (rilassamento somato-psichico con rinforzo dell'Io) alle indirette (tecniche ericksoniane centrate sulle risorse) alla psiconeurolinguistica (grammatica trasformazionale, disseminazione, modellamento ecc.) (Fig.2 - Fig.3).

MISA RACCONTA...

"Sorridere o non sorridere, questo è il problema. Parafrasando Shakespeare, questa domanda ha caratterizzato gran parte della mia vita e della mia personalità. Perché non era una metafora o una domanda filosofica ma una questione fisica. I miei denti, storti, erano un problema e andare dal dentista era diventata la più grande paura.

Nasco con il palato alto stretto, questa la motivazione odontotecnica, c'era poco spazio per i denti che, mentre spuntavano nuovi, spingevano in avanti gli altri e, specialmente l'arcata superiore, ha creato il disallineamento esteticamente poco gradevole, specialmente per gli incisivi, quell che si vedono per primi mentre appunto, sorridi. Il mio carattere solare, amante del divertimento e delle barzellette, mi ritrovavo a inventarmi stratagemmi pur di non farli notare.

All'età di circa 6 anni, mi ricoverarono in una clinica dentista per operare i morali, bucati e piombati in sedazione, c'era una carenza di calcio o smalto, quando lo chiesi a mia madre non se lo ricordava . Ultima di sette figli, alla visita dal dentista a 7 anni, mi fanno indossare apparecchio mobile, quello per cui parli i primi tempi come un serpente e sputi come un lama.

Di notte, dovevo indossare una montatura per regolarizzare mandibola e mento, che i miei fratelli chiamavano semplicemente museruola. Nessuno di loro indossò mai apparecchi, solo io ebbi questa speciale fortuna. E la cosa già non piaceva. In fondo, ero alle elementari e mentirei dicendo che i compagni bullizzassero. In fondo, io ero la prima a scherzarci con l'ingenuità dei bambini, in fondo ero simpatica e godevo dei loro apprezzamenti.

Pochi mesi dopo, mi operano di appendicectomia, in ospedale non mi fanno indossare apparecchio, dopo la convalescenza apparecchio andava sostituito, la mia famiglia non era abbiente e mia madre, mi convinse facilmente, non volendo dire che non si poteva per i soldi, le spiaceva, che " ma sai quanti hanno i denti più brutti... anche se non lo indossi". Crescevo ero piccola, al momento ero felice di non dover indossarlo.

Poi arrivano le scuole medie, il periodo dove il bullismo trova terreni fertili. Sfottevano chiunque per ogni minimo difetto. Tutte si fidanzano, danno i primi baci ed io, nulla.

Ad una festa, stranamente, il ragazzo più carino della classe, decide di baciarmi. Non ricordo bene la dinamica, sicuramente veloce e non con grandi emozioni. Invece ricordo il giorno seguente. In classe , mi accorgo che stava parlando con i compagni e, mostrando interno del labbro superiore, fa vedere un piccolo taglio, dicendo che era colpa dei miei denti e alcuni commentavano quasi schifati, come fossero storti i miei denti e perché non li raddrizzassi. Un colpo al cuore.

Da quel giorno non andai più da un dentista e quando capitava, passeggiando, di passare di fronte ad un palazzo con appesa la targa con i nomi di studi dentistici, provavo ansia. La mia adolescenza inizia e con un questa fobia che, non solamente condizionava la mia vita affettiva e sociale, il carattere, la mia sicurezza. Ma ha reso possibile il deterioramento di tutta la dentatura.

Fortunatamente, nel 2000, dopo una visita privata, conosco la dott.ssa Barbagelata in persona e non solo di fama. La scelgo come mio medico base. La sua esperienza come psicoterapeuta, psicosomatista ed esperta in ipnosi, mi permettono di rivolgermi a lei poiché poi insorsero all'epoca gli attacchi di panico. Le ansie e le insicurezze, trovavano modo di esprimersi attraverso i miei dolori fisici.

Guardando lo storico delle mie visite ambulatoriali, insieme alla dott.ssa Barbagelata, notammo che, tranne sporadici casi, laringiti, distorsioni, il 90% delle mie patologie riguardavano fastidi digestivi e contratture muscolari. I dolori al collo e alla cervicale, mi facevano frequentare più osteopati che fidanzati. E la dentatura irregolare contribuiva all'irrigidimento della fascia mandibolare. Nei dettagli, che la dott.ssa comunque illustrava e spiegava molto bene, non potrei specificare quale trasformazione avvenisse nella mia mente ma sono sicura di un fatto.

Avevo 30 anni, da poco perso il mio amatissimo papà, riuscii ad andare dal dentista, sfiancata da una pulpite in un molare ormai da eliminare. Il paziente dentista, marito di una cara e paziente amica di infanzia, ha cercato di gestirmi con gentilezza, sicurezza e anche ironia, ma non mi decidevo a prenotare l'estrazione. I dolori erano lancinanti, ero arrivata ad assumere Oky ogni 4 ore e anche Toradol.

Grazie alle sedute della dott.ssa e alla caparbia strategia dei due fidati specialisti, tolsi il dente. L'uno mi minacciò di non ricevermi per inserire temporanea medicazione anestetica e l'altra di non prescrivermi antidolorifici. E funzionò. Non solo, durò pochi minuti e, nonostante il dentista raccomandò di mettere eventuale ghiaccio per piccoli sanguinamenti e assumere antidolorifici se fine anestesia avessi avvertito del dolore, non uscì una goccia si sangue e non sentii nessun dolore.

Fu uno dei giorni più felici."

Fig. 1

LA TERAPIA... GLI INTERVENTI... **(1a parte)**

Mi si presenta una giovane donna di circa 25 anni, molto ben disposta nei miei confronti, dall'eloquio accellerato e sopra le righe. Pone molte aspettative verso il mio aiuto, richiesto per un blocco cervicale "intollerabile" che le impedisce di lavorare. Ansiosa, ipomaniacale, visibilmente sofferente, provvedo subito a prescrivere terapia antinfiammatoria e miorilassante.

