

N.7 - Dicembre 2019

Rivista semestrale della Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale

Autorizzazione Tribunale di Napoli n. 29/2012 del 23/05/2012

NEO FUNZIONALISMO E SCIENZE INTEGRATE

Nuove frontiere di cura, prevenzione, benessere nell'individuo e nella società

Rivista telematica



Il Trauma

S.E.F.
Scuola Europea di Formazione
in Psicoterapia Funzionale



S.I.F.
Società Italiana
di Psicoterapia Funzionale

NEO FUNZIONALISMO E SCIENZE INTEGRATE

Nuove frontiere di cura, prevenzione, benessere nell'individuo e nella società

REGISTRAZIONE

Autorizzazione Tribunale di Napoli n. 29/2012 del 23/05/2012

SEDI SEF

Napoli, Catania, Padova, Roma, Trieste

ISTITUTI CLINICI

Agrigento, Brescia, Catania, Napoli, Padova, Palermo, Roma, Trieste

REFERENTI IN ALTRE CITTÀ

Benevento, Firenze, Foggia, Messina, Milano, Parma

DIRETTORE SCIENTIFICO

Luciano Rispoli

DIRETTORE RESPONSABILE

Fabrizio Masucci

COMITATO SCIENTIFICO

Paola Bovo, Paola Fecarotta, Giuseppe Rizzi

REDAZIONE

Paola De Vita, M. Nadia Lucci

HANNO COLLABORATO PER LA REDAZIONE

E. Pedrelli, L. Rispoli, R. Vacca, C. Cannizzaro, A. Prudente, L. Sabella, B. Gasparella e M. Ligas

GRAFICA E IMPAGINAZIONE

Vopler.it | Agenzia Creativa

BLOGGING

Paola De Vita, M. Nadia Lucci

Informazioni

SEF - Via del Parco Comola Ricci 41, 80122 - Napoli

Tel. +39 081 0322195

info@psicologiafunzionale.it

www.psicologiafunzionale.it

Tutti i diritti sono riservati in tutti i Paesi.

Nessuna parte del presente volume può essere riprodotta, tradotta o adattata con alcun mezzo (compresi i microfilm, le copie fotostatiche e le memorizzazioni elettroniche) senza il consenso scritto dell'Editore.



SOMMARIO

N.7 - Dicembre 2019

Editoriale

Il direttore racconta

di Luciano Rispoli

pag. 3

Il Funzionalismo nei servizi

L'approccio del Neo-Funzionalismo al trauma in contesto emergenziale

di E. Pedrelli

pag. 5

Le nuove frontiere del Funzionalismo

Un approccio integrato al trauma tra la teoria polivagale di Porges e la psicoterapia Funzionale di Rispoli

di R. Vacca

pag. 11

Epistemologia. Teorie e modelli a confronto

Confronto tra teorie sul trauma

di L. Rispoli

pag. 17

Psicoterapia

Intervistiamo il Dott. Tagliavini

pag. 23

Psicoterapia

Il silenzio e la finzione

di C. Cannizzaro e A. Prudente

pag. 27

Psicoterapia

Il disturbo post-traumatico da stress: una review

di L. Sabella

pag. 33

Strumenti di intervento Funzionale

Uscire dal trauma il protocollo di intervento Funzionale

di B. Gasparella e M. Ligas

pag. 39



Editoriale

Il Direttore racconta

Oggi l'interesse per i traumi intensi è sempre più crescente proprio perché la società di oggi il nostro pianeta si trovano a dover subire situazioni molto drammatiche, particolarmente traumatiche, alle quali le persone che si trovano ad esserne coinvolte non possono rispondere con un'azione efficace e risolutiva, ma ne sono letteralmente travolte.

Pensiamo alle situazioni di guerra ancora oggi presenti, in modo così drammatico, in tanti paesi del medio oriente e dell'Africa del Nord, pensiamo agli atti terroristici che sono diffusi in tutto il mondo e che rivestono sempre di più caratteri estremamente drammatici, pensiamo alla tragedia della emigrazione dai paesi poveri o afflitti dalla guerra verso i paesi che (almeno fino ad oggi) sono ritenuti più ricchi e in grado di dare ai rifugiati vita e lavoro decenti. Pensiamo alle improvvisate sparatorie che stanno intensificandosi in particolare negli Stati Uniti, pensiamo alle manifestazioni violente che insorgono in numerosi paesi, e alle reazioni altrettanto o più violente di esercito e polizia nei loro confronti.

Per non parlare dei tanti femminicidi, delle violenze sulle donne, delle violenze di Baby gang sempre più giovani, delle violenze su persone che hanno altre fedi o altri colori della pelle, e persino di violenze su persone deboli e indifese.

Ma oggi ci sono ancora altre cause, altrettanto gravi, che possono produrre grandi tragedie e indurre gravi traumi, sono gli eventi drammatici che stanno sconvolgendo tutto il nostro pianeta. Parlo di grandi siccità che affliggono popolazioni intere soprattutto in Africa, violenti cicloni e tornadi, alluvioni, smottamenti di pezzi di montagna, incendi che devastano intere foreste e che cominciano a minacciare anche abitazioni e popolazioni dei paesi più civilizzati che si ritenevano al sicuro da tutto questo.

Ci sarebbe da aggiungere anche un senso oscuro di continua minaccia alla sopravvivenza del pianeta, del nostro habitat, alla sicurezza della nostra vita in generale che può esso stesso essere considerato un trauma, anche se non momentaneo ma continuativo.

Nel futuro immediato e più lontano dovremo fare fronte a tutto questo, a tutti questi eventi altamente drammatici e traumatici e (al di là delle azioni politiche che si dovrebbero urgentemente intraprendere per cercare di limitare il più possibile questo crescere di violenza e di emer-

LUCIANO RISPOLI

Fondatore della psicologia Funzionale e del suo modello integrato di psicoterapia. Fondatore della Scuola Europea di Formazione in Psicoterapia Funzionale (SEF), della Società Italiana di Psicoterapia Funzionale (SIF) e della EIPF. Membro attivo sin dall'inizio di Organizzazioni Internazionali della Psicoterapia: già Presidente della Società Italiana di Psicoterapia e Psicologia Clinica. Membro onorario dell'EABP, membro fondatore del CSITP. Presidente onorario della Associazione Italiana per la Psicoterapia Corporea (AIPC). Dirige per Alpes Italia la collana "Il Neofunzionalismo" dove sono già stati pubblicati vari volumi. Ha scritto 22 libri, ha partecipato a 21 libri e ha pubblicato oltre 150 articoli in Italia e all'estero.

genze) dovremo essere sempre più preparati per aiutare singoli individui o gruppi di persone o parte di intere popolazioni, affinché non rimangano schiacciati e definitivamente compromessi dai grandi traumi, e possano riprendere la loro vita, e anche il loro impegno e la loro battaglia per un mondo diverso.



Il Funzionalismo nei servizi

L'approccio del Neo-Funzionalismo al Trauma in Contesto Emergenziale

a cura di

Enrica Pedrelli, Psicologa e Psicoterapeuta Funzionale

Da anni ormai mi occupo di Psicologia dell'Emergenza come volontaria e come Presidente di SIPEM ER (Società Italiana Psicologia dell'Emergenza sez. Emilia Romagna) seguendo, più o meno direttamente le vicende emergenziali italiane di questi ultimi quindici anni, e ho maturato la convinzione che l'ambito emergenziale, pur avendo un suo specifico, sia strettamente correlato al trattamento del trauma. Dalla Psicologia dell'emergenza, infatti, sono scaturiti negli anni dei contributi, sia teorici che metodologici, alla comprensione e al trattamento del paziente traumatizzato.

La condizione emergenziale può riguardare diversi contesti: per numero di persone coinvolte e numero di risorse che vengono attivate per far fronte. In letteratura si differenziano tre tipologie: incidente semplice, incidente complesso e disastro o catastrofe. Il comune denominatore di questi eventi è la valenza potenzialmente traumatica per le vittime e per i soccorritori che intervengono. Fattori normali della condizione emergenziale sono, a tal proposito: la imprevedibilità, il bisogno di un intervento immediato e la sproporzione tra risorse e bisogni. Quest'ultimo fattore è correlato al sistema che viene colpito dall'evento.



Si definisce Psicologia dell'Emergenza "...un ambito assai ampio di studio e applicazione delle conoscenze psicologiche in situazioni critiche fortemente stressanti, che mettono a repentaglio le routine quotidiane e le ordinarie capacità degli individui e delle comunità di far fronte ad avversità di ampia magnitudo, improvvise e urgenti. Le quali sono determinate da eventi di grande dimensione collettiva (maxiemergenze), ma anche da circostanze gravi ma più circoscritte della vita quotidiana."

[Link di Approfondimento](#)

Fig. 1 - 6 aprile 2009 il paese di Onna (L'Aquila) è raso al suolo dal terremoto

Slide 1. Incidente semplice, incidente complesso e catastrofe		
	CARATTERISTICHE	SINONIMI
Incidente semplice	Singola persona coinvolta (che viene vittimizzata), o problema affrontabile con intervento di singola organizzazione	Infortunio Evento tipo A
Incidente complesso	Più persone coinvolte (che si sentiranno isolate ma coese), o necessità di più enti e loro coordinamento	Incidente collettivo Incidente maggiore (I/IV livello: 5/10/25/50/100 feriti) Catastrofe ad effetto limitato Evento tipo B
Disastro (naturale/antropico) Catastrofe	Coinvolte molte persone (comunità) e le infrastrutture, necessità di risorse straordinarie e extraterritoriali	Maxi-emergenza Cat. Limitata <100 vittime Media 100-1000 Maggiore >1000

Siamo in contesto di disastro se il sistema colpito è la comunità, di fronte ad esempio al terremoto o altra catastrofe. Siamo in contesto di incidente semplice se il sistema colpito è un

individuo che ha appena ricevuto una cattiva notizia (una diagnosi nefasta sulla sua salute, sul suo lavoro etc.) oppure è rimasto vittima di incidente sul lavoro o stradale, etc.

Oggi sappiamo che quando accade un evento critico e si crea un contesto emergenziale, è importante intervenire con immediatezza non solo sul piano medico-sanitario ma anche su quello psicologico; e assistiamo ad una attenzione sempre più puntuale anche agli aspetti peritraumatici da parte degli operatori della sicurezza e della sanità. Il modello seguito è quello dell'Urgenza Sanitaria, che interviene direttamente sul luogo dell'evento, grazie all'organizzazione dei 118. Anche lo Psicologo dell'Emergenza sempre più spesso si trova nella possibilità di intercettare la comunità e gli individui coinvolti nel corso dell'emergenza stessa o a ridosso della conclusione dell'evento. Come possiamo rap-

presentare l'evento trauma? Una delle raffigurazioni più diffuse è questa nella slide n. 2

La condizione di emergenza è caratterizzata da:

- *circostanza improvvisa ed imprevista;*
- *situazione che richiede un intervento urgente, immediato;*
- *sproporzione tra bisogni e risorse disponibili.*

Gli effetti del **trauma**: cosa accade nel nostro organismo



Slide 2. Gli effetti del Trauma sull'organismo

Le linee nere che corrono orizzontali nella slide 2 indicano la persona in un supposto equilibrio ovvero in un momento normale in cui affronta la giornata con il suo solito equilibrio e si percepisce sufficientemente capace. Nel momento in cui arriva un evento potenzialmente traumatico abbiamo come una saetta che interrompe l'andamento quotidiano. L'evento colpisce in modo profondo e va a disequilibrare o dis-regolare quello che è il flusso di regolazione della persona. Prima si sentiva sufficientemente bene, come suo solito, poi vive di fatto una disregolazione che manda in Distress Stress negativo e cronicizzante) tutto l'organismo. Secondo Van Der Kolk (1996) l'evento traumatico è inteso come un evento stressante dal quale l'individuo non può sottrarsi e che supera la sua capacità di resistenza. Il contesto emergenziale per definizione è tale per cui le persone non hanno sufficienti risorse per farvi fronte, e dunque crea sempre dissesto. Possiamo dire che in emergenza è normale andare in Distress. Lo stato di Distress non è evitabile per l'organismo, il quale reagisce per proteggersi dalla potenza distruttiva dell'evento attivando il sistema deputato alla reazione di fronte al pericolo. Il senso di pericolo, di morte e distruzione che gli eventi producono nelle persone sono fronteggiati grazie all'attivazione di risorse eccezionali a carico dei sistemi vitali e in particolare a carico del Sistema Nervoso Autonomo che viene iperattivato.

Ma un fenomeno da non sottovalutare è anche quello della traumatizzazione vicaria (McCann et Al., 1990), o traumatizzazione secondaria, che indica il possibile contagio che un fatto traumatico esercita su tutti coloro che interagiscono o vengono in contatto con la situazione che si è creata.

“Le tecniche per l'infanzia prevedono l'uso dell'immaginazione, del disegno e delle favole.”

Slide 3. Le Vittime

Destinatari Psicologia dell'Emergenza
Chi necessita di un intervento?
LE VITTIME (Taylor, Frazer 1981)

- Vittime di I tipo: chi direttamente subisce l'impatto dell'evento
- Vittime di II tipo: parenti o persone care dei defunti o dei superstiti
- Vittime di III tipo: i soccorritori, operatori dell'emergenza/urgenza
- Vittime di IV tipo: la comunità coinvolta nel disastro
- Vittime di V tipo: chi pensa che sarebbe potuto essere lui una vittima del disastro.

Ci sono procedure in Psicologia dell'Emergenza che aiutano l'operatore ad alleggerirsi dai fardelli che rischia di portare a casa concluso l'intervento, ma molto può essere prevenuto sia nella preparazione del soccorritore che nella fase successiva al rientro dalla missione. Ed anche lo Psicologo Clinico, nell'intimo dello studio privato in cui accoglie il paziente, deve poter considerare la valenza traumatica di momenti di condivisione con la vittima-paziente e conoscere i processi di regolazione dell'organismo e di riequilibrio.

Se è normale andare in Distress a fronte di un evento eccezionale, allora chi si occupa di emergenza e di trauma non può non conoscere i processi regolatori dello stress e non utilizzare metodologie che siano di prevenzione dello stress cronico per se stesso. Una persona sottoposta all'evento stressante nella sua attività di soccorritore avrà capacità e resilienza in misura maggiore se non sarà già in sofferenza, se il suo organismo non si sarà già strutturato in una cronicità di attivazione riducendo la potenzialità dei suoi Funzionamenti di Fondo. Lo stress cronico, infatti, riduce le capacità di fronteggiare gli eventi critici

Il Neo-Funzionalismo ha introdotto nello studio dello stress concetti e metodologie che aiutano lo psicologo ad operare nella prevenzione, e nella prevenzione dello stress traumatico in particolare (L. Rispoli 2011, 2016). Ad esempio il concetto di **Filtro Funzionale** (Rispoli 2011, SEF 2016) evidenzia come tutte le Funzioni si attivino nella direzione di contribuire a rispondere in modo adattivo agli stimoli stressanti e come il Filtro è limitato in questo suo compito nella misura in cui le Funzioni e le Esperienze di Base coinvolte sono irrigidite e alterate. "... alcuni Funzionamenti di Fondo fanno da filtro tra gli stressor e gli effetti negativi e patologici che questi possono avere sulla persona. Ed è la condizione preesistente di questo filtro, più o meno funzionante o alterato, a produrre risposte differenti di vari soggetti ad uno stesso stressor" (L. Rispoli, 2011, pag. 16).