Ma 10 giorni dopo torna per una nuova crisi. Faccio eseguire gli esami di laboratorio e strumentali per il consueto iter diagnostico, senza rilevare alcun danno significativo. Esploro le condizioni lavorative e vengo a sapere che lavora al call-centre di un noto provider telefonico. Nega particolare stress, anzi mi comunica la sua intenzione di carriera salendo di grado, ostacolata dall'indifferenza ambientale.

Prescrivo inizialmente benzodiazepina in gocce, a piccola dose, alla sera, che tuttavia non tollera.

Quindi, accanto a terapia miorilassante intramuscolo (tiocolchiside), propongo di fare Training Autogeno autonomamente, comprando direttamente il libro di Schultz. Torna ancora dicendo che "non riesce" a rilassarsi da sola, per cui a questo punto suggerisco alcuni trattamenti ipnotici per il rilassamento somatico. Le sedute si svolgevano a fine ambulatorio, quando l'ambiente era più tranquillo.

La invitavo a rilassarsi, cercando una posizione comoda, e poi la invitavo a focalizzarsi sul suo respiro: *(Inspira lentamente attraverso il naso ed espira con la bocca. Ad ogni respiro sentirai il tuo corpo rilassarsi...Nota come il ritmo rallenta e il respiro si fa più lungo e regolare.).*
Appoggiata al flusso respiratorio, l'attenzione viene guidata al corpo, secondo una specifica sequenza graduale dai piedi al capo, che percorre l'inventario somatico, giocando sulla percezione contrazione e rilassamento, associando a quest'ultimo piacere e benessere: *(senti... ogni volta che l'aria esce... ed i polmoni si svuotano... che anche la tua gamba si rilassa... piccoli cedimenti... vibrazioni... che ti dicono... come il tuo polpaccio si stia rilassando... sempre di più... ad ogni respiro... lasciando i tuoi muscoli... abbandonarsi pesantemente... alla pace che si diffonde...).*

Se, dopo alcune resistenze, i trattamenti ipnotici ottenevano un miglioramento su cefalea e tensione nucale, la paziente dopo poco tempo comunque tornava col problema e lo sconforto. Sembrava che si fosse instaurato un rapporto di "maternage" centrato sui trattamenti ipnotici, dal quale Misa era diventata dipendente. Inizio a considerare la necessità di un rinforzo personologico.

E quindi prescrivo trattamenti FKT, osteopatici e attività fisica, parallelamente ad offrire spazio ad incontri vis-a-vis , a cadenza libera, concordati sulla base del bisogno percepito dalla paziente stessa.

Passano pochi mesi e compaiono gli attacchi di panico. Mi colpisce da subito il fatto che tali attacchi comparissero al mattino, mentre guidava per andare al lavoro. Costringendola a parcheggiare a lato della strada scaricando la sua crisi d'ansia, bloccata ad urlare fino a che, spossata, tornava a casa.

Ovviamente, a parte l'alprazolam a dose piena, prescrivo un periodo di riposo. Necessario tuttavia così frequentemente che inizio a pensare ad un evitamento inconscio del luogo di lavoro, nel quale tuttavia, in modo ambivalente, continua a spingere per un avanzamento di carriera.

Inizio ad esplorare un pò più a fondo i vissuti della paziente, trovando una ragazza isolata dal punto di vista sociale, senza esperienze affettive reali ma proiettata verso mete realizzative molto ambiziose, dalla sfumatura di sogni adolescenziali. Prova rancore per le condizioni povere della famiglia d'origine, e per l'ambiente paesano nel quale vive. Si nutre delle ambizioni che il padre riversava su di lei ("Ero la sua stella!").

Migliora il suo adattamento alla condizione lavorativa, quando intavola una simpatia con un collega, che dura alcuni mesi. Tuttavia il rifiuto di questo ad instaurare una vera e propria relazione fa precipitare la situazione, e gli attacchi di panico riprendono, con più forte intensità e frequenza.

Iniziano a comparire crisi gastralgiche e cefalalgiche, irriducibili farmacologicamente se non ad altissime dosi, che instaurano un circolo vizioso che aggrava la gastropatia.

Fig. 2

LA TERAPIA... GLI INTERVENTI... **(2a parte)**

La paziente, consapevole di non tollerare più la frustrazione lavorativa e terrorizzata di reincontrare il collega... prende la decisione di licenziarsi dal lavoro "a tempo indeterminato". Scatenando le ire di tutta la famiglia, dipendente anche dal suo apporto economico. Inizia a peggiorare la situazione odontoiatrica. E' a questo punto che l'ascesso dentale "la forza" a cure odontoiatriche.

Si instaura un abuso di farmaci antinfiammatori, che peggiorano progressivamente il granuloma periapicale, e di ansiolitici che potenziano il suo blocco nel prendere la decisione per l'avulsione dentale, ormai necessaria. In accordo con l'odontoiatra (di fatto sostituendo il ruolo della coppia genitoriale) prendiamo la decisione congiunta di smettere l'atteggiamento di tutela per indurre in lei una decisione forte. Come andrà lo dicono le stesse parole di Misa.

L'esperienza di superamento del blocco ansioso rafforza Misa, che inizia a farsi valere anche in ambito familiare. Sostiene un profondo conflitto con la sorella convivente presso la madre e decide di trovarsi un'abitazione autonoma. Inizia una fase di lavoretti più o meno saltuari e chiede più spesso di vedermi, col pretesto dei dolori o del tono dell'umore.

Nel breve tempo offerto dagli incontri, spesso occasionali o rubati al tempo di visita ambulatoriale, inizio a lavorare sulle risorse, utilizzando Tecniche Ericksoniane Indirette e strategie PNL.
Stabilisco Rapport sulla base della relazione di fiducia già instaurata.
Utilizzo il desiderio di mimesi che Misa ha verso di me, aprendo la *comprensione*, la *comunicazione V e NV* e la *comunicazione analogica* attraverso l'uso di una precisa *grammatica trasformazionale* capace di accesso profondo. *Metafore*, *Truismi*, *Doppio legame* diventano strumenti per disseminare contenuti proattivi.

Seguo nel tempo con interesse le vicende familiari, i conflitti, le scelte che Misa porta avanti. La stabilità professionale arriva con un nuovo lavoro nel quale trova un'ambiente di stima e fiducia che le permette di esprimere al meglio le proprie capacità. Arriva il Covid e la sua azienda chiude. Entra in crisi, soprattutto per la perdita di sicurezza economica necessaria all'affitto ed allo stile di vita che ormai le è consueto.

Torna in ambulatorio presentando una dolorosa IBS (Colon Irritabile), che lei relaziona con forti sensi di colpa al regime alimentare disordinato. Ormai abituata a leggere i suoi disturbi come somatizzazioni, la conduco a comprendere come verosimilmente "la sua pancia piange per la paura" data l'insicurezza economica e ambientale. E l'insight psicosomatico che prima era solo accennato, adesso diviene per lei una strada aperta che la porta a leggersi, a scoprire l'insoddisfazione celata dietro alla sua smania compulsiva di cioccolata, il suo ruminare rancoroso verso la famiglia, mai alleata, dietro all'insonnia.

Uno alla volta riappaiono temi, che mi sottopone ciclicamente in seduta privata vis-a-vis, per capire il perchè di certi impulsi, di certe emozioni e delle somatizzazioni di conversione. Emerge vivace il circuito "infantilismo - dipendenza - autonomia - rabbia - depressione", centrando su un irrisolta relazione d'oggetto la sua vulnerabilità, posizionandola in zona border-line, secondo la prospettiva di Khout. Però è consistente la profonda motivazione a capire e capirsi, in un percorso di crescita adulta.

Ci sono voluti anni per acquisire una prima consapevolezza biografica dei propri vissuti, scoprendo come amare sè stessa senza viziarsi nella autocommiserazione o distruggersi nella rabbia. Ma oggi sta bene. Ed è stata entusiasta di raccontare sè stessa.

Nonostante il trattamento complessivo si sia avvalso ripetutamente di interventi ipnotici con tecniche diverse taylorizzate sui diversi momenti di questa lunga relazione terapeutica, Misa ha rimosso le procedure di ipnosi, forse per amnesia ipnotica. Ma l'azione proattiva di queste persiste nell'inconscio, mantenendo stabile la fiducia nel processo al futuro ed impedendo il cedimento depressivo, nonostante le molte avversità di vita.

Persiste comunque una dipendenza affettiva dalla mia persona sulla quale stiamo lavorando. Che mostra tuttora la presenza di desideri infantili insoddisfatti di gratificazione ed ammirazione.

E che ha fatto emergere il suo desiderio narcisista di raccontarsi, anche se sottoforma di Caso Clinico.

Fig. 3

Difficili i pazienti psicosomatici... Spesso hanno ferite criptate. Antiche ed illeggibili alla memoria, veri e propri traumi “indigeribili”. Che vengono seppelliti dissociati dalle emozioni... Fino a non ricordare neppure che hanno fatto male. Seppelliti da un eterno ritorno che non insegna ma sovrappone, in altre forme, vestito di altri contenuti. Ma il ricordo permane “incarnato”, tra le pieghe del corpo e parla, grida, piange col suo linguaggio indecifrabile. Fino a quando con tanta pazienza non si inizia a decodificarlo, all’interno di una relazione duale che si giova anche di interventi profondi, ed a volte intrusivi, quale l’ipnosi. L’inconscio del paziente non e’ sciocco. Riconosce la vera intenzione terapeutica, e la promuove, anche con la somatizzazione. Fino a quando il paziente stesso inizia a vedersi, a leggersi. Nei propri dolori somatici, nei propri comportamenti disfunzionali, nel proprio star male comunque venga espresso. Probabilmente continuera’ a somatizzare se i danni antichi hanno lasciato esiti indelebili. Ma sara’ in grado di riconoscersi e prendersi cura di sé .

Bibliografia

- Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. *Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study.* Psychiatry Res. 1998
- 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
- Khan M. (1963), The Privacy of the Self, Hogart Press, London 1974. trad.it. Il concetto di trauma cumulativo in Lo spazio privato del sé, Bollati Boringhieri, Torino 1979
- Merati L, Ercolani R. *Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi* EDRA 2015

Arte dell'ascolto nella Relazione Terapeutica

Pietro Mario Martellucci

> "Sebbene le persone sane comunichino e siano contente di comunicare, è pur vero l'altro fatto, ossia che ogni individuo è isolato, sempre non comunicante, sempre sconosciuto, in realtà non trovato." D.W. Winnicott, 1963