Il contesto di Psicologia dell'Emergenza ci mostra come sia importante ripristinare una capacità di base della vittima, affrontando il distress che l'evento critico ha creato, prima di entrare nel merito del trauma o anche prima di sviluppare un progetto terapeutico vero e proprio. Diversamente è come se iniziassimo un lavoro avendo una membrana più o meno spessa che ci separa dalla nostra vittima-cliente. Membrana creata dall'evento critico che si configura genericamente come Distress acuto ma che può nel tempo cronicizzarsi e strutturare alterazioni importanti

a carico dei Sistemi Integrati (L. Rispoli, 2016). Vale a dire che con questi pazienti è importante dedicare un tempo a quella che viene definita stabilizzazione, per poi affrontare al meglio il percorso terapeutico.

Alcuni autori (D. Siegel, P. Ogden, B. Van der Kolk, J. Fisher, K. Steele) utilizzano il concetto di Finestra di Tolleranza per indicare i confini entro i quali il soggetto vittima di trauma si definisce stabile. Ovvero si ipotizza che l'evento traumatico in quanto tale provochi una reazione eccessiva della vittima, tale per cui tutta la sua capacità adattiva è utilizzata per far fronte all'evento di per sé, e non può essere impiegata nei processi di riequilibrio. Essere "fuori dalla finestra di tolleranza" è normale a fronte di eventi eccezionali e, come detto in precedenza, è normale andare in Distress acuto. Passato il momento critico però questo stato può perdurare e il soggetto traumatizzato risulta ancora in condizioni di choc traumatico, con una cronicità di reazione stressata.

Il concetto fondamentale è che quando il paziente è in Distress in correlazione con il trauma, spesso (per condizioni alterate precedenti) non riesce a integrare ciò che è sconnesso, non riesce a recuperare condizioni di equilibrio psico-corporeo. Per questo il concetto di stabilizzazione si è diffuso in tutto l'ambito della psicotraumatologia, che ha cercato strategie e metodi che si sono sempre più orientati ai processi psicocorporei nel tentativo di modulare il Sistema Nervoso Autonomo.

Il Neo-Funzionalismo da sempre si occupa dell'integrazione originaria dei Sistemi vitali, e di metodi di intervento su di essi: non solo sul SNA ma anche del Sistema Nervoso Centrale e Periferico, sul Sistema di Pensieri ed Emozioni, sul sistema Endocrino, sul Sistema Senso Motorio Percettivo-Espressivo (L. Rispoli, 2016). Da sempre si occupa di stress e di cura dello stress per cui è possibile poter integrare le competenze complesse del Modello Funzionale nel contesto emergenziale-traumatico, per individuare una proposta metodologica utilizzabile dal clinico. In questo caso si tratta di una proposta relativa alla prima fase di intervento, la fase di stabilizzazione, valida per il post-emergenza ma anche per la clinica del trauma.

Si tratta di una proposta di Riequilibrio Funzionale (E. Pedrelli 2010, 2016; E. Pedrelli, L. Rispoli 2014) che possa supportare il ripristino di alcune Esperienze di Base del Sé tra cui quella del **Controllo** (L. Rispoli 2004). L'EBS Controllo, infatti, è una delle più disturbate dall'evento traumatico improvviso, che annichilisce e sgomenta facendo sentire del tutto impotenti e vulnerabili. Se all'inizio la vittima può vivere momenti di assoluta confusione e instabilità, col procedere del tempo, utilizzerà la sua attenzione in modo rigido per tenere a bada disagio, paure e sintomi correlati al trauma. La vittima traumatizzata può sviluppare vere e proprie fobie che supportano le sconessioni e alterazioni delle Funzioni correlate all'evento traumatico. Come a continuare a tenere lontano i vissuti angosciosi e a non ripercorrere il trauma. E il Controllo si configura come l'EBS che fa da sentinella in modo spasmodico e irrigidito, sostenendo l'evitamento, orientando la vittima a limitare i movimenti e l'espressione, a tenere a bada alcune emozioni, a ridurre le aspettative positive e i desideri.

Con il **Riequilibrio Funzionale** lavoreremo principalmente sulle EBS: Far scendere verso il basso, Lasciare, Aprire e Vitalità. Le tecniche della Psicologia Funzionale ci permettono di approssicare la vittima adattandoci al singolo e focalizzando l'attenzione sulle specifiche EBS che permettono di disattivare la spasmodicità alterata dei Sistemi Integrati, e ripristinare le interconnessioni e le integrazioni preesistenti. L'Esperienza di Base della **Protezione** è la cornice che deve sempre essere garantita in un setting che anche in emergenza possiamo creare, sicuro ed accogliente, con i nostri soggetti instabili. Definito il setting lavoreremo nel ripristinare un

funzionamento equilibrato tra alto e basso (non facendo salire tutto nella testa), nell'integrare il sentire con il movimento, nel ripristinare la gamma, la mobilità e la modularità dei Movimenti. Un lavoro iniziale di allentamento ed apertura aiuta a riconnetterci con gli altri e con il mondo, in una ripresa di energia e vitalità, ripristinando una percezione di realtà più solida, in cui le coordinate spazio temporali, esperite attraverso le Funzioni Movimento e Percezioni sensoriali, aiutano a definire meglio il qui e ora del momento e il **senso di interezza** che correlato.

Percepire la propria presenza emoziona, talvolta commuove, e orienta la vittima a fare maggiore attenzione a Sé, avendo recuperato un sollievo preziosissimo. Questo sollievo sarà movente di un'iniziale Affidarsi e lasciarsi guidare per meglio recuperare un'Attenzione morbida e non ossessiva, una Percezione più corretta della realtà, un senso fondamentale di Consistenza (Sicurezza). Si attiva così un percorso virtuoso che aiuta la vittima ad allontanarsi da quella iperattivazione maladattiva che non lascia spazio ai processi integrativi e di riequilibrio, primo passo importante dopo un evento traumatico.

Bibliografia:

- Di Giovanni C., Ingoglia S. (2012). Genitorialità e Benessere: un percorso di formazione per genitori con figli adolescenti in Ingoglia C., La progettazione di interventi psicosociali. Roma, Carocci.
- Di Giovanni C. (2014), Funzionalismo, Stress e Benessere nei servizi sanitari, in Neo-Funzionalismo e Scienze integrate. Nuove frontiere di cura, prevenzione e benessere, S.E.F. Rivista Telematica n.2 settembre 2014.
- Rispoli, L. (1993). Psicologia Funzionale del Sé. Roma, Astrolabio.
- Rispoli, L. (1996). "Le esperienze fondamentali del Sé come nucleo centrale della psicoterapia", in Piccini F., Bavestrello D. (a cura di), Insuccessi in psicoterapia, Milano, Franco Angeli.
- Rispoli, L. (2004). Esperienze di Base e sviluppo del Sé. Milano, Franco Angeli.
- Rispoli, L. (2010-2014). Il Manifesto del Funzionalismo Moderno. Roma, Alpes.
- Rispoli, L., & Di Nuovo, S. (2011). L'Analisi Funzionale dello Stress. Milano, Franco Angeli.
- Rispoli L. (a cura di), (2013-2018). Il Counseling Funzionale. Nuove frontiere del Counseling. Roma, Alpes.
- Rispoli L. (2016), Il corpo in psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi integrati. Milano, Franco Angeli.



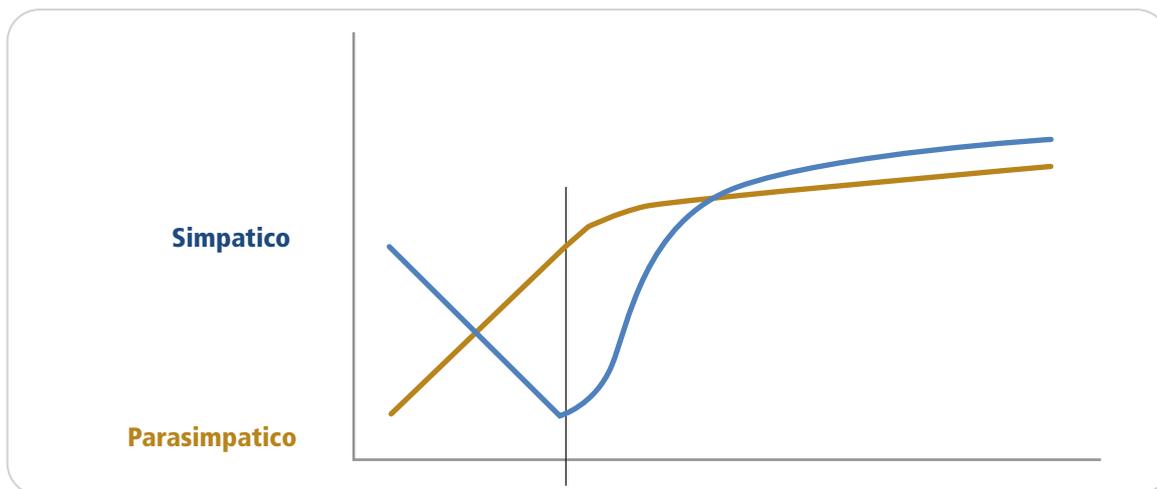
Le nuove frontiere del Funzionalismo

Un approccio integrato al trauma tra la teoria polivagale di Porges e la psicoterapia Funzionale di Rispoli

a cura di

Roberta Vacca, Psicologa e Psicoterapeuta Funzionale

La teoria polivagale di Porges e la prospettiva Neo-Funzionale di Rispoli forniscono due approcci differenti nell'analizzare le risposte di adattamento all'ambiente, i comportamenti socio-affettivi e comunicativi e la psicoterapia nel trattamento del trauma, specificamente nel funzionamento del vago.



Secondo Porges, quest'ultimo segue una sequenza gerarchica delle risposte di adattamento: di mobilitazione (attacco-fuga) e immobilizzazione (attivazione dorso-vagale, finta morte, blocco totale del comportamento). I comportamenti adattativi sono affidati a tre circuiti neurali, rispondenti a un diverso stadio filogenetico del sistema nervoso autonomo (dei rettili, dei mammiferi, dei primati), ciascuno **collegato ad un diverso sistema di feedback** interessato dal vago. In caso di pericolo estremo, si verifica una regressione del sistema nervoso dai più recenti atteggiamenti positivi di comportamento sociale a quelli più primitivi di "attacco-fuga", freezing.

Il Neo-Funzionalismo non riconosce la separazione gerarchica tra i vari livelli di funzionamento del vago (ramo dorsovagale/ventrovagale) e ritiene che vi sia in realtà una loro integrazione; per cui le risposte adattive, di difesa e di azione, riguardano **tutte le innervazioni del vago e tutti i livelli del corpo**.

La sensazione d'impotenza di fronte al pericolo è dovuta alla carenza di risorse interne piuttosto

che alla mancanza di regolazione. Alla base dello stato di **freezing/congelamento** (immobilità + dissociazione), c'è la **sovraattivazione contemporanea di Simpatico e Parasimpatico**

Freezing: il parasimpatico attivo sovrasta l'attività del Simpatico: freno ed acceleratore insieme

che determina il crollo del controllo e l'impossibilità di fronteggiare l'evento; il logoramento, già in atto, impedisce all'organismo di attingere pienamente alle proprie risorse perché impegnate nella condizione di distress causata dalla persistenza e ripetitività del trauma, il quale stressa le capacità dell'individuo fino ad annullarle.

Ciò comporta ansia, depressione, senso d'impotenza; tachicardia; blocco vigile, rigidità muscolare, mancanza di tonicità; esclusione del movimento tranne che per respirazione e movimenti oculari; sentirsi sconnessi e incapaci di chiedere

assistenza, etc. La risposta difensiva del collasso (shut down) non deriva dall'eredità rettiliana, non rappresenta un "paradossale vantaggio adattivo" (Rispoli, 2019) ma un disfunzionamento globale dell'organismo-persona che può portare a collassare in situazioni di estremo pericolo. L'attivazione del simpatico non è legata a un adattamento filogenetico, e non avviene solo in caso di pericolo (è infatti presente in molti funzionamenti di attività e di azione, positivi e non di reazione a pericoli). La mobilitazione complessiva avviene su tutti i livelli psico-corporei e l'espressività emozionale non riguarda solo la rabbia o la paura ma altre emozioni e altri funzionamenti, quali la Sicurezza, la Forza, la Fierezza, l'Assertività, l'Autoaffermazione, etc.

Rispetto al **senso di sicurezza**, secondo Porges, se l'ambiente è percepito come sicuro, l'intero organismo è regolato in modo da promuovere il ristoro e lo scambio sociale.

Al contrario, il Neo-Funzionalismo ha dimostrato che lo stato di sicurezza percepito si attiva sia in condizioni di vagotonia sia di lieve simpaticotonia (Rispoli, 2016). La capacità di sentirsi

al sicuro è piuttosto legata alla possibilità di modulare, di muoversi nella gamma di specifiche EBS: Benessere, Essere tenuti, Essere presi, etc.

Pertanto, la competizione bio-psico-sociale tra il sistema simpatico e il sistema parasimpatico è impensabile: entrambi concorrono e collaborano per l'azione adattiva e autoregolativa dell'organismo-persona, insieme con la gamma ricca di sfumature che vede sul piano fisiologico la compresenza delle due polarità: simpaticotonia – vago-

tonia come ambedue aventi diritto di pienezza espressiva nel benessere dell'individuo, sia in situazioni di pericolo sia di sicurezza. (Rispoli, 1994; 2004; 2016).

Lo stato di sicurezza si attiva sia in condizioni di vagotonia sia di lieve simpaticotonia

Trauma:sintomi vs. ricordo

Il trauma è una ferita relativa ad un accadimento che intacca o interrompe il senso di noi stessi, della nostra vita. Ha una natura psico-fisica con effetti su sensazioni, pensiero, comportamento. Il sistema nervoso "traumatizzato" è intrappolato in uno stato di allerta e di simpaticotonia cronica e fissa come se il pericolo fosse persistente.

Le persone sono vittime di uno stato di sospensione, che possiamo definire il "**TROPPO**": una condizione che si muove contemporaneamente tra il ricordare troppo e troppo poco... bloccando la persona nell'esperienza traumatica, continuamente riattualizzata e mai superata.

In un evento traumatico **succede qualcosa di troppo, qualcosa si rompe, il sistema organismo è sregolato non funziona più come prima.**

Ai fini di una "guarigione" non è necessario ricostruire ed elaborare consapevolmente l'evento traumatico in tutti i suoi dettagli. La persona traumatizzata, nel ricordare il trauma, non sempre lo riconosce come ricordo, ma reagisce come se stesse accadendo qui ed ora.

L'origine traumatica dei ricordi si traduce nell'immagazzinamento separato di frammenti congelati a tutti i livelli.

*Il trauma comprende:
alta attivazione, dissociazione e congelamento. Cosa caratterizza l'evento? l'intensità, la velocità, l'essere inatteso/inaspettato, la ricorrenza*



La narrazione di sé non è un resoconto fedele, ma un risultato del proprio vissuto emotivo, una traccia percettiva con una visione della realtà che è interamente soggettiva. Non c'è una narrativa logica e coerente; al contrario, il sistema limbico esprime la sua attivazione alterata attraverso modifiche dell'arousal emotivo, della fisiologia corporea e dell'azione muscolare (Bessel Van DerKolk, 2014). Secondo l'automatismo psicologico di Janet, le persone traumatizzate continuano a ripetere le azioni, a provare le emozioni, a sentire le sensazioni legate al trauma, inconsapevoli e incapaci di fare una distinzione tra là e allora e qui ed ora.

Breuer e Freud avevano affermato l'utilità della "scarica energetica" dell'evento traumatico, anche se per loro l'affetto rimane attaccato alla memoria e non può essere scaricato.

I trigger sono elementi del presente scatenanti, in qualche misura associati all'esperienza traumatica e in grado automaticamente di sollecitarla

In realtà noi affermiamo qualcosa di molto diverso: prendersi cura di una persona traumatizzata è aiutarla a non avere paura di "ritornare" bisognosa di cure e di attenzioni, a non temere i sintomi fisici e le improvvise riattualizzazioni; le quali, questa volta, a distanza di tempo, possono essere riattraversate insieme in un setting protetto qual è la psicoterapia.