Si ritiene che esista per i vissuti delle esperienze traumatiche "uno spartito nascosto" che ne trattiene la memoria e ne coltiva le risonanze emotive, collocate almeno in parte fuori dalla coscienza. Lo "spartito" è quindi 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. Scrive B.Van Der Kolk (2015) che il trauma "è molto più di una storia accaduta tanto tempo fa. Le emozioni, le sensazioni fisiche che ci sono rimaste impresse durante il trauma sono vissute non come ricordi, ma come reazioni fisiche devastanti nel presente". La comunicazione con il paziente si focalizza sulle risonanze emozionali dell'esperienza vissuta, difficili da definire nei loro confini in quanto ricostruite all'interno della relazione terapeutica, attraverso contenuti di memoria, fissazioni, dissociazioni e contenuti inconsci non rimossi. L'ascolto attento all'interno del percorso terapeutico, permette che si aprano varie possibilità, volte ad una ricomposizione della lacerazione del trauma, con una possibile elaborazione che possa condurre ad una "catarsi", ad un superamento e nuovo adattamento, ad un'accettazione, al fine comunque di uscire da una situazione di impotenza e di passività. Dobbiamo esplorare quindi le componenti verbali della comunicazione, colte nella doppia semantica del linguaggio, che ci permette "di dare un senso alla comunicazione del paziente non tanto nel contenuto delle parole quanto nella voce, nel suo tono, timbro e volume e nel ritmo e nella prosodia, nella sintassi e nei tempi del linguaggio" (M. Mancia, 2004). Le caratteristiche prosodiche del linguaggio parlato comprendono il suono delle parole, il ritmo e l'intonazione del discorso, il tono e la qualità della voce, la velocità e la frequenza. Sono gli aspetti formali della comunicazione che" rappresentano la musica di ciò che avviene" (T.H. Ogden, 2003). Le modalità di relazione che si vengono ad instaurare con il paziente, attingono sia alle dimensioni soggettive della sua personalità, sia all'elaborazione dei significati e delle conseguenze emotive di queste esperienze. I significati profondi contenuti nelle storie comunicate nella relazione terapeutica, sono veicolati dalla musicalità del "discorso vivente" che si sviluppa in maniera naturale tra paziente e terapeuta. Pur essendo la parola lo strumento principale di comunicazione nella relazione terapeutica e nel colloquio, nasce nella realtà attuale delle "cure", l'esigenza di riconoscere una specifica natura musicale alla comunicazione ed alla relazione, a partire dal ruolo della componente prosodica del linguaggio. Scrive G. Ruggero (2015) "laddove la parola posta di fronte al mistero dell'essere si affida al silenzio, la musicalità della presenza dell'uno e dell'altro, emerge in tutta la sua pregnanza simbolica".

Docente a.c. Psicologia Generale Università di Siena; Pres. Istituto Formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" Firenze; conduttore Gruppi Balint; socio SIMP 1978

All'interno dei contesti di relazione, di cura e di assistenza, i fattori soggettivi che pervadono la comunicazione hanno modo di essere compresi ed elaborati, secondo modalità consonanti all'ascolto della musica in una prospettiva olistica. La molteplicità dei linguaggi con la loro carica espressiva, si collega ad una dimensione profonda di accadimenti intimi, di sentimenti, di idee e di valori.

Elementi che servono a veicolare il passaggio dell'informazione linguistica e di quella emozionale da un individuo ad un altro, ed è indubbio che il sentire musicale della relazione costituisca un potente mezzo di comunicazione emotiva. E' dimostrato ad esempio come il cervello del bambino appena nato sia specializzato per la codifica di suoni musicali consonanti fin dalle prime ore postnatali. I risultati indicano anche che l'architettura neurale alla base dell'elaborazione musicale nei neonati è sensibile ai cambiamenti della tonalità musicale ed alle differenze tra consonanza e dissonanza. "Diversi studi hanno analizzato lo spettro acustico del linguaggio parlato e delle vocalizzazioni non verbali ed hanno riscontrato che nel parlato le espressioni linguistiche di tristezza e rabbia utilizzano in effetti intervalli di frequenza simili a quelli musicali per trasmettere quelle specifiche emozioni" (A. Mado Proverbio, 2019). Significa quindi far entrare nel linguaggio tutta la ricchezza, la complessità ed il movimento dell'esperienza umana vissuta (T.H. Ogden,1999), considerando che nel possibile utilizzo della musicalità del linguaggio verbale, si recupera la sua intrinseca melodia ed i suoi simboli, che attingono all'espressioni comuni del parlato. Tutto questo ci conduce a riconoscere come la prospettiva musicale applicata alla relazione, apra ad un'esperienza di conoscenza di Sé e di formazione, capace di estendersi a tutti gli aspetti della nostra vita cognitiva, affettiva, sociale ed esistenziale, ovvero alle componenti fondamentali della nostra personalità.

Bibliografia

Mado Proverbio A., Neuroscienze cognitive della musica. Il cervello musicale tra arte e scienza, Zanichelli Ed., Bologna 2019

Mancia M., Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert, Bollati Boringhieri editore, Torino 2004

Ogden T.H., Rêverie e interpretazione, Trad. it. Casa Editrice Astrolabio, Roma 1999

Ogden T.H., Conversazioni al confine del sogno, Trad. it. Casa Editrice Astrolabio, Roma 2003

Ruggero G., Bruni D., (a cura di) Il ritmo della mente. La musica tra scienza cognitiva e psicoterapia, Mimesis Edizioni, Milano 2015

Van Der Kolk B., Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche, R. Cortina Ed., Milano 2015

Il potere e l'essenza della voce come ponte di guarigione

Alessandra Giuliana Marson

Musicoterapeuta AIM iscrizione n.130/2006

Per introdurre la relazione e collegarla al mio Canto ho scelto l'immagine evocativa di una figura femminile danzante, un archetipo dell'Anima ancora immersa e contenuta nel grembo sonoro del mare primordiale e infinito, dove onde ampie e maestose con il loro eterno incessante flusso sonoro, si rendono eco alla sua Voce e al suo originario Canto. Una Voce che si genera sin dall'origine ancora avvolta nel mistero dell'esistenza; quel luogo della memoria dove s'incontrano in eterno la luce e l'ombra e dove si origina la danza tra la Vita e la Morte. Femminile come simbolo di fecondità, grembo vibrante capace di accogliere e generare l'esistenza e, nello stesso tempo aperto ad abbandonarsi e a farsi contenere nel flusso dinamico della Vita stessa. E Anima danzante come essenza recettiva capace di donarsi a un autentico e intimo dialogo con il Sé.

Infine, il Mare come quel luogo originario arcaico e primordiale all'interno del quale siamo ancora immersi nel perpetuo movimento dell'esistenza, origine stessa della nostra ricerca umana. Luogo della *memoria* dove ogni tuffo è ancora da sperimentare, ogni suono da intonare, ogni risonanza da ascoltare e dove tutto è possibile se l'Anima ricordando, è capace di sentire e percepire il contatto con il Sé.

Lo scopo di questa relazione è quello di prendere atto che attraverso la *voce* è possibile accedere alle sfumature più inesprimibili-impercettibili dell'Essere e che grazie all'ascolto delle sue modulazioni, risonanze-vibrazioni è possibile riconoscere e ricontattare l'intima connessione tra noi e l'universo. Un'Anima che riconosce l'antica connessione con la Verità e la pura essenza dell'Essere, del Sé e che attraverso la sua incessante ricerca nel tempo dell'esistenza riuscirà a ricordare, a far riemergere quello che conosce da sempre e che è depositato nella sua più intima impalpabile sostanza. Da qui l'anelito, la nostalgia e la sofferenza dell'Anima che cercherà attraverso la *reminiscenza* e la conoscenza di ritrovare la connessione originaria e l'intimo dialogo con il Sé, generando il proprio unico e originale processo di guarigione.

E questa riflessione la ritroviamo anche all'interno del bellissimo lavoro sui Diritti dell'Anima descritto dallo psicoterapeuta Massimo Rosselli, che descrive tra i diritti quello di: "Essere vera, onesta, significativa. La verità e la conoscenza sono alla base di questo diritto, che implica la ricerca di significati nell'esistenza, insieme a un'esigenza di profonda onestà nelle manifestazioni della vita. Si direbbe che l'Anima è a casa nella verità, sotto le varie forme che essa prende".

Si tratta quindi di un diritto inviolabile dell'Anima di sentirsi vera, di aderire pienamente al proprio *spartito esistenziale* e di ricercare attraverso l'esperienza, l'originaria sintonizzazione al Sé; grazie al corpo-tempio nel quale l'Anima è libera d'intonare il proprio Canto. In quest'ottica s'inserisce il tema del potere e dell'essenza della voce come ponte di guarigione, come uno degli strumenti possibili per ritrovare la via verso *casa* e riconnettersi nuovamente alla fonte originaria, all'essenza rigeneratrice del Suono. Il Canto può diventare un mezzo di crescita interiore per attingere alla memoria, per

ricordare e ristabilire il contatto con il Sé: perché, nelle modulazioni della nostra *voce* si esprime e s'imprime tutto il nostro Essere, la nostra essenza originaria.

Dirigere la nostra ricerca, anche attraverso l'uso consapevole della voce e del canto, unite a un profondo ascolto di sé, è in grado di trasformare le nostre energie e favorire una più ampia forma di armonizzazione. La voce con il suo timbro, le risonanze armoniche e le modulazioni, rivela l'unicità del nostro Essere e l'esperienza del canto favorisce il contatto profondo con se stessi e una maggior consapevolezza del proprio mondo interiore, affinando la sensibilità del proprio *sentire*. Tutto nasce dal respiro e dall'ascolto dei suoi quattro movimenti: inspirazione-espirazione entrambi connessi a due brevi pause, a loro volta interconnesse al battito incessante del *tamburo* del nostro cuore.

E se resteremo aperti in questa profonda esperienza di ascolto di sé, potremo sentire le molteplici vibrazioni, risonanze ed emozioni che *abitano* il nostro Essere. In questo essere presenti nel respiro, il corpo diventa cassa di risonanza e si riposa, mentre la mente lentamente si tacita e, tutto dentro di noi si fa più fluido e recettivo. A questo punto dal silenzio interiore, possiamo far emergere un suono, una leggera modulazione della voce, iniziando a intonare liberamente il nostro originale Canto, consapevoli delle risonanze all'interno del nostro corpo. La capacità di ascoltare e di sintonizzarci sulle risonanze emotive generate dalla voce, può rappresentare all'interno della relazione terapeutica *un ponte di guarigione,* uno spazio vibrante, denso di consonanze e di sintonizzazioni. Uno spazio aperto dove tutti gli opposti dell'esistenza si toccano, vibrano e danzano tra loro in un continuo flusso dinamico sempre in divenire. Un luogo dove si percepiscono nuove possibilità di guarigione e dove si dilatano le rigidità dei propri confini; uno spazio dove è possibile accettare le dicotomie, le separazioni e le molteplici contraddizioni delle nostre voci interiori e, dove tutto è interconnesso e ancora possibile.

Un spazio-tempio che contempla le infinite possibilità dell'Altro che si sente ascoltato-accolto nella sua più profonda essenza, un luogo dove è possibile riscrivere o meglio intonare un canto, un nuovo *spartito esistenziale* da ricomporre insieme. Un'originale forma sensibile sonora e rigenerativa che può risanare e, comprendere in questa interconnessione tutti i limiti, le fragilità e le contraddizioni dell'Essere in una nuova possibile forma di armonizzazione di sé.
In una parola: accettare la nostra unica e meravigliosa umana vulnerabilità!

E concludo questa mia breve riflessione, inserendo il settimo diritto dell'Anima di cui parla M. Rosselli: "Il diritto di essere in relazione, espressione dell'esigenza del Sé a essere connesso, non separato, attraverso il cuore, in una rete di relazioni. Interconnesso a questo diritto c'è anche: "Il diritto di manifestarsi ed esprimersi. Se questo vale per la personalità in genere, esso è un codice irrinunciabile dell'Anima che è nella vita per manifestare quello che veramente è. Quel diritto che ha maggiormente a che fare con il bisogno di rispetto, accettazione, conferma, comprensione; di approvare comunque sia la persona, anche di provare ammirazione, stupore per la bellezza, i gioielli che l'Anima ha ma anche di accettazione per la sua vulnerabilità, per i lati più oscuri dell'essere, che chiedono di essere riconosciuti e compresi con la stessa equanimità".