L'obiettivo della terapia per il Neo-Funzionalismo è integrare gli elementi dissociati del trauma nella condizione corrente della vita per annullare i processi di logoramento.

L'apertura delle sensazioni è la via di accesso alla memoria non verbale del trauma. Il terapeuta lavora tecnicamente per superare i **trigger** specifici che mantengono attive le memorie traumatiche (non solo cognitive ma di tutto l'organismo).

Il minimo comune denominatore nel trauma è l'intrusione nei nostri confini corporei, emotivi e cognitivi. Le tecniche di neuroimaging funzionali mostrano come l'impronta traumatica rompe l'equilibrio dell'organismo impedendone la funzionalità a tutti i livelli. Tra gli altri, nel livello emotivo si verifica uno stato di paura persistente che ostacola l'esame di realtà e produce alterazioni di vario grado anche sugli altri livelli del Sé.

Il trauma, impattando sui Funzionamenti di fondo e alterandoli, comporta l'iperattivazione di: vie neuronali e neurovegetative, determinati neurotrasmettitori, respiro toracico, soglie percettive del dolore, etc. L'attivazione simpaticotonica cronica (con possibili crolli vagotonici) si verifica a causa della presenza di traumi anche ripetuti. L'alterazione prodotta da più episodi compromette le EBS in particolare della Calma, della Forza, della Consistenza, etc. rendendole carenti; per cui la persona perde la propria flessibilità nel passare dall'una all'altra a prescindere dall'evento in sé. I sintomi del trauma sono **svegli interne** che possono restare latenti per decenni e in genere non si manifestano singolarmente ma a gruppi (sindromi).

In relazione alla condizione traumatica e al suo persistere, possiamo distinguere differenti evoluzioni sintomatologiche: a) fase acuta (es. immagini intrusive o "flashback, ipervigilanza, etc.), b) breve/medio termine (attacchi di panico, ansia, fobie, vuoti mentali etc.), c) lungo termine (derealizzazione, depressione, malattie psicosomatiche, etc.).

Diagnosi, cura e tipi di trauma

Da un punto di vista diagnostico non è utile considerare la dicotomia simpatico-parasimpatico (pericolo vs. sicurezza). Individuare quale sia lo stile abituale di attivazione del paziente – che Porges mappa misurando le entità delle reazioni del SNA lungo un continuum tra ipoarousal e

iperarousal – è utilizzabile se inteso come stereotipia di funzionamento che determina la simpaticotonia cronica, per cui Calma, Benessere, Condivisione diventano carenti.

La teoria delle polarità come false antitesi, invece, spiega come il benessere del Sé dipenda tanto dalla sicurezza (uno dei due poli) quanto dal pericolo o dall'ostacolo da superare (l'altro polo) al fine di attivare i funzionamenti più appropriati: senza percepire il pericolo, senza attivazione, non sentirem-

*Determinanti sono:
la traccia dell'evento, il contesto, le risorse interne.*

mo la sicurezza e la calma, e viceversa (Rispoli, 2016). Una persona affetta da sindrome traumatica ha la tendenza abituale ad essere nell'allarme perché rimangono cronicamente attivate alcune Funzioni: tono muscolare tendente all'ipertono, respiro simpaticotonico toracico, paura al di là della realtà alimentata da fantasie, preoccupazioni, ricordi terrifici etc.; al minimo accenno di un potenziale pericolo (reale o immaginato) tutti i circuiti psico-corporei si attivano nella modalità stereotipata alterata. E il soggetto si ritrova come se fosse in una condizione di stress violento che non permette realmente di reagire.

Il progetto terapeutico lavora per sciogliere i disfunzionamenti psico-corporei di cui abbiamo già parlato (non solo quello del SNA), e individuati in base alla specifica configurazione di quel paziente. Il tutto per ripristinare i Funzionamenti che si erano alterati.

Dunque, ancora una volta possiamo precisare che per il Neo-Funzionalismo quando un pericolo viene meno, non è a uno stato di regolazione (ipotizzato come perso) che la persona ritorna, ma ad una condizione complessiva di Allentamento proprio delle EBS che sono quelle del Lasciare, della Calma, della Forza Calma, della Consistenza, del Benessere: sensazioni aperte e positive, respiro diaframmatico pieno, tono muscolare morbido, percezione chiara e ampia della realtà, serenità di fondo, sguardo morbido, presenza di endorfine e dopamina, poca adrenalina, etc. Distinguere il tipo di trauma è fondamentale per diversificare il tipo di intervento terapeutico; qui se ne riportano alcuni esempi chiarificatori.

Traumi **recentissimi**: sono situazioni di emergenza nelle quali la configurazione cui riferirsi è quella del freezing: impotenza, impossibilità di agire per assenza di mezzi nel fronteggiare un pericolo troppo forte; la reazione è di crollo vagotonico (il collasso impatta tutti i sistemi). L'obiettivo è quello di interrompere tale condizione lavorando su riequilibrio dei Funzionamenti che produca una capacità di ritornare al reale, ad una condizione nuovamente positiva, complessa e articolata (mentale, emotiva, corporea etc.).

Traumi **antichi**: non c'è paralisi, si lavora sui Funzionamenti alterati di quel soggetto per arrivare a recuperare benessere senza dover necessariamente richiamare cognitivamente (per diminuirne la carica emotiva negativa) l'evento traumatico stesso. In realtà gli interventi di diminuzione della carica emotiva del trauma (varie tecniche di decondizionamento) spostano l'attività cerebrale sul livello cognitivo-razionale (come si può rilevare dalla neuroimaging) ma non recuperano i Funzionamenti di fondo che si erano alterati in tutti i loro livelli psico-corporei. Nel trauma di **tipo relazionale**, il soggetto tende a percepire l'Altro come fonte di estremo pericolo; poi, in caso di **abuso ripetuto**, il paziente si disprezza per essersi sentito impotente di fronte alla paura panica, prova un sentimento di vergogna mortifero perché mantiene un contatto con l'abusante da cui è dipendente; si sente colpevole, si ritiene responsabile di aver contribuito con il suo atteggiamento al verificarsi dello stesso. C'è una grande confusione emozionale tra odio e amore, piacere e dolore.

La mission del terapeuta Funzionale

Nel trattare l'eredità traumatica, la mission non è tanto stabilire cosa sia realmente accaduto ma aprire – insieme con la persona – tutti i Funzionamenti che portano con sé le impronte traumatiche, per scioglierle senza più esserne sopraffatti. E' importante superare i sentimenti di vergogna e far rendere conto che non c'è colpa.

Più che capire cosa nell'ambiente stimola nell'attuale le reazioni legate al trauma, bisogna sciogliere le conseguenze del trauma attraverso Contatto, Essere tenuti, Calma, Allentamento

La terapia ha l'obiettivo di sciogliere le conseguenze del trauma attraverso il riattraversamento e la riapertura delle EBS alterate.

del Controllo, Condivisione e Alleanza, Continuità positiva etc., riattraversando queste EBS più e più volte per ripristinare il Benessere perduto nell'ambiente terapeutico sicuro. Sulla funzione contenitiva e protettiva del setting terapeutico, Porges sottolinea che è necessario creare le condizioni di sicurezza per ripristinare l'omeostasi fisiologica senza la quale l'individuo è incapace di regolazione fisiologica ed affettiva (Porges, 2014). Al contrario, per Rispoli: "la regolazione degli stati fisiologici non avviene soltanto all'interno

di un contesto sicuro rappresentato esclusivamente dalla mente della madre", o, in psicoterapia, dal terapeuta (Rispoli, 2016). La persona ritrova i propri Funzionamenti, e di conseguenza la capacità di regolazione, che le è propria autonomamente sin da bambino, riprende la sua pienezza.

Nella psicoterapia Funzionale, i cambiamenti:

- non sono semplicemente modifiche espressivo-emozionali legate all'autoregolazione fisiologica;
- sono legati al ripristino di capacità, al recupero di Funzionamenti di fondo alterati o carenti.

Il setting terapeutico si caratterizza sì per la sicurezza, ma anche per un clima di accoglienza e di apertura, per la chiarezza su obiettivi e metodi utilizzati al fine di creare una buona alleanza. Così il terapeuta "nuovo genitore" potrà accompagnare il paziente nel viaggio del riattraversare le EBS carenti o alterate. A proposito della voce del terapeuta, la tonalità vocale nel dialogo clinico è un importante strumento di lavoro.

Secondo Porges:

- le frequenze più alte sono associate alla presenza di ansia e paura;
- i toni bassi e volume alto sono associati a rabbia e aggressività.

Secondo Rispoli la voce:

- è una Funzione psico-corporea che si modula dai toni più bassi a quelli più acuti, dalla voce sussurrata a quella piena e forte, a seconda dell'Esperienza di Base che la persona sta attraversando in quel momento;
- in particolare quando è diaframmatica, calma, non di gola né di testa (polarità opposta rispetto a grida e rimproveri) è espressione di benessere in terapia.
- È, infine, uno degli elementi utilizzati dal terapeuta nella sua funzione di Sé ausiliario: supporto ben definito alla conduzione di tecniche ed esperienze correttive atte a recuperare in modo preciso e chiaro le EBS.

Bibliografia:

- Rispoli L., Il Corpo in Psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi integrati, Franco Angeli, Milano, 2016
- Rispoli L., Vacca R., Pedrelli E., Porges' Polyvagal theory and its possible impact on clinical practice: The Neo-Functionalism perspective; Vol.2 n.60 2018 Rivista *Activitas Nervosa Superior Rediviva*

Epistemologia. Teorie e modelli a confronto

Confronto tra teorie sul trauma

a cura di

Luciano Rispoli, Fondatore del NeoFunzionalismo

Introduzione

Recentemente molti autori si sono interessati ai problemi e alle conseguenze degli eventi traumatici, e a come intervenire in maniera terapeutica sul trauma.

Dobbiamo subito precisare che le concezioni più antiche sul trauma sono oramai superate. Non è più possibile, nella maggioranza dei casi, reperire nella vita di persone che hanno problemi psicologici o somatici la presenza di un unico evento traumatico, un evento traumatico grave, in particolare nel periodo dell'infanzia, come si riteneva anni addietro.

Invece, nella vita delle persone possono esistere molti momenti traumatici, specialmente nelle relazioni che bambine e bambini hanno quotidianamente nella loro vita familiare con gli adulti, con i genitori, con altri parenti, con gli insegnanti. Dobbiamo comprendere che una situazione non positiva per i bambini rappresenta una condizione continuativa di trauma, e di conseguenza eventuali elementi patologici nella loro vita successiva di adolescenti o di adulti non sono, dunque, da riportare a isolati o unici momenti traumatici devastanti.

Anche se siamo in presenza di questo cambio di visuale, ancora oggi c'è un giusto interesse per le condizioni traumatiche molto forti che possono intervenire nella vita di una persona, dall'infanzia fino all'età adulta. In questo caso siamo in presenza di un evento che assume una particolare caratteristica di gravità con conseguenze molto intense sulla vita, sull'equilibrio e sul benessere della persona.



La teoria di Kekuni Minton

Kekuni Minton è stato il fondatore dell'Istituto di terapia sensomotoria, a Boulder in Colorado. Minton sostiene, e giustamente, che le ferite traumatiche sono intense e reali se prodotte dalla minaccia di qualcosa di potenzialmente letale per l'individuo. A queste minacce, secondo lo studioso, il soggetto risponde con delle difese primitive, che hanno una localizzazione nel cervello di tipo sottocorticale. Minton fa riferimento alla teoria dei tre cervelli di Maclean: un cervello filologicamente più antico, rettiliano, uno meno antico, il cervello dei mammiferi, e quello più recente appartenente ai primati, agli esseri umani.

In realtà questa teoria è datata (1913) ed è superata dalle concezioni più moderne sul cervello umano, che sostengono la sua plasticità, vale a dire la profonda interconnessione tra aree

cerebrali e la possibilità che un'area possa sostituire le funzioni dell'altra, oppure integrarle strettamente. In altre parole, è il modo di funzionare del cervello che utilizza varie aree, varie modalità, le quali non sono gerarchicamente costituite.

Minton invece sostiene che in caso di condizioni traumatiche severe si bloccano i funzionamenti dei cervelli più recenti e vada in funzione il cervello più antico, primitivo, con una risposta di attacco e fuga, oppure di sottomissione e di morte simulata.

La morte simulata è, in realtà, una modalità tipica degli animali di tentare di sfuggire a un attacco, ma è anche un tipo di messaggio che l'animale invia all'attaccante (per esempio buttandosi a terra e presentando il collo al nemico) di essere completamente indifeso; bloccando così (a un livello di comportamento istintuale) l'azione dell'attaccante. In questo modo la natura ha predisposto la salvaguardia di molte vite di diverse specie animali.

Dunque, le risposte di sottomissione e di morte simulata (detta anche freezing, congelamento) possono accadere nella vita quando ci sono degli eventi che la persona non può affrontare, non può risolvere, perché sono al di sopra delle sue possibilità. Ma questo non significa che in questi casi il funzionamento più recente e gerarchicamente superiore venga inibito e venga messo in atto quello gerarchicamente sottostante e più primitivo.

La memoria procedurale

Un altro concetto interessante e importante, per lo studio su trauma, è quello della "memoria procedurale". Secondo Minton questa memoria determina il nostro modo di esperire il presente, sulla base delle nostre esperienze passate. Quanto sostenuto da Minton rappresenta sicuramente un passo importante verso una concezione che focalizza le esperienze come momenti fondamentali nella costruzione del Sé, della vita della persona.

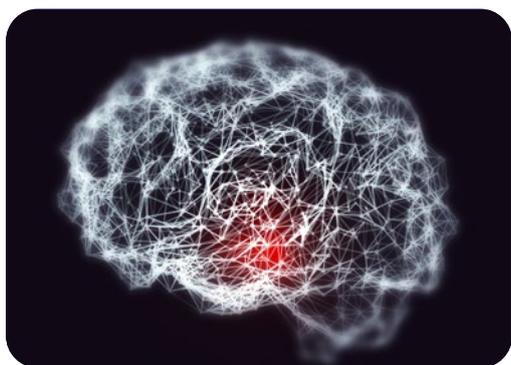
Anche nel Neo Funzionalismo si dà una grande importanza, un posto centrale, alle Esperienze di Base del Sé che rappresentano il modo di muoversi del Sé, di questo organismo unitario e complesso (mente corpo), nelle relazioni con se stesso e con il mondo. Interessante è a questo punto, allora, comprendere come le Esperienze di Base attraversate in infanzia e in adolescenza

influenzino successivamente la vita della persona. Non c'è dubbio che abbiano una influenza significativa; ma dobbiamo fare alcune precisazioni che descrivono in modo chiaro e dettagliato la teoria della psicologia Funzionale, differenziandola dalla teoria del trauma di Minton.

La prima differenza è che queste Esperienze di Base sono presenti tutte fin dall'inizio della vita della persona e sono esperienze importanti, fondamentali, perché il bambino possa conservare pienezza e salute, e sviluppare completamente le proprie potenzialità e capacità.

Un secondo punto rilevante è sul come sono costituite queste Esperienze di Base, cioè il fatto che comprendono tutti i livelli sia psichici che corporei di funzionamento della persona.