Bibliografia essenziale

A.G. Marson, *Il Canto dell'Anima. Alle origini del dialogo sonoro nella diade madre-feto.* L'Uomo Edizioni, Firenze 2009

M. Rosselli (a cura di) *Disturbi di Personalità,* S.I.P.T., Firenze 2003

La terapia psicosomatica dei gruppi Balint nella medicina generale

Pietro Mario Martellucci

> "Quando sono stati gli altri ad ascoltarmi nei momenti difficili della vita, ne sono uscito fiducioso, rilassato e profondamente rinnovato". I. Yalom, 2019

Le pratiche della Medicina Generale hanno subito nel periodo pandemico un profondo sconvolgimento che ha investito la sfera professionale e quella personale dei medici nella relazione con i loro pazienti, con le loro famiglie, con le istituzioni sanitarie e sociali coinvolte nei sistemi delle cure e dell'assistenza. Come conseguenza i partecipanti dei Gruppi Balint stanno identificando, insieme ai già presenti bisogni di formazione alla relazione con i loro pazienti, bisogni propri di essere curati loro stessi delle sofferenze psicologiche che hanno investito la loro esistenza. Un numero considerevole di coloro che partecipano ai Gruppi Balint, dichiarano e mostrano le conseguenze dei traumi vissuti personalmente, derivati direttamente o meno dalla pratica professionale, ma che continuano a condizionare la loro vita, le loro relazioni personali e familiari, producendo una serie di conseguenze di natura psicosomatica, come ansietà e stati depressivi, stanchezza, insonnia, senso di impotenza e depersonalizzazione. Abbiamo potuto valutare come percorsi continuativi di Gruppi Balint abbiano assunto per la maggior parte dei partecipanti, un'importante valenza terapeutica, che contribuisce a giustificare il costrutto di *terapia psicosomatica,* attribuito al lavoro formativo del Gruppo Balint, pur sviluppato all'interno di un contesto da remoto, con un necessario adattamento della modalità della conduzione. Una particolare attenzione è rivolta alla persona del medico, ai suoi vissuti e ad alcuni elementi pertinenti della sua storia personale e professionale. La *terapia psicosomatica* nasce quindi all'interno di un contesto formativo centrato sul gruppo e su alcuni fattori costitutivi del suo funzionamento, come l'ascolto reciproco e la comprensione empatica conseguente alla presentazione del "caso", disponendo la relazione del medico con il suo paziente su un orizzonte più ampio di comprensione. La memoria del "caso" che viene offerto al gruppo, contiene un processo relazionale di particolari accadimenti che possono spiegare la natura della sofferenza, ed i bisogni anche impliciti di cura che riguardano la vita sia del paziente sia del medico. Il processo formativo, si sviluppa attraverso il peculiare ascolto attento e ricettivo dei partecipanti, modulato sul doppio registro del medico e del gruppo che ascolta il caso, seguendo le vicissitudini di una relazione significativa e coinvolgente. L'attenzione si focalizza sul medico che riflette su di sé le problematiche del paziente, in particolare quando si attiva una dimensione affettiva ed emotiva che coinvolge la sua persona profondamente (Martellucci P.M., Rosselli M., 2013). I vissuti di malattia ed i sistemi di relazione coinvolti nelle cure, espongono il medico stesso a dover trovare dentro di sé, non solo come medico ma come persona, le risorse necessarie a fronte della richiesta da parte dei pazienti sempre più estesa, ed esigente di competenze non solo professionali ma anche personali.
Ascoltare l'altro ed ascoltarsi non implica di dover dare risposte o precise indicazioni, bensì sintonizzarsi profondamente con ciò che nel gruppo accade. Sostiene M. Balint (2014) che il Gruppo Balint non è un gruppo di psicoterapia, ma un gruppo rivolto all'acquisizione dell'attitudine

---

Docente a.c. Psicologia Generale Università di Siena; Pres. Istituto Formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" Firenze; conduttore Gruppi Balint, socio SIMP dal 1978

psicoterapeutica, “che implica inevitabilmente una modificazione notevole seppur parziale della personalità del medico” la quale “equivale alla scoperta di un certo numero di fatti difficili da accettare e sgradevoli riguardo ai propri limiti”.
Ne consegue che “il risultato è quasi sempre un allargamento delle proprie possibilità individuali ed una migliore comprensione dei problemi”. Concetti da riflettere alla luce della pratica formativa attuale dei Gruppi Balint. L’attitudine psicoterapeutica sembra inscriversi nell’instaurarsi di una nuova consapevolezza, una coscienza di Sé nella relazione, per “ciò che accade con il paziente”. La *terapia psicosomatica* dei Gruppi Balint sembra unire al raggiungimento di maggiori competenze professionali-personali di natura affettivo-emotiva, l’accrescimento del grado di benessere personale man mano che il medico si inoltra nel percorso formativo (P.M. Martellucci, M. Rosselli, 2017). Ascoltare ed ascoltarsi crea un clima terapeutico, per il singolo medico e per gli altri partecipanti, generato nel contesto del gruppo che lavora in modalità interamente maieutiche. Ne ricaviamo che il Gruppo Balint si costituisca come un vero *farmaco*, isomorfo al *farmaco-medico* nella relazione con il paziente. Il processo formativo che si sviluppa, evolve per la maggior parte dei partecipanti, verso una dimensione decisamente terapeutica in senso psicosomatico. Dalla valutazione formativa che è stata richiesta ai partecipanti, alla conclusione di ogni percorso di Gruppi Balint, è emerso chiaramente che ai fattori di cambiamento percepiti, venga riconosciuta una specifica valenza terapeutica, personale e professionale, che si va consolidando nel tempo. Tutto ciò costituisce per il presente e per il futuro, un tema di ricerca estremamente interessante.

Bibliografia

Balint M., Medico, paziente e malattia, a cura di F. Benincasa, M. Perini, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2014

Martellucci P.M., Rosselli M., I Gruppi Balint in Italia, in “I gruppi Balint. Paziente, professionista, malattia, Edizioni ETS, Pisa 2013

Martellucci P.M., Rosselli M., I Gruppi Balint nei contesti sanitari, in: Salute e Territorio, Monografia, La medicina della persona, 2017, N° 212, pp. 31-34

Dimensioni musicali della formazione psicosomatica

Pietro Mario Martellucci *, Giorgio Fabbri**

> "Ogni malattia è un problema musicale e ogni cura una soluzione musicale. Quanto più breve, e tuttavia più perfetta la soluzione, tanto maggiore è l'ingegno musicale del medico".
> G.von Hardenberg, 1772 -1801

Il titolo di questo contributo trae ispirazione dalla poetica romantica di questa citazione che attribuisce al curare ed all'essere curati una insolita prospettiva, dove confluiscono pensieri, riflessioni, elementi di ricerca riconducibili all'esperienza clinica, per inoltrarsi nei livelli più profondi della comunicazione terapeutica. Nella relazione con il paziente "l'atto musicale" si genera e si riproduce nel come si comunica e nella sintonizzazione dell'ascolto di ciò che si comunica. Le dimensioni musicali della comunicazione, fondative della pratica professionale, sono per loro natura rivolte a superare la distanza tra paziente e medico, in particolare quando la comunicazione risulta essere particolarmente difficile per la natura della malattia e per il contesto delle cure. Succede, ad esempio, nel lavoro clinico con pazienti che hanno vissuto esperienze traumatiche, oppure affetti da patologie gravi e invalidanti o con una limitata speranza di vita, dove il solo contenuto delle parole non è di per sé sufficiente a sostenere una comunicazione efficace. La dimensione musicale della formazione psicosomatica attribuisce all'ascolto attento e partecipe di ciò che accade nella relazione con il paziente un ruolo fondamentale, tanto da poter parlare di una vera e propria "Arte dell'ascolto". Si genera laddove il terapeuta ed il paziente si ascoltano l'un l'altro, con particolare attenzione, non solo attraverso il linguaggio delle parole, ma anche all'interno del comportamento non verbale ed extra-verbale, negli aspetti prosodici del parlato, nei silenzi, nella tonalità e nel ritmo 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". Unite ad altre forme universali di linguaggio parlato e dei linguaggi del corpo, conducono i pazienti ed i loro curanti ad una reciproca comprensione, autentica e profonda. Sono le dimensioni musicali della relazione ad assumere un fondamentale ruolo all'interno della relazione terapeutica, promuovendo nel medico la comprensione emotiva, l'empatia, la fiducia, la compassione e la speranza di nuove possibilità di superamento della sofferenza, quando necessario. Scrive L. Grassi (2022) "attraverso l'ascolto degli elementi che strutturano la musica: ritmo, armonia, tono, timbro e silenzio, nelle espressioni verbali della comunicazione, si intende favorire l'accesso ai contenuti soggettivi più profondi dell'esperienza relazionale". Riteniamo che all'interno delle metodiche della Formazione Psicosomatica alla Relazione Terapeutica, oltre ed insieme ai Gruppi Balint, si debbano considerare le modiche esperienziali a mediazione corporea, quelle proprie della Comunicazione Terapeutica e della Medicina Narrativa, attraverso le quali possano essere identificate ed esplorate ampliamente le dimensioni musicali implicite della relazione con il paziente.

---

*Docente a c. di Psicologia Generale Università di Siena; Pres. Istituto formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" – Firenze; conduttore di Gruppi Balint; socio SIMP dal 1978
**Direttore d'orchestra, concertista, compositore, formatore; Docente a c. Dipartimento di Neurologia Università di Ferrara e di Pavia

Le competenze personali-professionali all'ascolto del paziente, nelle forme corporee, sonore e musicali delle parole, permettono di accedere al linguaggio musicale della vita emotiva ed ai contenuti profondi del Sé. L'ascolto attento, con risonanza affettiva, consonante ed empatico, che si genera nella relazione d'ascolto, assume per il paziente un'importante valenza terapeutica; e per i suoi "curanti" la possibilità di ascoltare sé stessi ad un livello profondo, per tutto quanto "s'accorda alla musica di ciò che accade". Un ascolto quindi ancorato alla dimensione musicale della relazione, che possiamo definirlo un *ascolto relazionale generativo*, una via d'accesso alla vita emotiva, immaginativa e della sensorialità. La condizione dove competenze professionali e competenze soggettive si incontrano profondamente e si esprimono nella capacità di sapersi occupare del paziente con le parole giuste, con il giusto atteggiamento nel chiedersi: "come sto facendo sentire il paziente", attribuendo importanza a "che cosa sta accadendo ora!" (M. Mancia, 2004). E' la natura "artistica" dell'ascolto al centro della umanizzazione delle cure, del riconoscimento della reciproca soggettività che promuove qualcosa di nuovo, che per il paziente è *terapia/farmaco*, per il "curante" è crescita della consapevolezza di sé e di una maggiore efficacia nella pratica professionale, con il conseguente maggior grado di soddisfazione. Per concludere, apprendere l'arte dell'ascolto, implica per il "curante" un mettersi in gioco fino in fondo, nel più ampio processo di come si costruiscono le relazioni con i pazienti, con i loro familiari e con i loro ambienti della vita. Acquisire una sensibilità in più, una capacità di entrare in risonanza con il paziente, rispetto a ciò che è necessario comprendere per salvare la propria vita. L'arte dell'ascolto cura sensibilmente e salva la vita delle persone, poiché è attraverso l'ascolto che sono comprese e curate delle loro ferite più profonde e quindi salvate.

Bibliografia

Grassi L., L'inconscio sonoro. Psicanalisi in musica, Franco Angeli, Milano 2022

Mancia M., Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert, Bollati Boringhieri, Torino 2004

Il trauma psicologico personale:vissuti e possibili soluzioni

Dr. Martina Lucio
ex MMG Alss 4 Veneto
Sp.Medicina del Lavoro

Introduzione ed Obbiettivi: scopo del presente studio è dimostrare come attraverso un efficace e vero lavoro di prevenzione,diagnosi,cura ed ascolto svolto e condotto nel corso del tempo su una casistica clinica di cui sotto esposta sia stato possibile superare il trauma connesso alla malattia,all'Infortunio e al disagio e riportare i soggetti e le famiglie a uno stato di problem solving psicosociale e di adattamento al reale (Benessere,nevrosi) ed ad ottenere una migliore qualità della vita(Simp,Firenze,2007) e relazioni sociali.