Il terzo aspetto riguarda il fatto che ci sono (ben individuate e determinate) numerose e differenti Esperienze di Base, e non tutte hanno la stessa influenza sul modo di esperire il presente del soggetto. Ci sono Esperienze che restano piene e che costituiscono un funzionamento e una capacità presenti nella vita attuale; ma ci sono altre Esperienze che rimangono bloccate,



non pienamente sviluppate, o alterate da elementi che non dovrebbero contenere, a causa di un ambiente (famiglia, scuola e altre figure adulte di riferimento) che non le ha aiutato, non ha aiutato la bambina e il bambino ad attraversarle positivamente e a conservarle intatte. Tutto questo per dire che non ci sono circuiti innescati nell'infanzia che si ripetono in modo così assoluto e meccanicistico attraverso una memoria procedurale genericamente prodotta da esperienze passate, ma che il funzionamento attuale, il modo di percepire ed esperire il presente, dipende da una configurazione complessa di varie Esperienze di Base: a seconda di quali siano le Esperienze di Base che il soggetto sta attraversando in quel momento, e a seconda di come queste Esperienze siano rimaste intatte, carenti o alterate.

Lavorare con il corpo

Oggi più che mai molti autori, molti modelli teorici, ammettono finalmente che è importante lavorare in terapia anche con il corpo per modificare alcune situazioni (o in definitiva tutte le situazioni) che rendono la vita della persona non piena. Il corpo entra in psicoterapia, finalmente riconosciuto da quasi tutti, come un elemento centrale e insostituibile per la cura di patologie, problemi, disagi psichici. Anche nelle ferite traumatiche, tra l'altro, possiamo parlare di una sofferenza non solo psicologica ed emotiva ma anche corporea, e quindi diventa necessario lavorare su tutti e tre questi livelli

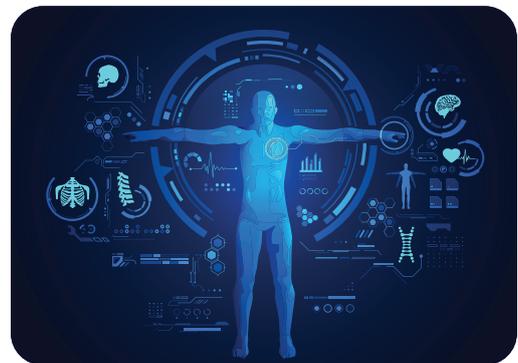
Ma la cosa importante è comprendere cosa fare realmente sui livelli corporei (così come su quelli emotivi e cognitivi), come intervenire realmente per agire nella direzione del curare, nella direzione voluta, per un reale profondo cambiamento. Per farlo è fondamentale avere una conoscenza approfondita di quali sono tutti i livelli psicocorporei (nella psicologia Funzionale vengono definiti Funzioni); ma non solo: è necessario avere una conoscenza molto approfondita teorica e clinica su quali sono le interconnessioni tra tutti i livelli psicocorporei del Sé, per poter veramente direzionare l'intervento affinché sia reale, efficace, profondo. Cosa fare sui vari livelli? Come intervenire?

Ma se oramai tutti concordano sul fatto che il corpo è integrato con l'intera persona, e che è un aspetto fondamentale nella cura, non si può ritornare a un concetto limitato e superato, cioè all'idea che il punto più importante per il cambiamento sia la autoconsapevolezza.

Per Minton l'abilità centrale che bisogna apprendere per cambiare noi stessi e l'altro rimane, invece, proprio l'autoconsapevolezza. Per l'autore è fondamentale la capacità di riflettere su stessi, senza di cui diventa molto difficile autoregolarsi. notare e cambiare i pattern di apprendimento procedurale abituali. E alla fine ritiene che bisogna comprendere la specifica credenza negativa e gli effetti di questa sul corpo, sulle emozioni, sul pensiero, ricalcando teorie più marcatamente cognitive.

Recuperare i Funzionamenti

Minton ritiene, con una visione sicuramente avanzata e interessante, che bisogna occuparci delle esperienze di attaccamento mancanti e recuperarle e trasformarle con il paziente. Senza qui addentrarci in una disamina del concetto di attaccamento (che sicuramente si configura



come una precoce concezione di funzionamento complessivo e non solo cognitivo), la domanda che ci si deve porre è come agire su queste esperienze.

Innanzitutto, si tratta di agire non soltanto su quelle di attaccamento (troppo poche e schematiche), ma sulle varie Esperienze di Base che risultino carenti o alterate, quindi su una pluralità di funzionamenti della persona. Rimane la domanda di come agire su questi funzionamenti, su queste Esperienze. A questa domanda il Neo Funzionalismo ha una risposta molto chiara, dal momento che le varie Esperienze di Base sono individuate in modo preciso, descritte e ben determinate, ciascuna con la specifica configurazione di tutte le Funzioni psicocorporee che la costituiscono. Questo ci permette di agire sui vari livelli psicocorporei in una direzione ben precisa, sinergica, e cioè nella direzione del recupero di quella determinata Esperienza di Base. Si tratti di recuperare una condizione di vagotonìa, o di tono muscolare troppo ipertonico, di emozioni meno dominate dalla paura o dalla preoccupazione, di movimenti più morbidi o più forti (sempre a seconda delle Esperienze di Base che stiamo recuperando), della presenza di neurotrasmettitori come serotonina o per altre Esperienze di adrenalina, o di dopamina, di recuperare sensazioni corporee propriocettive soffocate, di utilizzare determinati ricordi, di agire su valori che devono essere recuperati, su capacità razionali che sono state contaminate da un eccessivo e rigido controllo.

Contatto oculare e relazione corpo a corpo

Minton arriva a comprendere che nel lavoro con il corpo dei pazienti è indispensabile il contatto oculare, il tono di voce, la postura che comunica sempre qualcosa al paziente. Ma il Neo Funzionalismo, che da tempo studia e interviene su queste Funzioni, ha approfondito il modo in cui il contatto oculare, il tono di voce, i movimenti, le posture, vanno utilizzati per recuperare - come dicevamo prima - i Funzionamenti di fondo che sono stati alterati dalle condizioni traumatiche.



Come vedremo in un altro articolo di questo numero della rivista, l'intervento sulla Condivisione e sulla Apertura - per fare alcuni esempi ai quali si riferisce anche Minton - sono momenti importanti della terapia per il Disturbo Post Traumatico da Stress, ma non sono i soli, e soprattutto non vanno effettuati prendendo in considerazione solo i livelli cognitivi ed emotivi. Per i pazienti che hanno subito un trauma, aprirsi di nuovo ed essere in un contatto profondo con un'altra persona è molto importante ma non riguarda solo un'elaborazione astratta bensì tutta la persona complessivamente, mente-corpo. Dobbiamo però precisare che

stare in una relazione, anche profonda, non costituisce una condizione di stress, non richiede di tollerare i propri stati interiori e di controllarli per non proiettarli sull'altro, come ritiene la terapia sensomotiva.

Come vedremo ancora meglio, non si tratta di creare con il terapeuta una condizione che riporti la persona sul funzionamento del cervello più recente della Neo Cortex, su livelli più consapevoli e al contempo di non azione. Nella relazione terapeutica intervengono Esperienze di Base che non sono soltanto quelle della Calma, del Lasciare, dell'Allentare il Controllo; ci sono Esperienze di Base in cui vi è un'attivazione del sistema neurovegetativo, endocrino, di tutta la

persona, senza che questo significhi attivarsi per un pericolo e bloccare il cervello più recente, quello umano, a favore dei due cervelli più primitivi.

La teoria di van der Kolk

Secondo questo autore le esperienze traumatiche non sono ricordate, non sono controllabili, perché non integrate nella coscienza; per cui la terapia consisterebbe nel trasformare il rivivere il trauma in ricordarlo, collocando l'esperienza nel passato, integrando memoria implicita ed esplicita, dando voce alla narrazione del corpo.

Anche qui possiamo notare che, alla fine, si ritorna a una concezione precedente alla scoperta dell'importanza del corpo, una concezione non innovativa, basata sulla necessità di elaborare, rendere consapevoli, verbalizzare il non detto. Si parla di approcci bottom up (dal corpo alle nozioni, al pensiero), che comunque mantengono una scissione tra corpo e psiche, dal momento che, se si accetta finalmente la teoria della unitarietà mente-corpo, non ha senso parlare di direzioni che vanno dal basso verso l'alto e dall'alto verso il basso.

La terapia sensomotoria

La Psicoterapia Sensomotoria (PSM) si è sviluppata negli anni 80 dalle tecniche di mindfulness, e progressivamente integrata con i contributi della psicoterapia psicodinamica, Cognitivo-comportamentale, dalla teoria dell'attaccamento. Non si dovrebbe però dimenticare il contributo di due terapeute norvegesi, Bunkan e Thornquist, che già molti anni prima avevano studiato il collegamento tra movimenti ed emozioni, andando oltre l'approccio della psicomotricità, e parlando di terapia sensomotoria.

In ogni caso, quando si dice che il terapeuta si concentra su posture, tensione muscolare, movimenti, nella terapia sensomotoria s'intende ancora una volta incoraggiare il paziente a riconoscere come le sensazioni fisiche siano legate ad emozioni e pensiero, e a integrare queste esperienze corporee nel proprio vissuto.

Si continua, in definitiva, a ritenere come punto fondamentale il riconoscere da parte dei pazienti l'esistenza di una ripetizione di schemi corporei ripetitivi e automatici di lotta e fuga, di freezing o di sottomissione, innescati dall'attivazione dei sistemi di difesa.



Conclusioni

Se è vero che le persone che hanno subito un trauma vivono come se fossero sotto una minaccia continua (che però non è né chiara né sempre consapevole), per la psicoterapia Funzionale non si tratta di intervenire con lo scopo unico di rendere il paziente consapevole del proprio corpo e degli schemi di cui sopra, o di farlo arrivare alla capacità di regolazione emotiva che avrebbe completamente perduto. Né si tratta di aiutarlo recuperando in terapia unicamente una condizione di funzionamento protetto, (come sostengono le teorie di Minton), del funzionamento della Neo Cortex, del cervello più recente definito il cervello dei primati e degli umani.

Noi funzioniamo in una modalità complessiva che comprende tutte le capacità del nostro cervello. E funzioniamo soprattutto passando da un funzionamento che in un certo momento ci è utile (nella nostra relazione con il mondo) ad un altro funzionamento che è utile in un altro momento e in un altro contesto, con schemi che non sono stati predefiniti in modo automatico nell'infanzia, non sono limitati ai tre cervelli di Mac Lean, o alle vie che vanno da sotto a sopra e da sopra a sotto.

E sono proprio alcuni di questi Funzionamenti complessivi (le Esperienze di Base), numerosi, specifici, oggi ben individuati e descritti, che vanno recuperati per il di DPTS, attraverso sequenze e protocolli ben precisi, e utilizzando tutte le Funzioni psicocorporee del Sé, in una sinergia di tutti i cosiddetti Sistemi Integrati dell'organismo umano, resa possibile solo dalla conoscenza scientificamente basata delle profonde e complesse interrelazioni tra di essi.

Bibliografia:

- Di Nuovo S., Rispoli L. (2011) L'analisi Funzionale dello stress Milano, Franco Angeli.
- Ogden P., Fisher J. (2016) Psicoterapia sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento. Cortina Raffaello
- Ogden P., Minton K., Pain C., (2012) Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia senso motoria. Ist. Scienze Cognitive
- Rispoli L. (2016) Il corpo in psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi Integrati Milano, Franco Angeli
- Van Der Kolk B. (1996) The complexity of Adaptation to trauma: SelfRegulation, Stimulus Discrimination and Karacteriological Development Guilford Press, New York



PSICOTERAPIA

Intervistiamo il Dott. Giovanni Tagliavini



Come è cambiata la clinica di trauma dagli anni '90 ad oggi? E quali sono gli autori che più di altri ne hanno determinato l'evoluzione?

Metterei un discrimine non tanto negli anni '90, ma negli anni '80 con l'uscita del DSM III, dove per la prima volta c'è la diagnosi di PTSD (disturbo da stress post-traumatico), e lì ha fatto veramente una differenza. Per il resto, la storia – come dice Judith Herman in “Guarire dal trauma” – delle conoscenze sul trauma è una storia di amnesie ricorrenti. Quindi, direi che se si riesce a ricostruire questa storia di amnesie ricorrenti, si capisce che la vera radice (ancora molto viva oggi) è quella fondata verso fine '800 con lo studio sugli stati di coscienza, mesmerismo, e soprattutto la possibilità alla clinica “Salpetrière” di riorganizzare il pensiero neurologico (adesso diremmo neurobiologico) intorno alla figura di Charcot.

Charcot si accorse che c'era tutta un'area, l'area dell'isteria (che oggi chiameremmo l'area dei disturbi dissociativi) da organizzare in un modo diverso rispetto agli altri disturbi neurologici. Interessandosene, da una parte scopri che la chiave per entrare in un funzionamento dissociativo era l'ipnosi, dall'altra parte delegò quello il cabinet, il laboratorio di psicologia, dove arrivò anche il grande Pierre Janet e un giovane Freud come studente. E lì questo gruppo di persone, direi in particolare Janet e Freud (il Freud diciamo pre-tradimento della teoria sul trauma) scoprirono molte cose.

Se aggiungiamo a quello che hanno scoperto Janet e Freud, quello che ha scritto Ferenczi sul trauma fin dagli anni '30, abbiamo il 90% di quello che sappiamo oggi.

Dopo di che è arrivata questa storia di amnesie ricorrenti. Ma quello che è accaduto diverso è che con gli anni '80 si sia messo un paletto, ci sia stata una volta, e allora questo gioco di dimenticarci/ricordarci del trauma non è più a un livello così radicale come è successo a Bessel van der Kolk negli anni '70, il quale iniziò a studiare i problemi dei reduci del Vietnam, si reca alla biblioteca di Harvard e trova un libro scritto negli anni '40 da Kardiner sui disturbi post traumatici nei soldati: proprio quell'unico libro in tutta la biblioteca di Harvard. Dunque, ciò che

GIOVANNI TAGLIAVINI

Psichiatra, psicoterapeuta, si occupa in particolare di approcci integrativi mente-corpo nei disturbi dissociativi e post-traumatici complessi. Ha iniziato a occuparsi di psicotraumatologia negli anni '90, nell'ambito dei primi progetti italiani di intervento psicosociale in caso di catastrofi. Durante vent'anni di lavoro nei servizi pubblici di salute mentale ha spostato il suo interesse verso i temi degli sviluppi traumatico-dissociativi nell'adulto legati a situazioni infantili e adolescenziali di grave trascuratezza, maltrattamento, abuso fisico e sessuale. Ha fondato la società Area-Trauma, la collana “Clinica del Trauma e della Dissociazione”, che ha l'obiettivo di portare in Italia la migliore produzione internazionale in campo psicotraumatologico e di stimolare il dibattito culturale su questi temi. E' stato membro del Comitato Direttivo di ESTD (European Society for Trauma and Dissociation) dal 2012 al 2015 e nel novembre 2016 è stato eletto presidente per il triennio 2017-2019 di AISTED (Associazione Italiana per lo Studio del Trauma e della Dissociazione).

è cambiato è che dagli anni 80 non succederà più di dimenticarci così tanto del trauma.

Forse oggi ce ne dimentichiamo in un altro modo, a un altro livello.

Comunque, quello che oggi è cambiato, tra l'altro, è la presenza degli studi di neurobiologia, di neuroimaging: capire come il cervello risponde a situazioni traumatiche sia acute per un evento singolo, sia situazioni traumatiche croniche come l'abuso, il maltrattamento infantile. Dunque l'altro pezzo è collegare tutto questo discorso con la psicologia dello sviluppo in generale e in particolare gli studi sull'attaccamento: questa è la degli ultimi vent'anni nel campo del trauma. Per quanto riguarda gli autori, a mio parere, un parere soggettivo ma penso utile, direi certamente che il libro "Trauma and Recovery", tradotto in italiano da Magi "Guarire dal trauma", di Judith L. Herman è fondamentale. Dovrebbe essere una lettura per chiunque voglia avere un minimo di cultura psicologica relativa a questo tema. Dovrebbe essere una lettura obbligatoria nella formazione già nella Facoltà di Medicina, e in ogni specializzazione psichiatrica.