Materiali e metodi: sono stati selezionati ed esaminati nel corso del tempo (1987-2009) circa 500 assistibili e lavoratori (355 Lavoratori +150 assistibili) e sottoposti a Sorveglianza sanitaria periodica + assistenza di medicina generale nel setting clinico di medicina generale convenzionato Alss 4 veneto e medicina del Lavoro libero professionale.

Risultati e conclusioni: mediante un costante e preciso lavoro di prevenzione individuale biologica e strumentale ed ambientale e diagnosi cura ed ascolto è stato possibile ridurre drasticamente i tassi di malattia e morbilità e mortalità del campione esaminato. Il tasso di mortalità è stato quasi dello 0-1% annuale ed il tasso di morbilità del 30% con sintomi e malattie psicosomatiche e professionali curate ed il 70% dei soggetti è risultato fondamentalmente sano ed in stato di invecchiamento fisiologico.
Il metodo Balint di psicologia medica (Pordenone,1992-1993) e relazione medico paziente migliore con attuazione dell'approccio Biopsicosociale integrato e relazionale ha contribuito al maggiore benessere e migliore qualità della vita delle persone,anche in collaborazione con l'assistenza domiciliare integrata e l'Ospedale territoriale.L'elaborazione del lutto nei pochi casi di mortalità è stata effettuata correttamente anche in collaborazione con i terapeuti consultati (Psicologi,psichiatri,assistenti sociali).

Bibliografia:
1) Sarchielli G,Fraccaroli F:Introduzione alla psicologia del lavoro.Il Mulino,Bo,2010.
2)Watzlawick P.Il linguaggio del cambiamento.Elementi di comunicazione terapeutica. Feltrinelli Ed,2021.
3)Pellegrino F:Oltre lo stress.Burn out o logorio professionale?CSE,Torino,2006.
4)Freud A:L'Io e i meccanismi di difesa,Giunti Ed,2017.
5)Porcelli P:Medicina psicosomatica e psicologia clinica,Cortina Ed,2009.
6)www.simpitalia.com/

Il trauma della detenzione. Arteterapia come strumento per elaborare il vissuto traumatico e realizzare il riscatto del sé

Rosanna Pellicani, Artista - Esperta in espressione creativa e artiterapie

Il trauma è parte integrante dell'esperienza carceraria; 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 delle carceri si chiudono per un tempo indefinito, di fronte al detenuto si spalanca un mondo "altro", una dimensione inimmaginabile. Privato di ogni punto di riferimento, il detenuto entra in un *luogo-non luogo* dove sarà necessario costruire una nuova immagine di sé. L'arresto è, a tutti gli effetti, un'esperienza traumatica: ad un certo punto un percorso narrativo si interrompe e ciò accade bruscamente. La percezione è di una minaccia all'identità personale fino alla possibile frammentazione del sé. È un dolore profondo che può generare fobie, stati depressivi e dissociativi. È appurato che alcuni detenuti provino sensazioni di angoscia e oppressione[1]. 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 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 oggettivo[2] davanti al quale l'arteterapeuta si trova e con i quali deve confrontarsi. 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, in questi casi, si pone come unico strumento per ritrovare l'equilibrio tra le tensioni, attraverso il processo di sublimazione[3]. 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, si crea un nuovo modo di vedere sé stessi. Qui si offre la possibilità di percepirsi intimamente come persona in grado di fare e di fare cose buone. Attraverso gli strumenti dell'arte, e il processo artistico come metafora della relazione, la persona può compiere un passo evolutivo in senso creativo. Il materiale con cui si confronta l'arteterapeuta è delicatissimo. Nel percorso terapeutico, l'esposizione delle opere prodotte in terapia - decisione che spetta al paziente, dopo l'invito del terapeuta - 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 le tracce della vulnerabilità umana ed elaborare il dolore.[4] Portare le artiterapie in luoghi di sofferenza come il carcere costituisce sempre una sfida forte. È rompere lo schema del *prigioniero di sé stesso* e dell'*etichetta sociale*. Le artiterapie spesso sono viste come laboratori per trascorrere un tempo in modo piacevole mentre sono, senza dubbio, luogo

[1] V. Pellicani; *Saggio per la mostra My Way, opere dal carcere. Laboratorio AT a cura di Rosanna Pellicani*, 2017, CC, Lodi.

[2] E. Kramer; *Art as Therapy with children*, La Nuova Editrice, Firenze, 1977.

[3] E. Giusti, L. Passalacqua; *Guarire con le arti drammatiche*; Sovera Editore; Roma; 2008.

[4] M. Lopez; *Arte, memoria y trauma: Aletheia, dar forma al dolor*; vol. 1, Editorial Fundametos; 2012;

di contatto profondo con una parte viva e sepolta di noi. Tutti gli attori sono coinvolti, a diversi livelli: mente, corpo, psiche, anima di chi è abita il setting terapeutico lavorano per trovare un assetto, un'armonia che possa integrare l'esperienza ed elevarla a livello universale. Spesso un detenuto viene tolto dal laboratorio senza alcun preavviso, aggiungendo trauma a trauma. Considerare anche questo elemento significa puntare subito su ciò che possiamo essere nel *qui ed ora*, assaporando il senso di libertà e bellezza insita nella creazione artistica, il vero senso che riscatta e salva da ogni lesione subita.

Bibliografia

Giusti E., Passalacqua L.; *Guarire con le arti drammatiche*; Sovera Editore; Roma; 2008.
Lopez M.; *Arte, memoria y trauma: Aletheia, dar forma al dolor*; vol. 1, Editorial Fundametos; 2012.
Kramer E.; *Art as Therapy with children*, La Nuova Editrice, Firenze, 1977.
Pellicani V.; *Saggio per la mostra My Way, opere dal carcere. Laboratorio AT a cura di Rosanna Pellicani*, 2017, CC, Lodi.