Gli altri autori che hanno fatto la differenza negli ultimi '30 anni sono, da una parte Onno van derHart, Kathy Steele, Ellert R.S. Nijenhuis, i fondatori della teoria della dissociazione strutturale della personalità, e dall'altra Gianni Liotti, un contributo italiano che organizza tutti gli studi sull'attaccamento disorganizzato connettendoli con le dinamiche di somatizzazione.

Altri autori interessanti clinicamente sono: Suzette Boon, un'altra persona del gruppo olandese per quanto riguarda la diagnosi, Kathy Steele e Janina Fisher che porta la tradizione che viene dagli anni '80 americani della clinica del trauma, collegandola a concezioni molto innovative come ad esempio l'Internal Family Systems e il lavoro sulle parti. E poi della generazione dei giovani nata negli anni '70 segnalerei Dolores Mosquera con tutto il lavoro sulle parti dissociative e l'EMDR utilizzato nei disturbi traumatici complessi.

2) Quali sono le recenti scoperte scientifiche che hanno dato un significativo contributo nel campo dei traumi, specie quelle legate a situazioni infantili-adolescenziali?

Le attività svolte negli anni '70 che sono poi approdate alla diagnosi di PTSD sono le ricerche neurologiche, fondamentali, perché altrimenti tale diagnosi non sarebbe entrata come categoria nel DSM, perché secondo le norme del DSM (a-causalità; a-teoricità) le sindromi traumatiche rappresentano una categoria spuria da sempre, poiché richiedono un nesso causale esterno (l'evento traumatizzante). Per il resto tutte le altre diagnosi del DSM sono acausali

Si è trattato, dunque, di una grande conquista; e allo stesso modo tutti i lavori di neurologia pre DSM III sono molto interessanti. Alcuni di questi provengono, come accade a volte, improvvisamente, quasi serendipity, da un campo inaspettato, quello dell'epidemiologia dell'obesità, lo studio A.C.E., oppure lo studio sugli eventi sfavorevoli infantili "Adverse Child Events", tutti dati che continuano a essere raccolti anche a 20/30 anni di distanza, che sono preziosissimi, ed è importante conoscerli perché danno un'idea di come le situazioni sia di grave trascuratezza che di maltrattamento emotivo e psicologico, sia di maltrattamento fisico che di maltrattamento sessuale, abbiano degli sviluppi a lungo termine: a livello non solo di salute psicologica ma anche di salute fisica e di performance lavorativa. Sono studi essenziali da conoscere anche oggi, non solo da parte degli esperti di trauma, ma in specie da chi vuole sapere qualcosa di salute pubblica, di salute mentale, di salute fisica.

Tutte le altre grandi scoperte riguardano l'approfondimento delle dinamiche di attaccamento, soprattutto l'attaccamento disorganizzato, le ricerche di Mary Ainsworth, la Strange situation,

la Still Face di Tronick, tutti gli studi delle dinamiche di attaccamento nell'adulto, e poi gli studi di neuroimaging, soprattutto quelli di Ruth Ianius in Canada che ci aiutano a vedere qual è il fondamento neurobiologico delle dinamiche del Trauma.

3) Come viene Intesa oggi la relazione corpo-mente nella clinica del trauma? Quali apporti possono dare metodi che si occupano di questa relazione come il Neo-Funzionalismo?

Il campo del trauma è affascinante perché ci riporta veramente alla base, ci ricorda che non esiste una differenza tra corpo e mente ma che sono intrecciati. Il trauma è proprio il segno che è accaduto qualcosa di molto negativo che ha creato una separazione eccessiva, e quindi i pazienti traumatizzati sono pazienti dissociati. Questo è il grande apporto della teoria della dissociazione strutturale della personalità; e una delle prime fratture è tra i vari sistemi d'azione che sono molto basati sul livello corporeo, sistemi d'azione che servono per la vita quotidiana, che servono per la sopravvivenza.

C'è qui una frattura importante in termini di comportamenti (difficilmente anche corporei) tra un aspetto più progettato e pensato della vita e un aspetto più di sopravvivenza corporea: ma in realtà sono aspetti intrecciati. Allora il fatto che nel trauma vediamo che questi aspetti sono così divisi, così separati, a volte separando anche in senso di dissociazione strutturale della personalità, ti fa vedere come in effetti il punto di partenza naturale è l'aspetto unito, integrato. Ed è proprio la traumatizzazione ad essere la dinamica che ci fa vedere come situazioni molto sbagliate non devono accadere; perché se un caregiver maltratta e spaventa il proprio bambino al punto da terrorizzarlo, è una cosa totalmente innaturale. Il trauma ci fa vedere quanto disconnesse sono le persone, ci fa vedere che se invece le cose funzionano la naturalità è la connessione.

Anche a noi serve cominciare a pensare che, anche se dobbiamo un po' separare mente e corpo per avere idee un po' più comprensibili, perché altrimenti siamo di fronte a una complessità troppo importante, in effetti tutto succede insieme.

4) Quali le ricerche che sarebbe ancora necessario sviluppare?

Abbiamo circa 10 miliardi di cellule nervose nel nostro cervello, abbiamo più neuroni nella nostra testa che abitanti sul pianeta; quindi quello è un campo assolutamente affascinante; e poi per di più il cervello è un organo relazionale uso-dipendente: da lì si può fare qualsiasi ricerca. A me piacerebbe molto che riuscissimo finalmente a focalizzare alcune dinamiche del trauma e alcune strategie terapeutiche, e fare dei buoni studi di efficacia, dei buoni studi di esito. Perché già alcuni studi osservazionali come il TOP DD di Bethany Brand ci dicono che anche avere semplicemente un approccio trauma-informed (senza essere super-specialisti), grazie a cui il terapeuta possa usare alcune modalità di base sensibili alle dinamiche di trauma, aiuta pazienti anche molto gravi con disturbi dissociativi a stare molto meglio: e questo fa già la differenza. Sono affascinanti anche tutti gli studi che mettono insieme dinamiche relazionali e sviluppo del cervello: come tutti gli studi, ad esempio, di infant observation, però basati più a livello neurobiologico. Un'altra ricerca interessante (che mi piacerebbe molto) sarebbero degli studi nei quali vedere come la fisiologia e l'attività cerebrale dello psicoterapeuta si sincronizza con la fisiologia cerebrale del paziente in seduta.

5) Che contributo può dare una Associazione come AISTED al panorama clinico e culturale italiano ?

AISTED è una bellissima esperienza, che nasce da un gruppo di persone che hanno iniziato a interessarsi di trauma complesso conoscendosi al corso annuale di Venezia su questi temi, e che hanno deciso di formalizzare questo gruppo.

È stata un'idea nata nove anni fa, e ha funzionato bene. Direi che al posto giusto vengono le persone giuste. Abbiamo invitato Kathy Steele, Dolores Mosquera; la prima volta è venuto Bessel Van Der Kolk, Janina Fisher, Suzette Boon. Tutte persone con le quali si vede la bellezza di stare insieme a discutere anche di temi molto difficili, perché c'è una specie di sintonia tra persone che si occupano di trauma complesso, ed è una cosa curiosa: è un piacere stare insieme.

Stiamo cercando di crearla anche in Italia questa rete che era già presente a livello internazionale, come l'International Society for the study of Trauma and Dissociation, e come il gruppo europeo ESTD – European Society for Trauma and Dissociation di cui siamo il ramo italiano. Come spesso succede in Italia, ci sono delle eccellenze ma sono isolate: eccellenze di pensiero, eccellenze di ricerca, eccellenze di clinica sul trauma: metterle in rete è l'idea di AISTED, di mettere in rete le risorse e le eccellenze italiane e far incontrare le persone, coordinare e mettere insieme nel piacere di incontrarsi.

Siamo riusciti a fondare l'associazione 3 anni fa con 60 persone, con Gianni Liotti e Kathy Steele come soci onorari, i quali ci hanno salutato all'incontro fondativo; e adesso in 3 anni siamo passati da 60 a 180 persone. Debbo dire che grandissima parte degli esperti di trauma complesso sono oggi in AISTED, e vi si trovano bene; quindi come presidente sono contento di questa cosa, mi fa molto piacere.

6) Qual è il sogno nel cassetto del dott. Tagliavini?

Il sogno nel cassetto è più ampio: non è solo professionale, il sogno è che ci sia una società meno conflittuale, meno traumatizzata e meno traumatizzante, più capace di stare nella complessità, nel bello, più sana e meno spaventata; e quindi una società che utilizza anche tante capacità, risorse e strumenti (tipo internet), l'aspetto tecnologico di una connessione molto facile, non per dividersi ma per collegarsi di più e per aumentare la propria consapevolezza: perché in fondo il percorso di ognuno è migliorare la consapevolezza di stare al mondo: questa è una delle capacità di Homo Sapiens, e non vedo perché dobbiamo farle del male invece che farla crescere.



Psicoterapia

Il Silenzio e la Finzione

a cura di

Carla Cannizzaro, Psicologa e Psicoterapeuta Funzionale

Antonella Prudente, Psicologa e Psicoterapeuta Funzionale

Il cammino delle donne verso la libertà è un processo non solo avviato ma forte e intenso: valorizzare il femminile, accrescere l'autostima delle donne, non perché dominino sugli uomini, ma perché acquistino sempre più autonomia. È una considerazione positiva che non impedisce di osservare, ancora, dinamiche di umiliazioni e di offese che subiscono le donne in Italia. Oggi vediamo tentativi pericolosi e gravi, di tornare indietro a vecchi rapporti e antiche schiavitù.

Di recente delle sentenze della magistratura sono andate in direzioni preoccupanti, come a Bologna e a Genova, dove gli uomini che avevano ammazzato la propria compagna hanno avuto una riduzione della pena perché o "in preda a tempesta emotiva" o perché la donna "lo aveva imbrogliato, illuso e disilluso" con un "comportamento incoerente e contraddittorio". Ad Ancona due giovani sono stati assolti dall'accusa di violenza perché la vittima non era "avvenente, anzi, troppo mascolina". Non entriamo nel merito delle sanzioni, quello che preoccupa sono le motivazioni e il linguaggio, la cultura sottesa alle motivazioni della condanna.

L'estrema conseguenza degli stereotipi di genere e della fortissima sclerotizzazione del "maschile" e del "femminile" sono le condizioni di base della sopraffazione di un genere, della violenza sull'altro e dell'alterazione delle capacità di sentire ed esprimere sé stessi. "La storia è piena di eroi ed eroine, di vittime e carnefici" scrive Michela Marzano "Il problema è la ricostruzione storica che viene talvolta fatta di queste storie o, ancora, l'occultamento di tanti gesti di eroismo quotidiano al femminile".

Non c'è una informazione aperta e corretta sulle cause del dilagare della violenza e della violenza sulle donne, troppo spesso quello che ascoltiamo e vediamo non ha una base scientifica: opinioni, idee ed emozioni che creano confusione e contraddizioni soprattutto nei mezzi di comunicazione di massa.

Le maggiori conseguenze psicologiche che si sviluppano nelle donne, che hanno subito violenza, rientrano nella tipologia di malattie debilitanti che possono divenire croniche. Come sistema diagnostico di riferimento nella pratica clinica, il DSM-5 inserisce l'abuso e la violenza nel capitolo "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica" e dice che "Le condizioni e i problemi elencati in questo capitolo non sono disturbi mentali. La loro inclusione ha lo scopo di attirare l'attenzione sulla portata di ul-



teriori questioni che si possono incontrare nella pratica clinica di routine e di fornire un elenco sistematico che può essere utile ai clinici nel documentare tali questioni”.

Proponiamo una direzione chiara e precisa, per dare uniformità al pensiero scientifico e vediamo il fenomeno della violenza di genere secondo il Neo-Funzionalismo partendo dall'identità di genere, che oltre alla componente biologica tiene conto di quella ambientale, costituita da messaggi e da regole trasmesse automaticamente in famiglia, che cambiano effettivamente la capacità di vivere esperienze in modo pieno, chiamate EBS (Esperienze di Base del Sé, definite Funzionamenti di Fondo in età adulta) come, ad esempio, quella dell'Aggressione e della Forza. Infatti, le regole educative e stereotipate proposte ai bambini sono in grado di eliminare la capacità di sentire ed esprimere in modo pieno la propria forza (L. Rispoli, 2004).

Le bambine vengono sottoposte a regole che mirano a fermare, a trattenere il movimento, a non usare la Forza, a stare composte e a diventare riflessive, precocemente le bambine mostrano di avere difficoltà nel proporsi e nel lanciarsi. Mentre per i bambini, sono tollerati e anche incoraggiati comportamenti che utilizzano pienamente la forza, l'aggressione, la libertà di movimento, l'intensità della voce, la sopraffazione nel gioco per affermare i propri desideri; diventa una aggressione a discapito della Tenerezza e della capacità di sentire la paura, che può condurli al ruolo dell'aggressore. Tutto riconducibile, secondo il Neo-Funzionalismo, a una differenziazione di genere alla base, che fa precludere a destini differenti.

Nelle donne l'Aggressione viene invece soffocata, L.Rispoli (2004) afferma che: si va riducendo, diventa interna alla persona, si trasforma in una tendenza a dedicarsi agli altri, come se diventasse l'unico ruolo in cui si mantiene visibilità, un'influenza e una forza alterata connotata da una resistenza che garantisce il mantenimento delle condizioni di violenza domestica.



L'EBS Aggressione è la capacità della persona di attaccare quando è necessario, per il proprio bene, viene compromessa dal perpetuarsi delle condizioni di violenza, infatti, le donne anziché agire direttamente, metteranno in atto strategie alternative nella paura, per sottrarsi alla violenza.

Osserviamo, nella persona, alterazioni precedenti e derivanti da una mancata soddisfazione dei Bisogni Fondamentali e delle EBS non vissute bene, non in maniera piena e positiva, fino ad arrivare ad alterarsi e a denaturarsi quei Funzionamenti di Fondo che non sono più pienamente disponibili, che limitano i

modi di essere e di interagire con il mondo. Ancora l'alterazione fa sì che la persona non percepisca correttamente con chi e in quale situazione può aprire e vivere quella Esperienza di Base (Rispoli, 2016).

Allora è possibile vedere nella donna sia i disfunzionamenti presenti, prima di avere subito il fenomeno della violenza, sia le alterazioni derivanti da esso. Sono alterazioni delle EBS preesistenti al vissuto di violenza, e soprattutto, della possibilità di accogliere e conoscere pienamente le Sensazioni, esse sono lo strumento che consente di "sentirsi" (L. Rispoli, 2004), conoscersi, percepire gli altri e la realtà, per come sono realmente, così da potersi orientare nel mondo. Quando questa capacità è alterata, interrompe il contatto con sé stessi e la capacità di vedere l'Altro in modo chiaro, da qui la difficoltà a riconoscere i tratti disfunzionali dei partner violenti che naturalmente sono presenti da subito.

Vediamo ora il caso clinico di E. (37 anni), ora disoccupata ma lavorava in un'impresa di pulizie, divorziata con un figlio (15 anni): in seguito alle violenze psicologiche e fisiche subite dall'ex fidanzato G. denunciato e accusato per stalking, atti persecutori, sequestro di persona ed estorsione ai danni della donna, in attesa che venga arrestato nuovamente, chiede aiuto e supporto a una psicoterapeuta Funzionale. La storia della coppia dura all'incirca da 2 anni e si interrompe in seguito a ripetuti atti di violenza verbale e fisica, per i quali sono state presenta-



te diverse denunce per stalking. La loro conoscenza inizia su facebook tramite amici in comune. S'incontrano per la prima volta sull'Etna, luogo in cui lui si reca in occasione delle vacanze natalizie. Di quei giorni, E. riporta il verificarsi di piccoli litigi scaturiti tra i due per futili motivi; tuttavia, tutto ciò passa in secondo piano per la donna che, in quel periodo era giù di morale poiché non le era stato rinnovato il contratto di lavoro. In procinto della partenza di G. per una città del nord, E. suggerisce di comprare un biglietto al cane che lui aveva da poco preso con sé; è in questa occasione che G. ha una prima reazione spropositata. A seguito di questa reazione, G. parte e, arrivato al nord, chiama E. e si scusa per quanto accaduto. Nei giorni seguenti G. chiama spesso E. e, la maggior parte delle volte, la obbliga a restare in linea al telefono per molte ore di fila, allo scopo di conoscerne ogni suo spostamento. I due si rivedono a Milano, E. era partita a causa della malattia del padre (tumore), G. le propone di aiutarlo al lavoro (vende panini con un camioncino). Lei accetta ma le cose iniziano a non andare bene e per qualunque piccolo errore o gesto che lui ritiene sbagliato, ha reazioni eccessive – la insulta, lancia oggetti per aria, fino ad arrivare al primo schiaffo, dopo una lite nata senza un reale motivo ed in seguito a un "no" di lei. In quell'occasione, E. apprende da alcuni vicini di casa, che hanno sentito le urla, che tutti hanno paura di lui. Dopo questo episodio, i due non si incontrano per circa venti giorni, fino a quando non va lui a cercarla a S., dove E. era col padre che non stava bene. In quell'occasione, le chiede, per l'ennesima volta, di perdonarlo. A distanza di un po' di tempo, G. decide di andare a trovare E., che intanto era tornata in Sicilia, ed affitta una casa. Inizia per E. un brutto periodo, dove la presenza di G. diventa "stressante ed opprimente", dove si alternano momenti di amore folle a momenti di accuse, minacce, bottiglie lanciate per terra, materassi e sedie addosso, pugni, schiaffi, abuso di alcool e probabilmente anche di sostanze stupefacenti.

In seguito ad un episodio specifico, in cui tenta di dare fuoco alla casa di E., G. viene colto in flagranza di reato e viene processato. All'arresto di G. segue l'obbligo di dimora presso il Comune di R., provvedimento revocato in seguito ad esplicita richiesta da parte di G. che comunica il desiderio di spostarsi al nord per lavoro. Ricomincia a contattarla con chiamate anonime sul cellulare del padre nonostante il divieto, fino ad arrivare al sequestro di E. avvenuto nel dicembre del 2016. Quando E. si rivolge alla psicoterapeuta dice di trovarsi in un luogo sicuro, ma di avvertire grande difficoltà e stati confusionali.

Sintomi attuali: forte disturbo ansioso, attacchi di panico, confusione, tachicardia, irrigidimento del corpo, dolore alle gambe, alterna stomaco chiuso ad eccessi alimentari.

Sintomi infantili: nell'adolescenza dolore alle gambe (a 16 anni le dava fastidio anche il lenzuolo), insonnia, ansia quando usciva fuori di casa. A 6-7 anni rituale in cui si alzava dal letto per

controllare lo zaino "ero molto responsabile".

Famiglia d'origine: madre (una "capitana" e lavoratrice) padre (tranquillo e morbido), ha due fratelli più grandi molto distanti e giudicanti nei confronti di E. La madre andava a lavorare alle 5 e si coricava tardissimo, E. e il padre stavano un poco più uniti "eravamo entrambi molto soli".

Da bambina: "sempre triste e tutt'ora me la porto, ero responsabile, ferma".

Famiglia attuale: il figlio Andrea che soffre di disturbi psichici, a 10 anni ricoverato (diagnosi DOC), chiuso, silenzioso, scoppi di rabbia. Madre anziana con Alzheimer, il padre muore di tumore poco dopo che E. inizia la terapia.

La Diagnosi Funzionale ci mostra le seguenti EBS alterate di E. che diverranno riappropriazione piena di capacità nel percorso terapeutico:

- EBS CONSIDERATI, per Essere Vista, ascoltata e capita, per potersi poi aprire al mondo e raccontare di sé, sentirsi apprezzata, Essere Valorizzata e poter Condividere, interessarsi agli altri e scambiare.
- EBS TENUTI, per essere finalmente protetta, contenuta e fermata ed essere poi capace di separarsi, Essere guidata, portata, per scegliere e decidere.
- EBS CONTROLLO, EBS LASCIARE, aiutata ad allentare il controllo rigido per sentire che è possibile avere Fiducia e Abbandonarsi all'altro riprendendo un'attenzione morbida, per riprendere vitalità, presenza e percepire l'altro.
- EBS SENSAZIONI per sentirsi, conoscersi, percepire l'altro e la realtà, esplorare.
- EBS CONTATTO RICETTIVO, assorbire nell'essere nutrita, capace di ricevere per poi dare, abbracciare, regalare, EBS CONTATTO ATTIVO, muovere, trasformare, avere carisma.
- EBS BENESSERE, lo stare bene, l'armonia e la propria interezza.
- EBS FORZA, riattraversare tutte le possibilità della forza da quella originaria per farsi spazio a quella aperta e diretta, alla forza calma per affrontare, fronteggiare, sentire la potenza, fino alla forza morbida.
- EBS AMORE, essere amati, portati dentro per raggiungere l'autonomia, continuità positiva, i ricordi, aspettative positive, amarsi, piacersi.
- EBS AUTONOMIA, stare bene da sola, non dipendenza, conoscere la fragilità, EBS AFFERMAZIONE, delle proprie idee, scegliere, decidere, imporsi, tenacia, andare fino in fondo, EBS AUTOAFFERMAZIONE, realizzazione e soddisfazione, concretizzare sogni.

Ecco come E. si presenta sui quattro piani Funzionali:

Piano fisiologico: respirazione toracica alta, torace alto e duro, soglie percettive del dolore basse, voce non accompagna la respirazione ma normalmente è aperta, alterazione sonno e della fame/sazietà, problemi all'utero.

Piano muscolare: posture cronicizzate, tensioni muscolari diffuse in tutto il corpo, forza c'è ma sporcata di rabbia. C'è buona consistenza.

Piano emotivo: grandi paure (soprattutto somatiche, sullo stato di salute e sul "farcela"), rabbia esplosiva, c'è tenerezza, senso di solitudine.

Piano cognitivo: controllo altissimo (risulta manipolativa nella relazione), valori buoni, poco razionale, molte fantasie negative, progettualità e desideri sono presenti (E. lavorava bene e vorrebbe tornare a sentirsi realizzata e vivere sola col figlio).

Infine i cambiamenti di E. in due anni (98 sedute) di psicoterapia Funzionale:

E. non ha più "crisi di ansia", crolli vagotonici, tachicardie ecc. Si fa guidare più facilmente, e percepisce sé stessa, le persone e la realtà in modo più realistico. Anche la Fiducia che era

molto compromessa, è stata ricostruita in parte fino ad oggi. Molta della antica rabbia è stata sciolta e in buona parte è presente la Forza. E. da 6 mesi, grazie a una borsa lavoro è stata reintegrata nella sua vecchia azienda e ha recuperato autostima e senso di autoaffermazione. La vita quotidiana è molto faticosa, tra la cura della madre e del figlio, non riesce ancora a fare scelte decise per gestire meglio la quotidianità., lo stress giornaliero non favorisce il suo funzionamento. È cambiata la scelta del partner, oggi, frequenta un uomo molto diverso dal precedente.



La storia di E. come tante altre, ci fa vedere ogni giorno, l'urgenza di fermare il crescere della violenza e delle intolleranze, nell'aiuto alle donne e a tutte le vittime, nell'educazione scolastica contro gli stereotipi di genere, nella lotta contro ogni forma di discriminazione. È questo che in tanti anni di presenza il movimento delle donne ha detto e praticato, favorendo lo sviluppo di una vera cultura della legalità e della solidarietà, per una società pacifica fondata sulla collaborazione, la cura e la nonviolenza tra i generi, capace di portare nel mondo una nuova speranza.

Bibliografia:

- Rispoli L. (2004) Esperienze di Base e sviluppo del Se' Milano, Franco Angeli
- Rispoli L. (2016) Il corpo in psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi Integrati Milano, Franco Angeli



Psicoterapia

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress: una review

a cura di

Luciano Sabella, Psicologa e Psicoterapeuta Funzionale

Origine

Il termine Post-Traumatic Stress Disorder venne inserito per la prima volta all'interno del DSM nel 1980 (DSM III), dopo la proposta dell'American Psychiatric Association di definire un quadro nosografico in grado di raccogliere tutti quei sintomi presenti in soggetti esposti a eventi di natura traumatica, a shock, a situazioni comunque non usuali che producono sofferenza psichica protratta nel tempo.

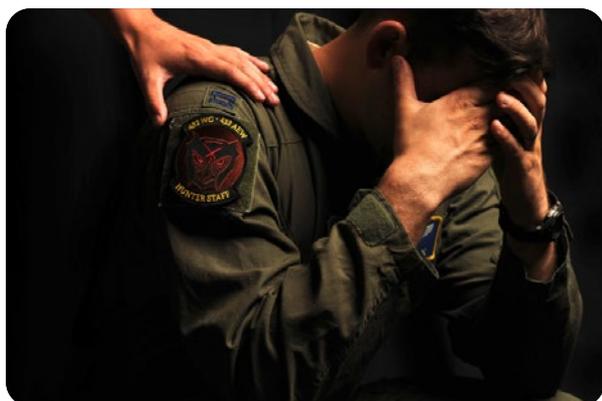
In realtà l'interesse nei confronti di disturbi collegati a eventi traumatici venne mostrato già ai tempi di Freud e Janet (Dell'Anna, 2015), quest'ultimo considerato il padre della Psicotraumatologia; mentre lo studio di sindromi post traumatiche iniziò durante la prima guerra mondiale, anche se la descrizione delle tipiche sintomatologie è reperibile fin dall'antichità in testi che hanno fatto la storia dell'umanità, come l'Iliade. Fu però durante la seconda guerra mondiale che gli psichiatri americani cominciarono a studiare possibili metodi di intervento sui soggetti militari vittime di traumi. Con la guerra del Vietnam il fenomeno iniziò ad assumere proporzioni sempre più diffuse, al punto tale da diventare oggetto di attenzione pubblica. Il riconoscimento formale che ne seguì rappresentò innanzitutto una vittoria dei reduci, che si videro così legittimati nel loro stato di disagio vitale, nonché nella possibilità di accedere al rimborso per le spese mediche e psichiatriche sostenute (Navarro, 2011).

Definizione e Caratteristiche

Ma cos'è il Disturbo Post-Traumatico da Stress? Nella recente definizione del DSM V (2013) viene definito come "Disturbo d'ansia conseguente all'esposizione diretta o indiretta a un evento traumatico di gravità oggettiva o soggettiva estrema, con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o altrui". Esso è classificato nei Disturbi correlati a eventi traumatici stressanti, ossia quei disturbi in cui l'esposizione a un evento traumatico o stressante è elencata come principale criterio diagnostico.

Il disturbo post-traumatico da stress si può manifestare in conseguenza di disastri naturali (terremoti, inondazioni, tempeste, tsunami), ma può anche essere dovuto a eventi scaturiti dalle azioni degli esseri umani, come la guerra, gli attacchi terroristici, forme specifiche di violenza. Si viene così a costituire un trauma, ossia un'e-

"Il DPTS si può manifestare in conseguenza di disastri naturali, ma può anche essere dovuto ad eventi scaturiti dalle azioni degli esseri umani."



sperienza emotiva travolgente in cui vi è la possibilità di morte o di ferite consistenti sia su se stessi sia su persone care (Charuvastra & Cloitre, 2008). L'elemento caratteristico che deve essere soddisfatto per effettuare una diagnosi di DPTS è quindi quello di aver vissuto un'esperienza traumatica. Oltre a questa è necessaria la presenza di una serie di sintomi che possono essere raggruppati in quattro categorie principali (Dziegielewski & Turnage, 2017):

1 - Sintomi intrusivi relativi all'evento traumatico: comprendono ricordi che invadono la coscienza

e che non sono il frutto di rimuginii, ma percezioni legate all'evento, come immagini, suoni, odori; sogni e incubi relativi all'evento traumatico vissuto e generalmente accompagnati da agitazione motoria, sudorazione, vocalizzi durante il sonno, ecc; fenomeni di flashback; ma anche sofferenza psicologica quando esposti a fattori scatenanti interni o esterni che richiamano l'evento traumatico, con associate delle marcate reazioni fisiologiche.

“Alcuni dei sintomi più ricorrenti riguardano i ricordi dell'evento che invadono la coscienza”

2 - Sintomi di evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico, Nel tentativo di ridurre il disagio dovuto al manifestarsi dei sintomi di cui sopra, vengono solitamente messe in atto alcune strategie di allontanamento psicologico, quali evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi all'evento; ed evitare quei fattori esterni (che possono essere rappresentati da persone, oggetti, luoghi, attività, conversazioni, situazioni) che in qualche modo richiamano gli stessi ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti.

3 - Sintomi di alterazioni cognitive ed emotive, come l'incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento, continue ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a stessi, ad altri o al mondo (“non ci si può fidare di nessuno”, “io sono cattivo”, ...), comprese attribuzioni causali su se stessi o sugli altri relative all'accadimento dell'evento; persistente stato emotivo negativo (come presenza pervasiva di paura, rabbia, vergogna, senso di colpa e colpa di sopravvivenza), accompagnato da incapacità di provare emozioni positive (felicità, amore, soddisfazione); sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.

4 - Sintomi di alterazione dell'arousal e della reattività, quali: comportamento irritabile e rabbia; comportamento autodistruttivo; ipervigilanza; allarme; difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno.

Perché si possa parlare di DPTS è necessario che i sintomi siano presenti da almeno un mese. Inoltre è possibile o meno la presenza di disturbi dissociativi, quali derealizzazione e depersonalizzazione.

Infine il disturbo può manifestarsi anche nei bambini al di sotto dei sei anni, per i quali è prevista una classificazione sintomatica leggermente diversa.

Prevalenza e differenze individuali

Come visto sopra, il primo criterio che deve essere soddisfatto per la diagnosi di DPTS è l'esperienza di un evento traumatico, con la presenza di sintomi che siano conseguenza dello stesso evento. Gli studi e le ricerche effettuati nel corso degli anni (Colombo & Mantua, 2001) hanno evidenziato però che l'aver vissuto un'esperienza critica di per sé, non genera automaticamente un disturbo post-traumatico.

I dati epidemiologici dimostrano che non tutte le persone esposte al medesimo agente traumatizzante reagiscono nella stessa maniera; solo una minoranza sviluppano sintomi di rilevanza clinica. Questo ha portato a chiedersi da dove potessero originarsi tali risposte differenziate. Le strade intraprese dagli studi sono andate in due principali direzioni.

La prima ha posto l'accento sul peso dell'evento, sul suo impatto oggettivo. Già ai tempi del DSM IV si discuteva infatti sul livello di gravità necessario perché si potesse parlare apertamente di DPTS, dato che si riteneva che la gravità della sintomatologia fosse direttamente correlata alla drammaticità dell'evento. In realtà varie ricerche effettuate principalmente negli USA (e riportate in Dziegielewski & Turnage, 2017), hanno dimostrato che il disturbo dipende maggiormente dalla percezione soggettiva dell'evento, più che dalla gravità dello stressor di per sé. Infatti si notò che più della metà della popolazione aveva vissuto nella sua vita almeno un'esperienza traumatica, ma la prevalenza del disturbo si attestò al 7,8%. Anche in una recente ricerca sugli effetti del terremoto de L'Aquila (Pollice et al., 2012), si è constatato che a fronte della presenza di un distress psicologico moderato o elevato in circa il 40% dei giovani sopravvissuti e la concomitante presenza di una notevole quantità di sintomi post-traumatici (Ferrara et al., 2016), la diagnosi di DPTS ha coinvolto soltanto il 13,8% del campione.

Neanche la distinzione fra eventi straordinari e ordinari (con la relativa difficoltà a separare nettamente le due categorie) riuscì a spiegare le differenze rilevate. In particolare se le vittime di guerra, sia civili che militari, mostrano una diffusione del fenomeno maggiore (Colombo & Mantua, 2001), è anche vero che gli eventi quotidiani classificati come traumatici producono comunque una ridotta percentuale di disturbo.

Fra questi di particolare interesse e rilievo sono gli incidenti automobilistici (per la loro diffusione),



gli stupri e le violenze fisiche in genere (per l'impatto che generano nelle vittime), ma anche furti, rapine, incendi e lutti. Nello stesso modo, le analisi delle diverse professioni coinvolte hanno mostrato una maggiore sensibilità nei confronti del fenomeno da parte di categorie quali i vigili del fuoco; gli agenti di sicurezza; gli operatori delle ambulanze; i prestatori di primo soccorso a seguito di catastrofi naturali. In nessun caso si è però riscontrata una diffusione del

“Aver vissuto un'esperienza traumatica di per sé non genera automaticamente un disturbo post-traumatico”

“il disturbo dipende maggiormente dalla percezione soggettiva dell'evento, più che dalla gravità dello stressor di per sé.”

fenomeno maggiore del 20%. Per tale motivo molto probabilmente la definizione che oggi ritroviamo nel DSM V ci parla di gravità dell'evento **oggettiva o soggettiva**, estrema, con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o altrui.

“La definizione che oggi ritroviamo nel DSM V ci parla di gravità dell'evento oggettiva o soggettiva”

La ricerca di una spiegazione di tali discrepanze, ha portato allo sviluppo della seconda strada, che si è conseguentemente indirizzata verso l'analisi di differenze individuali, alla ricerca di fattori predisponenti nel soggetto e nel suo ambiente. Gli aspetti maggiormente documentati riguardano la presenza di sentimenti di paura e orrore, un vissuto soggettivo di impotenza, la percezione di una minaccia per la propria vita (Charuvastra & Cloitre, 2008).

Le classi di variabili individuate dei fattori di rischio dalla letteratura internazionale è stata effettuata da Yehuda (1999), constatando come possano essere divise in tre grandi fasi: pretrauma, peritrauma e post-trauma.

Nella prima categoria sono stati riscontrati molti fattori di vulnerabilità, come l'appartenenza

“Gli aspetti maggiormente documentati riguardo le differenze individuali che portano allo sviluppo del disturbo, ci parlano di presenza di sentimenti di paura e orrore, di un vissuto soggettivo di impotenza, di percezione di una minaccia per la propria vita.”

al genere femminile, un basso livello sia di istruzione che socio-economico, trascuratezza e/o violenza da parte degli adulti durante le fasi di sviluppo. Quello che ci sembra maggiormente rilevante è però la preesistenza di disturbi legati all'ansia, alla depressione e allo stress; nonché pregresse esperienze traumatiche di abuso subito durante l'infanzia. Per quanto riguarda la fase peritraumatica, la gravità del trauma rappresenta un fattore critico per il successivo adattamento. Tanto più gli eventi sono gravi, tanto più presentano un livello di minaccia molto elevato per la propria incolumità, di solito durano più a lungo ed espongono anche alla sofferenza altre persone. Si è verificato, inoltre, che le persone si adattano molto più facilmente ad elevati livelli di stress a patto che questi situazioni siano previste o comunque prevedibili, al contrario di quegli eventi, soprattutto naturali, che restano del tutto incontrollabili.

Lo scarso sostegno sociale e una non adeguata capacità di gestione dello stress sembrano essere i fattori post-traumatici di più elevato impatto.

DPTS e Neo-Funzionalismo

La Psicologia Funzionale, fondata e sviluppata da Luciano Rispoli (1993-2016), ancora una volta appare essere come quella teoria psicologica particolarmente indicata per comprendere pienamente anche un fenomeno come quello del DPTS, e conseguentemente per prospettare un intervento appropriato.

Il Neo-Funzionalismo guarda all'essere umano nella sua globalità e integrazione, nei suoi vari sistemi che interagiscono costantemente fra loro e con l'ambiente circostante. La psicologia Funzionale li studia da tempo per comprenderne appieno i funzionamenti nella loro complessità (Rispoli, 2016). Concetti quali Funzioni ed Esperienze di Base del Sé (Rispoli, 2004) rappresentano dei cardini attraverso i quali spiegare tutto il comportamento umano, compresi

quei disturbi psicologici che possono manifestarsi nel corso dell'esistenza, permettendo altresì di intervenire su di essi con precisione per ripristinare un funzionamento integrato e pieno dell'intero organismo psico-fisico. Si occupa inoltre da sempre di Stress e della sua cura (Di Nuovo & Rispoli, 2011).

Come evidenziato nelle pagine precedenti, il DPTS è un fenomeno a sua volta complesso e multi-sfaccettato. I sintomi prevalenti che la popolazione colpita manifesta comprendono l'intero Sé: da pensieri intrusivi ad emozioni pervasive, da manifestazioni scaturite da una sclerotizzazione del Sistema Nervoso Autonomo, a ritiro e isolamento sociale ed affettivo. L'etiopatogenesi del disturbo – come abbiamo visto - non risulta essere così linearmente correlata all'intensità del trauma vissuto; vi sono alcune caratteristiche individuali e/o esperienze che le persone colpite hanno vissuto precedentemente. Sembra che sia l'insieme di tali fattori a determinare l'insorgenza del fenomeno. Il Neo-Funzionalismo li ha individuati e studiati in modo dettagliato, riscontrando come sia l'intero Sé psico-corporeo, a tutti i suoi livelli a subire l'impatto dell'evento traumatico, e a fare da Filtro tra lo stressor e le relative conseguenze patologiche. Sono determinate Esperienze di Base e determinate Funzioni del Sé già precedentemente alterate nel soggetto a rendere più gravi le conseguenze dell'evento traumatico.

Senza voler troppo anticipare quanto approfondito in questo numero della Rivista da altri autori, possiamo dunque ipotizzare che vi sia una particolare configurazione del Sé e dei suoi Funzionamenti che possa favorire l'insorgenza del DPTS e del suo perdurare nel tempo.

“Vi è la necessità di ipotizzare una particolare configurazione del Sé e dei suoi Funzionamenti per spiegare l'insorgenza del DPTS e della sua cronicizzazione”

Bibliografia:

- American Psychiatric Association (2013), DSM V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition), APA, Washington.
- Charuvastra, a. & Cloitre, M. (2008), “Social Bonds and posttraumatic stress disorders”, Annual Review of Psychology, 59, 301-328.
- Colombo, PP. & Mantua, V. (2001), “Post-Traumatic Stress Disorder in ordinary life”, Rivista di Psichiatria, 36, 2.
- Dell'Anna, A. (2015), “Stress post-traumatico: diagnosi e psicoterapia di urgenza”, Psychofenia, 32, pp. 183-208.
- Di Nuovo, S. & Rispoli, L. (2011), L'analisi Funzionale dello Stress, Franco Angeli, Milano.
- Dziegielewski, S,F. & Turnage, B.F. (2017), “Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti”, in Dziegielewski, S,F, DSM-5 in Action, Giunti OS, Firenze.

- Ferrara, M.; Mazza, M.; Curcio, G.; Iaria, G.; De Gennaro, L.; Tempesta D. (2016), "Disturbi del sonno e della memoria spaziale nel disturbo post-traumatico da stress: il caso dell'Aquila", *Epidemiological Prev*, 40 (2).
- Di Nuovo S., Rispoli L. (2011) *L'analisi Funzionale dello stress* Milano, Franco Angeli.
- Navarro, D. (2011), "Il DPTS", *Psicoterapeuti in-formazione*, 8, pp.3-38.
- Pollice, R.; Bianchini, V, Roncone, R., Casacchia, M. (2012), "Distress psicologico e disturbo post-traumatico da stress (DPTS) in una popolazione di giovani sopravvissuti al terremoto dell'Aquila" *Rivista di Psichiatria*, 47, 1.
- Rispoli, L. (1993), *Psicologia Funzionale del Sé*, Astrolabio, Roma.
- Rispoli, L. (2004), *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*, Franco Angeli, Milano.
- Rispoli, L. (2016), *Il corpo in psicoterapia oggi*, Franco Angeli, Milano.
- Yehuda R. (1999), *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.



Strumenti di intervento Funzionale

Uscire dal trauma – il protocollo di intervento Funzionale

a cura di

Barbara Gasparella, Psicologa e Psicoterapeuta Funzionale

Monica Ligas, Psicologa e Psicoterapeuta Funzionale

Il Disturbo Post Traumatico da Stress è stato ufficialmente introdotto solo nel 1980, su proposta dell'American Psychiatric Association all'interno del DSM III, per indicare nel loro insieme tutti i quadri sintomatologici successivi all'esposizione ai traumi (riscontrati in particolare nei veterani del Vietnam).

Sintomi tipici nei pazienti affetti dal disturbo erano: aumentata vigilanza, irritabilità, difficoltà di concentrazione, angoscia, paura persistente, evitamento degli stimoli associati al trauma, tendenza a rivivere il trauma con ricordi, flash-back, incubi e compromissione della sfera lavorativa e psico-sociale.

Il disturbo post-traumatico da stress si può manifestare in conseguenza a eventi traumatici quali disastri naturali, violenza, gravi incidenti, guerre e attacchi terroristici, che costituiscono l'esperienza traumatica, ovvero un'esperienza emotiva travolgente, caratterizzata dalla possibilità di morte e/o di ferite consistenti sia su se stessi, sia su persone care. (Hansell & Damour, 2005)

Nel DSM-V il Disturbo Post-traumatico da Stress – DPTS – (così come il Disturbo da stress acuto) è stato inserito nella nuova categoria dei disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti.

L'insorgenza può essere immediata (verificarsi subito dopo l'esposizione diretta o indiretta all'evento traumatico) oppure ritardata se i criteri diagnostici non sono appieno soddisfatti entro i 6 mesi dall'esposizione.

Secondo alcuni studi quasi il 90% della popolazione è stato esposto a un evento traumatico nel corso della vita, mentre la presenza di DPTS risulta essere intorno al 6,8%. Appare evidente che ci siano delle caratteristiche personali che influenzano lo sviluppo del DPTS.

In passato si pensava che la gravità della reazione da stress fosse direttamente proporzionale alla gravità dell'evento stressante, mentre oggi è stato accertato che la condizione del soggetto precedente al trauma influenza la risposta all'evento. È possibile affermare che individui precedentemente sani che subiscono traumi presentano un'incidenza molto bassa di DPTS, mentre invece ci sono individui che sviluppano DPTS anche in conseguenza ad eventi considerati a basso impatto.

Il disturbo post-traumatico da stress si può manifestare in conseguenza a eventi traumatici quali disastri naturali, violenza, gravi incidenti, guerre e attacchi terroristici, che costituiscono l'esperienza traumatica, ovvero un'esperienza emotiva travolgente, caratterizzata dalla possibilità di morte e/o di ferite consistenti sia su se stessi, sia su persone care.

Letture del trauma in ottica Funzionale

Il modello del Neo-Funzionalismo rappresenta una nuova modalità di lettura dello stress, in quanto da tempo evidenzia che gli stressor provocano un effetto commisurato alle condizioni preesistenti dell'organismo, ovvero alle condizioni del Filtro Funzionale, inteso come modalità di funzionamento dei piani Funzionali del Sé che subiscono l'impatto dell'evento da affrontare

e superare. Come evidenziato da L. Rispoli, per percezione dell'evento traumatico non si intende una valutazione cognitiva ma un impatto in senso globale sull'intero organismo della situazione di allarme. Vi rientrano la presenza di fantasie ripetitive della persona, la capacità immaginativa, il funzionamento muscolo-scheletrico, l'impatto sensoriale, la qualità e il tipo di ricordi presenti. Molto importante sul Piano Fisiologico è lo stato di attivazione del sistema neuro-vegetativo (maggiore o minore simpaticotonia), e della presenza eventuale di tremori, brividi, giramenti di testa, squilibri di vario genere.

Nella visione Funzionale del trauma possiamo individuare nel dettaglio le alterazioni delle Funzioni psico-corporee coinvolte, come da Diagramma Funzionale sotto riportato. Ciò ci permette di progettare un intervento di recupero mirato e preciso, in grado di intervenire su tutti i piani e su tutti i funzionamenti della persona.

Nella visione Funzionale del trauma possiamo individuare nel dettaglio le alterazioni delle Funzioni psico-corporee coinvolte, come da Diagramma Funzionale sotto riportato. Ciò ci permette di progettare un intervento di recupero mirato e preciso, in grado di intervenire su tutti i piani e su tutti i funzionamenti della persona.

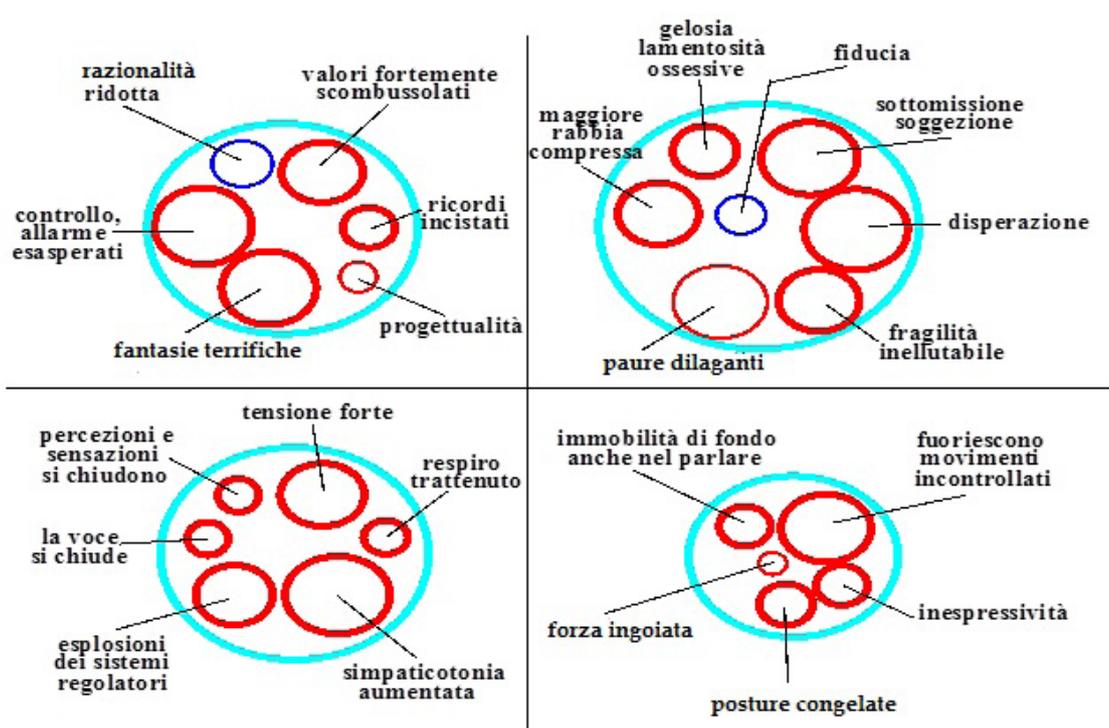


Diagramma Funzionale DPTS con le alterazioni sui piani: Cognitivo, Emotivo, Fisiologico e Posturale. L. Rispoli

Gli Interventi Funzionali: Protocolli di prevenzione e di trattamento

Per superare l'evento traumatico non è utile, anzi a volte si rivela addirittura dannoso, recuperare tutti i ricordi legati ad esso, né tanto meno risulta efficace rielaborare gli stessi a tutti i costi. La rievocazione del trauma, ovvero il ricordo e il racconto, riattiva sensazioni ed effetti negativi, anche a livello neuronale, per cui insistere in tal senso può portare a una nuova riapertura delle sensazioni psico-corporee esperite nell'evento traumatico, con un possibile effetto iatrogeno. L'unico lavoro pensabile per il superamento del trauma è quello sui Funzionamenti di Fondo, mediante il recupero delle Esperienze di Base del Sé – EBS – che si alterano nell'impatto con il trauma.

Protocollo di trattamento

È rivolto agli adulti che hanno subito una condizione traumatica antica o recente con presenza di sintomatologia di DPTS (sempre che nell'assessment iniziale non siano state riscontrate deviazioni nell'area psicopatologica (MMPI-2) con sintomi dissociativi, di depersonalizzazione, derealizzazione e importanti compromissioni funzionali).

Rispoli e collaboratori hanno messo a punto un protocollo di intervento che prevede, in linea generale, tre differenti fasi, in due percorsi distinti per traumi in atto o antichi.

Fase 1 Accoglienza Paziente – Trauma in atto

La differenza tra i due protocolli è evidente sin dalla fase dell'accoglienza.

Quando il trauma è recente e quindi ancora in atto, sarà assolutamente necessario mettere a disposizione uno spazio di rassicurazione e protezione, nonché avviare un recupero della condizione di Calma. Tutto questo ancora prima di fare una qualsivoglia valutazione delle effettive condizioni della persona, o di iniziare un recupero di altre Esperienze di Base troppo bloccate dalla condizione di paura e di choc ancora in atto.

Fase 1 Accoglienza Paziente – Trauma antico

Nel caso del trauma antico è prevista una fase iniziale di accoglienza, nella quale si possa aiutare la persona a sciogliere antiche diffidenza e una condizione di chiusura oramai incancrenita. Possono iniziare prime valutazioni nelle aree dell'atteggiamento corporeo e del piano cognitivo ed emozionale, ma non si è ancora nella fase dell'assessment Funzionale vero e proprio. Il terapeuta potrà già osservare importanti indicatori, tra i quali la postura (compresa l'espressione del viso), il tono di voce trattenuto, la difficoltà a guardare direttamente l'altro, che danno primi importanti indici della condizione della persona.

Si procederà poi con la spiegazione del tipo di intervento e delle diverse fasi a esso associate, perché rendere molto chiaro il percorso che si farà è molto utile in queste situazioni, dove rabbia e sfiducia possono ostacolare il piano di intervento e la costruzione di una valida alleanza.

Fase 2 può essere realizzata subito dopo la fase 1 nel caso il soggetto si sia tranquillizzato e abbia riacquisito fiducia nella persona che lo sta aiutando, oppure essere leggermente ritardata.

La fase 2 è quella di valutazione vera e propria. Si utilizzano strumenti tipicamente Funzionali associati a scale standardizzate in modo da permettere di formulare una lettura approfondita e precisa sui Funzionamenti della persona, sulle EBS carenti, ed inoltre, l'utilizzo del MMPI-2, ci consente di formulare una diagnosi di DPTS secondo le linee guida del DSM-V.

Gli strumenti previsti sono i seguenti:

- Scheda diagnostica Funzionale per il DPTS (Rispoli – Gasparella – Ligas);
- Somministrazione M.S.P. associato a griglie di osservazione;
- Somministrazione MMPI-2.

Fase 3 – più operativa e ben differenziata per i due percorsi

Questa terza fase, operativa e di intervento, prevede una suddivisione in tre sotto-fasi: di Entrata, di Approfondimento verso il nucleo e di Riemersione. Tutte queste sotto-fasi, ancora una volta, prevedono due percorsi distinti.

È fondamentale che l'intervento avvenga seguendo un andamento ben preciso, in cui sia chiaro quali Esperienze di Base recuperare prima e quali dopo. Il recupero di alcune EBS, infatti, è propedeutico ad altre affinché la sintomatologia venga efficacemente affrontata e risolta.

3.1 Entrata

Trauma in atto	Trauma antico
Protezione	Benessere
Essere Visti	Sensazioni
Aprirsi	Aprirsi
Essere Portati/Guidati	
Benessere	

Entrata- Trauma in atto

Dopo l'esposizione all'evento traumatico, è fondamentale mettere la persona nella condizione di sperimentare da subito la **Protezione**, recuperandone sensazioni positive. Gli eventi della vita sono diventati soverchianti e le sensazioni interne riportano continuamente, in maniera automatica e involontaria, a rivivere l'evento traumatico con la rialimentazione di paure e paralisi.

Altra necessità impellente sin dall'inizio è **Essere Visti** e compresi, avere spiegazioni e rassicurazioni su quanto sta accadendo, su tutto quanto è accaduto. Solamente dopo, è possibile aiutare la persona a dischiudersi nuovamente al mondo e agli altri. Questo si realizza con l'**Apertura** del respiro e delle posture, recuperando la possibilità di riconnettersi con le persone della propria vita.

Il soggetto deve sentire che ora non deve fare nulla, che c'è qualcuno, un esperto, che interviene per ripristinare l'equilibrio messo a rischio, e che guida con competenza.

Avvertire i primi miglioramenti permette di affidarsi e **farsi Portare**.

Solo dopo possiamo condurre il soggetto a cominciare a sperimentare prime sensazioni di **Benessere**.

Entrata- Trauma antico

Nel caso del trauma antico, non è possibile lavorare sulla Protezione da subito, in quanto la rabbia soffocata, che spesso troviamo nelle persone con DPTS, renderebbe difficilmente sopportabile un contatto volto a Tenere e Proteggere, proprio perché richiama un vissuto di fragilità dolorosa associata al trauma e alle sue conseguenze. Per tale motivo, nel caso del trauma antico, è necessario recuperare innanzitutto la condizione di **Benessere**, persa nel tempo a seguito dell'impatto con il trauma. Il recupero della Vagotonia diventa impellente, per recuperare le **Sensazioni** corporee che, quando sono negative, vengono inevitabilmente chiuse fino all'anestesia, unico riparo dalla riedizione continua del dolore del trauma. Solamente dopo questo intenso lavoro sarà possibile recuperare la possibilità di **Aprirsi** nuovamente al mondo, in quanto non più vissuto come pericoloso e fonte di sensazioni dolorose.

3.2 Verso il nucleo

Trauma in atto	Trauma antico
Benessere	Rabbia
Consistenza	Continuità Positiva
Protezione	Benessere
Cluster	

Verso il nucleo – Trauma in atto

Solamente dopo il lavoro iniziale volto a Calmare e Proteggere, sarà possibile il recupero pieno dell'EBS **Benessere**, per permettere alla persona di sentire a pieno le Sensazioni legate al Piacere. **Non si fa riferimento genericamente a "ciò che piace", ma al Benessere legato al recupero dell'integrità del Sé.** Solo il lavoro fatto nella prima parte permetterà alla persona di recuperare senza timore la condizione piena di **Vagotonia**.

Dopo aver recuperato appieno queste EBS nutritive, si procede al lavoro sulle EBS più attive e quindi sarà possibile recuperare la **Consistenza**, ovvero la voce piena e potente, lo sguardo aperto e diretto, la postura eretta e fiera, ponendo le basi per la fase successiva.

Verso il nucleo – Trauma antico

Nel caso del trauma antico, dopo aver recuperato il **Benessere** e l'**Apertura**, si può affrontare una condizione dolorosa come la **Rabbia**, spesso rivolta verso se stessi per non essere stati in grado di mettere in atto comportamenti protettivi. Sciolta la Rabbia e la durezza sarà possibile recuperare la **Continuità delle esperienze positive**, lesa dall'evento traumatico e dalle sue conseguenze, ad esempio con il recupero di movimenti rassicuranti a cui ricorrere in caso di malessere.

Questo permetterà alla persona di entrare in una fase di **Benessere** più profondo e pieno, non più minacciato dall'agitazione di fondo e dall'allarme.

Cluster

In conclusione della fase Verso il nucleo, in entrambi i protocolli viene inserito un intervento personalizzato. La valutazione mediante MSP associata alle griglie di valutazione permette di mettere in luce le necessità individuali su cui si può andare a lavorare in maniera più puntuale. Dal test MSP è possibile evidenziare la presenza di disagio in uno o più dei seguenti Cluster: Perdita di Controllo e irritabilità; Sensazioni psicofisiologiche; Senso di sforzo e confusione; Ansia depressiva; Dolori e problemi fisici; Iperattività e accelerazione.

In questa parte dell'intervento, è possibile effettuare più di una sessione di lavoro in relazione allo specifico Bisogno della persona.

3.3 Riemersione

Trauma in atto

Forza Calma

Consistenza – Autostima

Progettualità

Benessere – Calma (trance)

4 Riemersione – Comune a entrambi i protocolli

In questa ultima fase di intervento, di recupero vero e proprio del proprio potenziale adattivo, si prevede un lavoro sull'EBS della **Forza Calma**, base per poter recuperare **Consistenza** e **Autostima**, sentimenti di fierezza e orgoglio, e una immagine positiva di sé. Solo dopo si potrà recuperare l'EBS **Progettualità**, che permetterà alla persona di mettere in gioco la propria Forza per riavviare progetti concreti di vita interrotti a causa dell'evento traumatico.

Infine, segue un lavoro più profondo verso una condizione di **Benessere**, di **Calma piena** (con la possibilità di raggiungere una condizione quasi di vera e propria trance), in cui le angosce antiche incistate oppure le paure recenti e le preoccupazioni per la propria vita, non pesano più sulla persona, che si trova immersa e galleggiante dentro le sensazioni piacevoli del proprio corpo, bene sprofondata dentro di sé.

5 Integrated body scan – Comune a entrambi i protocolli

Il protocollo si conclude con una fase di verifica dei risultati ottenuti nel percorso fatto. Una delle modalità è anche quella di un viaggio nel corpo, una "scansione" delle sensazioni corporee, per verificare se persistono distretti in cui è ancora presente il malessere e su cui sia ancora necessario intervenire con tecniche precise. Si tratta di sondare se esistono "residui" che rischiano di riattivare le sensazioni traumatiche.

Bibliografia:

- Glen O. Gabbard, Psichiatria psicodinamica, Quinta edizione basata sul DSM-V, – Raffaello Cortina Editore, 2014, p 279 – 283
- Hansell, L. Damour, Psicologia clinica, Zanichelli Editore, Bologna, 2007.
- Lemyre, Tessier e Fillion, Mesure du Stress Psychologique , 1990, adattato per l'Italia da Di Nuovo e Rispoli)
- L.Rispoli, S.di Nuovo, Emilia Genta, Misurare lo stress – Franco Angeli/Linea Test, 2000
- L. Rispoli – Esperienze di Base e sviluppo del Sé – 2004, Franco Angeli
- Panceri e Sirigatti, MMPI-2, , Giunti OS, 1995

Eventi



Agrigento, 23 Novembre 2019

Convegno patrocinato dall' Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia, dal Comune di Agrigento, e dall' ASP di Agrigento
L'evento è stato organizzato dal Centro di Psicologia e Psicoterapia Funzionale di Agrigento – in collaborazione con la SIF Società Italiana di Psicoterapia Funzionale e con la SEF Scuola Europea di Psicologia e Psicoterapia Funzionale



2/6 Ottobre- Bologna Convegno Sipsic 2019

Interessanti e coinvolgenti interventi dei nostri soci SIF, dottor Elio Vezza, dott. Rino Taormina, dottoressa Lucia Nicastro, dottor Luciano Sabella, dottoressa Enrica Pedrelli, dottoressa Luisa Passarini Nota di merito la ricerca del dottor Giuseppe Maniaci che ha riscosso il favore della commissione presente e dei partecipanti.



È stata inaugurata a Trieste la quinta sede della Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (S.E.F.) presso l'istituto di Psicoterapia Funzionale che opera in città dal 2006.

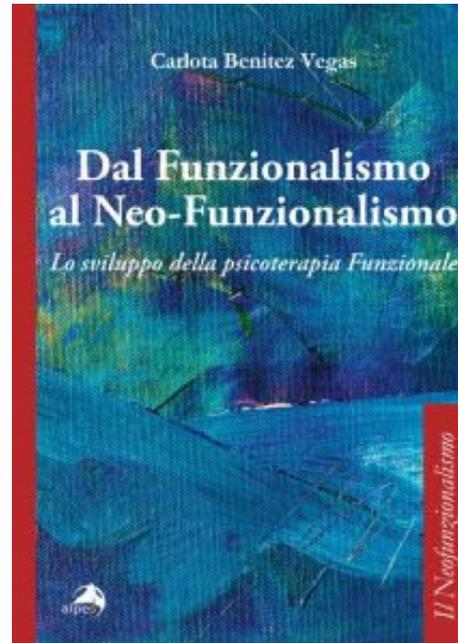


La SEF porta il suo Modello Funzionale ovunque. A rappresentarci al Forum delle scuole appartenenti all'EABP a Montpellier, erano presenti due nostri Soci SIF Dott.ssa Enrica Pedrelli e Dottor Luciano Sabella

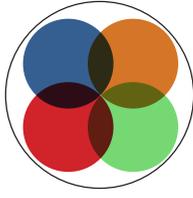
Libri



È davvero con grande piacere che condividiamo la presentazione del nuovo libro "Spunti di vista" della nostra Didatta e Socia SIF, dottoressa Roberta Rosin, sempre attiva nelle problematiche sociali. Acquistando il suo libro, non solo godremo di un'ottima lettura, ma contribuiremo ad un'ottima causa.



Un interessante libro della dottoressa Carlota Benitez, coordinatrice e supervisore della sede di Roma, e Socia SIF, nel quale descrive con passione lo sviluppo della teoria e della metodologia della Psicoterapia Funzionale, operato da Luciano Rispoli.



LA SEF

è una Scuola di Psicoterapia riconosciuta dal MIUR (D.M. 1611 del 2000), dalla EABP (European Association for Body-Psychotherapy) dal 1999 e dal CSITP (Comité Scientifique Internationale de Thérapie PsychoCorporelle) già dal 1987. È iscritta al CNSP (Coordinamento Nazionale delle Scuole in Psicoterapie) e al CNCP (Coordinamento Nazionale Counselor Professionisti).

La nostra Scuola fornisce metodologie e tecniche di intervento concrete e precise, sia a livello individuale che di gruppo, poiché puntiamo molto nella ricerca ed utilizziamo le scoperte più avanzate delle neuroscienze.

SEDI SEF

Napoli, Catania, Padova, Roma, Trieste

ISTITUTI CLINICI

Agrigento, Brescia, Catania, Napoli, Padova, Palermo, Roma, Trieste

REFERENTI IN ALTRE CITTÀ

Benevento, Firenze, Foggia, Messina, Milano, Parma

Crediamo nella formazione e nella crescita professionale; per questo motivo proponiamo un ventaglio formativo molto ampio che parte dai seminari e dai workshop gratuiti, Corsi ECM, aggiornamenti continui, fino ad arrivare ai Master Specialistici, ai Corsi per Counselor Professionista, ed alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Funzionale.

Ogni anno, sia per i Master che per la Scuola di Specializzazione, sono previste Borse di Studio.

“ *Migliorare la propria professionalità è un valore di prestigio ma soprattutto un vantaggio competitivo nel mondo del lavoro* **”**



SEF - Via del Parco Comola Ricci 41, 80122 - Napoli
081 03.22.195 (Sede Centrale)

formazione@psicologiafunzionale.it
www.psicologiafunzionale.it/sef